

Implementação da política de humanização nas Unidades de Terapia Intensiva: uma revisão integrativa

Implementation of the humanization policy in the Intensive Care Units: an integrative review

Brenda Fernandes Ternus¹

Isabela Wollmann²

Resumo

Esta pesquisa objetivou investigar as ações de humanização utilizadas pela equipe multidisciplinar na UTI adulto e refletir sobre sua importância para pacientes e familiares, bem como compreender os desafios encontrados para a realização dessas ações e os impactos da falta de humanização nos hospitais. Realizou-se uma revisão integrativa da literatura com busca nas bases de dados Web of Science, PubMed, Scopus e PsycNET. Foram identificados, inicialmente, 77 artigos e, após a aplicação dos critérios de inclusão e de exclusão, restaram oito artigos sobre a temática. Destaca-se, como um dos resultados, a necessidade de um olhar humanizado sobre a equipe para que seja possível ofertar uma assistência humanizada. Algumas ações de cuidados com pacientes e seus familiares foram levantadas para uma prestação de serviços de melhor qualidade. Desafios para a implementação da humanização na UTI também foram encontrados, como a pluralidade de significados do conceito de humanização, as condições de trabalho do profissional e o próprio ambiente da UTI. O funcionamento da gestão e a falta de comunicação também são empecilhos a serem avaliados.

Palavras-chave: unidades de terapia intensiva; humanização da assistência; psicologia hospitalar.

Abstract

This research aimed to investigate the humanization actions used by the multidisciplinary team in the adult ICU and reflect on its importance for patients and family members, as well as understand the challenges faced in the execution of humanization actions and the impacts of the lack of humanization in hospitals. An integrative literature review was made with searches in the Web of Science, PubMed, Scopus and PsycNET databases. Initially, 77 articles were identified and, after applying the inclusion and exclusion criteria, eight articles on the theme remained. One of the results highlights that it is necessary to have a humanized view of the team in order to offer a humanized assistance. Some care actions for patients and their families were raised to provide

¹ Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS) - Porto Alegre/RS – E-mail: brendafernandes@gmail.com

² Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS) - Porto Alegre/RS – E-mail: bela.wollmann@gmail.com

better quality services. Challenges for the implementation of humanization in the ICU were also found, such as the plurality of meanings of the concept of humanization, the professional's working conditions and the ICU environment itself. The functioning of management and the lack of communication are also obstacles to be evaluated.

Keywords: intensive care units; humanization of assistance; hospital psychology.

Introdução

No ano de 2003, para efetivar os princípios admitidos pelo Sistema Único de Saúde (SUS), a Política Nacional de Humanização foi implementada. Essa política visa a atingir diretamente o cotidiano das práticas de atenção e de gestão. Sendo assim, ela deve estar inserida e presente em todas as políticas e em todos os programas do SUS, na busca de qualificação da saúde pública no Brasil e de incentivo a trocas solidárias entre gestores, trabalhadores e usuários (Brasil, 2013).

A humanização consiste na promoção e na valorização da autonomia dos usuários, por intermédio da ampliação das capacidades do sujeito de transformar a realidade em que vive. Essa ação acontece por meio da criação de vínculos, da responsabilidade compartilhada e da participação coletiva nos processos de gestão e de produção de saúde (Brasil, 2013). Vale salientar que esse conceito também considera a valorização dos trabalhadores e dos gestores no processo de produção de saúde (Navarro & Pena, 2013).

A Unidade de Terapia Intensiva (UTI) é um ambiente que compõe o sistema de saúde e, assim como outros serviços, requer gestão e atenção humanizada (Carli et al., 2018). Os pacientes admitidos nas UTIs caracterizam-se por apresentarem condições graves e instáveis de saúde. Eles exigem um atendimento considerado de alta complexidade, por contar com aparato tecnológico e informatizado de ponta (Backes, Erdmann & Büscher, 2015).

Brasil (2010) caracteriza o Centro de Terapia Intensiva (CTI) como o agrupamento de mais de uma UTI em um mesmo ambiente. Os familiares e as pessoas relacionadas também fazem parte desse contexto. E, apesar da presença diária de visitas, as UTIs têm horários específicos de entrada nas unidades (Backes et al., 2015). Com frequência, essas unidades são estigmatizadas como um espaço desumanizado, gerando mitos, sensações e sentimentos contraditórios (Backes et al., 2015). Portanto, o sujeito internado é afetado biopsicossocialmente pela doença (Prado & Dhein, 2017).

Considerando o contexto que compõe a UTI, há um movimento profissional e governamental pelo resgate e pela valorização da humanização no cuidado em saúde, especialmente a partir de 2001. Afinal, com a predominância das máquinas de alto desenvolvimento tecnológico surgem as preocupações quanto às questões de humanização. Dessa forma, a relação do ser cuidado com quem o cuida passa a ser considerada secundária ou até mesmo ausente no processo de tratamento (Sanches et al., 2016).

O contexto hospitalar, por ter como foco principal de trabalho os aspectos biológicos, ainda atua em um modelo biomédico de atenção à saúde, concentrado principalmente na doença e desconsiderando, muitas vezes, a integralidade do sujeito. O ambiente da UTI exige múltiplos cuidados, de forma intensiva, sobre o paciente que luta pela sobrevivência. Isso não quer dizer que somente o cuidado técnico deva ser enfatizado. É necessário ter um olhar integral sobre o paciente, levando em consideração seus relacionamentos afetivos, sua história de vida, tratando-o com respeito e afetividade (Backes et al., 2015).

De acordo com Sebastiani (2010), o profissional de psicologia atua em diversos setores do hospital, incluindo a UTI. O trabalho da psicologia é possibilitar o diálogo e, assim, minimizar o sofrimento do sujeito adoecido. A escuta dos sofrimentos faz com que novas possibilidades

terapêuticas surjam para melhor atender às necessidades do paciente e da família (Lima & Martins, 2017).

A presença do psicólogo hospitalar é relevante no processo de humanização para que as necessidades do paciente sejam atendidas da forma mais abrangente possível, pois esse é o profissional mais qualificado para atuar nas reações psicológicas e emocionais suscitadas pela doença como ansiedade, medo e depressão. Visto isso, o papel do psicólogo torna-se importante tanto no período de internação quanto no de recuperação do paciente, principalmente no ambiente das UTIs (Mota et al., 2006).

Este artigo tem por objetivo: 1) investigar as ações de humanização utilizadas pela equipe multidisciplinar na UTI adulto e refletir sobre sua importância para o paciente e os familiares; 2) compreender os desafios encontrados para a realização das ações de humanização e os impactos da insuficiência das ações humanizadas nos profissionais.

Método

Este estudo consiste em uma revisão integrativa da literatura, tendo como fontes de consultas as bases de dados *on-line* PubMed, PsycNET, Web of Science e Scopus. O relato da presente revisão está em consonância com as recomendações de Mendes et al. (2008). A pesquisa realizada nas bases de dados *on-line* utilizou os seguintes descritores: “*humanization*” AND “*ICU*” OR “*intensive care unity*”. Atualizaram-se as buscas nas referidas bases de dados até 10 de agosto de 2021. Utilizaram-se os seguintes filtros: ano de publicação, de 2010 a 2021; idiomas inglês e português; texto completo.

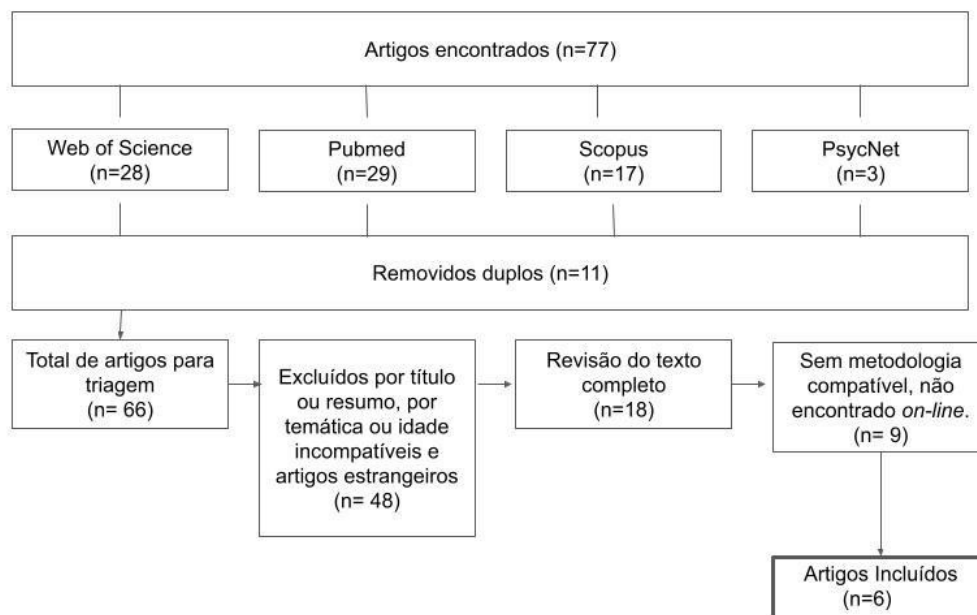
Dois juízes independentes analisaram os resumos a fim de diminuir potenciais vieses. Na hipótese de desacordo das análises, um terceiro juiz foi convidado. Caso seguisse o desacordo na análise dos resumos quanto aos critérios de inclusão e de exclusão, os artigos seriam lidos na íntegra. Todos os resumos que não forneceram informações suficientes em relação aos critérios de elegibilidade foram selecionados para avaliação do texto integral.

Como critérios de inclusão, os artigos empíricos selecionados para este estudo deveriam abordar a humanização na UTI, tendo como enfoque o paciente crítico adulto e idoso. Também foram incluídos estudos de metodologia qualitativa. Em contrapartida, foram excluídos estudos cujas amostras incluíssem, exclusivamente, outras faixas etárias, como crianças e adolescentes, sendo que áreas do contexto hospitalar destinadas a esses públicos (e.g. UTI pediátrica) também foram desconsideradas. Além disso, não foram selecionados capítulos de livros, resumos, teses e dissertações (*grey literature*). Os artigos que não abrangem a realidade brasileira também foram excluídos.

Resultados

A estratégia de pesquisa recuperou 77 registros. Após a aplicação dos critérios de inclusão e de exclusão, seis estudos restaram para a composição dos resultados. A Figura 1 descreve a busca por resumos e análises dos resultados.

Figura 1 - Fluxograma Das Buscas



Os artigos que constituíram os resultados do presente estudo foram tabulados com auxílio do *software* Excel (Microsoft Corporation), processados com análise descritiva, por meio das seguintes variáveis: referências dos artigos (i.e. autores e ano de publicação), países onde os estudos foram conduzidos, método e objetivo. Os artigos incluídos foram numerados (1, 2, 3...) e esses números serão utilizados para realizar as referências aos estudos ao longo desta revisão. A Tabela 1 apresenta esses dados e a tabela 2 caracteriza as amostras de cada estudo.

Tabela 1 - Principais Características Dos Estudos Seleccionados

Nº	Referência	Local	Método	Objetivo
1	Michelan e Spiri (2018)	Brasil	Referencial da fenomenologia, estrutura do fenômeno situado.	Compreender a percepção dos trabalhadores de enfermagem que atuam em UTI a respeito da humanização no ambiente de trabalho.
2	Luiz et al. (2017)	Brasil	Estudo exploratório-descritivo qualitativo. Coleta de dados: entrevistas semiestruturadas e grupo focal. Utilizou a análise de conteúdo.	Compreender as percepções de familiares e de profissionais de saúde sobre humanização na Unidade de Terapia Intensiva para direcionar uma ação educativa.
3	Medeiros et al. (2016)	Brasil	Pesquisa documental de natureza qualitativa. Para a análise dos dados, utilizou o método de análise documental.	Identificar os elementos capazes de promover a integralidade e a humanização na gestão do cuidado de enfermagem na UTI, com enfoque ecossistêmico.
4	Evangelista et al. (2016)	Brasil	Pesquisa descritiva e exploratória de caráter qualitativo.	Compreender o significado do cuidado humanizado em UTIs considerando a vivência da equipe multiprofissional.

5	Mongiovi et al. (2014)	Brasil	Pesquisa qualitativa, de caráter exploratório e descritivo.	Realizar uma reflexão acerca da humanização da saúde, por meio de uma análise conceitual na interpretação das falas de enfermeiros.
6	Junior et al. (2020)	Brasil	Revisão integrativa da literatura. Para a análise dos resultados, utilizou a análise de conteúdo segundo Bardin.	Identificar os comportamentos dos profissionais de enfermagem que favorecem a efetivação da humanização hospitalar.

Tabela 2 - *Caracterização Das Amostras*

Nº	Nº de Participantes Selecionados	Idade Média	Profissionais da equipe
1	25 enfermeiros	21 a 56	Enfermagem e Técnico em Enfermagem
2	14 (oito familiares de usuários e seis profissionais)	=<18	Um de cada categoria da área de saúde
3	-	-	-
4	24 profissionais (nove enfermeiros, sete médicos, três fisioterapeutas, duas nutricionistas, duas psicólogas e uma assistente social)	-	Enfermagem, Medicina, Fisioterapia, Nutrição, Psicologia e Serviço Social
5	11 enfermeiros	-	Enfermagem
6	-	-	-

Após leitura detalhada, exploração e análise dos resultados obtidos nos seis artigos selecionados, bem como a partir dos critérios deste estudo, os temas foram classificados em quatro categorias, as quais foram nominadas sequencialmente da seguinte forma: A equipe humanizada como mecanismo de ação para o cuidado humanizado; Percepções e temáticas levantadas pelos pacientes em relação ao ambiente da UTI; Ações de cuidado humanizado com pacientes e seus familiares; Desafios para a implementação da política de humanização na UTI.

A Equipe Humanizada Como Mecanismo De Ação Para O Cuidado Humanizado

As ações realizadas no serviço de saúde são exercidas por pessoas para pessoas. Os autores dos (Artigo 1) entraram em consonância a respeito de um olhar holístico frente ao trabalhador da saúde. As condições físicas de trabalho, como espaço físico suficiente, uniformes, recursos materiais e humanos, são essenciais para que o trabalhador possa realizar suas funções de forma completa e adequada (Artigo 1).

A política de humanização aborda a necessidade constante de formação e de atualização do profissional da saúde (Artigo 3 e 5). Contudo, os profissionais ainda demonstram certa fragilidade na relação entre a teoria e a prática. O despreparo para a realização do cuidado que contemple questões biopsicossociais demonstra a necessidade de uma formação que vá além da técnica e da tecnologia, podendo imprimir nas ações cotidianas um sentido ético, moral e humanizado (Artigo 3 e 5).

Observa-se, dessa forma, a necessidade de ir além da prática, a fim de discutir dilemas cotidianos das equipes e de realizar reflexões sobre empatia, condutas, qualidade de atendimento ou mesmo sobre aspectos de autoconhecimento do trabalhador, os quais são considerados fatores subjetivos da assistência. As relações interpessoais, tanto com usuário e familiares quanto com gestores e equipe, também fazem parte dessa concepção de assistência (Artigo 5).

Apesar de a importância da comunicação no trabalho ser conhecida, essa competência ainda demonstra fragilidade e precisa ser aprimorada e dentro da UTI possui diferentes modelos

(Artigo 4 e 6). Ela é essencial com o paciente, mas também entre a equipe, pois o diálogo efetivo entre a equipe na troca de plantões e no manejo com os pacientes melhora o ambiente de trabalho e reforça a segurança dos pacientes (Artigo 1, 3 e 4).

As relações de trabalho entre as equipes devem ser boas, respeitando a autonomia e as formas de expressão. As ações ocorrem em rede, se complementando entre o sistema vivo. O pensamento ecossistêmico, que baseia a integralidade e a humanização da gestão do cuidado na UTI, desafia os profissionais da saúde a pensarem sobre suas atitudes. Torna-se, então, imprescindível a criação de um espaço dialógico, interativo e relacional para a partilha, a convivência e o estreitamento do vínculo afetivo entre usuário, família e equipe (Artigo 3).

Percepções E Temáticas Levantadas Pelos Pacientes Em Relação Ao Ambiente Da UTI

Alguns estudos detiveram-se a respeito da percepção dos pacientes em relação ao ambiente da UTI. De acordo com os pacientes, trata-se de um local muito barulhento, frio e restrito de visitas. Além disso, acrescentaram que os ruídos do ambiente teriam impacto direto na qualidade de sono e de descanso, bem como sugeriram algumas intervenções simples e de baixo custo (Artigo 2).

Os autores (Artigo 6) destacam que os pacientes possuem o desejo e interesse em saber o que acontece com eles, incluindo informações sobre o adoecimento, assim como solicitam maior autonomia na tomada de decisão e no entendimento sobre os procedimentos. Acrescenta-se que para os familiares e cuidadores, é essencial que haja fornecimento de informações, interação com a equipe e uma comunicação efetiva.

O ambiente da UTI gera situações que provocam estresse nos pacientes. Os autores (Artigo 1) destacaram as principais: risco de vida, falta de controle dos arredores, despersonalização, isolamentos físico e social, pouca comunicação, espaço físico, percepção sensorial (luzes e ruídos), mal-estar, padrão alterado de vigília do sono e falta de informação. Além disso, os autores acrescentaram a constante experiência de morte presente na rotina das unidades e a falta de privacidade decorrente da necessidade de observação contínua (Artigo 5). Os autores (Artigo 2, 3 e 4) concluíram a respeito da importância de resgatar as singularidades e as complexidades dos usuários, respeitando seus desejos e suas necessidades. Ou seja, o ser humano precisa ser atendido nas suas multidimensionalidades, lembrando-se e respeitando-se as suas individualidades.

Ações De Cuidado Humanizado Com Pacientes E Seus Familiares

Esta categoria aponta ações feitas pelos profissionais de saúde e gestores aos pacientes e seus familiares, produzindo um ambiente mais humanizado (Artigo 1). O cuidado dispensado pela equipe aos indivíduos deve ser de forma holística, garantindo a dignidade e a autonomia, exercendo ações que visem a reduzir a dor e o sofrimento (Artigo 1 e 5). Algumas condutas triviais foram ressaltadas nos artigos selecionados, como a atenção dada aos familiares, um sorriso, um toque, uma escuta disponível e abertura para compreender as necessidades individuais (Artigo 2). Os autores do (Artigo 1) ressaltam a necessidade de um ambiente mais humano, permitindo música e flexibilizando os horários de visitas dos familiares; a partir da escuta e comunicação adequadas; e de uma gestão mais democrática e de uma cultura humanista.

Os autores do (Artigo 2 e 6) expuseram sobre o conceito de *welcoming*, ação denominada de acolhimento, que é parte de uma das diretrizes da PNHAI. Essa é uma ação de recepção realizada por parte do profissional da saúde e das pessoas que trabalham nesse local. Salienta-se que o paciente e o familiar devem ser chamados pelo nome, sendo dever do profissional saber com quem ele está falando, assim como permitir a expressão de anseios e de medos frente ao momento vivenciado. Seu compromisso é a garantia de atenção resolutiva e de articulação com outros serviços de saúde para dar continuidade à assistência quando necessária.

O profissional tem preocupação em atender às demandas do usuário, principalmente tentando percebê-las no que diz respeito aos sofrimentos físico, psíquico, social e espiritual (Artigo 5 e 6). Ele pode implementar pequenas mudanças no dia a dia, como perguntas simples aos pacientes e aos familiares, obtendo-se, assim, melhores resultados a longo prazo (Artigo 3 e 6). O recurso familiar é um elemento-chave para o controle da ansiedade e do delírio dos pacientes na UTI (Artigo 3).

A estrutura e as características do ambiente da UTI influenciam fortemente o estado de humor dos pacientes. Outras medidas, como a iluminação adequada e a utilização de tecnologias, se o paciente desejar, auxiliam os pacientes como elementos de orientação, mantendo seus relógios biológicos, bem como permitem que os pacientes se mantenham conectados com suas rotinas da vida diária, facilitando a comunicação e a distração, respectivamente. Atualmente, de acordo com diferentes estudos, a maioria das salas de UTI não tem acesso a telefone, relógio com hora e data, rádio, etc. (Artigo 5 e 6).

Os autores (Artigo 2) colocaram o profissionalismo ético sensível como algo que transcende o conhecimento técnico, podendo resultar em desfechos mais humanos. Assim, essa prática vai além dos cuidados de necessidades físicas, podendo oferecer maior bem-estar ao paciente (Artigo 5).

Desafios Para A Implementação Da Política De Humanização Na UTI

Alguns estudos selecionados debateram sobre os empecilhos e as dificuldades encontradas para a implementação da humanização na UTI. Um dos fatores que mais dificultam a prática do cuidado humanizado é a gestão dos serviços de saúde, sendo esta descrita como centralizada, verticalizada, hierarquizada, com falta de informação, de participação e de valorização do profissional (Artigo 1, 3 e 4). Esse enrijecimento da instituição hospitalar, na qualidade de estrutura organizacional, é apontado como o maior desafio a ser enfrentado (Artigo 4). Acredita-se que seria necessária uma mudança nas formas de pensar, de agir e de organizar o trabalho dentro das UTIs (Artigo 3).

Outro fator destacado como dificultador da prática de humanização está relacionado aos profissionais de saúde, a sua fragmentação e as suas condições de trabalho (Artigo 3 e 4). Alguns autores revelaram que a baixa remuneração do profissional de saúde, o desgaste físico e emocional, a sobrecarga de trabalho e o estresse resultam na má qualidade de assistência ao paciente (Artigo 1 e 5). Além disso, relataram que seria preciso melhorar a comunicação com os familiares e entre os profissionais, pois a falta de comunicação também poderia ser uma via para a ocorrência de erros (Artigo 2 e 6).

O atendimento/cuidado centrado na pessoa representa um grande desafio para o ambiente de cuidados intensivos (Artigo 6). Autores (Artigo 5) afirmaram que a situação crítica do paciente e a demanda existente em termos de cuidados técnicos, de observação contínua e de maquinaria necessária seriam obstáculos para a realização de um cuidado humanizado. Toda essa complexidade poderia gerar impacto no afastamento do profissional da esfera subjetiva, ressaltando a impessoalidade (Artigo 4). Ou seja, quando a relação entre a execução das atividades técnicas em saúde e as ações de caráter relacional e subjetivo estiver concomitante (Artigo 5). Autores apontaram a chamada dos pacientes pelo número do leito como exemplo de procedimento que dificulta os processos de reabilitação e de humanização (Artigo 1 e 2).

O conceito de humanização teria diferentes significados, de acordo com os autores (Artigo 1, 2 e 5). Portanto, para que haja a verdadeira aplicação dos princípios norteadores da humanização, o conceito precisa estar estruturado e bem delimitado, permitindo, assim, que os parâmetros possam ser revistos, aumentando as possibilidades de execução da política na realidade da prática assistencial dos serviços de saúde. Dessa forma, os autores (Artigo 5) enfatizaram a necessidade de discussões e de reflexões que visem ao esclarecimento conceitual

da humanização na saúde. Além disso, citaram que provavelmente houvesse correlação entre a deficiência de uma assistência humanizada em ambientes de saúde com a dificuldade em conceituar e sistematizar a proposta da humanização (Artigo 5).

Além disso, alguns sentimentos e transtornos são comuns em equipes multiprofissionais, como a Síndrome de Burnout (Artigo 1 e 6). O autocuidado dos profissionais da saúde foi mencionado como um aspecto relevante nos artigos selecionados. Os profissionais percebem que um espaço para isso é necessário, no qual seja possível refletir sobre o trabalho realizado e os sentimentos despertados, como ressaltado na pesquisa feita pelos autores (Artigo 1). Além de motivar a equipe técnica, o cuidado com os profissionais também pode garantir a qualidade da assistência aos pacientes (Artigo 6).

Discussão

Conforme exposto nos resultados, os estudos analisados indicaram a importância da Política de Humanização no contexto hospitalar, principalmente nas UTIs. O estudo de Costa et al. (2009) corrobora com a relevância dessa temática ao relatar que o aparato tecnológico da UTI vem se desenvolvendo, exigindo-se maior qualificação dos profissionais para operá-lo com precisão, segurança e eficácia. No entanto, a tecnologia não deve desconsiderar ou velar os valores éticos, estéticos e humanísticos que norteiam a profissão (Souza & Pegoraro, 2009).

Sabe-se que as ações realizadas nos serviços de saúde são exercidas por pessoas para pessoas. Entretanto, é necessário um olhar mais atento sobre o trabalhador e suas condições de trabalho, pois isso refletirá diretamente na assistência humanizada ao paciente. Os autores Backes et al. (2006) reforçam que o real significado da humanização implica no surgimento de um clima organizacional favorável, pautado pela horizontalidade, pela construção de espaços dialógicos-reflexivos, com possibilidades de mudanças nos gestores e nos profissionais. É imprescindível que o profissional amplie suas ações para além da técnica, levando em consideração as relações interpessoais e a comunicação com o paciente e entre a equipe. O cuidado humanizado faz parte de práticas cotidianas de assistência à saúde com ênfase ao relacionamento interpessoal (Costa et al., 2009).

Algumas condutas de cuidado humanizado com familiares e pacientes foram ressaltadas nos artigos selecionados. Deve-se partir de um profissionalismo ético sensível, que busque atender as demandas do usuário de forma comprometida, permitindo a expressão e a autonomia dos pacientes. Fonseca et al. (2010) acrescentam que o profissional tem a responsabilidade de ser capaz de ouvir atentamente e ser sensível ao sofrimento do outro sem perder o foco profissional. Os mesmos autores ressaltam a necessidade de fomentar as discussões éticas no processo do cuidar, com a participação de todos os envolvidos.

A família é vista como grande aliada para o paciente e para a equipe, pois os familiares prestam apoio ao paciente e contribuem para a diminuição de sintomas desencadeados pelo ambiente da UTI. Da mesma forma, podem auxiliar nos cuidados com o paciente, bem como prestando informações ao profissional da saúde. Sendo assim, os autores dos estudos analisados consideraram a importância de maior permanência dos familiares na UTI. A Política Nacional de Atenção ao Paciente Crítico, instituída por Brasil (2005), amplia os cuidados na UTI, reconhecendo a importância do atendimento humanizado também à família (Almeida, 2009).

Os resultados demonstraram a necessidade de promover mudanças em algumas características das UTIs, como redução de ruídos, abertura aos familiares e aumento da privacidade. Outro estudo realizado informou a respeito do ambiente específico da UTI e salientou que este deve ser bem apresentável, harmonioso, agradável, organizado e limpo, proporcionando conforto e bem-estar aos pacientes, familiares e profissionais. Deve ser adequado, sobretudo, para a assistência aos pacientes (Backes et al., 2015), especialmente

pelo fato de que, reconhecidamente, os estímulos do meio externo são ausentes no ambiente da UTI. Dessa forma, algumas necessidades, como iluminação e ventilação, são realizadas por métodos artificiais, ocasionando, assim, o comprometimento das noções de tempo e de espaço (Faquinello & Dióz, 2007).

Ressalta-se que essas ações de mudanças foram propostas pelos próprios pacientes dos estudos analisados, visto que o ambiente da UTI influencia fortemente no seu estado de humor. Os pacientes podem estar mais sensíveis ao que ocorre ao seu redor dada a situação de estresse enfrentada na UTI (Faquinello & Dióz, 2007). Em decorrência disso, é possível ocasionar, em especial, estresse ou até mesmo o TEPT. Percebeu-se, também, uma relação entre o controle da dor e as ações de humanização, as quais poderiam auxiliar na redução do uso excessivo de analgésicos e de sedativos opioides durante a internação.

Medidas não farmacológicas são referidas como boas estratégias nas ações de encontro à medicalização. Os pacientes mencionaram, também, desejo de maior autonomia e de poder de decisão sobre seu tratamento, sendo o cuidado pessoal um fator relevante para seu bem-estar. Os autores Eberle et al. (2019) complementam com medidas que poderiam auxiliar na diminuição do uso farmacológico, as quais também estão dentro do espectro do cuidado humanizado. Sob a ótica dos enfermeiros participantes desta pesquisa, emergiram alguns procedimentos, tais como: orientação verbal no tempo e no espaço, bem como os dispositivos que auxiliam nessa localização; janelas que possam promover a incidência de luz solar; restrição do uso de contenção mecânica; evitar a privação de sono; facilitar a presença do familiar dentro do ambiente da UTI.

Vários desafios são apresentados ao longo dos estudos analisados. A complexidade e a urgência, inerentes ao ambiente da UTI, tornam-se, por si só, empecilhos para a humanização. Esses aspectos impactam no processo de trabalho dos profissionais de saúde, resultando em maior impessoalidade. No que tange à existência de diferentes significados do conceito de humanização, observa-se certa dificuldade na aplicação prática de seus principais preceitos.

Entre as significações de humanização, por parte da equipe entrevistada por Camponogara et al. (2011), há destaque para algumas questões, como o resgate da dignidade humana; a ideia de cuidar, servir e tratar os pacientes de forma afetuosa, com atenção, cortesia, delicadeza e prontidão; solicitações e comunicações efetivas; a relação com sentimentos de respeito e dignidade pelo paciente e seus familiares. Os profissionais da equipe de enfermagem dessa pesquisa também relacionaram a humanização em saúde com uma política que propicia o resgate de características humanas durante o ato de cuidar, como a empatia.

Além da gestão hierarquizada, verticalizada e centralizada, as condições de trabalho do profissional de saúde, como a baixa remuneração e o desgaste físico e emocional, resultam em má qualidade de assistência ao paciente. Esse aspecto é ratificado pelo estudo de Farias et al. (2013), o qual cita também a sobrecarga de trabalho, a falta de recursos materiais e humanos, além da insuficiência na educação continuada por parte da equipe. Portanto, é preciso considerar o autocuidado do profissional. A atenção centrada no paciente foi associada a humanização, sendo um elemento para a colaboração interprofissional que envolve a determinação e busca de alcançar um mesmo objetivo, com benefício mútuo de usuários e profissionais. Esse modelo de atenção resulta na segurança do paciente e em maior qualidade da assistência. A prática interprofissional colaborativa representa um desafio e mudança que deve ser empreendida pelas diferentes profissões em parcerias com os usuários (Agreli et al., 2016).

A educação profissional é essencial para o desenvolvimento de uma força de trabalho de saúde colaborativa preparada para a prática, na qual os funcionários trabalham juntos. Dessa forma, otimizando os serviços de saúde e fortalecendo os sistemas. A educação interprofissional efetiva promove o respeito entre os profissionais de saúde, elimina estereótipos prejudiciais e evoca a prática da ética focada no paciente. Dessa forma, os profissionais seguem atualizados,

aprimorando as habilidades e conhecimentos necessários para enfrentar os desafios do complexo sistema de saúde (OMS, 2010).

A educação permanente é aprendizagem no trabalho, onde o aprender e ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e ao trabalho a partir dos problemas enfrentados na realidade. Baseia-se na aprendizagem significativa e na possibilidade de transformar as práticas, levando em consideração as experiências e conhecimentos individuais. A educação em serviço é vista como uma estratégia para a gestão do trabalho e da educação na saúde (Brasil, 2007). Com educação permanente, ocorrem mudanças na cultura do ambiente de trabalho e também das atitudes da força de trabalho na prestação de assistência à saúde. A OMS reconhece a colaboração interprofissional em educação e prática como uma estratégia que desempenhará uma redução da crise de saúde mundial (OMS, 2010).

Outro desafio se refere à comunicação com os familiares e entre a equipe, pois, em geral, essa é ausente ou mesmo falha. Essa falha é o principal aspecto dificultador encontrado no processo de humanização, pois uma comunicação eficaz pode despertar no paciente e na família sentimentos de segurança, confiança e conforto (Farias et al., 2013).

Ao longo desta pesquisa, foi possível evidenciar que poucos artigos tratam diretamente sobre o fazer psicológico como uma ação da política de humanização. Os artigos abordam de forma generalizada o trabalho da equipe multiprofissional e concluem que esse trabalho seria uma maneira de atingir a prática do cuidado humanizado. Sabe-se que o fazer psicológico compõe a equipe multiprofissional e que a comunicação é a principal ação que permite essa forma de trabalho, pois ela possibilita as trocas e as interações entre os profissionais e entre profissionais e pacientes (Saldanha et al., 2013).

O impacto emocional causado pela estadia na UTI, tanto para paciente quanto para familiares, é um grande marcador da necessidade de introdução do psicólogo nesse ambiente. O medo e a angústia foram sentimentos percebidos por pacientes e familiares; já os sentimentos de solidão e de dor, tanto física quanto emocional, foram apontados apenas pelos pacientes. Os familiares relataram, também, tristeza e desespero pela incerteza da doença e suas evoluções clínicas (Azevêdo & Crepaldi, 2016).

Os profissionais da saúde devem operar não só nos cuidados específicos ao doente, mas também valorizar a presença de familiares e promover um ambiente mais humanizado (Vaeza et al., 2020). O trabalho do psicólogo vai ao encontro dessas práticas, uma vez que busca garantir a visão integral do sujeito. O psicólogo também procura dar atenção às famílias, acolhendo demandas e, muitas vezes, clarificando as informações passadas por médicos e enfermeiros (Prado & Dhein, 2017).

Considerações finais

Os objetivos deste artigo eram investigar as ações de humanização utilizadas pela equipe multidisciplinar na UTI adulto e refletir sobre sua importância para o paciente e para os familiares, além de compreender os desafios encontrados para a realização das ações de humanização e os impactos da insuficiência das ações humanizadas nos profissionais. Destaca-se, como um dos principais resultados observados, a necessidade de um olhar humanizado sobre a equipe para que seja possível ofertar uma assistência humanizada.

Algumas ações de cuidado com pacientes e seus familiares foram levantadas para uma prestação de serviços de melhor qualidade. O olhar holístico, a ação empática e a consideração da autonomia do paciente, assim como modificações no ambiente, como iluminação, diminuição de ruídos, maior privacidade e flexibilização de visitantes, são destacadas como condutas que promovem o processo de humanização.

Cabe ressaltar que diversos desafios para a implementação da humanização na UTI também foram encontrados, como a pluralidade de significados frente ao conceito de

humanização, as condições de trabalho do profissional de saúde e o próprio ambiente da UTI, com a complexidade e a urgência das demandas características desse local. As precárias condições e sobrecarga de trabalho também desencadeiam uma diminuição na qualidade de serviço oferecido e recebido. A gestão centralizada, verticalizada e hierarquizada, associada à falta de comunicação, também é empecilho a ser avaliado. Essa deve ser criativa e inovadora, viabilizando diálogos e gerando construções coletivas. Dessa forma, obtêm-se resultados mais favoráveis de cuidado, envolvendo mais a família e usuário.

É observada a necessidade da educação e atualizações constantes dentro dos serviços de saúde. Além disso, a crítica e a reflexão sobre o trabalho desempenhado devem ser estimuladas nos profissionais da saúde. A baixa remuneração, a sobrecarga de trabalho, o desgaste físico e emocional, o estresse e a dificuldade de comunicação entre os profissionais são fatores que podem acarretar uma baixa qualidade de assistência à saúde. A complexidade existente no ambiente da UTI, devido a gravidade do quadro do paciente, também pode ser um empecilho para a implementação da humanização na UTI.

Ao longo desta pesquisa, observou-se que a Política Pública de Humanização requer mais atenção, pois há poucos estudos e exíguos dados recentes em UTI adulto. Além disso, pode-se concluir que a enfermagem é a principal área que discute sobre o tema da humanização nesses ambientes. Ademais, este trabalho destaca a carência de estudos que investiguem a relação de trabalho entre equipe multiprofissional e humanização.

Os resultados encontrados na revisão devem ser considerados com algumas limitações, uma vez que foram utilizadas apenas quatro bases de dados, considerando-se o número de bases existentes, assim como a limitação de dois idiomas e o intervalo de tempo selecionado para a pesquisa devem ser levados em consideração. Além disso, sugere-se que pesquisas futuras sejam realizadas sobre a temática de humanização na UTI, principalmente por profissionais de outras áreas, com exceção da equipe de enfermagem.

Referências Bibliográficas

- Agreli, H. F., Peduzzi, M., Silva, M. C. (2016). Atenção centrada no paciente na prática interprofissional colaborativa. *Interface*, 20(59), 905-916. doi: [10.1590/1807-57622015.0511](https://doi.org/10.1590/1807-57622015.0511)
- Almeida, A. S., Aragão, N. R. O., Moura, E., Lima, G. C., Hora, E. C. & Silva, L. A. S. M. (2009). Sentimentos dos familiares em relação ao paciente internado na unidade de terapia intensiva. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 62(6), 844-9. doi: [10.1590/S0034-71672009000600007](https://doi.org/10.1590/S0034-71672009000600007)
- Azevedo, A. V. S. & Crepaldi, M. A. (2016). A psicologia no hospital geral: aspectos históricos, conceituais e práticos. *Estudos de Psicologia (Campinas)*, 33(4), 573-585. doi: [10.1590/1982-02752016000400002](https://doi.org/10.1590/1982-02752016000400002)
- Backes, D. S., Filho, W. D. L. & Lunardi, V. L. (2006). O processo de humanização do ambiente hospitalar centrado no trabalhador. *Rev Esc Enferm USP*, 40(2), 221-227. doi: [10.1590/S0080-62342006000200010](https://doi.org/10.1590/S0080-62342006000200010)
- Backes, M. T. S., Erdmann, A. L. & Büscher, A. (2015). O ambiente vivo, dinâmico e complexo de cuidados em Unidade de Terapia Intensiva. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, 23(3), 411-418. doi: 10.1590/0104-1169.0568.2570
- Brasil (2010). *Resolução nº 7, de 24 de fevereiro*. Ministério da Saúde. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2010/res0007_24_02_2010.html>.
- Brasil (2005). *Portaria nº 1.071, de 04 de julho*. Ministério da Saúde. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2005/prt1071_04_07_2005.html>.
- Brasil (2007). *Portaria nº 1.996, de 20 de agosto de 2007*. Ministério da Saúde. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt1996_20_08_2007.html>.

- Brasília (2013). *Polícia Nacional de Humanização - Humaniza SUS*. Ministério da Saúde. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_humanizacao_pnh_folheto.pdf>.
- Camponogara, S., Santos T. M., Seiffert, M. A., Alves C. N. (2011). O cuidado humanizado em UTI: uma reflexão bibliográfica. *Rev Enferm UFMG*, 1(1), 124-132. doi: [10.5902/217976922237](https://doi.org/10.5902/217976922237)
- Carli, B. S., Ubessi, L. D., Pettenon, M. K., et al. (2018). O tema da humanização na terapia intensiva em pesquisas na saúde. *Revista Fund Care Online*, 10(2), 326-333. doi: [10.9789/2175-5361.rpcfo.v10.6018](https://doi.org/10.9789/2175-5361.rpcfo.v10.6018)
- Costa, S. C., Figueiredo, M. R. B. & Schaurich, D. (2009). Humanização em Unidade de Terapia Intensiva Adulto (UTI): compreensões da equipe de enfermagem. *Interface - Comunic., Saúde, Educ.*, 13(1), 571-80. doi: [10.1590/S1414-32832009000500009](https://doi.org/10.1590/S1414-32832009000500009)
- Eberle, C. C., Santos, A. A. dos, Júnior, L. J. J. de M. & Martins, J. B. (2019). O Manejo Não Farmacológico do Delirium Sob a Ótica de Enfermeiros de uma Unidade de Terapia Intensiva Adulto. *J. res.: fundam. care. online*, 11(5), 1242-1249. doi: [10.9789/2175-5361.2019.v11i5.1242-1249](https://doi.org/10.9789/2175-5361.2019.v11i5.1242-1249)
- Evangelista, V. C., Domingos, T. S., Siqueira, F. P. C. & Braga, E. M. (2016). Multidisciplinary team of intensive therapy: humanization and fragmentation of the work process. *Rev. Bras. Enferm. [online]*, 69(6), 1099-1107. doi: [10.1590/0034-7167-2016-0221](https://doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0221)
- Faquinello, P. & Dióz, M. (2007). A UTI na ótica de pacientes. *REME – Rev. Min. Enf.*, 11(1), 41-47. Disponível em: <<http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/311>>.
- Farias, F. B. B. de, Vidal, L. L., Farias, R. A. R. & Jesus, A. C. P. de. (2013). Cuidado humanizado em UTI: desafios na visão dos profissionais da saúde. *J. res.: fundam. care. online*, 5(4), 635-42. doi: [10.9789/2175-5361.2013v5n4p635](https://doi.org/10.9789/2175-5361.2013v5n4p635)
- Fonseca, A. M., Campos, A. C. V., Cotta, F. M. P., Borelli, L. R., Dutra, B. S. & Santana, J. C. B. (2010). Reflexões éticas sobre o cuidado humanizado na percepção dos enfermeiros. *Revista Ciência & Saúde*, 3(1), 2-8. doi: [10.15448/1983-652X.2010.1.6375](https://doi.org/10.15448/1983-652X.2010.1.6375)
- Júnior, J. N. B. S., Gomes, A. C. M. S., Guedes, H. C. S., Lima, E. A. P., Januário, D. C. & Santos, M. L. (2020). Comportamentos dos profissionais de enfermagem na efetivação da humanização hospitalar. *Rev Fun Car Online*, 12, 471-478. doi: [10.9789/2175-5361.rpcfo.v12.8527](https://doi.org/10.9789/2175-5361.rpcfo.v12.8527)
- Lima, F. M. & Martins, C. P. (2017). Reflexões sobre o trabalho da psicologia na UTI. *Saúde em Redes*, 3(3), 207-213. doi: [10.18310/2446-4813.2017v3n3p207-213](https://doi.org/10.18310/2446-4813.2017v3n3p207-213)
- Luiz, F. F., Caregnatol, R. C. A. & Costa, M. R. (2017). Humanização na Terapia Intensiva: percepção do familiar e do profissional de saúde. *Rev Bras Enferm. Brasília*, 70(5), 1095-1103. doi: [10.1590/0034-7167-2016-0281](https://doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0281)
- Medeiros, A. C., Siqueira, H. C. H., Zamberlan, C., Cecagno, D., Nunes, S. S. & Thurow, M. R. B. (2016). Comprehensiveness and humanization of nursing care management in the Intensive Care Unit. *Rev Esc Enferm USP*, 50(5), 816-822. doi: [10.1590/S0080-623420160000600015](https://doi.org/10.1590/S0080-623420160000600015)
- Mendes, K. D. S., Silveira, R. C. C. P., & Galvão, C. M. (2008). Revisão integrativa: Método de Pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Texto & Contexto em Enfermagem*, 17(4), 758-764. doi: [10.1590/S0104-07072008000400018](https://doi.org/10.1590/S0104-07072008000400018)
- Michelan, V. C. A. & Spiri, W. C. (2018). Perception of nursing workers humanization under intensive therapy. *Rev. Bras. Enferm. [Internet]*, 71(2), 372-378. doi: [10.1590/0034-7167-2016-0485](https://doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0485)
- Mongioli, V. G., Anjos, R. C. C. B. L., Soares, S. B. H. & Falcão, T. M. L. (2014). Reflexões conceituais sobre humanização da saúde: concepção de enfermeiros de Unidades de Terapia Intensiva. *Rev Bras Enferm.*, 67(2), 306-11. doi: [10.5935/0034-7167.20140042](https://doi.org/10.5935/0034-7167.20140042).

- Mota, R. A., Martins, C. G. M. & Vêras, R. M. (2006). Papel dos profissionais de saúde na política de humanização hospitalar. *Psicologia em Estudo*, 11(2), 323-330. doi: [10.1590/S1413-73722006000200011](https://doi.org/10.1590/S1413-73722006000200011)
- Navarro, L. M. & Pena, R. S. (2013). A Política Nacional de Humanização como estratégia de produção coletiva das práticas em saúde. *Revista de Psicologia da UNESP*, 12(1), 64-73. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/revpsico/v12n1/a07.pdf>>.
- OMS (2010). Marco para Ação Educação Interprofissional e Prática Colaborativa. *Redes de Profissões de Saúde Enfermagem e Obstetrícia Recursos Humanos para a Saúde*. Disponível em: <https://www.educacioninterprofesional.org/sites/default/files/fulltext/2018/pub_oms_marco_acao_eip.pdf>.
- Prado, C. & Dhein, G. (2017). O psicólogo e a unidade de terapia intensiva (UTI): um olhar pela fotografia. *Revista Destaques Acadêmicos*, 9(3), 112-129. doi: [10.22410/issn.2176-3070.v9i3a2017.1459](https://doi.org/10.22410/issn.2176-3070.v9i3a2017.1459)
- Saldanha, S. V., Rosa, A. B., & Cruz, L. R. da. (2013). O Psicólogo Clínico e a equipe multidisciplinar no Hospital Santa Cruz. *Revista da SBPH*, 16(1), 185-198. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582013000100011>.
- Sanches, R. C. N., Gerhardt, P. C., Rêgo, A. S., Carreira, L., Pupulim, J. S. L & Radovanovic, C. A. T. (2016). Percepções de profissionais de saúde sobre a humanização em unidade de terapia intensiva adulto. *Esc anna nery: escola anna nery revista de enfermagem*, 20(1), 48-54. doi: [10.5935/1414-8145.20160007](https://doi.org/10.5935/1414-8145.20160007)
- Souza, K. O. J. & Pegoraro, R. F. (2009). Concepções de profissionais de saúde sobre humanização no contexto hospitalar: reflexões a partir da Psicologia Analítica. *Aletheia* 29, 73-87. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/aletheia/n29/n29a07.pdf>>.
- Trucharte, F. A. R., Knijnik, R. B., Sebastiani, R. W. & Angerami, A. V. (2010). *Psicologia hospitalar: teoria e prática*. Revista e ampliada.
- Vaeza, N. N., Delgado, M. C. M. & La Calle, G. H. (2020). Humanizing Intensive Care: Toward a Human-Centered Care ICU Model. *Critical Care Medicine*, 48(3), 385-390. doi: [10.1097/CCM.0000000000004191](https://doi.org/10.1097/CCM.0000000000004191)