



HUMANIZAÇÃO NA UTI: DIFICULDADES ENCONTRADAS PARA SUA IMPLEMENTAÇÃO UMA REVISÃO INTEGRATIVA

Larissa Gramazio Soares¹
Maria Rosário Reis²
Leticia Gramazio Soares³

RESUMO

Objetivou-se buscar evidências disponíveis na literatura sobre dificuldades encontradas na implementação da humanização na UTI. Adotou-se método da revisão integrativa na base de dado Scielo. Nos resultados emergiram duas categorias a partir da Análise de Conteúdo proposta por Bardin: “dificuldades na efetivação da prática humanizada” e “pontos positivos que facilitam a assistência humanizada”. Conclui-se a necessidade da adequação da UTI e um serviço específico para planejar, organizar e implementar um programa específico de humanização, bem como novas pesquisa da área.

Palavras-chave: Enfermagem; Humanização da assistência; Unidades de Terapia Intensiva; Serviço hospitalar de Enfermagem.

INTRODUÇÃO

A unidade de terapia intensiva (UTI) caracteriza-se por ser uma unidade hospitalar, na qual os pacientes recebem tratamento médico intensivo e são monitorados por múltiplos aparelhos continuamente. A UTI é equipada com tecnologia avançada, como por exemplo: monitoramento cardíaco computadorizado, respiradores mecânicos e aparelhos de perfusão sanguínea. As equipes de enfermagem e médicos na UTI são capacitadas sobre princípios e técnicas de tratamento crítico (POTTER e PERRY, 2004).

O objeto de trabalho da enfermagem é o cuidado, no ambiente de UTI, ele torna-se característica fundamental para a humanização, associado à atuação da enfermagem que

¹ Mestrado em Enfermagem pela Universidade Estadual de Maringá, Brasil(2014) Professor Colaborador da Universidade Estadual do Centro-Oeste, Brasil.

³ Doutoranda em Enfermagem pela Universidade Estadual de Maringá, Mestrado em Enfermagem pela Universidade Federal do Paraná, Brasil(2010), Professor Colaborador da Universidade Estadual do Centro-Oeste, Brasil.

HUMANIZAÇÃO NA UTI: DIFICULDADES ENCONTRADAS PARA SUA IMPLEMENTAÇÃO UMA REVISÃO INTEGRATIVA

deve ser voltado para o cuidado humano que norteiem suas ações no sentido de uma assistência integral.

Para Leonardo Boff, a humanização é essencial para o ser humano, afirma que “sem cuidado, ele deixa de ser humano. Se o cuidado não existir desde o nascimento até a morte o ser - humano, desestrutura-se, define, perde o sentido e morre” (BOFF, 1999, p. 34).

Visualizando a importância da humanização e cuidado, remete-se a uma análise de como se dá esta relação na UTI, local permeado por situações críticas que exigem cuidados técnicos complexos. A enfermagem, neste contexto, aparece como profissão envolvida com o cuidado técnico e humanizada, ou seja, existe uma preocupação em prestar assistência de enfermagem através da realização de procedimentos, mas também se preocupa em assistir o paciente e a família de maneira humanizada, ao oferecer suporte emocional, no desenrolar de situações delicadas.

Esta realidade gera discussão entre profissionais de saúde e órgãos envolvidos na prestação de cuidados intensivos, observa-se dificuldade em prestar cuidado de qualidade voltado para ações humanísticas, que visem atender a integralidade do ser humano.

Assim, o Ministério da Saúde, no ano de 2000, implantou o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAHO), com objetivo fundamental aprimorar as relações entre profissional de saúde e usuário, que após constitui-se como Política Nacional de Humanização (PNH), com objetivo de atender as demandas subjetivas dos sujeitos envolvidos.

Em 2004 o Ministério da Saúde deu início ao Humaniza SUS, ao colocar bases a serem alcançadas pelos serviços de saúde: a valorização dos usuários, trabalhadores e gestores envolvidos no processo de produção de saúde; incentivo na autonomia e do protagonismo desses sujeitos, aumento da co-responsabilidade na produção de saúde; estabelecimento de vínculos solidários; participação de todos na gestão; identificação das necessidades de saúde; mudança nos modelos de atenção e gestão dos processos de trabalho focando nas necessidades dos cidadãos e produção de saúde; compromisso com a ambiência, melhoria nas condições de trabalho e assistência.

A partir desses programas a humanização foi considerada algo a ser alcançado e defendido pelo SUS para melhoria da qualidade da assistência prestada.

O papel do enfermeiro dentro de uma Unidade de Terapia Intensiva compreende uma gama de diversas atribuições, onde ele é o profissional responsável e capacitado para prestar assistência, gerenciar a unidade nos recursos humanos e materiais, entender e apoiar o paciente e sua família. Tornando-se parte fundamental para implementação da humanização em Unidade de Terapia Intensiva.

O desenvolvimento da pesquisa ocorreu para analisar a produção científica brasileira sobre a humanização na Unidade de Terapia Intensiva e suas dificuldades para implementação no período de 2004 a 2011. Os resultados obtidos poderão ser utilizados por profissionais de saúde a fim de planejar e implementar ações que visem a sua superação.

Diante do exposto esta pesquisa tem como objetivo verificar nos artigos dificuldades encontradas na implementação da humanização na em UTI, visando demonstrar pontos positivos e apontar possíveis soluções.

HUMANIZAÇÃO NA UTI: DIFICULDADES ENCONTRADAS PARA SUA IMPLEMENTAÇÃO UMA REVISÃO INTEGRATIVA

METODOLOGIA

Optou-se pelo método de Revisão Integrativa de Literatura (RIL), cuja finalidade é agrupar e resumir os resultados de pesquisas já concluídas sobre um determinado assunto, de maneira sistemática, para aprofundamento do conhecimento sobre o tema investigado, fornecendo uma síntese do conhecimento, facilitando a utilização dos resultados de pesquisas na assistência a saúde (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008). Na presente RIL, foram percorridas as seis etapas ou fases propostas na literatura.

A **primeira fase** consiste na elaboração da questão norteadora, sendo para esta pesquisa “quais as dificuldades encontradas para implementação da humanização na unidade de terapia intensiva?”.

Posteriormente na **segunda fase** iniciou-se a busca nas bases de dados, identificando quais artigos foram inclusos na revisão. O levantamento dos artigos foi realizado no mês de maio de 2012, na base de dados SCIELO. A Scientific Etronic Library Online, trata-se de uma biblioteca eletrônica que abrange uma coleção selecionada de periódicos científicos. Para o levantamento dos artigos, este foi realizado após a definição dos descritores, sendo estes: “Humanização da Assistência”, “Unidades de Terapia Intensiva” e “Serviço Hospitalar de Enfermagem”, estes descritores estão indexados na base DeCs (descritores de ciências de saúde).

Como critérios de inclusão para a seleção da amostra foram: artigos completos; originais ou de revisão; publicados no período entre janeiro 2004 a janeiro de 2011; disponível no idioma português, indexados na base de dados mencionados e; que contemplassem o objetivo deste estudo.

A **terceira fase** consiste na categorização dos estudos, desta forma para a seleção dos artigos, foram lidos todos os títulos e selecionados aqueles que contemplavam o objetivo proposto. Posteriormente, foi realizada a análise dos resumos e selecionados para leitura do artigo na íntegra, somente aqueles que se relacionavam com o tema em estudo.

Inicialmente foram encontrados 84 artigos, excluídos 52 por estarem em outra língua, 23 excluídos após ter sido realizada a leitura na íntegra e este não retratar a temática proposta inicialmente.

Dessa forma, após aplicar os critérios de inclusão e exclusão, dos 84 artigos encontrados inicialmente apenas 9 foram selecionados para compor a amostra desta pesquisa, representando um aproveitamento de 10,7% de todo o material colhido.

Os artigos da amostra foram identificados com “Artigo” associada a um número, entre 1 a 9, atribuídos aleatoriamente em ordem crescente (“Artigo 1”, “Artigo 2”... “Artigo 9”). Para a coleta de dados dos artigos da amostra, foi utilizado o instrumento proposto por Ursi (2005), pois ele é capaz de assegurar que os dados relevantes sejam extraídos garantindo a exatidão, servindo como registro. Tal instrumento é dividido em etapas para a coleta dos dados, sendo elas: informações do artigo, instituição sede do estudo, tipo de publicação, características metodológicas do estudo, avaliação do rigor metodológico, os quais foram compilados no programa *Microsoft Office Excel*®.

HUMANIZAÇÃO NA UTI: DIFICULDADES ENCONTRADAS PARA SUA IMPLEMENTAÇÃO UMA REVISÃO INTEGRATIVA

Na **fase quatro** foi realizado a avaliação dos estudos incluídos na RIL de acordo com a avaliação Qualis CAPES, diz respeito ao triênio 2010-2012, realizada pela Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) referente à área de Enfermagem.

Para a interpretação dos resultados na **fase cinco**, foi utilizada a técnica Análise de Conteúdo Temática proposta por Bardin (2009), na fase cinco, pois permite a análise dos dados através da categorização das unidades de significação encontradas. Seguindo os passos de pré-análise, exploração do material, análise e interpretação referencial.

Posteriormente na **fase seis**, à última, foi realizada a síntese do conhecimento evidenciado nos artigos analisados ou apresentação da Revisão Integrativa, todas as informações apreendidas disponibilizadas em quadros e figuras e os dados da discussão, agrupados nas categorias temáticas centrais: “dificuldades na efetivação da prática humanizada” e “pontos positivos que facilitam a assistência humanizada”.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os artigos selecionados para compor a amostra foram caracterizados pelo seu código (“Artigo” seguido do numeral), sua referência conforme normas da ABNT, estratificação Qualis CAPES do periódico em que o artigo foi publicado.

Número	Referência	Metodologia	Estrato Qualis
“Artigo 1”	SILVEIRA, Rosemary Silva da et al. Uma Tentativa de humanizar uma Relação de da Equipe de Enfermagem com Uma Família de Pacientes internados na UTI. Texto contexto - enferm , Florianópolis, v.14, n. spe, 2005.	Relato de Experiência	A2
“Artigo 2”	LAMEGO, Denyse TC; DESLANDES, Suely F.; MOREIRA, Maria Elisabeth L.. Desafios Para a humanização fazer Cuidado los UMA Unidade de terapia intensiva neonatal Cirúrgica. Ciênc.. saúde coletiva , Rio de Janeiro, v 10, n. 3, setembro de 2005.	Qualitativo Observação Participante	B1
“Artigo 3”	PINHO, Leandro Barbosa de; SANTOS, Silvia Maria Azevedo dos. Dialética do Cuidado humanizado na UTI: contradições Entre o Discurso ea Prática Profissional Enfermeiro fazer. Rev. Esc. enferm. USP , São Paulo, v 42, n. 1, março de 2008.	Qualitativo Observação participativa e a entrevista semi-estruturada	A2
“Artigo 4”	CAETANO, Joselany Áfio; ANDRADE, Luciene Miranda de; SOARES,	Qualitativo Análise de Conteúdo	B1

HUMANIZAÇÃO NA UTI: DIFICULDADES ENCONTRADAS PARA SUA IMPLEMENTAÇÃO UMA REVISÃO INTEGRATIVA

	Enedina; PONTE, Roberta Marida da. Cuidado Humanizado em Terapia Intensiva: um estudo reflexivo. Esc Anna Nery R Enferm , Rio de Janeiro, V 11, n. 2, junho de 2007.		
“Artigo 5”	SOUZA, Kátia Maria Oliveira de; FERREIRA, Suely Deslandes. Assistência humanizada em UTI neonatal: os sentidos e as limitações identificadas pelos profissionais de saúde. Ciênc. saúde coletiva , Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, Mar. 2010	Qualitativo Observação participativa e a entrevista semi-estruturada	B1
“Artigo 6”	COSTA, Silvio Cruz; FIGUEIREDO, Maria Renita Burg; SCHAURICH, Diego. Humanização los Unidade de Terapia Intensiva ADULTO (ITU):. Compreensões da Equipe de Enfermagem Interface (Botucatu) , Botucatu, v.13, supl. 1 2009.	Qualitativo Entrevista estruturada e a análise de conteúdo	B1
“Artigo 7”	ARAUJO, Flávia Pacheco de; FERREIRA, Márcia de Assunção. Representações Sociais sobre humanização fazer Cuidado: Implicações éticas e morais Rev. bras.enferm. , Brasília, v 64, n. 2, abril de 2011	Qualitativo Observação participativa e a entrevista semi-estruturada Teoria das Representações Sociais	A2
“Artigo 8”	SPIR, Eliete Genovez et al. A Percepção fazer Acompanhante sobre a humanização da Assistência los UMA Unidade neonatal. Rev. Esc. enferm. USP , São Paulo, v 45, n. 5, outubro de 2011.	Qualitativo Entrevista estruturada e a análise de conteúdo	A2
“Artigo 9”	PIROLO, Sueli Moreira; FERRAZ, Clarice Aparecida; GOMES, Romeu. A integralidade fazer Cuidado e Ação comunicativa na Prática interprofissional da terapia intensiva. Rev. Esc. enferm. USP , São Paulo, v 45, n. 6, dezembro de 2011.	Qualitativo Estudo de caso e a interpretação de sentidos.	A2

Quadro 1. Dados referenciais sobre o ensino da Humanização na UTI: dificuldades encontradas para sua implementação uma revisão integrativa, de acordo com o estrato *qualis* capes, coletados pelas autoras.

HUMANIZAÇÃO NA UTI: DIFICULDADES ENCONTRADAS PARA SUA IMPLEMENTAÇÃO UMA REVISÃO INTEGRATIVA

DADOS REFERENTES ÀS PUBLICAÇÕES

São apresentadas no quadro abaixo as informações acerca dos periódicos que integram a amostra de pesquisa através de seus estudos: nomes dos periódicos, cidade e ano em que foram publicados.

Nome do periódico	F	%
Texto Contexto Enferm,	01	11,1%
Revista Brasileira de Enfermagem –REBEn	01	11,1%
Interface -Comunic., Saude, Educ.	01	11,1%
Esc Anna Nery Rev Enferm	01	11,1%
Ciência e Saúde Coletiva	02	22,2%
Rev Esc Enferm USP	03	33,3%

Quadro 2. Dados referenciais sobre o periódico de publicação dos artigos incluídos na revisão integrativa coletados pelas autoras.

O quadro 2 mostra a frequência e a porcentagem dos estudos sobre humanização da assistência, unidades de terapia intensiva e serviço hospitalar de enfermagem, nos periódicos nacionais indexados no SCIELO de 2004 até 2011, segundo o nome de periódico. Portanto, o quadro demonstra que os artigos foram publicados em seis periódicos diferentes, sendo Rev Esc Enferm USP como a que mais publicou artigos com estas temáticas. As demais publicações aparecem em quantidade semelhante, o que demonstra, que este assunto, apesar de pouco pesquisado (1 artigo por periódico) aparece em diferentes revistas.

No que diz respeito à restrição da publicação do tema, esse apontamento é verificado em uma revisão sistemática da literatura a cerca da humanização da UTI em que os autores apontam à necessidade da realização e ampla divulgação de estudos, que possam aprofundar a análise da Humanização do âmbito da UTI (CAMPONAGARA, SANTOS, SEIFFERT, ALVEZ; 2011).

Local	F	%
Rio de Janeiro - RJ	03	33,3%
São Paulo – SP	03	33,3%
Brasília – DF	01	11,1%
Botucatu – SP	01	11,1%
Florianópolis – SC	01	11,1%

Quadro 3. Dados referenciais sobre o local de publicação dos artigos incluídos na revisão integrativa coletados pelas autoras.

O quadro 03 ilustra os locais de publicações dos periódicos com as frequências e porcentagem, onde as cidades do Rio de Janeiro e São Paulo aparecem como as que mais publicaram artigos nesta temática. Demais estados, como da região norte e nordeste não apresentaram publicações desta temática.

HUMANIZAÇÃO NA UTI: DIFICULDADES ENCONTRADAS PARA SUA IMPLEMENTAÇÃO UMA REVISÃO INTEGRATIVA

Ano	F	%
2005	02	22,2%
2007	02	22,2%
2008	01	11,1%
2009	01	11,1%
2010	02	22,2%
2011	01	11,1%

Quadro 4. Dados referenciais sobre o ano de publicação dos artigos incluídos na revisão integrativa coletados pelas autoras.

O quadro 04 mostra a frequência e a porcentagem dos estudos segundo o ano de publicação. Em relação ao ano em que foram publicados, 2005, 2007 e 2010 aparecem com 22,2 % dos artigos selecionados, verifica-se uma distribuição homogênea.

Profissão	F	%
Enfermeiro	07	77,7%
Psicólogo	01	11,1%
Não conta	01	11,1%

Quadro 5. Dados referenciais sobre a profissão do primeiro autor dos artigos incluídos na revisão integrativa coletados pelas autoras.

Em relação à profissão do primeiro autor, a profissão de enfermagem representa 77,7% dos autores dos artigos selecionados. Este dado reafirma que o enfermeiro demonstra preocupação com a temática em pauta e está diretamente envolvido neste processo.

Titulação	F	%
Doutor	03	33,3%
Mestre	04	44,4%
Especialista	01	11,1%
Não consta	01	11,1%

Quadro 6. Dados referenciais sobre a titulação do primeiro autor dos artigos incluídos na revisão integrativa coletados pelas autoras.

O quadro 6, mostra a frequência e a porcentagem dos estudos quanto a formação do primeiro autor, onde 04 artigos foram escritos por mestres, 03 por doutores, 01 por especialista e 01 não constava a titulação.

Tipo	F	%
Qualitativo - Descritivo exploratório	02	22,2%
Qualitativo – Estudo de caso	02	22,2%
Qualitativo – Exploratório	01	11,1%
Qualitativo – Descritivo	01	11,1%

HUMANIZAÇÃO NA UTI: DIFICULDADES ENCONTRADAS PARA SUA IMPLEMENTAÇÃO UMA REVISÃO INTEGRATIVA

Qualitativo – Representação Social	01	11,1%
Qualitativo – Orientação dialética	01	11,1%
Qualitativo – Relato	01	11,1%

Quadro 7. Dados referenciais sobre o tipo de pesquisa dos artigos incluídos na revisão integrativa coletados pelas autoras.

O quadro 7 mostra a frequência e a porcentagem dos estudos segundo o tipo de pesquisa desenvolvida. Onde todas foram qualitativas o que as diferenciou foi o tipo de pesquisa, sendo a abordagem descritiva exploratória e estudo de caso representando 22,2% cada, os artigos utilizados.

Por se tratar de um tema que envolve a subjetividade, permeado por reflexão e crítica, a pesquisa qualitativa por suas características é a que se enquadra como abordagem adequada.

Um estudo de cunho qualitativo não se preocupa com critérios numéricos, pois valoriza mais a compreensão ampla e densa sobre grupos determinados. Nos estudos qualitativos a amostra é constituída por sujeitos sociais que possuem as informações que respondem à indagação do pesquisador (MINAYO, 2004).

CATEGORIZAÇÃO DOS ESTUDOS

A seguir será apresentada em forma de quadro a compilação dos principais resultados e a conclusão dos artigos que foram incluídos na amostra.

Número	Resultados	Conclusão
“Artigo 1”	<ul style="list-style-type: none"> - Interação com a família desde o início da internação, para que a relação ocorra de modo sistemático e eficaz. - Estabelecimento de uma relação terapêutica - Considerar a percepção da família na experiência de doença e internação - Planejar tempo para dedicar à comunicação e estratégias de humanização do cuidado - Espaço físico não permite aprofundamento da relação 	<p>A família pode ajudar na recuperação do paciente se sua participação integrada de forma planejada.</p> <p>Elementos como sensibilidade, afetividade, capacidade de empatia, envolvimento emocional são internos e inerentes na relação interpessoal.</p> <p>A equipe de enfermagem precisa repensar sua rotina para integrar esses elementos e a família na rotina de cuidado.</p>
“Artigo 2”	<ul style="list-style-type: none"> - Normas e rotinas dificultam o cuidado humanizado - Contexto ambiental, ruídos e iluminação são desconsiderados. - Cuidado automatizado - Sobrecarga de trabalho - Estabelecimento de vínculo - Acesso dos pais é incentivado 	<p>Ofertar uma assistência que provenha a melhor tecnologia de saberes, procedimentos e equipamentos, conjugada ao acolhimento das necessidades intersubjetivas dos pacientes e dos profissionais e ao reconhecimento das lógicas culturais dos familiares é um dos grandes desafios da atenção em saúde.</p>
“Artigo 3”	<ul style="list-style-type: none"> - Conflitos ambivalentes nos familiares na UTI 	<p>A relação estabelecida entre o saber e o</p>

HUMANIZAÇÃO NA UTI: DIFICULDADES ENCONTRADAS PARA SUA IMPLEMENTAÇÃO UMA REVISÃO INTEGRATIVA

	<p>como local de cura e como sofrimento e morte, situação conflitante.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Senso comum dos familiares deve ser trabalhado pelos enfermeiros - o acolhimento é essencial para cuidado intensivo - Rotinas e horários de visitas colaboram para impessoalidade - Ressalta a importância da família no cuidado do paciente - Excesso de trabalho diminui tempo para estratégias de humanização - Dificuldade entre saber e fazer 	<p>fazer diante do processo de internamento na UTI sugerem que o cuidado de enfermagem esteja inserido em uma complexa teia, que se move em um ritmo dialético, preenchida de dificuldades pessoais, profissionais e necessidades institucionais o enfermeiro deve construção/reconstrução da profissão de enfermagem em termos de práticas, saberes e relações.</p>
<p>“Artigo 4”</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Conforto emocional além das rotinas da assistência - Promoção do conforto físico é muito importante na situação assistencial - Assistência humanizada como uma forma de compromisso com a profissão - Disponibilidade de condições de assistência para o exercício da atividade a ser desempenhada 	<p>Segundo observamos para os profissionais, a humanização compreende desde o conforto emocional até o conforto físico e compromisso profissional.</p>
<p>“Artigo 5”</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Significado de humanização para os profissionais: cuidado integral, ampliado e proporcionar conforto. - Uma dinâmica de prazer e de desgaste, onde prazer quando há a recuperação e desgaste quando ocorre o óbito. - Necessidade de mudança na organização da rotina - Desgaste físico e emocional do trabalhador - Falta de espaço físico adequado para acolhimento 	<p>A produção de cuidado humanizado no âmbito da UTI neonatal ainda é um desafio, sendo várias as dificuldades e os obstáculos encontrados pelos profissionais. Apesar dos limites para oferecer ao usuário uma assistência entendida pelos profissionais como humanizada, observamos que os desgastes não obscurecem o prazer, principalmente quando há o reconhecimento do trabalho bem-sucedido.</p>
<p>“Artigo 6”</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Humanização como cuidada integral do paciente - Valorização da família - Necessidade de readequação de espaço físico e reorganização das rotinas - Dimensionamento pessoal para atender a demanda de cuidados - Necessidade de educação continuada 	<p>É preciso que sejam estimulados ao aprimoramento profissional e incluídos nos processos decisórios de gestão e, assim, sintam-se valorizados e apoiados pela sua instituição, para a implementação de medidas que contemplem o estabelecimento da humanização na UTI.</p>
<p>“Artigo 7”</p>	<ul style="list-style-type: none"> - As questões éticas permeiam o saber dos clientes sobre a humanização do cuidado, não permanecendo à margem acerca do conhecimento sobre seus direitos e deveres. 	<p>Verifica-se que as representações sociais sobre a humanização no cuidado ganham contornos da ética e da moral, no estabelecimento de gradientes de</p>

HUMANIZAÇÃO NA UTI: DIFICULDADES ENCONTRADAS PARA SUA IMPLEMENTAÇÃO UMA REVISÃO INTEGRATIVA

	<ul style="list-style-type: none">- Diante da falta de ética eles se sentem submissos-Depende do relacionamento interpessoal do enfermeiro com o paciente	merecimento do bom trato. Nos saberes sociais dos sujeitos desta pesquisa, o direito ao bom trato não é igual para todos, o que indica possíveis diferenciações nas RS destes sujeitos sobre a humanização na perspectiva da ética e da moral, indicando novas possibilidades de pesquisa que avancem nas questões éticas implicadas no cuidado e na prática da humanização, segundo as políticas de saúde
“Artigo 8”	<ul style="list-style-type: none">- Assistência recebida pela equipe multiprofissional foi satisfatória e positiva- Estabelecimento da relação interpessoal entre a equipe e a mãe como significativo- Condições institucionais como fator negativo	A presença do acompanhante deve ser considerada, pela equipe, como parte essencial da assistência integral à família, porém precisa-se ainda pesquisar sobre o assunto.
“Artigo 9”	<ul style="list-style-type: none">- O cuidado individual instrumental frente às instabilidades clínicas- As ações de cuidado são voltadas para as situações de instabilidade do estado clínico- A ação é orientada por regras técnicas- O cuidado coletivo fragmentado por funções	Desafio do trabalho em saúde em buscar o comprometimento dos trabalhadores de saúde na perspectiva de articular as ações de saúde e estabelecer a interação entre os profissionais com vistas ao cuidado integral. Identificamos a necessidade de investimentos expressivos e contínuos com vistas ao cuidado integral e ao agir comunicativo no cotidiano do trabalho na terapia intensiva.

Quadro 9. Síntese dos principais resultados e conclusões dos artigos incluídos na revisão integrativa coletados pelas autoras.

Com relação à abordagem da temática central do estudo, do processo de análise dos dados obtidos a partir da questão norteadora “Quais as dificuldades encontradas para implementação da humanização na unidade de terapia intensiva?” depreenderam-se duas categorias temáticas: “Dificuldades na efetivação da prática humanizada” e “Pontos positivos que facilitam a assistência humanizada”. As sub-categorias que compõem juntamente com as categorias temáticas centrais, o *corpus* do processo analítico, serão apresentadas a seguir.

DIFICULDADES NA EFETIVAÇÃO DA HUMANIZAÇÃO NA UTI

RIGIDEZ DE ROTINAS E HORÁRIOS

No estudo de Pinho e Santos (2007), revelam que mesmo existindo uma política institucional que determinam rotinas de horários para visitantes na UTI, os enfermeiros são flexíveis em relação a essas rotinas, fortalecendo as relações interpessoais e contribuindo para o fortalecimento de vínculos.

HUMANIZAÇÃO NA UTI: DIFICULDADES ENCONTRADAS PARA SUA IMPLEMENTAÇÃO UMA REVISÃO INTEGRATIVA

Este estudo vem ao encontro do estudo realizado por Souza e Ferreira (2008), onde afirmam que algumas das situações e dos impasses dentro do processo de trabalho, demonstram a necessidade de mudança na organização das rotinas em nível de gestão da instituição, para que isso ocorra necessita da participação dos trabalhadores para padronizar ações e legitimar rotinas construídas ao longo dos anos.

Autores corroboram com o exposto em que as rotinas com dificuldade de flexibilização tornam o trabalho no contexto da UTI tornam as ações impessoais e distantes das premissas de um trabalho humanizado e integral (SOUZA, FERREIRA, 2010; COSTA, FIGUEIREDO, SCHAURICH, 2009; PINHO, SANTOS, 2008; LAMEGO, DESLANDES, MOREIRA, 2005).

As normas e rotinas são importantes para manter a organização, porém necessita ser flexível, para estabelecer-se de maneira humanizada dentro da UTI, onde os enfermeiros são co-responsáveis para implementá-las.

CONDIÇÕES DE TRABALHO NA ENFERMAGEM

O profissional exposto à sobrecarga de trabalho, estresse e exigência de bom desempenho nos procedimentos, desenvolve um cuidado automatizado e impessoal. (LAMEGO; DESLANDES; MOREIRA, 2005).

Diante do exposto, verificamos que as condições de trabalho interferem na implementação de medidas humanizadas, pois o profissional não encontra tempo para refletir sobre suas ações e desenvolve um trabalho mecânico.

Os resultados obtidos na pesquisa desenvolvida na UTI adulto de um hospital em Porto Alegre, destacam como aspectos que influenciam diretamente no processo de humanização na UTI, a adequação da área física, visita diária, recursos humanos em quantidade suficiente e com capacitação contínua (COSTA; FIGUEIREDO; SCHAURICH, 2009).

Lamego et al., (2005), em seu estudo, teve como objetivo analisar os cuidados ambientais e relações de atendimento em UTI neonatal cirúrgica, nos resultados obtidos evidenciou-se a falta de leitos ou alojamentos para as mães que obtém alta da maternidade e necessitam amamentar seus filhos, onde a equipe tentava acomodá-las em poltronas de descanso na enfermaria cirúrgica, porém quando essa medida não era possível o bebê recebia leite do Banco de leite, que não era da própria mãe. Isto demonstra a dificuldade em programar medidas de humanização, devido à insuficiência estrutural.

A adequação do espaço físico foi freqüentemente citada pelos autores, pois interfere diretamente no acolhimento aos familiares, privacidade do paciente, adequação de medidas humanizadoras dentro da UTI.

DESGASTE EMOCIONAL

O enfermeiro utiliza uma barreira psicológica para evitar o seu próprio desgaste emocional durante o cuidado ao paciente, pois à medida que o cuidado é prestado a relação de empatia é estabelecida (PINHO; SANTOS, 2007).

O trabalhador de enfermagem integrante da equipe de UTI convive com ambigüidade de sentimento diretamente relacionado ao desfecho do tratamento dos

HUMANIZAÇÃO NA UTI: DIFICULDADES ENCONTRADAS PARA SUA IMPLEMENTAÇÃO UMA REVISÃO INTEGRATIVA

pacientes, isso é verificado também no estudo de Souza e Ferreira, (2008), que teve como objetivo analisar sob a ótica dos profissionais de saúde a proposta de atenção humanizada e detectar os sentidos e os limites identificados por eles para a oferta desta forma de assistência, como resultado encontrado a fonte de prazer do trabalhador hospitalar intensivista relacionada à alta hospitalar do paciente e sem seqüelas, como gratificante por retratar de forma mais completa o investimento da produção de cuidados em saúde, onde se caracteriza como a materialização do resultado de um trabalho que exigiu intenso esforço da equipe, Por outro lado o óbito gera uma sensação de trabalhado mal sucedido, trazendo desgaste emocional.

Dessa forma identifica-se na literatura disponível que os trabalhadores lançam mão de estratégias individuais para se protegerem emocionalmente do envolvimento com o paciente internado na UTI e dessa forma as ações humanizadas que visam o atendimento integral ao paciente são prejudicadas (SOUZA, FERREIRA, 2010; PINHO, SANTOS, 2008; CAETANO, ANDRADE, SOARES, PONTE, 2007; LAMEGO, DESLANDES, MOREIRA, 2005).

PONTOS POSITIVOS QUE FACILITARAM ESTA PRÁTICA FAMÍLIA

A família é um componente essencial nas estratégias de cuidado humanizado do paciente, devendo ser acolhida inicialmente, esclarecida dúvidas, sendo fornecedora de informações relevantes do paciente, com comunicação eficaz, estabelecimento de vínculo, para ser integrada ao processo de saúde-doença.

Na prestação de cuidados ao paciente, destaca-se a importância do enfermeiro acompanhar a família/cuidador ao longo desse processo, porque esta vivencia um grande sofrimento emocional, ao mesmo tempo em que deverá ser capaz de reunir forças para ajudar o paciente (FONSECA; REBELO, 2011).

Nesse sentido, esse envolvimento e apoio da família vêm ao encontro dos resultados obtidos por Silveira et al. (2005) na sua pesquisa que teve como objetivo compartilhar as experiências e conhecimentos construídos na relação com pacientes, familiares e equipe de enfermagem para demonstrar a relevância da humanização na UTI e encontrou como resultados que a família pode contribuir muito para a recuperação do paciente, mas ela precisa receber orientações, necessita ser acolhida, respeitada e também objetivo de cuidado.

“A presença do acompanhante deve ser considerada, pela equipe, como parte essencial da assistência integral à família (SPIER et al., 2010).”

Considerando o senso comum em relação ao ambiente hostil da UTI, considerar o paciente em todas as suas dimensões e conhecer o contexto em que ele está inserido, torna a família como parte importante nesse processo, minimizando os aspectos negativos da internação. O envolvimento da família nesse processo possibilita o estabelecimento de vínculos e desenvolvimento das relações interpessoais entre os sujeitos envolvidos, sendo benéfico para planejamento dos cuidados humanizados.

Considerando o contexto supracitado, alguns autores apontam à necessidade considerar que o processo de enfrentamento da hospitalização é vivenciado por cada família de maneira única, o profissional deve conhecer a dinâmica familiar e inseri-lá no processo de hospitalização do paciente, sendo importante ferramenta de humanização da

HUMANIZAÇÃO NA UTI: DIFICULDADES ENCONTRADAS PARA SUA IMPLEMENTAÇÃO UMA REVISÃO INTEGRATIVA

assistência (SPIR, 2011; COSTA, FIGUEIREDO, SCHAURICH, 2009; PINHO, SANTOS, 2008; LAMEGO, DESLANDES, MOREIRA, 2005; SILVEIRA, 2005).

CUIDADO INTEGRAL

Cecílio e Merhy (2003) afirmam que o cuidado, nas organizações de saúde em geral, no hospital, em particular, por sua natureza, é necessariamente multidisciplinar, isto é, depende da conjugação do trabalho de vários profissionais. Assim, uma complexa trama de atos, de procedimentos, de fluxos, de rotinas, de saberes, num processo dialético de complementação, mas também de disputa, vão compondo o que se entende como cuidado em saúde. A maior ou menor integralidade da atenção recebida resulta, em boa medida, da forma como se articulam as práticas dos trabalhadores do hospital.

Para os enfermeiros o cuidado integral, é a postura adotada quando estão atentos aos cuidados diretos com os pacientes, além das necessidades psicoemocionais dele e dos familiares, assistindo em sua totalidade, atendendo solicitações, acolhendo o paciente e a família caracterizando como um cuidado humanizado (PINHO; SANTOS, 2007).

Em 2008, Souza e Ferreira em seu texto teve como resultado obtido o cuidado integral como uma forma de assistência, que está relacionado a um tipo de atendimento que envolve um processo assistencial resultante do conhecimento e da prática das várias categorias profissionais atuantes na produção de cuidados em saúde.

No estudo realizado por Costa, Figueiredo e Schaurich (2009), que teve como objetivo compreender como os profissionais da enfermagem percebem a política de humanização no cenário de uma UTI e sua importância no processo, os resultados mostram que os profissionais acreditam que a humanização possibilita uma visão mais integral do paciente, e a Humanização surge como superação do modelo cartesiano hegemônico nos serviços de saúde, onde um cuidado holístico e humanístico é estabelecido, e estende-se tanto ao paciente quanto a sua família.

Portanto, tendo como objeto de cuidado o paciente e sua família, assistindo-os em suas todas as necessidades e dimensões é fornecer um cuidado integral e assim um processo de trabalho humanizado.

RELAÇÃO COM O PACIENTE

A enfermagem é uma profissão a serviço do ser humano e da dinâmica que envolve quem cuida e quem é cuidado. O cuidado é um exercício dos seres humanos e uma arte de observar, saber e fazer; por esse motivo, na profissão estão implícitas as relações humanas e as implicações que definem sua prática e tudo mais a sua volta (REGIS; PORTO, 2006).

Araujo e Figueira em 2010 buscaram identificar os aspectos éticos implicados nas representações sociais de pacientes sobre a humanização e discutir as implicações destas para o cuidado de enfermagem, onde tiveram como resultado, a não vinculação de ações técnicas - científicas como relevantes na esfera de humanização, mas a postura do profissional diante dele, caracterizada pela questão racional amparada na postura ética, responsável e compromissada.

Esses resultados apontados pelos autores convergem com os resultados obtidos na pesquisa de Caetano et al. (2007) que apesar de pessoal, subjetivo e multifatorial o cuidado

HUMANIZAÇÃO NA UTI: DIFICULDADES ENCONTRADAS PARA SUA IMPLEMENTAÇÃO UMA REVISÃO INTEGRATIVA

não é necessariamente relacionado somente a procedimentos, tecnologias e medicamentos, mas a aspectos interacionais e humanos, como atenção, cortesia, delicadeza, prontidão, solicitações e comunicação efetiva.

“A atenção dispensada pelos profissionais evidencia que o tratamento dado pela equipe, com educação e respeito, é interpretado como um cuidado humanizado (SPIER et al., 2010).”

No estudo realizado por Lamego, Deslandes e Moreira, em (2005) os autores apresentaram como resultado as situações que existia uma forte ligação foi estabelecida entre o profissional e o bebê, principalmente nos casos mais graves e na ausência materna, essa ligação aparece como elemento fundamental para realização de intervenções clínicas, especialmente no que diz respeito à dor.

Para muitos profissionais o cuidado vai além das rotinas assistenciais, onde os cuidados subjetivos aos pacientes são relevantes e positivos no tratamento executado.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante do exposto verificamos as dificuldades na implementação da humanização na UTI relacionada à rigidez na rotina e nos horários, condições de trabalho da enfermagem, relacionada a excesso de trabalho e falta de estrutura física adequada, desgaste emocional, que dificulta implementação de rotinas humanizadas.

Por outro lado identificamos os aspectos positivos, no qual se destaca a integração da família no cuidado, integralidade do cuidado e relacionamento do profissional com o paciente.

Sendo assim destacamos a necessidade de rotinas e os horários de visitas na UTI mais flexíveis, melhoria das condições de trabalho, educação continuada e apoio psicológico aos profissionais e um serviço específico para planejar, organizar e implementar um programa específico de humanização.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ARAUJO, F. P. FERREIRA, M. A. Representações sociais sobre humanização do cuidado: implicações éticas e morais. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 64, n. 2, Apr. 2011.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Tradução de Luís Antero Reto e Augusto Pinheiro, São Paulo: Edições 70, 2011.

BOFF, L. **Saber cuidar: ética do humano: compaixão pela terra**. 8 ed. São Paulo: Vozes, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. HumanizaSUS: a clínica ampliada / Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

HUMANIZAÇÃO NA UTI: DIFICULDADES ENCONTRADAS PARA SUA IMPLEMENTAÇÃO UMA REVISÃO INTEGRATIVA

CAETANO, J. A. et al. Cuidado humanizado em terapia intensiva: um estudo reflexivo. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 2, jun. 2007.

CAMPOS, R. G. de. **Bournout: uma revisão integrativa na enfermagem ontológica**. São Paulo, 2005. Dissertação de Mestrado da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto.

CAMPONAGARA, S; SANTOS, T, M; SEIFFERT, M. A; ALVES, C. N. O cuidado humanizado em Unidade de Terapia Intensiva: Uma Revisão bibliográfica. **R. Enferm. UFSM**. 2011 Jan/Abril; 1(1): 124-132.

CECILIO, L. C. O; MERHY, E. E. 2003. **A integralidade do cuidado como eixo da gestão hospitalar** In: MATTOS, R e PINHEIRO, R. A. (Org.). Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde. Rio de Janeiro: UERJ/ABRASCO.

COSTA, S. C; FIGUEIREDO, M. R. B; SCHAURICH, D. Humanização em Unidade de Terapia Intensiva Adulto (UTI): compreensões da equipe de enfermagem. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, 2012.

FONSECA, J. V. C; REBELO, T. Necessidades de cuidados de enfermagem do cuidador da pessoa sob cuidados paliativos. **Rev. Bras. Enferm**, Brasília, v. 64, n. 1, jan-fev, 2011.

LAMEGO, D. T. C.; DESLANDES, S. F.; MOREIRA, M. E. L. Desafios para a humanização do cuidado em uma unidade de terapia intensiva neonatal cirúrgica. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, set. 2005.

MENDES, K. D. S.; SILVEIRA, R. C. de C. P.; GALVÃO, C. M. Revisão Integrativa: Método de Pesquisa para a Incorporação de Evidências na Saúde e na Enfermagem. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, 2008 Out-Dez; 17(4): 758-64.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 8.ed. São Paulo: HUCITEC, 2004.

PINHO, L. B. de; SANTOS, S. M. A. Dialética do cuidado humanizado na UTI: contradições entre o discurso e a prática profissional do enfermeiro. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 42, n. 1, Mar. 2008.

PIROLO, S. M; FERRAZ, C. A; GOMES, R. A integralidade do cuidado e ação comunicativa na prática interprofissional da terapia intensiva. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 45, n. 6, Dec. 2011.

POTTER, P; PERRY, A. **Fundamentos de Enfermagem**. 5º ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan p. 1097, 2006.

REGIS, L. F. L. V.; PORTO, I. S. A equipe de enfermagem e Maslow: (in)satisfações no trabalho. **Rev. Bras. Enferm**, v. 59, n.4, jul-ago, 2006.

HUMANIZAÇÃO NA UTI: DIFICULDADES ENCONTRADAS PARA SUA IMPLEMENTAÇÃO UMA REVISÃO INTEGRATIVA

SILVEIRA, R. S. et al. Uma tentativa de humanizar a relação da equipe de enfermagem com a família de pacientes internados na uti. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 14, n. spe, 2005.

SOUZA, K. M. O; FERREIRA, S. D. Assistência humanizada em UTI neonatal: os sentidos e as limitações identificadas pelos profissionais de saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, Mar. 2010.

SPIR, E. G. et al. A percepção do acompanhante sobre a humanização da assistência em uma unidade neonatal. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 45, n. 5, Oct. 2011.

HUMANIZAÇÃO NA UTI: DIFICULDADES ENCONTRADAS PARA SUA IMPLEMENTAÇÃO UMA REVISÃO INTEGRATIVA

**HUMANIZATION INTENSIVE CARE UNIT DIFFICULTY IN FOR ITS IMPLEMENTATION
AN INTEGRATIVE REVIEW**

ABSTRACT

Aimed to find evidence available in the literature on difficulties encountered in the implementation of humanization in the ICU. We adopted the integrative review method based on data SciELO. Results in two categories emerged from the content analysis proposed by Bardin: "difficulties in the realization of humane practice" and "good points that facilitate human assistance." We conclude the necessity and appropriateness of ICU a specific service to plan organize and implement a specific program of humanization, as well as new research area.

KEYWORDS: Nursing; Humanization of care; Intensive Care Unit; Hospital Nursing Service.

Recebido em 14 de maio de 2014; aprovado em 20 de julho de 2014.