



A INCLUSÃO DO CÍRCULO SOCIOFAMILIAR DO USUÁRIO DE UTI ADULTO EM SEU PROCESSO DE CUIDADO: UMA REVISÃO DE LITERATURA

**Jeferson de Sousa
Saldanha¹**

**Erika Helena Salles
de Brito²**

RESUMO

Abrir-se ao diálogo numa linha de cuidado com pacientes limitados em sua capacidade comunicativa parece ser um enorme desafio ao que se deseja estabelecer na luta pela humanização do SUS, principalmente, num ambiente de nível de complexidade de atendimento alto. Neste ponto, a inclusão da família poderia fazer diferença e reduzir o sofrimento envolto nas dificuldades de comunicação existentes? Esta pesquisa visou identificar de que modo a inclusão do círculo sociofamiliar no atendimento em UTI Adulto poderia contribuir com o processo de humanização do serviço. Este trabalho fora realizado através de revisão integrativa da literatura, entre os dias 25 de Setembro e 29 de Novembro de 2019. Os dados foram analisados através do agrupamento de materiais selecionados semelhantes, confrontando-se as ideias obtidas nos resultados na produção de uma resposta ao problema apresentado, através de reflexão crítica. Foram encontrados através do percurso de pesquisa nas plataformas digitais um total de 26 publicações. Destas, apenas 8 foram selecionadas após filtragem utilizando-se os critérios de inclusão e exclusão. A partir da análise dos artigos foi observado que as dificuldades de contato entre a família e o paciente são as maiores causadoras de sofrimento, além da já esperada dor física. Em um dos trabalhos, familiares de pacientes e profissionais de saúde concordam com a importância de valorizar a opinião singular de cada um envolvido no processo de cuidado. No entanto, são apontados em outros artigos as dificuldades dos profissionais em se alcançar o nível desejado de humanização na UTI. Os resultados, portanto, deixaram claro o valor da comunicação social, da expressão de si e do contato humano para o cuidado em UTI. Afinal, é justamente a impossibilidade de se realizar esse contato em plenitude o que mais gera mal estar no paciente e em seu círculo sociofamiliar. Parece ser o fornecimento de ambiente adequado ao diálogo e a participação ativa de todos os agentes do cuidado, o que pode ser nomeado como atenção, que deve ser o foco do trabalho de humanizar a UTI, pois produz redução do sofrimento nos sujeitos participantes no processo. Em situações de dificuldades comunicativas com o paciente, a presença de um familiar, de forma mais frequente, que auxilie os profissionais no processo de significação das expressões, desejos e anseios do familiar, faria bastante diferença na tentativa de incluí-lo em seu tratamento. Ouvi-lo, mesmo quando sua expressão verbal está prejudicada. Afinal, a família conhece o paciente, sabe o que ele espera e teme. Ninguém melhor que um familiar para ajudar nesse processo de simbolizar sua expressão e tornar presente o sujeito paciente no seu cuidado.

Palavras-chave: Humanização; Família; Unidade de Terapia Intensiva Adulto.

¹ Estudante do Curso de Especialização em Gestão em Saúde pela Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira e Universidade Aberta do Brasil, polo Redenção.

² Doutora. Professora efetiva do curso de enfermagem da UNILAB.

1 INTRODUÇÃO

A Política Nacional de Humanização (PNH) de 2003 estabeleceu um novo modo de se fazer gestão em saúde, voltado para a inclusão de sujeitos no processo de cuidado, estimulando sua coparticipação, acolhendo os usuários através do diálogo, produzindo negociação, troca de sentidos entre os sujeitos - profissionais, usuários e familiares, em interação (BRASIL, 2011). Uma proposta de mudança bastante desafiadora, considerando o histórico da atenção em saúde, que por muito tempo esteve voltado para medidas curativas operacionais, ignorando com frequência a participação dos usuários no processo.

Quando se trata de instituições hospitalares, que são complexas e extremamente rígidas em seus *modus operandi*, a dificuldade aumenta. Tal limitação leva a um atendimento hospitalar pouco humanizado, fragmentado, com trabalhadores insatisfeitos que não se vinculam aos pacientes, não se sentem responsabilizados por eles, tornando o processo de cuidado bastante burocrático e robotizado (BRASIL, 2011).

Nas UTIs Adulto – Unidades de Terapia Intensiva de pacientes Adultos, o grau de automação do cuidado cresce significativamente, aumentando os riscos do atendimento em saúde se tornar impessoal. O atendimento exige uma série de fluxos de cuidado rígidos preestabelecidos pelo saber curativo, produzindo assim um profissional de saúde distante do contato dialógico com o usuário, aqui costumeiramente visto apenas como um corpo adoecido, a receber procedimentos em nome da cura orgânica (ROSSI; VILA, 2002).

Abrir-se ao diálogo numa linha de cuidado com pacientes limitados em sua capacidade comunicativa, parece ser um enorme desafio ao que se deseja estabelecer na luta pela humanização do SUS. Principalmente num ambiente de nível de complexidade de atendimento alto. Neste ponto, a inclusão da família poderia fazer diferença e reduzir o sofrimento envolto nas dificuldades de comunicação existentes?

É através de ações de gestão em saúde voltadas ao que é preconizado pela PNH que se pode promover bem estar social, reduzir o sofrimento psíquico dos sujeitos em atendimento hospitalar e, por consequência, elevar a qualidade do serviço prestado. Essa pesquisa pode auxiliar o trabalho de gestores na atenção de alta

complexidade na medida em que seus dados podem fornecer informações importantes quanto ao que se deve levar em consideração na busca por um atendimento humanizado em UTI, contribuindo para o repensar de suas práticas.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 O SUS

O SUS é o sistema público de saúde universal do Brasil custeado pelo povo. O governo federal financia a metade dos gastos, enquanto municípios e estados se responsabilizam pela outra parte (BRASIL, 2007). Seus três princípios básicos de funcionamento são: universalização, equidade e integralidade. Enquanto o primeiro princípio trata do acesso do SUS sem distinção à todas as pessoas, a equidade objetiva garantir essa universalização levando-se em consideração as diferenças dos usuários. Afinal, as pessoas possuem necessidades diferentes e, portanto, devem ser tratadas com graus de priorização e características distintas, em nome da garantia de acesso de forma equilibrada para todos. Por fim, a integralidade é o princípio que considera a pessoa em sua totalidade de necessidades, indo além da ideia corrente de que saúde se restringe a problemas pontuais de adoecimento físico a serem resolvidos (BRASIL, 2019).

Entender o conceito de atendimento integral é importante para compreender as ações do SUS interessadas em fornecer um serviço ao usuário do sistema em todas as suas vertentes, indo além do mero cuidado medicamentoso das chagas orgânicas. O SUS tem, como um de seus princípios organizativos, a Participação Popular que convoca a entrada do povo na rotina de cuidado do sistema, nas suas decisões e políticas (BRASIL, 2019). Essa participação costuma ocorrer através dos Conselhos de Saúde (BRASIL, 2007). Mas, pode e deve ir além.

Um Sistema que visa abranger diferentes aspectos da vida do usuário (psíquico, social) e incluir a população no seu processo de cuidado, precisa elaborar estratégias de gestão que atinjam esses objetivos. Uma delas é a política de Humanização do SUS (BRASIL, 2011).

2.2 HUMANIZANDO O SUS

Em 2003, a Política Nacional de Humanização surgiu com o objetivo de aplicar na prática os Princípios da Integralidade e da Participação Popular na gestão e no cuidado assistencial do SUS (BRASIL, 2013).

Apesar dos avanços, a Saúde Brasileira ainda é marcada em muitos aspectos por um cuidado pouco humanizado e voltado exclusivamente ao corpo biológico adoecido. Sendo consequência de um processo de gestão centralizado e rígido, com colaboradores em vias de esgotamento pelas difíceis condições laborais (MARTINS; LUZIO, 2017).

Afinal, se uma gestão não contempla a participação ativa de outros agentes no processo administrativo, a instituição de saúde frustra profissionais que possuiriam muito a contribuir na dinâmica do cuidado e fica cega à válida influência que a participação popular, aqui incluindo-se pacientes e seu círculo sociofamiliar, teriam para a melhoria do serviço. Por isso a nova política de humanização é “[...] interessada no diálogo, na produção de parcerias para mudar as práticas e os sujeitos que compõem o SUS” (MARTINS; LUZIO, 2017, p. 18).

Quando se fala em humanização, rapidamente se costuma pensar na ideia de uma atitude profissional preocupada em se fazer o bem, em ser delicada no cuidado e não destratar ninguém. A Política de Humanização, no entanto, visa um processo de mudança muito maior, estrutural, no modo como se faz gestão em saúde e em como o cuidado é entendido e aplicado na instituição (BRASIL, 2011).

O diálogo é o foco desta nova política. (MARTINS; LUZIO, 2017). Diálogo com os diferentes agentes da gestão, em vez de apenas um ou poucos. Diálogos com os usuários, com a população, em nome do entendimento de suas necessidades, na busca por sua contribuição ativa no processo de mudar o SUS (BRASIL, 2001).

A abertura ao outro implica uma gestão não centralizada nas mãos de poucos. Espera-se que seja pulverizada por diversos profissionais, de áreas e pontos de vistas diferentes, que em interação, se complementam e se modificam. “Um modo de fazer que põe sujeitos em contato para se afetarem mutuamente” (PASHE; PASSOS; HENNINGTON, 2011, p. 4547).

Uma gestão humanizada deve produzir autonomia, modificar o cuidado através da manifestação das necessidades de cada um dos agentes envolvidos (profissionais assistenciais, gestores, usuários e comunidade) através da exposição mútua de suas contribuições, convidando-os a agirem ativamente em nome da melhoria (PASHE; PASSOS; HENNINGTON, 2011).

Especificamente falando da área hospitalar, ambiente complexo de atendimento, a política de humanização contempla uma série de dimensões visando a transformação deste rígido espaço de cuidado. Na dimensão Organizacional, por exemplo, há a preocupação de fazer uma gestão em espaços, como o da UTI Adulto, que levem em consideração a Integralidade. Já no Assistencial, espera-se um cuidado que vá além dos padrões tecnológicos biomédicos (BRASIL, 2011).

2.3 GESTÃO HUMANIZADA NA UTI

A UTI é um espaço altamente complexo, com usuários de alta dependência necessitando de cuidados da equipe de enfermagem em vários níveis e com dificuldades de mobilidade e comunicação (GVOZD et.al, 2012). Daí seu nome: Unidade de Terapia Intensiva.

Com usuários em tratamentos tão delicados, pode ser difícil se pensar num cuidado que fuja aos rígidos padrões tecnológicos de atendimento médico. Principalmente quando se conhecem as dificuldades de contato com sujeitos, por vezes, limitados na fala ou mesmo inconscientes. Mas a política de humanização propõe um olhar contextualizado, que entende o usuário enquanto inserido num círculo familiar. Um olhar que promove a “[...] ampliação das tarefas de gestão [...] que se transforma também em espaço de realização de análise dos contextos” (BRASIL, 2013, p. 8).

Assim, espera-se “reinventar a clínica, a gestão e os modos tradicionais de trabalhar em saúde” (MARTINS; LUZIO, 2017, p. 17). Superando os modelos de gestão voltados ao cuidado individualizado com pacientes submetidos e sem interferências diretas da família, restrita ao processo de fornecer informações vagas sobre o usuário e visitá-lo nos horários pré-definidos.

A inclusão do diálogo no cuidado com o paciente pode ser feita de inúmeras formas, a partir de diversas bases teóricas, a fim de se atingir o mesmo objetivo: incluir

o outro no cuidado, tirando-o da postura de passividade plena durante o tratamento. É o que propõe, por exemplo, a ideia de aplicação da Teoria Humanística de Paterson e Zderad no trabalho de enfermagem na UTI. Onde, o sujeito é compreendido enquanto aberto ao diálogo, constituído em relação com o ambiente, ao mesmo tempo que o constitui (NASCIMENTO; TRENTINI, 2004).

O Paradigma da Simultaneidade, no qual a teoria humanística citada se baseia, vem das teorias existencialistas, que possuem a noção de um paciente enquanto sujeito ativo no processo, ciente de si, construtor de seus próprios significados quanto ao adoecimento e tratamento. Essa visão propicia uma mudança radical na orientação do cuidado em UTI, o enfermeiro deixa de ser o agente que determina as ações, passando a ser um dos incluídos no processo, que leva em consideração a pessoa, dotada de escolha e significado de si e do outro. (NASCIMENTO; TRENTINI, 2004). Mudar a compreensão do processo de cuidado, conhecendo todos os agentes envolvidos, dotando-os de poder de participação e diálogo, constitui a base da atitude de humanização, mesmo quando ela não se baseia em teorias humanísticas existencialistas. Afinal, a compreensão de um ser humano multi, influenciado e influenciador do meio, existe em diversas bases teóricas e devem produzir atitudes benéficas para o objetivo comum da humanização, mesmo preservando características particulares de cada ponto de vista teórico que direciona a ação.

3 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Identificar o impacto da inclusão do círculo sociofamiliar no atendimento em UTI Adulto no processo de humanização do serviço.

2.1 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Analisar, por meio de revisão bibliográfica, os fatores causadores de sofrimento em pacientes e familiares no cuidado de UTI;
- Elencar opiniões dos agentes envolvidos no cuidado quanto ao que se espera de um atendimento humanizado.

4 METODOLOGIA

Este trabalho fora realizado através de revisão integrativa de literatura. Entende-se esse método de pesquisa como um processo científico de coleta de dados em produções textuais já publicadas na internet acerca de uma problemática, donde são retirados os materiais de síntese (MARQUE, 2006; SILVEIRA, GERHARDT, 2009). Após elaboração da pergunta norteadora, iniciou-se o processo de busca por trabalhos que ajudem a pesquisa a responder essa questão levantada. Depois de coletados, os dados foram analisados por associação de ideias, confrontação e reflexão crítica até a obtenção de informações relevantes que ajudaram a responder a questão proposta (GOMES; CAMINHA, 2014).

Foram definidos 3 (três) descritores baseados nos estabelecidos em “Descritores em Ciências da Saúde”, para utilização em pesquisa digital através das plataformas de busca “Scielo” e “Lilacs”. São eles: “Humanização da Assistência”; “Unidades de Terapia Intensiva” e “Família” combinado com o operador booleano “AND”. Apenas materiais publicados nos últimos 05 (cinco) anos - no período de 2015 a 2019 - provenientes do Brasil, em Português Brasileiro e em texto completo, foram considerados, constituindo-se de critérios de inclusão na pesquisa. Como critérios de exclusão: trabalhos que tratavam de outras Unidades de Terapia Intensiva que não fossem de pacientes Adultos; Monografias ou Teses; Artigos de Revisão; bem como trabalhos que não respondessem à pergunta norteadora.

Justifica-se a utilização dos critérios acima determinados a partir da ideia de que trabalhos publicados no Brasil trazem consigo as especificidades da gestão nacional de saúde do nosso sistema público. Assim, um trabalho baseado em pesquisas nacionais, produz linguagem e acervo material relevante para gestores imersos nas particularidades de instituições brasileiras. A preocupação em limitar-se a trabalhos atuais, provenientes dos últimos cinco anos, remete-se a importância de se construir diálogo em cima de experiências e pesquisas atuais em saúde, ligados às novas teorias e técnicas disponíveis. Essa pesquisa fora realizada entre os dias 25 (vinte e cinco) de Setembro de 2019 e 29 (vinte e nove) de Novembro, do mesmo ano.

Os dados foram analisados através do agrupamento de materiais selecionados semelhantes, confrontando-se as ideias obtidas nos resultados na produção de uma resposta ao problema apresentado, através de reflexão crítica com participação subjetiva do autor envolvido em sua produção (GOMES, CAMINHA, 2014). Nos moldes do esperado numa revisão sistemática integrativa.

5 RESULTADOS E DISCUSSÕES

Foram encontrados através do percurso de pesquisa nas plataformas digitais um total de 25 (vinte e cinco) publicações. Destas, apenas 8 (oito) foram selecionadas.

Na plataforma Lilacs foram obtidos 12 (doze) artigos. Destes, 7 (sete) foram excluídos da pesquisa por apresentarem em seu conteúdo uma abordagem voltada para outras categorias de Unidades de Terapia Intensiva, a saber: Pediátrica e Neonatal. Alguns também foram desconsiderados por estarem fora do período de publicação estipulado. Portanto, 5 (cinco) trabalhos foram elencados para discussão.

Na plataforma “Scielo”, 13 (treze) artigos foram encontrados na busca digital. Destes, 10 (dez) foram excluídos conforme os critérios de filtragem. Os trabalhos desconsiderados não tratavam especificamente de Unidades de Terapia Intensiva Adulta ou não eram trabalhos brasileiros em português e estavam fora do período de publicação esperado de 5 (cinco) anos. 3 (três) artigos restaram no processo de filtragem para utilização na pesquisa.

É importante ressaltar a dificuldade em encontrar materiais brasileiros relevantes e atuais quanto as percepções dos agentes de cuidado em UTI sobre a temática da humanização. O que produziu uma pesquisa baseada em número reduzido de material obtido para análise. No entanto, esse fato indica a relevância deste trabalho, tratante de um assunto ainda pouco publicado.

Como fragilidade da pesquisa pode-se apontar a decisão de desconsiderar artigos em língua inglesa. Tendo em vista a possibilidade de que alguns trabalhos brasileiros tenham sido publicados apenas neste idioma em revistas estrangeiras.

Os trabalhos elencados estão dispostos no quadro abaixo, bem como seus objetivos e considerações. Um comparativo entre os 8 (oito) artigos permitiu associá-los em ideias concordantes, como pode ser observado a seguir:

Quadro 01: Relação de trabalhos utilizados, características e aproximação de temas

TÍTULO	AUTORIA	ANO DE PUBLICAÇÃO	TEMÁTICA E CONCLUSÕES	PONTOS CONCORDANTES E DISCORDANTES
As relações da enfermagem na unidade de terapia intensiva no olhar de Paterson e Zderad	NASCIMENTO, E.R.P. do et al.	2016	1. Objetivou verificar as relações entre profissionais de enfermagem de UTI com seus pacientes e familiares. 2. Percebeu-se o não estabelecimento de uma relação dialógica humanizada dos profissionais para com pacientes e círculo sociofamiliar.	1. Ambos se baseiam na teoria humanística de Paterson e Zderad 2. Estudam as relações humanas entre profissionais e pacientes no processo de cuidado 3. Discordam na conclusão. Enquanto um confirma a presença de relação humanizada na UTI, o outro nega a existência de tal no ambiente pesquisado.
Compreensão fenomenológica de enfermeiros intensivistas à luz do pensamento humanístico de Paterson e Zderad	ARAUJO, L. M. de; ARAUJO, L. M. de.	2015	1. Objetivou compreender a percepção de enfermeiros de uma UTI quanto ao seu processo de cuidado aos pacientes. 2. A pesquisa revelou que os profissionais de enfermagem mantêm relações humanizadas com seus pacientes, valorizando relações interpessoais e a comunicação.	
Estresse do paciente na terapia intensiva: comparação entre unidade coronariana e pós-operatória geral	DIAS, D. de S.; RESENDE, M. V.; DINIZ, G. do C. L. M.	2015	1. Objetivou avaliar e comparar fatores de estresse identificados por pacientes em UTI. 2. A pesquisa notou níveis semelhantes de estresse em ambas unidades de terapia intensiva avaliadas.	1. Ambos procuram identificar fatores estressores na linha de cuidado da UTI, seja para pacientes ou seu círculo sociofamiliar.
Estressores em familiares de pacientes	BARTH, A. A., et al.	2016	1. Interessou-se em identificar os fatores de estresse que afetam os	

internados na unidade de terapia intensiva			famíliares de pacientes internados em UTI. 2. Dificuldades de comunicação e contato com o paciente em internação na UTI foram apontados como o maior fator estressor aos familiares. Já ambientes, rotinas de cuidado e o contato com a equipe apresentaram os menores índices de impacto.	
Humanização na Terapia Intensiva: percepção do familiar e do profissional de saúde	LUIZ, F.F.; CAREGNATO, R.C.A.; COSTA, M.R.	2017	1. Buscou compreender as percepções dos profissionais na linha de cuidado e dos familiares de pacientes de UTI quanto a humanização do atendimento. 2. Resultou na observação de compreensões particulares quanto ao que se entende como Humanização, mas apresentaram necessidades e prioridades semelhantes no que anseiam para o processo.	1. Os 4 (quatro) trabalhos objetivaram compreender a percepção subjetiva dos agentes envolvidos no processo de cuidado quanto à humanização da UTI Adulto, sejam pacientes, profissionais de saúde ou familiares. 2. Os trabalhos associam a compreensão de conforto com a ideia de humanização. 3. Um deles discorda dos demais ao afirmar despreparo do corpo de enfermagem em realizar cuidado humanizado.
O acolhimento no cuidado à família numa unidade de terapia intensiva	PASSOS, S. da S. S., et al.	2015	1. Interessou-se em descrever as ações de enfermagem no cuidado aos familiares de pacientes da UTI. 2. Percebeu-se que, apesar da compreensão da importância do acolhimento aos familiares, a enfermagem não se sentiu capacitada para acolher adequadamente a família, restringindo-se a coleta de informações para o cuidado do paciente.	
O significado de conforto na	MENEGUIN, S., et al.	2019	1. Procurou identificar o significado de conforto e	

perspectiva de familiares de pacientes internados em UTI			desconforto para os familiares de pacientes da UTI. 2. Notou-se que o acolhimento e a humanização da assistência na UTI estão diretamente ligados ao que os familiares esperam de conforto.	
Percepção dos Cuidadores Frente a Humanização da Assistência no Pós-Operatório Imediato de Cirurgia Cardíaca	MILANI, P.; LANFERDINI, I.Z.; ALVES, V.B.	2018	1. Buscou identificar a percepção dos familiares (cuidadores) dos pacientes de UTI frente a humanização da assistência. 2. Os cuidadores perceberam o trabalho desenvolvido pela equipe com otimismo, considerando-os importantes no cuidado ao paciente.	

Fonte: Próprio autor.

Como observado, a UTI é um ambiente fortemente aparelhado, repleto de tecnologias de ponta, sejam elas físicas com engenharia clínica de alto nível ou mesmo teóricas por meios das técnicas de cuidado. O estado de saúde do paciente em terapia intensiva demanda esse nível de aparelhagem. No entanto, o pesado nível tecnológico de cuidado da UTI torna o atendimento ao paciente demasiadamente mecânico e impessoal (NASCIMENTO *et al.*, 2016). Envolto em uma série de atendimentos padronizados por teorias e técnicas de manejo, o profissional acaba por deixar o cuidado humanizado em segundo plano (ARAÚJO; ARAÚJO, 2015).

A proposta de humanização da saúde se baseia na ideia, como a própria nomenclatura sugere, de que as relações humanas genuínas são aquelas baseadas no contato entre dois sujeitos em interação, em oposição ao que costuma ocorrer numa UTI, onde os profissionais de saúde lidam com os pacientes e familiares como um “isso”, como um objeto a ser estudado e manipulado no cuidado (NASCIMENTO *et al.*, 2016; ARAÚJO; ARAÚJO, 2015).

O incentivo à participação ativa do paciente e do familiar no processo, por meio da expressão de seus significados, num contato existencial, dialogando com os

profissionais do setor e assim, modificando o ambiente através da interação horizontal entre os agentes envolvidos no cuidado, é o que se espera de um atendimento humanizado (ARAÚJO; ARAÚJO, 2015).

O contato com os sentidos do paciente, suas expectativas, ansiedades, produz um atendimento que o inclui e, por isso mesmo, se transforma no esforço por atender as demandas do paciente que vão além das necessidades biológicas do corpo pela cura (ARAÚJO; ARAÚJO, 2015). Mesmo os pacientes limitados em sua expressão verbal, podem vir a ser acessados no contato existencialista com os profissionais que interpretam gestos e expressões do paciente em um contato empático, sem a utilização de linguagem falada (NASCIMENTO *et al.*, 2016).

A ideia da família e do paciente de que a UTI é um local de possibilidade de morte é apontada em Araújo e Araújo (2015) e Nascimento *et al.* (2016) como produtoras de mal estar, algo esperado num atendimento de alta complexidade com pacientes com estado de saúde muito delicados. A separação da família e a perda de autonomia foram descritos como outros fatores importantes que causam sofrimento no paciente. Resultado semelhante foi obtido por Barth *et al.* (2016), onde, do ponto de vista dos familiares, a falta de contato com um paciente em coma, isto é, impossibilitado de comunicação, se constitui de um dos maiores fatores estressores na UTI.

As dificuldades de contato entre a família e o paciente, portanto, parecem ser primordialmente as maiores causadoras de sofrimento. Dias, Rezende e Diniz (2015) perceberam em sua pesquisa que a incapacidade de exercer o papel na família é o maior produtor de estresse ao paciente, quando se desconsidera a já esperada dor física produzida pelo adoecimento. Esses resultados deixam claro o valor da comunicação social, da expressão de si e do contato humano para o cuidado em UTI. Afinal, é justamente a impossibilidade de se realizar esse contato em plenitude o que mais gera mal estar no paciente e em seu círculo sociofamiliar. Devendo, portanto, ser o foco no trabalho de humanizar o cuidado.

Em Luiz, Carregnato e Costa (2017) familiares de pacientes e profissionais de saúde concordam com a importância de valorizar a singularidade, isto é, as particularidades de opinião e de características de cada paciente, familiar e

profissional envolvido no processo de cuidado. Essa atenção ao particular, no entanto, só se torna possível por meio de contato dialógico, comunicação horizontal, em relação existencialista (NASCIMENTO *et al.*, 2016).

O paciente e a família precisam se sentir a vontade para expressar sentidos, ao se perceberem ouvidos, participantes do processo em pé de igualdade com os profissionais. Pois, “A família deve ser considerada sujeito nas relações estabelecidas entre profissionais e usuários e, portanto, requer uma escuta ativa, nem sempre valorizada no atual modelo biomédico [...]” (MENEGUIN *et al.*, 2019, p. 2885).

As dificuldades em se alcançar o esperado nível de humanização do atendimento são apontadas em algumas das pesquisas obtidas. Para Meneguín *et al.* (2019) há diferenças entre o que a política de humanização estabelece e o que realmente é executado no Brasil, aí inclui-se a possibilidade de maior participação familiar no cuidado, que é negligenciado.

Há problemas na relação entre os profissionais de saúde com os pacientes e suas famílias. Onde o enfermeiro ainda se impõe enquanto detentor do poder na relação, minando a autonomia do paciente. Há indiferença da enfermagem para com o familiar, abstendo-se de esclarecer dúvidas e aplacar angústias (NOGUEIRA *et al.*, 2016).

Os profissionais relatam despreparo para incorporar em suas rotinas de trabalho os princípios da humanização, culpabilizando a estrutura da UTI, o *modus operandi* do atendimento tecnicista e até mesmo a carga pesada de trabalho dos profissionais. Onde esses problemas seriam os responsáveis pelas dificuldades encontradas nas tentativas de realizar tais mudanças (PASSOS *et al.*, 2015).

Quando o contrário ocorre e a família participa ativamente do processo, tendo suas dúvidas sanadas e sendo convocadas a interagir, o resultado muda. Um entrevistado por Milani; Lanferdini e Alves (2018) relatou tranquilidade após esse contato. Um outro declarou-se contente pelo atendimento atencioso que recebeu.

Sendo assim, parece ser justamente o fornecimento de ambiente adequado ao diálogo e a participação ativa de todos os agentes do cuidado, o que pode ser nomeado como atenção, que deve ser o foco do trabalho de humanizar a UTI. Pois

produz redução do sofrimento nos sujeitos participantes no processo, sejam eles pacientes ou familiares.

Mas, no entanto, isso não é simples e vai de encontro aos problemas já conhecidos de uma UTI que dificultam a implantação de uma política de humanização. O despreparo profissional para executar suas ações de trabalho a partir de uma nova ótica e a rotina pesada de quem trabalha em UTI, precisando atender aos preceitos técnicos rígidos de execução de tarefas no setor, parecem produzir a maior barreira a ser superada.

Mas, mediante o que fora observado nas pesquisas, sabe-se que é possível se realizar um atendimento humanizado que inclua a família, que a convoque a ser ativa no cuidado, que a mantenha mais perto do paciente. Reduzindo assim o distanciamento e auxiliando o processo de interpretação dos sentidos produzidos pelo paciente sobre o seu adoecimento.

A inclusão do círculo sociofamiliar parece diminuir o mal estar inerente ao processo de cuidar. Atentar-se ao discurso da família e do paciente, ouvi-los, atendê-los em suas queixas, produz uma diminuição significativa do sofrimento, permitindo mudança no seio do atendimento de UTI. Promovendo assim, através da humanização, a amenização do sofrimento relatado por pacientes e suas famílias ao longo do processo.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Acredita-se, a partir do observado e discutido que, em situações de dificuldades comunicativas com o paciente, a presença de um familiar de forma mais frequente que auxilie os profissionais no processo de significação das expressões, desejos e anseios do familiar, faria bastante diferença na tentativa de incluí-lo em seu tratamento. Ouvi-lo, mesmo quando sua expressão verbal está prejudicada.

Afinal, a família conhece o paciente, sabe o que ele espera e teme. Ninguém melhor que um familiar para ajudar nesse processo de simbolizar sua expressão e

tornar presente o sujeito paciente no seu cuidado. Portanto, o processo de humanização baseado na inserção da família e do diálogo com ela e o paciente produzem bem estar, reduzem o sofrimento e são plenamente possíveis de execução numa UTI Adulto.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ARAÚJO, L. M. de; ARAÚJO, L. M. de. Compreensão fenomenológica de enfermeiros intensivistas à luz do pensamento humanístico de paterson e Zderad. **Revista Enfermagem UERJ**. Rio de Janeiro: 2015. p. 395-400.

BARTH, A. A. *et al.* Estressores em familiares de pacientes internados na unidade de terapia intensiva. **Revista Bras Ter Intensiva**. 2016. p. 323-29.

BRASIL. **Cadernos HumanizaSUS**. Atenção Hospitalar. Ministério da Saúde. v.3. 2011.

BRASIL. **Entendendo o SUS**. Ministério da Saúde. 2007.

BRASIL. **Princípios do SUS**. 2019. Ministério da Saúde. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/sistema-unico-de-saude/principios-do-sus>>. Acesso em: 28 de Out. 2019.

BRASIL. **Política Nacional de Humanização**. Rede HumanizaSUS. Ministério da Saúde. 1 ed. 2013.

DIAS, D. de S.; RESENDE, M. V.; DINIZ, G. do C. L. Estresse do paciente na terapia intensiva: comparação entre unidade coronariana e pós-operatória geral. **Revista Bras Ter Intensiva**. 2015. p. 18-25.

GERHARDT, E. T.; SILVEIRA, D. T. **Métodos de Pesquisa**. Universidade Aberta do Brasil e Curso de graduação Tecnológica – Planejamento e gestão para o Desenvolvimento Rural da SEAD/UFRGS. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2009.

GOMES, I. S.; CAMINHA, I. O. Guia para estudos de revisão sistemática: uma opção metodológica para as Ciências do Movimento Humano. **Rev. Movimentos**. V.20. N. 01. Porto Alegre: jan/mar de 2014. p. 395-411.

GVOZD, Raquel. et. al. Grau de dependência de cuidado: pacientes internados em hospital de alta complexidade. **Esc. Anna Nery**. v.16. N.4. Rio de Janeiro: Oct./Dec. 2012.

LUIZ, F. F.; CAREGNATO, R.C.A.; COSTA, M.R. Humanização na Terapia Intensiva: percepção do familiar e do profissional de saúde. **Revista Bras Enferm.** 2017. p. 1095-1103.

MARTINS, Cátia Paranhos; LUZIO, Cristina Amélia. Política HumanizaSUS: ancorar um navio no espaço. **Revista Interface (Botucatu)**. 2017; 21(60):13-22.

MARQUES, et al. **Metodologia da Pesquisa e do Trabalho Científico**. Campo Grande: UCDB, 2006.

MENEGUIN, Silmara. et al. O significado de conforto na perspectiva de familiares de pacientes internados em UTI. **Revista Nursing**. 2019. p. 2882-86.

MILANI, P.; LANFERDINI, I. Z.; ALVES, V.B. Percepção dos Cuidadores Frente à Humanização da Assistência no Pós-Operatório Imediato de Cirurgia Cardíaca. **Revista Cuidado é Fundamental**. 2018. p. 810-16.

NASCIMENTO, E. R. P. do; TRENTINI, M. O cuidado de enfermagem na unidade de terapia intensiva (UTI): teoria humanística de Paterson e Zderad. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. v. 12. n.2. Ribeirão Preto: Mar. 2016.

NASCIMENTO, E.. R. P. do. et al. As relações da enfermagem na unidade de terapia intensiva no olhar de Paterson e Zderad. **Revista enfermagem UERJ**. Rio de Janeiro: 2016. p. 1-6.

PASHE, D.F.; PASSOS, E.; HENNIN, E.A. GTON. Cinco anos da política nacional de humanização: trajetória de uma política pública. **Ciênc. saúde coletiva**. V.16. n.11. Rio de Janeiro: Nov. 2011.

PASSOS, S. da S. S. et al. O acolhimento no cuidado à família numa unidade de terapia intensiva. **Revista enfermagem UERJ**. Rio de Janeiro: 2015. p. 368-74.

VILA, V. S. C.; ROSSI, L. A. O Significado Cultural do Cuidado Humanizado em Unidade de Terapia Intensiva: "Muito Falado e Pouco Vivido". **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. v.10. n.2. Ribeirão Preto: Mar./Abr. 2002.