

Marcela Caneschi Fraga Poli

Enfermeira com Especialização em Terapia Intensiva Adulto Pediátrica e Neonatal pela Faculdade Associada Brasil – FAB;
Especialização em Gerenciamento de Enfermagem pela Faculdade Itaquá – UNEITAQUÁ;
Especialização em Gestão em Saúde Pública com ênfase em Estratégias de Saúde da Família pela Faculdade Itaquá – UNEITAQUÁ;
Mogi das Cruzes/SP.

RESUMO

Trata-se de uma revisão integrativa com base na análise bibliográfica de artigos localizados na base de dados: periódico CAPES. Tem como objetivo de analisar dados descritos nos artigos encontrados para identificar o trabalho realizado por enfermeiros voltado ao cuidado humanizado com pacientes na Unidade de Terapia Intensiva (UTI). O cuidado humanizado começa quando o enfermeiro compreende que o respeito é a base para seu trabalho, a partir daí o profissional da enfermagem consegue englobar o cuidado humanizado em suas rotinas, por mais mecânicas que sejam. Concluiu-se que a humanização hospitalar, necessita do procedimento ético, e também a formulação de políticas que tenham como base organizar o ato, e que sejam justas e sociais, considerando os ser humano em todas as suas dimensões e preservando a garantia dos seus direitos.

Palavras-chave: cuidado humanizado; enfermagem; UTI.

INTRODUÇÃO

A Unidade de Terapia Intensiva

Para Haddad e Santos (2011) para começarmos a falar sobre a Unidade de Terapia Intensiva, é necessário conhecer o projeto que fora idealizado pela enfermeira Florence Nightingale. Florence era Britânica e começou a sua atuação na Guerra da Crimeia, onde países como a Inglaterra, França e Turquia declararam guerra contra a Rússia. Durante a Guerra, a taxa de mortalidade dos soldados hospitalizados chegavam a 40% devido as condições precárias de atendimento que eram oferecidos, após a partida de Florence junto com mais 38 voluntárias para o Campo Scurati para oferecer atendimento, a taxa de mortalidade de soldados hospitalizados caiu 38% chegando a 2% de mortes apenas.

O trabalho de Florence foi tão bem sucedido devido ao modo de

classificação dos pacientes que chegavam até ela. A classificação funcionava de acordo com grau de dependência de cada soldado, e então ela o colocava em enfermarias, os mais graves ficavam próximos a área em que estavam atuando as enfermeiras, porque assim aumentava a vigilância e proporcionariam um melhor atendimento, ou seja ali nasceu o projeto embrião do que hoje consideramos as Unidades de Terapia Intensiva devido a ideia de monitoração de pacientes em estado grave. (HADDAD; SANTOS, 2011). De acordo com Lino e Silva (2001), A criação da Unidade de Terapia Intensiva se deu a partir de uma evolução do que antigamente era chamada de Sala de Recuperação Pós-Anestésica, no decorrer dos anos 20 para os pacientes que eram submetidos a procedimentos Neurocirurgicos no Hospital Hopkins nos Estados Unidos da América, o responsável pela criação da primeira UTI foi o americano Dr. Walter Dandy na cidade de Boston.

Já na história do Brasil, o surgimento da primeira Unidade de Terapia Intensiva aconteceu durante a década de 70 mais precisamente no ano de 1971 no Hospital Sírio Libanês no estado de São Paulo. O que foi um marco para um dos maiores progressos alcançados pela medicina Brasileira, visto que antes do surgimento das Unidades de Terapia Intensiva o cuidado ao paciente em estado grave acontecia dentro de enfermarias com alto risco a evolução do quadro clínico do paciente (OLIVEIRA et. al., 2012).

A Unidade de Terapia Intensiva do Hospital Sírio Libanês foi marcada como apontadora e um marco conceptual para o surgimento e a organização de outras Unidades de Terapia Intensiva no País, já que o Hospital foi responsável por construir um expressivo contingente na década de 1970 (VIANA, 2011).

A Unidade de Terapia Intensiva, é um setor dentro do hospital que executa atendimentos com um nível mais abstruso, já que os pacientes internados neste setor estão em estado grave (NASCIMENTO; CAETANO, 2003).

O que caracteriza a o setor de Unidade de Terapia Intensiva (UTI) é o atendimento a pacientes críticos e classificados com estado grave, porém de alguma forma recuperáveis. Os profissionais atuantes dentro deste setor devem ser altamente qualificados, para que se ofereça assistência de maneira continuada com o uso de maquinário aprimorado, com alta sofisticação que garantem o mantimento da sobrevida do paciente internado, com isso, o nível de exigência de conhecimento dos profissionais que atuam na UTI deve ser alto (SILVA; SANCHES; CARVALHO, 2007).

Para Viana (2011) a garantia de um completo funcionamento do setor, quando o mesmo está planejado adequadamente, organizado e bem operado, gera benefícios como: a garantia de segurança com qualidade elevada no cuidado do paciente crítico; Bom aproveitamento do trabalho dos enfermeiros; Bom aproveitamento do equipamento presente no setor; Garantia para o profissional da medicina que as suas orientações sejam cumpridas e que o devido tratamento de observação e cuidado estejam sendo realizados de forma correta; Além disso, há recursos para a pesquisa e o ensino, que podem ser aliados a uma boa qualidade no atendimento prestado por

médicos e profissionais da enfermagem.

Ainda para Viana (2011) Há alguns aspectos importantes que ao analisar a trajetória do trabalho dos profissionais de Enfermagem nas Unidades de Terapia Intensiva, são eles:

A seleção de pessoal: Na década de 1970 o padrão de enfermagem se dava de acordo com as consequências da unidade, visava o alcance de objetivos como uma adequada atenção ao paciente internado no setor e uma dinâmica mais harmônica do grupo de profissionais em que ali atuavam (VIANA, 2011).

O treinamento do pessoal da enfermagem: como as unidades de terapia intensiva surgiram como uma resposta a necessidade de tratamento de pacientes em estado crítico de saúde, que necessitam de cuidados mais complexos e alguns controles estritos, tornaram-se extremamente imprescindível que os profissionais de enfermagem recebessem treinamento apropriado na própria unidade, que fosse direcionado para a demanda presente nas Unidades de Terapia Intensiva abrangendo todas as áreas de cuidado (VIANA, 2011).

Capacitação dos enfermeiros: como houve uma evolução na Unidade de Terapia Intensiva e também nas práticas assistenciais, o profissional da enfermagem passou a ter um melhor preparo para sua atuação, alguns itens foram exigidos como melhora e ou mudança, como por exemplo, um aumento no conhecimento específico para lidar com as demandas que emergem na Unidade de Terapia Intensiva; aprendizado ininterrupto, ou seja, o profissional de enfermagem deve atualizar constantemente os seus aprendizados e estar atento as novas tecnologias para o uso com pacientes submetidos a internação na Unidade de Terapia Intensiva. O trabalho dos enfermeiros passou a ter uma base, com uma estrutura forte embasada em teorias e no desempenho das suas práticas, houve melhora na capacidade de liderar, discernir sobre situações aversivas, maior iniciativa, pró-atividade e responsabilidade (VIANA, 2011).

O paciente como centro de atenção da equipe: A partir do momento em que fora definida um único objetivo em comum, com uma base sólida de uma filosofia de atuação do profissional de enfermagem nas Unidades de Terapia Intensiva, obteve-se maior prontidão e eficácia no tratamento dos pacientes que eram considerados graves e de alto risco. E o grande objetivo em comum que gerou excelentes resultados era simplesmente o foco na recuperação (VIANA, 2011).

Alguns marcos na história garantiram a atuação dos profissionais de enfermagem na Unidade de Terapia Intensiva. Na primeira metade da década de 1980, foram delineados os fundamentos para a atuação do profissional de enfermagem na Unidade de Terapia Intensiva, foi daí que se deu inicio as ideias e planos para a criação de entidades que fossem representativas dos enfermeiros. (GEOVANNI et. al., 2018)

Alguns anos depois já em 1983, criou-se o Grupo de Interesse em Enfermagem de Terapia Intensiva, que era conhecido também pela sigla GETI pela ABEn-SP, precursor da Sociedade Paulista de Enfermeiros de

Terapia Intensiva/Sopati, criada em 1995. (GEOVANNI et. al., 2018)

Esses movimentos mostraram que um grande número de grupos de profissionais da enfermagem, se mobilizaram em todo o País pra buscar mais meios de dinamizar e aprimorar o atendimento ao paciente internado na Unidade de Terapia Intensiva nos hospitais de todo o Brasil (VIANA, 2011; GEOVANNI et. al., 2018).

Para Pinho e Santos (2008), muitas das atividades de cuidado intensivo estão relacionadas ao profissional de enfermagem, algumas delas são: a execução de variados procedimentos, monitorização constante dos pacientes em seus leitos, o uso dos diversos aparelhos e, a atuação em situações caracterizadas como emergentes.

Ainda para Pinho e Santos (2008) diante do contexto que o enfermeiro atua no seu dia a dia, a simultaneidade do trabalho mecanicista e do cuidado humanizado pode ficar esquecida, no que resulta em um aumento na desumanização na relação enfermeiro-paciente. O profissional exposto a essa rotina deve agir de forma rápida, fazendo com que tudo esteja no seu devido lugar da maneira mais rápida, o que ocasiona a valorização da tecnologia, o que diminui consideravelmente a sensibilidade frente a situação em que se encontra o seu paciente.

A humanização e o cuidado.

Há tempos que o tema humanização das práticas e da atenção a saúde vem sendo pauta de discussões e estudos científicos em todo o mundo, O tema tem se tornado progressivo na literatura científica do Brasil nos últimos anos, especialmente nas publicações provenientes da área de saúde coletiva. (MOREIRA et. al., 2015).

Para Buarque de Holanda (1988) humanização é “tornar-se humano, humanar-se. Tornar benévolo, afável, tratável, humano. Fazer adquirir hábitos sociais polidos; civilizar”. (BUARQUE DE HOLANDA, 1988 p. 346)

Sobre o conceito de humanização, pode-se dizer que há inúmeras afirmações sobre, porém é interposto de dúvidas, já que é um conceito muito amplo em que se considera muitos fatores para defini-lo (HECKERT; PASSOS; BARROS, 2009; BARBOSA; SILVA, 2007).

Heckert, Passos e Barros (2009) definem humanização como: “A humanização pode ser compreendida como um vínculo entre profissionais e usuários, alicerçado em ações guiadas pela compreensão e pela valorização dos sujeitos, reflexo de uma atitude ética e humana” (HECKERT; PASSOS; BARROS, 2009 p. 3232).

Heckert, Passos e Barros (2009) dizem que em outra vertente de pensamentos, conceitua-se a humanização como a valorização dos profissionais, e o reconhecimento dos direitos dos pacientes, o que abrange a qualidade do cuidado.

Além disso, produções acadêmicas entendem que a humanização que acontece no Sistema Único de Saúde (SUS) engloba as condições de trabalho do profissional de saúde, modelo de assistência que é empregado,

estudo contínuo e permanente dos profissionais de saúde, a garantia de direitos dos usuários dos serviços e a avaliação dos processos de trabalho. (MOREIRA et. al., 2015; BOLELA; JERICÓ, 2006).

Para entender o cuidado humanizado é necessário que o enfermeiro perceba o ser humano que está ali na posição de paciente como alguém que não se sintetiza em uma patologia, e suas necessidades biológicas, é necessário que o profissional entenda que as variadas dimensões, e que veja o ser como um agente biopsicossocial e espiritual, que goza de direitos e que os mesmos devem ser respeitados, o que garante a ética e a dignidade do ser (BARBOSA; SILVA, 2007).

A partir disso Barbosa e Silva (2007) demonstra que a necessidade do aumento do cuidado humanizado dentro do hospital existe porque o contexto social no âmbito hospitalar contribui para fragmentação do ser humano, quando ele passa a ser compreendido com um ser de necessidades genuinamente biológicas. Alguns exemplos dos fatores contribuintes para a fragmentação do ser humano é a tecnologia, a visão de que a equipe de saúde do hospital que detém completamente o saber e, não enxergar o ser humano como um ser integral, e sim somente pela patologia.

Estudos também demonstram que apesar do trabalho do enfermeiro na Unidade de Terapia Intensiva ser mecanicista, e estar envolvido num emaranhado de fios, cabos e condutores, atento a cada alteração de cada paciente, e sempre acompanhando a evolução tecnológica, ele não pode se desviar do seu principal foco de trabalho, que é o cuidado ao paciente (SILVA; SANCHES; CARVALHO, 2007).

Nos dias de hoje, ainda norteado pelo modelo médico, biologiscista, o cuidado na maioria das vezes está voltado para a doença, ou o órgão doente, sempre para os procedimentos técnicos em busca da cura da patologia, o que não deixa em evidencia os sentimentos, os receios do ser que está ali naquela situação, e da forma como os familiares do doente e o próprio doente vivencia a situação saúde-doença (SILVA; PORTO; FIGUEIREDO, 2008).

Ainda é um trabalho muito difícil, mesmo com todo o esforço que a enfermagem possa fazer para humanizar a assistência ao paciente internado na Unidade de Terapia Intensiva, pois demanda não só de um coletivo, mas sim de atitudes individuais de cada profissional da área, que luta contra um sistema tecnológico que é dominante no setor, além de ser poderoso devido a eficácia, e opressor, pois limita o profissional. A rotina sobrecarregada do trabalho realizado diariamente pelos enfermeiros não possibilita que tenham momentos de reflexão para que os próprios profissionais possam melhorar e se orientar em relação ao cuidado humanizado (VILA; ROSSI, 2002; AMESTOY; SCHWARTZ; THOFEHRN, 2006).

Observou-se que nos últimos anos, houve um crescimento o aprimoramento das políticas e ações que são responsáveis por promover a humanização da assistência, essa melhora não ocorreu somente nos atendimentos da Unidade de Terapia Intensiva, e sim em um contexto geral de atenção a saúde (CAMPONOGARA et. al, 2011).

O Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNAHAH), instituído pelo Ministério da Saúde em 2001 apresenta um composto de ações complementadas que se destina a mudança de forma considerável, o padrão de assistência aos pacientes nos hospitais públicos do Brasil, o que ocasiona na melhora da qualidade e da eficácia dos serviços que são prestados pelos profissionais atuantes e as instituições. O PNAHAH tem como um objetivo principal melhorar a relação entre o profissional de saúde e o usuário do SUS, e também da instituição com os profissionais e os usuários. (BRASIL, 2001).

Viana e Whitaker (2009) mostram que a prática de enfermagem com o cuidado humanizado foi ganhando elementos para um melhor tratamento a pacientes críticos, além disso, um rígido corpo de conhecimentos multidisciplinares compôs e integrou os esforços no tratamento e nas consequências de pacientes críticos internados na Unidade de Terapia Intensiva. Os enfermeiros passaram a reconhecer as complexas respostas e as relações com entre as quatro dimensões do paciente, que são a psicológica, fisiológica, social e espiritual, ao buscar a integração e o entendimento completo dos aspectos para o tratamento do paciente.

O cuidado humanizado envolve o respeito as individualidades do ser humano, e também é construir um ambiente nas instituições de saúde que seja concreto e que legitime o propósito de humanização com todas as pessoas envolvidas. Dessa forma, para a prática do cuidado humanizado, o profissional da saúde, mais precisamente o enfermeiro que está ligado diretamente a esses cuidados com o paciente, deve ser capaz de compreender tanto a si, quanto ao outro que está sob seus cuidados, tornando o seu conhecimento teórico em práticas e ações, assumindo consciência dos valores e princípios que permeiam a ação de cuidar. Assim, o respeito ao paciente é um dos elementos principais para a prática de cuidados humanizados (PESSINI, 2004).

A pessoa que está sujeita aos cuidados do enfermeiro na Unidade de Terapia Intensiva passa por diversas situações, que em muitas das vezes são inesperadas e desconhecidas, o que gera uma falta de preparo do próprio paciente para lidar com as diversas situações e procedimentos em que ele será submetido, portanto, receber a atenção e o cuidado humanizado pelo enfermeiro é de extrema importância, para tornar mais fácil o período dificultoso que o paciente da Unidade de Terapia Intensiva está vivenciando (WALDOW; BORGES, 2011).

Os atores Waldow e Borges (2011) dizem que é possível identificar a instituição que tem o cuidado humanizado instituído em seus atendimentos, é importante que se observe a totalidade da equipe no conjunto de teoria e prática.

O atendimento humanizado ao paciente acontece quando há: ética profissional; tratamento individualizado; cuidado com empatia, atenção e acolhimento integral; escuta atenta e diferenciada, com olhar empático para as questões do ser humano; e respeito à intimidade e às diferenças; comunicação eficiente que permite a troca de informações; confiança,

segurança e apoio; e infraestrutura adequada para o atendimento da demanda que o paciente apresenta. (WALDOW; BORGES, 2011)

O ato de cuidar não é único, e tão pouco somente a soma de procedimentos técnicos. O cuidar é o resultado de um processo em que se envolve sentimentos, valores, atitudes e ciência e seus princípios, com a finalidade de satisfazer a necessidade dos indivíduos envolvidos. (SALICIO; GAVA, 2006; CONZ, 2008).

Os benefícios e consequências do cuidado humanizado

Para Marques e Souza (2010) é necessário que se permaneça a humanização não só como uma prática aleatória, mas sim como uma diretriz, que transcende e favoreça a troca de saberes, o dialogo entre os profissionais da área da saúde, que fortaleça o trabalho em equipe, e que dê visibilidade aos desejos, interesses e anseios de cada profissional que exerce o cuidado ao paciente internado na Unidade de Terapia Intensiva.

Assim, para Campos (2007) o ato de oferecer um atendimento mais humano ao paciente em estado crítico que está internado em uma Unidade de Terapia Intensiva provoca a ampliação da corresponsabilidade em produção de saúde, assim como é necessário que tenha mudança em alguns aspectos, como por exemplo, na cultura de atenção aos pacientes, e na gestão de alguns procedimentos de trabalho.

Apesar do cuidado humanizado não ser algo fácil de ser implementado, devido a cultura médica, ele apresenta muitos benefícios, tanto para o paciente que recebe o atendimento humanizado, quanto para o enfermeiro ou outro profissional da saúde que o pratique, e também beneficia a instituição. (VARGAS; BRAGA, 2006).

A implantação do atendimento humanizado nas instituições geram benefícios, nos quais se destacam: a eficácia no cuidado/melhora do paciente crítico e a forte relação com a ética (BACKES; LUNARDI; LUNARDI FILHO, 2006).

Estabelecer um diálogo com um paciente é um dos itens básicos do cuidado humanizado para que o mesmo se torne eficiente. Alguns profissionais não têm isso como uma de suas prioridades, o que dificulta e padroniza os atendimentos no antigo modelo médico em que só importa a patologia. Claro que é humanamente impossível, lembrar de cada paciente que já fora atendido no local de trabalho, muitas vezes a rotatividade de pacientes é alta dentro de uma Unidade de Terapia Intensiva, porém o estreitamento da relação entre paciente e enfermeiro é um dos pontos positivos do cuidado humanizado, já que esse tipo de comportamento do enfermeiro faz com que o paciente se sinta acolhido, e bem recebido na instituição, além disso ameniza medos e ansiedades. Em muitos momentos, a pessoa a ser atendida, só de ser ouvida pelo enfermeiro ou pelo profissional que está lhe prestando atendimento já se sente mais aliviada, o que faz com que a sua recuperação flua de forma mais tranquila. (BACKES; LUNARDI; LUNARDI FILHO, 2006).

Outro benefício que Backes; Lunardi e Lunardi Filho (2006) destacam é a melhora nas condições de trabalho e na relação interpessoal dos colaboradores. As instituições que optam por trabalhar de forma humanizada não vê sentido em tratar bem e de forma humanizada somente o paciente, e tratar o seu colaborador de forma grosseira e apática, por isso, praticam a humanização em todos os aspectos, e isso gera um processo mais íntegro e coeso, além de provocar uma relação de confiança entre os seus colaboradores, trazendo resultados como a diminuição da rotatividade de colaboradores na empresa, e numa melhor produtividade. Assim o benefício chega a todos, do macro ao micro.

Backes; Lunardi e Lunardi Filho (2006) aponta que o cuidado humanizado contribui para a eficácia do cuidado com o paciente, se o atendimento e o cuidado for realmente o foco nas principais e reais necessidades do paciente, ele pode contribuir de forma determinante para o processo de cura do paciente, tornando-o mais rápido e mais fácil de acordo com as condições do paciente. Essa melhora e aumento na rapidez do processo de cura acontece devido a influência psicológica que o cuidado humanizado exerce sobre a situação em que o paciente se encontra.

Os pacientes que são atendidos de maneira humanizada têm mais confiança nos profissionais que estão prestando atendimento, além de responderem melhor aos recursos clínicos, já que os anseios estão menores devido ao diálogo entre paciente/profissional. (BACKES; LUNARDI; LUNARDI FILHO, 2006).

A Ética e o cuidado

Para garantir a efetividade e bons resultados do cuidado humanizado é necessário que o paciente seja ouvido e compreendido, é preciso que o profissional da saúde, pare para conversar, entender os hábitos, a rotina, e o histórico de vida daquela pessoa que está sob seus cuidados. A ética está ligada totalmente com a utilização desses recursos que estão de acordo com a necessidade de cada paciente, buscando sempre respeitar os limites de cada paciente, porém tendo como objetivo buscar a proximidade e a confiança na relação entre paciente e profissional (FORTES, 2004).

Entender a humanização dentro de um espaço ético demanda algumas fomentações nas relações entre os profissionais para que seja algo estruturalmente saudável, com enfoque no respeito pelo que é diferente, no investimento na formação do ser humano que faz parte da equipe institucional, além de reconhecer que existem limites profissionais, e respeitá-los. Durante esse processo, o profissional da saúde passará a compreender a sua própria condição humana, assim também se reconhecerá como cuidador de outros seres humanos, o autoconhecimento causará respeito a individualidade de cada ser, as condições em que cada um se encontra, a privacidade mesmo em procedimentos invasivos, a compreensão da história de cada paciente, e junto os sentimentos que eles carregam, sejam eles bons ou ruins, e também o respeito a escolha de cada paciente, em relação a sua saúde e seu corpo.

O verdadeiro cuidado com o ser humano necessita extremamente da ética enquanto um elemento que impulsiona as ações, os procedimentos e as intervenções, tanto pessoais quanto profissionais, e com isso constitui a base para o processo do cuidado humanizado (MEZOMO, 2001; SELLI, 2003).

A prática da humanização embasada nos princípios éticos, consiste de forma fundamental em tornar uma prática mais íntegra, que leva em conta todas as dimensões do ser humano, por mais que a prática do cuidado humanizado lide com os momentos mais degradantes, dolorosos e tristes, lida diretamente com o sofrimento, a dor, a deterioração da natureza humana e também a morte, quando se aplica os valores éticos ela se torna uma prática mais bela, devido ao reconhecimento dos limites do outro, assumindo uma posição pautada na ética assume-se também o respeito ao ser. (MORAES; GARCIA; FONSCICA, 2004).

Para Moraes, Garcia e Fonsceca (2004) o ponto de partida para um trabalho correto de humanização é a junção do cuidado técnico científico, que já fora construído, devidamente estudado e dominado, ao cuidado que abrange também a necessidade do ser, a exploração do além da patologia e o acolhimento do que for imprevisível, ou do que não se possa controlar como o medo e a ansiedade, e também do que é indiferente e único para o paciente.

Ao pensar em humanização dos serviços, não devemos enxergá-la como um modismo, mais como um ato que vai além do técnico e instrumental, o cuidado humanizado abrange muito mais do que apenas esses dois tópicos, envolve principalmente a ética ao cuidar do ser, as dimensões políticas-filosófica de cada um, e é isso que lhe dá sentido, o cuidado humanizado é feito de forma única, devido a singularidade que cada paciente trás em sua história (CASATE & CORRÊA, 2005).

Um ponto interessante ao pensar sobre ética no cuidado humanizado com pacientes internados em Unidades de Terapia Intensiva é que os direitos e as práticas utilizadas no tratamento são questionadas muitas vezes pelos próprios pacientes, e em casos também pelos familiares, ao praticar a humanização, essa relação de diálogo para esclarecimento de dúvidas fica fortalecida devido a abertura que o profissional da saúde dá pra que dúvidas sejam esclarecidas, mantendo assim o princípio do cuidado humanizado, que é o respeito (FARIAS et. al. 2013).

Teoria Humanística

Para começarmos a compreender a teoria humanística é necessário que entenda-se que o ser humano é único, e tem a capacidade de interação, tanto consigo mesmo quanto com outros seres vivos, e isso acarreta em ser afetado pelo mundo e o mundo ser afetado por ele. Através da relação EU-TU, EU-ISSO relaciona-se de maneira especial com o mundo envolvendo o tempo e o espaço. Dentro de uma relação com outros seres, que o ser humano vem a ser, e através disso manifesta a sua singularidade e subjetividade. (PATERSON, 1976).

Devido a essa compreensão do ser humano e das suas relações, é

possível identificar que o ato de se relacionar produz variadas possibilidades de a pessoa estar no mundo, e se sentir parte dele. EU-TU e EU-ISSO fazem parte do que é chamado de movimento humano, são inseparáveis e alternam constantemente de acordo com cada relacionamento vivenciado pelo ser humano, seja ele com objetos ou com outros seres humanos (BUBER, 1977).

Entende-se por EU-TU, a relação em que a pessoa adentra e deixa-se comover e ser atravessado pela presença viva do outro, esse outro pode ser ou não um ser humano, na relação EU-TU essa comoção pode ser ocasionada por uma situação, ou um objeto, uma obra, ou um ente qualquer. No instante do impacto causado pela relação, há uma dimensão intensiva, que não pode ser mensurada ou redutiva ao tempo, espaço e a questões objetivas. No universo da relação TU não existe coerência entre temporalidade e espacialidade, pode ser compreendida como um campo de forças, marcado pela presença e pela vitalidade. Uma das suas características é que não pode ser apreendido ou aprisionado em representações porque é algo livre, também não se reduz a algo perceptível devido a intensidade, a vitalidade a força pulsante. Toda as vezes que surge a relação EU-TU é de forma diferente e subjetiva, e está sempre em constante transformação (BUBER, 1977).

Já na relação EU-ISSO Buber (1977) diz que, a atitude EU-ISSO leva o ser a viver de uma forma objetiva as situações dentro da relação, diferente da relação EU-TU, a relação EU-ISSO é caracterizado por ordenar o real, e transforma-o em algo que seja habitável e reconhecível. Não se pode manter sempre a relação EU-TU, devido a incapacidade do homem de habitar sempre no encontro. A existência do ser e da relação é marcada pela variação entre as atitudes EU-TU e EU-ISSO, e os desdobramentos que elas causam.

Luczinski e Ancona-Lopez (2010) dizem que ao identificar alguém que está vivendo sob o modo EU-TU e o nota-se que ele acarreta novas experiências, como a perda do espaço/tempo e a desestabilização que possibilitam novas sensações, e contemplações e atravessamentos. Já o modo EU-ISSO é o inverso, ele situa a pessoa no mundo objeto, e é necessário porque através disso que o ser encontra significados, porém deve haver um equilíbrio para se ter relações saudáveis.

Entendendo o modo como o ser se relaciona com o mundo e com as suas diversas possibilidades de vir a ser, podemos compreender que tanto os seres humanos, os que estão doentes, os familiares e os profissionais de enfermagem da Unidade de Terapia Intensiva devem ser vistos como um “ser aberto”, e isso significa que é um ser que interage consigo mesmo, com outros seres, com objetos e com o ambiente. As relações EU-TU e EU-ISSO tem necessidade de que estejam presentes no ambiente hospitalar, mais precisamente na Unidade de Terapia Intensiva, já que elas permitem a visão do ser de uma maneira integral, tanto na objetividade da relação EU-ISSO, quanto Na subjetividade da relação EU-TU. As pessoas relacionadas a Unidade de Terapia Intensiva, o profissional, o doente e os familiares vivenciam no ambiente hospitalar uma experiência de risco eminente de morte, mas também vivenciam a criação de expectativas e projetos futuros, e

isso deve ser levado em consideração pelos seres que estão envolvidos nessa relação. (NASCIMENTO; TRENTINI, 2004).

No âmbito hospitalar o cuidado humanizado passa a acontecer quando há o envolvimento existencial dos profissionais de enfermagem com a pessoa que está internada e seus familiares, devido ao compartilhamento da experiência e da vivência, o que ocasiona o reconhecimento da singularidade do ser que está ali presente e isso acontece através do diálogo, porque tanto o ser que chama, quanto o ser que é o que necessita de cuidados quanto o ser que é chamado que é aquele que cuida, serão de alguma forma afetados e fortalecidos com o encontro. No momento em que isso acontece, o entre é reconhecido (NASCIMENTO; TRENTINI, 2004).

O enfermeiro necessita estar presente de forma total, e também ter a capacidade de refletir com o outro ser que está sob seus cuidados, pensar principalmente no que está sendo experienciado, para que em algum momento encontre juntos a solução para o seus problemas de saúde (NASCIMENTO; TRENTINI, 2004).

Problema de Pesquisa

A principal questão levantada nesta pesquisa é: Quais são os cuidados humanizados que os enfermeiros praticam na Unidade de Terapia Intensiva (UTI)?

Hipóteses

A priori pensa-se que o cuidado humanizado de enfermeiros para com pacientes internados na UTI é de extrema importância e apresenta resultados satisfatórios na recuperação dos mesmos.

Justificativa

Estudar as técnicas utilizadas pelos enfermeiros para a aplicabilidade dos cuidados humanizados em pacientes que estão internados na Unidade de Terapia Intensiva (UTI) para entender quais as vantagens de aplicar tal técnica nos atendimentos hospitalares, e assim também contribuir no esclarecimento de dificuldades encontradas para a prática do profissional.

Contribuir para que se torne mais visível o tema, diferenciando os tipos de cuidados e suas respectivas consequências, para que o enfermeiro possa ter acesso a informações que dê suporte a sua metodologia de trabalho. Além disso, questionar a necessidade de criação de leis e normas que regulamentem o trabalho humanizado dentro dos hospitais.

Contudo, esta pesquisa pode colaborar na ampliação de estudos específicos do tema, uma vez que, se faz necessário a ampliação da metodologia de trabalho e suporte para o profissional de enfermagem dessa área.

Objetivo Geral

Identificar o trabalho realizado por enfermeiros voltado ao cuidado humanizado com pacientes na Unidade de Terapia Intensiva (UTI).

Objetivo Específico

- Identificar quais os cuidados humanizados exercidos pelos profissionais da UTI
- Conceituar atendimento humanizado
- Analisar as consequências obtidas através do cuidado humanizado.

DESENVOLVIMENTO

Modalidade da Pesquisa

O presente projeto de pesquisa trata-se de uma revisão integrativa com base na análise bibliográfica de artigos localizados na base de dados: periódico CAPES. O que caracteriza a revisão integrativa é a metodologia que pode proporcionar tanto a síntese de conhecimento quanto a incorporação da aplicabilidade dos resultados de estudos obtidos para que sejam significativos na prática (SOUZA et. al., 2010).

Quanto aos Objetivos

Pesquisa de caráter bibliográfico com objetivo de analisar dados descritos nos artigos encontrados.

Quanto aos Procedimentos

Trata-se de uma revisão analítica de dados qualitativos e quantitativos encontrados nos artigos selecionados, referente aos cuidados humanizados exercidos pelos enfermeiros na Unidade de Terapia Intensiva (UTI).

Campos de Observação (Universo e Amostra)

Foi realizada uma pesquisa no periódico CAPES, com as palavras chaves Cuidado Humanizado, UTI e o descritor and, encontrou-se 75 artigos. Utilizou-se como filtro para pesquisa o ano (2008 a 2018) sendo selecionados somente artigos com idioma Português, totalizando 35. Após a análise mais criteriosa dos artigos selecionados, foram usados os critérios de exclusão: tema relevante, falam do profissional de enfermagem e artigos repetidos. Após a leitura foram selecionados 8 artigos condizentes ao tema.

Instrumentos para Coleta de Dados

Artigos científicos.

Análises dos Dados

A análise será de cunho qualitativo, com base em artigos científicos referentes ao tema mencionado.

Descrição das Etapas da Investigação (CRONOGRAMA)

Durante o ano de 2018, de Abril a Maio, foi realizada a delimitação do projeto, onde será definido o tema, a problemática de pesquisa e, os instrumentos de trabalho. De Junho a Julho será realizada a procura de material bibliográfico para dar início a fundamentação do referencial teórico, que acontecerá entre Agosto e Dezembro. Entre Junho e Julho, será feita uma análise dos dados apresentados nos artigos selecionados. A elaboração da conclusão será realizada durante as duas primeiras semanas do mês de Dezembro e, a entrega da pesquisa pronta será realizada em Janeiro de 2019.

Limitações da Pesquisa

As possíveis dificuldades para a realização da pesquisa seria a escassez de pesquisas que abordem o tema e, devido a isso há dificuldade de encontrar material o suficiente para referenciar teoricamente a pesquisa.

Cronograma

Atividades	04/2018	05/2018	06/2018	07/2018	08/2018	09/2018	10/2018	11/2018	12/2018	01/2019
Delimitação do Projeto	█	█	█	█	█					
Levantamento Bibliográfico		█	█	█	█					
Elaboração do Referencial teórico					█	█	█	█	█	█
Análise de artigos			█	█	█					
Análise e Discussão dos dados					█	█	█	█	█	
Conclusão da Monografia e revisão									█	█
Entrega da Monografia										█

RESULTADOS

Tabela 1 - Artigos localizados na pesquisa realizada no periódico CAPES.

<i>Artigos Localizados</i>		
ARTIGOS	F	%
Utilizados na pesquisa	8	23
Não Utilizados	26	75
Repetidos	1	3
TOTAL	35	100

Fonte: Periódicos CAPES

A Tabela 1 apresenta a quantidade de artigos que foram localizados na busca no site periódicos CAPES, mostra quantos após a filtragem ficaram de acordo com os critérios estabelecidos para a elaboração da pesquisa.

Tabela 2 – Artigos que citavam o tema cuidado humanizado.

<i>Assunto</i>		
Assunto	F	%
Cuidado Humanizado	7	20
Políticas Públicas sobre cuidado humanizado	1	3
Outros assuntos	27	77
TOTAL	35	100

Fonte: Periódicos CAPES

A Tabela 2 demonstra que apenas 7 artigos do total de 35 falavam sobre o cuidado humanizado na Unidade de Terapia Intensiva, 1 artigo fala sobre as políticas públicas da humanização e, os outros 27 artigos citavam a humanização em outros aspectos, como por exemplo no parto.

Gráfico 1 – Artigos que especificavam os cuidados humanizados e suas consequências.



Fonte: Periódicos CAPES

O Gráfico 1 demonstra o que os autores dos artigos falam sobre o cuidado humanizado, o que mais aparece entre os autores é que o cuidado humanizado auxilia ainda mais na recuperação do paciente crítico com 62%, logo após os autores falam que o cuidado humanizado é uma forma de resgate da dignidade humana, que pode ser perdida pela falta de autonomia do paciente crítico, com 25%, e por fim os autores demonstram que o cuidado humanizado pode ser benéfico para o estreitamento de vínculos entre enfermeiro e paciente com 13%

Gráfico 2 – Legislação ou protocolo sobre cuidado humanizado.



Fonte: Periódicos CAPES

No Gráfico 2 pode-se identificar que em apenas 1 dos 35 artigos localizados na base de dados periódicos CAPES falava sobre algo que regulamenta o cuidado humanizado.

CONCLUSÃO

Conclui-se que o cuidado humanizado é de extrema importância tanto para o paciente que está internado na Unidade de Terapia Intensiva, quanto para o profissional de enfermagem.

O cuidado humanizado começa quando o enfermeiro compreende que o respeito é a base para seu trabalho, a partir daí o profissional da enfermagem consegue englobar o cuidado humanizado em suas rotinas, por mais mecânicas que sejam, atitudes simples como na hora de cuidar da higiene do paciente, oferecer medicações, explicar os procedimentos que serão realizados no paciente, dentre outras pequenas atitudes que já caracterizam um trabalho mais humano e respeita a singularidade do ser humano.

É necessário que, o enfermeiro repense a forma de cuidar com os pacientes, para que assim, os princípios do cuidado humanizado estejam presentes em toda a prática, desde os cuidados mais simples até os procedimentos mais complexos, praticando sempre o respeito ao ser que está ali sob seus cuidados, assim o cuidar do enfermeiro não se torna uma simples aplicação de técnicas e protocolos, e sim um procedimento mais complexo

que abrange não só a dimensão fisiológica, mas também a psicológica, a social e a espiritual do ser, entendendo ele como um ser digno.

Durante a pesquisa encontrou-se pouco material que falava sobre as legislações que regulamentam a prática do cuidado humanizado, o que dificulta a ação do enfermeiro com o cuidado humanizado, pois não há uma base sólida para a atuação, e assim acabam voltando sempre ao padrão mecanicista de só atender a demanda fisiológica.

Concluiu-se também que a humanização hospitalar, necessita do procedimento ético, e também a formulação de políticas que tenham como base organizar o ato, e que sejam justas e sociais, considerando os ser humano em todas as suas dimensões e preservando a garantia dos seus direitos. Isso implica na valorização do profissional da saúde, favorecendo sempre o desenvolvimento das suas habilidades como profissional e ser humano, aumentando a sua sensibilidade e a sua competência em relação a possíveis mudanças em sua prática profissional diária, de modo que reconheçam suas limitações e também a sua própria singularidade, para com isso poder reconhecer a dos seus pacientes, e então elaborar estratégias junto a eles e seus familiares para facilitar a compreensão, a diminuição dos anseios, e o enfrentamento do momento difícil que está sendo vivenciado.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AMESTOY, Simone Coelho; SCHWARTZ, Eda; THOFEHRN, Maria Buss. A humanização do trabalho para os profissionais de enfermagem. **Acta paul enferm**, v. 19, n. 4, p. 444-9, 2006.

ARAÚJO, Andreza Dias et al. Trabalho no centro de terapia intensiva: perspectivas da equipe de enfermagem. **Revista Mineira de Enfermagem**, v. 9, n. 1, p. 20-28, 2005.

BACKES, Dirce Stein; LUNARDI, Valéria Lerch; LUNARDI FILHO, Wilson Danilo. A humanização hospitalar como expressão da ética. 2006.

BARBOSA, Ingrid de Almeida; SILVA, Maria Júlia Paes. Cuidado humanizado de enfermagem: o agir com respeito em um hospital universitário. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 60, n. 5, p. 546-551, Oct. 2007.

BOLELA, Fabiana; JERICÓ, Marli de Carvalho. Unidades de terapia intensiva: considerações da literatura acerca das dificuldades e estratégias para sua humanização. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, v. 10, n. 2, p. 301-308, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar. Brasília: **Ministério da Saúde**; 2001.

BUARQUE DE HOLANDA, Aurélio. Dicionário Aurélio básico da língua

portuguesa. **Nova Fronteira, R. Janeiro**, p. 269-583, 1988.

BUBER, Martin; VON ZUBEN, Newton Aquiles. **Eu e tu**. Cortez & Moraes, 1977.

CAMPONOGARA, Silviamar et al. O cuidado humanizado em unidade de terapia intensiva: uma revisão bibliográfica. **Revista de Enfermagem da UFSM**, v. 1, n. 1, p. 124-132, 2011.

CAMPOS, Antonia do Carmo Soares. Humanização dos cuidados em saúde: conceitos, dilemas e práticas. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 23, n. 4, p. 979-981, 2007.

CASATE, Juliana Cristina; CORRÊA, Adriana Katia. Humanização do atendimento em saúde: conhecimento veiculado na literatura brasileira de enfermagem. **Revista latino-americana de Enfermagem**, v. 13, n. 1, p. 105-111, 2005.

CONZ, Claudete Aparecida. **A vivência da enfermeira no cuidado ao recém-nascido e aos seus pais na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal: uma abordagem da fenomenologia social**. 2008. Tese de Doutorado. Universidade de São Paulo.

FARIAS, Flávia Baluz Bezerra de et al. Cuidado humanizado em UTI: desafios na visão dos profissionais de saúde. **Revista de Pesquisa: Cuidado é fundamental online**, v. 5, n. 4, p. 635-642, 2013.

FORTES, Paulo Antonio de Carvalho. Ética, direitos dos usuários e políticas de humanização da atenção à saúde. **Saúde e Sociedade**, v. 13, p. 30-35, 2004.

GEOVANINI, Telma et al. **História da enfermagem: versões e interpretações**. Thieme Revinter Publicações LTDA, 2018.

HADDAD, Verônica Cristina do Nascimento; SANTOS, Tânia Cristina Franco. A teoria ambientalista de Florence Nightingale no ensino da escola de enfermagem Anna Nery (1962-1968). **Esc Anna Nery**, v. 15, n. 4, p. 755-61, 2011.

HECKERT, Ana Lúcia Coelho; PASSOS, Eduardo; BARROS, Maria Elizabeth Barros de. Um seminário dispositivo: a humanização do Sistema Único de Saúde (SUS) em debate. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 13, p. 493-502, 2009.

LINO, Margarete Marques; SILVA, Sandra Cristiane da. Enfermagem na Unidade de Terapia Intensiva: a história como explicação de uma prática.

2001.

LUCZINSKI, Giovana Fagundes; ANCONA-LOPEZ, Marília. A psicologia fenomenológica e a filosofia de Buber: o encontro na clínica. **Estudos de Psicologia**, v. 27, n. 1, p. 75-82, 2010.

MARQUES, Isaac Rosa; SOUZA, Agnaldo Rodrigues de. Tecnologia e humanização em ambientes intensivos. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 63, n. 1, 2010.

MEZOMO, João C. Hospital humanizado. In: **Hospital Humanizado**. 2001.

MORAES, Janaína Corrêa; GARCIA, Valéria da G. Leite; FONSECA, Ariadne da Silva. Assistência prestada na unidade de terapia intensiva adulto: visão dos clientes. **Nursing (São Paulo)**, v. 7, n. 79, p. 29-35, 2004.

MOREIRA, Márcia Adriana Dias Meirelles et al. Políticas públicas de humanização: revisão integrativa da literatura. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, p. 3231-3242, 2015.

NASCIMENTO, A. R; CAETANO, J. A. Pacientes de UTI: perspectivas e sentimentos revelados. **Rev.Nursing**. 2003 fev; 57(6): 12-17

NASCIMENTO, Eliane Regina Pereira do.; TRENTINI, Mercedes. O cuidado de enfermagem na unidade de terapia intensiva (UTI): teoria humanística de Paterson e Zderad. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 12, n. 2, p. 250-257, 1 abr. 2004.

OLIVEIRA, Ana Paula Cândido de et al. Sistematização da assistência de enfermagem: implementação em uma unidade de Terapia intensiva. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, v. 13, n. 3, 2012.

PATERSON, Josephine G. et al. **Humanistic nursing**. New York^ e1988 1988: National League for Nursing, 1976.

PESSINI, Leo. Humanização da dor e do sofrimento humanos na área da saúde. **Humanização e cuidados paliativos**, v. 2, p. 11-30, 2004.

PINHO, Leandro Barbosa de; SANTOS, Sílvia Maria Azevedo dos. Dialética do cuidado humanizado na UTI: contradições entre o discurso e a prática profissional do enfermeiro. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 42, n. 1, p. 66-72, 2008.

SALICIO, Dalva Magali Benine; GAIVA, Maria Aparecida Munhoz. O significado de humanização da assistência para enfermeiros que atuam em UTI. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 8, n. 3, 2006.

SALICIO, Dalva Magali Benine; GAIVA, Maria Aparecida Munhoz. O significado de humanização da assistência para enfermeiros que atuam em UTI. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 8, n. 3, 2006.

SELLI, Lucila. Reflexões sobre o atendimento profissional humanizado. **Mundo saúde (Impr.)**, v. 27, n. 2, p. 248-253, 2003.

SILVA, Gisele Ferreira da; SANCHES, Patrícia Gisele; CARVALHO, Maria Dalva de Barros. Refletindo sobre o cuidado de enfermagem em unidade de terapia intensiva. **REME – Rev. Min. Enf.**; 11(1): 94-98, jan/mar, 2007.

SILVA, Roberto Carlos Lyra da; PORTO, Isaura Setenta; FIGUEIREDO, Nébia Maria Almeida de. Reflexões acerca da assistência de enfermagem e o discurso de humanização em terapia intensiva. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, v. 12, n. 1, p. 156-159, 2008.

SOUZA, Marcela Tavares de; SILVA, Michelly Dias da; CARVALHO, Rachel de. **Revisão integrativa: o que é e como fazer**. Einstein, v. 8, n. 1 Pt 1, p. 102-6, 2010.

VARGAS, Divani de; BRAGA, Ana Lúcia. **O enfermeiro de unidade de tratamento intensivo: refletindo sobre seu papel**. 2006.

VIANA, Renata Andréa Pietro Pereira. Enfermagem em terapia intensiva: práticas baseadas em evidências. In: **Enfermagem em terapia intensiva: práticas baseadas em evidências**. 2011.

VIANA, Renata Andréa Pietro Pereira; WHITAKER, Iveth Yamaguchi. **Enfermagem em terapia intensiva: práticas e vivências**. Artmed Editora, 2009.

VILA, Vanessa da Silva Carvalho; ROSSI, Lídia Aparecida. O significado cultural do cuidado humanizado em unidade de terapia intensiva: "muito falado e pouco vivido". **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 10, n. 2, p. 137-144, 2002.

WALDOW, Vera Regina; BORGES, Rosália Figueiró. Cuidar e humanizar: relações e significados. **Acta paulista de enfermagem**, v. 24, n. 3, 2011.