**As implicações do processo de humanização em unidades de terapia intensiva na prática laboral da equipe de enfermagem**

Ellen Vale de Araújo [[1]](#footnote-1)

**RESUMO**

O estudo objetivou analisar a humanização em UTIs. Este estudo se justifica por analisar uma temática que envolve a melhoria do atendimento em saúde, em especial nas UTIs. Desde a década 80 a humanização em saúde vem sendo colocada como questão nas políticas governamentais, em programas de intervenção e em todo discurso que envolve a saúde. O estudo foi desenvolvido através da revisão da literatura.

**Palavras-chave:** Humanização; Saúde; SUS; UTI.

**1- Introdução**

Desde a década 80 humanização em saúde vem sendo colocada como questão nas políticas governamentais, em programas de intervenção e em todo discurso que envolve a saúde. Com se verá no estudo, diversas pesquisas indicam que o processo de construção e implementação da humanização em saúde, nos dias de hoje, o maior desafio da saúde no Brasil. (CASTRO, 2016)

A qualidade tem sido considerada como um elemento diferenciador no processo de atendimento das expectativas de clientes e usuários dos serviços de saúde. Toda instituição hospitalar, dada a sua missão essencial em favor do ser humano, deve preocupar-se com a melhoria permanente da qualidade de sua gestão e assistência de tal forma que consiga uma integração harmônica das áreas médica, tecnológica, administrativa, econômica, assistencial e, se for o caso, das áreas de docência e pesquisa. Tudo isso deve ter como razão última a adequada atenção ao paciente.

De forma geral este estudo objetivou analisar a humanização em UTIs.

De forma específica este estudo objetiva: Analisar o atendimento em UTIs; Verificar o processo de humanização em saúde; Destacar formas de humanização no atendimento em Tis.

Este estudo questiona: quais os problemas inerentes a humanização em UTIs?

A humanização, busca aproximar os profissionais de saúde dos pacientes e suas famílias, o que se torna complexo quando envolve pacientes em unidades de terapia intensiva, devido a trabalhar com pacientes em estado crítico.

Este estudo caracteriza-se pelo levantamento bibliográfico como procedimento inicial, seleção da literatura de interesse, discussão do pensamento encontrado a respeito do tema como fundamentação teórica e verificação dos fatos em confronto com a teoria, bem como a confrontação das respectivas definições.

Realizou-se uma revisão bibliográfica no período de unho e julho de 2020, sendo consultadas as bases de dados (Bireme, Scielo, Lilacs) e fontes primárias, que abordam a temática pesquisada. Utilizou-se como indexadores: Humanização; Saúde; UTI.

**2- Humanização em Saúde**

Desde a década 80 humanização em saúde vem sendo colocada como questão nas políticas governamentais, em programas de intervenção e em todo discurso que envolve a saúde. Com se verá no estudo, diversas pesquisas indicam que o processo de construção e implementação da humanização em saúde, nos dias de hoje, o maior desafio da saúde no Brasil.

Sendo assim, o ministério da Saúde instituiu, desde 2003, esta Política Nacional de Humanização, o Humaniza SUS, a fim de propiciar uma melhor gestão da saúde brasileira, abrangendo gestores, funcionários e usuários.

A partir daí, definiu-se Humanizar como sendo, ofertar atendimento de qualidade articulando os avanços tecno­lógicos com acolhimento, com melhoria dos ambientes de cuidado e das condições de trabalho. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2016)

Ainda pode-se definir Humanizar como sendo a capacidade de aumentar o grau de co-responsabilidade dos diferentes atores que constituem a rede SUS, na produção da saúde o que implica na mudança na cultura da atenção aos usuários e da gestão dos processos de trabalho. Tomar a saúde como valor de uso é ter como padrão na atenção o vínculo com os usuários, é garantir os direitos dos usuários e seus familiares, é estimular a que eles se coloquem como atores do sistema de saúde por meio de sua ação de controle social, mas é também ter melhores condições para que os profissionais efetuem seu trabalho de modo digno e criador de novas ações e que possam participar como co-gestores de seu processo de trabalho. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2016)

A questão ainda tem sido abordada por diversos autores, que nos trazem que humanização do atendimento abrangeria fundamentalmente aquelas iniciativas que apontam para (1) a “democratização das relações que envolvem o atendimento”, (2) o “maior diálogo e melhoria da comunicação entre profissional da saúde e paciente”, (3) o “reconhecimento dos direitos do paciente, de sua subjetividade e referências culturais”, ou ainda, o “reconhecimento das expectativas de profissionais e pacientes como sujeitos do processo terapêutico”. (TEIXEIRA, 2015)

Segundo Martins (2015), a humanização é um processo amplo, demorado e complexo, ao qual se oferecem resistências, pois envolve mudanças de comportamento, que sempre despertam insegurança. Os padrões conhecidos parecem mais seguros; além disso, os novos não estão prontos nem em decretos nem em livros, não tendo características generalizáveis, pois cada profissional, cada equipe, cada instituição terá seu processo singular de humanização.

Com o passar dos anos, devido à necessidade de mudança nas políticas de saúde, muitos projetos de humanização vêm sendo desenvolvidos, há vários anos, em áreas específicas da assistência - por exemplo, na saúde da mulher, na humanização do parto e na saúde da criança com o projeto mãe-canguru, para recém-nascidos de baixo peso.  Atualmente têm sido propostas diversas ações visando à implantação de programas de humanização na assistência pediátrica, vários projetos e ações desenvolvem atividades ligadas a artes plásticas, música, teatro, lazer, recreação.

Destarte, a teia inter-relacional, ou seja, o conjunto das relações que se estabelecem nas instituições - como profissional-paciente, recepção-paciente, profissional-equipe, profissional-instituição e outros -  necessita da humanização (Martins, 2015).

Acredita-se que a humanização deva caminhar cada vez mais, para se constituir como vertente orgânica do sistema clínico de saúde. Como política ela deve traduzir princípios e modos de operar no conjunto das relações entre profissionais e usuários, entre os diferentes profissionais e entre as diversas unidades e serviços de saúde.

Tomar a saúde como valor de uso é ter por padrão o vínculo com os usuários, garantindo direitos a eles e aos seus familiares; é estimular que os usuários se coloquem como protagonistas do sistema de saúde; mas é também os profissionais terem melhores condições de realizar seu trabalho de modo digno e criador de novas ações,  possibilitando-lhes participar como co-gestores de seu processo de trabalho.

Em suma, o desafio da humanização diria respeito à possibilidade de se constituir “uma nova ordem relacional, pautada no reconhecimento da alteridade e no diálogo” (TEIXEIRA, 2015).

No campo da saúde, humanização diz respeito a uma aposta ético-estético-política: ética porque implica a atitude de usuários, gestores e trabalhadores de saúde comprometidos e co-responsáveis; estética porque relativa ao processo de produção da saúde e de subjetividade autônomas e protagonistas; política porque se refere à organização social e institucional das práticas de atenção e gestão na rede do SUS. O compromisso ético-estético-político da Humanização do SUS se assenta nos valores de autonomia e protagonismo dos sujeitos, de co-responsabilidade entre eles, de solidariedade dos vínculos estabelecidos, dos direitos dos usuários e da participação coletiva no processo de gestão. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2016)

Os termos Humanização e acolhimento, embora possuam significados peculiares, as características do atendimento fundamentado nestas bases, quase se confundem. É difícil falar em humanização sem falar em acolhimento e vice-versa. Em suma, trata-se de adequar o atendimento àqueles que necessitam, da maneira mais humanitária possível, entendendo quais são as necessidades de cada um e proporcionando a adequada solução de seus problemas. Assim, atender com acolhimento e humanização é, acima de tudo, atender bem, buscando o bem estar do cidadão. É preciso, pois, olhar integralmente o necessitado, não apenas a busca da sua necessidade primária, pois, na maioria das vezes, o que se procura é uma escuta, alguém que possa ouvi-lo.

Definiremos Acolhimento, então, como a recepção do usuário, desde sua chegada, responsabilizando-se integralmente por ele, ouvindo sua queixa, permitindo que ele expresse suas preocupações, angústias e, ao mesmo tempo, colocando os limites necessários, garantindo atenção resolutiva e a articulação com os outros serviços de saúde para a continuidade da assistência quando necessário.(MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2016)

Ainda que a palavra humanização não apareça em todos os Programas e ações e que haja diferentes intenções e foco entre eles, podemos acompanhar uma tênue relação que vai se estabelecendo entre humanização e qualidade na atenção/ satisfação do usuário.

O caráter holístico de cada pessoa impõe indagar sobre quais aspectos de sua vida são relevantes para o cuidado em saúde e como e com que legitimidade o profissional da saúde os abordará. E questiona a fragmentação do cuidado entre distintos agentes responsáveis pelo diagnóstico e pelo tratamento, impedindo a visão mais integral da pessoa doente.

O sujeito interfere no mundo por meio da política, da gestão, do trabalho e de práticas cotidianas. Com esta finalidade busca conhecer ou pelo menos compreender a si mesmo e ao mundo. Para isso os sujeitos interagem com outros sujeitos, constituindo espaços dialógicos em que há múltiplos restantes conforme a capacidade e poder de cada um.

Vê-se, portanto, que o que se procura é garantir ao ser humano, a resposta adequada a estas necessidades, possibilitando uma atenção básica humanizada à comunidade, visando a promoção, prevenção e recuperação da saúde dos usuários

Em respeito a estes preceitos, uma Unidade Básica de Saúde de São Paulo implantou em 19 de novembro de 2008 o Acolhimento Humanizado, segundo o qual todo e qualquer usuário a ser atendido por queixa ou dúvida, ou alteração de níveis pressóricos ou glicêmicos, deve passar pelo Acolhimento Humanizado.

Este processo compreende um atendimento por demanda espontânea.

A equipe designada para este atendimento é composta por enfermeiro e auxiliar de enfermagem, que após receber o usuário, dá solução para aquele caso, por meio de encaminhamento/agendamento de atendimento médico ou de enfermagem entre outros.

**2.1- Humanização nas UTIs**

Muito se discute sobre os problemas que a presença contínua do familiar pode causar na assistência prestada ao paciente crítico, em especial nas UTIs.

**CONCLUSÃO**

A crescente estrutura que caracteriza o processo de implementação do da humanização na saúde interfere na dinâmica de oferta e demanda dos serviços prestados à população, para garantir novas tecnologias, de acordo com as mudanças políticas, econômicas e sociais. É importante assegurar qualidade, humanização e resolutividade aos serviços de saúde e também no SUS e nas UTIs, que funcionam mediante as práticas realizadas pelos trabalhadores da saúde.

Pode-se concluir que, para a construção de uma política de qualificação da saúde, a humanização pode ser vista como uma das dimensões fundamentais, não podendo ser entendida como apenas um programa a mais a ser aplicado aos diversos serviços de serviço, mas como uma política que opere em serviços de saúde.

Para finalizar vale dizer que a presente pesquisa não tem como objetivo ser determinante em seus resultados, nem tão pouco esgotar o tema em questão. Ao contrário, visa incentivar mais estudos acerca dos temas aqui discutidos.

**REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

BENEVIDES, R.; PASSOS, E. A humanização como dimensão pública das políticas de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.10, n.3, 2015.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Cadernos HumanizaSUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2016.

1. Discente do Curso [↑](#footnote-ref-1)