

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM EM UTI: HUMANIZAÇÃO NA QUALIDADE DO ATENDIMENTO

Patrícia Wellen Melo Cândido¹

RESUMO

São muitos os avanços verificados na assistência hospitalar nos últimos anos, os quais incluem investimentos para a melhoria da gestão, compra de equipamentos e desenvolvimento de novas tecnologias. Entretanto, observa-se pouca valorização dos usuários, família e profissionais de saúde, o que tem merecido algumas reflexões para a busca de melhoria, principalmente em relação a humanização de assistência em unidades de terapia intensiva. O objetivo deste estudo foi descrever como o processo de humanização de assistência de enfermagem se dá nas Unidades de Terapia Intensiva. Tratou-se de um estudo bibliográfico, descritivo, por meio da pesquisa eletrônica de artigos científicos completos disponíveis nas bases de dados em saúde. Concluiu-se que a humanização geralmente, define como “a valorização da dimensão subjetiva e social, em todas as práticas de atenção e de gestão da saúde, fortalecendo o compromisso com os direitos do cidadão, destacando-se o respeito às questões de gênero, etnia, raça, religião cultura, orientação sexual e às populações específicas” tem sido frequente objeto de pesquisas dos profissionais da área da saúde e, em especial, de enfermeiros, preocupados com a qualidade da assistência que tem sido prestada aos seus pacientes. No entanto, quando essas pesquisas propõem-se estudar e discutir o tema, elas se restringem mais a aspectos teóricos do que às reais possibilidades de sua implementação; ou seja, é mais no discurso do que na prática que essa discussão acontece.

Descritores: Humanização; Unidades de Terapia intensiva; Assistência de enfermagem.

ABSTRACT

Many the advances verified in the hospital assistance the last few years, which include investments to improve the management, purchase of equipment and development of new technologies. However, there is low appreciation of users, family and healthcare professionals, which has received some reflections for the search for improvement, especially regarding the humanization of care in intensive care units. The aim of this study was to describe as the humanization of nursing care occurs in the Intensive Therapy Units. It was a bibliographical study, descriptive, through electronic search of scientific articles available in full databases in health. It was concluded that the humanization generally define as "the enhancement of subjective and social dimension in all care practices and health management, strengthening the commitment to the rights of citizens, emphasizing respect to gender, ethnicity, race, religion, culture, sexual orientation and specific populations" has often been the object of research of professionals in the field of health and in particular nurses, concerned about the quality of care that has been given to their patients. However, when this research proposes to study and discuss the subject, they are restricted to more theoretical aspects of what the real possibilities of its implementation, i.e., is more in speech than in practice that this discussion happens.

Keywords: Humanization, intensive Therapy Units, Nursing care.

¹ Enfermeira especialista em urgência e emergência. Manaus – Amazonas.

1. INTRODUÇÃO

São muitos os avanços verificados na assistência hospitalar nos últimos anos, os quais incluem investimentos para a melhoria da gestão, compra de equipamentos e desenvolvimento de novas tecnologias. Entretanto, observa-se a pouca valorização dos usuários e trabalhadores das instituições de saúde, o que tem merecido algumas reflexões para a busca de melhoria deste aspecto. Não é suficiente o hospital adquirir modernos equipamentos, dispor de estrutura moderna apropriada aos cuidados de saúde e uma administração criativa, se não tiver voltado completamente para a satisfação das necessidades dos usuários e os trabalhadores que os atendem (BECKETT al, 2007).

Em virtude, sobretudo, da complexidade do conhecimento biomédico, do avanço tecnológico e da qualificação do cuidado em saúde, foi criada a Unidade de Terapia Intensiva (UTI), setor hospitalarespecializado em aumentar as chances de se recompor as condições estáveis do paciente grave e de propiciar sua recuperação e sobrevivência. Porém, com o passar do tempo, a UTI tornou-se um local em que a técnica se sobrepõe aos aspectos relacionais de cuidado, uma vez que os profissionais que ali desenvolvem suas ações estão sobremaneira envolvidos com máquinas e monitores e tendem a esquecer de que, velados pelos problemas de doença, existem um paciente e sua família (COSTA, 2009).

Por ser um setor em que se realizam atividades assistenciais complexas, as UTIs não podem operar sem uma infraestrutura auxiliar básica, composta de: bancos de sangue, centro cirúrgico, laboratóriosclínicos, serviço de nutrição e dietética e serviços de radiologia, os quais desenvolvem atividades correlatas. (GOMES, 2004).

No entanto, nos hospitais públicos brasileiros, percebe-se que dentro das UTIs existe a necessidade de melhorias não só em sua infraestrutura, mas também na qualificação dos profissionais, principalmente no que refere a procedimentos etécnicas de assistência que promova humanização no cuidado e atenção às informações dadas aos familiares sobre estado clínico do paciente.

O objetivo deste estudo foi descrever como o processo de humanização de assistência de enfermagem se dá nas Unidades de Terapia Intensiva, correlacionado esta atitude com os conhecimentos técnico-científicos e ao avanço tecnológico no tratamento de pacientes graves, de forma a alcançar o melhor desempenho neste serviço. O eixo norteador do estudo está centrado no Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH) que surgiu como uma proposta de trabalho voltada à humanização dos serviços hospitalares.

O estudo foi desenvolvido com base na pesquisa bibliográfica, onde o assunto a ser abordado é analisado profundamente. Utilizou-se informações adquiridas e atualizadas, com base em material publicado em artigos científicos, revistas, jornais fornecidos através de redes eletrônicas.

Esperamos, portanto, que este artigo possa inspirar outras abordagens sobre o tema, proporcionando riquezas de detalhes, que confirmem, categoricamente, a necessidade da prática do processo de humanização nas UTIs, como alternativa de elevar o nível de satisfação dos pacientes e da equipe de saúde, no que diz respeito ao processo de atendimento e as condições de trabalho.

2. REVISÃO DE LITERATURA

2.1 ESTRUTURA UTI

As UTI foram criadas a partir da necessidade de atendimento do cliente cujo estado crítico exigia assistência e observação contínua de médicos e enfermeiros. Esta preocupação iniciou-se com Florence Nightingale, durante a guerra da Criméia no século XIX, que procurou selecionar indivíduos mais graves, acomodando-os de forma a favorecer o cuidado imediato (VARGAS e BRAGA, 2008).

O Ministério da Saúde, por meio da Portaria nº 3.432 de 12 de agosto de 1998, define UTI como unidade hospitalar destinada ao atendimento de pacientes graves ou de risco que dispõe de assistência médica e de enfermagem ininterruptas, com equipamentos específicos próprios, recursos humanos especializados com acesso a outras tecnologias destinadas ao diagnóstico e a terapêutica (BRASIL, 1998).

Como forma de contemplar as exigências acima citadas, toda UTI tem de oferecer as seguintes atividades: (i) proporcionar condições de internar pacientes críticos, em ambientes individuais ou coletivos, conforme grau de risco, faixa etária (exceto neonatologia), patologia e requisitos de privacidade; (ii) executar e registrar a assistência intensiva; (iii) executar e registrar a assistência e enfermagem intensiva; (iv) prestar apoio diagnóstico laboratorial, de imagens, hemoterápico, cirúrgico e terapêutico durante 24 horas; (v) manter condições de monitoramento e assistência respiratória 24 horas; (vi) prestar assistência nutricional e distribuir alimentação aos pacientes; (vii) manter pacientes com morte cerebral,

nas condições de permitir a retirada de órgãos para transplante, quando consentida; e (viii) prestar informações e assistência aos acompanhantes dos pacientes (ANVISA, 2002).

A estrutura física da UTI deve obedecer aos requisitos de Unidades de Terapia Intensiva determinados na RDC/Anvisa n. 50, de 21 de fevereiro de 2002, RDC/Anvisa n. 307, de 14 de novembro de 2002 e RDC/Anvisa nº 189, de 18 de Julho de 2003, e prover meios de garantir a privacidade dos pacientes.

As UTIs podem atender grupos etários específicos, a saber: neonatal, atendem pacientes de 0 a 28 dias; pediátrico, atendem pacientes de 28 dias a 14 ou 18 anos de acordo com as rotinas hospitalares internas; adulto, atendem pacientes maiores de 14 ou 18 anos; especializada, voltadas para pacientes atendidos por determinada especialidade ou pertencentes a grupo específico de doenças. Todo hospital de nível terciário, com capacidade instalada igual ou superior a 100 leitos, deve dispor de leitos de tratamento intensivo correspondendo a no mínimo 6% dos leitos totais (BRASIL, 1998).

A Portaria GM/MS nº 3.432/98, estabelece critérios de classificação para as unidades de tratamento intensivo. As UTI são classificadas em tipo I, II ou III. Todas as UTIs inicialmente recebem classificação tipo I, posteriormente, as unidades que comprovarem o cumprimento das exigências do Ministério da Saúde, poderão ser credenciadas pelo gestor nos tipos II ou III, de acordo com a necessidade de assistência da localidade onde estão inseridas.

As atribuições e as responsabilidades de todos os profissionais que atuam na unidade devem estar formalmente designadas, descritas e divulgadas aos profissionais que atuam na UTI.

Para o funcionamento de uma UTI deve ser formalmente designado um Responsável Técnico médico, um enfermeiro coordenador da equipe de enfermagem e um fisioterapeuta, assim como seus respectivos substitutos. Os coordenadores de enfermagem devem ser especialistas em terapia intensiva ou em outra especialidade relacionada à assistência ao paciente grave, específica para a modalidade de atuação (ANVISA, 2010).

Além dos cargos acima, a equipe da UTI é formada pelos seguintes profissionais:

- Médico diarista/rotineiro: 01 para cada 10 leitos ou fração, nos turnos matutino e vespertino, com título de especialista em Medicina Preventiva;
- Médicos plantonistas: no mínimo 01 para cada 10 leitos ou fração, em cada turno;
- Enfermeiros assistenciais: no mínimo 01 para cada 8 leitos ou fração, em cada turno;

- Fisioterapeutas: no mínimo 01 para cada 10 leitos ou fração, nos turnos matutino, vespertino e noturno, perfazendo um total de 18 horas diárias de atuação;
- Técnicos de enfermagem: no mínimo 1 para cada 2 leitos em cada turno, além de 1 técnico de enfermagem por UTI para serviços de apoio assistencial em cada turno;
- Auxiliares administrativos: no mínimo 01 exclusivo da unidade;
- Funcionários exclusivos para serviço de limpeza da unidade, em cada turno.

Todos os profissionais da UTI devem estar imunizados contra tétano, difteria, hepatite B e outros imunobiológicos. (ANVISA, 2010)

A Portaria GM/MS 3.432/98 determina que a UTI possuam climatização, iluminação natural, divisórias entre os leitos, relógios visíveis para todos os leitos, garantia de visita diárias dos familiares, à beira do leito e garantia de informações da evolução diária dos pacientes aos familiares por meio de boletins. Em relação aos registros de avaliação de desempenho e do padrão de funcionamento global da UTI, assim como de eventos que possam indicar necessidade de melhoria da qualidade da assistência devem ser monitorados mensalmente.

2.2 PAPEL DO ENFERMEIRO E SUA EQUIPE AO PACIENTE EM UTI

A singularidade das organizações hospitalares tem sido destacada pela assistência a clientes em situações de saúde cada vez mais críticas, que necessitam de respostas individuais e complexas que atendam as suas necessidades. Dessa forma, o trabalho hospitalar exige novas competências dos profissionais que se deparam com mudanças tecnológicas e exigências de sua clientela, provocando, muitas vezes, transformações no seu processo de trabalho (CAMELO, 2012).

No processo de trabalho da enfermagem em unidades hospitalares, os enfermeiros têm assumido os cuidados com os pacientes mais graves, além de atividades de organização e coordenação dos serviços, desenvolvendo, de forma compartilhada, as atividades assistenciais e gerenciais (CAMELO, 2012).

Para Vargas e Braga (2006), o enfermeiro constitui parte fundamental da estrutura organizacional hospitalar e, dessa forma, precisa se preocupar com o seu desenvolvimento, adquirindo novas habilidades e conhecimentos. Em uma UTI, as possibilidades de atuação do enfermeiro, as diversas e complexas atividades mostram a necessidade de se identificarem as

competências desses profissionais, contribuindo para análise crítica quanto ao desenvolvimento de suas atividades.

A inserção do enfermeiro na UTI desperta interesse por envolver especificidades e articulações, indispensáveis à gerência do cuidado aos pacientes com necessidades complexas, que requerem aprimoramento científico, manejo tecnológico e humanização, extensiva aos familiares, além de demandas relativas à gerência da unidade e da prática interdisciplinar característica do processo de trabalho da UTI (CHAVES et al, 2012).

Chaves et al (2012) afirmam que para o planejamento de trabalho condizente com as características dessas unidades, o enfermeiro necessita considerar, além do perfil epidemiológico e demográfico dos pacientes atendidos, outros elementos essenciais para que o cuidado se realize, tais como recursos humanos, materiais e equipamentos necessários e disponíveis. A sistematização e organização do trabalho do enfermeiro e, conseqüentemente da equipe de enfermagem são essenciais para qualificar a assistência prestada, quando se considera toda a complexidade do cuidado em UTI.

O enfermeiro de UTI precisa estar capacitado a exercer atividades de maior complexidade, para as quais é necessária a autoconfiança respaldada no conhecimento científico para que este possa conduzir o atendimento do paciente com segurança, para tal, o treinamento deste profissional é imprescindível para o alcance do resultado esperado. Porém, segundo Vargas e Braga (2006) a tecnologia pode ser copiada, mas o grande diferencial no mercado competitivo são as pessoas. Desta forma o preparo adequado do profissional constitui um importante instrumento para o sucesso e a qualidade do cuidado prestado na UTI.

O papel assistencial do enfermeiro em UTI consiste em obter a história do paciente, realizar exame físico, executar procedimentos e intervenções relativas ao tratamento, avaliar as condições clínicas, orientar os pacientes para continuidade do tratamento (CHAVES et al, 2012; VARGAS e BRAGA, 2006). Os enfermeiros de UTIs devem, ainda, aliar a utilização de instrumentos gerenciais tais como o planejamento, a supervisão e a coordenação da equipe de enfermagem, sendo que isto não significa distribuir tarefas e sim o conhecimento de si mesmo e das individualidades de cada um dos componentes da equipe (CHAVES et al, 2012).

Na área de enfermagem, observa-se que muitos enfermeiros resistem às mudanças em seu processo de trabalho e poucos são os que tomam a iniciativa de trabalho de adotar uma abordagem gerencial inovadora alicerçada em indicadores e padrões de qualidade voltados às necessidades pessoais e profissionais de sua equipe.

Nesse contexto, um dos desafios dos gestores dessas unidades é adequar a equipe de enfermagem às novas tecnologias e às demandas de cuidados exigidas pelos pacientes. Porém,

a inadequação numérica e qualitativa dos recursos de enfermagem, principalmente em uma UTI, lesa os usuários no seu direito de assistência à saúde livre de riscos e pode comprometer a instituição pelas falhas ocorridas devido à sobrecarga de trabalho e à deficiência da qualidade da assistência prestada.

Diante da complexidade de ações que a UTI apresenta ao enfermeiro e, conseqüentemente, a equipe de enfermagem, Camelo (2012), relacionou algumas competências essenciais que devem ser desenvolvidas pelo enfermeiro para que consiga prestar assistência de qualidade. Abaixo, descreveremos algumas delas que julgamos importantes no processo de humanização da assistência em UTI.

Gerenciamento do cuidado de enfermagem: os trabalhadores de enfermagem têm graus de formação diferenciados e a organização do labor ocorre pela divisão por tarefas, garantindo ao enfermeiro o papel de detentor e de controlador do processo de trabalho. Em UTIs o enfermeiro tem a função de organizar e planejar o labor a ser desenvolvido, durante o seu turno, dessa forma, compete ao enfermeiro de UTIs, dentre outras atividades, avaliar o paciente, planejar a assistência, supervisionar os cuidados, bem como ser o responsável por tarefas burocráticas e administrativas.

Implementação do cuidado de enfermagem de maior complexidade: a tarefa de cuidar do paciente em UTI é atividade distribuída entre todos os membros da equipe de saúde e, dessa forma, também é atribuição do enfermeiro. Ao prestar o cuidado de enfermagem a pacientes de alta complexidade, como é o caso nas UTIs, o enfermeiro se envolve, se realiza, aprende a exercitar seu compromisso, favorecendo estreita relação com o paciente, e conseqüentemente, contribuindo para assistência de qualidade.

Tomada de decisão: a natureza do trabalho/cuidado dos enfermeiros, na UTI, e suas responsabilidades para a coordenação e o gerenciamento da assistência de enfermagem devem estar fundamentadas na capacidade para tomar decisões, visando o uso apropriado da força de trabalho, de recursos materiais e de procedimentos e práticas. A habilidade para a tomada de decisão compõe-se do pensamento crítico sobre as situações com base em análise de ação e de seus desdobramentos.

Liderança em enfermagem: A liderança é considerada com uma das principais competências a serem desenvolvidas pelos profissionais de saúde. A complexidade e a demanda de trabalho, imposto ao enfermeiro de UTI, gerenciando e guiando ações e práticas do cuidado, reforça a necessidade do desenvolvimento da competência de liderança. Esse profissional, por passar grande parte do tempo desperto, trabalhando, tem a oportunidade

para desenvolver e praticar a liderança nesse ambiente, onde as situações vivenciadas são reais e imperiosas, exigindo perspicácia, prontidão e habilidade do enfermeiro.

Comunicação: Em UTI, uma das ferramentas necessárias ao trabalho da equipe de saúde é a comunicação. A comunicação pode ser visualizada como ferramenta de mudança e melhoria do cuidado. Nesse sentido, avaliar, planejar e comunicar são processos presentes no cotidiano de trabalho na UTI, necessários para qualquer ação ou decisão.

Educação continuada e/ou permanente: Em UTIs, espera-se que os profissionais tenham competência para identificar e intervir nas alterações fisiológicas dos pacientes, amenizar a ansiedade desses e de seus familiares, utilizar os recursos tecnológicos que compõem esse ambiente e facilitar a interdisciplinaridade. Ao enfermeiro, cabe zelar pela manutenção e organização do ambiente, junto aos demais membros de sua equipe. Entretanto, cuidar do desenvolvimento de competências dos seus pares constitui-se em atividade que exige empenho e dedicação desse profissional. Acredita-se que as atividades de educação continuada/permanente podem se constituir em uma das formas de assegurar a manutenção da competência da equipe de enfermagem em relação à assistência.

Portanto, pode-se dizer que esse o enfermeiro ocupa papel importante na assistência ao paciente de alta complexidade, pois configura-se como ponto de apoio para a equipe quer seja no que se refere à educação e preparo quer seja na coordenação no serviço de enfermagem. Sua atuação representa interface entre as relações humanas e os recursos tecnológicos (CHAVES et al, 2012).

2.3 HUMANIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA EM UTI

A preocupação em humanizar o atendimento em saúde, de maneira geral, tem sido enfatizada desde o final da década de 50, do século passado, quando alguns estudos enfocaram a necessidade de humanização em saúde, segundo uma lógica caritativa. Tal enfoque vai se modificando no decorrer dos anos até configurar-se como um direito dos cidadãos ao acesso à saúde, considerando a dignidade do usuário (CASATE e CORRÊA, 2005).

Considerando a dimensão humana, a subjetividade está na base de toda intervenção em saúde, da mais simples às mais complexas, tendo influência na eficácia dos serviços prestados pelos hospitais. Segundo Beck et al (2007) vários estudos referem que a qualidade do contato humano é um dos pontos críticos do sistema hospitalar brasileiro.

Segundo Anvisa (2010) humanização da atenção à saúde é a valorização da dimensão subjetiva e social, em todas as práticas de atenção e de gestão da saúde, fortalecendo o compromisso com os direitos do cidadão, destacando-se o respeito às questões de gênero, etnia, raça, religião cultura, orientação sexual e às populações específicas.

Para Bolela e Jericó (2006) os conceitos de humanização podem ser compreendidos, ampliados e traduzidos como uma busca incessante de conforto físico e psíquico e espiritual do paciente, família e equipe de saúde. Este conceito é tomado como norteador do presente estudo, por consideramos que a humanização não deve centrar-se somente no paciente, mas também nos familiares que o acompanham e “sofrem” com o mesmo, bem como, a equipe de saúde que o acompanham e não medem esforços para restaurar sua saúde.

A humanização em saúde dá-se não apenas mediante a garantia de acesso das pessoas e da população aos serviços de saúde, mas na garantia da qualidade desses serviços aos quais terão acesso. Ou seja, aliada o princípio da universalidade, é requerida a qualidade dos serviços de saúde, pois isoladamente, o acesso a tais condições não é capaz de contemplar a humanização (BOLELA, 2008).

A humanização se faz presente quando os profissionais são capazes de reconhecer, em seu cotidiano, as necessidades das diversas pessoas, de forma a garantir um atendimento em saúde pautado no respeito às singularidades de cada um, não sendo possível, portanto, o cuidado apenas pautado na padronização das ações, uma vez que as necessidades diferentes requerem condutas diferentes (BOLELA, 2008).

A tendência à humanização da assistência assume maiores dimensões ao configurar-se, em 2001, como uma preocupação por parte do governo que engloba, em seu sentido mais amplo, um conjunto de ações integradas visando uma mudança substancial no padrão de assistência ao usuário nos hospitais públicos do Brasil, melhorando, assim, a qualidade e a eficácia dos serviços prestados – o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH) (BRASIL, 2001).

A criação de tal proposta pariu da iniciativa do Governo Federal ao identificar um número significativo de queixas dos usuários referentes aos maus tratos nos hospitais; queixas estas mais valorizadas que a falta de médicos, de espaço nos hospitais, de medicamentos, entre outras (BRASIL, 2001).

O PNHAH surgiu com o objetivo fundamental de aprimorar as relações entre profissionais de saúde e usuários, dos profissionais entre si, e do hospital com a comunidade, lançando, como desafio, a melhoria da qualidade de atendimento à saúde e a valorização do

trabalho dos profissionais envolvidos. Para isso, considera essencial o esforço coletivo e a vontade política dos dirigentes.

Em 2003, juntamente com os demais programas de humanização pré-existent, o PNHAH transforma-se em uma Política Nacional de Humanização, o Humaniza-SUS, abrangendo a saúde pública como um todo, na tentativa de melhorar a qualidade e eficácia dos serviços prestados pelas instituições de saúde, incluído aí os serviços de terapia intensiva (BOLELA e JERICÓ, 2006).

As UTIs têm sido alvos de inúmeros debates sobre assistência e humanização, uma vez que é notável a necessidade de mudanças urgentes na forma como se dá o cuidado nessas unidades. A alta tecnologia aí utilizada, as situações emergenciais iminentes, dentre outros fatores, têm contribuído para um cuidado voltado para a técnica, a realização de procedimentos, a execução de tarefas, em detrimento da visão integral do ser humano aí assistido, colocando em risco a qualidade da assistência prestada (BOLELA, 2008).

Apesar do avanço tecnológico ter possibilitado o aprimoramento do tratamento nas UTIs, por meio da utilização de aparelhagens e técnicas terapêuticas cada vez mais sofisticadas, o índice de mortalidade continua ainda bastante elevado. Com isso, criou-se um mito, por parte de alguns pacientes e mesmo de familiares, de ser este um local destinado a pacientes que apresentam condições de sobrevivência. O ambiente é muitas vezes encarado como agressivo e frio, e os doentes como mais graves do que possam estar na realidade. Esses fatores e outros associados ao tratamento na UTI parecem favorecer uma percepção de condições ambientais instáveis e estressantes (BOLELA, 2008).

A própria estrutura física da UTI, em geral, predispõe ao estresse dos pacientes aí internados, pois costumam ser locais fechados, sem ou com poucas janelas, com camas muito próximas umas das outras, fios e aparelhagens complexas circundando os leitos, luminosidade excessiva, ruídos constantes, além de outros fatores estressantes.

Mesmo a organização do trabalho na UTI, por si só, pode ser fator determinante da desumanização deste setor, uma vez que os pacientes são colocados em convívio com pessoas estranhas – profissionais e outros pacientes; retirados do convívio com seus familiares, sendo permitida tal internação somente em horários pré-determinados e pouco flexíveis. Além disso, ficam impedidos de realizar atividades simples, de sua rotina diária, mesmo quando isso é possível, ou seja, são destituídos, a partir de sua internação na UTI, de sua autonomia, vontade própria, opinião, privacidade, enfim, são destituídos da subjetividade inerente a cada ser humano (BOLELA, 2008).

O ritmo de trabalho é intenso e os profissionais encontram-se em atividade constante, com pouco tempo livre para conversar com os pacientes conscientes, muitas vezes passando sem sequer estabelecer um contato visual. A rotatividade dos profissionais que ficam responsáveis por determinados pacientes, em cada turno de trabalho, é grande, não permitindo que os mesmos estabeleçam vínculos com os pacientes tornando, desse modo, as relações superficiais, tendo como único referencial a realização de procedimentos.

Quase sempre, a internação de uma familiar tende a desestruturar a organização de papéis ocupados por cada membro da família, posicionando-os em uma situação de fragilidade diante do medo da perda do ente querido. Uma intervenção junto aos familiares é necessária, dando-lhes oportunidade para expor suas dúvidas, medos e sentimentos em relação à internação do paciente na UTI, ajudando-os a se conscientizarem da real situação do doente e da necessidade de tratamento na UTI. É preciso garantir que as famílias sintam-se apoiadas, úteis e participativas no tratamento do paciente e tenham suas dúvidas esclarecidas (BOLELA e JERICÓ, 2006).

Segundo Bolela (2008) é preciso pensar em humanização não somente para pacientes e familiares, mas também para a equipe de cuidadores, proporcionando-lhes, assim, condições de incorporar a humanização em sua prática.

O aspecto humano do cuidado de enfermagem, com certeza, é um dos mais difíceis de ser implementado. A rotina diária e complexa que envolve o ambiente da UTI faz com que os membros da equipe de enfermagem, na maioria das vezes, esquecem-se de tocar, conversar e ouvir o ser humano que está à sua frente (VARGAS e BRAGA, 2006).

Torna-se essencial olhar para as necessidades dos profissionais que aí atuam, identificando fatores de estresse e desgaste físico e emocional, com os quais a equipe profissional da UTI defronta-se diariamente, na execução de suas atividades rotineiras e que os levam, muitas vezes, a adotarem medidas de afastamento e proteção para minimizar o sofrimento a que estão susceptíveis ao lidar com o outro (BOLELA, 2008).

Para Haddad (1998), atuar na assistência hospitalar, remete os trabalhadores de enfermagem à cargas psíquicas como atenção constante (pacientes sedados, inconscientes e que necessitam de vigilância), supervisão estrita (controle, falta de autonomia e criatividade e não participação na tomada de decisões), ritmo acelerado, trabalho fragmentado, monótono e repetitivo, comunicação dificultada (tempo restrito imposta pelo ritmo de trabalho, agressões psíquicas (verbais de pacientes/clientes e desconsideração pelas atividades técnicas), fadiga, tensão, estresse, insatisfação, dentre outros. Acresce-se a isso o fato de que a assistência em UTI acaba por potencializar, sobre a equipe de enfermagem, o efeito de algumas cargas

psíquicas citadas, uma vez que os pacientes estão em condições críticas e requerem, dos profissionais, atenção incessante.

Por fim, através deste estudo tomamos conhecimento que é necessário que a enfermagem, assim como os outros profissionais de saúde, humanize seus cuidados em relação ao paciente e aos seus familiares, bem como a instituição de saúde oferece a esses profissionais condições para esta atitude, mas quais estratégias poderão implementadas para que isso ocorra? Pesando neste problema, Bolela e Jericó (2006) buscaram aspectos relevantes sobre as dificuldades e estratégias facilitadoras na implementação da assistência humanizada em UTIs relacionada à pacientes, família e equipe na literatura científica e concluíram que as pesquisas mais a aspectos teóricos do que às reais possibilidades de sua implementação; ou seja, é mais no discurso do que na prática que essa discussão acontece.

Portanto, concordamos com a opinião de Bolela e Jericó (2006) ao afirmarem que enquanto os pesquisadores focaram seu objeto de estudo apenas no tema geral “humanização”, não propondo ações e estratégias para que ela efetivamente aconteça, continuarão encontrando cada vez mais dificuldades para sua implementação. E a humanização da assistência em UTIs continuará sendo uma ideologia distante da realidade.

3. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A humanização no setor saúde tem se mostrado necessária e, no cenário da UTI, porque não dizer urgente. Situações de descaso para com os usuários do Sistema Único de Saúde têm ocorrido, com frequência, em todos os níveis de atenção: dificuldades de acesso, mau acolhimento, fragmentação das ações de cuidado, relações paternalistas e/ou autoritárias com usuários são todas situações ainda comumente encontradas, apesar dos dispositivos político-legais existentes.

A humanização é um processo complexo, demorado e amplo ao qual se oferece resistência, pois envolve mudanças de comportamento que podem ser permeadas pelos sentimentos de ansiedade e medo. Entretanto, se não for um processo singular, não será de humanização. Os padrões conhecidos parecem mais seguros; além disso, os novos padrões não estão prontos nem em decretos, nem em livros, não tendo características generalizáveis.

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, no entanto, compete a este profissional lançar mão de estratégias que viabilizem a humanização em detrimento a visão mecânica e biologicista que impera nos centros de alta tecnologia com as UTI.

Espera-se com este estudo contribuir para que os profissionais de saúde que lidam com pacientes internados nas unidades de terapia intensiva possam dar continuidade ao atendimento humanizado. Reconhece-se esta problemática tendo vista ao alcance da qualidade no atendimento ao paciente gravemente enfermo, se faz necessária uma reflexão das ações realizadas no cotidiano, e conseqüentemente, mais preparo dos profissionais, não só sob o aspecto teórico e técnico, mas também, voltada à transformação da assistência numa perspectiva mais humanitária do estudo.

Com o assunto escolhido, visa informar a comunidade acadêmica e aos profissionais de enfermagem que o atendimento qualificado e a assistência humanizada aos pacientes em uma UTI é o ponto primordial para a recuperação dos mesmos. Nota-se assim que o conhecimento prévio sobre o assunto, a capacitação e a visão dos profissionais como olhar o paciente de forma humanizada favorece o acolhimento ao paciente facilita no tratamento e no família.

Faz-se necessário salientar que nós, como enfermeiros pós-graduados em enfermagem em unidade de terapia intensiva, também somos responsáveis por coordenar, liderar e incentivar a nossa equipe a praticar a humanização a esses pacientes.

4. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANVISA. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Resolução – RDC nº 50**, de 21 de fevereiro de 2002. Dispõe sobre o Regulamento Técnico para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde. Brasília: Anvisa, 2002.

ANVISA. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Resolução nº 07**, de 24 de fevereiro de 2010. Dispõe sobre os requisitos mínimos para funcionamento de Unidades de Terapia Intensiva e dá outras providências. Brasília: Anvisa, 2010.

BECK, Carmem Lúcia Colomé; Gonzales, Rosa Maria Bracini; Denardim, Janete Maria; Trindade, Letícia Lima; Lautert, Liana. A humanização na perspectiva dos trabalhadores de enfermagem. **Texto Contexto Enferm**, v. 16, n. 3, p. 503-510, 2007.

BOLELA, Fabiana. **A humanização em terapia intensiva na perspectiva da equipe de saúde**. Dissertação (Mestrado). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2008.

BOLELA, Fabiana; JERICÓ, Marli de Carvalho. Unidades de terapia intensiva: considerações da literatura acerca das dificuldades e estratégias para sua humanização. **Esc Anna Nery R Enferm**, v. 10, n. 2, p. 301-308, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 3.432, de 12 de Agosto de 1998. Estabelece critérios de classificação para as Unidades de Tratamento Intensivo. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 1998.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. **Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

CAMELO, Silvia Helena Henriques. Competência profissional do enfermeiro para atuar em Unidades de Terapia Intensiva: uma revisão integrativa. **Rev Latino-Am. Enfermagem**, v. 20, n. 1, p. 1-9, 2012.

CASATE, Juliana Cristina; CORRÊA, Adriana Katia. Humanização do atendimento em saúde: conhecimento veiculado na literatura brasileira de enfermagem. **Rev Latino-Am Enfermagem**, v. 13, n. 1, p. 105-111, 2005.

CHAVES, Lucieli Dias Pedreschi; LAUS, Ana Maria; CAMELO, Silvia Henriques. Ações gerenciais e assistenciais do enfermeiro em unidade de terapia intensiva. **RevEletrEnf**, v. 14, n. 3, p. 671-678, 2012.

COSTA, Silvio Cruz; FIGUEIREDO, Maria Renita Burg; SCHAURICH, Diego. Humanização em Unidade de Terapia Intensiva Adulto (UTI): compreensões da equipe de enfermagem. **Interface**. v.13, suppl.1, p. 571-580, 2009.

GOMES, Alice Martins. **Enfermagem na Unidade de Terapia Intensiva**. 2. Ed. São Paulo. 2004.

HADDAD, Maria do Carmo Lourenço. Proposta de implantação de um programa interdisciplinar de apoio ao trabalhador de enfermagem. **Rev. Esc. Enf. USP**, v.32, n.4, p. 307-13, 1998.

VARGAS, Divani; BRAGA, Ana Lúcia. O enfermeiro de Unidade de Tratamento Intensivo: refletindo sobre seu papel. **Revista Fafibe On-Line**, v.2, n. 2, 2006.