

HUMANIZAÇÃO NO CUIDADO AO IDOSO NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA: UMA REFLEXÃO IMPORTANTE NO CONTEXTO DA PANDEMIA

HUMANIZATION OF CARE FOR THE ELDERLY IN THE INTENSIVE CARE UNIT: AN IMPORTANT REFLEXION IN PANDEMIC CONTEXT

Marina Carneiro DUTRA * 

Júlio César Guimarães FREIRE ** 

Geraldo Eduardo Guedes de BRITO*** 

Gustavo Azevedo CARVALHO**** 

Resumo: O aumento da longevidade se associa a uma maior prevalência de doenças crônicas, bem como um maior risco para as doenças infecciosas, que elevam o número de hospitalizações. O momento da internação é particularmente estressante para a pessoa idosa, sobretudo na Unidade de Terapia Intensiva. Surge então, a necessidade da prestação de um cuidado humanizado, traduzindo-se na junção de tecnologias de manutenção da vida e o fator humano ao considerar a dimensão biopsicossocial do paciente e sua família. O presente trabalho representa um estudo teórico, de caráter bibliográfico, que buscou pesquisar indicadores que dificultam ou facilitam a prestação de cuidado humanizado pela equipe hospitalar em ambientes de UTI no contexto da pandemia da COVID-19. Concluiu-se que o atendimento humanizado proporciona bem-estar físico e emocional às pessoas envolvidas. Como fatores facilitadores da humanização, destacam-se a comunicação eficaz e o acolhimento ao idoso e seus familiares. Contudo, alguns entraves dificultam que esse processo se concretize, tais como: estrutura física, sobrecarga da equipe e má remuneração, além do horário de visita restrito ou ausente, decorrente da pandemia. Faz-se necessário, portanto, um planejamento de ações em saúde destinadas aos idosos, visando prestá-las de maneira integral e humanizada.

Palavras-chave: Idoso. Cuidado Humanizado. Unidades de Terapia Intensiva. Pandemia.

Abstract: Increasing longevity is associated with a higher prevalence of chronic diseases, as well as a higher risk of infectious and contagious diseases, which increase the number of hospitalizations. The moment of hospitalization is particularly stressful for the elderly, especially in the Intensive Care Unit. Therefore, the need to provide humanized care arises, translated into the junction of life-sustaining technologies and the human factor when considering the biopsychosocial dimension of the patient and his family. This paper represents a theoretical study, of bibliographical nature, which sought to research indicators that hinder or facilitate the provision of humanized care by hospital staff in ICU settings in the context of the COVID-19 pandemic. It was concluded that humanized care provides physical and emotional well-being to the people involved. As facilitating factors of humanization, effective communication and welcoming the elderly and their families stand out. However, some obstacles hinder this process, such as: physical structure, overloaded staff, poor remuneration, and restricted or absent visiting hours due to the pandemic. Therefore, it is necessary to plan health actions for the elderly, aiming to provide them in a comprehensive and humanized way.

Keywords: Aged. Humanized Care. Intensive Care Units. Pandemic.

Submetido em 16/03/2021. Aceito em 03/01/2022.

* Graduada em Fisioterapia pela Faculdade de Ciências Médicas de Campina Grande - PB (2011). Especialista em Fisioterapia em Terapia Intensiva pela Universidade Católica de Brasília (2018). Mestre em Gerontologia pela Universidade Católica de Brasília (2014). Doutoranda em Gerontologia pela Universidade Católica de Brasília. E-mail: marinadutra24@gmail.com

** Fisioterapeuta, pós-graduação (lato sensu) em Gestão em Saúde (UEPB) e Atenção à Saúde do Idoso (HULW/UFPB); discente do Programa de Pós-graduação em Saúde da Família – Mestrado (RENASF/UFPB), Campus I, João Pessoa-PB. E-mail: juliopb87@gmail.com

*** Professor Adjunto IV do Departamento de Fisioterapia da Universidade Federal da Paraíba (UFPB) e atual coordenador do curso de graduação em Fisioterapia desta IES. Graduado em Fisioterapia pela Universidade Federal de Juiz de Fora (2003), mestre em Saúde da Família pela UNESA (2007) e doutor em Saúde Pública pelo Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães - FIOCRUZ/PE. E-mail: eduardo.guedes.ufpb@gmail.com

**** Graduação em Fisioterapia pela Universidade Católica de Petrópolis (1991), Especialização em Fisioterapia Clínica (1998), Mestrado em Ciências da Saúde pela Universidade de Brasília- UnB (1999) e Doutorado em Ciências da Saúde pela Universidade de Brasília- UnB (2003). Professor da Universidade Católica de Brasília desde 1997, atuando como docente na graduação dos cursos da área da saúde e professor e orientador do programa de Mestrado e Doutorado em Gerontologia. E-mail: carvalhobsb@hotmail.com



INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional é um fenômeno mundial que tem ocorrido de forma drástica e acelerada no Brasil. A evolução gradativa dos cuidados de saúde e a diminuição das taxas de mortalidade e natalidade, bem como a melhoria das condições socioeconômicas, a partir da década de 1970, são alguns dos principais fatores que contribuíram para a transição demográfica do país, que passou de uma sociedade rural e com famílias numerosas para uma sociedade urbana e com reduzida estrutura familiar (MIRANDA et al., 2016).

Projeções da Organização das Nações Unidas (ONU), em 2019, estimam que em 2050, o Brasil terá uma população de 67,4 milhões de idosos, evidenciando, no cenário global, um dos aumentos mais intensos. No entanto, esse aumento da longevidade se associa a uma maior prevalência de doenças crônicas, agravos não transmissíveis e dependência funcional, tais condições aumentam o número de hospitalizações e necessidade de atendimento especializado neste grupo etário (ALVES, 2019; NUNES et al., 2017). Associada a esses fatores, a ocorrência de doenças transmissíveis, como a COVID-19, é uma realidade que potencializa os aspectos de morbimortalidade de idosos em escala mundial (ALCÂNTARA et al., 2021).

A hospitalização é um momento estressante para todo indivíduo, não sendo diferente para a pessoa idosa. O ambiente hospitalar é considerado por muitos, como um local tenso, triste e até mesmo desalentado. A necessidade de realização de procedimentos, exames e manipulações pode desgastar pacientes, familiares e profissionais. Na unidade de terapia intensiva (UTI), tais sentimentos são intensificados, uma vez que a internação neste ambiente prediz maior gravidade e possibilidade de morte, tanto em UTIs públicas quanto privadas (BAGGIO, 2006), além de que o idoso apresenta multimorbidades com o avanço da idade.

As UTIs surgiram no Brasil na década de 1970, visando reunir pacientes recuperáveis, tecnologia de ponta em saúde e recursos humanos capacitados para o cuidado constante e intensivo no mesmo ambiente. A tecnologia presente na UTI é cada vez mais sofisticada, com o intuito de oferecer aos usuários uma prestação de cuidados qualificados, de maneira integral. Os idosos internados neste ambiente, demandam uma série de reflexões acerca da atenção à saúde a ser prestada, pois suas alterações orgânicas, psicológicas, sociais e as peculiaridades envolvidas precisam ser consideradas (FURUYA et al., 2011).

Além do aparato tecnológico presente na UTI, um dos fatores primordiais neste ambiente é a prestação do cuidado humanizado, por meio de um relacionamento interpessoal entre paciente, equipe de saúde e família, que deve se dar por via da comunicação verbal ou não verbal. Através deste relacionamento busca-se oferecer ao paciente e seus familiares segurança, apoio emocional, juntamente com uma atitude orientada para o aproveitamento dos recursos tecnológicos existentes (CARDOSO, 2001).

Nesse contexto, surge o Programa intitulado pelo Ministério da Saúde como Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH), que destaca a importância da junção de tecnologias e o fator humano e traduz a humanização no atendimento ao doente crítico como uma melhor qualidade de

atendimento à saúde do usuário e melhores condições de trabalho para os profissionais envolvidos direta e indiretamente no cuidado (SOUZA; MENDES, 2009). Sobre essa perspectiva, o documento “Monitoramento e Avaliação na Política Nacional de Humanização na Rede de Atenção e Gestão do SUS” evidencia diversos indicadores de referência utilizados na avaliação hospitalar, tais como: redução do tempo médio de espera; giro de rotatividade ou índice de renovação; satisfação de usuários e trabalhadores com os serviços e atendimentos; entre outros (BRASIL, 2009).

Segundo o Ministério da Saúde, a humanização é a valorização dos usuários, trabalhadores e gestores no processo de produção de saúde, por meio da criação de vínculos solidários e da participação coletiva nos processos de trabalho, objetivando a mudança na cultura de atenção aos pacientes.

A humanização é a melhor forma de se construir um vínculo de confiança entre o paciente idoso e a equipe interdisciplinar, oferecer uma escuta ativa e valorizar a queixa do idoso, proporcionando um atendimento digno e preservando sua autonomia e privacidade (CANEPA et al., 2014). Nesse cenário, é válido destacar que os mecanismos de estímulo à participação e corresponsabilização dos usuários, bem como as estratégias de comunicação e informação ao usuário e seus familiares sobre o tratamento integram os objetivos de desenvolvimento de ações e indicadores na atenção hospitalar na PNHAH, sendo primordial uma compreensão ampla da humanização na assistência, que envolve desde os aspectos relacionados à qualidade, eficiência e eficácia até o acesso, integralidade, resolubilidade, satisfação, autonomia, respeito e valorização dos direitos dos trabalhadores e usuários.

O mundo vive atualmente a pandemia do novo Coronavírus e suas variantes (alfa, beta, gama, delta e ômicron), causador da COVID-19, que tem levado milhões de pessoas, sendo a maior parte destas pessoas idosas ou com doenças crônicas, à necessidade de internação em ambientes hospitalares, principalmente em UTIs.

Devido a necessidade de conter a disseminação da doença, os pacientes têm sido privados de visitas e/ou acompanhantes, o que tem tornado ainda mais urgente a necessidade de dispensar um cuidado humanizado aos doentes que se encontram fragilizados, com medo e não podem contar com o apoio da presença física de seus entes queridos. Faz-se necessário o estreitamento da relação da equipe de saúde que presta o cuidado direto ao paciente, bem como dos profissionais do Serviço Social e da Psicologia que fazem a ponte entre profissionais, paciente e familiares (LISAKOWSKI et. al, 2020).

Diante do exposto, justifica-se a reflexão sobre a humanização do cuidado à pessoa idosa no ambiente de UTI, em seus aspectos técnicos e biopsicossociais, considerando o momento atual, e os diferentes fatores e sujeitos implicados neste processo, diante do que a COVID-19 impõe na sua abordagem de tratamento. Também se faz necessário um aprofundamento acerca das políticas e práticas de saúde para esta fatia da população que demanda um cuidado especial, considerando-se suas particularidades (LIMA et al., 2010).

O presente trabalho consiste em um estudo teórico, de caráter bibliográfico que buscou pesquisar indicadores que dificultam ou facilitam a prestação de cuidado humanizado pela equipe hospitalar em ambientes de UTI no contexto da pandemia da COVID-19.

Durante a realização de uma pós-graduação em Fisioterapia em Terapia Intensiva, observaram-se alguns entraves para a dispensação de um cuidado mais humano e menos mecânico aos pacientes internados, sobretudo os pacientes idosos, que sempre apresentavam queixas relacionadas a solidão, medo e falta de conhecimento sobre o tratamento realizado.

Diante disto, surgiu o seguinte questionamento: Que fatores influenciam a prestação de um cuidado humanizado aos pacientes idosos na UTI? Este questionamento tornou-se ainda mais urgente, em virtude da pandemia de COVID19, que tem intensificado os sentimentos de solidão e medo, pela ausência de entes queridos durante a internação.

Para a realização desta revisão foi realizada uma pesquisa nas seguintes bases de dados indexadas: Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e Scientific Electronic Library Online (SciELO), utilizando-se as seguintes palavras-chave: idoso, cuidado humanizado, UTIs a e pandemia.

Os critérios de seleção do material bibliográfico foram a presença de subsídios teórico-práticos para descrever os aspectos relacionados ao cuidado humanizado aos idosos no ambiente de terapia intensiva, tais como conceitos, sujeitos envolvidos e dificuldades na implementação.

Para melhor apreensão do assunto, o trabalho foi dividido em cinco tópicos: nos dois primeiros apresentamos os resultados da pesquisa acerca da humanização na UTI e aspectos relacionados à legislação, os dois seguintes referem-se à equipe multiprofissional e à rede familiar e social e o último engloba os aspectos relacionados ao cuidado humanizado ao idoso no contexto na pandemia da COVID-19.

1. DESENVOLVIMENTO

1.1 Humanização e Unidade de Terapia Intensiva

A UTI surgiu durante a guerra da Criméia, Rússia, quando a enfermeira Florence Nightingale observou que seria vantajosa a criação de uma área separada para que pacientes submetidos a cirurgias se recuperassem, de modo que os doentes mais graves, ficassem mais próximos da área onde as enfermeiras trabalhavam, para que ficassem sob maior vigilância (FONSECA; FONSECA, 2010).

O modelo de assistência, no sentido da atenção à saúde, mostrou-se eficaz e após a guerra foi disseminado nos hospitais, evoluindo com o passar do tempo. No Brasil, há poucas referências históricas, mas sabe-se que a primeira UTI foi inaugurada no Hospital dos Servidores do Estado no Rio de Janeiro, em 1967 (FONSECA; FONSECA, 2010).

No período pré-pandemia, os idosos representavam entre 26% e 51% dos pacientes que eram admitidos nas UTIs americanas. No Brasil, esses dados não eram precisos devido à escassez de publicações referentes à temática (HENNESSY et al., 2005). Atualmente, pesquisadores do campo da gerontologia buscam compreender o nível de complexidade que envolve a saúde do paciente idoso, os fatores que podem levá-lo a UTI e que papel este ambiente poderá desempenhar no tratamento e cura desta população, sobretudo a partir dos eventos desencadeados pela pandemia da COVID-19 (FONSECA; FONSECA, 2010).

A UTI como ambiente próprio para oferecer cuidados de alta complexidade, proporciona maior vigilância em pacientes graves. Apesar de ter estrutura tecnológica avançada é a parte do hospital que gera mais estresse nos pacientes internados (CHEREGATTI; AMORIN, 2010).

Na hospitalização, o idoso tende a perder sua referência temporoespacial e até mesmo como sujeito, que pode levar a uma preocupação ainda maior com a condição de saúde em que se encontra, gerando como consequência uma sobrecarga emocional (LIMA et al., 2014).

Em um estudo realizado por Veiga et al.(2013), intitulado “Fatores estressores em Unidade de Terapia Intensiva: percepção de pacientes idosos e adultos no pós-operatório de cirurgia cardíaca”, que comparou fatores estressores na UTI entre idosos e adultos jovens, os idosos entrevistados relataram sete fatores como expressivamente mais estressantes do que os adultos jovens: ter máquinas estranhas ao redor, ser examinado por profissionais constantemente, sentir que a enfermeira está muito apressada, os termos desconhecidos utilizados pela equipe, ser acordado repetidamente, sentir que a equipe está mais atenta aos aparelhos do que ao paciente; e não ter explicações sobre o tratamento.

Somados a esses fatores aparecem a vivência de desconforto físico e psicológico devido à estrutura física, luminosidade intensa e movimentação constante de pessoas, equipamentos, alarmes, confronto com o sofrimento próprio e possibilidade de morte (CHEREGATTI; AMORIN, 2010). Deste modo, faz-se necessário ressignificar este cuidado de alta complexidade, de maneira a não contemplar apenas o aparato tecnológico do ambiente, buscando torná-lo mais centrado nas demandas do indivíduo (MACHADO; SOARES, 2016).

Neste sentido, deve-se ressaltar que a humanização se torna relevante para indivíduos doentes, principalmente os idosos, que entendem a internação como despersonalização e perda de autonomia, necessitando de amparo em suas necessidades e motivação para suportar o processo de hospitalização (CANEPA et al. 2014; SANTOS et al. 2014).

A humanização é descrita como uma nova ética a partir da qual a comunicação não-verbal vem a transmitir uma expressão do ser humano e a busca para ser compreendido, de modo que a dor e o prazer são expressos pelas pessoas em palavras que possam ser claramente reconhecidas pelo outro (DESLANES, 2004).

Humanizar a UTI significa cuidar do paciente integralmente, incluindo todos os aspectos nos quais o paciente está envolvido. O cuidado deve preocupar-se também com os valores, a cultura e a espiritualidade

que compreendem o paciente. Para Souza e Mendes (2009), fonoaudiólogos e doutores em Psicologia Clínica, o ato de humanizar é oferecer uma atenção que acolha as particularidades de cada indivíduo, da sua família e comunidade, assim como as singularidades da equipe em seu processo de trabalho.

Em termos práticos, a humanização está relacionada com um atendimento onde haja mais humanidade, interatividade e respeito a identidade e autonomia do paciente idoso. É preciso que sejam vistos de maneira holística, tenham suas indagações e opiniões ouvidas e valorizadas, de modo que o mesmo se sinta parte ativa do seu processo de cura. Seu atendimento deve ser embasado na privacidade e na estimulação da participação familiar (DIAS et al., 2015; SILVA et al., 2018).

Além disso, outras ações práticas são necessárias no processo de humanização da UTI, como a preocupação em amenizar ruídos, facilitar a permanência da família por mais tempo com o idoso, acesso a luz natural, conforto térmico, comunicação clara, manutenção de privacidade e autonomia e apoio ao idoso e sua rede familiar (ASSUNÇÃO; FERNANDES, 2010). Essa última ação, sobretudo, pode abranger um aspecto mais amplo, demandando esforços de atores que atuam além do ambiente hospitalar, como a Rede de Atenção à Saúde (RAS) em conjunto com a Rede de Atenção e Proteção Social (RAPS).

Por conseguinte, o processo do cuidar do idoso não deve ser focado apenas em ações técnicas voltadas para a direção da patologia. As ações devem englobar os diversos aspectos envolvidos no processo saúde-doença e dar prioridade à promoção, a manutenção e a recuperação da saúde, respeitando a participação do idoso tanto no tratamento nosocomial como após a sua alta, na atenção básica. (PINTO et al., 2014).

O cuidado humanizado inicia-se desde o acolhimento, ou seja, momento em que o idoso adentra no ambiente hospitalar, até o momento de sua alta, devendo a equipe ser capaz de oferecer uma escuta ativa, valorizando suas queixas principais e realizando atendimento de suas necessidades. A partir disso deve-se realizar o tratamento respeitoso e estabelecer um vínculo de confiança entre o profissional e o paciente (CARVALHO et al., 2015).

Olhar o idoso de forma global e oferecer a ele um tratamento humanizado, proporciona ao idoso e a equipe, resultados mais satisfatórios do ponto de vista físico e psicológico. Ademais, esta oferta também faz parte dos direitos garantidos por lei à pessoa idosa, uma vez que diversos aspectos que englobam o cuidado o humanizado, estão dispostos em normas que regulamentam o modo como a atenção à saúde deve ser prestada à pessoa idosa.

1.2 Direitos do Idoso Hospitalizado

Devido ao crescimento da população idosa no Brasil, foram criadas normas específicas para esta população. No ano de 1994, foi instituída a lei nº 8.842/94, que dispõe sobre a Política Nacional do Idoso que dispõe sobre o direito dos idosos a atendimento preferencial nas instituições públicas e privadas de saúde (BRASIL, 1994).

Juntamente às ações tomadas pela edição da legislação citada, outra grande conquista dos direitos dos idosos foi alcançada por meio da regulamentação da Política Nacional do Idoso (PNSI), com a edição da Portaria nº 2.528/06, que estabelece uma política promoção e recuperação da saúde, com ênfase na independência e autonomia da pessoa idosa, direcionando medidas coletivas e individuais para tais objetivos, seguindo-se os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2006).

No que diz respeito a normativas mais direcionadas ao idoso hospitalizado, o Estatuto do Idoso, criado pela lei 10.745/2003, estabelece em seu art. 16, a obrigatoriedade da presença de acompanhante ao idoso que se encontra internado ou em observação em ambiente hospitalar (BRASIL, 2003).

Este direito também é ressaltado Portaria do Ministério da Saúde nº 280/99, que estabelece a permanência de acompanhante a pacientes idosos em ambiente hospitalar, devendo a instituição de saúde pública ou conveniada ao SUS, receber diária de acompanhante, quando formalizada na autorização de internação hospitalar (BRASIL, 1999).

A instituição deve oferecer condições adequadas para a permanência do acompanhante em tempo integral, de acordo com critério médico, sendo necessário a justificativa por escrito, em caso de impossibilidade por razões médicas, conforme estabelecido pelo Estatuto do Idoso. A presença do acompanhante aumenta a sensação de segurança e torna o ambiente menos hostil (BRASIL, 2003; LIMA et al., 2014).

Além disso, fornecer informações aos idosos e seus acompanhantes e respeitar sua privacidade e autonomia, são condutas necessárias quando se busca oferecer um atendimento digno e mais humanizado (LIMA et al., 2014).

Também está estabelecido pelas normas que os pacientes idosos têm direito a receber um atendimento digno, com direito a sigilo, privacidade e tratamento respeitoso, desde o ambiente em que se encontra, até os profissionais que o atendem, de acordo com a Portaria do Ministério da Saúde nº1286/93 (BRASIL, 1993). Essas prerrogativas também estão explicitadas nos Códigos de Ética dos profissionais de saúde, a exemplo do Código de Ética do Fisioterapeuta, elaborado pelo Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional - COFFITO (Resolução nº 424/2013).

Ainda sobre o tratamento respeitoso, destaca-se a necessidade do reconhecimento do idoso como indivíduo, na forma de ser tratado pela equipe. O idoso deve ser chamado pelo nome e sobrenome, e não ser relacionado ao nome da doença ou agravo, número de leito, formas infantilizadas como “vôzinho(a)”, ou outras formas desrespeitosas ou preconceituosas, conforme estabelece o Estatuto do Idoso em seu art. 4 e a Portaria nº1286/93, art. 2 (BRASIL, 2003; BRASIL, 1993).

Todas as legislações estabelecidas e direcionadas a população idosa, buscam estabelecer a garantia de direitos em diversos âmbitos a esta população, deixando claro que os idosos necessitam de cuidados em diversas dimensões. Na saúde, este fato implica a necessidade de profissionais aptos para atender as necessidades específicas deste grupo, de modo que consigam oferecer um cuidado integral.

Outro importante aspecto enfatizado pelas políticas estabelecidas, é a preservação da autonomia do idoso. No ambiente hospitalar, muitas vezes, o idoso acaba por perder a capacidade de externar suas decisões e vontades como paciente, de modo que os profissionais tomam decisões em lugar do mesmo. Assim, fica evidente a necessidade de um maior conhecimento dos direitos estabelecidos para esta população por parte dos profissionais que atuam na atenção à saúde (LIMA et al., 2013).

Apesar da preocupação com o bem-estar da crescente população idosa, visível por meio do leque de políticas, programas e estatutos que buscam assegurar os direitos nos vários aspectos desta população, ainda existem dificuldades para que essas políticas venham de fato, a serem concretizadas, o que compromete a integralidade no cuidado ao idoso (LIMA et al., 2010). Tais dificuldades englobam os entraves que envolvem a equipe multiprofissional e o próprio ambiente da UTI, aspectos tratados de modo mais específico no tópico a seguir.

1.3 Equipe Multiprofissional

Em se tratando da equipe de saúde, há dificuldades na implementação de cuidados humanizados à população idosa, que possui características singulares e que podem exigir do profissional um maior nível de atenção. O ambiente estressante juntamente com a sobrecarga de trabalho têm sido apontados como fatores que favorecem a tendência a um atendimento mecanizado (FONSECA et al., 2014; MEDEIROS et al., 2018).

Em alguns serviços, a ausência de infraestrutura adequada também pode levar a falhas no atendimento. O profissional encontra dificuldades para colocar em prática um acolhimento humanizado. Cabe ressaltar, ainda, que a má gestão de recursos contribui para desvalorização da atenção à saúde (SANGUINO et al., 2018).

As pesquisas de Fonseca e colaboradores (2014) e Medeiros e colaboradores (2018), respectivamente intituladas “Dificuldade no atendimento ao idoso: percepções de profissionais de enfermagem de unidades de saúde da família” e “Processo de enfermagem ao binômio idoso hospitalizado/ acompanhante utilizando a CIPE: estudo de caso”, também apontam falhas durante a formação dos profissionais de saúde. Para esses autores, é necessário rever o conteúdo programático da formação profissional, visto que, muitas vezes, os componentes curriculares da graduação estão focados apenas na doença, e as questões que envolvem a dimensão psicossocial do indivíduo são minimizadas.

Outros fatores também são elencados como obstáculos para a prestação de um atendimento mais humano ao paciente idoso na UTI: pouca participação de algumas famílias que depositam nos profissionais a maior responsabilidade pelo tratamento de seu parente, dificuldade de adesão por parte dos pacientes geriátricos a determinados tipos de tratamento. Além disso, a má remuneração ofertada a algumas classes profissionais somada a desproporção entre o número de pacientes e profissionais, geram descontentamento

de alguns membros da equipe, o que se traduz em um atendimento mecânico e desumanizado (CARVALHO et al., 2015).

O descontentamento pode gerar ainda, em alguns casos, diminuição do comprometimento e da tolerância por parte dos profissionais, levando os pacientes geriátricos a se sentirem marginalizados, diminuindo sua autoestima e compreensão sobre seu estado de saúde, de modo que as críticas sobre o tratamento recebido é um dos muitos motivos da procura tardia por atendimento médico, aumentando assim sua estadia hospitalar (FREITAS et al., 2015).

Enquanto sujeito social, o paciente hospitalizado experimenta diferentes sentimentos que envolvem não somente a sua família, mas também as suas perspectivas de vida. A família, compreendida como uma instituição responsável pela socialização dos indivíduos, é de fundamental importância nas questões referentes ao processo saúde-doença. Frequentemente, quando uma pessoa idosa necessita ser hospitalizada por um longo período de tempo ocorre uma ruptura da rede familiar – quando esta conexão existe. Logo, um bom vínculo entre os profissionais e a família é uma forma de amenizar o isolamento social que a hospitalização acomete, auxiliando na reestruturação biopsicossocial da referida instituição.

Uma pesquisa desenvolvida com profissionais em um Centro de Terapia Intensiva de um hospital público, intitulada “O conceito de humanização na Política Nacional de Humanização (PNH)”, verificou que na rotina de cuidados, com a diversidade de faixas etárias dos pacientes, a atenção humanizada ao idoso foi prejudicada (SOUZA; MENDES, 2009).

Em contrapartida Almeida e Aguiar (2011) realizaram um estudo com profissionais de saúde em um hospital público, que evidenciou que o paciente idoso tem suas especificidades respeitadas durante o atendimento, demonstrando interesse por parte destes profissionais, para as características próprias do envelhecimento. Os profissionais participantes da pesquisa, enfatizaram a importância de considerar os valores éticos no cuidado com o idoso, tratá-lo de forma humanizada e estimular sua autonomia e independência (DIAS et al., 2014).

Almeida e Fernandes (2010) apontam para a necessidade da adoção de uma postura empática por parte dos profissionais de saúde no cuidado dispensado ao paciente idoso, buscando proporcionar conforto e resolutividade, contemplando uma atenção integral. Tais autores, ainda enfatizam que o trabalho humano não pode ser substituído pela máquina, sobretudo, em momentos de fragilidade, onde a vida deve ser o foco da atenção.

O atendimento ao paciente idoso é um processo que depende de ações planejadas e dinâmicas direcionadas a realidade de vida do paciente e de sua família. Desta forma, o profissional de saúde deve considerar os aspectos físicos, psicológicos, sociais e espirituais vivenciados pelo idoso e sua família, respeitando suas experiências, valores e crenças, pois o cuidar deve atender às necessidades físicas e não físicas (FURUYA et al., 2011).

Torna-se claro que atuação da equipe multiprofissional tem papel decisivo na qualidade do atendimento prestado. Além de considerarmos a necessidade de capacitação de pessoal para atuar no

atendimento à população idosa, precisa-se levar em conta os demais aspectos que não dependem apenas do profissional isolado, tais como: valorização da interdisciplinaridade, estrutura física adequada, boa gestão de pessoal e recursos, ajuste da carga de trabalho, além da colaboração na rede de apoio na qual o paciente idoso está inserido, que constitui-se como importante aliado no processo de recuperação e promoção à saúde do idoso.

1.4 Rede Familiar e Social

A atenção ao contexto familiar e social do paciente é extremamente importante, devendo-se buscar a troca de experiências e divisão de tarefas, visando somar conhecimento e reconhecer os limites de atuação de cada profissional da equipe como resultado estabelecer um plano de ação que proporcione o máximo de tranquilidade possível ao difícil momento da internação (CANEPA et al., 2015).

Entende-se como rede familiar, o grupo de pessoas que tem laços sanguíneos ou de convivência e baseados no afeto estabelecidos. Em se tratando do conceito de apoio social, consideram-se as relações interpessoais que contemplam aspectos instrumentais, materiais ou afetivos, em situações de necessidade (BRISSETTE et al., 2000).

Muitas vezes as redes sociais são formas de apoio com as quais o idoso pode contar, sendo por vezes, a única forma de ajuda, a depender do arranjo familiar no qual o idoso está inserido, considerando-se as grandes responsabilidades depositadas sobre a família, em relação a ínfima responsabilidade, que é de fato, assumida pelo estado (NEVES; FERREIRA, 2018).

A importância da estrutura das redes de apoio (familiar e social), o suporte que estas proporcionam em caso de adoecimento; a capacidade que as mesmas possuem de reverter ou minimizar sentimentos de isolamento e de solidão, bem como de viabilizar e fortalecer vínculos sociais têm sido identificados como aspectos determinantes de saúde e de bem-estar (BRISSETTE et al., 2000).

Em contrapartida, diversos estudos demonstram importante associação entre ausência de apoio familiar e social, solidão e piora da saúde em diversos aspectos. Deste modo, consolida-se como de extrema importância a participação de tais redes, durante e após a hospitalização (CACIOPPO et al., 2006; FURUYA et al., 2011).

Em um estudo realizado por Harris e Protti (2016), os idosos internados em UTI, que podiam ver seus familiares apenas em horário de visita, se sentiam solitários, devido ao horário restrito desses encontros. A sensação de solidão, para estes idosos, agrava ainda mais os sentimentos negativos experimentados neste ambiente. Ao serem questionados sobre a presença de um acompanhante em tempo integral, todos relataram que haveria diminuição das sensações negativas citadas anteriormente.

Estes dados, reforçam a importância da presença familiar, para que o idoso passe pelo momento da internação da melhor forma possível.

O apoio e participação familiar e da rede social na qual o idoso está inserido têm papel decisivo na maneira com que ele enfrenta o processo da hospitalização, interferindo de maneira positiva no seu processo de recuperação e readaptação a vida familiar e social após dias de procedimentos cansativos, muitas vezes dolorosos, que por vezes, deixam sequelas físicas e emocionais (FURUYA et al., 2011).

Reafirma-se ainda, a importância da comunicação entre a equipe interprofissional e os pacientes/familiares, buscando-se dar andamento ao atendimento humanizado. Deste modo, a família caminha lado a lado com a equipe, colaborando para que a internação aponte para o melhor desfecho possível (CANEPA et al., 2015; DIAS et al., 2014).

Para Woitezak e colaboradores (2020), o esforço conjunto da equipe para estabelecer uma boa comunicação visa oferecer aos pacientes e sua rede de apoio familiar e social uma visão expandida acerca dos problemas, condutas de cada área profissional e resolução de demandas. Além disso, o processo de comunicação busca promover e recuperar a saúde para melhorar a qualidade de vida de todos os sujeitos envolvidos.

1.5 Humanização na Unidade de Terapia intensiva em tempos de Pandemia

Diversos fatores já citados nos tópicos acima dificultam que a humanização se concretize de forma plena no ambiente de UTI, e com a chegada da pandemia da COVID-19 no Brasil, novos obstáculos surgiram, agravando tais entraves. As instituições tiveram que se preocupar em entender a doença e como tratá-la, capacitar a equipe, providenciar equipamentos e restringir visitas, com intuito de diminuir a circulação do vírus. Porém, a humanização também precisa fazer parte deste grupo de preocupações (LISAKOWSKI et al., 2020).

Torna-se ainda mais urgente a reflexão e esforço para prestação de um cuidado humanizado, acolhendo o medo e amenizando o sofrimento de pacientes e familiares. Além disso, o fortalecimento do trabalho de equipe, bom conhecimento técnico, comunicação eficaz e linguagem inteligível aos familiares que acompanham a evolução do estado de saúde de seus entes queridos (LISAKOWSKI et al., 2020).

No tocante à prática profissional nas UTIs durante a pandemia do novo coronavírus, tem-se buscado reorganizar a estrutura dos recursos humanos, de modo a manter contato próximo e presencial durante a realização de procedimentos por parte da equipe de saúde. Além disso, tem sido incrementada a atuação conjunta com equipes de Serviço Social e Psicologia, buscando oferecer atenção centrada no paciente e seu núcleo familiar, visando a integralidade no cuidado de cada profissional (WOITEZAK et al., 2020).

Estes profissionais participam de forma ativa do cuidado multiprofissional, vislumbrando os aspectos emocionais/sociais do paciente e também junto aos familiares, oferecendo acolhimento, suporte e escuta e mediando as interações entre família, paciente e equipe de saúde (LISAKOWSKI et al., 2020).

No que diz respeito à participação familiar no tratamento do paciente internado em UTI, no cenário atual, há necessidade de reformulação no atendimento direto tanto aos pacientes, quanto aos familiares e rede de apoio. Diante da COVID-19, as famílias estão mais expostas a vulnerabilidade social (WOITEZAK et al., 2020).

O momento atual exige, pois, um esforço maior para ofertar um cuidado integral, além de acolhimento dos pacientes e suas famílias. Tem se destacado o uso de ferramentas, como os aplicativos multiplataforma de mensagens instantâneas e chamadas de voz, que são utilizados para prestar informações diárias e também chamadas por vídeos com intuito de proporcionar participação de familiares no cuidado, o que favorece a comunicação eficaz e uma relação de confiança entre profissional, paciente e rede familiar (LISAKOWSKI et al., 2020). Nesse sentido, as tecnologias da informação e comunicação (TIC) representam meios atuais que podem ser utilizados para superar empecilhos relacionados à humanização na UTI.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A população idosa apresenta características peculiares que devem ser levadas em consideração quando a mesma se encontra no ambiente de UTI, visto que foram apontados nos estudos apresentados os sentimentos negativos experimentados por esta população, que se encontra em um momento de fragilidade.

A comunicação se destacou como um componente do cuidado de grande importância para o paciente, que traduz segurança e respeito. Para que a comunicação ocorra de maneira eficaz, o profissional deve considerar que se comunicar de maneira clara e respeitosa é tão importante quanto realizar procedimentos técnicos de maneira correta. Além disso, foi constatado que o acolhimento ao paciente idoso e seus familiares contribui para um cuidado mais humanizado, proporcionando bem estar físico e emocional às pessoas envolvidas, o que implica benefícios a quem cuida e quem é cuidado.

Alguns entraves dificultam que esse processo se concretize, em diversas esferas, tais como: estrutura física da UTI (luminosidade, alarmes sonoros, leitos isolados), sobrecarga da equipe multiprofissional e má remuneração, além do horário de visita restrito dos familiares aos doentes. Sendo este último item agravado pela pandemia da COVID-19, que impõe a completa ausência da presença física dos familiares ao ambiente hospitalar.

Nesse sentido, é necessário que os profissionais envolvidos no cuidado do idoso realizem um planejamento sistemático das ações de saúde destinadas a essa população, visando prestá-las de maneira integral e humanizada. Para isso, há necessidade de aprimoramento profissional por parte da equipe, além do estabelecimento de comunicação eficiente, melhorias na estrutura física na UTI e presença de familiares acompanhantes.

No contexto da pandemia, como há a impossibilidade de visitas, faz-se necessário investimentos em outras formas de comunicação alternativas, como: oferecimento de canais de atendimento aos familiares pela unidade de internação, seja atendimento pessoal, por telefone ou internet e, quando possível, favorecer

a comunicação entre pacientes e familiares via chamadas de voz ou vídeo. Vale ressaltar a importância de discussão desta temática, considerando o momento de pandemia que o mundo atravessa, onde muitos pacientes ficam à mercê do cuidado que recebe da equipe na UTI.

Diante do exposto, torna-se relevante estudar a humanização no atendimento ao paciente idoso, dado o crescente avanço no envelhecimento populacional, onde percebe-se uma progressiva demanda de idosos em unidades hospitalares com tempo de internação prolongado. Faz-se necessário, portanto, uma readaptação dos profissionais de saúde ao novo contexto social, o que justifica novas publicações de artigos trazendo conhecimento acerca do cuidado humanizado em ambiente hospitalar com foco na saúde do idoso.

Os resultados desta revisão podem auxiliar os profissionais que prestam cuidado ao idoso internado em UTI, de maneira direta ou indireta, a perceber as particularidades e a necessidade de tratamento holístico para este grupo de pacientes, fortalecendo os princípios e direcionamentos da equipe, que devem considerar a dimensão biopsicossocial do indivíduo.

REFERÊNCIAS

ALCÂNTARA, S. F. S. et al. Reflexões acerca da saúde do idoso na pandemia do COVID-19: revisão integrativa. **Revista Artigos.com**, v. 26, p. e5747, 2021.

ALMEIDA, A. B. A.; AGUIAR, M. G. G. O cuidado do enfermeiro ao idoso hospitalizado: uma abordagem bioética. **Revista Bioética**. v. 19, n.1, p. 197-217, 2011.

ALVES, J. E. D. **Envelhecimento populacional no Brasil e no mundo segundo as novas projeções da ONU**. 2019. Disponível em: <https://revistalongeviver.com.br/index.php/revistaportal/article/viewFile/787/842>. Acesso em: 18 dez. 2021.

ASSUNÇÃO, G. P.; FERNANDES, R. A. Humanização no atendimento ao paciente idoso em unidade de terapia intensiva: análise da literatura sobre a atuação do profissional de saúde. **Serviço Social em Revista**, v. 12, n. 2, p. 68-82, 2010.

BAGGIO, M. A. O significado de cuidado para profissionais da equipe de enfermagem. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v.8, p. 09-16, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Monitoramento e avaliação na política nacional de humanização na rede de atenção e gestão do SUS**: manual com eixos avaliativos e indicadores de referência. Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2009. 48 p.

BRASIL. **Decreto n.º 1.948, de 03 de julho de 1996**. Regulamenta a Lei n.º 8.842, de 4 de janeiro de 1994, que dispõe sobre a Política Nacional do Idoso, e dá outras providências. Diário Oficial da União. 1996.

BRASIL. **Lei n.º 8.842, de 04 de janeiro de 1994**. Dispõe sobre a Política Nacional do Idoso. Diário Oficial da União, 1994.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.286, de 26 de outubro de 1993**. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, 1993.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.528, de 19 de outubro de 2006**. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Diário Oficial da União, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 280, de 07 de abril de 1999**. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, 1999.

BRISSETTE, I. et al. Measuring social integration and social networks. In: S. Cohen, L. Underwood, B. Gottlieb (Eds.). **Measuring and intervening in social support**. New York: Oxford University Press, 2000. p. 53-85.

CACIOPPO, J. T. et al. Loneliness as a Specific Risk Factor for Depressive Symptoms: Cross-Sectional and Longitudinal Analyses. **Psychology and Aging**, v. 21, p. 140-151, 2006.

CARDOSO, P. R. **Humanização em Terapia Intensiva: um estudo compreensivo com os profissionais que assistem crianças [dissertação]**. Belo Horizonte: Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais; 2001.

CARVALHO, D. O. de et al. Percepção do profissional de enfermagem acerca do cuidado humanizado no ambiente hospitalar. **Revista Interdisciplinar**, v. 8, n. 3, p. 61-74, Jul/set. 2015.

CHEREGATTI, A. L.; AMORIN C. P. Enfermagem. **Unidade de Terapia Intensiva**. 1ª ed. São Paulo: Martinari, 2010.

COSTA, O. D. et al. Estratégias para humanizar o cuidado com o idoso hospitalizado: estudo com enfermeiros assistenciais **Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental (Online)**, vol. 7, núm. 1, p. 1832-1846, Jan/mar. 2015.

DESLANDES, S. F. Análise do discurso oficial sobre a humanização. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 9, n. 1, p.7-14, 2004.

DIAS, K. C. C, de O et al. Estratégias para humanizar o cuidado com o idoso hospitalizado: estudo com enfermeiros assistenciais. **Revista de Pesquisa: Cuidado é fundamental (Online)**, v. 7, n 1, p. 1832-1846. Jan/mar. 2015.

FREITAS. C. N. et al. Humanização da assistência segundo a percepção do idoso hospitalizado: uma revisão sistemática. **Anais CIEH**, v. 2, n. 1, 2015.

CANEPA, E. B. S. et al. O enfermeiro e a promoção da qualidade de vida aos idosos: uma revisão. **Interbiob**, v. 8, n. 1, p. 57-62, 2014.

FONSECA, A.C, FONSECA, M.J.M. Cuidados paliativos para idosos na unidade de terapia intensiva: realidade factível. **Scientia Medica**, v.20, n.4, p. 301-309, 2010.

FONSECA, L. M. de S. et al. Dificuldade no atendimento ao idoso: percepções de profissionais de enfermagem de unidades de saúde da família. **Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano**, v. 11, n. 2, p. 178-192, Mai/ago 2014.

FURUYA, R. K. et al. A integralidade e suas interfaces no cuidado ao idoso em unidade de terapia intensiva. **Revista de Enfermagem**, v. 19, n.1 p. 58-62, 2011.

- HARRIS, P. H.; PROTTI G. G. Velhice e envelhecimento: experiências de idosos em unidades de terapia intensiva. **Arq Med Hosp Fac Cienc Med Santa Casa São Paulo**, v.61, p.8-12, 2016.
- HENNESSY D. et al. Outcomes of 27. Elderly survivors of intensive care: a review of the literature. **Chest**, v.27, n.17 p. 64-74, 2005.
- LIMA, O. B. A et al. Conduta de enfermeiros no cuidar do idoso hospitalizado. **Revista de Enfermagem**, v. 8. n. 4, p. 814-819, 2014.
- LIMA, T. J. V. et al. Humanização na atenção básica de saúde na percepção de idosos. **Saúde e Sociedade**, v. 23, n. 1, p. 265-276, 2014.
- LIMA, O.B.A. et al. **Direitos de idosos hospitalizados: Compreensão de enfermeiros assistenciais**. Revista de Enfermagem UFPE on line., v. 7(esp):6954-63, 2013.
- LIMA T. J. V. et al. Humanização na Atenção à Saúde do Idoso. **Saúde e Sociedade**, v.9, n.4, p. 866-877, 2010.
- LYSAKOWSKI et al. A Comunicação da morte em tempos de pandemia por COVID-19: Relato de experiência. **Saberes Plurais: Educação na Saúde**, v. 4, n. 2, p. 71-77, 2020.
- MACHADO, E. R.; SOARES, N. V. Humanização em UTI: sentidos e significados sob a ótica da equipe de saúde. **Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro**, v. 6, n. 3, 2016.
- MEDEIROS, F. A. L et al. Processo de enfermagem ao binômio idoso hospitalizado/ acompanhante utilizando a CIPE: estudo de caso. **Revista Nursing**, v. 21, n. 236, p. 2042-2048, jan. 2018.
- MIRANDA, G. M. D et al. O envelhecimento populacional brasileiro. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v.19, n. 3, p. 507-519, 2016.
- NUNES, B. P. et al., Hospitalização em idosos: associação com multimorbidade, atenção básica e plano de saúde. **Revista de Saúde Pública**, v. 41, n. 53, 2017.
- PINTO, L. C. G. L et al. Envelhecer com saúde: o desafio do cuidar humanizado. **Revista Interfaces da Saúde**, n. 1, v.1 p. 20-28, ago. 2014.
- SANGUINO, G. Z et al. O trabalho de enfermagem no cuidado ao idoso hospitalizado: limites e particularidades. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental (Online)**, v. 10, n. 1, p. 160-166, jan/mar. 2018.
- SANTOS, T. D. et al. Segurança do paciente idoso hospitalizado: uma revisão integrativa. **Cogitare Enfermagem**, v. 21, n. 3, p. 1-10, 2016.
- SILVA, T. N et al. Acolhimento à pessoa idosa nos serviços de saúde: uma revisão integrativa. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental (Online)**, v. 10, n. 3, p. 2295-298, 2018.
- SOUZA, L. A. P.; MENDES, V. L. F. O conceito de humanização na Política Nacional de Humanização (PNH). **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 13, p. 681-688, 2009.
- VEIGA E.P. et al. Fatores estressores em Unidade de Terapia Intensiva: percepção de pacientes idosos e adultos no pós-operatório de cirurgia cardíaca. **Revista Kairós Gerontologia**, v. 16, n. 3, pp. 65-77, 2013.

WOITTEZAK, D. S. et al. Residência em serviço social na unidade de terapia intensiva diante da COVID-19: relato de experiência. **Revista Ciência & Humanização**, v.1, n.1, p. 62-73, Jan/jun, 2021.

Contribuições dos autores:

Marina Carneiro Dutra: Pesquisa em bases de dados, compilação de resultados, escrita do artigo.

Júlio César Guimarães Freire: Pesquisa em bases de dados, compilação de resultados, escrita do artigo.

Geraldo Eduardo Guedes Brito: Revisão do texto.

Gustavo Azevedo Carvalho: Revisão e correção do texto, orientação do trabalho.
