



FACULDADE DE EDUCAÇÃO E MEIO AMBIENTE
JOICY DOS SANTOS RIBEIRO

A IMPORTÂNCIA DA HUMANIZAÇÃO NA UNIDADE
DE TERAPIA INTENSIVA

ARIQUEMES – RO

2019

Joicy dos Santos Ribeiro

**A IMPORTÂNCIA DA HUMANIZAÇÃO NA UNIDADE
DE TERAPIA INTENSIVA**

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado ao curso de Graduação em
Enfermagem da Faculdade de Educação
e Meio Ambiente, como requisito parcial
para obtenção do título de Bacharel.

Prof^a. Orientadora Esp. Kátia Regina
Gomes Bruno

Ariquemes – RO

2019

Joicy dos Santos Ribeiro
<http://lattes.cnpq.br/3188385235076302>

A IMPORTÂNCIA DA HUMANIZAÇÃO NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao curso de Graduação em Enfermagem da Faculdade de Educação e Meio Ambiente, como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel.

COMISSÃO EXAMINADORA

Prof^ª. Orientadora. Esp. Kátia Regina Gomes Bruno
<http://lattes.cnpq.br/8136021782733603>
Faculdade de Educação e Meio Ambiente - FAEMA

Prof^ª. Ms. Mariana Ferreira Alves de Carvalho
<http://lattes.cnpq.br/4163671837709167>
Faculdade de Educação e Meio Ambiente – FAEMA

Prof^ª. Esp. Jéssica de Sousa Vale
<http://lattes.cnpq.br/9337717555170266>
Faculdade de Educação e Meio Ambiente – FAEMA

Ariquemes/RO, ____ de _____ de 2019

FICHA CATALOGRÁFICA
Dados Internacionais de Catalogação na Publicação
(CIP) Biblioteca Júlio Bordignon – FAEMA

R484i

RIBEIRO, Joicy dos Santos.

A importância da humanização na Unidade de Terapia Intensiva. / por Joicy dos Santos Ribeiro. Ariquemes: FAEMA, 2019.

50 p.; il.

TCC (Graduação) - Bacharelado em Enfermagem - Faculdade de Educação e Meio Ambiente - FAEMA.

Orientador (a): Profa. Esp. Kátia Regina Gomes Bruno. Coorientador (a): Profa. Ma. Mariana Ferreira Alves Carvalho.

1. Humanização da assistência. 2. Enfermagem. 3. Cuidados Críticos. 4. Hospitalização. 5. Risco Eminente. I. Bruno, Kátia Regina

CDD:610.73

Gomes. II. Título. III. FAEMA.

Bibliotecária Responsável
Herta Maria de
Açucena do N. Soeiro
CRB 1114/11

*Dedico esse trabalho, a Deus,
Pela força e coragem durante toda esta longa jornada,
Por que sem ele eu nada seria,
Aos meus pais, Dimarlei Pereira dos Santos e Adeirido Ribeiro da Silva e a família
por sempre acreditarem em mim,
Em especial a minha avó Iracema de Moraes, por ser uma mulher guerreira e um
exemplo de vida para mim.*

AGRADECIMENTOS

Primeiramente a Deus, por ter me acompanhado nesse caminho, ter me fortalecido nos momentos difíceis e ter me possibilitado a conclusão desse trabalho.

À minha mãe Dimarlei pereira dos Santos, por cuida de minha filha Maria Alice Ribeiro Pinheiro, para que eu pudesse concluir minha graduação e ter me incentivado para que eu pudesse realizar este trabalho.

À professora Esp. Katia Regina Gomes Bruno, por ter sido paciente e compreensiva comigo ao longo dessa caminhada, foi muito mais do que uma orientadora; aquela pessoa que me transmite confiança e admiração. Obrigada por me incentivar nesse trabalho, obrigada por ser essa mestra incrível.

A meu irmão Edson dos Santos Ribeiro, por ter me ajudado inúmeras vezes, na conclusão desse trabalho e pelo amor e carinho que tem por mim.

Às professoras da disciplina de Trabalho de Conclusão de Curso, MS. Mariana Ferreira Alves de Carvalho e Ms. Thays Dutra Chiarato Veríssimo, pelas orientações, dicas e cobranças fundamentais para a finalização dessa etapa.

Aos enfermeiros da banca avaliadora, pelos quais possuo grande admiração pessoal e respeito, Enfermeira Jéssica de Sousa Vale e Elis Milena Ferreira do Carmo Ramos, por se prontificarem a avaliar este trabalho.

Às minhas amigas Arline de Jesus Siqueira e Anna Caroline da Silva Francisco por sempre estarem ao meu lado, me dando forças, me acompanhando nos momentos mais difíceis, que por um momento pensei que não pudesse superar, e elas estiveram sempre ao me lado me dando animo e incentivo, minha gratidão e eterna.

Ao Gerente de Enfermagem da Unidade de Pronto Atendimento – UPA, e também meu amigo, Glauber Ozório Duarte, pela compreensão na elaboração das minhas escalas, para que eu pudesse conciliar o trabalho e a conclusão da graduação, por ter me dado incentivo e apoio na conclusão desse trabalho.

“Acho que os sentimentos se perdem nas palavras. Todos deveriam ser transformados em ações, em ações que tragam resultados”

Florence Nightingale

RESUMO

A internação em unidade de terapia intensiva –UTI, possibilita ao paciente maiores chances de recuperação e reabilitação diante de agravos críticos, possui o emprego de tecnologias avançadas, e recursos aprimorados, todavia, por vezes, a humanização da assistência não é aplicada, devido as peculiaridades da UTI. Diante disso, com o objetivo de descrever a importância do atendimento humanizado na assistência de enfermagem em UTI, com base em políticas de humanização, procedeu-se uma pesquisa bibliográfica nas bases LILACS, MEDLINE, PubMed, Scielo, através da definição de descritores em saúde pública, onde foi revelado que embora haja muita discussão e implementação de políticas e estratégias, as práticas humanizadas ainda ficam em segundo plano, devido a sobrecarga profissional, elevado índice de estresse e pela situação de risco iminente de morte. Também se revelou que a implantação de políticas e estratégias de humanização da assistência de enfermagem em pacientes críticos precisa ser pautada em ferramentas que estruturam o cuidado, com a centralização no paciente, alinhadas as políticas públicas, e princípios de integralidade e humanização, pois possibilita a qualificação do atendimento e melhora do prognóstico do paciente, tendo a principal ferramenta facilitadora do processo à comunicação entre as equipes, pacientes e familiares.

Palavras-chave: Humanização da assistência, Enfermagem, Cuidados Críticos.

ABSTRACT

Hospitalization in intensive care unit – ICU, allows patients greater chances of recovery and rehabilitation in the face of critical problems, has the use of advanced technologies, and improved resources, but sometimes the humanization of Care is not applied due to the peculiarities of the ICU. Therefore, in order to describe the importance of humanized care in ICU nursing care, based on humanization policies, a bibliographic research was conducted on the basis of LILACS, MEDLINE, PubMed, Scielo, through the definition of Descriptors in public health, where it was revealed that although there is much discussion and implementation of policies and strategies, humanized practices, humanized practices are still in the background, due to professional overload, high stress Index And the situation of imminent risk of death. It was also revealed that the implementation of policies and strategies of humanization of nursing care in critically ill patients needs to be based on tools that structure care, with centralization in the patient, aligned with public policies, and Principles of integrality and humanization, as it enables the qualification of care and improvement of the patient's prognosis, having the main tool facilitating the process to communication between teams, patients and relatives.

Keywords: humanization of care, nursing, critical care.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AVE	Acidente Vascular Encefálico
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CF	Constituição Federal
CFM	Conselho Federal de Medicina
CNS	Conselho Nacional de Saúde
DeCS	Descritores em Ciências da Saúde
FAEMA	Faculdade de Educação e Meio Ambiente
LILACS	Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
MEDLINE	Medical Literature Analysis and Retrieval System Online
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
PNH	Política Nacional de Humanização
PNHAH	Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar
SAE	Sistematização da Assistência de Enfermagem
SUS	Sistema Único de Saúde
UTI	Unidade de Terapia Intensiva

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	11
2 OBJETIVOS	14
2.1 OBJETIVO GERAL	14
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	14
3 METODOLOGIA	15
3.1 TIPO DE ESTUDO	15
3.2 COLETA E ANÁLISE DE DADOS	15
3.3 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO	16
3.4 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO	16
4 REVISÃO DE LITERATURA	17
4.1 A UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA E AS CARACTERÍSTICAS DOS PACIENTES CRÍTICOS	17
4.1.1 Unidade de Terapia Intensiva - UTI	17
4.1.2 Humanização em Unidade de Terapia Intensiva	20
4.2 assistência humanizada	23
4.2.1 História da Humanização do Atendimento	23
4.2.2 Política Nacional de Humanização (PNH)	24
4.3 Estratégias e práticas para a assistência humanizada e os aspectos do processo de trabalho do enfermeiro	26
4.3.1 Estratégias de Humanização com Base na Política Nacional de Humanização 26	
4.3.2 Ferramenta de Humanização em Cuidados Críticos	28
4.3.3 Aspectos Limitantes e Favorecedores no Processo de Trabalho do Enfermeiro para as Boas Práticas de Humanização	35
CONSIDERAÇÕES FINAIS	38
REFERENCIAS	39

INTRODUÇÃO

O processo de hospitalização, sem dúvidas, pode ser entendido como um evento estressante para os pacientes e acompanhantes. Quando se trata de internamentos em uma unidade de terapia intensiva (UTI), este processo torna-se mais complexo, pois, há diversos fatores envolvidos que, somados, geram desestabilização física e emocional (PINHO; SANTOS, 2008). As UTI's possibilitam ao paciente maiores chances de recuperação e sobrevivência diante de um quadro grave, porém, devido à complexidade das situações vivenciadas em uma UTI e ao fato de os profissionais estarem sempre manuseando máquinas e monitores, a técnica acaba sobrepondo os aspectos relacionados ao cuidado (COSTA; FIGUEIREDO; SCHAURICH, 2009).

Somando-se a isto, Salicio e Gaiva (2006) diz que uma unidade que atende pacientes em condições de agravos críticos, é um ambiente hostil, sendo os cuidados com o paciente passa por estímulos dolorosos, procedimentos clínicos invasivos, luz artificial constante. Levando em consideração o ambiente hostil e as práticas dentro de uma UTI, o paciente que experimenta a internação, fica sujeito a várias situações que compõem-se em estressores como o sentimento de impotência devido à falta de autonomia e a dependência, exposição aos equipamentos que o acompanham e o monitoram, falta de privacidade, interrupção frequente do sono, o constante sentimento de medo, a possibilidade da morte, angústia, insegurança, falta de informação sobre o que está se passando e o que será feito com ele, sentimento de ameaça por estar afastado do seu ambiente comum (STUMM et. al., 2008).

Assim como o paciente, seus familiares também passam por situações de desestabilidade emocional, pois, depara-se com uma situação onde um ente querido encontra-se em um estado clínico grave, internado em um ambiente pouco receptivo. As circunstâncias que marcam a experiência da família em unidade de cuidados intensivos permeiam sentimentos de debilidade, ruptura da convivência com o paciente e por vezes diálogos superficiais e burocráticos com os profissionais de enfermagem (MARIUTI; GALDEANO, 2007).

Neste contexto, onde o paciente experimenta mudanças bruscas que geram desestabilização emocional e a necessidade adaptações e ainda lembrando que a família é uma extensão do mesmo (GOTARDO et. al, 2005), a enfermagem se coloca como protagonista na função de minimizar os estressores com o objetivo de contribuir para a recuperação do paciente (STUMM et. al., 2008).

O cuidado do enfermeiro em UTI, passa pela convivência diária com situações de risco e a relação frequente com a morte. O profissional de enfermagem, neste ambiente, tem suas ações pautadas na ênfase no conhecimento técnico-científico e no suporte tecnológico para o atendimento biológico, onde o objetivo principal é manutenção da vida humana. Porquanto, neste conturbado ambiente de trabalho, o modelo baseado no positivismo biomédico é predominante (MECEDES et, al, 2004).

Apesar deste modelo médico biologicista dominar a rotina de atendimento em UTI como cita (MECEDES et, al, 2004), há desde o século XX, um levante da comunidade científica para a superação deste paradigma. A comunidade científica, motivada pela insatisfação com o modelo de cuidar que se reduz ao enfoque nas ciências naturais, passou, a partir da década de 60, a elaborar modelos teóricos para a prática de enfermagem visando resgatar a visão integral do indivíduo (MECEDES et, al, 2004), propondo a passagem do paradigma do modelo positivista para o modelo biopsicossocial (LUCCHESI; MACEDO; MARCO, 2008).

Dentro deste contexto, onde o indivíduo é visto como um todo e, mais especificamente, dentro de um ambiente complexo como uma UTI é imprescindível incorporar práticas humanizadas no cuidado de enfermagem. Como especifica Vila e Rosi (2002), a humanização no cuidado é, sobretudo, efetivar a assistência ao paciente, enxergando-o como sendo um ser biopsicoespiritual. Ainda de acordo com Vila e Rosi (2002), humanizar o cuidado de enfermagem é um dos aspectos mais difíceis de ser implementado em um ambiente complexo como a UTI que, pode demandar ações individuais dentro de um contexto onde o sistema tecnológico é dominante.

Logo, dentro deste ambiente com tantas variáveis, onde pacientes, familiares e profissionais convivem sob constante estresse a humanização deve ser parte das ações da equipe de enfermagem com o objetivo de construir uma realidade mais humana dentro do ambiente de cuidados críticos, amenizando os estressores vivenciados na experiência de UTI. Tendo em vista este contexto de humanização no

cuidado em enfermagem e a propositura de humanizar a assistência de um modo geral, a política nacional de humanização (PNH) é uma política pública que existe desde 2003 que tem o intuito promover a comunicação entre trabalhadores, usuários e gestores da rede pública de saúde, para estabelecer práticas humanizadas no âmbito da atenção e gestão da saúde no Brasil (BRASIL, 2015).

Em UTI a PNH é de fundamental contribuição para humanização a inclusão na flexibilização nas rotinas de visitas, estratégias de acolhimento, e sistematização da assistência, eliminação de intervenções desnecessárias, definição de protocolos clínicos, considerando as necessidades subjetivas de cada um, respeitando as diferenças e prestando um atendimento multiprofissional à família (DA SILVA et.al., 2012).

Levando em conta as características próprias que compõem uma UTI, a importância do atendimento humanizado em enfermagem e o desafio que existe em humanizar o atendimento em um ambiente de elevada complexidade onde os profissionais empregam cuidados com pacientes em estado de risco eminente de vida, o presente trabalho se propõe a descrever a importância da humanização na assistência de enfermagem em UTI, e pontuar as estratégias empregadas de acordo com a PNH.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Descrever a importância do atendimento humanizado na assistência de enfermagem em UTI.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Descrever as características dos pacientes da Unidade de Terapia Intensiva – UTI, e os em cuidados críticos;
- Levantar o histórico da humanização e mencionar aspectos relevantes da Política Nacional de Humanização;
- Reconhecer no processo de trabalho do enfermeiro, estratégias fundamentais para a assistência humanizada.
- Identificando aspectos limitantes e favorecedores para as boas práticas de Humanização.

3 METODOLOGIA

3.1 TIPO DE ESTUDO

Pesquisa de revisão de literatura em caráter descritivo onde se buscou descrever a importância de práticas humanizadas em UTI's levando em consideração a Política Nacional de Humanização - PNH.

3.2 COLETA E ANÁLISE DE DADOS

Trata-se de uma pesquisa de revisão bibliográfica, que foi precedida pela definição dos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS), sendo selecionados os termos de busca: humanização, assistência, cuidados críticos e cuidado de enfermagem. Os descritores em saúde foram aplicados isolados ou combinados entre si com o uso do operador "and" nas bases de dados Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE), obtendo-se o resultado apresentado no quadro abaixo.

Quadro 01: Resultados obtidos na pesquisa bibliográfica

Descritor	Base de Dados	Retorno Obtido	Textos incluídos	Período de publicação
Humanização da Assistência and Cuidados Críticos	LILACS	40	08	Sem Filtro
enfer\$ and cuidados críticos	LILACS	378	04	2014-2018
enfer\$ and cuidados críticos and humanização da assistência	LILACS	14	04	2014-2018
Humanização da Assistência and Cuidados Críticos	MEDLINE	03	04	Sem filtros
enfer\$ and cuidados críticos and humanização da assistência	MEDLINE	07	02	Sem filtros

Fonte: elaboração própria.

Foi procedida também de forma preliminar, com busca nas bases PubMed, Scielo, MEDLINE e LILACS, artigos que relatavam sobre a humanização em unidade de terapia intensiva e que descrevessem sobre a UTI, foram incluídos nessa busca 22 artigos, 01 tese de doutorado e 01 e-Book.

Também se revisou a literatura elaborada pelo Ministério da Saúde (MS), referente à Política Nacional de Humanização – PNH e documento da Secretaria de Estado de Saúde de Rondônia sobre Unidade de Terapia Intensiva – UTI, e a Resolução nº 7 do Ministério da Saúde sobre dimensionamento de pessoal em UTI.

Os procedimentos metodológicos apoiaram-se em consulta a livros didáticos sobre Metodologia Científica obtidos na Biblioteca Júlio Bordignon da Faculdade de Educação e Meio Ambiente – FAEMA, tanto no acervo físico quanto digital.

3.3 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Foram utilizados textos que contemplam a produção científica a partir do ano 2.002, buscando-se atualização e, ao mesmo tempo, maior abrangência dos materiais.

O período da busca bibliográfica foi entre os anos de 2009 à 2019, todavia, foi necessário, incluir nesse estudo produções científicas a partir de 2002, por serem fundamentais ao alcance dos objetivos, localizados em artigos relevantes encontrados dentro das bibliografias dos artigos selecionados, cujas informações não foram obtidas em produções mais recentes.

Também foram incluídas produções bibliográficas encontradas nos idiomas português, inglês e espanhol.

3.4 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Foram excluídos os artigos publicados fora do período selecionado para a pesquisa, e que as produções científicas encontradas que não atenderam aos objetivos do trabalho. Também foram excluídos do presente estudo produções científicas que retornaram na busca, mas que não foi possível sua localização nas plataformas eletrônicas.

4 REVISÃO DE LITERATURA

4.1 A UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA E AS CARACTERÍSTICAS DOS PACIENTES CRÍTICOS

4.1.1 Unidade de Terapia Intensiva – UTI

Uma unidade de terapia intensiva (UTI) é o local onde os pacientes recebem cuidados clínicos intensivos e são monitorados rigorosamente. As UTI's possuem tecnologias avançadas como monitoramento cardíaco computadorizado e ventilação mecânica (BARBOSA et al., 2014).

As primeiras unidades de terapia intensiva (UTI's) começaram a surgir no século XX visando atender pacientes graves, transformando-se na área hospitalar destinada atender pessoas em estado crítico que demandavam cuidados altamente complexos e rigoroso controle. O cuidado intensivo foi evoluindo à medida que foi percebendo-se que os pacientes com doenças agudas, com risco de vida ou lesões sérias receberiam um tratamento mais eficaz se fossem agrupados em alas específicas do hospital (VIANA; WHITAKER, 2009).

A história do surgimento das UTS's, conta com contribuição de muitos atores, onde destacam-se três personagens de três eras: a era Florence, a era Dandy e a era Peter Safar. A era Florence é protagonizada pela enfermeira britânica Florence Nightingale, a dama da lâmpada considerada a primeira enfermeira intensiva, Florence idealiza, em meio a guerra da Criméia, a unidade de monitoração de pacientes graves, esta unidade era destinada a atender os soldados feridos na guerra. A unidade reduziu de 40% para 2% o número de óbitos de soldados. Na era Dandy foi criada a primeira UTI, em Boston nos EUA. O neurocirurgião Walter Dandy, em 1927, abriu três leitos pós-cirúrgicos em neuropediatria. A era Peter Safe tem como personagem principal o primeiro médico intensivista, o médico anestesista Peter Safar. Em 1950, Peter, formulou o ABC primário desenvolvendo a técnica de ventilação artificial boca a boca e massagem cardíaca externa. Ele foi responsável por estabelecer a primeira uti cirúrgica no ano de 1962, em Maryland nos EUA. Também elaborou projetos para a criação de ambulâncias-UTI (DOS SANTOS, 2012).

As primeiras UTI's norte-americanas eram chamadas de "salas de recuperação", no Brasil, as primeiras UTI's começaram a ser implantadas no final da década de 1960. No hospital das clinicas da faculdade de medicina da Universidade de São Paulo, existia a "enfermaria 4030" do pronto socorro, a enfermaria cardiológica e a enfermaria de recuperação pós-operatória cardíaca onde havia o acompanhamento diurno, destacando-se o cuidado dedicado e atento prestado pelos médicos residentes e pelos enfermeiros. Em 1971 foi implantada uma UTI com 12 leitos, no hospital Sírio Libanês, que se tornou referência em UTI na década de 1970 em questão de organização e operação (VIANA; WHITAKER, 2009).

Os pacientes internados em UTI são monitorados por enfermeiros e equipe médica com conhecimento especial no atendimento a pacientes em estado crítico e são mantidos em vários dispositivos (POTTER, 2014)

A internação em uma UTI acontece devido aos comprometimentos orgânicos estejam eles presentes, ou seja, potenciais que colocam em risco a vida do paciente (NASCIMENTO; TRENTINI, 2004). Porém, definir quem precisa do suporte de uma UTI é uma questão complexa, pois englobam muitos fatores que variam de uma instituição para outra. Quando há leitos de sobra, acaba sendo fácil realizar uma triagem permissiva, mas fazê-la quando o número de leitos é limitado pode ter consequências catastróficas para quem vier, futuramente, a ter seu acesso a unidade negada por falta de leitos (NATES, 2017).

Existem alguns modelos que auxiliam na classificação tanto para a internação quanto para a alta em uma UTI, dos modelos mais amplamente utilizados estão o modelo diagnóstico, o modelo de parâmetros objetivos e o modelo de priorização. No modelo diagnóstico, os profissionais utilizam-se de métodos que listam condições específicas que devem merecer os cuidados das respectivas unidades. É uma abordagem direta, porém pouco aplicada na América Latina (NATES, 2017).

O modelo de parâmetros objetivos, são estabelecidos certos limites a partir dos quais, ao atingirem certos critérios dentro de parâmetros laboratoriais e fisiológicos, ocorre a avaliação para a admissão. Este modelo é comumente utilizado em combinação com o modelo diagnóstico (NATES, 2017). O modelo de priorização, os pacientes passam por um sistema estruturado de triagem, que prioriza os pacientes conforme suas necessidades e probabilidade de beneficiar-se com a internação (NATES, 2017).

Uma UTI atende um parâmetro de qualidade com o objetivo de assegurar a cada paciente o direito a sobrevivência. Proporcionado, com ajuda dos recursos tecnológicos disponíveis, a manutenção da estabilidade de seus parâmetros vitais e garantindo assistência humanizada com exposição mínima a riscos decorrentes do tratamento e dos métodos propedêuticos em relação às melhorias obtidas com o tratamento. São muitas as doenças que podem levar uma pessoa a ser internada em uma UTI, porém são poucos os mecanismos de morte e comuns a todas as doenças. A equipe intensiva atua diretamente nestes mecanismos de morte de modo a levar o paciente de um estado crítico com perigo iminente de morte para uma condição que o possibilite a voltar o tratamento desta doença que o levou a este estado (RODRIGUES, 2012).

O estado de morte iminente e o processo de finitude humana, despertado pelo ambiente de UTI, desencadeia uma gama de emoções e consequências psicológicas, como o medo familiar, a ansiedade, o estresse, a sensação de medo no paciente, especialmente naqueles que se encontram em cuidados paliativos. Isso exige dos profissionais um cuidado qualificado, que proporcione a minimização da dor e concilie a dignidade humana, ou seja, o processo do morrer em pacientes paliativos, necessita ser humanizado (RIBEIRO et al., 2019).

A internação na unidade de terapia intensiva gera por si só, fenômenos estressores, que culminam em alterações psicológicas, de forma que Lana et. al (2018), identifica esses fenômenos que levam ao estresse como sendo:

“situações desfavoráveis, ruídos, tempo de regulação ineficaz, padrão de sono perturbado, mobilidade no leito prejudicada, comunicação verbal prejudicada, dor, falta de atenção/individualidade, ansiedade, medo, perda de autonomia, processo familiar interrompido, interação social prejudicada, impotência, sentimento de impotência e enfrentamento familiar comprometido.” p. 3

Essas situações estressoras do ambiente de UTI devem ser vislumbradas pelo enfermeiro, a fim de que possam ser elaborados diagnósticos e intervenções de enfermagem capazes de minimizar as alterações psicológicas ora geradas (LANA et al., 2018).

Cabe mencionar que as alterações emocionais de acordo com Ribeiro et al. (2019), também são encontradas no profissional de enfermagem da Unidade de Terapia Intensiva – UTI, que alternam a intensidade conforme o profissional.

Em relação as características dos pacientes admitidos em terapia intensiva, estudos tem revelado a prevalência do público do sexo masculino, com meia idade,

na faixa dos cinquenta aos sessenta anos. Os pacientes, em geral advém do centro cirúrgico, seguido das unidades de urgência e com menor representatividade de outras unidades. As patologias do sistema cardiovascular representam o maior índice de internações em cuidados críticos tendo se destacando a doença cerebrovascular (RODRIGUEZ et al., 2016).

Doença cerebrovascular, também conhecida como acidente vascular encefálico – AVE, é compreendida pela diminuição da vascularização na região do sistema nervoso central, de origem rápida e com prolongamento por período superior a vinte e quatro horas, com sintomas de paralisia total ou parcial do hemicorpo (hemiparesia ou hemiplegia), cefaleia, tontura e afasia (CASTRO et al., 2019).

Para Nogueira et al. (2012), em seu estudo, também teve como achado a doenças cardiovasculares como principal razão de internação em terapia intensiva, seguida em ordem por patologias do sistema hematológico, neurológico, renal, respiratório (pulmonar), e hepáticas.

Outros agravos de representatividade em terapia intensiva de acordo com Rodriguez et al. (2016) são os de causas extrínsecas como traumatismo craniencefálico, e outros traumas em geral provocados por acidentes. Em menor índice de acometimento, mas que também fazem parte do perfil dos pacientes de UTI estão as neoplasias malignas.

4.1.2 Humanização em Unidade de Terapia Intensiva – UTI

Por se tratar de um ambiente que produz efeitos negativos nos que convivem, seja a equipe multiprofissional, seja os pacientes ou a família, é de fundamental importância falar de humanização em UTI. Segundo um estudo realizado por Vila e Rossi (2002) em uma UTI do hospital das clínicas da Universidade Federal de Goiás, alguns aspectos são importantes para tornar a UTI um ambiente mais humano, são eles: o profissional enxergar o paciente além da doença, prestando um cuidado além do técnico; ambiente físico humanizado, pois, influencia diretamente no bem estar do paciente; o cuidado dos profissionais deve se estender aos familiares do paciente; condições de trabalho mais humanizada, com um ambiente de trabalho menos estressante e sem sobrecarga de trabalho; profissionais mais envolvidos com pacientes e familiares, promovendo um cuidado mais carinhoso; contato com a família menos formal e burocrático, atendendo suas necessidades físicas e emocionais.

De acordo com Vila e Rossi (2002), o cuidado dos profissionais deve ir além da técnica, deve ser feito com carinho, o profissional deve ter um sentimento de empatia, se colocando no lugar de seu paciente para promover um cuidado pautado em solidariedade, compaixão, de ajuda, objetivando promover o bem estar de seu paciente, sua integridade moral e sua dignidade como pessoa. Com relação ao ambiente, esta precisa ser agradável, pois, além de contribuir para a recuperação do paciente, proporciona um ambiente de trabalho mais agradável aos profissionais. O ambiente precisa facilitar o contato, a interação e a dinâmica dentro da UTI. O autor ressalta que um ambiente onde há ruídos constantes, privação do sono afetam negativamente o psicológico do paciente. A relação entre familiares e equipe precisa ser pautada no diálogo, a família precisa ser informada adequadamente, de forma clara. O enfermeiro deve participar ativamente junto a família, estabelecendo uma relação mais profunda com a família. (VILA; ROSSI, 2002).

O autor aponta que há pouca interação entre profissionais e familiares, os diálogos são restritos à formalidade, raramente o profissional acompanha o momento de sofrimento da família. O cuidado de quem cuida é outro aspecto relevante para uma UTI mais humanizada, o nível de estresse vivido pela equipe em uma UTI, provavelmente, é maior do que qualquer outra ala do hospital. A UTI é uma unidade geradora de estresse, a equipe convive com ambiente de crise, risco de vida, sobrecarga de trabalho, e falta de reconhecimento profissional. Não é possível esperar cuidado humanizado sem o cuidado com quem cuida. Por fim o autor falou sobre o envolvimento com pacientes e familiares, pois, o cuidado humano é facilitado quando há laços emocionais com pacientes e familiares (VILA; ROSSI, 2002).

Camponogara et. al. (2011), em uma revisão de literatura objetivando conhecer o que tem sido divulgado acerca de humanização em UTI, reitera o que foi dito por Vila e Rossi (2002), segundo Camponogara et. al. (2011), o uso de instrumentais e tecnologias em detrimento ao cuidado humanizado, torna a assistência mecanicista, onde a profissional enxerga o paciente na perspectiva da doença. Na UTI os equipamentos são de fundamental importância, pois, são eles que garantem a sobrevivência, porém, é preciso cuidar para que a relação com as máquinas e aparelhos, não se torne em um ato mecânico, onde o paciente é apenas uma extensão do equipamento. O protagonismo por parte dos profissionais contribui para o cuidado humanizado, pois, ele permite que o profissional cuide do próximo com

a si mesmo, cuidando de forma afetiva, resgatando o diálogo e promovendo o resgate a dignidade humana.

Outro ponto ressaltado pelo autor é a inserção da família, como parte integrante do processo de humanização, as rotinas de serviço não podem afastar a família do convívio do paciente. O autor ressalta que muitos estudos apontam as dificuldades na implementação do cuidado humanizado em UTI, devido ao modelo cartesiano de atenção e fatores estressantes no trabalho da enfermagem. Entre os fatores estressantes no trabalho dos profissionais estão: lidar com o sofrimento dos pacientes/família, especificidades das práticas próprias da profissão, necessidade de improvisação, burocracias, sobrecarga de trabalho, falta de incentivo, papéis mal definidos, falta de qualificação dos profissionais.

Para Brasil (2015), a melhoria na atenção prestada aos pacientes em estado crítico está diretamente ligada a humanização do cuidado, na qualificação da gestão hospitalar, na organização do processo de trabalho e na garantia do acesso com infraestrutura adequada. Brasil (2015) aponta que um dos desafios em UTI está ligado ao número de leitos. No Brasil ainda existe carência no número de UTI's e em sua distribuição por regiões de saúde. Outro fator é a ocupação inadequada de leitos por pacientes que apresentam quadro clínico menos complexos ou estáveis, porém, que exigem monitoração contínua. Segundo censo de 2016, atualmente, o Brasil conta com 44.673 leitos de UTI, em relação a censos anteriores, houve um aumento significativo no número de leitos nos últimos 10 anos, porém, este número ainda não é o adequado para a crescente demanda. Outro ponto, diz respeito a distribuição nos leitos de UTII, visto que apenas 10% dos municípios brasileiros contam com leitos.

Em relação ao estado de Rondônia no cenário nacional, estudo radiográfico do Conselho Federal de Medicina (CFM), mostrou que o estado está na contramão dos índices nacionais, pois o mesmo se destacou por estar ofertando leitos de terapia intensiva, em número superior ao estipulado pelo Ministério da Saúde (MS), possuindo cento e setenta e quatro leitos no estado no sistema público de saúde, onde seria preconizado cento e cinquenta leitos (SESAU, 2017).

4.2 ASSISTÊNCIA HUMANIZADA

4.2.1 História da Humanização do atendimento

Na segunda metade século XX, devido às demandas de uma sociedade que passou a refletir sobre aspectos e morais do viver humano, passaram a ganhar espaço no cotidiano das pessoas práticas como direitos humanos, bioética, proteção ambiental, cidadania. A saúde passou a ser preconizada após o fim da segunda guerra mundial e, a partir da declaração dos Direitos Humanos em 1948, a saúde passou a ser um direito fundamental do ser humano. O termo humanização, em saúde, provavelmente tenha sido usado pela primeira vez, na área da saúde mental, dentro da luta antimanicomial e no movimento pela humanização no parto e nascimento, na área da saúde da mulher (RIOS, 2009).

No Brasil, desde a década de 1970, há debates, questionamentos acerca do papel da saúde, do acesso aos serviços de atenção básica e os direitos do paciente. A partir da Constituição Federal de 1988 (CF-88), a saúde é reconhecida como um bem ao qual todos têm direito, sendo dever do Estado. A partir da CF-88 nasce o Sistema Único de Saúde (SUS) com a proposta de oferecer à população brasileira saúde de qualidade. Depois da década de 1990, na Europa, houve várias reivindicações acerca dos direitos dos pacientes. Vários países, membros da Organização Mundial da Saúde (OMS), assinaram declarações reativas a estes direitos. Estes movimentos mostravam a necessidade em investir nos profissionais da saúde com o objetivo de promover uma assistência humana, visto que a desvalorização dos profissionais era apontada como fator de desumanizante. Já no Brasil, o fator desumanizador estava ligado com o descompasso em relação ao desenvolvimento científico-tecnológico, cultural e político.

Após pesquisas que objetivavam avaliar o nível de aceitação do SUS, que concluíram que a qualidade da atenção aos usuários era a questão mais crítica dentro do sistema de saúde e após a 11ª Assembleia Nacional de Saúde, o então ministro da saúde, reuniu um grupo de profissionais da área de saúde mental e desenvolveram um projeto que tinha por objetivo mudar a realidade do atendimento no SUS, assim criando o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH). O PNHAH era um programa que tinha como objetivo disseminar as ações humanizadas em toda a rede de saúde pública. Em 2003, o ministério da saúde ampliou este programa e lançou a Política Nacional de Humanização (PNH), e a humanização passou a ser política pública. A PNH tem como objetivo levar para o cotidiano dos serviços de saúde os princípios do SUS de universalidade, equidade e integralidade

(RIOS, 2009). Nos primeiros anos da PNH, houve a formulação e consolidação da humanização dos serviços da saúde pública, trabalhadores e gestores (REIS-BORGES e BORGES, 2018).

4.2.2 Política Nacional de Humanização (PNH)

A Política Nacional de Humanização (PNH) foi lançada em 2003 com o objetivo de colocar em prática, no cotidiano dos serviços de promoção à saúde, os princípios de universalidade, equidade e integralidade. Estes princípios, baseados nos preceitos constitucionais, norteiam o Sistema Único de Saúde (SUS). Universalidade passa pela garantia do acesso a todos os cidadãos, direito assegurado pelo artigo 196 da Constituição Federal de 1988 (CF-88). Equidade objetiva reduzir a desigualdade para assim garantir que todos possam ter as mesmas condições de acesso à saúde. Integralidade é ver o ser humano como um todo, não se restringindo à um ser biológico (BRASIL, 2015).

Os marco-objetivos da política é: **Aumentar as possibilidades da PNH especialmente em unidades de urgência; promover a valorização dos colaboradores do SUS; Externar a PNH e qualificar a formação intelectual em conjunto com ações da coletividade e de instituições** (BRASIL, 2015).

A PNH pode ser denominada também como HumanizaSUS, é capaz de provocar inquietações para modificar a assistência em saúde, através da inserção de métodos na gerência do cuidado, elaboradas pelo conjunto de profissionais de forma compartilhada (BRASIL, 2015).

A PNH tem a humanização como política transversal na rede SUS, ela não é apenas um programa, ela é uma política que passa pelas diferentes instâncias gestoras do SUS. A PNH entende humanização com base em algumas condutas demonstrada (Quadro 2):

- Valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde: usuários, trabalhadores e gestores;
- Fomento da autonomia e do protagonismo desses sujeitos;
- Aumento do grau de corresponsabilidade na produção de saúde e de sujeitos;
- Estabelecimento de vínculos solidários e de participação coletiva no processo de gestão;
- Identificação das necessidades sócias de saúde;

- Mudança nos modelos de atenção e gestão dos processos de trabalho tendo como foco as necessidades dos cidadãos e a produção de saúde;
- Compromisso com a ambiência, melhoria das condições de trabalho e de atendimento;
- Redução de filas e do tempo de espera, com ampliação do acesso;
- Atendimento acolhedor e resolutivo baseado em critérios de risco;
- Implantação de modelo de atenção com responsabilização e vínculo;
- Garantia dos direitos dos usuários;
- Valorização do trabalho na saúde;
- Gestão participativa nos serviços.

Quadro 02 - Humanização para a PNH (BRASIL, 2015).

A PNH modifica de forma inovadora a promoção de saúde, a gerência dos serviços e a produção de cuidado, enfocada na educação continuada dos colaboradores do SUS, buscando a articulação da técnica científica, aspectos éticos, e que também respeite o aspecto singular de cada paciente, ciente de que essa nova forma de gestão é inovadora nos serviços de saúde (BARBOSA et al., 2013).

Na tentativa de possibilitar o compartilhamento do conhecimento e fortalecimento das estratégias, indivíduos envolvidos na humanização e na gestão compartilhada do SUS, desenvolveram uma rede virtual denominada “HumzanizaSUS”, local aberto e virtual que dispõe de largo campo de informações e experiências colaborativas, que interligam vivências práticas e produção de conhecimento em torno do SUS, visando fortalecer o ambiente virtual do SUS. (TEIXEIRA et al., 2016).

De forma sintetizada, a política de humanização da assistência, visa envolver todos os agentes na promoção da assistência humanizada, intensificando estratégias de humanização, aliado ao uso de tecnologias, dispendo do uso de métodos aprimorados, para apoio em modificações na forma de gestão, e implementando, passos inovadores baseados em evidências (BRASIL, 2015).

4.3 ESTRATÉGIAS E PRÁTICAS PARA ASSISTÊNCIA HUMANIZADA E OS ASPECTOS DO PROCESSO DE TRABALHO DO ENFERMEIRO

4.3.1 Estratégias de Humanização com base na Política de humanização

É necessário manter a dignidade humana, respeitando seus direitos em todas as fases do desenvolvimento (REIS, SENA E FERNANDES, 2016). Por isso, a assistência de enfermagem em pacientes críticos precisa ser pautada em ferramentas que estruturam o cuidado, com a centralização no paciente, devem ser alinhadas as políticas públicas, e princípios de integralidade e humanização, para que dessa forma, haja a possibilidade de modificação das práticas de saúde (MEDEIROS et al., 2016).

As estratégias e práticas humanizadoras são condutas adotadas pelo profissional que reduzem os efeitos dificultadores presentes no ambiente de cuidado crítico. Atenuando as dificuldades vivenciadas pelo paciente durante o tempo de permanência na unidade de terapia intensiva (LUIZ, CAREGNATO E COSTA, 2017).

A PNH possui princípios e diretrizes que orientam as práticas como mostra a (quadro 03). Para promover a humanização, em todos os aspectos da prática em saúde, a PNH estimula a comunicação entre gestores, profissionais e usuários, pois, entende que humanização passa por corresponsabilidade e diálogo entre os diferentes (BRASIL, 2015).

PRINCÍPIOS	DIRETRIZES
<ul style="list-style-type: none"> • TRANSVERSALIDADE: transformar as relações de trabalho, ampliando o grau de contato e comunicação. • INDISSOCIABILIDADE ENTRE ATENÇÃO E GESTÃO: Trabalhadores e usuários devem conhecer e participar ativamente do processo de tomada de decisão nas organizações de saúde. 	<ul style="list-style-type: none"> • ACOLHIMENTO: reconhecer o que o outro traz como legítima necessidade de saúde, construir relações de confiança, compromisso e veículo entre equipes, usuários e redes. Aplicar escuta qualificada para garantir ao paciente o acesso as tecnologias de acordo com suas necessidades. • GESTÃO PARTICIPATIVA E COGESTÃO: inclusão de novos sujeitos na tomada de decisão, cogestão e inserção dos usuários e familiares na rotina da unidade. • AMBIÊNCIA: estimular mudanças no processo de trabalho, e modificar

<ul style="list-style-type: none"> • PROTAGONISMO, CORRESPONSABILIDADE E AUTONOMIA DOS SUJEITOS E COLETIVOS: a PNH reconhecer cada pessoa como legítima cidadã, dessa forma colaboradores e clientes tem participação ativa no cuidado. 	<p>ambientes tornando-os agradáveis e confortáveis.</p> <ul style="list-style-type: none"> • CLINICA AMPLIADA E COMPARTILHADA: contribuir para a abordagem clínica que considere a singularidade do sujeito, e a complexidade do processo saúde doença. Enfrentamento da fragmentação do conhecimento e do atendimento. • VALORIZAÇÃO DO TRABALHADOR: inserir o trabalhador no processo de tomada de decisão, fortalecendo o diálogo, e a inclusão no processo de gestão. • DEFESA DOS DIREITOS DOS USUÁRIOS: os serviços de saúde devem incentivar que os usuários conheçam os seus direitos e favorecer que estes sejam cumpridos.
---	--

Quadro 03 - Princípios e diretrizes da PNH - (BRASIL, 2015)

A cogestão é bastante incentivada pela PNH em seus princípios e diretrizes. Outro ponto em destaque é o acolhimento, ponto fundamental para a humanização no atendimento, pois enxerga o usuário como todo. A escuta qualificada, além de ser fundamental para a humanização no atendimento, garante o direito ao acesso, visto que só através dela, o profissional poderá identificar quais são as necessidades do usuário e assim encaminhá-lo ao tratamento adequado (BRASIL, 2015).

A indissociabilidade entre atenção e gestão, garante a humanização, a medida que, entende que uma boa gestão reflete na qualidade do atendimento. É importante ressaltar que não apenas a inclusão das diferentes causas transformações nos processos de trabalho, visto que mudanças nas configurações físicas do ambiente estimulam os agentes a repensarem suas práticas. Por último, outros dois pontos a se destacar é a garantia dos direitos dos usuários, que passa por informá-los e fazer

valer seus direitos e a valorização do profissional, que deve ter papel ativo no processo de gestão (BRASIL, 2015).

4.3.2 Ferramentas de Humanização em cuidados críticos

A prática de humanizar em cuidados críticos se baseia na observação de aspectos objetivos e subjetivos do paciente. O ato de humanizar a assistência faz com que os profissionais de enfermagem, se orientem por algo além do demonstrado por aparelhos tecnológicos, o cuidado de enfermagem necessita ser pautado na singularidade do sujeito, respeitando as suas crenças, religiosidade, origem. O enfermeiro deve estabelecer diálogo com o paciente, aprofundando a comunicação e a relação de empatia. Além disso, o cuidado perfaz a relação de envolvimento, com respeito a subjetividade inerente ao cliente (SILVA e FERREIRA, 2013).

Ainda de acordo com Silva e Ferreira (2013), na Unidade de Terapia Intensiva, há apenas uma tênue separação entre o viver e o morrer, sendo imprescindível por parte do enfermeiro a capacidade de identificação de alterações clínicas que necessitam de intervenções. O cuidado para esses pacientes requer uma atenção minuciosa do cuidador.

A comunicação é indubitavelmente umas das principais ferramentas aliadas a humanização da assistência. Frequentemente, há dificuldade por parte do profissional em estabelecer uma relação de verbalização por condições clínicas do cliente. O rebaixamento do nível de consciência e o estado de coma, são dificultadores da comunicação, entretanto, são importantes ao profissional respeitar a singularidade do sujeito, mesmo em situações onde a verbalização não é possível. É importante considerar também a comunicação não verbal do cliente, demonstrada por gestos, e posturas (BARLEM et al., 2008).

A comunicação favorece o *feed back* do paciente, estimulando-o a produzir respostas e superar dificuldades, A comunicação estabelece vínculos, e deve ser aplicada a cada contato com o cliente, explicando os procedimentos, identificando-se como membro da equipe de cuidados. Devendo essa ferramenta, ser aplicada no cuidado mesmo quando os pacientes encontram-se sedados. Comunicar vai além de informar procedimentos. A comunicação é inserir-se na interação com o mesmo (BARLEM et al., 2008).

Em um estudo de revisão sistemática de literatura Almeida e Fofáno (2016), consideraram que há uma divisão no cuidado ao paciente crítico em tecnologias leves e dura. A primeira relaciona-se as ferramentas humanizadoras, o acolhimento, os princípios éticos e a comunicação. A segunda por sua vez, inclui as tecnologias utilizadas, como bombas de infusão, monitores multiparamétricos, ventiladores mecânicos, entre outros. Na concepção desses autores, uma tecnologia não suprime a outra, sendo assim, ambas se complementam.

O enfermeiro tem destaque como promotora dos interesses do cliente e como comunicador com o cliente e familiar, devido ao fato de ser o profissional mais próximo ao mesmo. A enfermagem, deve buscar prestar suporte emocional, desempenhar uma função “*elo*” entre os familiares e os profissionais de outras áreas como a medicina. Além disso, quando o cuidado é voltado a pacientes paliativos, devem ser preconizados os aspectos éticos, e na finalidade de humanizar a assistência denota-se a necessidade até mesmo de rever normas e rotinas (YAÑEZ DABDOUB e VARGAS CELIS, 2018).

O familiar do paciente internado em terapia intensiva tem uma pré concepção de a UTI é um ambiente sombrio. É importante que a equipe de enfermagem estabeleça uma comunicação clara, pois o familiar é o paciente lúcido e em bom estado de saúde (PAZ et al., 2017). Em um estudo com os familiares Paz et al. (2017), corroborou que com a elaboração de diretrizes ao cuidado humanizado possibilitam a qualificação da assistência.

Assim sendo, cabe mencionar o resultado encontrado por Luiz, Caregnato e Costa (2017), em uma pesquisa de campo em unidade de terapia intensiva, que revelou a concepção dos familiares sobre a assistência recebida. Esses autores revelaram a necessidade de aprimoramento na qualidade em cuidados críticos, e revelaram a não aplicação das práticas mencionadas na PNH.

As atitudes humanizadas contribuem a redução do sofrimento, para a melhora do prognóstico do paciente e conseqüentemente a sua recuperação, diante disso, e do achado de não praticas humanizadoras preconizadas pela PNH não são aplicadas, foi desenvolvido um “**Manual Reflexivo de Práticas assistenciais humanizadas**” separado em 14 eixos (LUIZ, 2016; LUIZ, CAREGNATO e COSTA, 2017).

A aplicação dessas medidas na Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) qualifica o atendimento tornando-o mais humanizada. Na verdade, tal manual sintetizou práticas da PNH, bem como estratégias humanizadores

mencionadas por outros pesquisadores (BARLEM et al., 2008; SILVA e FERREIRA, 2013), essas estratégias desenvolvidas por LUIZ (2016), são sintetizadas a seguir:

<p>Eixo 01 - Práticas na admissão</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Acolher: exercer postura de escuta ativa; ● Comunicação: Utilizar verbalização de fácil entendimento pelo paciente e familiar; ● Apresentação Pessoal: Se identificar, apresentar, indicar sua função.
<p>Eixo 02- Humanização durante o período de internação.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● É necessário evitar a perda de identidade do paciente; ● Apresentar-se ao paciente; ● Independentemente da quantidade de vezes que o procedimento for realizado, o mesmo deve ser explicado. O familiar também possui o direito de saber quais técnicas são adotadas e a finalidade.
<p>Eixo 03- Momento de visitas:</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Identificação com crachá apresentando-se ao familiar, informando o nome, cargo, função, etc.; ● Permanecer no local durante a visita; ● Oferecer ambiente reservado à visita, água, acento e entre outros ao familiar; <p>Informar ao familiar estado clínico do paciente,</p>
<p>Eixo 04 - Intervenções dolorosas:</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● O paciente deverá estar ciente da necessidade do procedimento, bem como autorizar a realização, nos casos em que o nível de consciência possibilite isso. Aplicar medicamentos com efeito analgésico, garantir com antecedência todos os materiais necessários, e durante a intervenção deve-se abster-se de comentários que manifestem reações de estranhos.

<p>Eixo 05 – Humanização a pacientes difíceis:</p>	<ul style="list-style-type: none"> • A assistência ao familiar difícil deve envolver paciência, comunicação explicando as informações, o familiar difícil também precisa de informações, pode ser necessário o rodízio de profissionais no atendimento; • Compreender as razões pelas quais o paciente se tornou difícil.
<p>Eixo 06 – Humanização Crianças, adolescentes e vulnerabilidade</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Crianças e adolescentes possuem direito de acompanhamento na UTI, para pacientes em situação de vulnerabilidade é necessário avaliar a necessidade de acompanhamento; • Aos acompanhantes deve ser esclarecido o funcionamento da unidade e ofertado acomodações; • Utilizar linguagem apropriada para comunicação com esses pacientes.
<p>Eixo 07 – Humanização Portadores de Necessidades especiais – PNE</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Não utilizar pré-conceitos a respeito das razões pelas quais a necessidade especial foi originada; • Compreender a patologia, para traçar estratégias de cuidado respeitando as necessidades do mesmo, ofertando cuidado diferenciado, com ferramentas específicas que amenizam a dificuldade na Unidade de Terapia Intensiva.
<p>Eixo 08 – Cuidado no período noturno</p>	<ul style="list-style-type: none"> • O período noturno deve ser respeitando, o paciente necessita de descanso e o preconizado é que isso ocorra das 24h às 06h, por isso nesse período devem ser reavaliadas necessidades de administração de medicações Intramuscular, bem como não deve ser administrado medicações via oral, a luminosidade deve ser reduzida, e ruídos necessitam ser evitados.

<p>Eixo 09 – Pacientes em precaução de contato ou precaução respiratória.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Humanizar passa por levar ao paciente a compreensão dos motivos do isolamento em box, do uso de aventais e/ou máscaras, da redução do número de visitantes bem como da privação do uso de televisores; • Verificar com a Comissão de Infecções Hospitalares a possibilidade de retirada do isolamento o mais breve possível, situar o paciente em tempo e espaço e lhe fornecendo subsídios para solicitar suas necessidades.
<p>Eixo 10 – Transporte e alta</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Comunicar motivos de transporte atentar-se a temperatura, não permitir que o paciente fique sem vestimentas, nem tampouco depositar objetos sobre o corpo do paciente; • Na alta orientar ao paciente e familiar para onde será encaminhado e a forma de funcionamento da nova unidade; • Os profissionais do apoio administrativo possuem a atribuição de rever o prontuário e os objetos pertencentes ao cliente.
<p>Eixo 11 – Processo de finitude humana e cuidados paliativos</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Flexibilidade dos horários de visita: dispor de visitas mesmo em horários não estabelecidos na rotina da unidade, permitir a entrada de representantes religiosos, oferecer o controle dos reflexos dolorosos por efeitos de analgésicos e anestésicos; • Avaliar efeitos benéficos de procedimentos, e não realizar aqueles que não apresentem benefícios relevantes; • Dispor de cuidados de suporte emocional ao paciente, para entendimento do processo de finitude, preparando o paciente e familiar; • Possibilitar à paciente realização de vontades alimentares acesso a celulares e etc.;

	<ul style="list-style-type: none"> • Ser objetivo nos esclarecimentos, porém deve-se demonstrar empatia a dor alheia; • Fornecer subsídios de informações burocráticas e de doação de órgãos e tecidos.
Eixo 12 – Cuidado ao corpo pós morte	<ul style="list-style-type: none"> • Demonstrar respeito ao corpo no pré ou pós-morte (não rir, usar de ironias) • Prezar pela integralidade do corpo, para não ocorrer lacerações, cortes, na situação de tamponamento e fixação; • Identificar o corpo envio ao local de acondicionamento (evitar a inversão de cadáveres); • Proteger o cadáver com lençóis e mantas plásticas; • Autorizar familiares que assim desejem a visualizar o corpo; • Na transmissão da informação da morte, é necessária empatia, colocar-se no lugar do familiar ou acompanhante, esclarecer as razões pelas quais ocorreu o óbito de forma clara e empática.
Eixo 13 – Ética Profissional	<ul style="list-style-type: none"> • Evitar troca de informações como: comentários levados de um paciente a outro, ou de um familiar ao paciente e etc.; não verbalizar sobre casos com outros clientes; • Assuntos que não tem referência ao ambiente de trabalho não podem ser dialogados na presença do paciente como: comentários de novelas, vida pessoal, famosos e etc. • Ter boa aparência; • Não rir, usar ironias e piadas; • Fotos, áudios e vídeos devem ter autorização; • Evitar uso de aparelhos eletrônicos;

	<ul style="list-style-type: none"> • Agir com a verdade, em casos de erros, e quanto a informações solicitadas pelo paciente ou familiar.
<p>Eixo 14 – Relacionamento Multiprofissional</p>	<ul style="list-style-type: none"> • A comunicação multiprofissional é importante, o respeito as hierarquias, as funções de cada membro dentro da equipe, o trabalho harmônico, sem omissão de informações relativas ao cliente, bem como evitar “mexericos” entre os profissionais; • Respeito aos horários e aos compromissos assumidos na equipe multidisciplinar; • Cada profissional possui sua função na equipe multidisciplinar é preciso ter consciência disso e respeito ao trabalho de todos.

O processo de trabalho do enfermeiro, enquanto promotor de cuidados, e para a execução de qualidade SAE, no paciente crítico, deverá possibilitar a inclusão das estratégias humanizadas descritas nesse item, bem como, as estratégias humanizadas previstas na PNH. A finalidade máxima é a qualificação do atendimento ao cliente. Esse processo de trabalho perpassa especialmente pelo acolhimento, inclusão da família nas medidas terapêuticas, respeito as crenças da família e do paciente e a qualidade do processo comunicativo (FERNANDES et al., 2018).

Em um estudo qualitativo realizado por Maestri et al. (2012a), em cuidados críticos, foram implantados e avaliadas estratégias de profissionais da enfermagem para humanizar o atendimento aos familiares, nos resultados deram origem a três estratégias: recepcionar os familiares na admissão; o contato telefônico com os familiares; e a relação dialógica no horário de visitas. “Entre as estratégias adotadas encontram-se: preparar o familiar para entrar na unidade; informar por telefone quando ocorre piora do quadro clínico e na alta; estar presente a beira do leito durante a visita para esclarecimento de dúvidas.”

Em outro estudo também qualitativo, de Maestri et al. (2012b), implantou estratégias de acolhimento e posteriormente avaliou a percepção dos enfermeiros e familiares, encontrando que quando o acolhimento é realizado de forma a incluir o

familiar no processo do cuidar, os mesmos depositam maior confiança a credibilidade da equipe, e participam do processo de transformação da assistência. Já os profissionais de enfermagem incorporaram uma visão holística, com eixo central no ser humanos, privilegiando o cuidado.

Cabe ressaltar que a oferta de uma assistência humanizada perpassa pela permissão da inclusão familiar em forma de eixo do processo. A participação do familiar torna uma motivação para enfrentar os sentimentos gerados pela internação em UTI. (RODRÍGUEZ, VELANDIA e LEIVA, 2016).

4.3.3 Aspectos limitantes e favorecedores no processo de trabalho do enfermeiro para as boas práticas de humanização

O enfermeiro no processo da humanização, destaca-se, uma por encontrar-se a “beira leito” do paciente, e também por profissionais dessa área buscarem o resgate de práticas humanizadas em seu processo de trabalho (PEREIRA, 2012).

A humanização da assistência de enfermagem se torna evidentemente necessária, uma vez que estudos demonstram que práticas preconizadas pela PNH não são aplicadas por profissionais da saúde e também por enfermeiros (LUIZ, 2016; LUIZ, CAREGNATO e COSTA, 2017; FERNANDES et al., 2018).

Dessa forma, evidenciamos alguns aspectos que facilitam a implantação de ações humanizadas e outros que dificultam. Na concepção de Fernandes et al. (2018), por exemplo, há a evidência que no trabalho dos profissionais de enfermagem há falhas na comunicação, cargas de trabalho excessivas, múltiplos vínculos empregatícios que dificultam a humanização da assistência. Profissionais sobrecarregados tendem a estar mais estressados, se tornando um aspecto limitador da assistência. Outros fatores também são as baixas remunerações, equipes reduzidas, o estado de tensão profissional (REIS, SENA e FERNANDES, 2016).

Em relação a sobrecarga dos profissionais, cumpre destacar o que dispõe a Resolução nº 7 do Ministério da Saúde de 2010, onde estabelece a dimensão da equipe multidisciplinar habilitada ao cuidado intensivo que deve compor uma UTI, determinando um enfermeiro assistencial para cada oito paciente e um técnico para cada dois leitos por período e ainda, um técnico para realizar apoio em cada período (BRASIL, 2010). No estudo de Martins et al. (2015) eles trazem o absenteísmo é um

fator que leva a sobrecarga de trabalho, em contrapartida Mendes-Rodrigues et al. (2017) evidencia a baixa utilização de escores de dimensionamento de pessoal em UTI sendo utilizados na prática de atendimento, embora os mesmos sejam comuns.

Na concepção de Martins et al. (2015), a limitação pode ocorrer pelo individualismo do profissional da equipe, pois esse fator interfere na interação da equipe e conseqüentemente no cuidado.

Outro ponto limitador, para a aplicação das práticas não serem realizadas pode ser associada aos profissionais de enfermagem que atuam em cuidados críticos não conhecer as diretrizes e princípios da PNH (FIGUEIREDO et al., 2018).

Aliado a isso, foi realizado por Reis, Sena e Fernandes (2016), um estudo, de revisão sistemática de literatura, onde encontraram em todas as análises de artigos limitações na implementação da humanização da assistência. O avanço tecnológico e o emprego de processos complexos e modernos, diminuiu as interações entre quem necessita ser cuidado e o cuidador, havendo um enaltecimento das técnicas em detrimento as relações de humanização.

Em outro estudo, de revisão integrativa de literatura observou-se que a partir da análise dos artigos os aspectos limitantes referentes a rigurosidade de rotinas, como o dos momentos permitidos para as visitas, a sobrecarga dos profissionais de enfermagem e estruturas inadequadas, estresse emocional, situações de morte iminente (SOARES, REIS E SOARES, 2015).

É necessário haver um equilíbrio no processo, para que não ocorram falhas na relação com o paciente. Priorizar o processo saúde-doença ainda é preconizado por instituições de ensino em saúde, todavia, há uma necessidade de reformulação da forma de estudo fragmentada (PEREIRA, 2012).

Na humanização é importante aplicar a individualidade das pessoas, com seus valores, crenças, suas singularidades. A perda dessa sensibilidade pelo profissional, ou o desrespeito a isso, dificulta o processo de humanização. Nessa esfera, envolve a proteção com biombos do corpo, ser identificada pelo nome, diminuição da temperatura para o cliente e a desconsideração das vontades (REIS, SENA e FERNANDES, 2016).

A elaboração de diretrizes do cuidado é um aspecto favorecedor as práticas humanizadas (DÍAS et al., 2017).

Favorecer o processo de humanização para Pereira (2012) pode ser realizado pela articulação da equipe com a identificação e embasamento na PNH, refletindo

sobre o local de trabalho, de forma que todos os colaboradores possam dialogar, pensando sobre inquietações da rotina de trabalho, participando do processo e sugerindo novas propostas. A comunicação da equipe e métodos de articulação de equipe são ferramentas essenciais para facilitar a implantação da PNH. Já para Martins (2015), a relação interpessoal da equipe corrobora para se promova as práticas humanizadas.

O conhecimento de toda a equipe sobre conceitos, princípios, diretrizes, e estratégias de humanização é uma ferramenta primordial. Deve-se ter implantado a educação continuada da equipe para que todos conheçam e possam articular o processo de trabalho (FIGUEIREDO et al., 2018).

Outro fator facilitador é valorizar os sujeitos (paciente, familiar, profissionais), o valor pessoal, é indispensável a uma assistência de qualidade e humanizada (MARTINS et al., 2015). Por isso, o processo deve ser promovido em sentido horizontal, incluindo-se a participação, democratização, dialogo sobre tomadas de decisões em conjunto com todos os sujeitos, com metas definidas coletivamente (PEREIRA, 2012).

Em todas as bibliográficas analisadas a comunicação é evidenciada como uma das principais, senão a principal, ferramenta que promove um trabalho humanizado e facilita a implementação das medidas humanizadoras (PEREIRA, 2012; MARTINS et al., 2015; FIGUEIREDO et al., 2019).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A Unidade de Terapia Intensiva – UTI, compreende peculiaridades como a gravidade dos pacientes em cuidado, o uso de tecnologias, drogas e de processos rigorosos. Todavia, apesar da grande relevância da aplicação das técnicas de cuidado é necessário no cuidado intensivo enxergar o cliente como indivíduo em seus aspectos biopsicossocial e biopsicoespiritual, compreendendo que a internação em cuidados críticos traz consigo a ruptura dos ciclos do indivíduo e, portanto consequências psicológicas.

Com isso, considerando políticas humanizadas, estabelecidas a partir de 2003, que trazem práticas de cuidado que amenizem o estresse causado ao paciente e ao familiar durante o período de cuidados críticos, encontrou-se que práticas humanizadas ainda precisam ser ampliadas no processo de sistematização da assistência de enfermagem.

O enfermeiro por ser o profissional mais próximo do paciente, deve aplicar na sistematização da assistência de enfermagem (SAE), o cuidado pautado na singularidade do sujeito, respeitando as suas crenças, religiosidade, origem. O enfermeiro deve estabelecer diálogo com o paciente, aprofundando a comunicação e a relação de empatia, respeito a subjetividade inerente ao cliente. Pois a aplicação desse processo de trabalho possibilita a qualificação do atendimento e a melhora do prognóstico do paciente.

O principal aliado na humanização da assistência é a ferramenta de comunicação entre as equipes, paciente, e com o familiar e com o paciente. Um dos principais entraves encontrados na humanização da assistência é a sobrecarga profissional e o alto índice de estresse provocado pelas situações da linha tênue entre o viver e o morrer encontrado em cuidados críticos.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Quenfins; FÓFANO, Gisele Aparecida. Tecnologias leves aplicadas ao cuidado de enfermagem na unidade de terapia intensiva: uma revisão de literatura. **HU Revista**, Juiz de Fora, v. 42, n. 3, p. 191-196, set./out. 2016. Disponível em: <<https://periodicos.ufjf.br/index.php/hurevista/article/view/2494/891> >. Acesso em: 24 ago. 2019.

BARBOSA, Guilherme Correa et al . Política Nacional de Humanização e formação dos profissionais de saúde: revisão integrativa. **Rev. bras. enferm.**, Brasília , v. 66, n. 1, p. 123-127, Feb. 2013 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672013000100019&lng=en&nrm=iso>. access on 29 Ago. 2019.

BARBOSA, Taís Pagliuco et al . Práticas assistenciais para segurança do paciente em unidade de terapia intensiva. **Acta paul. enferm.**, São Paulo , v. 27, n. 3, p. 243-248, Jun. 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/>> Acesso em: 20 Abr. 2019.

BARLEM, Edison Luiz Devos et al. Comunicação como instrumento de humanização do cuidado de enfermagem: experiências em unidade de terapia intensiva. **Rev. Eletr. Enf. [Internet]**., v. 10, n. 4, p. 1041-1049, 2008. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v10/n4/v10n4a16.htm>>. Acesso em: 24 ago. 2019.

BRASIL. Política Nacional de Humanização - PNH. **Ministério da Saúde**, 2015. Disponível em:<http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/folder/politica_nacional_humanizacao_pnh_1ed.pdf> Acesso: 24 ago. 2019.

BRASIL. RESOLUÇÃO Nº 7, DE 24 DE FEVEREIRO DE 2010. **Ministério da Saúde**, 2010. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2010/res0007_24_02_2010.html>. Acesso em: 06 set. 2019.

CAMPONOGARA, Silviamar et al. O cuidado humanizado em unidade de terapia intensiva: uma revisão bibliográfica. **Revista de Enfermagem da UFSM**, v. 1, n. 1, p. 124-132, 2011. Disponível em: <<https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/2237>>. Acesso em: 15 mar. 2019.

CASTRO, Ana Karine Pereira Castro et al. ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO: IMPLEMENTAÇÃO DE UMA ATIVIDADE EDUCATIVA EM UM SERVIÇO ESPECIALIZADO DO SERTÃO CENTRAL. **Mostra Interdisciplinar do curso de Enfermagem**, v. 3, n. 2, 2019.

COSTA, Silvio Cruz; FIGUEIREDO, Maria Renita Burg; SCHAURICH, Diego. Humanização em Unidade de Terapia Intensiva Adulto (UTI): compreensões da equipe de enfermagem. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 13, p. 571-580, 2009. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/icse/v13s1/a09v13s1.pdf>. Acesso em: 15 mar. 2019.

DA SILVA, Fernanda Duarte et al. Discursos de enfermeiros sobre humanização na unidade de terapia intensiva. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, v. 16, n. 4, p. 719-727, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452012000400011>. Acesso em: 15 mar. 2019.

DÍAS., Lujan Jorge et al. Percepção de la familia del paciente crítico sobre enfermería, en el horario de visita en un Hospital de Alta Complejidad. 2017. Disponível em: <<https://repositorio.hospitalelcruce.org/xmlui/handle/123456789/556> >. Acesso em: 24 ago. 2019.

DOS SANTOS, Sidney José; DE ALMEIDA, Sônia Aparecida; JÚNIOR, Jose Rodrigues Rocha. A atuação do psicólogo em unidade de terapia intensiva (UTI). **Caderno de Graduação-Ciências Biológicas e da Saúde-UNIT-ALAGOAS**, v. 1, n. 1, p. 11-16, 2012. Disponível em:<<https://periodicos.set.edu.br/index.php/fitsbiosauade/article/view/461>>.

FERNANDES, Andressa Mônica Gomes et al. HUMANIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA. **REVISTA HUMANO SER**, v. 3, n. 1, 2018. Disponível em: <<https://periodicos.unifacex.com.br/humanoser/article/view/1012>>. Acesso em: 29 ago. 2019.

FIGUEIREDO, Maria do Carmo Clemente Marques et al. Cuidado humanizado ao paciente crítico: uma revisão integrativa. **Revista Saúde & Ciência Online**, v. 7, n. 1, p. 94-101, 2018. Disponível em: <<http://150.165.111.246/revistasauedeeciencia/index.php/RSCUFCG/article/view/513> >. Acesso em: 29 ago. 2019.

GOTARDO, Glória Inês Beal; SILVA, Claudia Aparecida da. O cuidado dispensado aos familiares na unidade de terapia intensiva. **Revista Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 2, p. 223-228, maio/ago. 2005. Disponível em:<<https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/184>>. Acesso em: 24 ago. 2019.

LANA, Letice Dalla et al. Os fatores estressores em pacientes adultos internados em uma unidade de terapia intensiva: uma revisão integrativa. **Enfermería Global**, v. 17, n. 4, p. 580-611, 2018. Disponível em: <<https://revistas.um.es/eglobal/article/view/eglobal.17.4.307301>>. Acesso em: 28 ago. 2019.

LUCCHESI, Fátima; MACEDO, Paula Costa Mosca; MARCO, Mario Alfredo De. Saúde mental na unidade de terapia intensiva. **Revista da SBPH**, v. 11, n. 1, p. 19-30, 2008. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582008000100003> Acesso em: 25 mar. 2019.

LUIZ, F.F.; CAREGNATO, R. C. A.; COSTA, M. R. D. Humanization in the Intensive Care: perception of family and healthcare professionals. **Rev Bras Enferm.** v. 70, n. 5, p. 1040-1047. 2017. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28977232> > Acesso em: 23 ago. 2019.

LUIZ, Flavia Feron. **Humanização no ambiente de terapia intensiva: percepção do familiar/acompanhante e do profissional da saúde**. 2016. Tese de Doutorado. Disponível em: <https://repositorio.ufcspa.edu.br/jspui/bitstream/123456789/518/1/Flavia%20Feron0Luiz_Disserta%c3%a7%c3%a3o.pdf >. Acesso em: 28 ago. 2019.

MAESTRI, Eleine et al. Estratégias para o acolhimento dos familiares dos pacientes na unidade de terapia intensiva. **Revista Enfermagem UERJ**, v. 20, n. 1, p. 73-78, 2012a. Disponível em: < <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/3980>> Acesso em: 10 set. 2019.

MAESTRI, Eleine et al . Avaliação das estratégias de acolhimento na Unidade de Terapia Intensiva. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo , v. 46, n. 1, p. 75-81, Feb. 2012b. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342012000100010&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 06 Set. 2019.

MARTINS, Julia Trevisan et al. HUMANIZAÇÃO NO PROCESSO DE TRABALHO NA PERCEPÇÃO DE ENFERMEIROS DE UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA. **Cogitare Enferm**, v. 20, n. 3, p. 589-595, Jul/Set. 2015. Disponível em: <<https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/41521>>. Acesso em: 24 ago. 2019.

MARUITI, Marina Rumiko; GALDEANO, Luiza Elaine. Necessidades de familiares de pacientes internados em unidade de cuidados intensivos. **Acta paul enferm**, v. 20, n. 1, p. 37-43, 2007. Disponível em:<http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582008000100003>. Acesso em: 15 mar. 2019.

MEDEIROS, Adriane Calvetti de et al. Comprehensiveness and humanization of nursing care management in the Intensive Care Unit / Integralidad y humanización en la gestión del cuidado de enfermería en la unidad de cuidados intensivos / Integralidade e humanização na gestão do cuidado de enfermagem na Unidade de Terapia Intensiva. **Rev. Esc. Enferm. USP.**, v. 50, n. 5, Sept.-Oct. 2016. Disponível em: <<http://pesquisa.bvsalud.org/enfermagem/resource/pt/biblio-829613> >. Acesso em: 23 de ago. de 2019.

MENDES-RODRIGUES, Clesnan et al. CARGA DE TRABALHO E DIMENSIONAMENTO DE PESSOAL DE ENFERMAGEM EM UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA. **Revista de Atenção à Saúde (antiga Rev. Bras. Ciên. Saúde)**, v. 15, n. 53, p. 5-13, 2017. Disponível em:

<http://seer.uscs.edu.br/index.php/revista_ciencias_saude/article/view/4159>.

Acesso em: 06 set. 2019.

MERCEDES, Trentini et al. O cuidado de enfermagem na unidade de terapia intensiva (UTI) &58; teoria humanística de Paterson e Zderad. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 12, n. 2, p. 250-257, 2004. Disponível em:<<https://www.ingentaconnect.com/content/doi/01041169/2004/00000012/00000002/art00022>>.

NASCIMENTO, E. R. P.; TRENTINI, M. A. UTI e a objetividade do cuidado. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 12, n. 2, p. 250-257, 2004. Disponível em:<http://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2016/docs/planonacionalsaude_2016_2019.pdf>. Acesso em: 20 ago. 2019.

NATES, Joseph L. O que todo intensivista deve saber sobre critérios de admissão à unidade de terapia intensiva. **Rev Bras Ter Intensiva**, v. 29, n. 4, p. 414-417, 2017. Disponível em:< <http://www.rbti.org.br/content/imagebank/pdf/0103-507X-rbti-29-04-0414.pdf>>. Acesso em: 20 ago. 2019.

NOGUEIRA, Lilia de Souza et al. Características clínicas e gravidade de pacientes internados em UTIs públicas e privadas. **Texto & Contexto Enfermagem**, v. 21, n. 1, p. 59-67, 2012. Disponível em: < <http://www.index-f.com/textocontexto/2012pdf/21-059.pdf> >. Acesso em: 06 set. 2019.

PAZ, Maximiliano et al. Percepción de la familia del paciente crítico sobre enfermería, en el horario de visita en un Hospital de Alta Complejidad de la Provincia de Buenos Aires. **10º Jornadas Científicas del HEC**, 2017. Disponível em: <<https://repositorio.hospitalelcruce.org/xmlui/handle/123456789/583>>. Acesso em: 24 ago. 2019.

PEREIRA, Marta Martins da Silva. Fatores que interferem na humanização da assistência de enfermagem em unidades de terapia intensiva. **CuidArte Enferm**, v. 6, n. 2, p. 101-108, 2012. Disponível em: <<http://fundacaopadrealbino.org.br/facfipa/ner/pdf/CuidarteEnfermagemv6n2juldez2012.pdf>>. Acesso em: 30 ago. 2019.

PINHO, Leandro Barbosa de; DOS SANTOS, Silvia Maria Azevedo. Dialética do cuidado humanizado na UTI: contradições entre o discurso e a prática profissional do enfermeiro. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 42, n. 1, p. 66-72, 2008. Disponível em:< <https://www.redalyc.org/pdf/1277/127728365011.pdf>>. Acesso em: 24 ago. 2019.

POTTER, Patricia. **Fundamentos de enfermagem**. Elsevier Brasil, 2014. Disponível em:<<https://sibiuepa.files.wordpress.com/2017/07/fundamentos-de-enfermagem-potter.pdf>>. Acesso em: 15 mar. 2019.

REIS, Camila Calhau Andrade; SENA, Edite Lago da Silva; FERNANDES, Marcos Henrique. Humanização do cuidado nas unidades de terapia intensiva: revisão integrativa Humanization care in intensive care units: integrative review. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online**, [S.l.], v. 8, n. 2, p. 4212-4222, apr. 2016. ISSN 2175-5361. Disponível em: <<http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/3983>>. Acesso em: 23 ago. 2019.

REIS-BORGES, Grasiela Cristina; NASCIMENTO, Edinalva Neves; BORGES, Daniel Martins. Impacto da Política Nacional de Humanização na Estratégia Saúde da Família e na Rede de Saúde. **Distúrbios da Comunicação**, v. 30, n. 1, p. 194-200,

2018. Disponível em: <<https://revistas.pucsp.br/dic/article/view/33313>> Acesso em: 15 mar. 2019.

RIBEIRO, Kaiomax Renato Assunção et al. Enfermagem nos cuidados paliativos aos pacientes críticos: revisão integrativa. **Enfermagem Revista**, v. 22, n. 1, p. 112-122, 2019. Disponível em: <<http://200.229.32.55/index.php/enfermagemrevista/article/view/20191>>. Acesso em: 28 ago. 2019.

RIOS, Izabel Cristina. Caminhos da humanização na saúde: prática e reflexão. **São Paulo: Áurea Editora**, p. 7-26, 2009. Disponível em: <http://hc.fm.usp.br/humaniza/pdf/livro/livro_dra_izabel_rios_caminhos_da_humanizacao_saude.pdf> Acesso em: 24 ago. 2019.

RODRIGUES, Tician Daltri Felix. Fatores estressores para a equipe de enfermagem da unidade de terapia intensiva. **Revista Mineira de Enfermagem**, v. 16, n. 3, p. 454-462, 2012. Disponível em: < <http://reme.org.br/artigo/detalhes/549> >. Acesso em: 20 set. 2019.

RODRIGUEZ, Anita Hernández et al. Características epidemiológicas e causas de óbitos em pacientes internados em terapia intensiva. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 69, n. 2, p. 229-234, Abr. 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003471672016000200229&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 06 Set. 2019.

RODRÍGUEZ, Luz Marina Bautista; VELANDIA, María Fernanda Arias; LEIVA, Zury Ornella Carreño. Percepción de los familiares de pacientes críticos hospitalizados respecto a la comunicación y apoyo emocional. **Revista cuidarte**, v. 7, n. 2, p. 1297-

1309, 2016. Disponível em: <<http://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/cybertesis/1322>>. Acesso em: 24 ago. 2019.

SALICIO, Dalva Magali Benine; GAIVA, Maria Aparecida Munhoz. O significado de humanização da assistência para enfermeiros que atuam em UTI. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 8, n. 3, 2006. Disponível em: <https://www.fen.ufg.br/fen_revista/revista8_3/v8n3a08.htm> Acesso em: 15 mar. 2019.

SILVA, Rafael Celestino da; FERREIRA, Márcia de Assunção. Clínica do cuidado de enfermagem na terapia intensiva: aliança entre técnica, tecnologia e humanização. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 47, n. 6, p. 1325-1332, 2013. Disponível em: <<https://www.revistas.usp.br/reeusp/article/view/78096/82168>>. Acesso em: 24 ago. 2019.

SOARES, Larissa Gramazio; REIS, Maria Rosário; SOARES, Leticia Gramazio. HUMANIZAÇÃO NA UTI–DIFICULDADES ENCONTRADAS PARA SUA IMPLEMENTAÇÃO UMA REVISAO INTEGRATIVA. **Voos Revista Polidisciplinar Eletrônica da Faculdade Guairacá**, v. 6, n. 1, 2015. Disponível em: <<http://www.revistavoos.com.br/seer/index.php/voos/article/viewArticle/263>>. Acesso em: 10 set. 2019.

STUMM, Eniva Miladi Fernandes et al. Estressores vivenciados por pacientes em uma UTI. **Cogitare Enfermagem**, v. 13, n. 4, 2008. Disponível em:<<https://www.revistas.ufg.br/fen/article/view/7076>> Acesso em: 15 mar. 2019.

SESAU. Secretaria de Estado de Saúde de Rondônia. Rondônia é o único estado da região Norte que disponibiliza leitos de UTI acima da média por habitantes, aponta

estudo. 2017. Disponível em: <<http://www.rondonia.ro.gov.br/>> Acesso em: 12 set. 2019.

TEIXEIRA, Ricardo Rodrigues et al . Network Support: HumanizaSUS Network connecting possibilities in cyberspace. **Interface (Botucatu)**, Botucatu , v. 20, n. 57, p. 337-348, June 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141432832016000200337&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 29 Ago. 2019.

VIANA, Renata Andréa Pietro Pereira; WHITAKER, Iveth Yamaguchi. **Enfermagem em terapia intensiva: práticas e vivências**. Artmed Editora, 2009. Disponível em:<<https://books.google.com.br/books>>. Acesso em: 24 ago. 2019.

VILA, Vanessa da Silva Carvalho; ROSSI, Lídia Aparecida. O significado cultural do cuidado humanizado em unidade de terapia intensiva: "muito falado e pouco vivido". **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto , v. 10, n. 2, p. 137-144, Abr. 2002. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010411692002000200003&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 20 Abr. 2019.

YAÑEZ DABDOUB, Macarena; VARGAS CELIS, Ivonne Esmeralda. Cuidado humanizado en pacientes con limitación del esfuerzo terapéutico en cuidados intensivos, desafíos para enfermería. **Persona y Bioética**, [S.l.], v. 22, n. 1, p. 56 - 75, jul. 2018. Disponível em: <<http://personaybioetica.unisabana.edu.co/index.php/personaybioetica/article/view/8516>>. Acesso em: 23 ago. 2019.