

Humanização na teoria e na prática: a construção do agir de uma equipe de enfermeiros*Humanization in theory and in practice: the construction of a nursing team's work**Humanización en la teoría y la práctica: la construcción del accionar de un equipo de enfermeros*Nara Elizia Souza Oliveira¹, Lizete Malagoni Almeida Cavalcante Oliveira², Roselma Lucchese³,
Giane Cristina Alvarenga⁴, Virgínia Visconde Brasil⁵

¹ Enfermeira, Mestre em Enfermagem. Enfermeira da UTI Médica do Hospital das Clínicas (HC) da Universidade Federal de Goiás (UFG). Goiânia, GO, Brasil. E-mail: naraelizia@bol.com.br.

² Enfermeira, Doutora em Ciências da Saúde. Professora Associada da Faculdade de Enfermagem da UFG. Goiânia, GO, Brasil. E-mail: lizete@fen.ufg.br.

³ Enfermeira, Doutora em Ciências da Saúde. Professora Adjunto da UFG/Campus Catalão. Goiânia, GO, Brasil. E-mail: roselmalucchese@hotmail.com.

⁴ Enfermeira. Gerente de Enfermagem da UTI Médica do HC/UFG. Goiânia, GO, Brasil. E-mail: gianealvarenga@ig.com.br.

⁵ Enfermeira, Doutora em Ciências da Saúde. Professora Associada da Faculdade de Enfermagem da UFG. Goiânia, GO, Brasil. E-mail: virginia@fen.ufg.br.

RESUMO

Pesquisa descritiva exploratória de abordagem qualitativa, desenvolvida em uma Unidade de Terapia Intensiva (UTI) pública de Goiânia-GO, cujo objetivo foi descrever como o saber e o fazer (conceito e prática) humanização da assistência vêm sendo constituídos pelos enfermeiros desta UTI, que integram uma equipe em processo contínuo de formação e estudo científico. A coleta de dados ocorreu em 2011, com sete dos enfermeiros da UTI, por meio de entrevistas semiestruturadas gravadas, transcritas e categorizadas por análise de conteúdo, resultando nas categorias "O Conceito de humanização" e "O fazer no cotidiano da terapia intensiva". Os enfermeiros conhecem o conceito e sabem como realizar a prática humanizada mas ainda não aplicam esse conhecimento a todas as situações, atribuindo a responsabilidade por isso a fatores externos a si mesmos. É necessário identificar os pontos de estrangulamento nesse processo para ajudar no planejamento das intervenções necessárias para produzir mudanças efetivas no comportamento desses profissionais.

Descritores: Humanização da Assistência; Enfermagem; Unidade de Terapia Intensiva.

ABSTRACT

This descriptive, exploratory and qualitative study was developed at a public Intensive Care Unit (ICU) in Goiânia (Goiás, Brazil), with the objective to describe the concept and practice of care humanization developed by nurses of the referred ICU, who form a team undergoing a continuous process of development and scientific study. Data collection was performed in 2011, with seven nurses of the ICU, by means of taped semi-structured interviews, which were transcribed and categorized by content analysis, revealing the categories "The concept of humanization" and "Practice in the everyday intensive care routine". Nurses are familiar with the concept and know how to practice humanized care, but still do not apply that knowledge in every situation, assigning this to external factors. It is necessary to identify the bottlenecks of this process to help plan the interventions needed to produce effective changes in the behavior of these workers.

Descriptors: Humanization of Assistance; Nursing; Intensive Care Units.

RESUMEN

Investigación descriptiva, exploratoria, cualitativa, desarrollada en Unidad de Terapia Intensiva (UTI) pública de Goiânia-GO, objetivando describir el modo en que el saber y el hacer (concepto y práctica) humanización de la atención vienen constituyéndose en los enfermeros allí actuantes, que integran un equipo en proceso continuo de formación y estudio científico. Datos recolectados en 2011, con siete enfermeros de la UTI mediante entrevistas semiestructuradas grabadas, transcritas y categorizadas por análisis de contenido, en las categorías: "El concepto de humanización" y "El quehacer cotidiano en Terapia Intensiva". Los enfermeros conocen el concepto y saben cómo realizar la práctica humanizada, pero no aplican tal conocimiento a todas las situaciones, atribuyendo la responsabilidad por ello a factores externos a sí mismos. Es necesario identificar los cuellos de botella en dicho proceso para ayudar en la planificación de las intervenciones necesarias, para generar cambios efectivos en el comportamiento de tales profesionales.

Descriptor: Humanización de la Atención; Enfermería; Unidades de Cuidados Intensivos.

INTRODUÇÃO

A unidade de terapia intensiva (UTI) é considerada um dos setores hospitalares que mais mobilizam sentimentos de angústia e medo, tanto no paciente quanto em seus familiares, por destinar-se ao cuidado de pacientes gravemente enfermos⁽¹⁾. A gravidade do estado clínico dos pacientes que impõe a realização frequente de procedimentos técnicos de alta complexidade favorece a mecanização e despersonalização do cuidado prestado. A rotina diária de trabalho nestas unidades contribui para a supervalorização da tecnologia em detrimento do aspecto humano da assistência, a ponto de alguns autores considerarem que os profissionais de saúde que atuam em UTI tendem a ver o paciente mais como um prolongamento do aparato tecnológico do que como um ser humano, deixando de lado sua essência, se desumanizando⁽²⁻⁴⁾.

Na tentativa de reverter esse quadro, estudos destacam a necessidade de recuperar a essência do cuidado humanizado, que deve considerar os aspectos biopsicossocioespíritual e a individualidade do ser cuidado^(2,5-6). Lidar com os limites entre a vida e a morte, a tensão, o desconhecimento, o medo e o desespero, seja no papel de pacientes, familiares ou mesmo interlocutores profissionais destas UTI(s), exige mais do que tecnologia avançada, medicamentos de última geração e recursos humanos tecnicamente capacitados. Demanda, sim, atenção, carinho, compreensão, diálogo, conforto, compromisso e respeito com a vida e com aqueles que a perdem, bem como com aqueles que perderam ou estão perdendo seus entes queridos⁽⁷⁾.

A UTI vem mudando gradativamente o seu enfoque, até então predominantemente "tecnicista" (paciente-doença), para uma abordagem mais "humanista" (paciente-pessoa), denotando que os profissionais que nela atuam estão mais conscientes de que a excelência técnica isoladamente, embora necessária, não é suficiente para alcançar a recuperação do paciente crítico considerando sua plenitude biopsicossocial⁽⁸⁾. Em meio a várias publicações sobre os limites e avanços na atenção humanizada em UTI⁽²⁻⁶⁾, esse estudo focaliza a equipe de enfermagem de uma UTI localizada em um hospital escola que, entre 2002 e 2006, foi cenário para três investigações científicas sobre humanização da assistência^(6,9-10). Considerando que os autores dessas pesquisas tiveram a preocupação de informar a equipe

profissional sobre os resultados obtidos e sugerir intervenções para ajudar a melhorar a realidade local, o interesse do presente estudo foi saber "Como os enfermeiros dessa UTI estão conduzindo o processo de humanização da assistência na unidade?".

Os resultados dos estudos anteriormente realizados indicaram a necessidade de mudança na filosofia de trabalho da unidade e de maior investimento na capacitação da equipe de enfermagem para realização da assistência humanizada. Apesar disso, as iniciativas nesse sentido foram principalmente individuais, partindo dos próprios enfermeiros e da gerência de enfermagem do serviço, sem participação direta dos gestores da instituição.

Da parte da Gerência de Enfermagem da unidade, foram empreendidas benfeitorias relacionadas à humanização do ambiente, tais como: abertura de duas janelas para o exterior, colocação de quadros e relógios nas paredes das enfermarias, inclusão de mais um horário para visita aos pacientes, fixação de um pôster na entrada da unidade com informações sobre as características da UTI e criação de um folheto com orientações sobre a unidade e regras para a visita, entregue aos familiares no ato da admissão do paciente na unidade. Entretanto, em relação à qualificação dos profissionais para a assistência humanizada, o que predomina são esforços pessoais de enfermeiros e técnicos de enfermagem para melhorar sua formação geral, participando de eventos científicos e cursos de atualização / aperfeiçoamento ou concluindo sua graduação e ou pós-graduação *lato* e *stricto sensu*. Por parte da Gerência de Enfermagem e da administração do hospital, o investimento tem sido apenas no sentido de flexibilizar a escala desses funcionários.

Diante do exposto, este estudo teve o objetivo de descrever como o saber (o conceito) e o fazer (a prática) humanização da assistência vem sendo constituídos pelos enfermeiros desta UTI, considerando que eles integram uma equipe em processo contínuo de formação e estudo científico. Os resultados dessa investigação serão relevantes para identificar as potencialidades e limitações do processo de humanização da assistência na UTI, analisando a distância entre a concepção teórica e a prática efetivada pelos enfermeiros, além de nortear o planejamento de ações futuras para o gerenciamento da assistência humanizada.

MÉTODO

Estudo descritivo, exploratório, de abordagem qualitativa, desenvolvido na UTI clínica de um hospital público do município de Goiânia, em 2011. Essa UTI é destinada ao atendimento de pacientes adultos nas diversas especialidades clínicas e possui seis leitos, sendo cinco em área comum e um em quarto privativo, para isolamento. A equipe de enfermagem é composta por oito enfermeiros (dos quais um é autor deste estudo e não participou como sujeito) e 23 técnicos de enfermagem, que trabalham em regime de plantões diurnos de seis e doze horas e plantão noturno de 12 horas, com carga horária semanal de 30 horas.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa Humana e Animal da instituição, sob o protocolo nº 197/2010. Foram sujeitos do estudo sete enfermeiros que atenderam aos critérios de inclusão de estar lotado na unidade há pelo menos 10 anos (período em que ocorreu a maioria dos processos de formação permanente e pesquisas sobre humanização da assistência) e não estar afastado do serviço por qualquer motivo à época da coleta de dados. A participação na pesquisa foi voluntária, não associada a qualquer benefício e vinculada à assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

A coleta de dados foi realizada em abril e junho de 2011, por meio de entrevistas individuais semiestruturadas guiadas por um roteiro contendo perguntas fechadas e abertas e organizadas em duas partes, para atender os objetivos do estudo. A primeira parte incluía as variáveis de identificação dos sujeitos, enquanto a segunda continha questões relativas aos conceitos de humanização da assistência e exemplos de situações de sua prática em que eles julgavam ter havido uma assistência humanizada.

As entrevistas, previamente agendadas para atender aos interesses dos sujeitos, foram realizadas em seu local de trabalho, tendo sido gravadas em mídia digital e posteriormente transcritas pela própria pesquisadora para possibilitar a análise.

Os dados coletados foram organizados com auxílio do *software Atlas.ti* - versão 6.0 e o processo de análise foi conduzido pelas etapas da análise de conteúdo⁽¹¹⁾ para a sua categorização. Ao final, emergiram duas categorias dos discursos: "O Conceito de Humanização" e "A Humanização no Cotidiano da UTI", que representam a

concepção dos sujeitos sobre o tema e a aplicação ou não dessa concepção na prática dos enfermeiros. Na apresentação das categorias, trechos dos depoimentos são usados para ilustrar a discussão e facilitar sua apreensão pelo leitor. Os profissionais entrevistados foram codificados com a letra "E" seguida de um número de um a sete para garantir o seu anonimato.

RESULTADOS

Os sujeitos do estudo foram predominantemente mulheres (85,71%), com idade entre 40 e 45 anos (57,14%), quatro eram Especialistas em Terapia Intensiva e dois ainda tinham, além da Especialização, o título de Mestre, sendo um em Enfermagem e outro fora da área de saúde. Quanto ao tempo de atuação na enfermagem, cinco enfermeiros (71,42%) possuem 15 a 20 anos, um tem menos de 15 e outro mais de 20 anos. Dois profissionais (28,58%) trabalham em terapia intensiva e, mais especificamente, na unidade investigada, há menos de 15 anos, enquanto os outros cinco (71,42%) possuem entre 15 e 20 anos de atuação tanto na área como no campo de estudo.

Seis enfermeiros (85,71%) possuem outro vínculo empregatício, sendo que quatro (66,67%) deles exercem função assistencial em outro hospital e dois (33,33%) atuam na docência. Embora a jornada semanal de trabalho dos enfermeiros na unidade pesquisada seja de 30 horas, somando a carga horária realizada no(s) outro(s) emprego(s), essa carga horária totaliza 50 a 80 horas de trabalho por semana para esses profissionais.

O conceito de humanização

Ao emitir seu conceito sobre humanização, os enfermeiros enfatizaram basicamente três aspectos. Um deles foi a íntima associação entre humanização da assistência e cuidado holístico, integral, voltado para as várias dimensões subjetivas que compõem o ser humano e que devem ser respeitadas. Outro, foi a empatia, ou seja, a capacidade de se colocar no lugar do paciente, que o profissional precisa exercitar para apreender os sentimentos e sensações do outro e, a partir daí, escolher a melhor forma de assisti-lo. O terceiro aspecto refere-se à necessidade de o profissional investir na relação com o paciente e família, oferecendo as informações necessárias e demonstrando paciência, atenção e carinho na interação com eles.

A visão do homem como ser não fragmentado e a necessidade de uma assistência de enfermagem voltada para o seu atendimento de forma integral permeiam muitos dos conceitos apresentados. Em seus discursos, os entrevistados deixam clara a concepção do cuidado integral como princípio básico para uma assistência humanizada:

(...) enxergar o outro com uma visão holística. (...) Assistir o paciente de uma maneira que envolva o indivíduo como um todo, com seu lado (...) físico, emocional, social, religioso, espiritual. Todas essas esferas que compõem, na realidade, o ser humano. (E6)

Cuidados voltados para a verdadeira essência do ser. (E2)

Uma participante do estudo lembrou, ainda, que a integralidade do cuidado não deve ser restrita ao paciente, mas estendida também ao atendimento de sua família, já que, tanto quanto o paciente, ela geralmente encontra-se fragilizada e necessitando de assistência integral em todas as suas necessidades:

Prestar uma assistência que englobe o cuidado integral, que vai desde os aspectos biopsicológicos, sociais, emocionais e espirituais não só do paciente, mas também da sua família e até da comunidade desse paciente. (E3)

Alguns enfermeiros foram incisivos quanto à exigência de saber se colocar no lugar do outro para conseguir humanizar a assistência prestada, oferecendo cuidados voltados para as reais necessidades e de acordo com as expectativas do paciente:

(...) é um ser humano que está ali (...) e eu me vejo ali. Eu vejo meu pai, vejo minha família e acho que um dia pode ser qualquer um de nós que pode estar ali. (E3)

É fazer com o outro aquilo que você espera que outros façam por você. Quer dizer, na assistência do paciente, da família, dos colegas, tudo! (E4)

O terceiro aspecto apontado pelos sujeitos como relacionado ao conceito de humanização foi o bom relacionamento com o paciente e família, demonstrando habilidade para ouvir e conversar, orientar e esclarecer suas dúvidas. Na opinião dos enfermeiros, quando bem estabelecida, essa relação traz segurança, conforto e,

consequentemente, um atendimento mais humano, pois ajuda a reduzir sua ansiedade e o temor do desconhecido:

É a maneira como você aborda, a maneira como você fala com a pessoa, (...) ou que você dá oportunidade pra ela se expressar. É você ser honesto, dividir com ela as decisões que envolvem o tratamento dela. (E6)

É interagir com o doente, (...) saber o que ele está sentindo e tentar solucionar pra ele (...) Eu acho que tem que tentar conversar, (...) de maneira que ele não se sinta tão agredido. (E7)

A humanização no cotidiano da UTI

Ao citarem exemplos da aplicação do conceito de humanização na sua prática profissional, os enfermeiros evidenciaram que alguns aspectos relacionados a esse conceito são aplicados algumas vezes no desempenho de alguns profissionais da equipe, mas isso não pode ser generalizado, sendo que um dos relatos revela uma contradição entre o dito e o feito:

Eu parei e fiz uma oração por ele, porque era uma necessidade naquele momento e se ele chegou a externalizar, a pedir, é porque era importante! (E6)

(...) tem paciente que está na UTI há mais de um mês e sente o cheiro do café e pede um pouquinho. A gente conversa com o médico e, se ele não tiver nada contra, dá um pouquinho de café pra ele e ele fica tão alegre com isso! (...) é uma questão mesmo de ser humano, porque a gente também ia sentir falta do café, ter vontade... (E4)

... na admissão do paciente (...), eu acho primordial conversar com a família, esclarecer, tentar tranquilizar (...), receber bem o paciente, explicar, (...) e acho que eu gostaria de ser bem recebida, porque tudo que é desconhecido nos causa medo. Então, eu tento aliviar essa situação. (E7)

(...) peguei na mão dela e falei 'Fica tranquila' e fui conversando com ela... E eu percebi que a expressão dela de susto, passou para uma expressão tranquila. (...) Quando a gente chega perto do paciente ou do acompanhante e a gente conversa e olha nos olhos, a gente ajuda. (E5)

*Eu brinco muito com os doentes, eu converso muito com eles **quando eles estão extubados** [grifo nosso]... Então, a gente faz brincadeiras tentando animar, levantar mais o estado do doente. (E1)*

Os relatos dos enfermeiros também apontam a

necessidade de aproximação da família para a efetiva humanização da assistência ao paciente. Eles entendem que estar junto dos familiares neste momento é uma necessidade básica do paciente a ser atendida. Embora a família seja vista como um fator terapêutico, auxiliando na coleta de informações importantes sobre o paciente, em outros momentos ela é considerada empecilho para o trabalho dos profissionais; sua presença na UTI fora dos horários de visita pode dificultar o desempenho da equipe de enfermagem:

... visita nos dois horários (...) é um tipo de humanização da assistência. (...) Às vezes é necessário que entre um familiar para visita fora do horário... Eu acho que é um momento de assistência humanizada! (E3)

(...) essa humanização fora do horário de visita? Eu acredito que não, porque (...) atrapalharia o desenvolvimento do trabalho dos profissionais da UTI. (E1)

(...) é difícil pra gente ter a mãe ali [com o paciente], sabendo que tem que fazer algumas coisas e que a mãe está estressada, está nervosa... Mas era a chance dela ficar com o filho e foi o que aconteceu: de madrugada, o menino morreu aqui. (E4)

Apesar do reconhecimento de que a humanização da assistência é urgente e necessária, os enfermeiros afirmaram que o cuidado desumanizado ainda é frequente na unidade. Alguns relatam comportamentos incompatíveis com a humanização da assistência, mas que costumam ser adotados com naturalidade pelos profissionais que acreditam estar apenas fazendo cumprir a rotina da unidade:

Tem hora que a gente se pega agindo de forma mecânica... Na hora do banho, às vezes eu não estou lá e as meninas não se preocupam muito. Na hora que eu chego perto, elas se lembram do biombo: 'Ops! Pega lá o biombo'. Levam na brincadeira, mas acabam colocando. (...) A nutricionista tinha liberado para que a mãe trouxesse alimentação para ela e a mãe estava chateada porque a médica da tarde não permitiu e ainda deu uma bronca nela! (E3)

(...) Eu peguei uma bacia fui fazer o curativo naquele pé ferido... Lavei, lavei, lavei aquele pé e aquela coisa toda... No final, ela [a paciente], muito agradecida, falou: 'Ninguém nunca lavou os meus pés!'. (...) Eu estava fazendo aquilo ali, assim, como algo que é mecânico pra nós, mas pra

ela, aquilo foi muito importante! (E6)

DISCUSSÃO

As características dos sujeitos que participaram do estudo quanto à idade, qualificação profissional e tempo de atuação na profissão e em UTI, revelam um grupo de enfermeiros experientes e profissionalmente bem qualificados, que conhecem bem as rotinas e cuidados oferecidos na unidade. Esta caracterização valoriza suas opiniões como procedentes de profissionais com experiência em cuidados de alta complexidade e que já exerciam suas atividades antes de surgir o movimento pela humanização da assistência hospitalar.

Por outro lado, observa-se também um alto índice de duplo e até triplo vínculo empregatício entre os profissionais de enfermagem, provavelmente em função dos baixos salários recebidos. Entretanto, isso lhes impõe uma jornada de trabalho semanal extenuante, que atinge tanto a sua saúde como a qualidade do seu desempenho profissional. Esse fenômeno se opõe a todos os esforços para humanizar a atenção oferecida na unidade, uma vez que a literatura defende a necessidade de adequar o número de profissionais à demanda de trabalho na unidade para não desgastar o pessoal e gerar a insatisfação dos usuários e dos próprios trabalhadores⁽¹²⁾. O déficit de profissionais, sobretudo na enfermagem, interfere diretamente na qualidade do cuidado oferecido⁽¹³⁾.

Os conceitos apresentados pelos enfermeiros para a humanização da assistência envolveram basicamente três aspectos: a integralidade do cuidado e a empatia, que também foram citados por enfermeiros que participaram de outro estudo⁽¹⁴⁾, e a relação enfermeiro-paciente-família. Embora nem todos os aspectos tenham sido citados por todos os sujeitos, seus depoimentos indicam que, de modo geral, eles têm conhecimento teórico sobre o tema. Ademais, as diferentes percepções que os sujeitos relataram sobre o tema, confirmam que esta variedade de sentidos possa ser consequência da não definição do termo humanização na proposta do Ministério da Saúde (BR) para a Política Nacional de Humanização (PNH), onde ele é apenas relacionado à melhoria da qualidade da assistência e da comunicação entre os agentes envolvidos⁽¹⁴⁻¹⁵⁾. Esse caráter polissêmico do termo humanização produz acepções variadas e até divergentes, mas não se deve perder de

vista o sentido que esse conceito deve assumir em termos de favorecer a realização de ações humanizadoras⁽¹⁶⁾.

Para a enfermagem, a humanização relaciona-se ao cuidado e, embora o cuidado de enfermagem possa ter diferentes dimensões, isso não inviabiliza o entendimento de que ele é humano, mesmo quando usamos tecnologias e máquinas para cuidar⁽⁴⁾. Apesar de cada enfermeiro estudado ter apresentado um ou outro aspecto diferente para conceituar humanização, todos são relacionados ao tema. Esse fato deve ser considerado positivamente, uma vez que é impensável que um ser humano seja tratado de forma diferente daquela condizente a sua natureza, ou seja, usando da nossa humanidade para cuidar da humanidade do outro⁽¹⁷⁾.

Outro ponto fundamental para a humanização da assistência e bem lembrado por alguns enfermeiros nessa investigação é que o cuidado integral não deve ser restrito ao paciente, estendendo-se também a sua família, que, como um prolongamento dele, encontra-se igualmente fragilizada e precisando de atendimento integral as suas necessidades. Mas, embora reconheçam teoricamente a importância da presença da família junto ao paciente, na prática, os enfermeiros ainda a veem como entrave para o bom andamento da rotina de trabalho dentro da unidade. Soma-se a isso a ausência de condições mínimas de conforto para os familiares na UTI, como cadeiras para visitantes, contribuindo para a concepção equivocada de que a família deve ser mantida fora da unidade.

Entretanto, o reconhecimento da família como fator terapêutico para o paciente e como potencial cliente da enfermagem é essencial para qualificar o atendimento profissional. É impossível humanizar o atendimento na UTI excluindo a família do paciente; ela precisa ser incluída no plano de cuidados como um dos alvos da atenção profissional, reconhecendo sua subjetividade e sua importância no tratamento do paciente^(1,10).

O cuidado humanizado em UTI é muito mais do que permitir ou não a presença da família dentro da unidade. Um aspecto referido pelos sujeitos nesse estudo e que não deve ser esquecido é que humanização da assistência implica em habilidade do profissional para se relacionar com pacientes e familiares. Não é raro que esse relacionamento seja marcado pelo autoritarismo advindo do domínio de um saber específico pelo profissional, em que as ações voltadas para a família são vistas como mera

formalidade⁽¹⁾.

No entanto, a instituição precoce de uma relação de confiança e de ajuda auxilia na identificação e atendimento das reais necessidades dos familiares para que possam compreender, aceitar, e enfrentar essa nova realidade, beneficiando tanto a eles mesmos como ao paciente. O ato de ouvir, conversar e se relacionar com pacientes e familiares foi visto pelos sujeitos do estudo como forma de humanizar a assistência. Em sua opinião, se bem estabelecida, essa relação contribuirá para um atendimento mais humano, que proporcione segurança e conforto e reduza a ansiedade e o medo do desconhecido⁽¹⁸⁻¹⁹⁾.

Uma boa relação com o usuário é indispensável ao profissional de enfermagem que deseja humanizar sua assistência⁽¹²⁾. Nesta relação, o enfermeiro precisa usar os princípios da comunicação terapêutica, elemento essencial do cuidado de enfermagem e que deve estar presente em todas as ações do profissional, como instrumento para o atendimento das necessidades de pacientes e familiares. No processo de comunicação, o enfermeiro tem a possibilidade de identificar as necessidades dos clientes, oferecer as informações desejadas, promover educação em saúde e facilitar a interação com outros pacientes/familiares e com a equipe multiprofissional para o compartilhamento de experiências⁽¹⁹⁾.

A comunicação é o elo da tríade enfermeiro-paciente-família e sua ineficiência é a principal dificultadora no processo de humanização do cuidado. Por outro lado, seu sucesso traduz-se em sentimentos de segurança, confiança e conforto para paciente e familiares⁽²⁰⁾. Vale ressaltar que, pelo fato de a maioria dos pacientes internados em UTI estarem intubados/traqueostomizados, a comunicação não-verbal assume um papel relevante. Assim, ao invés de usar a incapacidade de comunicação verbal como condição que dispensa a comunicação, o enfermeiro precisa desenvolver estratégias efetivas que facilitem o processo de comunicação com esses pacientes.

A interação enfermeiro-paciente não pode se restringir a pacientes capazes de se comunicar verbalmente, como referido por um sujeito nessa pesquisa, que afirmou conversar muito com seus pacientes "quando eles estão extubados". A perda ou a incapacidade momentânea de usar a comunicação verbal

não faz o paciente perder sua humanidade; ele pode ficar em desvantagem, mas não perde sua condição de pessoa⁽²¹⁾.

O uso da comunicação (verbal e não verbal) como instrumento de cuidado, especialmente no contexto da terapia intensiva, estimula a reação do paciente, podendo ajudá-lo a superar problemas, a relacionar-se com os demais e a ajustar-se ao que, muitas vezes, não pode ser mudado⁽¹⁸⁾. O cuidado precisa considerar a necessidade de comunicação do paciente para o exercício de uma prática assistencial humanizada⁽¹⁹⁾.

Só é possível falar em cuidado humanizado quando o profissional de saúde se sente responsável pela satisfação das necessidades de saúde dos usuários do serviço.

Neste sentido, é útil ao enfermeiro tentar enxergar seus pacientes como sujeitos que trazem consigo uma história, uma identidade e não apenas como meros objetos do cuidar, uma extensão dos equipamentos da unidade. Como referido pelos sujeitos desse estudo, é necessário que o enfermeiro desenvolva a habilidade de “se colocar no lugar do outro” para ser capaz de sentir, avaliar e escolher como gostaria de ser tratado se estivesse naquela situação. Essa atitude possibilita um cuidado pautado no respeito pela autonomia e dignidade do paciente^(6,14). Visualizar o cuidado do ponto de vista de quem o recebe favorece a sensibilização do profissional, que passa a enxergar o paciente através da sua individualidade e subjetividade, tratando-o com atenção e consideração, condição essencial para assisti-lo de modo integral e humanizado.

Vale salientar que esses dados revelam algumas semelhanças com os resultados de outro estudo realizado com essa mesma equipe⁽⁶⁾ sobre o significado cultural do cuidado humanizado, mostrando que os sujeitos ainda estavam tentando entender a humanização sob o ponto de vista do paciente, mas conscientes da necessidade de prestar cuidado integral tanto ao paciente quanto aos seus familiares. No tocante ao relacionamento dessa equipe de profissionais com os familiares de pacientes internados, a pesquisa revelou que, apesar de representar uma contradição entre o dito e o feito, esse comportamento talvez possa ser explicado como mecanismo de defesa dos profissionais em função do estresse pela sobrecarga de trabalho. Outros autores⁽⁹⁻¹⁰⁾ também consideraram que o relacionamento da equipe

com familiares era assistemático e baseado nas necessidades que a equipe julgava existirem e, assim, estava longe do ideal para humanização.

Não obstante, ao descreverem seu modo de atuação profissional, os sujeitos mostraram empreender esforços para aplicar seus preceitos teóricos sobre cuidado humanizado no exercício da profissão. Observa-se, em seus relatos, empenho do profissional em dar algum conforto ao paciente usando o toque durante o cuidado, atendendo pedidos pouco convencionais, mas que se mostravam imperativos para o paciente no momento, e até flexibilizando as regras sobre visita e permanência de familiares na unidade. Esses aspectos demonstram melhoria na atuação desses profissionais em relação à que foi evidenciada em estudo anterior⁽⁶⁾, que demonstrou uma franca contradição entre o falado e o vivido. Por outro lado, os próprios enfermeiros reconhecem que a assistência humanizada ainda não é uma constante no trabalho da equipe, ficando mais na dependência do querer e da boa vontade de cada um.

A prevalência da desumanização ou descuidado sinaliza uma cristalização das emoções dos profissionais. Nestas situações, o enfermeiro não vê o paciente como ser humano e sim como complemento de sua rotina de trabalho, despersonalizando-o. Isso pode ser influência do modelo biomédico usado na sua formação acadêmica, o qual preconiza um cuidado voltado basicamente para os aspectos curativos, com uma visão tecnicista e compartimentada do ser humano. Demonstra, também, a dificuldade desses profissionais em romper com os padrões culturais estabelecidos e partilhados no campo da saúde⁽⁶⁾.

Ao centrar sua atenção no uso de tecnologias duras (máquinas e outros aparatos tecnológicos) para o cuidado de pacientes críticos, a equipe de enfermagem apresenta dificuldade para controlar outras situações que expõem os clientes a condições tidas como desumanas⁽⁴⁾. Os profissionais se esforçam para aperfeiçoar seus conhecimentos sobre o manejo dos equipamentos e realização de procedimentos técnicos complexos, mas lhes falta preparo para cuidar. É por isso que a enfermagem deve trabalhar em conjunto com a tecnologia, mas não viver para ela⁽²¹⁾.

Por outro lado, é preciso considerar que a humanização em saúde vai além das modificações nos modos de cuidar. Ela envolve também a gestão do

trabalho, implicando na valorização dos trabalhadores da saúde, na adequação da estrutura física do serviço e da organização das instituições. Isto significa melhorar os espaços destinados à equipe e aos pacientes e familiares, fornecer informações compreensíveis e adequadas, rever certas normas e rotinas⁽¹⁴⁾.

A humanização da assistência exige esforço, concentração e compromisso tanto dos trabalhadores quanto dos gestores. Oferecer cuidado humanizado não exige mais recursos financeiros, mas impõe o redirecionamento do modo de gerenciar esses recursos, priorizando as modificações na ambiência necessárias para dar uma atenção personalizada aos usuários, bem como adequando o quantitativo de pessoal à demanda da clientela, para não impor sobrecarga de trabalho à equipe e comprometer a qualidade do atendimento⁽²¹⁾. Além disso, é importante investir na qualificação dos profissionais como condição imprescindível para a concretização da assistência humanizada, pois quando ela não faz parte da filosofia do serviço, isto é, se ela não é incentivada pelos gestores e administradores, torna-se um empecilho a mais para a efetivação do cuidado humanizado⁽²²⁾. As atividades de atualização e aperfeiçoamento permitem ao profissional o conhecimento de novas estratégias de trabalho e de relacionamento interpessoal, abrindo caminhos para a melhoria da qualidade do atendimento.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com base nos resultados apresentados, observa-se que, em termos de assistência humanizada ao paciente, embora haja momentos em que se evidencia uma contradição entre o real e o ideal, em outros fica claro o esforço dos enfermeiros para aplicar os conceitos teóricos em sua prática, demonstrando evolução no agir humanizado desses profissionais em comparação aos resultados obtidos nos estudos anteriores realizados com a mesma equipe.

Entretanto, o mesmo não acontece em relação à assistência dispensada à família dos pacientes. A interação com os familiares permanece superficial e ineficaz, ficando restrita as orientações no momento da admissão do paciente. Embora seja reconhecida como importante fonte de suporte para o tratamento e recuperação do paciente, a presença da família dentro da unidade, muitas vezes, é considerada empecilho ao bom

andamento do trabalho dos profissionais, evidenciando contradição entre sua concepção teórica e sua atuação prática.

De algum modo, pode-se considerar que os investimentos feitos nessa equipe, mesmo limitados, já rendem bons frutos. Considerando as melhorias no ambiente e o resultado das pesquisas anteriores, observa-se uma certa evolução na construção de um conceito teórico sobre humanização da assistência em direção ao desejável; porém, os profissionais ainda não conseguiram tornar reais suas concepções teóricas, isto é, ainda não houve uma transformação integral do atendimento oferecido. Esse fato indica necessidade de mudar o foco da atenção de administradores e gestores do serviço, voltando seus esforços para a busca de estratégias que incentivem a mudança de atitude pessoal dos profissionais. Eles precisam se conscientizar que de nada adianta a adequação da estrutura física e a melhoria do ambiente, se as pessoas que ali trabalham não estiverem esclarecidas e convencidas sobre a necessidade de modificar seu modo de intervenção.

Nesse sentido, os enfermeiros investigados demonstraram que, apesar de não terem recebido nenhum investimento da instituição diretamente em sua formação e preparo específicos para a humanização da assistência, ao longo dos anos eles têm se empenhado pessoalmente em sua qualificação profissional, por meio de cursos *lato* e *stricto sensu*. Essa qualificação, juntamente com a reflexão provocada pelos estudos produzidos a partir das pesquisas científicas realizadas nessa equipe, de algum modo, parecem ter contribuído para uma melhoria na atitude desses profissionais, que já apresentam certa coerência entre o que dizem ser o cuidado humanizado e o que fazem/tentam fazer. Porém, essa não é uma realidade constante e nem abrangente, pois eles mesmos relataram que ainda há uma mecanização das ações em virtude de fatores e características inerentes ao contexto da UTI, que dificultam a realização de uma prática humanizada.

Apesar de cada sujeito ter referido perceber sua prática como humanizada, houve relatos de descuidados ocorridos dentro da unidade, evidenciando que essa ainda não é uma prática comum a todos os membros da equipe. Por outro lado, pode ser que mesmo quem considera que atua de modo humanizado já tenha sido percebido por outro colega como protagonista de uma ação de

descuidado. Os próprios enfermeiros reconheceram que, embora procurem prestar uma assistência humanizada, algumas vezes se veem oferecendo cuidado de modo mecanizado, sem perceber o paciente como ser humano.

De qualquer modo, vale lembrar que quem pode melhor avaliar se a assistência oferecida pode ou não ser qualificada como humanizada é quem a recebe. Assim, a não confrontação da visão dos enfermeiros com a de quem recebe o cuidado pode ser vista como uma limitação deste estudo, devendo ser objeto de investigações futuras para elucidar esse aspecto.

Outro ponto que merece destaque refere-se à inércia da instituição e seus gestores diante dos resultados dos estudos já realizados e cujos resultados apontam claramente para a necessidade de capacitação dos profissionais para o atendimento humanizado. É fato conhecido que a humanização da assistência depende das atitudes internas de cada um, mas também e principalmente do investimento da instituição no capital humano, no sentido de oferecer adequadas condições

laborais aos profissionais para que eles possam se sentir valorizados e, assim, motivados para o trabalho.

É necessário investigar mais profundamente que aspectos devem ser trabalhados e quais as estratégias mais apropriadas para motivar os enfermeiros a melhorar seu desempenho no que se refere à humanização da assistência. Os resultados desse estudo indicam que eles sabem o que é assistência humanizada e como ela deve ser feita. Falta identificar porque ela ainda não acontece rotineiramente em sua prática na unidade. Estudos futuros podem ser úteis para identificar os pontos de estrangulamento nesse processo e ajudar no planejamento das intervenções necessárias para produzir mudanças efetivas no comportamento desses profissionais. Além disso, fornecendo uma visão crítica da realidade vivenciada na UTI, eles podem oferecer subsídios para a reflexão dos enfermeiros sobre sua prática, de modo a possibilitar a adoção de novos valores, atitudes e comportamentos condizentes com uma assistência humanizada não só a pacientes, mas também a seus familiares.

REFERÊNCIAS

- Fernandes HS, Silva E, Capone Neto A, Pimenta LA, Knobel E. Gestão em terapia intensiva: conceitos e inovações. *Rev. Soc. Bras. Clín. Méd* [Internet]. 2011 [acesso em: 30 jun 2013];9(2):129-37. Disponível em: <http://files.bvs.br/upload/S/1679-1010/2011/v9n2/a1829.pdf>.
- Camponogara S, Santos TM, Seiffert MA, Alves CN. O cuidado humanizado em unidade de terapia intensiva: uma revisão bibliográfica. *R. Enferm. UFSM* [Internet]. 2011 [acesso em: 30 jun 2013];1(1):124-32. Available from: <http://cascavel.ufsm.br/revistas/ojs-2.2.2/index.php/reufsm/article/view/2237>.
- Sá Neto JA, Rodrigues BMRD. Tecnologia como fundamento do cuidar em Neonatologia. *Texto Contexto Enferm* [Internet]. 2010 [acesso em: 30 jun 2013];19(2):372-7. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072010000200020>.
- Silva RCL, Porto IS, Figueiredo NMA. Reflexões acerca da assistência de enfermagem e o discurso de humanização em terapia intensiva. *Esc. Anna Nery* [Internet]. 2008 [acesso em: 30 jun 2013];12(1):156-9. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-81452008000100024>.
- Silva GF, Sanches PG, Carvalho MDB. Refletindo sobre o cuidado de enfermagem em unidade de terapia intensiva. *Reme: Rev. Min. Enferm.* [Internet]. 2007 [acesso em: 30 jun 2013];11(1):94-8. Disponível em: <http://www.revenf.bvs.br/pdf/remef/v11n1/v11n1a17.pdf>.
- Vila VSC, Rossi LA. O significado cultural do cuidado humanizado em unidade de terapia intensiva: muito falado e pouco vivido. *Rev Lat Am Enfermagem* [Internet]. 2002 [acesso em: 30 jun 2013];10(2):137-44. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692002000200003>.
- Portaria nº 1.071, de 04 de julho de 2005 (BR). Determina que a Secretaria de Atenção à Saúde submeta à Consulta Pública a minuta da Política Nacional de Atenção ao Paciente Crítico [acesso em: 30 jun 2013]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/qm/2005/prt1071_04_07_2005.html.
- Silva MJP, Araújo MMT, Puggina ACG. Humanização em UTI. In: Padilha KG, Vattimo MFM, Silva SC, Kimura M, editors. *Enfermagem em UTI: cuidando do paciente crítico*. Barueri: Manole; 2010. p. 1324-66.
- Barbosa EMA, Brasil VV. Boletim Informativo em UTI: percepção de familiares e profissionais de saúde. *Rev. Eletr. Enf.* [Internet]. 2007 [acesso em: 30 jun 2013];9(2):315-28. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v9/n2/v9n2a03.htm>.
- Oliveira LMAC. O acolhimento de familiares de pacientes internados em UTI: a tecnologia de grupo como estratégia para o cuidado de enfermagem [thesis]. Brasília: Universidade de Brasília; 2006.
- Bardin L. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70; 2008.
- Barros SDOL, Queiroz JC, Melo RM. Cuidando e humanizando: entraves que dificultam esta prática. *Rev. enferm. UERJ* [Internet]. 2010 [acesso em: 30 jun 2013];18(4):598-603. Disponível em: <http://www.facenf.uerj.br/v18n4/v18n4a16.pdf>.
- Souza KMO, Ferreira SD. Assistência humanizada em UTI neonatal: os sentidos e as limitações identificadas pelos profissionais de saúde. *Cien Saude Colet* [Internet]. 2010 [acesso em: 30 jun 2013];15(2):471-80. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232010000200024>.
- Costa SC, Figueiredo MRB, Schaurich D. Humanização em unidade de terapia intensiva adulto (UTI): compreensões da equipe de enfermagem. *Interface (Botucatu)* [Internet]. 2009 [acesso em: 30 jun 2013];13 Supl. 1:571-80. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832009000500009>.
- Waldow VR, Borges RF. Cuidar e humanizar: relações e significados. *Acta paul. enferm.* [Internet]. 2011 [acesso em: 30 jun 2013];24(3):414-8. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002011000300017>.

16. Souza LAP, Mendes VLF. O conceito de humanização na Política Nacional de Humanização (PNH). Interface (Botucatu) [Internet]. 2009 [acesso em: 30 jun 2013];13 Supl. 1:681-8. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832009000500018>.
17. Corbani NMS, Brêtas ACP, Matheus MCC. Humanização do cuidado de enfermagem: o que é isso? Rev Bras Enferm [Internet]. 2009 [acesso em: 30 jun 2013];62(3):349-54. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672009000300003>.
18. Morais GSN, Costa SFG, Fontes WD, Carneiro AD. Comunicação como instrumento básico no cuidar humanizado em enfermagem ao paciente hospitalizado. Acta paul. enferm. [Internet]. 2009 [acesso em: 30 jun 2013];22(3):323-7. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002009000300014>.
19. Pontes AC, Leitão IMTA, Ramos IC. Comunicação terapêutica em enfermagem: instrumento essencial do cuidado. Rev Bras Enferm [Internet]. 2008 [acesso em: 30 jun 2013];61(3):312-8. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672008000300006>.
20. Niewegłowski VH, More CLOO. Comunicação equipe-família em unidade de terapia intensiva pediátrica: impacto no processo de hospitalização. Estud. psicol. (Campinas) [Internet]. 2008 [acesso em: 30 jun 2013];25(1):111-22. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-166X2008000100011>.
21. Vásquez PAC. Desde los ámbitos de enfermería, analizando el cuidado humanizado. Cienc. enferm. [Internet]. 2010 [acess em: 30 jun 2013];16(1):31-5. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-95532010000100004>.
22. Beck CLC, Gonzales RMB, Denardin JM, Trindade LL, Lautert L. A humanização na perspectiva dos trabalhadores de enfermagem. Texto Contexto Enferm [Internet]. 2007 [acesso em: 30 jun 2013];16(3):503-10. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072007000300017>.

Artigo recebido em 10/04/2012.

Aprovado para publicação em 03/12/2012.

Artigo publicado em 30/06/2013.