

Humanização em Unidade de Terapia Intensiva Adulto (UTI): compreensões da equipe de enfermagem*

Silvio Cruz Costa¹
Maria Renita Burg Figueiredo²
Diego Schaurich³

COSTA, S.C.; FIGUEIREDO, M.R.B.; SCHAURICH, D. Humanization within adult intensive care units (ICUs): comprehension among the nursing team. **Interface - Comunic., Saude, Educ.**, v.13, supl.1, p.571-80, 2009.

This was a descriptive study with a qualitative approach that aimed to understand how nursing professionals (nurses and technicians) perceive the humanization policy within the scenario of an intensive care unit (ICU) and their importance in this process. It was developed in a private institution in Porto Alegre, Rio Grande do Sul, with 18 participants. Data were gathered through a structured interview. Issues relating to elements and characteristics that define humanization came out from the analysis, along with questions present within the process that facilitate it or cause difficulties. It was concluded that empathy, respect and value recognition are essential elements and that nursing professionals believe that they can make a difference in the process of humanization, with a view to improvements in care practices based on ethics, dialogue and the autonomy of patients, their family and the nursing team.

Keywords: Humanization of assistance. Intensive Care Units. Nursing. Hospital care.

Trata-se de estudo descritivo de abordagem qualitativa cujo objetivo foi compreender como os profissionais da enfermagem (enfermeiros e técnicos) percebem a política de humanização no cenário de uma UTI e sua importância nesse processo. Foi desenvolvido em uma instituição privada no município de Porto Alegre/RS, com 18 participantes. A coleta dos dados ocorreu por meio de entrevista estruturada. Da análise emergiram aspectos referentes a elementos e características que definem a humanização, bem como questões facilitadoras e dificultadoras presentes no processo. Conclui-se que a empatia, o respeito e a valorização constituem elementos fundamentais e que o profissional de enfermagem acredita fazer a diferença no processo de humanizar, com vistas a melhorar as práticas de cuidado baseadas na ética, no diálogo e na autonomia do paciente, de sua família e da própria equipe.

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

* Elaborado com base em Costa (2005).

¹ Centro de Terapia Intensiva, Hospital Mãe de Deus, Porto Alegre. Av. João Ferreira Jardim, 700, casa 11. Bairro Rubem Berta. Porto Alegre, RS, Brasil. 91.180-290 enfcosta@terra.com.br

² Departamento de Enfermagem, Universidade Luterana do Brasil (ULBRA/Canoas).

³ Doutorado, Curso de Pós-Graduação, Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Bolsista Capes.

Introdução

Em virtude, sobretudo, da complexidade do conhecimento biomédico, do avanço tecnológico e da qualificação do cuidado em saúde, foram criadas as Unidades de Terapia Intensiva (UTIs), locais em que é possível aumentar as chances de se recompor as condições estáveis do paciente 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 que, velados pelos problemas de doença, existem um paciente e sua família.

Assim, compreende-se que não só o cenário específico das UTIs, mas também os espaços das instituições e organizações de saúde viraram *locus* de reprodução do modelo biomédico cartesiano instituído histórico-socialmente. Constata-se que a recuperação de conceitos e práticas humanizadoras tem se tornado urgente, bem como desafiadora. Em meio aos desejos e necessidades emanados dos sujeitos nas práticas e nas relações no campo da saúde, estratégias governamentais começaram a ser traçadas e culminaram com a publicação do Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar – PNHAH e, posteriormente, com a Política Nacional de Humanização da atenção e gestão em saúde – PNH (Brasil, 2003, 2001).

A política da humanização tornou-se, nos últimos anos, temática recorrente em investigações e reflexões na área da saúde, interessando aos diferentes ramos do conhecimento científico. Vários estudos têm sinalizado a urgente necessidade de gestores e profissionais da saúde se adaptarem e desenvolverem, em seus locais de trabalho, uma assistência de acordo com a preconizada pela PNH (Beck et al., 2007; Bolela, Jericó, 2006; Falk et al., 2006; Casate, Corrêa, 2005; Backes, Lunardi Filho, Lunardi, 2005). Esta pesquisa, portanto, tem a finalidade de compreender como os profissionais da enfermagem (enfermeiros e técnicos) percebem a política de humanização no cenário de uma UTI e sua importância neste processo.

Fundamentação teórica

A humanização tem se constituído em uma temática central na atualidade, configurando um dos elementos que podem permitir o resgate do cuidado humanístico ao indivíduo que vivencia o estar saudável e o estar doente e a sua família. Isso porque, ao longo dos tempos, a formação de profissionais e a organização dos serviços de saúde têm privilegiado e priorizado, sobretudo em virtude do paradigma cartesiano, o conhecimento parcelar e especializado, a supremacia do poder médico, a valorização da técnica e da destreza manual e a visão do ser humano como máquina (Deslandes, 2005).

Entende-se, desta maneira, que quanto mais especializado for o serviço de saúde, mais presentes estarão as condições que sustentam o paradigma cartesiano. Sendo assim, as UTIs podem representar um espaço que, por sua concentração de tecnologia de ponta, caracteriza-se pela manutenção do saber científico especializado e fragmentado, em que pacientes e familiares acabam destituídos de sua humanidade (Gotardo, Silva, 2005). Em virtude desta realidade, há um movimento profissional e governamental pelo resgate e valorização da humanização no cuidado em saúde, especialmente a partir de 2001.

Tendo em vista este contexto, o Ministério da Saúde elaborou o PNHAH, visando, dentre outras questões, humanizar a assistência hospitalar pública prestada aos pacientes, assim como aprimorar as relações existentes entre usuários e profissionais, entre os profissionais, e entre o hospital e a comunidade, com vistas a melhorar a qualidade e a eficácia dos serviços prestados (Brasil, 2001). Com o intuito de unificar as políticas, em 2003, o PNHAH, juntamente com outros programas de humanização já existentes, acabou transformando-se na PNH – o Humaniza-SUS (Brasil, 2003) – o qual passou a abranger, também, os cenários da Saúde Pública (instituições primárias de atenção) na busca por melhorar a eficácia e a qualidade dos serviços de saúde.

A PNH, assim como os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), se compromete em possibilitar atenção integral à população e a propor estratégias que possibilitem ampliar as condições de direitos e de cidadania. Há que se considerar, ainda, que a humanização, como estratégia de qualificação da atenção e gestão do trabalho, busca “transformações no âmbito da produção dos serviços (mudanças nos processos, organização, resolubilidade e qualidade) e na produção de sujeitos (mobilização, crescimento, autonomia dos trabalhadores e usuários)” (Santos-Filho, 2007, p.1001).

Compreende-se que o termo humanização, mesmo considerando o texto base da PNH, apresenta uma polissemia conceitual e uma plasticidade, variando as possibilidades interpretativas desde aquilo que é tido como do senso comum até as leituras de um humanismo ancorado na ética da vida (Benevides, Passos, 2005). Em virtude disso, a PNH não define e delimita um conceito único, apenas circunscreve um entendimento sobre o que é a humanização, ou seja a:

valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde: usuários, trabalhadores e gestores; fomento da autonomia e do protagonismo desses sujeitos; aumento do grau de co-responsabilidade na produção de saúde e de sujeitos; estabelecimento de vínculos solidários e de participação coletiva no processo de gestão; identificação das necessidades de saúde; mudança nos modelos de atenção e gestão dos processos de trabalho tendo como foco as necessidades dos cidadãos e a produção de saúde; compromisso com a ambiência, melhoria das condições de trabalho e de atendimento. (Brasil, 2004)

A política de humanização, portanto, precisa ser considerada uma construção coletiva que acontece a partir da identificação das potencialidades, necessidades, interesses e desejos dos sujeitos envolvidos, bem como da criação de redes interativas, participativas e solidárias entre as várias instituições que compõem o SUS. Compreende-se que, como política, “ela deve traduzir princípios e modos de operar no conjunto das relações entre profissionais e usuários, entre os diferentes profissionais e entre as diversas unidades e serviços de saúde” (Mota, Martins, Vêras, 2006, p.324).

A política de humanização deve ser tratada como um elemento de transversalidade para o SUS, estando presente desde a recepção e acolhimento do usuário no sistema de saúde, até o planejamento e gestão das ações e estratégias, sejam elas de promoção, prevenção e/ou reabilitação. Sendo assim, quando se considera o cenário hospitalar, é necessário entender que a humanização precisa estar voltada não só ao paciente internado e aos seus familiares, mas também à própria equipe de saúde, uma vez que será pela inter-relação efetiva e afetiva existente entre eles que o cuidado poderá ser desenvolvido de maneira mais humana, ética e solidária.

Segundo Mezzomo (2001, p.276), um “hospital humanizado é aquele que sua estrutura física, tecnológica, humana e administrativa valoriza e respeita a pessoa, colocando-se a serviço dela, garantindo-lhe um atendimento de elevada qualidade”. É, portanto, da convergência de vários aspectos presentes nos contextos hospitalares que se conseguirá implantar e implementar a política de humanização como estratégia eficaz para um atendimento resolutivo e acolhedor ao usuário, e garantir educação permanente aos profissionais, bem como sua participação nos modelos de gestão, para alcançar melhorias na produção de cuidados de saúde.

Assim, em meio a estas necessidades presentes nas instituições de saúde e os diferentes aspectos que compõem a política de humanização, entende-se como relevante o desenvolvimento de pesquisas que contemplem o processo de humanizar relacionado às UTIs, seja para o que tange às percepções e significados atribuídos pelos profissionais, quanto para as aplicações e dificuldades práticas de sua implementação. Acredita-se que o principal objetivo da humanização em unidades de alta complexidade como as UTIs seja o de manter a dignidade do ser humano e o respeito por seus direitos, sendo importante dar voz aos profissionais para compreender como eles se percebem em meio a esta política e prática em saúde.

Metodologia

Trata-se de uma pesquisa de natureza exploratório-descritiva, com abordagem qualitativa, uma vez que teve por intuito explorar em profundidade a temática em voga. O estudo foi desenvolvido na Unidade de Tratamento Intensivo Adulto de um hospital privado do município de Porto Alegre/RS, tendo como participantes 18 profissionais de enfermagem (oito enfermeiros e dez técnicos), que atuavam na referida unidade quando da coleta de dados. A escolha dos participantes foi intencional, de acordo com a disponibilidade em participar do estudo.

A coleta de dados foi realizada por meio da técnica de entrevista estruturada (Triviños, 1987) para o preenchimento de um questionário que continha sete perguntas abertas relacionadas ao objeto deste estudo – a política de humanização. A coleta foi feita de forma individual, em sala reservada da própria instituição hospitalar, com data e hora marcada com cada profissional. Este instrumento continha, também, um espaço destinado à caracterização dos informantes para o que tange à idade, categoria profissional e tempo de atuação em UTI.

Optou-se pela análise de conteúdo (Bardin, 1977) das informações, a qual deve desdobrar-se em três fases, quais sejam: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados, inferência e interpretação. Durante a pré-análise ocorreu uma leitura flutuante do material que compõe o *corpus* para análise; em momento posterior, realizou-se a exploração do material, sendo a fase em que foram feitas as operações de codificação, classificação e agregação em função dos significados. Para finalizar, ocorreu o tratamento dos resultados obtidos, a inferência e a interpretação das unidades qualitativas de significação.

No que tange aos preceitos éticos, foi entregue, aos participantes da pesquisa, juntamente com o instrumento de coleta de dados, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido em duas vias, no qual estavam contemplados: os objetivos da pesquisa, que a participação era voluntária, que a identidade dos entrevistados seria preservada, que não sofreriam nenhum tipo de interferência em seu desempenho profissional, e que estavam totalmente isentos de qualquer custo, conforme prevê a Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (Brasil, 1997). Assim, para evitar a identificação dos sujeitos, optou-se por se usarem os códigos S1 a S18, levando-se em consideração que esta ordem sequencial não tem relação com a ordem em que as entrevistas foram realizadas.

Resultados e discussão

Apresentar-se-á, *a priori*, a Tabela 1, que permite a caracterização dos sujeitos que participaram do estudo quanto à idade, categoria profissional e tempo de atuação em UTI.

Ao analisá-la, constata-se que a maioria dos informantes encontrava-se na faixa etária entre os 25 e os quarenta anos, tendo tempo médio de trabalho em UTI entre cinco e 15 anos, o que revela o conhecimento das rotinas e cuidados desenvolvidos nesta unidade, bem como a experiência destes profissionais. Entende-se que esta caracterização foi importante pois revelou que as falas obtidas são oriundas de profissionais com experiência em cuidados de alta complexidade e que já desenvolviam suas atividades antes mesmo de a política entrar em vigor, o que justifica, muitas vezes, ao longo dos discursos, uma análise crítica referente à humanização.

Dos discursos dos profissionais podem-se extrair elementos que caracterizam as definições que possuem acerca do processo de humanização em saúde e que, de certa forma, norteiam as práticas de cuidado desenvolvidas, conforme segue:

é ver o paciente como um todo. (S 4)

é ter em primeiro lugar empatia pelo paciente. (S 7)

Tabela 1. Caracterização dos informantes de acordo com a idade, categoria profissional e tempo de atuação em Unidade de Terapia Intensiva. Porto Alegre, Brasil, 2005 (Costa, 2005).

Sujeitos	Idade	Categoria profissional	Tempo de atuação
1	41	Enfermeiro	18 anos
2	26	Enfermeiro	1 ano
3	40	Enfermeiro	20 anos
4	29	Enfermeiro	5 anos
5	41	Enfermeiro	20 anos
6	30	Enfermeiro	5 anos
7	34	Enfermeiro	10 anos
8	43	Enfermeiro	2 anos
9	31	Técnico de enfermagem	7 anos
10	30	Técnico de enfermagem	11 anos
11	27	Técnico de enfermagem	5 anos
12	31	Técnico de enfermagem	9 anos
13	37	Técnico de enfermagem	6 anos
14	53	Técnico de enfermagem	22 anos
15	25	Técnico de enfermagem	2 anos
16	24	Técnico de enfermagem	3 anos e meio
17	36	Técnico de enfermagem	10 anos
18	22	Técnico de enfermagem	9 meses

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

Ainda em relação a estas falas, depreende-se que os profissionais acreditam que a política de humanização possa oportunizar uma visão mais integral do paciente, ou como referiram, é uma possibilidade de vê-lo "como um todo". Nas entrelinhas deste discurso, entende-se que a humanização significa um meio para superar o modelo cartesiano hegemônico nos serviços de saúde, a partir do desenvolvimento de um cuidado holístico e humanístico, tanto ao paciente quanto a sua família. Outros discursos auxiliaram, também, a definir humanização como:

acredito que humanizar está muito além do cuidar, tocar e realizar algumas tarefas. (S 1)

valorização e respeito ao ser humano. (S 2)

Com base nestas falas pode-se perceber que os profissionais da equipe de enfermagem consideram que a humanização em saúde vai além de um outro modo de escutar, dialogar, cuidar. Entendem que ela preconiza, ainda, uma valorização dos próprios trabalhadores da saúde, das estruturas físicas dos serviços e da organização destas instituições. Isto é, para humanizar o cuidado é necessária a implementação de várias medidas, como: diminuir o tempo de espera (em filas), melhorar os espaços destinados à equipe e aos pacientes e familiares, fornecer informações compreensíveis e adequadas, rever certas normas e rotinas, entre outras (Beck et al., 2007; Bolela, Jericó, 2006; Falk et al., 2006; Casate, Corrêa, 2005).

Sendo assim, humanizar pressupõe resgatar e revelar as características humanas como partes constitutivas do funcionamento hospitalar e como forma de valorizar o paciente, a família e a equipe de saúde, com vistas à mudança paradigmática e ao cuidado humanístico. Além disso, outros estudos (Mota, Martins, Vêras, 2006; Martins, 2001) sinalizam benefícios trazidos pela política de humanização aos hospitais, como: a redução do tempo de internação, a diminuição das faltas ao trabalho, o aumento

da sensação de bem-estar entre pacientes, familiares e funcionários e, com isso, conseqüentemente, a redução dos gastos em saúde.

A partir destes discursos anteriormente apresentados, pode-se perceber que o conceito de humanização, na perspectiva dos profissionais de enfermagem, encontra-se extremamente arraigado às questões mais relacionais do ser humano, bem como àquelas que envolvem a sensibilidade, o respeito, a empatia e a responsabilidade do/no ato de cuidar. No entanto, faz-se premente ressaltar e problematizar o fato de que a política de humanização projeta-se para além destes aspectos do humanismo, uma vez que ela considera a necessidade não só de melhorar o acesso, o acolhimento e o cuidado prestado, mas também o modo de gerir e administrar as práticas de saúde com vistas a qualificar os serviços.

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

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

a UTI em que trabalho utiliza iluminação natural, divisória entre os leitos, climatização, garantia de visita diária dos familiares, flexibilidade no horário de visitas, privacidade aos pacientes e familiares, posto de enfermagem centralizado. (S 5)

treinamentos, educação continuada, número suficiente de profissionais. (S 6)

reuniões da equipe com profissional da psicologia, maior envolvimento com familiares do paciente. (S 10)

número suficiente de funcionários para trabalhar, harmonia entre a equipe de enfermagem. (S 12)

Estes fatores positivos e que facilitam a implementação do processo de humanização vêm, também, ao encontro dos achados de outros estudos (Beck et al., 2007; Bolela, Jericó, 2006; Backes, Lunardi Filho, Lunardi, 2005) que indicam serem estes aspectos recorrentes nos discursos dos profissionais. Nota-se que muitos destes aspectos considerados positivos, e que são provenientes da necessidade de adaptação das instituições de saúde para a implementação da PNH, estão relacionados a mudanças e (re)organizações da estrutura física e das rotinas dos serviços.

É importante salientar que “além das mudanças internas nos trabalhadores, são necessárias, concomitantemente, alterações no ambiente de trabalho e nas relações interpessoais” (Amestoy, Schwartz, Thofehrn, 2006, p.447), o que vem sendo percebido pelos profissionais da enfermagem. Sendo assim, compreende-se a complexidade de fatores que interferem para que uma efetiva humanização em saúde aconteça, desde questões relacionadas ao paciente e familiares (maior privacidade, climatização) até questões relativas à equipe de saúde (número suficiente de profissionais, harmonia entre a equipe), perpassando por questões estruturais das instituições (iluminação natural, posto de enfermagem centralizado, educação continuada) e redefinição de normas e rotinas (flexibilidade no horário de visitas, garantia de visitas diárias).

Por outro lado, também foram elencados fatores que podem dificultar a humanização das UTIs:

o automatismo das funções, às vezes as pessoas acham que estão lidando com máquinas. (S 10)

as “brigas” entre funcionários, o mau humor dos mesmos. (S 10)
dificuldade na comunicação não verbal, pouco interesse por parte de alguns. (S 13)

as rotinas que são pré-estabelecidas e que às vezes não nos permitem dedicar maior tempo ao paciente e sua família. (S 6)

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

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

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

Portanto, na busca por descobrir a importância que cada profissional atribui a sua participação dentro do processo de humanização da UTI, foi solicitado aos sujeitos que pontuassem essa importância, tendo, como referência, uma escala que variava entre zero (para nada importante) a dez (para muito importante). A média de importância individual obtida foi oito, o que é significativo para o contexto de humanização. Os sujeitos justificaram suas respostas da seguinte maneira:

nota dez - A enfermagem faz diferença nesse aspecto. (S 4)

nota nove - O enfermeiro é o profissional mais qualificado para conduzir esse processo. (S 5)

nota oito - Me vejo no papel de profissional empenhado em criar um time de trabalho. (S 3)

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

comprometida com o contexto da humanização, e acredita fazer a diferença neste processo, valorizando sua participação como profissional.

Entende-se, como fundamental, este reconhecer-se como importante no processo de humanização por parte da equipe de enfermagem, uma vez que são estes profissionais que desenvolvem os cuidados diretos, bem como são eles que acompanham os usuários durante tempo integral. Assim, é importante que eles se sintam comprometidos, pois, provavelmente, o cenário da UTI seja o mais complexo para se fazer valer a política de humanização devido à supremacia do modelo biomédico hierarquizante, da fragmentação do ser humano e dos processos de cuidado e da lógica técnico-burocrática existente. Por isso, conhecer e compreender como ocorre a implantação e implementação da PNH neste cenário específico é tão relevante e, por que não afirmar, desafiante para profissionais e gestores dos serviços de saúde.

Conclusões

O processo de humanização das relações no ambiente da terapia intensiva é uma preocupação dos gestores e dos profissionais da saúde por envolver a compreensão do significado da vida do ser humano. À medida que novas tecnologias vêm se incorporando às UTIs, é exigida maior qualificação dos profissionais para operá-las com precisão, segurança e eficácia, sem com isso velar os valores éticos, estéticos e humanísticos que norteiam a profissão.

Este estudo mostrou que os profissionais de enfermagem definiram humanização como ter respeito pelo ser humano, ver o paciente de forma holística e valorizar o paciente e sua família. Foi destacada a empatia como importante característica que possibilita, aos profissionais, um fazer diferenciado com vistas à humanização da assistência. Foram destacados aspectos que influenciam positivamente o processo de humanização da UTI, como: uma adequada área física, a garantia da visita diária em mais de um turno, ter recursos humanos em quantidade suficiente e com capacitações periódicas, além dos mesmos atuarem em sintonia e com respeito mútuo.

Foram apontados, como aspectos que dificultam o processo de humanização da UTI: as relações interpessoais entre as equipes, o despreparo dos profissionais da saúde para o que tange aos princípios, métodos e diretrizes da PNH, e o pouco tempo que estes profissionais possuem para se dedicar ao paciente e sua família devido às rotinas preestabelecidas. A equipe de enfermagem atribuiu nota oito a sua importância como profissionais dentro do processo de humanização, justificando que a enfermagem faz a diferença nesse aspecto e que o enfermeiro é o profissional mais qualificado para conduzir e implementar esta política.

Acredita-se que o processo de humanização da UTI propicia: melhorias das práticas cuidadoras, um cuidado comprometido com a ética, o diálogo e a autonomia do paciente e de sua família. Acredita-se, também, na possibilidade de maior participação da família no cuidado ao paciente na UTI, e que a equipe pode ser solidária no desenvolvimento dos cuidados, respeitando a individualidade do paciente e de cada família. Porém, há que se considerar que este processo passa pelas condições de trabalho dos profissionais da UTI e, portanto, é preciso que sejam estimulados ao aprimoramento profissional e incluídos nos processos decisórios de gestão e, assim, sintem-se valorizados e apoiados pela sua instituição.

Colaboradores

Os autores Silvio Cruz Costa, Maria Renita Burg Figueiredo e Diego Schaurich participaram, igualmente, de todas as etapas de elaboração do manuscrito.

Referências

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

BACKES, D.S.; LUNARDI FILHO, W.D.; LUNARDI, V.L. A construção de um processo interdisciplinar de humanização à luz de Freire. **Texto Contexto Enferm.**, v.14, n.3, p.427-34, 2005.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1977.

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

BENEVIDES, R.; PASSOS, E. Humanização na saúde: um novo modismo? **Interface - Comunic., Saude, Educ.**, v.9, n.17, p.389-94, 2005.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Humanização**. 2004. Disponível em: <http://www.portal.saude.gov.br/saude/area.cfm?id_area=390>. Acesso em: 16 jul. 2008.

_____. Ministério da Saúde. **Manual do Humaniza SUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2003. Disponível em: <www.saude.gov.br/humanizasisus>. Acesso em: 3 fev. 2008.

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

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comitê Nacional de Ética em Pesquisa em Seres Humanos. **Resolução 196, de 10 de outubro de 1996**: diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília: Ministério da Saúde, 1997.

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

COSTA, S.C. A equipe de enfermagem no contexto da humanização de uma Unidade de Terapia Intensiva Adulto. 2005. Monografia (Especialização em Enfermagem em Terapia Intensiva Adulto) - Universidade Luterana do Brasil, Canoas. 2005.

DESLANDES, S.F. O projeto ético-político da humanização: conceitos, métodos e identidade. **Interface - Comunic., Saude, Educ.**, v.9, n.17, p.401-3, 2005.

FALK, M.L.R. et al. Contextualizando a Política Nacional de Humanização: a experiência de um hospital universitário. **Bol. Saude**, v.20, n.2, p.135-44, 2006.

GOTARDO, G.I.B.; SILVA, C.A. O cuidado dispensado aos familiares na unidade de terapia intensiva. **Rev. Enferm. UERJ**, v.13, n.2, p.223-8, 2005.

MARTINS, M.C.F. **Humanização das relações assistenciais em saúde**: a formação do profissional de saúde. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2001.

MEZZOMO, J.C. **Gestão da qualidade na saúde**: princípios básicos. Barueri: Manole, 2001.

MOTA, R.A.; MARTINS, C.G.M.; VÉRAS, R.M. Papel dos profissionais de saúde na Política de Humanização Hospitalar. **Psicol. Estud.**, v.11, n.2, p.323-30, 2006.

SANTOS-FILHO, S.B. Perspectivas da avaliação na Política Nacional de Humanização em saúde: aspectos conceituais e metodológicos. **Cienc. Saude Colet.**, v.12, n.4, p.999-1010, 2007.

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

TRIVIÑOS, A.N.S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais**. São Paulo: Atlas, 1987.

COSTA, S.C.; FIGUEIREDO, M.R.B.; SCHAURICH, D. Humanización en Unidad de Terapia Intensiva para Adulto (UTI): comprensiones del equipo de enfermería. **Interface - Comunic., Saude, Educ.**, v.13, supl.1, p.571-80, 2009.

Se trata del estudio descriptivo de planteamiento cualitativo con el objeto de comprender como los profesionales de enfermería (enfermeros y técnicos) perciben la política de humanización en el terreno de una UTI y su importancia en tal proceso. Se desarrolló en una institución privada en el municipio de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil, con 18 participantes. La colecta de datos transcurrió por medio de entrevista estructurada. Del análisis emergieron aspectos referentes a elementos y características que definen la humanización, así como cuestiones que facilitan y las que dificultan presentes en el proceso. Se concluye que la empatía, el respeto y la valorización constituyen elementos fundamentales y que el profesional de enfermería cree que establecen la diferencia en el proceso de humanizar, con vistas a mejorar las prácticas de cuidado basadas en la ética, en el diálogo y en la autonomía del paciente, de su familia y en la de su propio equipo.

Palabras clave: Humanización de la atención. Unidades de Terapia Intensiva. Enfermería. Atención hospitalaria.

Recebido em 11/03/08. Aprovado em 03/11/08.