

# **A humanização da assistência e o papel da equipe multiprofissional na recuperação do paciente internado nas Unidades de Terapia Intensiva Adulto: Uma revisão de literatura**

**The humanization of care and the role of the multiprofessional team in the recovery of patients interned in Adult Intensive Care Units: A literature review**

**La humanización del cuidado y el papel del equipo multiprofissional en la recuperación de pacientes internados en Unidades de Cuidado Intensivo de Adultos: Una revisión de la literatura**

Recebido: 02/12/2022 | Revisado: 18/12/2022 | Aceitado: 19/12/2022 | Publicado: 22/12/2022

**Larissa Silva Souza**

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0429-0194>  
Fundação de Beneficência Hospital de Cirurgia, Brasil  
E-mail: souzaslari@gmail.com

**Karola Mayra dos Santos Vicente**

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5518-3893>  
Fundação de Beneficência Hospital de Cirurgia, Brasil  
E-mail: karolavicente@hotmail.com

**Thadeu Roriz Silva Cruz**

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8300-5584>  
Associação Brasileira de Odontologia de Sergipe, Brasil  
E-mail: thadeuroriz@gmail.com

**Christiana Flávia Fontan Roriz**

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2492-5214>  
Associação Brasileira de Odontologia de Sergipe, Brasil  
E-mail: odontopediatricomcarinho@gmail.com

**Silvia Mayla Santos de Santana**

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1469-4608>  
Fundação de Beneficência Hospital de Cirurgia, Brasil  
E-mail: silvia.may.ss@hotmail.com

## **Resumo**

**Objetivo:** Investigar as estratégias utilizadas pela equipe multiprofissional para humanizar o cuidado e o papel dessa equipe na recuperação do paciente crítico. **Metodologia:** Trata-se de uma revisão de literatura sistemática, utilizando como base artigos científicos presentes na Pubmed, Scielo e Google Acadêmico. **Resultados:** Inicialmente, foram selecionados 52 artigos, dos quais 22 constituiram-se em material de análise para a elaboração do presente trabalho e 30 foram excluídos por não se encaixarem nos critérios de inclusão. Dentre os artigos selecionados, 12 apresentaram resultados utilizados na elaboração da discussão desta revisão. **Conclusão:** A humanização nas UTIs é apontada como forma de resgate à dignidade humana do paciente crítico e este deve ser, o máximo possível, contemplado na sua integralidade para que haja uma melhora significativa na sua qualidade de vida. Porém, ainda é necessário ampliar a análise deste tema através da realização, discussão e divulgação de mais estudos que possam contribuir na expansão dessa temática tão relevante, sobretudo nos espaços de formação profissional e educação continuada em serviço.

**Palavras-chave:** Humanização; Equipe multiprofissional; Unidades de Terapia Intensiva.

## **Abstract**

**Objective:** To investigate the strategies used by the multidisciplinary team to humanize care and the role of this team in the recovery of critical patients. **Methodology:** This is a systematic literature review, based on scientific articles found in Pubmed, Scielo and Google Scholar. **Results:** Initially, 52 articles were selected, of which 22 constituted analysis material for the elaboration of this work and 30 were excluded because they did not fit the inclusion criteria. Among the selected articles, 12 presented results used in the elaboration of the discussion of this review. **Conclusion:** Humanization in ICUs is seen as a way to rescue the human dignity of critical patients and this should be, as much as possible, contemplated in its entirety so that there is a significant improvement in their quality of life. However, it is still necessary to expand the analysis of this theme through the realization, discussion and dissemination of more studies that can contribute to the expansion of this very relevant theme, especially in the areas of professional training and continuing education in service.

**Keywords:** Humanization; Multiprofessional team; Intensive Care Units.

## Resumen

**Objetivo:** Investigar las estrategias utilizadas por el equipo multidisciplinario para humanizar el cuidado y el papel de este equipo en la recuperación de pacientes críticos. **Metodología:** Se trata de una revisión sistemática de la literatura, basada en artículos científicos encontrados en Pubmed, Scielo y Google Scholar. **Resultados:** Inicialmente se seleccionaron 52 artículos, de los cuales 22 constituyeron material de análisis para la elaboración de este trabajo y 30 fueron excluidos por no cumplir con los criterios de inclusión. Entre los artículos seleccionados, 12 presentaron resultados utilizados en la elaboración de la discusión de esta revisión. **Conclusión:** La humanización en las UCI es vista como una forma de rescatar la dignidad humana de los pacientes críticos y esta debe ser, en lo posible, contemplada en su totalidad para que haya una mejora significativa en su calidad de vida. Sin embargo, todavía es necesario ampliar el análisis de este tema a través de la realización, discusión y difusión de más estudios que puedan contribuir para la expansión de este tema tan relevante, especialmente en las áreas de formación profesional y educación continua en servicio.

**Palabras clave:** Humanización; Equipo Multiprofesional; Unidades de Cuidados Intensivos.

## 1. Introdução

Segundo o Dicio, dicionário online de português, a palavra humanização significa “ação ou efeito de humanizar ou humanizar-se, tornar-se mais sociável, gentil ou amável”. O cuidado humanizado em saúde, então, deve envolver não apenas o paciente, mas todo o contexto social e familiar, além do ambiente de trabalho e a equipe multiprofissional (Farias et al., 2013; Terra & Gomes, 2015; Gareau, Oliveira & Gallani, 2022).

A Unidade de Terapia Intensiva (UTI) é uma célula especializada, um ambiente hospitalar destinado a pacientes críticos, contudo que apresentam um quadro clínico recuperável. É um ambiente de profissionais qualificados, assistência contínua e que possui alto aparato tecnológico (Camponogara et al., 2011; Farias et al., 2013; Machado & Soares, 2016; Evangelista et al., 2016; Luiz, Caregnato & Costa, 2017; Reis, Sena & Fernandes, 2016; Terra & Gomes, 2015; Camelo, 2012; Da Silva et al., 2022).

Os avanços da tecnologia na área da medicina são notáveis, sobretudo no espaço de terapia intensiva, no qual, a todo instante surgem novos métodos para monitoramento dos sistemas vitais e suporte à vida. Entretanto, esse mesmo aparato tecnológico, não necessariamente é acompanhado por aspectos humanos, da mesma forma em que, quando não utilizado da maneira correta, esse aparato pode contribuir para o prolongamento do processo de morte de uma forma dolorosa e desumana (Terra & Gomes, 2015; Escudero, Viña & Calleja, 2013). Somado a isso, é importante considerar também que a UTI se configura em um espaço no qual o paciente é constantemente exposto a estímulos nociceptivos, tais quais estresse, dor, ruídos, luz forte e contínua, assim como procedimentos clínicos invasivos (Terra & Gomes, 2015; Gareau, Oliveira & Gallani, 2022; Escudero, Viña & Calleja, 2013). Diante de tantos estímulos, é possível observar com clareza que a permanência do paciente internado em Unidade de Terapia Intensiva pode levar a alterações psicológicas e sociais, tanto dele quanto dos seus familiares mais próximos (Rodrigues- Almagro et al., 2019).

Os pacientes internados em UTI podem fornecer, além de suporte para os profissionais da saúde refletirem sua prática, a avaliação das suas condições de trabalho, de políticas institucionais e de avaliação, por parte da gestão, na formação profissional (Rodrigues- Almagro et al., 2019). É fácil perceber que processos de precarização do trabalho em saúde fragilizam a prática humanizada do cuidado. A falta de insumos básicos e falta de pessoal exemplificam algumas das dificuldades encontradas pela equipe de saúde para prestar uma assistência integral ao doente (Evangelista et al., 2016).

Nas últimas décadas, tem-se notado o surgimento de políticas e ações que buscam promover a humanização da assistência à saúde como um todo, não somente na UTI (Camponogara et al., 2011; Gareau, Oliveira & Gallani, 2022).

A preocupação com o cuidado e atenção aos pacientes hospitalizados, com o aprimoramento das relações existentes entre usuários e profissionais, entre os próprios profissionais, bem como entre estes e a comunidade, levou o Ministério da Saúde (MS) a criar, no ano de 2001, o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH). Este Programa pretende uma série de ações integradas que objetivam mudanças da assistência à saúde no ambiente hospitalar, tendo

em vista a melhoria da qualidade e eficácia dos serviços ofertados. Ademais, o PNHAH ressalta que circunstâncias éticas, sociais e psíquicas estão presentes no relacionamento humano e são tão significativas quanto os recursos materiais disponíveis (Camponogara et al., 2011; Machado & Soares, 2016; Terra & Gomes, 2015; Luiz, Caregnato & Costa, 2017).

Com o intuito de unificar as políticas, em 2003, o MS efetivou a Política Nacional de Humanização (PNH), permitindo com que a ideia de humanização deixasse de ser difundida apenas no ambiente hospitalar e passasse a ser adotada no dia a dia de toda rede do Sistema Único de Saúde (SUS). Essa política visa atuar desde o atendimento aos usuários do SUS até o fortalecimento das relações entre os profissionais, da baixa à alta complexidade, bem como na busca da melhoria do ambiente no qual o cuidado é prestado (Machado & Soares, 2016; Terra & Gomes, 2015; Luiz, Caregnato & Costa, 2017; Medeiros et al., 2016).

A empatia, a singularidade, a comunicação da equipe multiprofissional oferecida a pacientes e familiares e a consideração da integralidade do paciente internado no contexto da UTI apresentam-se como importantes maneiras de humanizar o cuidado, além de contribuírem de forma significativa para o reestabelecimento da saúde do doente (Evangelista et al., 2016).

O presente trabalho tem como objetivo investigar as estratégias utilizadas pela equipe multiprofissional para humanizar o cuidado e o papel dessa equipe na recuperação do paciente internado em Unidade de Terapia Intensiva (UTI).

## 2. Metodologia

Trata-se de uma revisão de literatura narrativa, de caráter qualitativo, a qual se constitui em uma síntese de estudos primários, selecionados através dos critérios de clareza e relevância. Realizou-se uma busca de artigos científicos indexados nas bases de dados *Public Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (PubMed), *Scientific Eletronic Library Online* (SciELO) e Google Acadêmico, a fim de fortalecer a elaboração do referencial teórico. Como descritores foram utilizados: “Humanization”, “Multidisciplinary team” e “Intensive Care Units”, com aplicação do recurso booleano “and” e foram selecionados textos em inglês, português e espanhol.

Os dados foram coletados no período de abril a maio de 2022 e os artigos que compuseram a elegibilidade para a construção do estudo compreendem publicações do período compreendido entre os anos de 2012 e o presente ano, visando acompanhar o avanço da humanização na assistência à saúde no decorrer da última década. Constituíram-se em critérios de inclusão: artigos nacionais e internacionais disponíveis em texto completo dos últimos 11 anos, versando sobre humanização do cuidado em UTI adulto. Os critérios de exclusão, por sua vez, foram: artigos nacionais e internacionais escritos antes do ano de 2011, artigos repetidos ou duplicados em bases de dados diferentes, artigos incompletos ou resumos e aqueles que não abordaram a temática proposta.

Para a análise dos dados e conteúdos realizou-se, primeiramente, uma leitura dinâmica dos artigos selecionados e, após isso, realizada uma leitura aprofundada bem como a confecção de resumos através de fichamentos, buscando compreender os principais achados dos estudos. Foram levados em consideração na escolha destes artigos científicos, o periódico de publicação, a abordagem do tema e o tipo de pesquisa. A partir da análise dos textos encontrados, foi possível observar as seguintes categorias de análise: o ambiente da Unidade de Terapia Intensiva; o cuidado da equipe de saúde aos pacientes, as dificuldades vivenciadas pela equipe multiprofissional para implementar a humanização no cenário da UTI e as estratégias para a humanização na UTI. A seguir, os dados encontrados foram agrupados para análise, sendo realizada, por fim, a discussão.

### 3. Revisão de Literatura

A humanização tem-se constituído em uma temática bastante relevante na atualidade, configurando um dos elementos que podem permitir o resgate do cuidado ao indivíduo que vivencia o estar saudável, o estar doente e a sua família nestes dois momentos. Isso porque, ao longo dos anos, a formação dos profissionais e a organização dos serviços de saúde têm priorizado o conhecimento especializado, a supremacia do poder médico, a valorização da técnica e a visão do ser humano como máquina (Terra & Gomes, 2015; Bueno & La Calle, 2020).

Um ambiente mais humano para todos os indivíduos que fazem parte do ambiente de saúde, não apenas pacientes e seus familiares é, além de uma necessidade, o caminho de para a construção de um sistema de saúde de excelência. E, ainda que não seja possível curar todos os doentes, é preciso melhorar o atendimento prestado focando na dignidade dessas pessoas (Vaeza, Delgado & La Calle, 2020; La Calle, Oviés & Tello, 2017).

Com vistas a melhorar a qualidade e a eficácia dos serviços de saúde prestados, em 2001, o Ministério da Saúde elaborou o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH) tendo em vista, dentre outras questões, humanizar a assistência hospitalar pública prestada aos pacientes, assim como aprimorar as relações existentes entre usuários e profissionais, entre os profissionais, e entre o hospital e a comunidade (Terra & Gomes, 2015).

Dois anos mais tarde, em 2003, com o intuito de unificar as políticas, o PNHAH, juntamente com outros programas de humanização existentes, transformou-se na Política Nacional de Humanização (PNH), o Humaniza SUS, o qual passou a abranger também as instituições primárias de atenção na busca por melhoria na qualidade e na eficácia dos serviços de saúde. Assim, a PNH fez uma inflexão no interior das demais políticas de saúde, visando à integralidade das práticas e buscando superar a fragmentação do cuidado, ao primar pela indissociabilidade entre atenção e gestão (Terra & Gomes, 2015; Martins & Luzio, 2017).

Desta maneira, em meio às necessidades presentes nas instituições de saúde, entende-se como relevante o desenvolvimento de pesquisas que contemplem o processo de humanizar relacionado ao paciente crítico, à Unidade de Terapia Intensiva (UTIs) (Terra & Gomes, 2015). Ela é um ambiente que possui pacientes que apresentam quadros clínicos complexos, distintos e que exigem alto nível de atenção e cuidado por parte da equipe de saúde. Juntamente a isso, avanços tecnológicos surgem, beneficiam o trabalho e novos equipamentos auxiliam à manutenção e a recuperação da vida. Na UTI acontece uma diversidade de procedimentos de alta complexidade, o que exige da prática dos profissionais de respostas adequadas e em tempo hábil (Machado & Soares, 2016).

A Unidade de Terapia Intensiva traz consigo algumas particularidades em seu ambiente físico, como estresse, ansiedade, dor, presença de luzes e ruídos. Lá, os pacientes frequentemente experimentam má qualidade e quantidade de sono. Uma vez que este é um elemento essencial para a recuperação dos pacientes na UTI, são necessárias estratégias para melhorar o sono, já que o mal dormir afeta o anabolismo do corpo, a regeneração, o sistema imunológico e as funções cognitivas. Ter o sono interrompido pode trazer consequências físicas, psicológicas e comportamentais que influenciam negativamente a recuperação do paciente. Respiração alterada, delirium e comprometimento cognitivo de longo prazo estão entre algumas das consequências do mal dormir. Visto que há indícios de que a música tem influência positiva na qualidade do sono do paciente internado em UTI, ela pode ser uma alternativa ao tratamento médico na promoção do sono nesses pacientes (Hansen, Langhorn & Dreyer, 2017).

No ambiente da terapia intensiva, a humanização é fundamental para que seja possível se relacionar com o paciente não apenas por meio dos aparelhos que o monitora, mas também de modo a facilitar sua volta à comunidade, não somente com sua saúde física reestabelecida, bem como com o mínimo de sequelas psíquicas ou emocionais vindas dessa experiência (Terra & Gomes, 2015). O ato de humanizar acontece de dentro para

fora e é um importante compromisso para melhorar nosso sistema de saúde, relacionamentos e ambiente diariamente. Ele significa colocar o ser humano no centro de todos os esforços feitos tanto para promover quanto para proteger a saúde, curar doenças e prestar os melhores cuidados no processo de morte como parte da vida (La Calle, Oviés & Tello, 2017).

Toda instituição que preza pela qualidade na assistência à saúde deve ter como foco uma melhor comunicação, objetivando a efetividade das informações referentes aos pacientes, clareza e objetividade destas, para que se estabeleça, de maneira oportuna, uma comunicação efetiva e eficiente, livre de ambiguidades e garantindo a compreensão adequada por parte dos receptores (Santos et al., 2021).

Trabalhar em UTI requer habilidade comunicativa. Comunicar uma notícia exige empatia e clareza, além da observação do ritmo de compreensão de que o paciente ou a família necessita. É importante também detectar comportamentos de bloqueio emocional e negação da realidade. A família que estabelece uma boa relação com a equipe, apresenta relações de maior confiança, dividindo informações importantes e transmitindo suas dúvidas e preocupações. A contínua melhoria da comunicação entre a família e a equipe de saúde garante, além de um maior nível de satisfação e melhor relação paciente-equipe, a diminuição do nível de estresse dos profissionais (Escudero, Viña & Calleja, 2013).

As iniciativas de cuidado devem passar por cuidados centrados na família, reconhecendo a importância dela no processo de adoecimento do paciente internado em UTI. Entretanto, para que haja o cuidado humanizado em saúde, é preciso que o conceito e a prática estejam presentes desde a formação profissional. Muitas instituições de ensino ainda estão centradas no conteúdo fisiopatológico e os profissionais formados com visões fragmentadas, o que reflete diretamente na assistência (Latour & Coombs, 2018; Figueiredo et al., 2018; Reis, Sena & Fernandes, 2016).

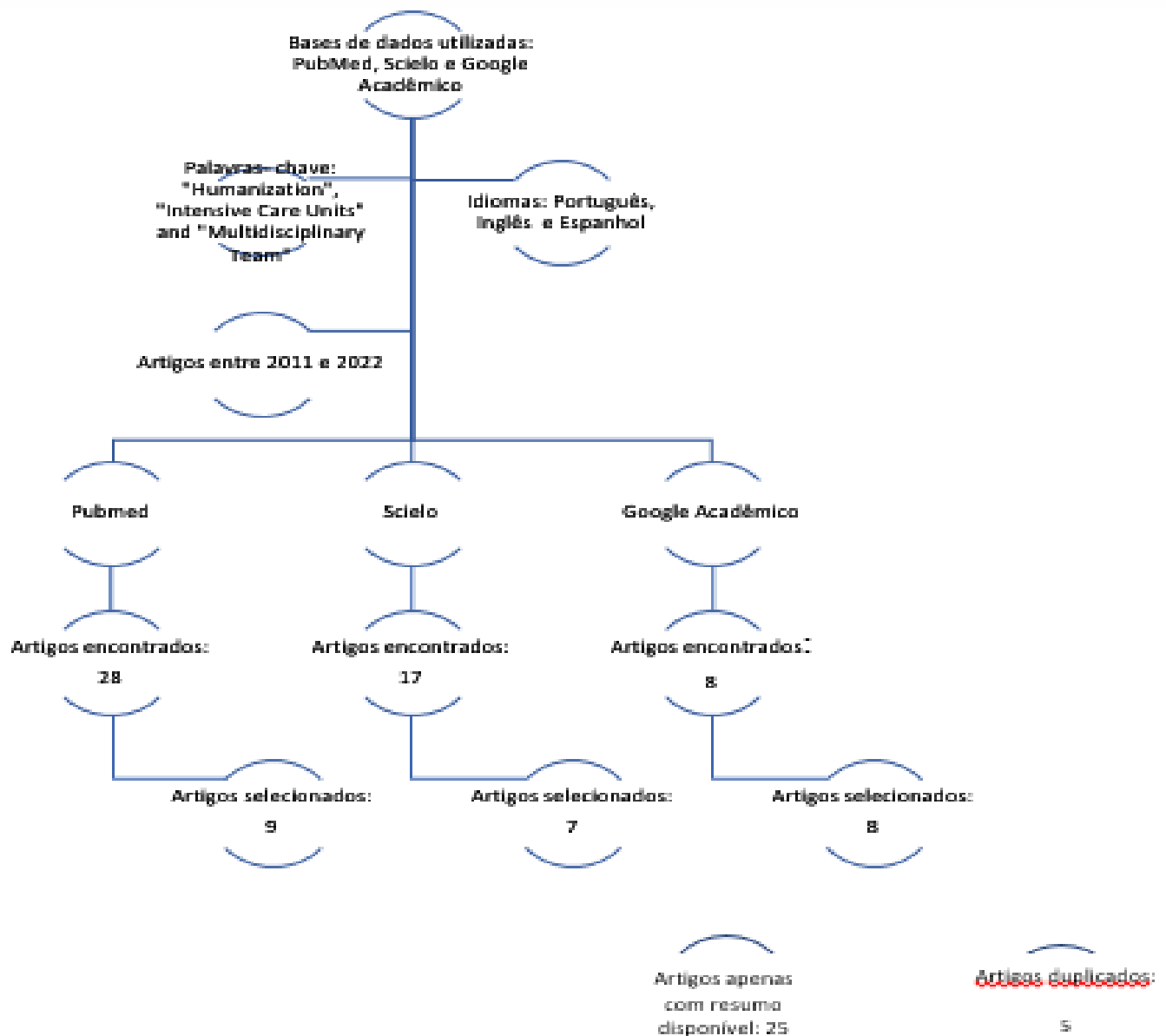
Além disso, a sobrecarga de trabalho e as dificuldades encontradas no cotidiano laboral dos profissionais de saúde, a exemplo da má remuneração, do estresse, das duplas ou triplas jornadas, dentre outras, raramente são trazidas para o debate sobre humanização, apesar de terem relação direta com o cuidado (Camponogara et al., 2011).

É importante que as grades dos cursos de formação sejam revistas, treinamentos e atualizações profissionais sejam realizados, bem como a implementação das ações continuadas em serviço. Desta forma, vai haver uma associação do conhecimento, da técnica, da escuta, do diálogo e da solidariedade no atendimento ao paciente crítico (Reis, Sena & Fernandes, 2016).

#### **4. Resultados**

Os descritores foram utilizados separadamente, associados dois a dois e, por último, todos juntos, a fim de realizar a busca dos artigos. Inicialmente, foram selecionados 53 artigos, dos quais 23 constituíram-se em material de análise para a elaboração do presente trabalho e 30 foram excluídos por não se encaixarem nos já referidos critérios de inclusão, ou por apresentarem-se duplicados, segundo Figura 1. Dentre os selecionados, 12 apresentaram resultados utilizados na elaboração da discussão deste trabalho, conforme descritos na Tabela 1.

Figura 1 - Seleção dos artigos do presente estudo.



Fonte: Autores (2022).

**Tabela 1** - Características básicas dos artigos selecionados.

<b>Título</b>	<b>Autor(es)/ Ano</b>	<b>País</b>	<b>Tipo de estudo</b>
Humanization care in intensive care units: integrative review	Reis, C. C. A.; Sena, E. L. S.; Fernandes, M. H., 2016	<b>Brasil</b>	<b>Revisão integrativa</b>
Experience of care through patients, family members and health professionals in an intensive care unit: a qualitative descriptive study	Rodrigues- Almagro, J. et al., 2019	<b>Espanha</b>	<b>Descritivo qualitativo</b>
Por una UCI de puertas abiertas, más comfortable y humana. Es tiempo de cambio	Escudero, D.; Viña, L.; Calleja, C., 2013	<b>Espanha</b>	<b>Revisão narrativa</b>
Humanização em UTI: Sentidos e significados sob a ótica da equipe de saúde	Machado, E. R.; Soares, N. V., 2016	<b>Brasil</b>	<b>Descritivo qualitativo</b>
A humanização da assistência em Unidade de Terapia Intensiva para adultos	Terra, T. C. C.; Gomes, S. R., 2015	<b>Brasil</b>	<b>Descritivo qualitativo</b>
O cuidado intensivo oferecido ao paciente no ambiente de Unidade de Terapia Intensiva	Beckes, M. T. S. et al., 2012	<b>Brasil</b>	<b>Descritivo qualitativo</b>
Humanization of care for adult ICU patients: a scoping review protocol	Gareau, S.; DE Oliveira, E. M.; Gallani, M. C., 2022	<b>Canadá</b>	<b>Revisão de escopo</b>
Humanization in the Intensive Care: perception of family and healthcare professionals	Luiz, F. F.; Caregnato, R. C. A.; Costa; M. R., 2017	<b>Brasil</b>	<b>Descritivo qualitativo</b>
Humanizing Intensive Care: Toward a Human- Centered Care ICU Model	Vaeza, N. N.; Delgado, M. C. M.; La Calle, G. H., 2020	<b>Espanha</b>	<b>Revisão narrativa</b>
Humanization of critical care—psychological effects on healthcare professionals and relatives: a systematic review	Galvin et al., 2018	<b>Canadá</b>	<b>Revisão sistemática</b>
Effects of music during daytime rest in the intensive care unit	Hansen, P. H., Langhorn, L., Dreyer, P., 2017	<b>Inglaterra</b>	<b>Ensaio clínico controlado randomizado</b>
Cuidado humanizado ao paciente crítico: uma revisão integrativa	Figueiredo et al., 2018	<b>Brasil</b>	<b>Revisão integrativa</b>

Fonte: Autores (2022).

## 5. Discussão

Dada a relevância deste tema, a produção científica acerca da humanização nas Unidades de Terapia Intensiva sob a ótica da equipe multiprofissional, na última década, ainda é concisa. Grande parte dos artigos publicados, até o presente momento, é de diferentes periódicos da área da enfermagem e fornecem, na sua maioria, uma abordagem qualitativa de revisões da literatura.

O Programa Nacional de Humanização trouxe uma série de benefícios para o cuidado, a exemplo da redução do tempo de internação, uma vez que o paciente melhor assistido tem o seu processo de recuperação acelerado; redução dos custos de saúde e aumento da sensação de bem-estar entre o paciente, seus familiares e a equipe multiprofissional (Reis, Sena & Fernandes, 2016).

A contribuição significativa da humanização na recuperação do paciente em UTI foi citada por todas as publicações científicas observadas na presente revisão. Alguns artigos, entretanto, tal qual Reis, Sena e Fernandes (2016), chamam atenção para a necessidade, antes de tudo, de humanizar os profissionais de modo que eles se tornem capazes de enxergar as necessidades de saúde dos pacientes e, portanto, aptos a proporcionar um cuidado integral a eles. Muitas instituições de ensino estão centradas no processo técnico saúde- doença, o que faz com que os profissionais passem a ter a visão restrita, e que isso se reflita na qualidade da assistência prestada. A visão holística da equipe multiprofissional sobre o paciente permite que ela deixe de vê-lo apenas como a patologia que ele apresenta e passe a enxergá-lo como um todo. Desta maneira, é necessária uma revisão dos cursos de formação, bem como a implementação da educação continuada no serviço para garantia de atualização do profissional (Reis, Sena & Fernandes, 2016; Rodrigues- Almagro et al., 2019).



A humanização do cuidado no que diz respeito à equipe de saúde, também passa pelas condições de trabalho, carga horária, remuneração, quantidade de recursos humanos disponível e reconhecimento profissional. Se essas situações forem atendidas, há uma clara contribuição para um ambiente de trabalho mais favorável e humano. O cuidado humanizado, portanto, se caracteriza mais do que pela relação profissional, paciente e a Unidade de Terapia Intensiva, mas também pela abrangência da família e do contexto social em que ela e o paciente estão inseridos, a estrutura física, a organizacional e a gestão da UTI. Dito isto, é possível perceber que a humanização também significa instituir melhorias dos serviços para todos os envolvidos (Reis, Sena & Fernandes, 2016; Escudero, Viña & Calleja, 2013; Rodrigues- Almagro et al., 2019; Galvin et al., 2018; Figueiredo et al., 2018) além de reconhecer, portanto, que o cuidado àquele que cuida é um componente fundamental no cuidado humanizado, conforme bem lembram Galvin e colaboradores em 2018.

Ao discutir a humanização da assistência hospitalar, especificamente nas UTIs, surgem fragilidades e desafio. Como a UTI é uma unidade preparada para o atendimento de pacientes críticos ou potencialmente críticos, na qual o risco de morte é constante, a qualidade e a humanização nos cuidados devem ser priorizados com a finalidade de maximizar as chances de sobrevivência de cada paciente que lá está. O fato também de a UTI ser um local que apresenta uma série de procedimentos de alta complexidade, os quais exigem da equipe multiprofissional a entrega de respostas adequadas e em tempo hábil às demandas da atenção, pode favorecer para que os anseios dos pacientes e de seus familiares fiquem, em alguns momentos, em segundo plano. Esse ritmo acelerado da assistência, guiado por um intenso controle dos parâmetros clínicos, manutenção do tratamento estabelecido ou por constantes necessidades de mudanças nas condutas médicas e no cuidado ao paciente, leva os profissionais a criarem um mecanismo de adaptação ao trabalho e acabam, muitas vezes, não se sensibilizando com a condição de saúde do paciente. Além disso, podem passar a cuidar dos pacientes de modo mais mecanizado, priorizando a dimensão biológica, deixando um pouco de lado a dimensão humana (Terra & Gomes, 2015; Machado & Soares, 2016; Beckes et al., 2012; Escudero, Viña & Calleja, 2013; Gareau, Oliveira & Gallani, 2022; Reis, Sena & Fernandes, 2016; Luiz, Caregnato & Costa, 2017). A este contexto ainda se somam a individualidade do paciente e da família, os quais vivenciam processos de alterações e perdas das mais variadas ordens, sendo elas física, emocional e social (Terra & Gomes, 2015; Escudero, Viña & Calleja, 2013; Rodrigues- Almagro et al., 2019).

Como bem é lembrado por Luiz, Caregnato e Costa, em 2017, a perda da autonomia e da privacidade acentua ainda mais a importância de um olhar mais humanizado sobre o paciente internado em UTI. Neste ambiente, o paciente se apresenta despido, física e metaforicamente. Embora identificado por pulseiras e placas, ele é despersonalizado do sistema, quando transformado em objeto de estudo médico ou quando representado pelo número do leito que ocupa. Não raro, ele é internado de forma súbita em um ambiente “estranho”, dividido com outras pessoas as quais ele nunca viu. Além disso, passa a ser cuidado por pessoas desconhecidas, responsáveis agora por desenvolver atividades básicas que antes eram desenvolvidas por ele ou por pessoas de sua confiança (Luiz, Caregnato & Costa, 2017; Escudero, Viña & Calleja, 2013). Para amenizar toda essa situação que é imposta de forma repentina, é importante chamar o paciente pelo nome ou procurar saber se há um apelido que goste, deixar que o paciente desempenhe alguma atividade que esteja apto e que antes do internamento realizava de maneira autônoma e, na medida do possível, respeitar a sua privacidade.

É sabido que, nas UTIs, muitos são os fatores que afetam o sono do paciente internado, tais quais tipo e gravidade da doença, estresse, ansiedade, luzes e ruídos. Como bem lembram Hansen, Langhorn e Dreyer (2017) em seu estudo, a privação do sono e a perturbação dele estão associadas ao aumento da morbimortalidade dos pacientes. A promoção do sono nas UTIs se faz tanto com tratamento farmacológico quanto com intervenções não farmacológicas. Como o tratamento farmacológico pode resultar em efeitos colaterais, como risco de dependência e ventilação deprimida, ainda que sejam necessárias mais pesquisas para fortalecer as evidências para o uso de intervenções não farmacológicas, é possível lançar mão de tampões de ouvido e máscaras para os olhos, a fim de favorecer o sono e possibilitar o descanso dos pacientes internados.



Adaptar-se à experiência de estar internado em uma UTI exige grande esforço de todos os envolvidos: paciente, seus familiares e equipe de saúde. A maioria das UTIs, por exemplo, possui uma política de horários de visita restritiva, porém essa restrição é sobretudo habitual e centra-se mais nas necessidades da equipe de saúde e na estrutura física das unidades do que nas necessidades dos pacientes e seus familiares. Atualmente, as evidências disponíveis sugerem que a flexibilização de horários é viável e benéfica para todos os envolvidos. É importante transformar o conceito de “visitante” para “parceiro no cuidado”, restituindo o papel de cuidador ao membro da família. A efetiva incorporação da família na UTI reduz ansiedade, estresse e melhora os resultados em pacientes doentes (Vaeza, Delgado & La Calle, 2020).

Em seu estudo, Machado e Soares (2016) também consideram que o uso das tecnologias nesse ambiente tem papel primordial na qualidade do cuidado prestado, porém traz desafios aos profissionais, visto que se trata de equipamentos que exigem alto nível de atenção e preparo no seu manuseio. Este pode ser um dos fatores que favorece ansiedade, angústia, estresse e, muitas vezes, sentimento de impotência diante de certas situações cotidianas, vindo a prejudicar o desempenho dos profissionais, bem como a relação com os demais colegas do grupo, com pacientes e familiares, causando certo distanciamento nas relações estabelecidas (Machado & Soares, 2016; Bueno & La Calle, 2020). Para Rodrigues- Almagro e colaboradores (2019), considerar a família nesse processo é fundamental para, além de conferir transparência à atenção que os pacientes recebem, promover processos de humanização que influenciam diretamente o tratamento prestado aos pacientes internados na UTI.

A comunicação também é peça-chave para o desenvolvimento da humanização, pois permite a formação de uma rede articulada entre equipe, paciente e seus familiares. O encurtamento das distâncias contribui para o entendimento das informações compartilhadas, além de facilitar a aquisição de novos conhecimentos e a expressão de possíveis dúvidas. Buscando esses benefícios, é bastante válido permitir contatos mais longos, privados e constantes com os familiares, tanto por parte do paciente quanto da equipe multiprofissional (Terra & Gomes, 2015; Escudero, Viña & Calleja, 2013; Luiz, Caregnato & Costa, 2017; Evangelista et al., 2016).

A família também deve ser alvo de atenção e cuidado profissional, pois apresenta uma alta prevalência de estresse pós-traumático e ansiedade. Sabendo disso, é primordial que receba informações claras sobre o diagnóstico e o prognóstico do seu ente querido, bem como suporte emocional, promovendo alívio do sofrimento (Escudero, Viña & Calleja, 2013; Evangelista et al., 2016).

A dificuldade de comunicação com o paciente intubado ou traqueostomizado se faz presente no dia a dia da UTI e não deve deixar de ser trazida à tona, sobretudo ao falar em humanização (Escudero, Viña & Calleja, 2013; Luiz, Caregnato & Costa, 2017). Escudero e colaboradores, em 2013, retratam bem que, eventualmente, a tentativa de comunicação com esses pacientes pode ser insuficiente, por vezes ineficaz ou até mesmo angustiante para o paciente e a equipe. É bastante desconfortável testemunhar os esforços de um paciente em ventilação mecânica tentando expressar algo e o profissional listando algumas opções sem sucesso. Abandonar a tentativa informando ao paciente que não é possível compreendê-lo e dizendo a ele que “está tudo bem” não resolve. A comunicação requer, nesses casos, além de esforço pessoal, tempo e empatia. Na UTI se trabalha em desenvolver sistemas de comunicação todos os dias, uma vez que os sistemas clássicos de tabelas alfabéticas ou imagens são limitadas.

Não há soluções mágicas ou caminhos fáceis para essas transformações, pois a construção da assistência hospitalar humanizada é um processo complexo, lento e gradual que exige o envolvimento de uma série de instâncias, mudança de velhos paradigmas para novos hábitos e a participação de toda a equipe de saúde. Há momentos em que, mais do que de um medicamento ou procedimento, o paciente precisa de atenção, da escuta, ser situado no tempo e no espaço, ser informado sobre o procedimento que vai ser realizado, ter a sua privacidade e o seu(s) gosto(s) respeitados, ser questionado sobre o que o agrada ou desagrada, sobre fome, sede, barulho, sono, frio, música que gosta de ouvir, dentre outros. A luz excessiva e o ruído

que existem nas Unidades de Terapia Intensiva, como já foi dito, contribuem para a má qualidade do sono, tendo repercussões importantes a curto e longo prazo, a exemplo do delirium. Como forma de tornar as noites mais adequadas ao descanso, a literatura relata a importância da busca de melhoria nas condições ambientais, tais quais apagar as luzes e diminuir o ruído existente nestes ambientes. Isso significa que o cuidado humanizado é mais que a recuperação do paciente crítico, mas o seu completo bem-estar. Ou seja, a humanização diz respeito à valorização das dimensões subjetiva e social no atendimento em saúde, sendo um dos aspectos da assistência que deve estar presente em todas as práticas de cuidado (Beckes et al., 2012; Reis, Sena & Fernandes, 2016; LUIZ, Caregnato & Costa, 2017; Escudero, Viña & Calleja, 2013).

## 6. Considerações Finais

A humanização nas Unidades de Terapia Intensiva é apontada como forma de resgate à dignidade humana do paciente crítico. Mas, para que a humanização se faça presente, é preciso que os profissionais compreendam a sua importância na melhoria da qualidade de vida desses pacientes e sejam capazes de contribuir de forma positiva na atenção à saúde. É também papel dos gestores fornecer subsídios para que a equipe possa propiciar esse atendimento mais humanizado e acolhedor, incluindo condições adequadas de trabalho e o reconhecimento deste, bem como fornecendo uma remuneração mais justa.

Muito embora diversas sejam as atividades que fazem parte do dia a dia da equipe multiprofissional, não se deve perder de vista o principal foco do trabalho de todo profissional da saúde que é o cuidado ao paciente. Este deve, o máximo possível, ser contemplado na sua integralidade, do mesmo modo em que deve ser respeitada a sua individualidade. Um modelo de assistência biomédico e mecanizado, que não leva em consideração as variadas dimensões que fazem parte do ser humano, já não basta, uma vez que este modelo já não consegue mais dar conta da complexidade dos cuidados que requer um paciente internado em UTI.

Melhorias na estrutura física, humana e administrativa das UTIs, visando à valorização e à melhoria dos pacientes, familiares e da equipe de saúde, são estratégias extremamente válidas que garantem um cuidado mais seguro e ético.

Considerando que se trata de uma revisão de literatura ainda concisa na área, é necessário ampliar a análise deste tema através da realização, discussão e divulgação de mais estudos que possam contribuir na expansão dessa temática tão relevante, sobretudo nos espaços de formação profissional e educação continuada em serviço.

## Referências

- Beckes, M. T. S. et al (2012). O cuidado intensivo oferecido ao paciente no ambiente de Unidade de Terapia Intensiva. *Esc Anna Nery*, 16(4), 689-696.
- Bueno, J. M. V.; La Calle, G. H (2020). Humanizing Intensive Care From Theory to Practice. *Crit Care Nurs Clin North Am*, 32(2), 135- 147.
- Camelo, S. H. H (2012). Professional competences of nurse to work in Intensive Care Units: an integrative review. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, 20(1), 192-200.
- Camponogara, S. et al (2011). O Cuidado Humanizado em Unidade de Terapia Intensiva: uma revisão bibliográfica. *R. Enferm. UFSM*, 1(1), 124-132.
- Da Silva, F. E. A. et al (2022). A Importância da Comunicação entre a Equipe Multiprofissional para o Paciente Internado na Unidade de Terapia Intensiva. *Revista Interfaces: Saúde, Humanas e Tecnologia*, 10(1), 1240-1243.
- Escudero, D.; Viña, L.; Calleja, C (2014). Por una UCI de puertas abiertas, más comfortable y humana. Es tiempo de cambio. *Med Intensiva*, 38(6), 371- 375.
- Evangelista, V. C. et al (2016). Multidisciplinary team of intensive therapy: humanization and fragmentation of the work process. *Rev Bras Enferm [Internet]*, 69(6), 1099-1107.
- Farias, F. B. B. et al (2013). Cuidado humanizado em UTI: desafios na visão dos profissionais de saúde. *Journal of Research Fundamental Care Online*, 5(4), 635-642.
- Figueiredo, M. C. C. M. et al (2018). Cuidado humanizado ao paciente crítico: uma revisão integrativa. *Revista Saúde & Ciência*, 7(1), 94-101.
- Galvin, I. M. et al (2018). Humanization of critical care- psychological effects on healthcare professionals and relatives: a systematic review. *J Can Anesth*, 65, 1348- 1371.

- Gareau, S.; De Oliveira, E. M.; Gallani, M. C. (2022). Humanization of care for adult ICU patients: a scoping review protocol. *JBI Evidence Synthesis*, 20(2), 647-657.
- Hansen, I. P.; Langhorn, L.; Dreyer, P. (2017). Effects of music during daytime rest in the intensive care unit. *Nursing in Critical Care*, 23(4), 207-213.
- La Calle, G. H.; Ovies, A. A.; Tello, V. G. (2017) A plan for improving the humanization of intensive care units. *Intensive Care Medicine*, 43(4), 547- 549.
- Latour, J. M.; Coombs, M. (2019) Family- centred care in the intensive care unit: more than just flexible visiting hour. *Intensive Crit Care Nurs*, 50, 1-2.
- Luiz, F. F.; Caregnato, R. C. A.; Costa, M. R. (2017) Humanization in the Intensive Care: perception of family and healthcare professionals. *Rev Bras Enferm [Internet]*, 70(5), 1040-1047.
- Machado, E. R.; Soares, N. V. (2016) Humanização em UTI: Sentidos e significados sob a ótica da equipe de saúde. *R. Enferm. Cent. O. Min.*, 6(3), 2342-2348.
- Martins, C. P.; Luzio, C. A. (2017) Política HumanizaSUS: ancorar um navio no espaço. *Interface*, 21(60), 13-22.
- Medeiros, A. C. et al. (2016) Comprehensiveness and humanization of nursing care management in the Intensive Care Unit. *Rev Esc Enferm USP*, 50 (5), 816-822.
- Reis, C. C. A.; Sena, E. L. S.; Fernandes, M. H. (2016) Humanization care in intensive care units: integrative review. *J. res.: Fundam. Care. Online*, 8 (2), 4212-4222.
- Rodrigues- Almagro, J. et al (2019). Experience of care through patients, family members and health professionals in an intensive care unit: a qualitative descriptive study. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 33(4), 912-920.
- Santos, J. A. M. et al. (2021) Comunicação e segurança do paciente em Unidade de Terapia Intensiva: perspectivas da equipe multiprofissional de saúde. *Research, Society and Development*, 10(13), e131101320898-e131101320898.
- Terra, T. C. C.; Gomes, S. R. (2015) A humanização da assistência em Unidade de Terapia Intensiva para adultos. *REINPEC*, 1(1), 233-286.
- Vaeza, N. N.; Delgado, M. C. M.; La Calle, G. H. (2020) Humanizing Intensive Care: Toward a Human- Centered Care ICU Model. *Crit Care Med*, 48(3), 385- 390.