

Universidade Estadual Paulista – UNESP

Faculdade de Medicina de Botucatu

Curso de Graduação em Enfermagem

Paola Inforçatti Marcussi

Humanização da assistência ao paciente crítico: revisão integrativa da literatura.

Botucatu

2011

Universidade Estadual Paulista – UNESP

Faculdade de Medicina de Botucatu

Curso de Graduação em Enfermagem

Paola Inforçatti Marcussi

Humanização da assistência ao paciente crítico: revisão integrativa da literatura.

Monografia de Conclusão de Curso
apresentada ao Curso de Graduação
em Enfermagem. Faculdade de
Medicina. Botucatu. UNESP.

Orientadora: Silmara Meneguim

Botucatu

2011

Marcussi, Paola Inforçatti.

Humanização da assistência ao paciente crítico: revisão integrativa da
literatura / Paola Inforçatti Marcussi. – Botucatu : [s.n.], 2011

Trabalho de conclusão de curso (bacharelado - Enfermagem) - Universidade
Estadual Paulista, Faculdade de Medicina de Botucatu

Orientador: Silmara Meneguín

Capes: 40400000

1. Humanização na saúde. 2. Tratamento intensivo. 3. Enfermagem de
emergência.

Palavras-chave: Cuidado Humanizado; Emergência; Humanização; Unidade
de Terapia Intensiva; Urgência.

DEDICATÓRIA

Aos meus pais, João Luís e Maria Rita por todo apoio.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente à Deus, pela oportunidade de ser enfermeira.

Aos meus pais, pelo apoio, compreensão e dedicação.

À Silmara Meneguim, minha orientadora, por toda paciência e ajuda durante a realização deste trabalho.

À todos os profissionais do Pronto Socorro do Hospital das Clínicas de Botucatu que me ajudaram a crescer durante o estágio, dedicando tempo a mim, quando mais necessitei.

Ao departamento de enfermagem pelas oportunidades, em especial à professora Ione Corrêa pela ajuda e atenção durante o estágio supervisionado no Pronto Socorro do Hospital das Clínicas de Botucatu.

RESUMO

As unidades de pacientes críticos, representadas pelas unidades de terapia intensiva (UTIs) e emergência, surgiram a partir da necessidade de aperfeiçoamento e concentração de recursos humanos e materiais para o atendimento de pacientes graves. Todavia essas unidades possuem algumas características próprias, como: convivência diária dos profissionais e dos sujeitos doentes com as situações de risco; ênfase no conhecimento técnico-científico e na tecnologia. Humanizar a assistência nessas unidades pressupõe integrar ao conhecimento técnico-científico responsabilidade, sensibilidade, ética, e solidariedade no cuidado ao paciente e seus familiares, e na interação com a equipe. Como esse projeto de humanização surge num cenário de desafios ainda presentes na construção do SUS, e que exige mudanças no modelo de gestão e de atenção à saúde, sentiu-se necessidade de realizar, inicialmente, análise do conhecimento já produzido acerca dessa temática. O objetivo do trabalho foi analisar a produção científica sobre humanização da assistência em unidades de terapia intensiva e emergência, tomando por base as publicações veiculadas em periódicos nacionais. Trata-se de uma revisão integrativa da literatura nacional. Para seleção dos artigos foi utilizada a base de dados on-line Literatura Latino-Americana do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) na plataforma da Biblioteca Virtual em saúde (BVS). A amostra final desta revisão foi constituída por 21 artigos. A apresentação dos resultados e discussão dos dados foi realizada de maneira descritiva e dividida em três temáticas: comunicação com familiares e equipe, humanização do cuidador, e por fim dificuldades enfrentadas para implementação da humanização. No que tange a comunicação, esta é vista pelos autores como estratégia fundamental para assegurar a qualidade da assistência prestada em cuidados intensivos e colocada como eixo central da política de humanização. No que se refere à humanização do cuidador a sobrecarga física e emocional decorrente do processo de trabalho nestas unidades são fatores que interferem nas relações interpessoais entre os membros da equipe, e destes com os pacientes. Dentre as dificuldades enfrentadas para implementação da assistência humanizada ao paciente crítico estão a estrutura física e organizacional das unidades, a tecnologia e a formação dos profissionais de saúde centrada no modelo biomédico. Conclusão: A comunicação é considerada fundamental para humanização da assistência prestada ao paciente crítico, uma vez que permite o desenvolvimento de uma rede de significados entre paciente, equipe, família e instituição. Para implementação do cuidado com ações humanizadas nos setores urgência e emergência, e em especial nas UTIs há necessidade de mudança de cultura organizacional e valorização dos profissionais de saúde.

Descritores: pronto socorro, humanização, emergência, urgência, unidade de terapia intensiva, cuidado humanizado.

ABSTRACT

This study aimed at analyzing the scientific production on health care humanization in intensive-care and emergency units based on publications in national journals. Therefore, this is an integrative review of the national literature. The online database *Literatura Latino-Americana do Caribe em Ciências da Saúde* - Literature in the Health Sciences in Latin America and the Caribbean (LILACS) based on the Health Virtual Library (BVS) platform was used to select articles. The final sample in this review consisted of 21 articles. The presentation of results and data discussion was descriptively performed and divided into three themes: communication with relatives and the team, caregiver humanization and, finally, the difficulties faced to implement humanization. As regards communication, it is seen by the authors as a fundamental strategy to ensure quality in intensive care, and it is placed as a central axis in the humanization policy. Concerning caregiver humanization, the physical and mental overload resulting from the work process in these units are factors that interfere with personal relations between team members as well as with that between team members and patients. Among the difficulties faced for implementing humanized care for critical patients are the units's physical and organizational structures, technology and health care professionals' education, which is centered on the biomedical model. It was concluded that communication is considered to be fundamental for humanization of the care provided to critical patients, since it allows for the development of a network of meanings between patients, the team, families and the establishment. In order to implement care with humanized actions in urgency and emergency sectors, particularly in ICUs, it is necessary to change organizational culture and value health care professionals.

Key words: Emergency room, humanization, emergency, urgency and intensive care unit, humanized care.

SUMÁRIO

1 Introdução.....	7
2 Objetivo.....	8
3 Método.....	9
4 Resultados e Discussão.....	11
4.1 Comunicação com familiares e equipe.....	13
4.2 Humanização do cuidador.....	16
4.3 Dificuldades enfrentadas para implementação da humanização.....	18
4.3.1 Espaço físico.....	18
4.3.2 Tecnologia.....	20
4.3.3 Formação profissional.....	22
5 Conclusão.....	24
6 Referências.....	26

1 INTRODUÇÃO

Humanizar a assistência ao paciente crítico tornou-se um desafio, uma vez que a tecnologia cada vez mais se supera e favorece o esquecimento de que o objetivo do cuidado é assistir o ser humano⁽¹⁾.

Embora as UTIs sejam locais destinados à prestação de assistência especializada a pacientes em estado crítico, e que exigem controle rígido de parâmetros vitais e assistência de enfermagem contínua e intensiva é na possibilidade de resgate do humano que pode residir a intenção de humanizar o fazer em saúde⁽²⁾.

Partindo-se da premissa de que a produção de saúde é feita por profissionais dotadas de desejos, sentimentos, saberes e necessidades, considera-se que humanizar a assistência é ofertar atendimento de qualidade, articulando os avanços tecnológicos com acolhimento, com melhoria dos ambientes de cuidado e das condições de trabalho dos profissionais⁽³⁾.

Nessa perspectiva, a Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do Sistema Único de Saúde proposta pelo Ministério da Saúde em 2003, tem como princípios teóricos metodológicos: a transversalidade, a inseparabilidade entre atenção e gestão e o protagonismo dos sujeitos e coletivos. Amplia-se, assim, o campo da assistência hospitalar para todos os serviços de atenção a saúde⁽⁴⁾.

Como esse projeto surge num cenário de desafios ainda presentes na construção do SUS, e que exige mudanças no modelo de gestão e de atenção à saúde⁽³⁾, sentiu-se necessidade de realizar, inicialmente, análise do conhecimento já produzido acerca dessa temática no âmbito da assistência ao paciente crítico.

2 OBJETIVO

Analisar a produção científica sobre humanização da assistência em unidade de terapia intensiva e emergência, tomando por base as publicações em periódicos nacionais.

3 MÉTODO

Para alcançar o objetivo proposto no estudo, optou-se pelo método de revisão integrativa, uma vez que se apóia na leitura exploratória e seletiva do material. Além disso, uma revisão integrativa bem realizada exige o mesmo rigor, clareza e replicação utilizada nos estudos primários⁽⁵⁾.

Na operacionalização dessa revisão as seguintes etapas foram percorridas: estabelecimento da hipótese e objetivos da revisão, seleção da amostra, categorização dos estudos, análise, apresentação e discussão dos resultados, e por fim, apresentação da revisão.

O estudo foi direcionado pelo seguinte questionamento: quais são propostas de ações e dificuldades enfrentadas para implementação do atendimento humanizado ao paciente crítico?

Para seleção dos artigos foi utilizada a base de dados on-line Literatura Latino-Americana do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) na plataforma da Biblioteca Virtual em saúde (BVS).

Para o levantamento dos artigos, utilizaram-se como descritores: pronto socorro, humanização, emergência, urgência, unidade de terapia intensiva, cuidado humanizado.

Os critérios de inclusão utilizados para seleção dos artigos definidos para presente revisão foram: artigos publicados em português, com resumo disponível na base de dados

selecionada, no período compreendido entre 2000-2011, independente do método de pesquisa utilizado.

Foram identificadas 21 publicações que contemplavam os critérios de inclusão.

A seguir, realizou-se leitura exploratória do material encontrado com intuito de avaliar se o mesmo era de interesse desta pesquisa e desenvolveu-se um formulário para coleta dos dados, e que foi preenchido pela autora para cada artigo selecionado após a numeração dos mesmos.

Em seguida, realizou-se análise do conteúdo dos documentos e separação em pastas individuais para cada agrupamento de temática.

A apresentação dos resultados e discussão dos dados foi realizada de maneira descritiva e dividida em três temáticas: comunicação com familiares e equipe, humanização do cuidador e dificuldades enfrentadas para implementação da humanização.

Para síntese das propostas de humanização identificadas em cada temática foi utilizado um quadro sinóptico.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Na tabela 1 observa-se que a maior concentração de publicações ocorreu no período de 2006 a 2011. Esses resultados demonstram que o tema humanização do paciente crítico se tornou crescente no respectivo período, talvez em decorrência dos avanços de políticas públicas nacionais relacionadas à humanização em saúde⁽⁶⁾. Outro fator que possa ter contribuído para o aumento dos estudos neste período é a necessidade cada vez maior de qualidade na assistência prestada ao paciente e seu familiar⁽⁶⁾.

Tabela 1 – Distribuição dos artigos segundo ano de publicação⁽⁶⁾

Período	Nº	%
2000-2005	6	28,6
2006-2011	15	71,4
Total	21	100

Pelos dados da tabela 2 nota-se que o periódico que publicou maior numero de artigos foi a revista Revista Latino Americana de Enfermagem, seguida pela revista Interface -Comunicação, Saúde e Educação.

Tabela 2– Distribuição dos artigos publicados segundo o periódico⁽⁶⁾.

Periódico	N	%
Ciência e Saúde Coletiva	2	9,5
Acta Scientiarum Health Sciences	2	9,5
Interface – Comunicação, Saúde, Educação	3	14,2
Revista Escola de Enfermagem USP	1	4,7

Revista Fapciência	1	4,7
Revista Eletrônica de Enfermagem	2	9,5
Revista Brasileira de Enfermagem-REBEN	2	9,5
Escola Ana Nery Revista de Enfermagem	1	4,7
Revista Latino Americana de Enfermagem	4	19
Revista Brasileira de Terapia Intensiva	1	4,7
Revista Texto e Contexto Enfermagem	1	4,7
Revista Arquivos de Ciências da Saúde	1	4,7
Total	21	100

Em relação à modalidade de estudo, verifica-se na tabela 3 que a maioria das publicações foram artigos originais. Observa-se também uma escassez de artigos de revisão sobre o tema. Outro dado importante nesta pesquisa é que apenas um artigo científico foi derivado de tese ou dissertação.

Tabela 3 – Distribuição dos artigos segundo a modalidade de estudo⁽⁶⁾

Modalidade do artigo	Nº	%
Artigo original	18	85,7
Artigo de revisão	2	9,5
Dissertação	1	4,7
Total	21	100

Após a análise dos artigos, os agrupamentos temáticos identificados foram: Comunicação com familiares e equipe, Humanização do cuidador e Dificuldades enfrentadas para implementação da humanização.

4.1 Comunicação com familiares e equipe

A comunicação é vista pelos autores como estratégia fundamental para assegurar a qualidade da assistência prestada em cuidados intensivos⁽⁷⁾.

A informação transmitida adequadamente e em tempo oportuno está associada à melhoria do nível de satisfação dos familiares, uma vez que transmite segurança e qualidade de atendimento⁽⁷⁾.

Um estudo realizado com familiares de pacientes internados em unidade de paciente crítico mostrou que para os mesmos comunicação significa liberdade de expressão e estreitamento dos vínculos com a equipe⁽⁷⁾.

Para os familiares comunicação adequada é aquela em que as informações são transmitidas de maneira simples, clara e objetiva, sem o uso de termos técnicos, que pode ser compreendida por qualquer pessoa independente do nível de instrução⁽⁷⁾.

No entanto, algumas queixas são apontadas pelos mesmos. A primeira refere-se ao fato de que as informações a respeito do estado do paciente são freqüentemente transmitidas nos horários de visita. Neste período, nem sempre os profissionais da equipe de enfermagem estão presentes na beira do leito, pois muitos aproveitam o momento para realizar outras atividades e não estão disponíveis para realizar um diálogo efetivo com eles⁽⁷⁾.

Com isso, muitas vezes, há falta de informação e de esclarecimento pontual de dúvidas a respeito da condição clínica do paciente, bem como de normas e rotinas do serviço. Diante deste contexto, os familiares se sentem perdidos e sem uma referência na unidade para esclarecimento de dúvidas⁽⁷⁾.

Outra queixa verbalizada pelos mesmos refere-se à dificuldade de acesso a quem detém as informações. A título de sugestão mencionam que o ideal seria ter na instituição uma central de informações com uma pessoa que tivesse conhecimento detalhado de cada caso para transmitir a eles⁽⁷⁾.

Por outro lado, há concordância de que as informações transmitidas por um único profissional e em tempo adequado reduz as contradições e aumenta o nível de satisfação dos familiares⁽⁷⁾. Já, a omissão ou excesso de informação suscita sentimento de insegurança e ansiedade⁽⁸⁾.

Por esses dados apontados, o enfermeiro é considerado pelos autores o profissional mais preparado e qualificado para atuar junto aos familiares, uma vez que tem formação e competência para prover orientações completas e freqüentes aos mesmos⁽⁹⁾.

Estudo realizado com profissionais de saúde que atuam em pronto socorro mostrou que a comunicação minimiza a distância entre os profissionais e o paciente, e propicia troca de experiências que vão além do cuidado⁽¹⁰⁾.

“Aprendi muito conversando com eles, diminuindo essa coisa...essa distância que existe entre médico e paciente que vem há muito tempo. Então, é assumir agora que estamos em níveis iguais, né? Quando você acentua essa parte da Humanização, você percebe que o tratamento vai muito melhor. E a gente ganha muito com isso.(...) Não em termos de dinheiro, né, a gente ganha em experiência de vida”⁽¹⁰⁾.

Contudo, deve-se salientar que a construção de uma via de diálogo inicia-se por meio do reconhecimento do lugar do paciente como sujeito na relação.

Para implantar essa lógica há a necessidade não só de incorporação de um novo entendimento acerca dos pacientes e suas vivências, mas de uma mudança na cultura organizacional⁽⁹⁾.

Quadro 1 – Propostas de ações para humanização relacionada à comunicação entre equipe/família/paciente^(4,7,8,17)

• Explicar, com antecedência, os procedimentos que serão realizados, independentemente do nível de consciência do paciente.
• Estar atento aos sinais não verbais emitidos pelos pacientes: desenvolver a percepção de quando algo agrada ou incomoda. Cuidar para não invadir seu espaço pessoal sem pedir licença.
• Proporcionar orientação temporal ao paciente.
• Usar um tom de voz adequado para questionar o paciente sobre aspectos de sua intimidade.
• Estimular a participação da família no tratamento: esclarecer dúvidas e fornecer informações necessárias para que ela também participe das decisões, proporcionando assim maior liberdade de atuação.
• Interagir com a família com clareza, efetividade e respeito: expressar-se com uma linguagem adequada, e acessível, que não uma linguagem médica. Lembrar que os familiares querem saber se o paciente está sofrendo, sentindo dor, consciente do que está acontecendo a sua volta, ouvindo, entre outras coisas simples, e não informações técnicas sobre suas condições hemodinâmicas.
• Manter a família informada sobre a evolução esperada durante o processo de morte e sobre o que está acontecendo no momento com o paciente e quais serão os próximos passos.

- Desenvolver treinamentos de comunicação empática para toda a equipe, adquirindo-se a habilidade de dizer as verdades de maneira gradativa e suportável.

4.2 Humanização do cuidador

Algumas características inerentes ao cotidiano nessas unidades, como os conflitos que ocorrem nas relações entre profissional e paciente, acabam interferindo diretamente no cuidado, bem como nas relações interpessoais entre membros da equipe, e destes com os pacientes⁽¹¹⁾.

Foi possível identificar que a exposição dos profissionais às inúmeras modalidades e intensidade de risco, intermediada pela falta de funcionários, desvalorização profissional e outros pode desencadear insatisfação, apatia pelo trabalho e doenças ocupacionais, explicitadas nas falas abaixo⁽¹²⁾:

“Por muitas vezes sinto que vou perder o rumo/caminho da melhor solução do problema, sentindo-me impotente e fragilizada, fico tão nervosa que as minhas pernas e braços após o plantão doem muito”⁽¹²⁾.

Diante desses fatores, para exercer a profissão, respeitando o outro e sua condição humana, os profissionais de saúde precisam ser tratados com dignidade, ter melhorias nas condições de trabalho e na remuneração, bem como a valorização de suas atividades e iniciativas, além do reconhecimento profissional ⁽¹⁰⁾.

“...não adianta você fazer uma área física linda e maravilhosa, onde o paciente tem um Box individualizado, onde ele tem tudo, televisão, som, banheiro privativo, mas que a equipe também não está humanizada”⁽¹¹⁾.

Neste contexto, a solução parte da instituição, pois quando ela olha para o cuidador numa dimensão, na qual oferece ao trabalhador o que ele realmente necessita, reconhecendo-o como integrante fundamental no cuidado, o ato de humanizar estará transcendendo seu significado e representando muito mais do que simplesmente tocar, olhar, ouvir, dialogar. Dessa maneira a humanização, significa, na verdade, fornecer condições dignas de trabalho, valorizando e respeitando o cuidador⁽¹²⁾.

Então eu acho que se eu ganhasse melhor do que eu ganho hoje, eu não estaria dando plantão, eu cansaria menos. E se eu for parar para pensar, a maior parte do nosso salário, vem do plantão.(...). Eu estou nesse pique de 16 plantões por mês, faz três anos. Todo mês eu tenho um final de semana livre só. O resto eu to trabalhando, trabalhando...”
(10)

Partindo-se do pressuposto de que as unidades de pacientes críticos são ambientes de muito estresse, não se pode descuidar da equipe. Portanto, para implementação de uma assistência de enfermagem que contemple valores éticos, além do conhecimento técnico e domínio da tecnologia a instituição deve reconhecer que o profissional é um ser humano e investir na sua capacitação, reconhecendo o seu potencial e limitações⁽¹³⁾.

Quadro 2 – Propostas de ação para a humanização da equipe ^(4,14,16,19)

• Cuidar de si mesmo: ter uma atividade de lazer prazerosa, expor sentimentos, chorar as perdas, vivenciar os lutos e buscar acompanhamento psicológico, quando necessário.
• Criar um grupo de discussão, com encontros regulares com os colegas de trabalho, para compartilhar situações vivenciadas.
• Promover atividades integradoras entre a equipe, como happy hours, confraternizações, gincanas, etc.
• Investir na educação continuada: aprimorar as habilidades relacionais com

4.3 Dificuldades enfrentadas para implementação da humanização paciente crítico.

Mediante análise dos artigos foram identificadas dificuldades enfrentadas para implementação da humanização ao paciente crítico. Neste contexto, os autores ressaltam a inadequação do espaço físico, utilização excessiva da tecnologia e formação deficiente dos profissionais.

4.3.1 Espaço físico

Para os autores a estrutura física prioriza a necessidade dos profissionais, e não à dos pacientes, uma vez que poucas unidades dispõem de boxes individualizados, locais reservados para a comunicação com a família e políticas de flexibilização de acesso⁽¹⁴⁾.

Em estudo realizado com acompanhantes de pacientes internados em uma unidade de emergência, mostrou que o descontentamento em relação a planta física foi um dos principais motivos de insatisfação⁽¹⁵⁾.

...”Passei a noite em pé, não tem onde sentar...É necessário dar conforto aos pacientes e acompanhantes...mais leitos...a pessoa já está com dor e fica sentada. Quem cuida do hospital tem que colocar cadeiras:se ele passar um mês aqui vai ficar em pé?”⁽¹⁵⁾

A manutenção da privacidade do paciente é sempre um desafio, observa-se claramente que atitudes de respeito transmitem segurança e, a partir disso, o paciente passa a confiar mais na equipe e reconhece o esforço empreendido⁽¹⁵⁾.

A iluminação constante também pode ser considerada um fator de estresse e desconforto. A luz artificial pode ser substituída pela natural, tornando o ambiente mais

agradável e proporcionando uma orientação ao paciente sobre tempo e espaço, um profissional refere a importância da iluminação natural pelo depoimento⁽¹⁶⁾:

“...a questão de você poder ver o azul do céu, o verde das árvores, a luz do sol, né, então humaniza também, tira essa coisa fria da UTI, que é um lugar triste, um lugar hostil”⁽¹⁶⁾.

O barulho constante dos equipamentos e conversas entre os profissionais, influenciando no descanso apropriado do paciente, também é outro problema apontado⁽¹⁶⁾.

Em um estudo realizado em uma UTI neonatal, observou-se preocupação da equipe em minimizar os efeitos provocados pelos ruídos. Os profissionais procuravam falar baixo e manipular com cuidado as portas e painéis das incubadoras. Porém, observou-se que objetos eram apoiados sobre as incubadoras, e os ruídos produzidos pelos aparelhos de monitorização eram constantes, bem como a presença de um rádio que permanecia ligado o tempo todo, dificultando a identificação dos sinais sonoros dos bebês, que servem de indicativo como sinal de desconforto ou dor⁽¹⁷⁾.

Quadro 3 – Propostas de ação para a humanização do ambiente ^(4,14,18)

• Implementar boxes independentes, divisórias, cortinas entre os leitos.
• Controlar o nível luminoso em cada box, minimizando a interferência da luz no descanso noturno dos pacientes.
• Construir janelas que favoreçam a orientação temporal, e o contato com o ambiente externo.
• Criar espaços para acolher a família, permitindo conversas confortáveis com a equipe.
• Utilizar pinturas suaves nas paredes e tetos.
• Criar espaço de descanso e de reunião para toda a equipe.

• Manter o ambiente com temperatura agradável.
• Utilizar medidas para diminuir ruídos sonoros, como por exemplo substituir alarmes acústicos por visuais.

4.3.2 Tecnologia

O desenvolvimento de técnicas e dispositivos, cada vez mais freqüente nos últimos anos, têm facilitado e melhorado as condições de atendimento ao cliente, diminuindo sua internação, e proporcionando uma maior agilidade no tratamento⁽¹⁴⁾.

Com isso há necessidade de utilização de tecnologias cada vez mais aprimoradas que buscam, por meio de aparelhos, preservar e manter a vida do paciente em estado crítico, através de terapêuticas e controles mais eficazes⁽¹⁴⁾.

Se por um lado a tecnologia é uma aliada do pronto atendimento e manutenção da vida por outro contribui para o distanciamento das relações humanas⁽¹⁴⁾.

A apropriação de tecnologias duras, sobrepondo a utilização rotineira dos equipamentos ao cuidado humano, não percebido como um ser em sua totalidade fica evidenciado pela seguinte citação de Ribeiro⁽¹⁴⁾:

“É possível identificar que a tecnologia exerce um fascínio sobre os profissionais da saúde, todavia, ressalta-se, é imperioso atentar para que a máquina não se torne mais importante do que o próprio paciente”⁽¹⁴⁾.

Neste contexto, o mecanicismo e robotização das ações da equipe, que por serem rotineiras e, muitas vezes rígidas e inflexíveis, tornam a relação profissional/paciente impessoal e fragmentada, dificultando a prestação de um cuidado humanizado⁽¹⁴⁾.

Alguns questionamentos são levantados como:

“Onde termina, hoje, o humano do corpo e começa a máquina? Ou, talvez, fosse melhor inverter a pergunta, sobretudo na área da saúde: Onde termina a máquina e começa o humano? Ou, será que ainda se pode cuidar do humano sem a interposição da máquina? Se desconectar das máquinas e equipamentos e deixar de implementar a multiplicidade de procedimentos e técnicas tecnologicamente fundamentadas que povoam e configuram os ambientes de trabalho, ainda se pode ser uma enfermeira que promove cuidados?”⁽¹⁾

No entanto, para Marques(2010), apesar de todos esses questionamentos deve-se levar em conta a importância dos equipamentos no tratamento do paciente ⁽¹⁾.

Assim, nesse sentido, dar atenção devida às máquinas não é necessariamente uma ação mecanicista, pois se ela em muitos casos mantém o cliente vivo, isso só é possível porque direta ou indiretamente a equipe cuida dela também ⁽¹⁾.

Programar as máquinas, ajustar seus parâmetros e alarmes, são exemplos de cuidados para com elas e com os clientes que dela se beneficiam. No entanto ao realizar esses procedimentos, a equipe lança mão de conhecimentos técnicos e racionais, contribuindo para que essas ações sejam interpretadas como práticas desumanas⁽¹⁾.

Assim, vale destacar que é preciso entender que os conceitos de cuidado, e as definições que interessam, são dinâmicos e deverão variar de acordo com o contexto. Devendo-se portanto adotar uma postura crítica e reflexiva sobre a utilização da tecnologia^(14,18).

Poucos foram os estudos que forneceram propostas de ações para a implementação de um cuidado mais humanizado em relação ao uso da tecnologia, portanto, com a análise dos estudos, houve um maior direcionamento para a questão da capacitação da equipe em

relação ao uso das novas tecnologias, sem ocorrer prejuízo ao cuidado humanizado do paciente ⁽¹⁾.

Capacitar os profissionais, com o objetivo de aprimorar suas técnicas no manuseio dos equipamentos, juntamente com um cuidado mais centrado no ser humano, proporcionará uma visão mais ampla, bem como um cuidado mais humanizado ^(1, 13).

4.3.3 Formação profissional

Desde a década de 70 e 80 já era observado uma insatisfação por parte dos docentes e profissionais quanto ao perfil dos recém-formados, que não atendiam ao modelo de assistência que vinha sendo conquistado, centrado na totalidade do cliente, valorizando o indivíduo ⁽¹⁹⁾.

Ao adquirir a formação, os profissionais se tornam cada vez mais capacitados e habilitados a oferecer o melhor tratamento. Contudo, o modelo cartesiano, dicotômico e separatista ainda permanece nas instituições de ensino, dificultando a implementação de ações sobre um enfoque integral do sujeito no campo da saúde ⁽¹⁾.

Ao longo dos tempos, a formação de profissionais e a organização dos serviços de saúde têm privilegiado e priorizado, o conhecimento parcelar e especializado, a supremacia do poder médico, a valorização de técnica e da destreza manual e a visão do ser humano como máquina. Mediante a esses fatores, alguns aspectos inerentes ao ser humano tem estado em segundo plano, tais como: seus valores, crenças, sentimentos e emoções ⁽²⁰⁾.

Desta maneira, pode-se entender, que quanto mais especializado for o serviço de saúde, mas presentes estarão as condições que sustentam o paradigma cartesiano. Sendo assim, as unidades de pacientes críticos, representam um espaço que, por sua concentração

de tecnologia de ponta, caracteriza-se pela manutenção do saber científico especializado e fragmentado⁽¹⁹⁾.

O paciente, nestas circunstâncias, se encontra exposto à perda de identidade e à falta de privacidade. A estruturação das unidades, cada vez mais sofisticadas, contribuem para despersonalização. O cliente é visto somente como um paciente a mais, outra patologia, outro tratamento, outro prontuário, sendo descartada sua identidade⁽¹⁶⁾.

Apesar de toda preocupação que a utilização da tecnologia traz em relação ao cuidado humanizado, muito pouco se questiona sobre a importância da mesma, vista como ferramenta e objeto de cura, porque ela em si mesma não é benéfica, nem maléfica, tudo depende do uso que se faz dela⁽¹⁶⁾.

Os pacientes críticos necessitam de recursos tecnológicos cada vez mais avançados, porém os profissionais não deveriam esquecer que jamais a máquina substituirá a essência humana⁽¹⁶⁾.

Neste contexto, pode-se observar uma enorme contradição, pois há a necessidade constante de tecnologias nas unidades de pacientes críticos, mas também um cuidado que não deve ser esquecido. Por isso conciliar a importância de ambos, sem deixar de oferecer um tratamento integral, é fundamental.

Quadro 4 - Propostas de ação para formação profissional^(4,15,19)

- | |
|--|
| <ul style="list-style-type: none">• Integrar na grade curricular conhecimentos de filosofia, sociologia e antropologia, enfatizando o homem enquanto ser humano e cidadão. |
| <ul style="list-style-type: none">• A aplicação de um novo modelo assistencial, cujo objetivo maior é o cuidado do ser, na sua integralidade. |

5 CONCLUSÃO

Face aos resultados apresentados concluiu-se que após implantação da Política Nacional de Humanização, o tema “humanização” passou a ser amplamente abordado e discutido.

Em relação à formação dos profissionais, eixo fundamental para as mudanças pretendidas pelos Programas de Humanização, deve-se preconizar um investimento sério na formação que possa fortalecer idéias outrora consideradas utópicas, e que vem sendo reconsideradas com base nas propostas oficiais de humanização⁽⁴⁾.

A comunicação é considerada fundamental para humanização da assistência prestada ao paciente crítico, uma vez que permite o desenvolvimento de uma rede de significados entre paciente, equipe, família e instituição⁽⁷⁾.

Para implementação do cuidado com ações humanizadas nos setores urgência e emergência, e em especial nas UTIs há necessidade de mudança de cultura organizacional e valorização dos profissionais de saúde⁽⁹⁾.

A humanização em saúde, ao implicar mudança da cultura organizacional e de gestão, é um processo demorado, apresentado resistência, riscos e desafios, ainda é um processo que envolve trabalhadores marcados pela desvalorização no processo de trabalho e por usuário destituídos de seus direitos⁽²¹⁾.

Assim, o risco possível às propostas de humanização é de não se pautarem em um projeto institucional e ficarem restritas a um plano, somente com a implicação de todas as

peças que trabalham na assistência é que haverá a transformação da cultura organizacional⁽⁴⁾.

6 REFERÊNCIAS

- ¹ Marques IR, Souza AR. Tecnologia e humanização em ambientes intensivos. *Rev Bras Enferm* 2010 jan-fev; 63(1):141-4.
- ² Casate JC, Corrêa AK. Humanização do atendimento em saúde: conhecimento veiculado na literatura brasileira de enfermagem. *Rev Latino-am Enfermagem* 2005 janeiro-fevereiro; 13(1):105-11.
- ³ Hennington EA. Gestão dos processos de trabalho e humanização em saúde: reflexões a partir da ergologia. *Rev. Saúde Pública* 2008; 42(3):555-61.
- ⁴ Silva MJP, Araújo MMT, Puggina ACG. Humanização em UTI. In: Padilha KG, Vattima MFF, Silva SC, Kimura M.. *Humanização em UTI: cuidando do paciente crítico*. São Paulo. Editora Manole:2010. Pg. 1325-67.
- ⁵ Silveira RS, Lunardi VL, Filho WDL, Oliveira AMN. Uma tentativa de humanizar a relação da equipe de enfermagem com a família de pacientes internados na UTI. *Texto Contexto Enferm* 2005; 14(Esp.):125-30.
- ⁶ Pereira LLP, Lima AAF, Lorencette DAC, Wernet M, Guerra GM. Humanização: aspectos conceituais e históricos da enfermagem brasileira. Barchifontaine CP, Zoboli ELCP. *Bioética, vulnerabilidade e saúde*. São Paulo: Idéias e Letras; 2007. P. 93-109.
- ⁷ Wallau RA, Guimarães HP, Falcão LFR, Lopes RD, Leal PHR, Senna APR, et al. Qualidade e Humanização do atendimento em medicina intensiva. Qual a visão dos familiares? *Revista Brasileira Terapia Intensiva* 2006 jan/mar; 18(1): 45-51.
- ⁸ Beccaria LM, Ribeiro R, Souza GL, Scarpetti N, Contrin LM, Pereira RAM, et al. Visita em unidades de Terapia Intensiva : concepção dos familiares quanto à humanização do atendimento. *Arq Ciênc Saúde* 2008 abri/jun; 15(2): 65-9.
- ⁹ Alves CA, Deslandes SF, Mitre RMA. Desafios da humanização no contexto do cuidado da enfermagem pediátrica de média e alta complexidade. *Interface- Comunic., Saúde, Educ.* 2009; 13(1): 581-94.
- ¹⁰ Nakamoto PS. A humanização no Pronto Socorro do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Botucatu sob a perspectiva dos profissionais de saúde[dissertação]. Botucatu: 2006.
- ¹¹ Gallo AM, Mello HC. Atendimento humanizado em unidades de urgência e emergência. *Revista Fapciência*. 2009; 5(1): 1-11.

¹² Salomé GM, Martins MFMS, Espósito VHC. Sentimentos vivenciados pelos profissionais de enfermagem que atuam em unidade de emergência. Rev. Brás. Enferm. 2009 nov-dez; 62(6): 856-62.

¹³ Lima FET, Jorge MSB, Moreira TMM. Humanização hospitalar: satisfação dos profissionais de um hospital pediátrico. Rev Bras Enferm 2006 maio-jun; 59(3): 291-6.

¹⁴ Bolela F, Jericó MC. Unidades de terapia intensiva: considerações da literatura acerca das dificuldades e estratégias para sua humanização. R. Enferm Esc Anna Nery 2006 ago;10(2): 301-8.

¹⁵ Andrade LM, Martins EC, Caetano JA, Soares E, Beserra EV. Atendimento humanizado nos serviços de emergência hospitalar na percepção co acompanhante. Rev. Eletr.Enf. 2009;11(1):151-7.

¹⁶ Vila VSC, Rossi LA. O significado cultural do cuidado humanizado em Unidade de Terapia Intensiva: "Muito falado e pouco vivido". Rev. Latino-am Enfermagem 2002 março-abril; 10(2): 137-44.

¹⁷ Lamego DTC, Deslandes SF, Moreira MEL. Desafios para a humanização do cuidado em uma unidade de terapia intensiva neonatal cirúrgica. Ciência e Saúde Coletiva 2005; 10(3): 669-675.

¹⁸ Silva LJ, Silva LR, Christoffel MM. Tecnologia e humanização na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal: reflexões no contexto do processo saúde-doença. Rev. Ecs Enferm USP 2009; 43(3): 684-9.

¹⁹ Barbosa ECV, Rodrigues BMRD. Humanização nas relações com a família: um desafio para a enfermagem em UTI Pediátrica. Acta Scientiarum Health Sciences 2004; 26(1) : 205-12.

²⁰ Costa SC, Figueiredo MRB, Schaurich D. Humanização em Unidade de Terapia Intensiva Adulto(UTI): compreensões da equipe de enfermagem. Interface-Comunic., Saúde, Educ. 2009; 13(1): 571-80.

²¹ Oliveira MC, Macedo PCM. Evolução histórica do conceito de humanização em assistência hospitalar. Evolução histórica do conceito de humanização em assistência hospitalar. In: Anderoli PBA, Erlichman MR. Psicologia e humanização. Rio de Janeiro:Ateneu; 2008. Pg. 173-211.