

# SUMÁRIO

<b>1.</b>	<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>11</b>
<b>2.</b>	<b>OBJETIVOS.....</b>	<b>13</b>
<b>2.1.</b>	<b>Objetivo geral .....</b>	<b>13</b>
<b>2.2.</b>	<b>Objetivos específicos .....</b>	<b>13</b>
<b>3.</b>	<b>METODOLOGIA .....</b>	<b>14</b>
<b>4.</b>	<b>HUMANIZAÇÃO .....</b>	<b>15</b>
<b>4.1.</b>	<b>Breve história da humanização.....</b>	<b>15</b>
<b>4.2.</b>	<b>Humanização .....</b>	<b>16</b>
<b>4.3.</b>	<b>PNHAH .....</b>	<b>17</b>
<b>4.3.1.</b>	<b>Objetivos do PNHAH:.....</b>	<b>20</b>
<b>5.</b>	<b>UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA ADULTA .....</b>	<b>21</b>
<b>5.1.</b>	<b>Unidades de Terapia Intensiva.....</b>	<b>21</b>
<b>5.1.1.</b>	<b>Equipamentos .....</b>	<b>23</b>
<b>5.1.2.</b>	<b>Técnicas mais utilizadas .....</b>	<b>23</b>
<b>6.</b>	<b>O PAPEL DO ENFERMEIRO NA HUMANIZAÇÃO EM UTI.....</b>	<b>25</b>
<b>7.</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>31</b>
	<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>32</b>

# 1. INTRODUÇÃO

A hospitalização ou internação em Unidade de Terapia Intensiva (UTI) é uma unidade preparada para atender pacientes graves e/ou potencialmente em risco de vida, porém, apesar de contar com assistência médica e de enfermagem especializadas e, dispor de tecnologia, expõe o paciente a um ambiente hostil, com estímulos dolorosos, luz contínua e procedimentos clínicos invasivos de rotina.

A humanização da assistência na Unidade de Terapia Intensiva (UTI) deve-se pautar no cuidado singular, na integridade e no respeito à vida. Dessa forma, apresenta-se como dependente do encontro que envolve cuidador e ser cuidado. A construção da “integralidade não deve ser transformada em um conceito, mas sim, numa prática do cuidado que trata da valorização da vida, do respeito ao outro e das diferenças entre os seres humanos” (ARAUJO, 2005).

A humanização dos serviços deve ser vista, não enquanto um modismo, mas como uma questão que vai além dos componentes técnicos, instrumentais, que envolve as dimensões político-filosóficas que lhe dão sentido (CASATE & CORRÊA, 2005).

A Unidade de Terapia Intensiva (UTI), por tratar-se de um ambiente desconhecido para o paciente e com características diferentes das encontradas nas unidades de internação, constitui-lhe fator de ansiedade, principalmente, se ele estiver enfrentando a experiência pela primeira vez. As características que diferem esses ambientes variam desde a planta física, equipamentos e aparelhos, atividades específicas desenvolvidas até a utilização de roupa própria, privativa para o local. Tudo isso, pode gerar insegurança, dificuldade na comunicação e sentimentos de não individualização no paciente (NASCIMENTO, 2004).

Diante disso, a enfermagem é uma profissão que se desenvolveu através dos séculos, mantendo uma estreita relação com a história da civilização. Nesse contexto, tem um papel preponderante por ser uma profissão que busca promover o bem estar do ser humano, considerando sua liberdade, unicidade e dignidade. Atua na promoção da saúde, prevenção de enfermidades, no transcurso de doenças e agravos, nas incapacidades e no processo de morrer. A presente pesquisa motiva-se na dependência e esperança deposita aos profissionais de enfermagem, devido à

condição gravíssima dos pacientes que necessitam de uma assistência e terapia intensiva.

Por isso, o papel do enfermeiro juntamente com sua equipe, é de prestar uma assistência humanizada, independente de espaços físicos, ambientes diversos, limite de tempo. Diante desse contexto, surge o seguinte questionamento:

Qual o papel do enfermeiro no cuidado humanizado em Unidade de Terapia Intensiva?

Espera-se que o enfermeiro possa contribuir para uma assistência humanizada no ambiente hospitalar, principalmente na Unidade de Terapia Intensiva, de forma positiva para a adoção de medidas que tornem a assistência mais eficaz e humanizada. Dessa maneira, acredita-se que o atendimento seja humanizado, eficiente e respaldado, nos aspectos éticos e legais, por uma equipe treinada e qualificada no atendimento ao paciente crítico internado em Unidade de Terapia Intensiva.

A elaboração desse estudo de conclusão de curso tem como principais justificativas a vocação pela temática, pela vivência em cuidados com pacientes críticos em Unidade de Terapia Intensiva. Logo, o assunto abordado nesse estudo de pesquisa é importante e relevante, tanto para os profissionais da área de Unidade de Terapia Intensiva quanto para as próprias pessoas leigas, para que possam adquirir o conhecimento do cuidado humanizado e, entenderem que o processo de humanização se faz necessários em todo serviço de saúde.

## **2. OBJETIVOS**

### **2.1. Objetivo geral**

- Levantar o papel e atuação do enfermeiro na Humanização do cuidado na Unidade de Terapia Intensiva.

### **2.2. Objetivos específicos**

- Discorrer sobre humanização;
- Descrever sobre Unidade de Terapia Intensiva;
- Identificar o papel e atuação do enfermeiro na humanização do cuidado em Unidade de Terapia Intensiva.

### **3. METODOLOGIA**

A presente revisão de literatura foi realizada a partir de estudo qualitativo, de caráter exploratório. Onde se apresentam diversas fontes que relatam sobre o papel do enfermeiro na Humanização do cuidado em Unidade de Terapia Intensiva, incluindo entre eles: livros, revistas, artigos, monografia, dissertação, teses e banco de dados como o Scielo e a Bireme. Esses materiais foram adquiridos através de empréstimo na biblioteca da Faculdade Cidade de Patos de Minas e através de busca de arquivos da internet. Como critério de busca e seleção de materiais foram analisadas fontes que tenham assunto relacionado com o presente tema, priorizando materiais publicados no período de 2001 a 2011.

As palavras-chave utilizadas para encontrar os materiais foram: Humanização, Unidade de Terapia Intensiva, Papel do Enfermeiro, sendo o período de seleção dos mesmos, de fevereiro a setembro de 2011.

Diante disso, após a coleta de materiais, as idéias dos autores foram analisadas e discutidas, para elaboração do texto de redação da monografia e, posteriormente, para a elaboração das considerações finais do pesquisador.

## **4. HUMANIZAÇÃO**

### **4.1. Breve história da humanização**

Os europeus, no final do século XVIII, foram os primeiros a estabelecerem diretrizes e critérios de procedimento hospitalar, uma nova proposta hospitalar chamada por Michel Foucault de hospital terapêutico. Já em meados do século XIX, a enfermeira Florence Nightingale, reconhecida por reduzir os índices de morte por infecção de soldados na guerra da Criméia e, por cuidar desses soldados de forma humana, foi convidada a prestar seus serviços nos hospitais ingleses, com o intuito de humanizar a assistência aos enfermos (TABET; CASTRO, 2001).

Com a declaração Universal dos Direitos Humanos, legado humanístico do século XX, deveria ocupar lugar central na construção de um paradigma para a humanização da assistência à saúde e na formação dos profissionais de saúde. No Brasil, os questionamentos e as discussões acerca da humanização da assistência no campo da saúde remontam algumas décadas (BRASIL, 2008).

Após a Segunda Guerra Mundial do século XX, principalmente nas décadas de 1950, 1960 e 1970, compreende a humanização como uma possibilidade de resgatar valores caritativos e religiosos. A humanização era circunscrita nas relações interpessoais estabelecidas com o doente, assim, como às questões administrativas de instituição, mostrando-se desarticuladas das dimensões políticossociais do sistema de saúde (DESLANDES, 2005).

Nessa época, o modelo de assistência no Brasil era centrado no atendimento curativo, especializado, individual, centralizado e não se constituía como um direito de todos. Nas décadas seguintes, aparece a ênfase na necessidade de humanizar os serviços de saúde, relacionando-a a organização do serviço em termos de investimento na sua estrutura física, pertinentes considerações sobre arquitetura, o mobiliário e os equipamentos como elementos fundamentais (BRASIL, 2008).

O calor do Movimento da Reforma Sanitária, na década de 80, questionou o modelo assistencial vigente, centrado na figura do profissional médico, no biologicismo e nas práticas curativas. No final dos anos 80 surgiu o projeto chamado

SUS – Sistema Único de Saúde, com princípios e diretrizes de uma política de humanização da assistência à saúde no país. Esse projeto garante o acesso universal, gratuito e integral a todos os brasileiros, um direito assegurado no Art. 196 da Constituição Federal de 1988 (BRASIL, 2001).

#### **4.2. Humanização**

O conceito de humanização surge como um princípio vinculado ao paradigma de direitos humanos, que podem ser expressos individual e socialmente, referidos a pacientes, usuários, consumidores, clientes e cidadãos como sujeitos. A fonte mais antiga dos princípios da humanização pode ser buscada na Declaração Universal dos Direitos do Homem, de 1948, a que se fundamenta noção de dignidade e igualdade de todos os seres humanos. Portanto, o que é devido ao paciente como um ser humano, pelos médicos e pelo Estado, se conformou em grande parte, devido a esta compreensão dos direitos básicos da pessoa (VAITSMAN & ANDRADE, 2005).

Para Oliveira (2001), o processo de humanização consiste em:

Colocar a cabeça e o coração na tarefa a ser desenvolvida, entregar-se de maneira sincera e leal ao outro, saber ouvir com ciência e paciência as palavras e os silêncios. O relacionamento e o contato direto fazem crescer, e é neste momento de troca, que humanizo, porque assim posso me reconhecer e me identificar como gente, como ser humano (OLIVEIRA, 2001, p.104).

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, 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).

### 4.3. PNHAH

O Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar, segundo Brasil (2001), propõe:

(...) um conjunto de ações integradas que visam mudar substancialmente o padrão de assistência ao usuário nos hospitais públicos do Brasil, melhorando a qualidade e a eficácia dos serviços hoje prestados por estas instituições.

É seu objetivo fundamental aprimorar as relações entre profissional de saúde e usuário, dos profissionais entre si e do hospital com a comunidade. Ao valorizar a dimensão humana e subjetiva, presente em todo ato de assistência à saúde, o PNHAH aponta para uma requalificação dos hospitais públicos, que poderão tornar-se organizações mais modernas, dinâmicas e solidárias, em condições de atender às expectativas de seus gestores e da comunidade (BRASIL, 2001, pg. 07).

Em 2003, o Ministério da Saúde instituiu a Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS, conhecida com Humaniza SUS ou PNH, que foi formulada a partir da sistematização de experiências do chamado "SUS que dá certo". Ela reconhece que estados, municípios e serviços de saúde estão implantando práticas de humanização nas ações de atenção e gestão com bons resultados, o que contribui para a legitimação do SUS como política pública (BRASIL, 2006).

A PNH do SUS é entendida não como programa, mas como política de diferentes ações e instâncias gestoras do SUS. Aposta, ainda, na indissociabilidade entre os modos de produzir saúde e os modos de gerir os processos de trabalho, atenção e gestão, clínica e política e entre produção de saúde e produção de subjetividade. Dessa forma, o principal objetivo da PNH é provocar inovações nas práticas gerenciais e nas práticas de produção de saúde, a fim de superar limites e desenvolver novas formas de organização, produção e disseminação de conhecimento (BRASIL, 2008).

Embora o programa componha o alicerce de um amplo conjunto de iniciativas, o conceito de "humanização da assistência" ainda necessita de uma definição mais precisa, caracterizando mais por uma diretriz de trabalho, um movimento de parcela



dos profissionais e gestores, do que um aporte teórico-prático. Diante do exposto, vale ressaltar a questão: o que significa humanizar? (DESLANDES, 2004).

Ainda, de acordo com o autor supracitado, normalmente emprega-se o conceito de "humanização" para a forma de assistência que valorize a qualidade do cuidado técnico, associada ao reconhecimento dos direitos do paciente, de sua subjetividade e referências culturais e, ainda, implica na valorização do profissional e do diálogo intra e interequipes.

A humanização pode ser compreendida por duas perspectivas: a primeira entende, humanização como vínculo entre profissionais e usuários, efetivado a partir de ações baseadas na compreensão, valorização dos sujeitos, atitude ética e humanitária, que se constituem a partir de uma escuta sensível e compreensiva.

Segundo Brasil (2001), as equipes de profissionais:

(...) definem-se como espaços coletivos organizados, participativos e democráticos, que funcionam à maneira de um órgão colegiado e de destinam a empreender uma política institucional de resgate dos valores humanitários na assistência, em benefício dos usuários e dos profissionais de saúde (BRASIL, 2001, p. 33).

Nesse sentido, a humanização se caracteriza pelas relações interpessoais. Na segunda perspectiva, a humanização é associada à qualidade do cuidado, que incluiria a valorização dos trabalhadores e ao reconhecimento dos direitos dos usuários. As ações de humanização consideram às melhorias na estrutura física dos serviços de saúde, à presença do acompanhante nas consultas e internação, à capacitação/formação dos profissionais de saúde, às ações pontuais dirigidas aos trabalhadores, tais como atividades comemorativas, à contratação de maior número de profissionais, entre outras (HECKER et. al., 2009).

Por isso, a humanização, de acordo com a PNH é efetivada nas práticas em saúde e desenvolvida a partir das formas como agem esses profissionais no cotidiano dos serviços, estando voltada para os trabalhadores comuns, homens e mulheres que compõem o SUS, em suas experiências, como trabalhadores e usuários que habitam e produzem o dia a dia dos serviços de saúde. Logo, é nesse encontro entre esses sujeitos concretos, que a política de humanização se constrói (FILHO et. al., 2009).

De acordo com Campos:

A humanização formulada pela PNH é uma estratégia política que tem funcionado 'como um dispositivo valioso', na medida em que amplia a agenda para a política de saúde no Brasil". A PNH é uma política que vai na contramão de práticas tecnocráticas e estratégias que se efetivam por meio de portarias e regulações de diferentes ordens. (CAMPOS, 2007, p.11)

Devido essa contramão, o PNH contou com uma nova ampliação, ou seja, tendo em vista esse 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 melhoraria da qualidade e a eficácia dos serviços prestados (BRASIL, 2001).

Conforme Deleuze:

Os enunciados que são produzidos em torno do conceito de humanização da saúde não são imediatamente visíveis, mas ao mesmo tempo invisíveis e não ocultos. Esses enunciados não são imediatamente perceptíveis, já que estão encobertos por palavras e por silêncios, pelas práticas discursivas e não discursivas; e por modos de fazer nem sempre explicitados. Por isso, para tomarmos os sentidos do conceito de humanização é preciso buscar o enunciado, é preciso descobrir o seu pedestal, poli-lo, e mesmo moldá-lo, inventá-lo (Deleuze, 2005, p.27).

Decifrar o enunciado, visa compreender o sentido do processo de humanização, com o intuito de unificar discursos e políticas. Portanto, em 2003, o PNHAH, juntamente com outros programas de humanização já existentes, acabou transformando-se na PNH – o Humaniza-SUS, 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 (BRASIL, 2002) .

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)" (FILHO et. al., 2009).

#### 4.3.1. Objetivos do PNHAH:

De acordo com o Ministério da Saúde, os objetivos do PNHAH são (BRASIL, 2001):

- Difundir uma nova cultura de humanização na rede hospitalar pública brasileira;
- Melhorar a qualidade e a eficácia da atenção dispensada aos usuários dos hospitais públicos no Brasil;
- Capacitar os profissionais dos hospitais para um novo conceito de assistência à saúde, que valorize a vida humana e a cidadania;
- Conceber e implantar novas iniciativas de humanização dos hospitais que venham a beneficiar os usuários e os profissionais de saúde;
- Fortalecer e articular todas as iniciativas de humanização já existentes na rede hospitalar pública;
- Estimular a realização de parcerias e intercâmbio de conhecimentos e experiência nessa área;
- Desenvolver um conjunto de indicadores de resultados e sistema de incentivos ao tratamento humanizado;
- Modernizar as relações de trabalho no âmbito dos hospitais públicos, tornando as instituições mais harmônicas e solidárias, de modo a recuperar a imagem pública dessas instituições junto à comunidade.

Dessa maneira, capacitar continuamente às equipes de enfermagem é fundamental para que se dirijam em direção aos objetivos do PNH e PNHAH. Portanto, colocar em prática essas capacitações é essencial para concretizar os objetivos, pois, a prática está na mudança de comportamentos do profissional ao mesmo tempo na mudança das relações existentes entre os profissionais.

## **5. UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA ADULTA**

### **5.1. Unidades de Terapia Intensiva**

Devido à necessidade de atender exclusivamente pacientes em estado crítico, o qual se caracteriza pela iminência morte ou sequelas irreparáveis, levou Florence Nightingale durante a guerra da Criméia no século XIX, selecionar os indivíduos mais graves, numa acomodação física específica, acomodando-os de forma a favorecer o cuidado imediato, com assistência e observação contínua. Assim, teria surgido uma terapia intensiva e exclusiva, que atualmente denominamos de Unidade de Terapia Intensiva (UTI) (LINO; SILVA, 2001).

Dessa forma, a UTI é um serviço de internação para pacientes graves ou de risco que requerem assistência médica e de enfermagem permanentes, com recursos humanos e equipamentos especializados e outras tecnologias destinadas a diagnóstico e tratamento. Por isso, é um dos setores mais aparelhados tecnologicamente em um hospital (NASCINETO; TRENTINI, 2004).

Segundo Padilha (2010), Doutor Peter Safar foi o primeiro médico intensivista, nasceu na Áustria, mas migrou para os Estados Unidos após permanecer no campo de concentração nazista. Formou-se médico anestesista e na década de 1950, estimulou e preconizou o atendimento de urgência-emergência.

Nesse tempo, formulou a base para a técnica de ventilação artificial boca a boca e massagem cardíaca externa, concretizando técnicas de manutenção devida, a pacientes críticos. Elaborou os projetos das ambulâncias-UTI de transporte e fundou a Associação Mundial de Medicina de Emergência, foi também, co-fundador da SCCM (Society of Critical Care Medicine), o qual foi presidente em 1972 (HUDAK; GALLO, 2007).

Conforme Padilha (2010), toda UTI deve estar preparada para hospitalizar e assistir pacientes graves ou potencialmente graves. Para isso, deve contar com assistência médica, fisioterápica e de enfermagem especializadas e contínuas, além de dispor de equipamentos diferenciados. Não se pode expor o paciente a um

ambiente hostil, com exposição contínua a estímulos dolorosos, por isso, deve-se estar atento a procedimentos clínicos invasivos.

O paciente, perante uma internação na UTI, caso esteja consciente, é comum estar apreensivo. A equipe deve estar apta para tranquilizá-lo, seja chamando-o pelo nome ou informá-lo sobre a família. O paciente não é um objeto, por isso, não deve ser tratado de maneira mecanicista (NASCINETO; TRENTINI, 2004).

As UTIs em geral, concentram recursos humanos e tecnológicos para o atendimento de pacientes em estado grave, sejam adultos, crianças ou neonatos. Ao superar essa fase, o paciente dará continuidade ao tratamento em outras unidades do hospital, antes de regressar para casa. A UTI Adulta é um dos setores que mais concentram recursos humanos e tecnológicos altamente especializados, que proporcionam assistência considerada complexa e sofisticada (HUDAK; GALLO, 2007).

De acordo com Knobel (2006), a UTI é um local de grande especialização e tecnologia, um espaço laboral destinado aos profissionais da saúde, como médicos, fisioterapeutas e enfermeiros, todos especializados, portadores de conhecimentos, habilidades e destreza para a realização de procedimentos. Para isso, é necessário que esses profissionais que atuam nessas UTIs, tenham uma formação contínua de capacitação e reciclagem, para lidar com situações diversas e extremas, que definem a vida ou a morte dos pacientes.

Para Lino e Silva (2001), a UTI possui como objetivo básico, dar suporte às funções vitais dos pacientes para que eles se recuperem. Para isso, as unidades de terapia intensiva são equipadas com aparelhos capazes de realizar a manutenção das funções vitais do paciente, tais como, os respiradores artificiais, aparelhos de hemodiálise que substituem a função dos rins e diversos outros.

A criação das UTIs representou um grande marco na história da medicina, uma vez que, possibilitou o atendimento adequado dos pacientes, garantindo-lhes melhores condições de recuperação e reduzindo os óbitos em cerca de 70% (BRASIL, 2008).

Dessa forma, durante a fase de internação na UTI, o paciente necessita de um completo e moderno arsenal em equipamentos para monitorização constante das funções vitais, drenagens, nutrição, oxigenação, administração de medicamentos e coleta de material para exames. O sistema de ar condicionado deve garantir, de preferência em cada box, uma qualidade de ar ambiente filtrado e

com rigoroso controle de partículas e de microorganismos. A temperatura local e a umidade também devem ser controladas (PADILHA, 2010).

#### 5.1.1. Equipamentos

Aliados aos cuidados terapêuticos e à assistência contínua deve-se ressaltar a importância de cada leito numa UTI. Dentre os principais equipamentos utilizados em UTI Adulto, conforme diversos autores (WIKIPÉDIA, 2011), pode-se destacar:

- Termômetro;
- Oxímetro de pulso;
- Eletrocardiográfico;
- Monitor de pressão arterial:
  - ✓ Não-invasivo (Esfigmomanômetro)
  - ✓ Invasivo (por punção arterial em geral a radial)
- Monitor Cardíaco;
- Sonda naso-enteral;
- Sonda vesical;
- Máscara e cateter de oxigênio;
- Cateter Central;
- Tubo orotraqueal;
- Ventilador Mecânico;
- Desfibrilador/Cardioversor.

#### 5.1.2. Técnicas mais utilizadas

Na UTI, deve procurar dar conforto e segurança para amenizar a dor aos pacientes internados. Em relação ao coma induzido, em casos mais graves, há a

intubação orotraqueal que deve ser iniciada através de sedação e analgesia contínua, a fim de, levar o paciente a ausência total de consciência e sonolência profunda (KNOBEL, 2006).

Em relação às infecções, que em geral são respiratórias ou urinárias, devem receber tratamento com antibióticos, pois, os fatores de risco das infecções ocorrem quando há disseminação hematogênica (através do sangue) generalização do processo infeccioso, designada tecnicamente como sepse. A infecção desenvolvida no ambiente hospitalar é seríssima, em decorrência de técnicas invasivas como o Ventilador Pulmonar (HUDAK; GALLO, 2007).

Padilha (2010) enfatiza que em procedimentos cirúrgicos, como a traqueostomia, são necessários para a manutenção da vida do internado, ela consiste na abertura da traquéia na região inferior frontal do pescoço e introdução de cânula plástica. A drenagem torácica coleta líquidos e secreções importantes no pulmão ou no pneumotórax. Há também, o uso de cateter provisório introduzido na seção superior da cabeça para drenagem líquida de alívio ou no abdome para infusão de líquido intra-abdominal e troca dialítica.

## **6. O PAPEL DO ENFERMEIRO NA HUMANIZAÇÃO EM UTI**

Por envolver pacientes em estado crítico, o significado da vida humana no ambiente de terapia intensiva, torna-se muito relevante para o enfermeiro(a), a equipe de saúde e familiares, desenvolvendo o processo de humanização com foco no paciente (GAIVA, 2006)

Segundo Knobel (2006), sendo as UTI's um ambiente com grande concentração de tecnologia, cada vez mais se exige maior qualificação dos profissionais para operá-las, porém, com valores éticos e humanísticos no exercício da profissão.

Diante disso, a equipe de enfermagem é responsável pela manutenção da vida do paciente e sobre a intensidade das diversas situações de dor e sofrimento, tornando a UTI um ambiente estressante para o profissional de enfermagem, ainda mais, por ser um local fechado e restrito (COLLET; VIEIRA, 2006).

Dessa forma, o enfermeiro deve ser capaz de manter um estado emocional equilibrado e seguro, para que possa desempenhar uma assistência de qualidade e evitar desgaste físico e emocional. Pois, ao lidar com um paciente crítico, a primeira dificuldade que o profissional encontrará é na comunicação não-verbal, na qual deverá se aproximar para melhor perceber com precisão os sentimentos do paciente (INABA; SILVA; TELLES, 2005).

Segundo Maruiti e Galdeano (2007), o fator de maior insatisfação da família é a falha na comunicação, pois, nem sempre as informações são passadas para os familiares da maneira correta, principalmente quando há muita rotatividade de profissionais.

Para Oliveira et. al. (2005), a ponte entre a família, o paciente e o enfermeiro, chama-se comunicação e, a mesma é o principal elemento do processo de uma assistência humanizada. Pois, é papel da equipe de enfermagem despertar no paciente e na família sentimentos de conforto, segurança e confiança.

Deve-se frisar que os familiares dos pacientes internados em UTI, também necessitam de atenção especial, devido ao fato de apresentarem estresse, distúrbios emocionais, ansiedade e outras necessidades específicas, durante o acompanhamento da internação. Por isso, a enfermagem é considerada uma das



profissões mais indicadas para o trabalho de humanização (MARUITI, GALDEANO, 2007).

Conforme Rossi (2002), o enfermeiro, quando escolhe pelo cuidado e não pela cura, passa a valorizar a técnica e a tecnologia aliadas na preservação, recuperação da vida e pelo bem-estar, segurança e conforto do paciente. Para isso, o autor ressalta que, o processo de humanização tem como ferramenta imprescindível a comunicação, para identificar e resolver problemáticas, além de permitir traçar metas para solução de dificuldades na UTI.

Há também, a comunicação tratada como terapêutica, essencial no relacionamento entre enfermeiro e paciente e, para a qualidade da assistência em si. Deve-se utilizar tanto a comunicação verbal como a não verbal para despertar sentimentos de confiança, tranquilidade e segurança. Uma assistência humanizada parte de um tratamento holístico, contextualizando nesse processo, o paciente, a família, a equipe de saúde e inclusive culturas (COLLET; VIEIRA, 2006).

De acordo com Knobel (2006), o papel da equipe de enfermagem na UTI adulto, em síntese, segue os seguintes passos:

- Levantar o histórico do paciente;
- Realizar o exame e diagnóstico;
- Promover o tratamento;
- Promover a orientação da família;
- Realizar cuidado de forma integrada com os membros da equipe de saúde;
- Cuidar cada caso de acordo com sua especificidade.

Assim, os princípios éticos e bioéticos da profissão devem ser analisados com bastante critério pela equipe de enfermagem, de forma a encontrar soluções práticas. Compete então, ao enfermeiro, avaliar, sistematizar e decidir sobre os espaços físicos, os recursos humanos e materiais, as informações geradas no cuidado ao paciente e os resultados alcançados pelo trabalho da equipe de enfermagem (ROSSI, 2002).

Para garantir um processo de humanização eficiente, para alcançar uma qualidade na assistência ao paciente em terapia intensiva, é necessário que o(a)

enfermeiro(a) tenha um compromisso contínuo de capacitação e desenvolvimento profissional. O mesmo, deve se responsabilizar também, pelo processo de educação em saúde dos pacientes e seus familiares sob sua assistência, reavaliando o contexto social, econômico e cultural de cada paciente/família (WALLAU et. al., 2006).

O cuidado em enfermagem na UTI adulto é complexa, dinâmica e intensa, exigindo do enfermeiro capacidade de agir em situações inusitadas, de estar preparado para qualquer situação, ter conhecimento específico e habilidade para tomar decisões e implementá-las em tempo hábil, para que o mesmo realize um desempenho satisfatório e que pode salvar vidas (KNOBEL, 2006).

Ainda de acordo com autor supracitado, a equipe de enfermagem deve ter treinamento contínuo e deve estar capacitada a exercer atividades de maior complexidade, para as quais é necessária a autoconfiança respaldada no conhecimento científico, para que esta possa conduzir o atendimento do paciente com segurança. Para tal, o treinamento desse profissional é imprescindível para o alcance do resultado esperado. Como a tecnologia pode ser copiada, o diferencial é o profissional, para obter o sucesso e a qualidade na assistência prestada.

Segundo Salicio e Gaiva (2006), os enfermeiros, no sentido de humanizar o cuidado em UTI, defrontam-se com um sistema tecnológico dominante, isso se deve a própria complexidade da terapia intensiva, porém, o profissional pode utilizar de estratégias que viabilizem a humanização em detrimento a visão mecânica em também, a biologicista que impera em unidades com bastante tecnologia.

O enfermeiro de UTI trabalha em um ambiente onde as forças de vida e morte, humano e tecnológico encontram-se em luta constante. Apesar de existirem vários profissionais que atuam na UTI, o enfermeiro é o responsável pelo acompanhamento constante, conseqüentemente possui o compromisso dentre outros, de manter a homeostasia do paciente e o bom funcionamento da unidade (DESLANDES, 2004).

Diversos fatores contribuem com o processo de humanização na UTI, que facilitaram na realização de um cuidado holístico para os pacientes e seus familiares.

As orientações prestadas à família devem ser bem feitas, pois, um total esclarecimento de dúvidas, explicações sobre o quadro do paciente, normas e rotinas da unidade e para que serve cada equipamento, em geral, tranquilizam os

familiares, pois, esses quando bem orientados, ajudam no processo de reabilitação do paciente (WALLAU et. al., 2006).

O profissional deve estar atento a solidão sentida pelos pacientes, quando não estão inconscientes e/ou em coma induzido. É papel da equipe enfermagem diminuir a dor e o sofrimento dos familiares e do paciente, através da comunicação verbal, do toque e do cuidado feito com carinho (TABET; CASTRO, 2001).

De acordo com Salicio e Gaiva (2006), o toque sendo ele afetivo, um contato de ser humano com ser humano, repassar calor e tem poder terapêutico. Quanto mais ocorre o toque e mais demorado ele seja, há uma maior facilidade e liberdade em tocá-lo novamente, aproximando assim, o cliente que está sob seu cuidado.

Nesse contexto, observa-se que o enfermeiro deve estabelecer uma boa comunicação e interação entre a família, equipe de saúde e paciente, para que haja uma boa qualidade no atendimento, favorecendo o processo de humanização (COLLET; VIEIRA, 2006).

Como a equipe de enfermagem é responsável pela monitorização do paciente vinte e quatro horas por dia, e suas decisões, ações, atitude e comportamentos são essenciais para contribuir com a diminuição dos fatores que levam ao estresse e angústia (DESLANDES, 2004).

Por meio de pesquisas, o enfermeiro é visto em diversas ocasiões como uma figura protetora, semelhante ao cuidado maternal e/ou paternal, que visa com zelo à recuperação do paciente (WALLAU et. al., 2006).

A posição que o profissional assume enquanto está próximo ao paciente é fundamental, pois, quanto mais de frente se posicionar em relação à face do paciente, mais facilmente identifica as expressões, pensamentos e sentimentos, e se for possível olho no olho estabelece um vínculo confiança e conforto (TABET; CASTRO, 2001).

O esclarecimento ao paciente e seus familiares não deve ser feito apenas com base em técnicas, mas através de relacionamento com afetividade, trazendo para eles tranquilidade para seus anseios e medos, favorecendo assim, sua reabilitação (INABA; SILVA; TELLES, 2005).

Na maioria das unidades hospitalares existe uma resistência, tanto da parte da instituição quanto dos profissionais, em relação à liberação de visitas e presença de acompanhantes na UTI, porém, os acompanhantes são fonte de conforto e

segurança, contribuindo para a humanização e, diminuindo os efeitos da mecanização provocada por ambientes muito tecnológicos (DESLANDES, 2004).

O acompanhante não deve ser visto como uma ameaça à instituição e aos membros da equipe de saúde, desde que, sejam bem orientados e comportem conforme instruídos. A Unidade de Terapia Intensiva (UTI) evoluiu ao longo dos anos com máquinas cada vez mais modernas, diminuindo assim, a relação paciente/enfermeiro, tornando o ambiente cada vez mais frio, hostil e desumanizado (INABA; SILVA; TELLES, 2005).

Deslandes (2004) reforça aqui, a necessidade de constante diálogo, de uma comunicação eficaz, simples e objetiva para a reabilitação do paciente e conforto familiar, pois, são aspectos que tornarão a assistência de enfermagem mais humanizada.

As iniciativas e estratégias que diminuem o estresse ocupacional dos profissionais, como um ambiente amistoso, uma equipe unida e socializada dentro da unidade é uma forma de prestar uma assistência de qualidade. O incentivo ao aprimoramento técnico e científico contínuo do profissional e a importância do trabalho do enfermeiro realizado com carinho, atenção, dedicação, paciência, persistência, amor e qualidade, que serão benefícios prestados ao paciente e a família, melhorando por sua vez, o próprio ambiente de trabalho (FERRAREZE; FERREIRA; CARVALHO, 2006).

O papel da equipe de enfermagem é considerado como um processo de trabalho coletivo em saúde. A colaboração do membro deve ser visto como secundário, apesar de toda a imensa importância, o trabalho em equipe prevalece em relação ao trabalho individual (DESLANDES, 2004).

Os fatores que podem dificultar o processo de humanização estão relacionados ao modo de cuidar, deve-se superar a visão mecanicista e biologista, às relações interpessoais entre os membros da equipe de saúde e os regulamentos, normas e rotinas estabelecidas pelos serviços de saúde (KNOBEL, 2006).

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.

A questão da formação dos profissionais da área da saúde tem a necessidade de reorientação e revisão dos currículos, para que ocorram mudanças paradigmáticas e dos serviços de saúde. Pois, faz parte do processo de humanização em saúde reavaliar o processo de formação dos profissionais, o qual está centrado no ensino técnico, racional e individualizado, em detrimento do senso crítico, da criatividade e da sensibilidade (DESLANDES, 2004).

De acordo com Rossi (2002), o processo de humanização, também, 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 orientar e esclarecer, da melhor forma possível, os indivíduos e grupos envolvidos na reabilitação do paciente crítico que necessita de terapia intensiva.

## 7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Devido à complexidade da tecnologia e rotina para a manutenção da vida em estado crítico na UTI Adulto, não apenas na terapêutica, mas, também, como está focado aqui, na assistência de enfermagem, necessita de um processo contínuo de humanização. Conceitos do processo de humanização como o cuidar do paciente como um todo, relevando o papel da família, da relação ética fundamental entre paciente e profissional, justifica a importância do papel da enfermagem em conduzir e implementar o Plano Nacional de Humanização. Dessa forma, pode-se perceber que o estudo demonstrou que a humanização é um processo científico e que se faz necessário a implementação em todos os serviços de saúde, principalmente em U.T.I., cujo local é extremamente estressante e agressivo ao paciente e sua família.

Cabe ao enfermeiro e aos demais profissionais utilizarem a Política Nacional de Humanização, para lidarem com esse risco, colaborando com uma assistência qualificada e humanizada de sua equipe, para proporcionarem melhores condições. Diante disso, se faz necessário, treinamento e desenvolvimento de estratégias para implantação de humanização no U.T.I. Portanto, esse estudo não tem o objetivo de ser conclusivo, porém, espera-se que possa contribuir para novas pesquisas sobre o tema humanização.

## REFERÊNCIAS

ARAÚJO, A. D. Trabalho no centro de terapia intensiva: perspectivas da equipe de Enfermagem. **Revista Mineira de Enfermagem**, Belo Horizonte, v. 1, n. 9, p. 20-28, jan. – mar. 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. **Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar**. Brasília, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa Nacional de Humanização Hospitalar**. Brasília, 2002

BRASIL, **Ministério da Saúde**. Portaria n. 2.528, de 19 de outubro de 2006. Disponível em: <[www.saude.org.br](http://www.saude.org.br)>. Acesso 15 Julho 2011.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização**. HumanizaSUS: documento base para gestores e trabalhadores do SUS. 4. ed. Brasília, 2008b. Disponível em:<[www.saude.org.br](http://www.saude.org.br)>. Acesso 14 julho 2011.

CASATE, J. C.; CORREA, A. K. Humanização do atendimento em saúde: conhecimento veiculado na literatura brasileira de enfermagem. **Revista Latinoamericana de Enfermagem**. v. 13, n. 1, p. 105-111, 2005.

COLLET, N.; VIEIRA, C. S. A humanização na assistência a saúde. **Revista Latinoamericana de Enfermagem**. mar-abr, p. 277-284, 2006.

CAMPOS, G.W. A humanização é uma estratégia política. In: BARROS, M.E.B.; SANTOS-FILHO, S.B. (Orgs.). **Trabalhador da saúde: muito prazer! Protagonismo dos trabalhadores na gestão do trabalho em saúde**. Ijuí: Unijuí, 2007. p.11-5.

DELEUZE, G. **Foucault**. São Paulo: Edições 70, 2005.

DESLANDES, F. S. Análise do discurso oficial sobre humanização da assistência hospitalar. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, v. 9, n. 1, p. 7 - 14, 2004.

FERRAREZE, M.V.G; FERREIRA, V., CARVALHO, M.P. Percepção do estresse entre enfermeiros que atuam em terapia intensiva. **Revista Acta Paulista de Enfermagem**. p. 310-315, 2006.

FILHO, S.; BARBOSA, S.; BARROS, M.E.B.; GOMES, R.S. A Política Nacional de Humanização como política que se faz no processo de trabalho em saúde. **Interface**, v.13, n. 1.1, p.603-613, Botucatu, 2009.

GAIVA, M. A. M. O significado de humanização da assistência para enfermeiros que atuam em UTI. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 08, n. 03, p. 370-376, 2006. Disponível em: <[http://www.fen.ufg.br/revista/revista8\\_3/v8n3a08.htm](http://www.fen.ufg.br/revista/revista8_3/v8n3a08.htm).> Acesso: 10/10/2011

GONÇALVES, L.A, GARCIA, P.C, TOFOLLETO, M.C, PADILHA, K.G, TELLES, SCR. Necessidades de cuidados de enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva: evolução diária dos pacientes segundo o (NAS) Nursing Activities Score. **Revista Brasileira de Enfermagem**, 2006.

HECKERT, A. L. C.; PASSOS, E.; BARROS, M. E. B. Um seminário dispositivo: a humanização do Sistema Único de Saúde (SUS) em debate. **Interface**, v.13, n.1.1, p.493-502, Botucatu, 2009

HUDAK, C.M.; GALLO B.M. **Cuidados Intensivos de Enfermagem**: uma abordagem holística. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007.

INABA, L.C; SILVA, M.J.P; TELLES, S.C.R. Paciente crítico e comunicação: visão de familiares sobre sua adequação pela equipe de enfermagem. **Rev Esc Enferm USP**, p. 423-429, 2005.

KNOBEL, E. **Terapia intensiva: enfermagem**. São Paulo: Editora Atheneu; 2006.

LINO, M.M.; SILVA, S.C. Enfermagem na Unidade de Terapia Intensiva: a história como explicação de uma prática. **Nursing**, v.41, n.4, out. 2001.

MARUITI, M.R; GALDEANO, L.E. Necessidades de familiares de pacientes internados em unidade de cuidados intensivos. **Rev Acta Paulista de Enfermagem**. p.37-43 2007.



NASCIMENTO, E. R. P.; TRENTINI, M. O cuidado de enfermagem na Unidade de Terapia Intensiva: teoria humanística de Peterson e Zderad. **Revista Latinoamericana de Enfermagem**, v. 12, n. 7 p. 250-257, 2004.

OLIVEIRA, M. E. Mais uma nota para a melodia da humanização. **A melodia da humanização**: reflexos sobre o cuidado durante o processo do nascimento. Florianópolis: Cidade Futura, 2001.

OLIVEIRA, P.S; NÓBREGA, M.M.L; SILVA, A.T; FILHA, M.O.F. Comunicação terapêutica em enfermagem revelada nos depoimentos de pacientes internados em centro de terapia intensiva. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, p. 54-63, 2005.

PADILHA, K.G. **Enfermagem em UTI**: Cuidando do paciente. São Paulo: Manole , 2010.

QUEIJO, A.M.G. Tradução para o português e validação de um instrumento de medida de carga de trabalho de enfermagem em unidade de terapia intensiva: **Nursing Activities Score (NAS)** [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2002.

ROSSI, L. A. O significado cultural do cuidado humanizado em unidades de terapia intensiva: muito falado e pouco vivido. **Revista Latinoamericana de Enfermagem**, v. 10, n. 2, p. 137-144, mar - abr. 2002.

SALICIO, D.M.B.S, GAIVA, M.A.M. O significado de humanização da assistência de enfermagem em UTI. **Revista Eletrônica de Enfermagem**. p. 370-376, 2006.

TABET, K; CASTRO, R.C.B.R. **O uso do toque como fator de humanização da assistência de enfermagem em UTI**. [Monografia]. Santo André (SP): Universidade do grande ABC-UNIABC; 2001.

VAITSMAN, J.; ANDRADE, G.R.B. Satisfação e responsividade: formas de medir qualidade e a humanização da assistência à saúde. **Ciência e saúde coletiva**. v.10 n.3 Rio de Janeiro, 2005.

WALLAU, R.A; GUIMARÃES, H.P; FALCÃO L.F.R; LOPES, R.D; LEAL, P.H.R; SENNA, A.P.R; ALHEIRA, R.G; MACHADO, F.R; AMARAL, J.L.G. Qualidade e humanização do atendimento em Medicina Intensiva. Qual a visão dos familiares?. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**. 2006.

WIKIPEDIA. **Unidade de Terapia Intensiva**. Disponível em: <[http://pt.wikipedia.org/wiki/Unidade\\_de\\_terapia\\_intensiva](http://pt.wikipedia.org/wiki/Unidade_de_terapia_intensiva).> Acesso em: 11 nov. 2011.