



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
RESIDÊNCIA INTEGRADA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE

ERICA VERÔNICA KREUTZ PFEIFER

**AÇÕES DE HUMANIZAÇÃO DE PROFISSIONAIS DA SAÚDE EM AMBIENTE
HOSPITALAR: UMA REVISÃO NARRATIVA**

Florianópolis - SC
2021
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

Erica Verônica Kreutz Pfeifer

**AÇÕES DE HUMANIZAÇÃO DE PROFISSIONAIS DA SAÚDE EM AMBIENTE
HOSPITALAR: UMA REVISÃO NARRATIVA**

Artigo apresentado na disciplina de Trabalho de Conclusão de Curso do Programa de Residência Integrada Multiprofissional da Saúde HU/UFSC, como requisito para obtenção do título de especialista em Alta Complexidade. Orientadora: Psic. Dra. Marina Menezes

FLORIANÓPOLIS - SC
2021

AÇÕES DE HUMANIZAÇÃO DE PROFISSIONAIS DA SAÚDE EM AMBIENTE HOSPITALAR: UMA REVISÃO NARRATIVA

Resumo

Objetivou-se neste estudo mapear o estado da arte de publicações recentes (2016-2021) e disponíveis sobre as ações de humanização que são desenvolvidas por profissionais de saúde na interação com pacientes e familiares no ambiente hospitalar. Trata-se de uma revisão narrativa de literatura, que buscou publicações nas bases de dados Scielo, PsycInfo, PubMed e Scopus, utilizando os descritores "humanização da assistência" e "hospital" em português, inglês e espanhol. A revisão final foi composta de 17 publicações, resultando em duas dimensões (Comportamentos e Comunicação) e quatro categorias temáticas: Assistência ao paciente, Assistência aos familiares, Processos comunicacionais com o paciente e Processos comunicacionais com os familiares. Destacaram-se tanto os componentes teórico-técnicos, como também aspectos relacionados às competências relacionais e habilidades comunicacionais. Os achados subsidiam a identificação, reflexão e disseminação das práticas de humanização dos profissionais de saúde na assistência hospitalar.

Palavras-chaves: Humanização da assistência. Hospitais. Assistência hospitalar.

HUMANIZATION ACTIONS BY HEALTH PROFESSIONALS IN A HOSPITAL ENVIRONMENT: A NARRATIVE REVIEW

Abstract

The objective of this study was to map the state of the art of recent publications (2016-2021) and available on the humanization actions that are developed by health professionals in the interaction with patients and families in the hospital environment. This is a narrative literature review, which sought publications in the Scielo, PsycInfo, PubMed and Scopus databases, using the descriptors "humanization of care" and "hospital" in Portuguese, English and Spanish. The final review consisted of 17 publications, resulting in two dimensions (Behavior and Communication) and four thematic categories: Patient care, Family care, Communication processes with the patient and Communication processes with family members. The theoretical-technical components were highlighted, as well as aspects related to relational competences and communication skills. The findings support the identification, reflection and dissemination of humanization practices of health professionals in hospital care.

Keywords: Humanization of assistance. Hospitals. Hospital care.

ACCIONES DE HUMANIZACIÓN DE LOS PROFESIONALES DE LA SALUD EN UN ENTORNO HOSPITALARIO: UNA REVISIÓN NARRATIVA

Resumen

El objetivo de este estudio fue mapear el estado del arte de las publicaciones recientes (2016-2021) y disponibles sobre las acciones de humanización que desarrollan los profesionales de la salud en la interacción con pacientes y familias en el ámbito hospitalario. Se trata de una revisión de literatura narrativa, que buscó publicaciones en las bases de datos Scielo, PsycInfo, PubMed y Scopus, utilizando los descriptores "humanización de la atención" y "hospital" en portugués, inglés y español. La revisión final constó de 17 publicaciones, resultando en Dos dimensiones (Comportamiento y Comunicación) y cuatro categorías: Atención al paciente, Atención familiar, Procesos de comunicación con el paciente y Procesos de comunicación con familiares. Se destacaron tanto los componentes teórico-técnicos, como las competencias relacionales y las habilidades comunicativas. Los hallazgos apoyan la identificación, reflexión y difusión de las prácticas de humanización de los profesionales de la salud en la atención hospitalaria.

Palabras clave: Humanización de la atención. Hospitales. Atención hospitalaria.

Introdução

A Política Nacional de Humanização (PNH) emergiu no ano de 2003 a fim de propiciar uma mudança na cultura do atendimento de saúde do Brasil¹. A partir do descontentamento com as práticas fragmentadas e verticalizadas, a PNH propõe a valorização dos usuários (pacientes e familiares), trabalhadores e gestores no processo de produção de saúde, com o propósito de colocar em prática os princípios do SUS no cotidiano dos serviços. Nessa perspectiva, humanizar implica na construção de novos modos de fazer saúde coletivamente, oferecendo atendimento de qualidade a partir da compreensão integral de saúde dos usuários, a autonomia e protagonismo dos sujeitos no processo saúde-doença e a consolidação de vínculos entre profissionais, usuários e sua rede social².

Para a efetividade da política nas práticas do dia a dia, a PNH descreve seis diretrizes: 1) Gestão participativa e cogestão, garantindo participação ativa dos profissionais e usuários, assim como acordo entre necessidades e interesses; 2) Ambiência, consistindo na criação de espaços saudáveis, confortáveis e acolhedores; 3) Valorização do trabalhador, reconhecendo a importância de dar visibilidade a experiência dos profissionais e incluí-los na tomada de decisão; 4) Acolhimento, o qual consiste no reconhecimento da necessidade do outro, através da escuta qualificada e ampliação da efetividade, visando construir relações de confiança, compromisso e vínculo; 5) Clínica ampliada e compartilhada, ferramenta teórica e prática para uma abordagem que considera a singularidade do sujeito e a

complexidade do processo saúde-doença. Tem por objetivo superar a fragmentação do conhecimento e das ações de saúde, utilizando do olhar integral e qualificação do diálogo; 6) Defesa do direito dos usuários, no qual incentiva o conhecimento dos direitos dos usuários, como o de ser cuidado pela equipe, ser informado sobre sua saúde e ter a decisão de compartilhar ou não as informações com sua rede social². Destaca-se que, neste trabalho, serão enfatizadas apenas as últimas três diretrizes citadas.

No ambiente hospitalar, as práticas de humanização corroboram para o sentimento de bem-estar do usuário e profissionais, contribuindo para redução do tempo de internação e práticas de absenteísmo³. A humanização é construída conjunta e horizontalmente entre profissionais e usuários no processo saúde-doença⁴. O cuidado humanizado está atrelado às atividades do cotidiano da assistência, no equilíbrio entre conhecimento teórico-técnico e na qualidade do relacionamento interpessoal⁵. Ressalta-se que essa qualidade é permeada pela experiência pessoal dos profissionais de saúde, bem como atributos de personalidade⁶. Assim, a humanização é entendida como uma mudança nas pessoas e na forma de trabalhar, opondo-se à despersonalização, respeitando e zelando pela dignidade ao ser humano⁵.

Uma das dificuldades encontradas para a efetividade das práticas humanizadas é o despreparo dos profissionais em lidar com as dimensões subjetivas que o exercício de cuidado requer⁷, uma vez que a lógica biomédica ainda é repercutida na educação de profissionais de saúde⁵. A impessoalidade na assistência, a fragmentação nas relações interpessoais e no acesso à informação são obstáculos apontados para a efetivação da humanização nos hospitais, assim como a rigidez na estrutura organizacional e a baixa disponibilidade à mudança⁸. O distanciamento entre profissionais e pacientes dificulta a formação de vínculos, aspecto importante para a criação de plano terapêutico de acordo com a realidade do paciente, repercutindo na adesão ao tratamento devido à confiança e responsabilização⁹.

Considerando o contexto apresentado e o entendimento de que as concepções que os profissionais possuem sobre a prática de humanização repercutem na atuação⁵, este artigo teve como objetivo mapear o estado da arte de publicações recentes (2016-2021) e disponíveis sobre as ações de humanização que são desenvolvidas por profissionais de saúde na interação com pacientes e

familiares no ambiente hospitalar. Este trabalho pretende contribuir com a visibilização das ações de humanização que são realizadas por profissionais da saúde em contexto hospitalar. Favorecer a reflexão sobre as práticas humanizadas poderá subsidiar o aprimoramento profissional e qualificar a assistência para pacientes hospitalizados e seus familiares.

Método

Trata-se de uma revisão narrativa de literatura, de abordagem qualitativa. Este tipo de revisão permite descrever, discutir e integrar o estado da arte de determinado assunto, a fim de fornecer visões gerais, favorecer reflexões, revelar fraquezas e pontuar implicações e possibilidades futuras¹⁰. Como forma de alcançar o objetivo deste trabalho, buscou-se descrever as práticas e recursos de humanização utilizados pelos profissionais de saúde no ambiente hospitalar e identificar competências relacionais de profissionais da saúde no desenvolvimento de ações de humanização no ambiente hospitalar.

A busca de artigos foi realizada nas bases de dados Scielo, PsycInfo, PubMed e Scopus, com base nos descritores "Humanization of Assistance/Humanization" e "Hospitals/Hospital" em todos os campos. A equação de busca utilizada foi ("Humanization of Assistance" OR "Humanization") AND ("Hospitals" OR "Hospital"). Considerou-se como critério de inclusão somente artigos publicados na íntegra no idioma português, inglês ou espanhol relacionados à temática e publicados a partir do ano de 2016. Foram excluídos da pesquisa os editoriais, monografias, teses, dissertações, cartas ao editor e artigos duplicados. O processo de seleção dos estudos ocorreu mediante a leitura minuciosa de títulos e resumos, de modo que foram escolhidos para a seleção final os trabalhos que atenderam aos critérios de inclusão supracitados. Os artigos selecionados foram lidos na íntegra e as informações de cada artigo foram organizadas em: identificação (título do artigo, título do periódico, autores, ano de publicação, país, idioma, palavras-chave, setor que foi realizada a pesquisa, área de atuação) e características metodológicas do estudo (objetivo ou questão de investigação, tipo de publicação, participantes). Posteriormente, procedeu-se à avaliação e interpretação dos resultados.

A análise do material foi realizada pelo método de análise temática, que permite identificar, analisar, descrever e interpretar padrões, ou temas, dentro dos

dados. Importante ressaltar que esse tipo de análise é desprendida de um quadro teórico pré-existente, ou seja, permite certa liberdade para a autora escolher a posição teórica desejada. Portanto, neste trabalho, parte-se da análise temática teórica, orientada pela analista e direcionada pelo objetivo da pesquisa; de nível latente, envolvendo trabalho interpretativo; e construcionista, partindo do pressuposto que significados são socialmente produzidos; gerando assim a descrição detalhada e diferenciada do tema específico abordado. O processo de análise se deu de modo recursivo ao longo de seis fases: familiarização com os dados; geração de códigos iniciais; busca por temas; revisão dos temas; definição e nomeação dos temas; e produção do relatório¹¹.

Resultados

Inicialmente, identificou-se 312 artigos nas bases de dados relatadas: Scielo (3), PsycInfo (11), Pubmed (138) e Scopus (160). Após a exclusão dos artigos duplicados, a leitura dos títulos e resumos e a aplicação dos critérios de inclusão e exclusão, foram selecionados 43 artigos para leitura flutuante do corpo do texto com o objetivo de identificar quais publicações abordavam a temática pesquisada e respondiam ao objetivo do trabalho. Posteriormente à leitura destes, foram selecionadas 18 publicações, as quais passaram por uma leitura integral, sendo um artigo excluído, totalizando 17 publicações para a revisão.

A análise final consistiu em 17 artigos, como sintetizado no Quadro 1, sendo a maior frequência de publicações no Brasil (n=8), seguido da Espanha (n=5), Chile (n=2), Perú (n=1) e Colômbia (n=1), contemplando os idiomas português (n=7), espanhol (n=7) e inglês (n=3). A maioria das publicações pertencia a periódicos das áreas de Enfermagem (n=9) e a área de atuação dos autores diz respeito à medicina, terapia ocupacional, enfermagem e multiprofissionais. O setor do contexto hospitalar mais abordado nas pesquisas foi a Unidade de Terapia Intensiva (UTI) (n=5), sendo quatro referentes à UTI adulto e um à UTI pediátrica. Destacam-se também artigos da onco hematologia (n=1), cuidados paliativos oncológicos (n=1), clínica médica (n=1), centro obstétrico (n=1), unidade de observação de urgência (n=1) e pediatria geral e cirurgia-traumatologia pediátrica (n=1).

Em relação aos tipos de estudo, a prevalência se deu pela abordagem qualitativa (n=7), seguida da quantitativa (n=5), relato de experiência (n=2), revisão de literatura (n=3). Entre os estudos que tiveram participantes (n=12), evidenciou-se

que os profissionais de saúde foram o público mais abordado (n=8), seguidos de pacientes (n=5) e familiares (n=3). Percebeu-se uma concentração de pesquisas focadas exclusivamente em profissionais da Enfermagem, como Técnicos e Enfermeiros (n=5), seguida por estudos que envolviam a equipe multiprofissional (n=2) e, por último, estudos que englobavam somente Fisioterapeutas (n=1).

Quadro 1 - Caracterização dos artigos selecionados para realização da análise de dados.

Título do artigo	Autoria e ano/ Base de dados	Revista	País/Idioma	Setor do hospital	Participantes	Tipo do estudo	Área de atuação
El cuidado humanizado en la muerte por COVID-19: a propósito de un caso	Cussó, R. A.; Navarro, C. N. & Gálvez, A. M. P. (2020) PubMed	Enfermería Clínica	Espanha/ Espanhol	Unidade de observação de urgência	1 Paciente	Relato de experiência	Enfermagem
Humanizar la medicina: un desafío conceptual y actitudinal	Castro et al. (2018) PubMed	Revista Iberoamericana de Bioética	Espanha/ Espanhol	Não especifica	Não se aplica	Revisão da literatura	Não informado
Humanized Care from the Perception of Oncology Patients from Southern Chile	Navarrete-Correa, T.; Fonseca-Salamanca, F. & Barría, R. M. (2021) PubMed	Investigación y Educación en Enfermería	Chile/ Inglês	Oncohematologia	51 pacientes internados	Quantitativo	Multiprofissional
The Development and Validation of the Healthcare Professional Humanization Scale (HUMAS) for Nursing	Pérez-Fuentes, M. C.; Herere-Peco, I.; Jurado, M. M. M.; Ruiz, N. F. O.; Ayuso-Murillo, D. & Linazes, J. J. G. (2019) PubMed	International Journal of Environmental Research and Public Health	Espanha/ Inglês	Não especifica	338 enfermeiras que trabalhavam em centros de saúde e hospitais	Quantitativo	Multiprofissional

Amabilidad, confort y espiritualidad en los cuidados paliativos oncológicos: Aporte para la humanización en salud	Ayasta, M. T. V. et al (2019) Scopus	Revista científica de la Asociación de Historia y Antropología de los Cuidados	Perú/ Espanhol	Cuidados paliativos oncológicos	6 enfermeiras e 6 familiares	Qualitativo	Enfermagem
Cuidado humanizado e as práticas do terapeuta ocupacional no hospital: uma revisão integrativa da literatura	Aniceto, B.& Bombarda, T.B. (2020) Scopus	Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional	Brasil/ Português	Não especifica	Não se aplica	Revisão de literatura	Terapia Ocupacional
Densidade tecnológica e o cuidado humanizado em enfermagem: a realidade de dois serviços de saúde	Lima, A. A.; Jesus, D. S. & Silva, T. L. (2018) Scopus	Physis: Revista de Saúde Coletiva	Brasil/ Português	Não especifica	51 Profissionais de enfermagem	Qualitativa	Não informado
Comunicação não verbal por meio do toque: significados para fisioterapeutas que atuam em ambiente hospitalar	Jamarim, M. F. M.; Silva, C. Z.; Lima, G. M. P. A.; Siqueira, C. L. & Campos, C. J. G. (2019) Scopus	Aquichan	Brasil/ Português	Não especifica	16 fisioterapeutas	Qualitativa	Não informado
Percepción de cuidado humanizado de enfermería desde la perspectiva de usuarios hospitalizados	Pablo Monje V.; Paulina Miranda C.; Jéssica Oyarzún G.; Fredy Seguel P. & Elizabeth Flores G. (2018) Scopus	Ciencia y Enfermeria	Chile/ Espanhol	Clínica médica	171 pacientes hospitalizados	Quantitativo	Enfermagem

Práticas de humanização no transcurso parturitivo na ótica de puérperas e enfermeiras obstétricas	Leal, M. S.; Moreira, R. C. R.; Barros, K. C. C.; Servo, M. L. S. & Bispo, T. C. F. (2021) PubMed	REBEn - Revista Brasileira de Enfermagem	Brasil/ Português	Centro Obstétrico	11 puérperas e 5 enfermeiras	Qualitativo	Não informado
Atención centrada en el paciente y la familia en la Unidad de Cuidado Intensivo Pediátrico del hospital Pablo Tobón Uribe, sistematización de la experiencia	Torres-Ospina, J. N.; Vanegas-Díaz, C. A. & Yepes-Delgado, C. H. (2016) Scopus	Revista Gerencia y Políticas de Salud	Colômbia/Espanhol	UTI pediátrica	Profissionais da saúde e 820 familiares	Qualitativo	Medicina
Percepción de los adolescentes sobre el ingreso hospitalario. Importancia de la humanización de los hospitales infantiles	Laiseca, L. B. et. al (2016) Scopus	Revista Chilena de Pediatría	Espanha /Espanhol	Pediatria geral e cirurgia-traumatologia pediátrica	39 pacientes - adolescentes hospitalizados	Quantitativo	Não informado
Práticas de humanização com parturientes no ambiente hospitalar: revisão integrativa	Silva, D.; Silva, B. T.; Batista, T. F. & Rodrigues, Q. P. (2018) Scopus	Revista Baiana de Enfermagem	Brasil/ Português	Não especifica	Não se aplica	Revisão de literatura	Enfermagem
Construction and validation of a tool to Assess the Use of Light Technologies at Intensive Care Units	Marinho, P. M. L.; Campos, M. P. A.; Rodrigues, E. O. L.; Gois, C. F. L. & Barreto, I. D. C. (2016) PubMed	Revista Latino-Americana de Enfermagem	Brasil/ Inglês	UTI	6 avaliadores	Quantitativo	Multiprofissional

Humanização na Terapia Intensiva: percepção do familiar e do profissional de saúde	Luiz, F. F. Caregnato, R. C. A. & Costa, M. R. (2016) PubMed	REBEn - Revista Brasileira de Enfermagem	Brasil/Português	UTI	8 familiares e 6 profissionais da saúde	Qualitativo	Não informado
Equipe multiprofissional de terapia intensiva: humanização e fragmentação do processo de trabalho	Evangelista, V.C., Domingos, T.S., Siqueira, F.P.C., & Braga, E.M. (2016) PubMed	REBEn - Revista Brasileira de Enfermagem	Brasil/Português	UTI	24 profissionais da equipe de saúde	Qualitativo	Enfermagem
Implantación de un proyecto de humanización en una Unidad de Cuidados Intensivos	Fuentes-Martos, C. et. al (2017) Scopus	Medicina Intensiva	Espanha/Espanhol	UTI	Não se aplica	Relato de experiência	Não informado

No que se refere a análise dos resultados, emergiram duas dimensões, quatro categorias e 13 subcategorias, cada subcategoria composta por seus respectivos elementos de análise, conforme o Quadro 2.

Quadro 2 - Dimensões, categorias, subcategorias e elementos de análise.

Dimensão: Comportamentos		
Categoria	Subcategorias	Elementos de Análise
1. ASSISTÊNCIA AO PACIENTE	1.1 Prestação dos cuidados básicos	1.1.1 Alimento e líquidos; 1.1.2 Higiene 1.1.3 Repouso 1.1.4 Suporte físico; conforto 1.1.5 Medicamentos 1.1.6 Manejo dos sintomas 1.1.7 Manejar a dor 1.1.8 Proporcionar autonomia e participação ativa
	1.2 Respeito à intimidade e confidencialidade	1.2.1 Privacidade; 1.2.2 Cuidar da imagem do paciente 1.2.3 Não realizar perguntas invasivas 1.2.4 Pedir permissão 1.2.5 Consentimento do paciente para passar informações 1.2.6 Permitir a escolha de quem pode visitar
	1.3 Apoio emocional	1.3.1 Não deixar o paciente sozinho 1.3.2 Realizar toque afetivo 1.3.3 Promover fé e esperança; Considerar as necessidades espirituais; 1.3.4 Dar suporte emocional;
	1.4 Competências relacionais	1.4.1 Ter atitude amigável e acolhedora; 1.4.2 Estabelecer vínculo 1.4.3 Possuir sensibilidade às preferências e necessidades do paciente; 1.4.4 Estabelecer um relacionamento baseado na confiança e compaixão 1.4.5 Ter empatia 1.4.6 Considerar aspectos éticos e valores do cuidado 1.4.7 Compreender o paciente em seu contexto psicossocial 1.4.8 Tratar como se fosse um familiar
	1.5 Qualificação da assistência	1.5.1 Condutas baseadas em protocolos 1.5.2 Qualidade na execução do cuidado 1.5.3 Evitar ações tecnocratas e intervencionistas 1.5.4 Fornecer e garantir apoio formal 1.5.5 Pactuar um plano de tratamento e tomada de decisão em conjunto
2. ASSISTÊNCIA AOS FAMILIARES	2.1 Intervenção da equipe (com técnicas e estratégias específicas)	2.1.1 Grupo com familiares e acompanhantes 2.1.2 Realizar atividades lúdicas; 2.1.3 Realizar atividades de terapia ocupacional 2.1.4 Encaminhar para profissionais adequados
	2.2 Compartilhamento do cuidado	2.2.1 Proporcionar um cuidado compartilhado com a família 2.2.2 Favorecer o acompanhamento 2.2.3 Pactuar um plano de tratamento e tomada de decisão em conjunto
	2.3 Apoio oferecido	2.3.1 Proporcionar apoio espiritual 2.3.2 Tocar, sorrir 2.3.3 Ofertar refeição

	2.4 Competências relacionais	2.4.1 Apresentar gentileza 2.4.2 Dar atenção 2.4.3 Ter empatia 2.4.4 Ser sensível às preferências e necessidades da família 2.4.5 Ser afetuoso 2.4.6 Ser querido, caridoso e humano 2.4.7; Entender angústias, medos e questionamentos 2.4.8 Proporcionar segurança, bem-estar, apoio e proximidade; 2.4.9 Embasar a prática na singularidade e integralidade; Proporcionar cuidado integral à família
Dimensão Comunicação		
Categoria	Subcategorias	Elementos de Análise
1. PROCESSOS COMUNICACIONAIS COM O PACIENTE	1.1 Sobre o adoecimento e hospitalização	1.1.1 Fornecer orientações 1.1.2 Explicar a técnica e os procedimentos realizados 1.1.3 Educar sobre informações de saúde 1.1.4 Esclarecer dúvidas 1.1.5 Comunicar-se de forma clara, acessível 1.1.6 Realizar comunicação face a face 1.1.7 Realizar escuta ativa e qualificada 1.1.8 Chegar a um entendimento comum do problema 1.1.9 Saber a história do paciente 1.1.10 Conhecer a opinião dos pacientes 1.1.11 Incentivar a comunicação do paciente
	1.2 Comunicação enquanto cuidado e estabelecimento de vínculo	1.2.1 Promover bem-estar e diminuição da angústia 1.2.2 Conversar com paciente mesmo sedado 1.2.3 Cumprimentar, perguntar como está, como se sente, o que precisa; Se apresentar 1.2.4 Conversar nos momentos de interação 1.2.5 Estabelecer diálogo 1.2.6 Utilizar tom de voz calmo 1.2.7 Proporcionar momentos que o paciente possa se expressar 1.2.8 Discurso empático 1.2.9 Assumir o cuidado desde o início da interação 1.2.10 Aumentar a voz 1.2.11 Contação de histórias
2. PROCESSOS COMUNICACIONAIS COM OS FAMILIARES	2.1 sobre o diagnóstico e o tratamento do paciente	2.1.1 Fornecer informações claras 2.1.2 Informar sobre o quadro clínico do paciente 2.1.3 Proporcionar comunicação efetiva 2.1.4 Escuta ativa e qualificada 2.1.5 Estar disponível para ouvir 2.1.6 Chegar a um entendimento comum do problema 2.1.7 Atender as necessidades de informação
	2.2 Comunicação enquanto cuidado e estabelecimento de vínculo	2.2.1 Promover a autoestima 2.2.2 Chamar pelo nome 2.2.3 Utilizar expressões dóceis 2.2.4 Sensibilidade ao conversar;

Discussão

A política de humanização constitui-se como forma de mudança nas referências que guiam as práticas no contexto de produção de saúde^{1,5}. Os hospitais são instituições permeadas pela impessoalidade e fragmentação do cuidado⁷, além do despreparo profissional para lidar com aspectos subjetivos dos usuários⁶. Entretanto, pontua-se a potencialidade da interação dos profissionais da saúde com os usuários para a produção de práticas humanizadas⁵. Nesse sentido,

as dimensões de comportamento e comunicação envolvem uma gama de ações relacionadas à humanização que os profissionais realizam na assistência ao paciente e à família. A primeira dimensão de análise do presente estudo, que é a dimensão Comportamentos, está pautada nos diferentes aspectos envolvidos nas ações realizadas nas rotinas dos profissionais de saúde do contexto hospitalar, como conhecimentos necessários, prestação de cuidados e apoio e habilidades interpessoais. Já a segunda dimensão destaca a Comunicação, formada por aspectos relacionados à informação, orientação, escuta qualificada e reconhecimento do usuário e família na sua alteridade, bem como as estratégias para criação de vínculos.

Referente à dimensão Comportamentos, na categoria Assistência ao paciente, a primeira subcategoria se remete à prestação de cuidados básicos ao paciente descritos através de ações características da assistência, como a oferta de alimentação, auxílio na higiene do paciente e administração de medicamentos. A oferta de alimentos e líquidos foi caracterizada como prática humanizada no tratamento de parturientes, uma vez que a possibilidade de as manter em dieta leve durante o período em que permaneceram na maternidade foi visto como positivo pelas gestantes¹². Proporcionar autonomia e participação ativa também foi identificada como ação humanizada no contexto de parto e puerpério, principalmente pela ótica das puérperas, uma vez que se sentiram respeitadas em suas escolhas¹³. Os comportamentos exemplificados para proporcionar a autonomia e participação ativa foram: realizar o desejo da mulher em relação ao tipo de parto, local, posição e movimento, bem como permitir o acompanhante de referência^{12,13}. Tais ações demonstram o respeito à singularidade do sujeito, o fazer coletivo da saúde conjuntamente com práticas horizontalizadas, princípios presentes na PNH².

A satisfação de necessidades de alimentação, higiene e repouso, bem como de fazer a mudança de decúbito e a correta administração de medicamentos para alívio da dor foram comportamentos descritos como ações humanizadas na assistência de pacientes em fases terminais, caracterizadas por familiares e profissionais de saúde devido ao conforto¹⁴ e paz psicológica gerada ao usuário¹⁵. Ressalta-se que o correto manejo da dor também foi indicado como prioridade na perspectiva de adolescentes hospitalizados¹⁶. As técnicas não farmacológicas tais como favorecer a distração, exercícios de respiração, massagens, banhos, musicoterapia, uso da bola obstétrica, deambulação, uso do cavalinho e do banco

obstétrico também foram citadas pelas gestantes como possibilidades de comportamentos que caracterizam ações humanizadas^{12,13}. Percebe-se, que as ações descritas nos estudos citados se incluem no escopo da prática humanizada a partir do reconhecimento das necessidades do outro (no caso, o paciente), da atuação para a resolução do problema e ampliação da efetividade do cuidado. Tais elementos se constituem ancorados nas diretrizes de acolhimento e direito dos usuários². Cabe destacar que a ação de estimular a presença de acompanhantes de pacientes em fases terminais e adolescentes também foi descrita pelos usuários no campo dos comportamentos humanizados nos estudos analisados^{15,16}. Nesse sentido, ao relacionar essa ação à PNH é possível apoiá-la à uma prática guiada pela gestão hospitalar e demonstrar a importância da diretriz de gestão participativa e cogestão².

A segunda subcategoria está voltada às ações de respeito à intimidade e confidencialidade do paciente. A privacidade foi identificada como elemento intrínseco à humanização no contexto de assistência hospitalar às usuárias em trabalho de parto¹², demonstrando respeito à singularidade do processo de cada uma, explicitando a diretriz de clínica ampliada e compartilhada². Da mesma forma, a manutenção da privacidade foi demonstrada como um comportamento do profissional considerado importante para adolescentes hospitalizados, uma vez que se apresentou como uma das 5 necessidades básicas para esse público¹⁶. Nesse sentido, ressalta-se que para efetivar tal comportamento da equipe, os autores destacaram a adequação do desenho físico dos hospitais para a oferta de privacidade, como a presença de quartos privativos¹⁶, corroborando a diretriz de ambiência no tocante à oferta de ambiente acolhedor e confortável².

Em relação aos comportamentos dos profissionais na interação com os pacientes, foram evidenciadas ações como a) bater na porta do quarto antes de entrar¹⁶; b) manter o box do leito fechado se o paciente preferir¹⁷; c) avisar quem vai entrar no quarto e para qual propósito¹⁷; e d) cuidar da imagem do paciente durante a consulta, visita ou traslado¹⁷. Tais ações foram relacionadas a comportamentos de respeito e manutenção da privacidade do paciente, emitidos pelos profissionais como forma de cuidado ao sentimento de exposição a terceiros. O cuidado da imagem do paciente também foi caracterizado como um comportamento humanizado, uma vez que representa uma forma de contribuir para a autoestima

dos pacientes hospitalizados, principalmente em contexto de UTI que, muitas vezes, estão limitados aos cuidados de si¹⁷.

Ainda no campo dos comportamentos que se relacionam à manutenção da privacidade do paciente, destaca-se a solicitação de permissão antes de tocá-lo, identificada como uma ação de cuidado humanizado pelos profissionais de fisioterapia¹⁸. Os comportamentos de perguntar somente o que for necessário na coleta de informações, não divulgar os dados do paciente aos meios de comunicação sem autorização e passar informações por telefone somente quando tiver garantia com quem se está falando¹⁷ foram descritas como ações complementares das diretrizes supracitadas. Outras ações incluídas nesta subcategoria se referiam a perguntar ao paciente quem possuía o direito de visitá-lo e com quem ele desejava compartilhar informações sobre seu estado de saúde¹⁷. Tomando-se por base a PNH, é possível observar que tais ações corroboram a diretriz de defesa dos usuários², uma vez reitera-se que o paciente possui esse direito. Mesmo sendo ações que envolvem processos de informações e comunicação, estas foram incluídas na dimensão Comportamentos pois retratam de maneira característica o respeito à intimidade e confidencialidade.

Na terceira subcategoria, Apoio emocional, foram descritas ações como a de não deixar a paciente sozinha na hora do parto, uma vez que se trata de um comportamento simples e que possibilita a formação de vínculo¹², proporcionando acolhimento². O toque “afetivo”, descrito através do adjetivo referente a afeto, foi apontado como um comportamento humanizado por ser utilizado como uma forma de se diferenciar do toque instrumental no contexto da assistência realizada por fisioterapeutas. Tal comportamento foi identificado ainda como um modo de demonstrar afeto, apoio e aceitação, acalmar, minimizar emoções negativas e aliviar a dor, promovendo conforto e suporte emocional para quem o recebe^{18,19}. Além disso, a interação física durante o cuidado foi relacionada com a qualidade da assistência por permitir interatividade e fortalecer o vínculo entre profissional e paciente²⁰, demonstrando a horizontalidade da relação⁴. Nessa perspectiva, outras ações, como segurar a mão dos pacientes entubados, também foram descritas como um comportamento relacionado a uma forma de aumentar a percepção de presença e acompanhamento¹⁵. Aspectos que podem auxiliar a diminuir a impessoalidade da assistência⁷ através da qualidade da interação⁵, constituída com confiança e vínculo⁹.

Ainda nessa subcategoria, ressaltam-se os comportamentos de cuidado humanizado relativos a promover o apoio espiritual aos usuários, pontuando-se a importância de respeitar as crenças e práticas religiosas de cada um¹⁴. Foram descritos comportamentos como realizar orações juntamente com o paciente e providenciar a vinda de um padre/pastor quando fosse desejo do paciente ou em casos de fim de vida¹⁴. Tais comportamentos foram associados com os objetivos de estimular a esperança²⁰, aliviar o sofrimento^{14,15}, ajudar o paciente a encontrar sentido na vida e enfrentar o seu final com dignidade¹⁴. Esses comportamentos representam ações sustentadas na perspectiva de assistência integral ao usuário², que busca a superação de práticas fragmentadas^{1,2}, e a valorização das necessidades do paciente², conforme explicita a PNH.

Já na quarta subcategoria, referente às Competências relacionais, observou-se a descrição do comportamento de manter uma atitude amigável e acolhedora com os pacientes como maneira de personalizar o atendimento. Apesar de os autores não citarem exemplos acerca desse comportamento, referem que o mesmo está atrelado a uma maior satisfação do atendimento dos usuários¹⁴. Outra competência destacada foi apresentar sensibilidade às preferências e necessidades do usuário, ação que foi descrita no cuidado realizado por uma equipe de saúde ao buscar compreender o paciente em seu contexto psicossocial. Nesse caso, os profissionais buscaram entender a situação em que os pacientes viviam, o que os auxiliou a desenvolver comportamentos que consideravam que poderiam tornar a hospitalização mais fácil²¹. Essas competências relacionais, apesar de não terem uma descrição pormenorizada pelos autores, vão ao encontro das ações representativas da diretriz de clínica ampliada da PNH². Acredita-se ainda, que uma das possibilidades para acessar as preferências dos usuários é a busca ativa dos profissionais, no entanto, os estudos analisados não descrevem ou caracterizam quais seriam os comportamentos ou ações dos profissionais, sendo perceptível que talvez estes sejam identificados mais no campo das “intenções” ou nas “metas” que devem estar presentes na assistência humanizada ao paciente. A sensibilidade também apareceu atrelada à compreensão em relação aos medos e questionamentos realizados pelos pacientes¹⁴, bem como na interpretação da comunicação não verbal e de sentimentos^{21,22,23}.

As competências relacionais também foram descritas e relacionadas à habilidade social da empatia, considerada um elemento representativo das práticas

de humanização. A empatia foi citada nos estudos analisados como a capacidade de se colocar no lugar do outro^{24,25} e pela capacidade do profissional escolher utilizar práticas com seus pacientes que consideraria como importantes para o tratamento dos seus próprios familiares e de si mesmo, ou ainda pela maneira que o profissional gostaria de ser ouvido e tratado¹⁷. A empatia também foi descrita como fator de contribuição para a formação de vínculo e constituição de uma relação humana e terapêutica^{22,25,26}, bem como de uma relação de confiança e compaixão¹⁶, sendo percebida como o elemento de ligação que possibilitaria o desenvolvimento do cuidado²⁶. A empatia, a singularidade e a integralidade também foram citadas como as expressões mais representativas das ações que os profissionais consideraram como a prática do cuidado humanizado²⁵. Dessa forma, os profissionais trazem a propriedade de personalização na construção do vínculo⁵, zelando pela dignidade e respeito⁵ e gerando acolhimento².

Outra competência relacional identificada como prática humanizada foi a necessidade de realizar a assistência ao paciente com profissionalismo, comprometimento com a ética e com condutas que não ferissem os princípios científicos e morais, possibilitando ao profissional transcender os conhecimentos teóricos^{14,22,24}. Também foram citados comportamentos como o auxílio ou empenho do profissional na obtenção de recursos de entretenimento para o paciente hospitalizado, como televisão¹⁷, DVD¹⁷ e *wi-fi*^{16,17}, ou para a satisfação de pequenos desejos dos pacientes, como a “oferta de pirulito de uva”²⁴. Diante do exposto, percebeu-se que as competências relacionais são elementos importantes no desenvolvimento de práticas humanizadas que se contrapõem à impessoalidade da assistência e buscam a superação da fragmentação do trabalho^{2,8}. Pontua-se ainda que o desenvolvimento de tais características transpassa a lógica teórica e acadêmica^{5,6}, sendo que o trabalho interdisciplinar e possíveis capacitações profissionais que não foquem apenas os aspectos técnicos e sejam regularmente oferecidas pela instituição hospitalar podem ser maneiras de qualificar a assistência ao paciente.

Na subcategoria de número cinco, Qualificação na assistência, foram identificados comportamentos como o cuidado profissional baseado em protocolos como forma de humanização do cuidado. Um dos exemplos descritos foi a adoção de protocolos de analgesia em unidade pediátrica, pois o estabelecimento de tais medidas reduziu as experiências dolorosas dos pacientes infantis¹⁶. A utilização de

protocolos objetivando a medida de segurança dos pacientes, como o monitoramento e dispositivos de suporte, foi outro exemplo citado como ação humanizada. Realizada por enfermeiras de uma equipe de saúde em uma UTI da Espanha, essa ação incluiu a adoção de medidas de segurança que permitissem retirar os pacientes do leito para caminhar ou aproximá-los das janelas¹⁷. Outro exemplo identificado foi a criação de um protocolo que pudesse descrever as medidas a serem tomadas para prevenir o desenvolvimento de Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT) nos pacientes da UTI¹⁷. Também se observou a ênfase no seguimento de orientações de instâncias de referência, como as boas práticas do trabalho de parto da Organização Mundial da Saúde (OMS) no caso das gestantes¹².

Outro aspecto relacionado à qualificação na assistência como forma de humanização do cuidado, foi a orientação para que o profissional evitasse realizar ações tecnocratas e intervencionistas¹². Como exemplo, um dos estudos descreveu a assistência com essa perspectiva às mulheres grávidas. As narrativas das puérperas defendiam a desmedicalização do parto, o estímulo à verticalização e o contato pele a pele com o recém-nascido logo após o nascimento¹³. A adoção de tais comportamentos pela equipe de saúde hospitalar corroboram as práticas comprometidas com o bem-estar das mulheres, recém-nascidos e família, sendo associadas inclusive, na redução da mortalidade materna e neonatal¹².

Ainda como exemplo de uma assistência qualificada, um dos estudos referiu como conduta humanizada na equipe de saúde do hospital infantil, a realização de apoio formal que extrapolasse apenas os cuidados clínicos dos pacientes. Ou seja, que nos casos de crianças que não possuíssem um cuidador responsável, houvesse respaldo institucional para prover esse tipo de cuidados às crianças. Nesse contexto, foi preciso reajustar uma gestão integral com diversos profissionais em prol da saúde do menor²¹. Diante do exposto, percebe-se a relevância da consideração dos diversos aspectos que constituem o processo saúde-doença, aliados a uma gestão institucional sensível às necessidades dos usuários², que mostrou-se necessária para efetivar a assistência qualificada, contribuindo com a promoção desse tipo de apoio. Somada a isso, destaca-se ainda a necessidade de pactuar um plano de tratamento e tomada de decisão em conjunto com o paciente, com base nas evidências clínicas e de acordo com os valores do usuário²¹, considerando sua singularidade, conforme a PNH².

A segunda categoria de análise da dimensão Comportamentos se refere à assistência aos familiares, organizada em quatro subcategorias, sendo a primeira, relativa às Intervenções da equipe com técnicas e estratégias específicas. A intervenção mais citada como utilizada como prática humanizada com familiares, foi a realização de grupos, com diferentes objetivos, como oferecer apoio à mãe/família^{17,27} ou fomentar o diálogo e escuta assertiva²¹, direcionados aos pais de bebês ou crianças hospitalizadas^{21,27} ou a familiares de pacientes internados em UTI¹⁷. Uma das possibilidades mencionadas pelos por tais estudos, foi a realização de grupos de orientação à maternidade, bem como grupos com atividades de lazer, lúdicas e recreativas, todos realizados pelo profissional de terapia ocupacional. Verificou-se que, a partir destes grupos, foram realizadas reflexões sobre diferentes temas, como o impacto da hospitalização nos papéis ocupacionais, sociais e na organização da rotina familiar. Já nos grupos de atividades com as mães de bebês hospitalizados, a produção de móveis, placas de identificação e brinquedos para o quarto do recém-nascido, além de estimularem o processo de criação de vínculo mãe-bebê, tornaram mais aconchegante o ambiente hospitalar, possibilitando a inclusão de estímulos favoráveis ao desenvolvimento do bebê²⁷. Essas técnicas ou estratégias adotadas no cuidado prestado aos familiares configura-se como uma estratégia de assistência integral²⁷, da clínica ampliada² e da ambiência², uma vez que demonstraram ser práticas que superam a fragmentação do conhecimento e das ações de saúde, bem como construíram espaços saudáveis, confortáveis e acolhedores.

Para além dos comportamentos de cuidado humanizado com os familiares acima mencionados, os estudos analisados também referiram os encontros de escuta, de ajuda mútua no luto, oficinas reflexivas²¹, e grupos focais de familiares de pacientes que sobreviveram à internação na UTI¹⁷, como práticas que objetivaram fomentar o diálogo, reflexão e ressignificação dos processos vivenciados pelos familiares com seus parentes no hospital²¹. Tais técnicas ou estratégias estimularam os familiares a se expressarem livremente e sem pressão sobre suas experiências, o que auxiliou no alívio do sofrimento emocional²¹. O manejo do sentimento de culpa dos pais e responsáveis por menores também foi mencionado, requisitando da equipe a habilidade de não fazer julgamentos e de encaminhar os familiares aos profissionais, como os psicólogos, para que pudessem manejar tal demanda adequadamente²¹. A análise em conjunto dessas práticas, possibilita caracterizá-las

no rol de cuidados pautados na premissa do respeito à singularidade, integralidade e complexidade do ser humano².

O Cuidado ao paciente compartilhado entre equipe de saúde e familiares também foi descrito através de comportamentos considerados humanizados e geradores de satisfação, constituindo a segunda subcategoria da assistência aos familiares. Percebeu-se que a pactuação do plano de tratamento e tomada de decisão em conjunto foram referidas como ações que não diziam respeito somente ao paciente, mas também à inclusão da opinião e percepção dos familiares²¹. O compartilhamento do cuidado também foi exemplificado como um contributo à humanização, através de comportamentos emitidos pela equipe de saúde como oferecer a possibilidade dos familiares participarem dos cuidados de pacientes nos momentos da higiene, alimentação ou até mesmo na aprendizagem de alguns exercícios fisioterapêuticos. A compreensão do compartilhamento do cuidado também foi relacionada como uma oportunidade dos familiares se sentirem úteis e entenderem o trabalho dos profissionais, gerando confiança e segurança na equipe¹⁷. Pontua-se que para desenvolver essas ações de cuidado e facilidade no acompanhamento foram necessárias algumas adaptações dos profissionais da equipe e da gestão, como a flexibilidade dos horários de visita e a mudança da percepção de que familiares acompanhantes seriam um estresse a mais¹⁷. Nesse sentido, destaca-se a importância da sensibilização da gestão, a fim de garantir participação ativa dos profissionais e usuários e a manutenção de acordo entre necessidades e interesses².

Em relação à subcategoria de Apoio oferecido aos familiares, o apoio espiritual foi citado como uma prática profissional humanizada, com ações como: a) o respeito à crenças e práticas religiosas da família¹⁴; b) a realização de orações conjuntamente com o familiar^{14,24} e c) chamar um padre/pastor quando a família manifeste tal desejo ou em casos de fim de vida¹⁴. O apoio oferecido a familiares também foi referido nos estudos analisados quando a equipe emitiu comportamentos relacionados à oferta de refeições (ao familiar acompanhante do paciente hospitalizado) e a comportamentos como tocar no familiar e sorrir, que demonstraram, na perspectiva dos familiares, certo envolvimento dos profissionais nas relações²⁴. Tais exemplos podem ser considerados como uma forma de visibilizar as ações de humanização, além de servirem para o aprimoramento profissional no dia a dia, uma vez que uma das dificuldades dos profissionais

referentes ao cuidado é o despreparo para lidar com dimensões subjetivas⁷. Diante disso, destaca-se que acolher e aliviar o sofrimento dos familiares representam práticas humanizadas, já que a família pode perceber em tais ações da equipe, o suporte para enfrentar a hospitalização do ente querido, gerando acolhimento através da efetividade do cuidado².

As ações envolvendo competências relacionais direcionadas aos familiares, caracterizaram a subcategoria de número quatro, que apresenta comportamentos já discutidos anteriormente, como apresentar gentileza¹⁴, ter empatia²⁵, sensibilidade às preferências e necessidades, entender angústias, medos e questionamentos realizados pelos familiares e dirigidos aos profissionais²¹. Assim como o embasamento da prática que considera a singularidade e integralidade, proporcionando cuidado total²⁵, a humanização na perspectiva dos familiares de pacientes hospitalizados na UTI, foi percebida em características comportamentais dos profissionais, tais como ser querido, caridoso, humano e afetuoso, sendo este último adjetivo usado para se referir a profissionais disponíveis para o contato interpessoal com a família²⁴. O caráter subjetivo dos atributos utilizados na descrição dos profissionais por parte dos familiares, entretanto, transpassa a mensagem de que a família deseja ser bem tratada, uma vez que já apresenta um sofrimento emocional de experienciar o ente querido hospitalizado em uma UTI, por exemplo²⁴. Ainda no tocante ao contexto de familiares de pacientes internados em UTI, as demandas de segurança, bem-estar e apoio em relação à equipe, bem como estar próximo do paciente foram citadas¹⁷. Devido a isso, percebeu-se que essas necessidades foram supridas com a disponibilização de informações sobre o paciente e sobre os procedimentos, bem como através da liberação da entrada dos familiares à UTI, aproximando a família da equipe¹⁷. A partir dos exemplos citados, ressalta-se ainda, que a PNH almeja a assistência no mesmo sentido desejado pelos familiares, uma vez que a produção de bem-estar é uma das repercussões de práticas humanizadas³.

A segunda dimensão de análise se refere aos Processos Comunicacionais, que, a despeito de se configurarem também como comportamentos, serão aqui relacionados especificamente aos processos comunicacionais descritos nos estudos analisados, e aos quais dizem respeito nomeadamente os comportamentos verbais e não verbais expressados nas interações e capazes de informar e produzir vínculos entre profissionais de saúde, pacientes e familiares. A primeira categoria dessa

dimensão se refere aos Processos comunicacionais com os pacientes, cuja subcategoria retrata o adoecimento e hospitalização, aos quais se destacam as comunicações que visam a compreensão do paciente acerca da sua condição e o fornecimento de orientações sobre procedimentos ou técnicas que serão realizadas.

O fornecimento de informações face a face, de maneira objetiva, honesta, completa, clara e compreensível, foi descrito como uma forma de comunicação efetiva e humanização do cuidado, pois responde à uma importante necessidade do paciente²³. A utilização de termos familiares na linguagem verbal do profissional também foi considerada como prática humanizada, uma vez que o princípio da humanidade é a palavra e tratar o outro considerando a intersubjetividade²⁸. Outro elemento importante nesse contexto foi a comunicação capaz de esclarecer as dúvidas dos usuários^{12,14}, como um modo de amenizar medos, ansios e inseguranças¹². O esclarecimento de dúvidas também foi relacionado à possibilidade de favorecer escolhas conscientes no tocante aos processos envolvendo o adoecimento, hospitalização¹² e a necessidade de pacientes e profissionais chegarem a um entendimento em comum acerca do problema de saúde (que acarretou a hospitalização)²¹. As informações referentes à saúde foram descritas ainda como auxiliares na geração de educação sobre a mesma, resultando na adesão ao tratamento, controle da dor, qualidade de vida e satisfação do paciente²¹. Tais aspectos repercutem na criação de vínculo e adesão ao tratamento devido à confiança e corresponsabilização⁹, evidenciando o protagonismo dos sujeitos no processo saúde-doença, bem como o direito do usuário de ser informado sobre sua condição de saúde, conforme diretriz da PNH².

Incentivar a comunicação do paciente internado em UTI também foi um comportamento citado como relevante para a humanização do cuidado, uma vez que a conexão com o ambiente externo pode possibilitar o menor uso de sedação, por exemplo¹⁷. Além disso, saber a história do paciente¹⁷ e conhecer sua opinião sobre o adoecimento e a hospitalização¹⁶ também foram fatores importantes para o cuidado humanizado, pois permitiram conhecer as relações entre a história de vida do paciente e os processos de autocuidado e adoecimento. Interessante destacar que a possibilidade de opinar e tomar decisões sobre o seu cuidado foi descrita na prática de cuidados a pacientes adolescentes¹⁶. Outro elemento a ser ressaltado nesta subcategoria é a habilidade de escuta ativa^{15,17,25}, entendida como o desejo do profissional de buscar entender o que está sendo requisitado pelo paciente¹⁶,

reconhecendo o outro em sua alteridade, possibilitando maior proximidade com a pessoa que está recebendo os cuidados e atuando para a qualidade da relação^{5,6}. Ao adotar essas perspectivas comunicacionais na assistência ao paciente, o profissional favorece o atendimento das suas necessidades sociais, espirituais ou emocionais, além de evitar interferências que o paciente não deseja receber^{16,17} propiciando um cuidado integral, que considera as diretrizes de acolhimento e clínica ampliada².

A comunicação também pode ser utilizada como um meio de aproximação entre o paciente e equipe, através da demonstração de cuidado, promoção de bem-estar e diminuição de angústia, conforme indica a segunda subcategoria, Comunicação enquanto cuidado e estabelecimento de vínculo. Tais características foram descritas em estudos que destacavam a importância dos profissionais cumprimentarem o paciente¹⁴; se apresentarem ao falar com o paciente²⁴, chamarem o paciente pelo nome¹², e estabelecerem diálogo utilizando palavras de incentivo, elogios²⁴ e discurso empático¹⁵. Também foi citada a conversa em momentos de interação, como na gestão de medicamentos ou controle de sinais vitais, assumindo o cuidado desde o início da interação, com questionamentos a fim de conhecer o estado de saúde e inquietações do paciente¹⁴. Além disso, observou-se que a comunicação pautada por um tom de voz calmo foi elencada como elemento de cuidado e gesto de afeto e vínculo. Percebeu-se que o tom de voz também estava relacionado com ações para deixar o paciente confortável e favorecer a proximidade, principalmente antes do toque instrumental, compreendido como ferramenta da própria prática de alguns profissionais da saúde, como fisioterapeutas¹⁸. Já o aumento da voz, foi citado como um recurso comunicacional em um estudo de caso com paciente diagnosticado e hospitalizado em decorrência de Covid-19¹⁵. Esse recurso foi relacionado como uma ação humanizada, pois possibilitou a percepção de presença e acompanhamento ao paciente com máscara de oxigênio com reservatório, uma vez que a voz e olhar são veículos de atenção e transmissão de bem-estar e apoio ao paciente¹⁵.

Conversar com pacientes sedados e a utilização de outros recursos, como a escrita, para propiciar a expressão do usuário quando está impossibilitado de falar, também foram elementos relacionados à humanização²⁵. A contação de histórias foi incluída como estratégia para amenizar os impactos do ambiente hospitalar na rotina dos pacientes, principalmente tratando-se do público infantil, mas não

somente. Especificamente a contação de histórias com crianças facilitou a realização de procedimentos médicos e de enfermagem e auxiliou no controle de quadros álgicos, contribuindo para uma internação menos traumatizante e estressante, colaborando para a diminuição da ansiedade, estimulando a atenção e imaginação e auxiliando na regulação emocional. Já com os adultos, a contação de histórias possibilitou estimular habilidades comunicacionais, relacionais e empáticas. Em ambos os grupos se observou essa interação comunicacional com pacientes como um espaço de acolhimento, valorização da pessoa humana, formação de vínculos e de trocas, além da possibilidade de construção de rede de suporte²⁷. Ao reconhecer a necessidade de expressão do outro, proporcionar espaços de acordo com a singularidade do paciente para a qualificação do diálogo e construção de práticas mais efetivas, as ações corroboram com as diretrizes de acolhimento e clínica ampliada no contexto hospitalar².

A segunda categoria da dimensão Comunicação se refere aos Processos comunicacionais com os familiares, sendo a primeira subcategoria relacionada ao Diagnóstico e o tratamento do paciente. A comunicação é um fator importante para a prática do cuidado humanizado, pois os familiares dos pacientes hospitalizados possuem necessidades de informação, obtidas principalmente através dos processos comunicacionais. Ter respostas francas, saber qual é o quadro clínico do paciente e as chances de melhora, conhecer quais profissionais estão prestando assistência ao paciente e receber explicações que possam ser entendidas²⁵ foram exemplos de comunicação com os familiares sobre o diagnóstico e tratamento do parente internado. A comunicação efetiva foi evidenciada através do atendimento dessas necessidades, possibilitado pelo estabelecimento da escuta ativa e mediado pela preocupação de não aumentar o grau de ansiedade dos familiares²⁵.

A qualidade da comunicação foi considerada um processo necessário para a construção de relações de confiança, bem como para ampliação de efetividade, constituindo-se como uma prática humanizadora do cuidado^{2,5,9}. A troca de informações entre equipe e familiares também foi um elemento considerado nessa mesma perspectiva, uma vez que objetivou propiciar informações que melhorassem a qualidade da assistência à saúde e alcançassem os resultados desejados²⁰. A definição do sentido das ações descritas pela escuta ativa^{15,17,23}, disponibilidade para ouvir²⁴, e chegar a um entendimento comum do problema²¹, também foram relacionadas aos processos comunicacionais com familiares, sendo que a

compreensão apresentada pelos autores foi semelhante à apresentada na categoria de processos comunicacionais com pacientes. Importante destacar que os estudos citados não estabeleceram diferenças ou peculiaridades nestes processos comunicacionais especificamente, não apresentando distinção quanto ao interlocutor (paciente ou familiar). Ao adotar uma perspectiva sobre comunicação tão ampla, corre-se o risco de generalizações que não considerem a singularidade e a intersubjetividade, ou ainda que não forneçam elementos suficientes ao profissional de saúde no desenvolvimento de tais ações humanizadas.

A última subcategoria dos processos comunicacionais com os familiares, se refere à Comunicação enquanto cuidado e estabelecimento de vínculo. Em um dos estudos analisados com familiares de pacientes hospitalizados na UTI, observou-se que os familiares valorizaram ações como a apresentação pessoal dos profissionais e chamar os familiares pelo nome, como forma de saber com quem se estava comunicando ou se expressando²⁵. No mesmo estudo, os familiares ainda ressaltaram a importância dos profissionais utilizarem “expressões dóceis”, como quando o profissional chamou a familiar de “querida”, ação percebida como afetiva, de interação pessoal e de acolhimento pelos usuários. A promoção da autoestima através das palavras também foi destacada como um fator pontuado pelos familiares no reconhecimento de ações de humanização²⁵. São exemplos de tal promoção, a citação de expressões verbalizadas pelos profissionais aos familiares como “ [...] ‘as coisas vão passar’, ‘são apenas períodos ruins’ [...]”²⁵ (p. 1098). A humanização também foi referida quando os profissionais buscaram manifestar sensibilidade ao utilizar em suas comunicações com os familiares, palavras que não causassem mais angústia ao passar informações sobre o paciente hospitalizado. Essa sensibilidade foi descrita através do comportamento de se colocar no lugar do familiar¹⁶ e utilizar informações honestas, objetivas, claras e completas²¹.

Cabe mencionar, após a análise em conjunto das dimensões, categorias e subcategorias que essa revisão possibilitou, que a humanização envolve outros componentes além da interação dos profissionais da saúde com pacientes e familiares. A ambiência do hospital foi um elemento frequentemente citado nos artigos, relacionando-se com a estrutura hospitalar, tais como espaços abertos²¹, móveis confortáveis, ambientes coloridos, participação dos pacientes na decoração das unidades¹⁶, bem como nas medidas de cuidados com o ruído e luminosidade¹⁷, de modo a tornar o ambiente hospitalar mais acolhedor, agradável e que facilite a

adaptação dos usuários²⁷. As ações de gestão também foram regularmente citadas, principalmente no que se refere à permissão da presença de acompanhantes e visitas^{16,17,21}, bem como na maior variedade de refeições, disponibilidade de Wi-Fi e demais recursos direcionados a adolescentes (teatro, cinema, videogames)¹⁶. A valorização do trabalhador apareceu em apenas um estudo, através da possibilidade de instalação de um programa de gratificação por desempenho, avaliado a partir das percepções dos pacientes e seus familiares¹⁹. Nesse sentido, é possível considerar que os processos de trabalho dos profissionais da equipe de saúde hospitalar necessitam ser mais amplamente discutidos e ressignificados como inerentes à realização da assistência humanizada, uma vez que tais processos não podem ser desarticulados da gestão e da qualificação do cuidado prestado.

Considerações Finais

Este artigo teve como objetivo mapear o estado da arte de publicações recentes (2016-2021) e disponíveis sobre as ações de humanização que são desenvolvidas por profissionais de saúde na interação com pacientes e familiares no ambiente hospitalar. A análise em conjunto das publicações consultadas fez emergir duas dimensões relacionadas à humanização, comportamento e comunicação que, por sua vez, envolvem componentes relacionais, competências pessoais, conhecimentos técnicos, habilidades práticas e comunicacionais. As contribuições encontradas podem ser utilizadas como subsídio para a reflexão dos comportamentos e da comunicação na assistência prestada pelos profissionais da saúde em âmbito hospitalar, respeitando a realidade de cada local, bem como as especificidades profissionais. Ressalta-se ainda, que tais informações podem subsidiar a produção de materiais educativos, como cartilhas e capacitações.

Percebe-se que a falta de sistematização ou descrição de comportamentos em alguns estudos, especialmente tratando-se de competências relacionais não favorece a identificação, disseminação e o alcance das práticas humanizadas pelos profissionais em seu exercício profissional e formação continuada. Além disso, percebe-se que os estudos citados deixam a desejar ao não explicitar a diferença das peculiaridades dos processos comunicacionais referentes aos seus interlocutores - paciente e a família, dificultando o esclarecimento de ações

considerando as singularidades de cada um. Ressalta-se a importância de novos estudos abordando tais temáticas como forma de aprimoramento dos tópicos relatados.

Outro aspecto visualizado pela análise aqui realizada foi o enfoque das produções científicas sobre a assistência humanizada ainda estar mais centrada nas ações realizadas pelo profissional. Contudo, a gestão institucional abarca outros elementos que são essenciais para a humanização do cuidado, pois perpassa a ambiência, os recursos oferecidos, a valorização do profissional e a organização de processos de trabalhos que não ampliem o sofrimento do trabalhador com jornadas extenuantes de trabalho e baixa remuneração.

Referências

1. Brasil. Ministério da Saúde. HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS. Brasília (DF). 2004.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Humanização. Brasília (DF). 2013.
3. De Carlo MMRP, Kebbe LM, Palm, RCM. Fundamentação e processos da Terapia Ocupacional em contextos hospitalares e cuidados paliativos. In De Carlo MMRP, Bartalotti CC. Terapia ocupacional no Brasil: fundamentos e perspectivas. 4. ed. São Paulo: Plexus; 2001; 1-33.
4. Brasil. Ministério da Saúde. O HumanizaSUS na Atenção Básica. Brasília (DF). 2009.
5. Goulart BNG, Chiari BM. Humanização das práticas do profissional de saúde: contribuições para reflexão. Ciênc. Saúde Colet. 2010; 15(1): 255-268. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232010000100031>.
6. Traverso-Yépez M, Morais NA. Reivindicando a subjetividade dos usuários da Rede Básica de Saúde: para uma humanização do atendimento. Cad. Saúde Pública (Online). 2004; 20(1):80-88. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2004000100022>.
7. Brasil. Ministério da Saúde. HumanizaSUS: Documento bases para gestores e trabalhadores do SUS. Secretaria de Atenção à Saúde. Brasília (DF). 2010.
8. Brasil. Ministério da Saúde. Cadernos HumanizaSUS. Atenção hospitalar. Secretaria de Atenção à Saúde. Brasília (DF). 2011.
9. Helman CG. Relação médico-paciente. In: Helman, CG. Cultura, saúde e doença. Trad. Eliane Mussnich. 2. ed. Porto Alegre: Artes Médicas; 1994. 100-137
10. Baumeister RF, Leary MR. Writing Narrative Literature Reviews. Rev. Gen. Psychol. 1997; 1(3): 311-20.

11. Braun V, Clarke V. Using thematic analysis in psychology. *Qual. Res. Psychol.* 2006; 3 (2): pp. 77-101.
12. Silva D, Silva BT, Batista TF, Rodrigues QP. Práticas de humanização com parturientes no ambiente hospitalar: revisão integrativa. *Rev baiana enferm.* 2018; 32: e21517.
13. Leal MS, Moreira RCR, Barros KCC, Servo MLS, Bispo TCF. Práticas de humanização no transcurso parturitivo na ótica de puérperas e enfermeiras obstétricas. *Rev Bras Enferm.* 2021; 74(4):e20190743.
14. Ayasta MTV, Manchay RJD, Vallejos MFC, Cruz LDR, Muñoz ST, Quiroz SEG. Amabilidad, Confort Y Espiritualidad en los Cuidados Paliativos Oncológicos: Aporte para la Humanización en Salud. *Cultura de los cuidados.* 2019; 24(58): p. 44-55.
15. Cussó RA, Navarro CN, Gálvez AMP. El cuidado humanizado en la muerte por COVID-19: a propósito de un caso. *Enferm. Clin.* 2020; (31): 62-67.
16. Laiseca LB, Martínez FG, Oikonomopoulou N, Moreno JP, Castillo BT, Sánchez MIG et al. Percepción de los adolescentes sobre el ingreso hospitalario. Importancia de la humanización de los hospitales infantiles. *Rev. Chil Pediatr.* 2016; 87(5):373-379.
17. Fuente-Martos C, Rojas-Amezcu M, Gómez-Espejo MR, Lara-Aguayo P, Morán-Fernandez E, Aguilar-Alonso E. Implantación de un proyecto de humanización en una Unidad de Cuidados Intensivos. *Med Intensiva.* 2017; 42(2): 99-109.
18. Jamarim MFM, Silva CZ, Lima GMPA, Siqueira CL, Campos CJG. Comunicação não verbal por meio do toque: significados para fisioterapeutas que atuam em ambiente hospitalar. *Aquichan* 2019; 19(4): e1942. DOI: <https://doi.org/10.5294/aqui.2019.19.4.2>
19. Lima AA, Jesus DS, Silva TL. Densidade tecnológica e o cuidado humanizado em enfermagem: a realidade de dois serviços de saúde. *Physis: Revista de Saúde Coletiva [online].* 2018; 28(3): e280320. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312018280320>.
20. Marinho PML, Campos MPA, Rodrigues EOL, Gois CFL, Barreto IDC. Construction and validation of a tool to Assess the Use of Light Technologies at Intensive Care Units. *Rev. Latino-Am. Enfermagem.* 2016; 24: e2816.
21. Torres-Ospina JN, Vanegas-Díaz CA, Yepes-Delgado CE. Atención centrada en el paciente y la familia en la Unidad de Cuidado Intensivo Pediátrico del hospital Pablo Tobón Uribe, sistematización de la experiencia. *Rev. Gerenc. Polit. Salud.* 2016; 15 (31): 190-201. <http://dx.doi.org/10.11144/Javeriana.rgyps15-31.acpf>
22. Navarrete-Correa T, Fonseca-Salamanca F, Barría RM. Humanized Care from the Perception of oncology Patients from Southern Chile. *Invest. Educ. Enferm.* 2021; 39(2):e04.

23. Pérez-Fuentes MC, Herera-Peco I, Jurado MMM, Ruiz NFO, Ayuso-Murillo D, Linares JJG. The Development and Validation of the Healthcare Professional Humanization Scale (HUMAS) for Nursing. *Int J Environ Res Public Health*. 2019; 6(20):1-13
24. Luiz FF, Caregnato RCA, Costa MR. Humanização na Terapia Intensiva: percepção do familiar e do profissional de saúde. *Rev Bras Enferm*. 2017; 70(5):1040-7. [Edição Temática “Boas práticas e fundamentos do trabalho da Enfermagem na construção de uma sociedade democrática”]. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0281>
25. Evangelista VC, Domingos TS, Siqueira FPC, Braga EM. Equipe multiprofissional de terapia intensiva: humanização e fragmentação do processo de trabalho. *Rev Bras Enferm*. 2016; 69(6):1037-44. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0221>.
26. Monje VP, Miranda CP, Oyarzún GJ, Seguel PF, Flores GE. Percepción de Cuidado Humanizado de Enfermaría desde la Perspectiva de Usuarios Hospitalizados. *Cienc. enferm*. 2018; 24(5): 1-10 . Disponível em: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532018000100205&lng=es. Epub 25-Sep-2018. <http://dx.doi.org/10.4067/s0717-95532018000100205>.
27. Aniceto B, Bombarda, T. B. Cuidado humanizado e as práticas do terapeuta ocupacional no hospital: uma revisão integrativa da literatura. *Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional*. 2020. 28(2): 640-660. <https://doi.org/10.4322/2526-8910.ctoAR1867>
28. Castro LR, Dávilla LML, Gubert IC, Farías G, Duro EA, Torres FA et al. Humanizar la medicina: un desafío conceptual y actitudinal. *Rev. Iberoam. Bioet*. 2018; (8): 01-15. DOI: 10.14422/rib.i08.y2018.002