

## Os Desafios da Humanização nas Unidades de Terapia Intensiva

Leticia Guerra Filardi<sup>1</sup>; Ana Julia Marcílio Lacerda<sup>1</sup>; Daniela Alves Dantas<sup>1</sup>; Heitor Carvalho Sintra<sup>1</sup>; Laíza Elena Santos Silva<sup>1</sup>; Constanza Thaise Xavier Silva<sup>2</sup>.

1. Discente do curso de Medicina do Centro Universitário UniEVANGÉLICA.

2. Docente curso de Medicina do Centro Universitário UniEVANGÉLICA.

**RESUMO:** A Política Nacional de Humanização (PNH) deve ser estendida a todas as áreas de cuidado com a saúde, especialmente às Unidades de Terapia Intensiva (UTI), visto que compreendem as áreas hospitalares altamente complexas. Assim, esta revisão tem por objetivo discutir os principais desafios no cuidado humanizado em UTIs. Trata-se de um estudo descritivo, baseado em uma revisão integrativa da literatura. Para sua realização foram realizadas buscas nos anos de 2008 a 2019 nas seguintes bases de dados: Scientific Electronic Library Online (SciELO), National Library of Medicine and National Institutes of Health (PUBMED), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e Biblioteca Virtual de Saúde (BVS). Os descritores da Ciência da Saúde utilizados foram “Unidade de Terapia Intensiva” and “Humanização da assistência” and “Prognóstico”, selecionando-se 21 artigos e 3 documentos referentes aos anos de 1998, 2003 e 2004, sendo eles, respectivamente, a Portaria nº 466/MSS/VS, PNH e Humanização em Cuidados Intensivos (AMIB). Para a realização desta revisão foram apurados múltiplos desafios para implementação de serviços humanizados em UTIs, resultando na categorização dos seis categorias, sendo eles: a formação deficitária dos profissionais de saúde, papel da tecnologia no distanciamento médico-paciente, falta de empatia, deficiências estruturais do Sistema de Saúde, jornada de trabalho extenuante, falta de tempo, estresse e, por fim, a grande rotatividade dos profissionais. Conclui-se que os inúmeros desafios que impedem a execução desse tipo de cuidado são retrocessos na área da saúde quando se coloca a necessidade do outro como fator preponderante. Aplicar práticas de humanização, portanto, é fundamental e requer uma melhor formação de profissionais e uma maior predisposição tanto governamental quanto dos próprios hospitais em implantarem tais práticas e tornar o tratamento do paciente internado em UTIs o melhor possível.

### Palavras-chave:

Humanização da Assistência. Unidade de Terapia Intensiva. Empatia. Acolhimento.

## INTRODUÇÃO

A valorização da subjetividade do indivíduo é dificultada quando envolve desafios práticos e quando as situações cotidianas impõem ações mecanizadas e impessoais capazes de distanciar os seres humanos. Esse distanciamento é nitidamente observado em centros de saúde quando o médico ou enfermeiro, sobrecarregado com as inúmeras funções exigidas por seu cargo, não é capaz de estabelecer vínculos e se preocupar, de fato, com o paciente como agente ativo e protagonista de seu tratamento e que é dotado de sentimentos, ideias, sonhos, angústias e medos – sentimentos esses que, muitas vezes, são desencadeados pelo ambiente hostil em que se encontram (MONGIOV et al., 2014).

Nessa perspectiva, é nítido que a equipe multiprofissional presta uma assistência fragmentada baseada no modelo corretivo, no qual busca apenas curar a patologia e enxerga o paciente como um mero objeto de estudo. Podemos observar ainda que a humanidade é um traço de personalidade contraditório na área da saúde, visto que os profissionais são treinados para cuidar de doenças e não de pessoas (SANTOS et al., 2018).

Diante dessa situação de calamidade no exercer da empatia, é válido trazer para discussão que, em contrapartida a ações que expressam pouca atenção ao doente, o ser humano possui um sentimento inato do qual emergem atos de caridade e bondade, capazes de guiar as relações humanas, sendo estes uma vertente da moral que evoca valores humanitários como respeito, solidariedade, compaixão e a própria empatia. A compreensão de que o ser humano é um ser capaz de se preocupar com o outro em todas as suas formas e situações e que isso é algo inerente a sua existência, leva a reconstrução de realidades até mesmo no ambiente hospitalar. Assim, a humanização começa a ser abordada na década de 80, na área da saúde, como sendo instrumento fundamental para transformar o modo de trabalho e a vida das pessoas (CHERNICHARO; SILVA; FERREIRA, 2014).

É nesse contexto, portanto, que a humanização surge em centros hospitalares, em 2003, com a Política Nacional de Humanização (PNH), para consolidar discussões anteriores acerca da necessidade da criação de um ambiente menos desagradável e na tentativa de preencher a lacuna existente entre o doente e o profissional de saúde (BRASIL, 2013). A partir disso, ela visa difundir a prática da humanização em todos os serviços do Sistema Único de Saúde (SUS), a fim de melhorar o ambiente hospitalar tanto para os trabalhadores quanto para os usuários e suas famílias. Além disso, objetiva também a adesão de ações que tenham como finalidade a sensibilização dos profissionais frente ao sofrimento do enfermo, de modo a tratá-los como um sujeito único, com seus anseios, particularidades e crenças (LUIZ; CAREGNATO, COSTA, 2017).

Dessa maneira, essa Política se respalda em três princípios básicos: inseparabilidade entre a atenção e a gestão dos processos de produção de saúde, transversalidade e autonomia e protagonismo dos sujeitos (BRASIL, 2013).

Esse conceito agrega ainda uma concepção mais individualizada da saúde, ou seja, apta para desenvolver um cuidado físico e psicológico específico para cada paciente, uma vez que se encarrega de tratar do conjunto paciente-doença. Isso porque, segundo o Ministério da Saúde, humanização é oferecer atendimento de qualidade aos usuários do sistema de saúde, agregando os avanços tecnológicos ao acolhimento para proporcionar um cuidado integral que busca melhoria do ambiente e das condições de trabalho (SANCHES et al., 2016).

Diante disso, a PHN deve ser estendida a todas as áreas do cuidado, especialmente para as Unidades de Terapia Intensiva (UTI), que são áreas de alta complexidade. A concretização desse projeto, no entanto, está associada a múltiplos fatores, tais como: as condições de trabalho da equipe de saúde; o tratamento voltado, não só para o doente, mas também para seus familiares; e a necessidade do cuidado do paciente a partir de uma visão holística do mesmo, considerando-o como um ser biopsicossocial (MACHADO; SOARES, 2016).

Entretanto, sua aplicabilidade é árdua em função da falta de apoio dos administradores aos profissionais, das deficiências estruturais do sistema de saúde, pela grande rotatividade dos profissionais, pelo uso da tecnologia como ferramenta primordial para a melhoria do prognóstico e, principalmente, pela ausência de filosofias de trabalho e de ensino voltadas para a humanização da assistência em saúde (FARIAS et al., 2013).

A humanização “é um conjunto de medidas que engloba o ambiente físico, o cuidado dos pacientes e seus familiares e as relações entre a equipe de saúde”, uma vez que, para que o cuidado humanizado seja realizado com eficácia e eficiência, ele não deve envolver somente o paciente, mas sim englobar todo o contexto familiar e social, o ambiente de trabalho e a equipe multiprofissional, visto que são pontos-chaves para que esse plano seja exequível (AMIB, 2004).

Desse modo, a participação de vários profissionais na assistência à saúde propicia o envolvimento de todos os componentes dessa equipe, de forma a favorecer uma melhor disponibilidade dos profissionais diante dos pacientes, contribuindo para a promoção de um acolhimento de qualidade, objetivando realizar e oferecer o tratamento que o usuário merece, como ser humano, de acordo com as suas reais necessidades (BACKES et al., 2012).

Logo, é imprescindível que seja estabelecido uma boa relação e comunicação entre os trabalhadores, paciente e sua família, de maneira que seja possível estabelecer um vínculo entre os envolvidos que propicie um cuidado humanizado de qualidade. Diante disso, este estudo tem por objetivo discutir os desafios preponderantes da humanização do cuidado em unidades de terapia intensiva.

## **METODOLOGIA**

Trata-se de um estudo descritivo, baseado em uma revisão integrativa da literatura, que é um método de pesquisa que permite a síntese de múltiplos estudos publicados e possibilita conclusões gerais

a respeito de uma particular área de estudo. Esse método inclui a análise de pesquisas relevantes que dão suporte para a tomada de decisão e a melhoria da prática clínica, possibilitando a síntese do estado do conhecimento de um determinado assunto, além de apontar lacunas do conhecimento que precisam ser preenchidas com a realização de novos estudos.

Foram utilizadas as seguintes etapas para a construção desta revisão: identificação do tema; seleção da questão de pesquisa; coleta de dados pela busca na literatura, nas bases de dados eletrônicas, com estabelecimento de critérios de inclusão e exclusão para selecionar a amostra; elaboração de um instrumento de coleta de dados com as informações a serem extraídas; avaliação dos estudos incluídos na revisão integrativa; interpretação dos resultados e apresentação dos resultados evidenciados.

A questão norteadora da pesquisa foi: Quais as principais dificuldades que impedem a implementação de Unidades de Terapia Intensiva humanizadas?

Para responder a tal questionamento, foi executada uma busca nos anos de 2008 até 2019, nas seguintes bases de dados, por ordem de consulta: Scientific Electronic Library Online (SciELO), National Library of Medicine and National Institutes of Health (PUBMED), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e Biblioteca Virtual de Saúde (BVS).

Os critérios de inclusão dos estudos foram: artigos disponíveis gratuitamente com texto completo; estudos publicados nos idiomas português e inglês. Foram utilizados artigos que foram publicados a partir de 2008. Foram excluídos artigos disponíveis apenas em resumo e que não estavam disponíveis de uma forma gratuita.

Os descritores da Ciência da Saúde identificados “Unidade de Terapia Intensiva” and “Humanização da assistência” and “Prognóstico”, foram selecionados 20 artigos publicados entre os anos de 2008 à 2019 e dois documentos referentes aos anos de 1998 e 2003. Estes últimos, apesar de terem o ano de publicação pouco recente, foram selecionados, pois serviram de base para um entendimento mais completo sobre o tema.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Com o intuito de facilitar a compreensão e a leitura, esta revisão enumera as 6 principais categorias existentes na implantação de um cuidado humanizado em unidades de terapia intensiva, sendo eles: formação deficitária dos profissionais de saúde, tecnologia associada ao distanciamento médico-paciente, falta de empatia, deficiências estruturais do sistema de saúde, jornada de trabalho extenuante, falta de tempo e estresse e, finalmente, grande rotatividade dos profissionais

### **Formação deficitária dos profissionais de saúde**

A formação acadêmica dos profissionais de saúde é embasada, em grande parte, no modelo biomédico, que se volta para os aspectos curativos, resultando em um olhar tecnicista e compartimentado do paciente. Como consequência, a desumanização do cuidado ainda é frequente nas Unidades de Terapia Intensiva (OLIVEIRA et al., 2013).

O cuidado humanizado ainda não é ensinado, de fato, nas universidades. Isso pode ser visto nas diferentes percepções que os profissionais de saúde têm do conceito de humanização. O reconhecimento da importância da integralidade do sujeito e da empatia, além da relação entre profissional, paciente e família, mostra que há um certo discernimento teórico do assunto, porém, muitas vezes, não é adotado na prática, havendo uma contradição entre o que é dito e o que é feito (OLIVEIRA et al., 2013).

A dificuldade em conceituar a humanização provoca algumas limitações quando se busca mudar o cenário das UTIs, pois ela varia desde aspectos técnicos, até questões de ambiência (SANCHES et al., 2016).

A falta de informações na formação acadêmica resulta em um desafio para os profissionais de saúde em tratar o paciente como um ser biopsicossocial e espiritual, pois o estado grave do paciente, a presença de medicamentos de última geração, o uso de equipamentos altamente tecnológicos e de recursos humanos avançados deixam o cuidado prestado ainda mais susceptível a despersonalização (OLIVEIRA et al., 2013).

Ao analisar as bases do cuidado holístico para com o paciente e, conseqüentemente, a atenção humanizada, observa-se que esse modelo de atendimento envolve diversos tipos de conhecimentos e práticas, de modo que as ações realizadas não tenham enfoque apenas no tratamento e na cura do paciente, mas sim no bem-estar completo do doente, conferindo um sentimento de respeito, empatia e acolhimento para com ele. Essas condutas a serem adotadas tem por objetivo enxergar o paciente como um ser além de uma extensão do aparato tecnológico, considerando-o um ser biopsicossocial (FARIAS et al., 2013).

Diante disso, observa-se que, em função da formação deficitária dos profissionais de saúde, as quais são baseadas no modelo mecanicista de atenção, o paciente não é visto como um ser único e subjetivo, de modo que o enfoque é dado para a cura do corpo biológico e para a doença (SOUZA et al., 2019).

### **Tecnologia associada ao distanciamento médico-paciente**

A tecnologia é, com certeza, uma das características mais marcantes da Unidade de terapia Intensiva (UTI), visto que este é um local de alta complexidade, destinado à internação de pacientes em estado crítico, que demandam muita atenção e cuidados especializados. A partir disso, pode-se observar que o aparato tecnológico torna-se um fator indispensável nesse setor. Logo, a associação da tecnologia hospitalar ao atendimento do paciente é uma ferramenta de facilitação da prestação de serviço. Mas a fim

de que o cuidado prestado seja de total qualidade e proveito, a tecnologia deve andar de forma paralela à humanização deste setor, uma vez que essa junção é fundamental para assegurar ao usuário um suporte holístico por parte dos profissionais de saúde (SANTOS et al., 2018).

Ao se tratar da Unidade de Terapia Intensiva é possível notar que a complexidade do ambiente reflete diretamente no tipo de cuidado que é prestado pela equipe de saúde, isto é, a rotina diária complexa que permeia esse ambiente faz com que alguns profissionais superestimem a tecnologia sobre a relação profissional-paciente. Diante disso, nota-se que a tecnologia é o principal foco de atenção, de modo que a equipe se “esquece” a quem são direcionados os cuidados e negligenciam atos como tocar, conversar e ouvir –que são atitudes bases para a execução de um cuidado humanizado (FARIAS et al., 2013).

Além disso, vale ressaltar que, apesar de a tecnologia ser um instrumento de extrema importância na prestação de atendimento na Terapia Intensiva, em função de seu mau uso, ela contribui para o aumento da distância entre os profissionais e o paciente, de maneira que afeta a abrangência e a subjetividade do cuidado. Isso ocorre, pois esse aparato tecnológico - que inicialmente foi introduzido com a finalidade de complementar e auxiliar os profissionais nos procedimentos que já eram realizados – torna-se o ponto central de atenção. Nessa perspectiva, conclui-se que a tecnologia é fundamental, desde que o enfoque principal seja o paciente, de modo que ela se torne apenas um aliado ao cuidado humanizado e não o principal objeto para a sua realização (SANTOS et al., 2018).

Conclui-se, portanto, que para que seja ofertado uma assistência humanizada, os profissionais devem fortalecer a comunicação com os pacientes e seus familiares, buscando acolhê-los, escutá-los e valorizá-los, respeitando seus conhecimentos, medos, crenças, sentimentos e angústias. Como resultado, ao conversar e ao ouvir suas queixas, a equipe de saúde poderá buscar por soluções que atendam a real necessidade daquele usuário, de modo a tratá-lo como um ser humano único e singular como é, oferecendo a ele um cuidado amplo e especializado para o seu quadro clínico (LUIZ, CAREGNATO, COSTA., 2017).

### **Falta de empatia**

A empatia é, provavelmente, a característica mais marcante do processo de humanização, visto que se baseia na tentativa de se colocar no lugar do outro, enaltecendo suas ideias, valores, crenças e percepções de mundo, com a finalidade maior de usar isso tudo como ferramenta na busca do melhor tipo de tratamento, que seja capaz de abranger a forma como o paciente gostaria de ser zelado: menos agressivo, mais íntimo e voltado não só para o problema físico, mas também para o estado psicossocial do doente (MONGIOV et al., 2014).

Ao entrevistar diversos profissionais de saúde, todos parecem entender a empatia como prerrogativa essencial para a vivência da humanização e que o paciente é, antes de tudo, um ser humano e um

semelhante. Entretanto, esse conhecimento parece estar fixo na teoria, mas não desenvolvido o bastante para ser aplicado à prática, trazendo à tona uma “relação patológica”, onde o médico ou o enfermeiro tem medo de assimilar o problema da realidade do outro como se fosse parte da sua própria vida (PINHO; SANTOS, 2008).

É válido pontuar, portanto, que um dos maiores desafios para implantação de um cuidado humanizado nas áreas de terapia intensiva é a falta de empatia. Isso ocorre devido a uma barreira criada pelo profissional de saúde que impede o acesso ao conhecimento do próximo. Essa barreira é levantada porque o contato com a alteridade e com a diferença que pressupõem a aceitação e o entendimento integral do outro, são barreiras intransponíveis no século do individualismo (PINHO; SANTOS, 2008).

Além disso, por criarem um mecanismo de adaptação ao trabalho, os profissionais acabam não se colocando no lugar do paciente e os trata de maneira tecnicista, olhando apenas para o ser biológico e se esquecendo das outras dimensões do ser humano (BACKES et al., 2012).

Diante disso, o exercício de ser empático requer esforço diário. O médico ou enfermeiro deve abdicar de seus problemas individuais e pensar como seria enfrentar a situação caótica que está sendo vivida pelo paciente em questão e qual tratamento ele idealizaria em receber. Isso, no entanto, é praticamente inexecutável diariamente, uma vez que exige muita disponibilidade, paciência e amor por parte do profissional, sendo necessário um preparo maior do mesmo a fim deixá-lo a par dos desafios, mas do benefício imenso que esse esforço é capaz de gerar no prognóstico do enfermo (MONGIOV et al., 2014).

A prática da empatia também deve se estender para a família dos pacientes, uma vez que ela também se encontra em sofrimento e fragilizada pela situação vivida. Porém, muitas vezes a presença da família nas UTIs é vista como um entrave pelos profissionais de saúde, uma vez que interfere na manutenção desse ambiente (MACHADO; SOARES, 2016).

Visto que os parentes também se encontram em uma situação vulnerável, a assistência humanizada deve ser estendida aos familiares através da presença de um profissional da saúde com a família que possibilite a troca de informações, identificando as necessidades dos parentes do paciente e oferecendo o apoio necessário (RODRIGUEZ; CALEGARI, 2016).

Além disso, a aproximação entre o profissional e os familiares do paciente é considerada favorável durante o período de permanência no hospital porque transmite segurança e confiabilidade no tratamento, o que irá proporcionar uma melhora do enfermo, sobretudo se tratando de uma UTI pediátrica (RODRIGUEZ; CALEGARI., 2016).

### **Deficiências estruturais do sistema de saúde**

Segundo a Portaria nº 466/MS/SVS, de 04 de junho de 1998, que destaca os objetivos das Unidades de Terapia Intensiva, os serviços de saúde voltados para o tratamento intensivo devem prestar atendimento à pacientes graves e de risco, de modo a garanti-los, além do seu direito à sobrevivência, manutenção

dos seus parâmetros vitais e de seus efeitos adversos, o acesso a equipamentos e recursos humanos especializados para o cuidado adequado de sua atual condição. Entretanto, devido as deficiências estruturais do Sistema de Saúde, essa realidade afasta-se do ideal, principalmente no que tange ao cuidado humanizado. Isso ocorre, pois, a falta de equipamentos, de materiais, de medicamentos, além da ausência de incentivo e de apoio por parte dos administradores, impacta de forma prejudicial na prática da humanização neste ambiente tão hostil (FERREIRA; MENDES., 2013).

De acordo com a tríade de Donabedian, os fatores ambientais são relevantes na hora de avaliar a qualidade dos serviços de saúde, uma vez que para aplicar na prática uma assistência de qualidade, é necessário ter uma estrutura adequada com materiais e recursos humanos suficientes. (PEREIRA et al., 2019).

Quando a equipe multiprofissional se encontra em um local com déficit estrutural, ela possui um enorme desafio para a implementação de práticas assistenciais à saúde voltadas para a humanização, o que influencia o emocional dos profissionais e pode levar ao impacto na vida do paciente que recebe tais cuidados (EVANGELISTA et al., 2016).

Além disso, o excesso de ruídos e a iluminação inadequada acabam sendo fatores desencadeantes de um ambiente estressante, inseguro e pouco humanizado (MONGIOV et al., 2014).

No que tange a falta de incentivo e de apoio para com os profissionais, é imprescindível a presença de ensinamentos e filosofias de trabalho que sejam voltadas para a humanização, isto é, a presença de fatores que motivem os profissionais da equipe de saúde com aparato científico para que haja embasamento em suas tomadas de decisões e que os auxiliem na descoberta de novas maneiras de realizar as mesmas atividades sem a necessidade de fragmentação do cuidado. Nessa perspectiva, profissionais e administradores precisam desenvolver uma cultura de aprimoramento profissional, o que permitirá que eles acompanhem a evolução das novas tecnologias e as associem às práticas humanizadoras - à escuta, ao diálogo, ao acolhimento, à empatia e à solidariedade - durante o processo de cuidado para com o paciente, o que permitirá a difusão de medidas humanísticas (FARIAS et al., 2013).

Além disso, nota-se que as próprias instituições não reconhecem e não valorizam as suas equipes multiprofissionais, de modo a fazerem com que os profissionais tenham dificuldade para desempenhar suas atividades com excelência. Isso ocorre uma vez que são oferecidos aos trabalhadores más condições de trabalho, com estrutura física inadequada, escassez de materiais para a realização dos procedimentos e um ambiente desfavorável, fatores estes que inviabilizam a execução de suas funções de maneira humanizada e são desmotivadores ainda mais para as equipes de saúde. Diante disso e a fim de proporcionar condições para que os profissionais desempenhem uma assistência à saúde de qualidade, humanizada e individualizada, é indispensável que eles tenham sua condição humana e dignidade respeitada, além de receber remunerações justas, condições adequadas de trabalho e ter seu trabalho reconhecido e valorizado (FARIAS et al., 2013).

Por fim, para que uma equipe de profissionais possa realizar um cuidado humanizado é necessário que o sistema de saúde faça mudanças no âmbito tecnológico e principalmente invista na estrutura da saúde para que não só as necessidades dos usuários sejam atendidas, mas para que não falte medicamentos, equipamentos, demandas técnicas e científicas para os profissionais de saúde envolvidos na prestação de cuidados (MEDEIROS et al., 2016).

### **Jornada de trabalho extenuante, falta de tempo e o estresse**

A humanização como uma relação entre profissional da saúde e paciente é muito importante, pois envolve a arte de cuidar, compreender e ajudar. No entanto, é relevante se preocupar também com o profissional: sua jornada de trabalho extenuante e a falta de tempo são tidos como desafios. Isso ocorre, pois essa exaustiva carga horária pode resultar em ações mecânicas do dia a dia, estresse, frieza por parte da equipe multiprofissional, além do desequilíbrio entre a técnica e o fator humano (CHERNICHARO; SILVA; FERREIRA., 2014).

Diante disso, vale ressaltar que um ambiente de UTI traz consigo constantemente um estresse sobre as pessoas nele inseridas, especialmente nos profissionais que ali trabalham. Diante disso, seria incoerente enfatizar a falta de cuidado humanizado com os pacientes e seus familiares, enquanto os responsáveis pela humanização estão sob condições de esgotamento físico e mental extremo. Como consequência, essas condições impossibilitam a implementação da humanização nessas unidades, visto que para oferecer um serviço de qualidade, é necessário ter um ambiente de trabalho que reflita isso (SANCHES et al., 2016).

Desse modo, ao se observar as pesquisas realizadas com as equipes de saúde, pode-se observar que as jornadas de trabalho extenuantes, nas quais, em sua maioria, sobrecarregam os profissionais em função do reduzido número de funcionários em cada período, resultam na não efetivação dos princípios do cuidado humanizado. Sendo assim, são esquecidas a identidade e os sentimentos do paciente, acarretando no direcionamento do foco somente na doença (MONGIOV et al., 2014).

Além disso, observa-se que ao serem realizadas pesquisas com as equipes de saúde pode-se considerar que a jornada de trabalho extenuante nas Unidades de Terapia Intensiva (UTI), baseada em longas horas no hospital com equipes profissionais reduzidas em quantidade resulta na sobrecarga do trabalhador, levando à não efetivação dos princípios da humanização e contribuindo para o esquecimento da identidade e sentimentos dos pacientes uma vez que o enfoque prioriza somente a doença (MONGIOV et al., 2014).

Portanto, a fim de modificar esse cenário de jornada extenuante das equipes multiprofissionais, faz-se necessário a realização de mudanças com o intuito de transformar esse ambiente hostil das UTIs

em um local mais prazeroso para a realização das funções dos profissionais ali presentes, o que irá contribuir de forma positiva para a assistência oferecida à família do doente e ao prognóstico do mesmo (CHERNICHARO; SILVA; FERREIRA, 2014).

### **Grande rotatividade dos profissionais**

As equipes de saúde em UTIs não são fixas. Isso ocorre, por exemplo, por insatisfação do profissional, por redução de gastos do hospital, pela qualidade do cuidado prestado, pela capacitação do indivíduo para a instituição, pelo rodízio de residentes e pelo uso de escalas oscilantes. De uma maneira geral, não há consenso quanto a um índice aceitável, porém há autores que afirmam que a taxa de rotatividade gira na ordem de até 3%, mas que, mesmo aparentemente baixa, essa alternância impacta negativamente na interação médico-paciente e no prognóstico deste (MARTINS; MATOS; SALUM., 2019).

Diante disso, essa consequência negativa faz com que o relacionamento entre o profissional, o doente e sua família, que é de extrema importância, fique menos estreito e estável, uma vez que o paciente fica inseguro com a inserção de indivíduos desconhecidos para serem os novos protagonistas de seu processo de recuperação. Como consequência ocorre perda considerável dos vínculos de confiança e, logo, uma redução desmedida da adesão ao tratamento, o que retarda a saída do paciente desse ambiente hostil (TEIXEIRA, 2012).

A partir do momento em que há diminuição do vínculo, a implantação da humanização em cuidados de saúde fica ainda mais difícil de ser colocada em prática, já que, o contato entre os indivíduos e a troca de informações que este contato gera é fundamental para o desenvolvimento da empatia e da criação de medidas capazes de melhorar a situação do enfermo na unidade de terapia intensiva (MARTINS; MATOS; SALUM, 2019).

Além disso, um ambiente de UTI traz consigo constantemente um estresse sobre as pessoas que estão nele, principalmente nos indivíduos que trabalham em um local assim. Seria uma incoerência enfatizar a falta de cuidado humanizado para com os pacientes e seus familiares, enquanto os responsáveis por esse processo de humanização estão em condições de um estresse físico e mental extremo. Essas condições impossibilitam um cuidado humanizado, visto que para oferecer um serviço de qualidade, é necessário ter um ambiente de trabalho que reflita isso (SANCHES et al., 2016).

Os indivíduos que trabalham em Unidades de Tratamento Intensivo estão expostos a um nível superior de estresse, pois além de cuidar do paciente e de seus familiares, também tem que lidar com suas emoções e conflitos, impedindo os profissionais de exercerem um verdadeiro atendimento humanizado (RIOS, 2009).

Existem diversos fatores que podem salientar essa pressão física e mental nos profissionais da saúde, nos pacientes e nos familiares que lá estão, entre eles podemos destacar: a complexidade dos

cuidados que devem ser realizados, a carga emocional por ter que lidar com vida e morte constantemente, ruídos altos, luzes piscando constantemente e falta de acompanhamento psicológico para esses profissionais. Esse último fator é de suma importância, pois, na grande maioria das vezes, os trabalhadores da UTI estão inseridos em um cenário desgastante no qual seus pacientes morrem, mesmo depois de tudo o que eles fizeram, o que acaba por frustrar essas pessoas (SOUZA; FERREIRA, 2010).

## CONCLUSÃO

O cuidado humanizado é imprescindível a todas as vertentes de saúde, mas especialmente em unidades de cuidado intensivo, uma vez que há predominância de medo, incerteza e muita dor. Essa humanização se torna ferramenta principal para aproximação médico-paciente e para melhora do prognóstico do doente. Todavia, como discutido, existem inúmeros desafios que impedem a execução desse tipo de cuidado o que é um retrocesso na área da saúde quando se coloca a necessidade do outro como fator preponderante. Aplicar práticas de humanização, portanto, é fundamental e requer uma melhor formação de profissionais e uma maior predisposição tanto governamental quanto dos próprios hospitais em implantarem tais práticas e tornar o tratamento do paciente internado em UTIs o melhor possível.

## REFERÊNCIAS

ASSOCIAÇÃO DE MEDICINA INTENSIVA BRASILEIRA (AMIB). Humanização em cuidados intensivos. **Livraria e Editora Revinter Ltda.**, e.1, 2004.

BACKES, M.T.S. et al. O cuidado intensivo oferecido ao paciente no ambiente de Unidade de Terapia Intensiva. **Esc. Anna Nery**, vol. 16, n.4, p.689-696, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Humanização (PNH): documento base para gestores e trabalhadores do SUS. **Biblioteca Virtual de Saúde**, e. 1, 2013.

CHERNICHARO, I.M.; SILVA, F.D.; FERREIRA, M.A. Caracterização do termo humanização na assistência por profissionais de enfermagem. **Esc. Anna Nery**, v. 18, n. 1, p. 156-162, 2014.

EVANGELISTA, V.C. et al. Multidisciplinary team of intensive therapy: humanization and fragmentation of the work process. **Rev Bras Enferm**, v. 69, n. 6, p.1037-1044, 2016.

FARIAS, F.B.B. et al. Cuidado humanizado em UTI: Desafios na visão dos profissionais de saúde. **Journal of Research Fundamental Care on Line**, v. 5, n. 4, p.635-42, 2013.

FERREIRA, P.D; MENDES, T.N. Família em UTI: importância do suporte Psicológico diante da iminência de morte. **Rev. SBPH**, v. 16, n. 1, p. 88-112, 2013;

LUIZ, F.F.; CAREGNATO, R.C.A.; COSTA, M.R.. Humanização na Terapia Intensiva: percepção do familiar e do profissional de saúde. **Rev. Bras. Enferm**, v. 70, n. 5, p. 1040-1047, 2017.

- MACHADO, E.R.; SOARES, N.V. Humanização em UTI: sentidos e significados sob a ótica da equipe de saúde. *Revista de Enfermagem do Centro Oeste Mineiro*, v. 6, n. 3, p. 2342-2348, 2016.
- MARTINS, M.S.; MATOS, E.; SALUM, N.C. Rotatividade dos trabalhadores de enfermagem em uma unidade de emergência adulto. **Texto contexto - enferm.**, v. 28, e20160069, p.1-15, 2019.
- MEDEIROS, A.C et al. Comprehensiveness and humanization of nursing care management in the Intensive Care Unit. **Rev. esc. enferm. USP**, v. 50, n. 5, p. 816-822, 2016.
- MONGIOV, V.G. et al. Reflexões conceituais sobre humanização da saúde: concepção de enfermeiros de Unidades de terapia Intensiva. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 67, n. 2, p. 306-311, 2014.
- OLIVEIRA, N. E. S.; OLIVEIRA, L. M. A. C.; LUCCHESI, R.; ALVARENGA, G. C.; BRASIL, V. V. Humanização na teoria e na prática: a construção do agir de uma equipe de enfermeiros. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 15, n. 2, p. 334-343, 2013.
- PEREIRA, M.C.C et al. Saberes e práticas do enfermeiro na unidade de terapia intensiva. **Revista de enfermagem UFPE**, v. 13, n. 1, p.70-78, 2019.
- PINHO, L.B.; SANTOS, S.M.A. Dialética do cuidado humanizado na UTI: contradições entre o discurso e a prática profissional do enfermeiro. **Rev. esc. enferm. USP**, v. 42, n. 1, p. 66-72, 2008.
- RIOS, I.C. Humanização: a Essência da Ação Técnica e Ética nas Práticas de Saúde. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 33, n. 2, p. 253-261, 2009.
- RODRIGUEZ, A.C.; CALEGARI T. Humanização da assistência na unidade de terapia intensiva pediátrica: perspectiva da equipe de enfermagem. **Revista Mineira de Enfermagem**, v. 20, e. 933, p.1-8,2016.
- SANCHES, C.N. et al. Percepções de profissionais de saúde sobre a humanização em unidade de terapia intensiva adulto. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, v.20, n.1, p. 48-54, 2016.
- SANTOS, E.L. et al. Assistência Humanizada: Percepção do Enfermeiro Intensivista. **Revista Baiana de Enfermagem**, v. 32, p.68-76, 2018.
- SOUZA, K.M.O.; FERREIRA, S.D. Assistência humanizada em UTI neonatal: os sentidos e as limitações identificadas pelos profissionais de saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, p. 471-480, 2010.
- SOUZA, P.T.L. et al. Basic human needs in intensive care / Necessidades humanas básicas em terapia intensiva. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 4, p. 1011-1016, 2019.
- TEIXEIRA, D.A.V. Efeitos da rotatividade do profissional enfermeiro na Estratégia Saúde da Família. Universidade Federal de Minas Gerais. Faculdade de Medicina. **Núcleo de Educação em Saúde Coletiva**. Governador Valadares, 2012. 34f. Monografia (Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família).