

CENTRO UNIVERSITÁRIO DE ANÁPOLIS UNIEVANGÉLICA
CURSO DE ENFERMAGEM

**CONHECENDO OS ASPECTOS DA HUMANIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA EM
SAÚDE NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA:REVISÃO INTEGRATIVA**

MATHEUS AUGUSTO DOS SANTOS MONTEIRO

Anápolis-GO
2018

MATHEUS AUGUSTO DOS SANTOS MONTEIRO

**CONHECENDO OS ASPECTOS DA HUMANIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA EM
SAÚDE NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA:REVISÃO INTEGRATIVA**

Trabalho de conclusão de curso apresentado a disciplina de produção científica II como requisito parcial para obtenção do grau de Bacharel em Enfermagem.

Orientadora:Prof.^a Mestra Rosana Mendes Bezerra

Anápolis-GO

2018

MATHEUS AUGUSTO DOS SANTOS MONTEIRO

**CONHECENDO OS ASPECTOS DA HUMANIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA EM
SAÚDE NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA:REVISÃO INTEGRATIVA**

Trabalho de conclusão de curso apresentado no dia 22 de junho de 2018 pela banca examinadora.

BANCA EXAMINADORA

Prof.^a Mestra Rosana Mendes Bezerra
(ORIENTADORA)

Prof.^a Esp.^a Tatiana Caexeta Ferreira
(AVALIADORA)

DEDICÁTORIA

Dedico este trabalho a minha Mãe, que é meu porto seguro. A senhora não é apenas a melhor mãe do mundo, mas também a mulher mais batalhadora, a mais guerreira, e eu sinto um orgulho muito grande de que seja minha mãe, a melhor que ninguém conheço seu valor, todos os sacrifícios que fez na vida, e tudo isso só faz com que a ame e admire ainda mais. Quero que saiba que meu coração é seu, meu amor eterno pertence a você, e que agora sou eu quem vai lutar a vida toda pela sua felicidade. Pois nada mais tem valor se a mulher mais importante da minha vida, aquela a quem devo quase tudo, não estiver bem e feliz. Eu te amo muito!

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus por ter me dado saúde e inteligência para superar todas as dificuldades e conseguir chegar onde hoje estou.

A esta instituição pelo excelente ambiente oferecido aos seus alunos e os profissionais qualificados que disponibiliza para nos ensinar.

A Professora Mestre Rosana Mendes Bezerra por toda sua atenção, dedicação e esforço para que eu pudesse ter confiança e segurança na realização deste trabalho.

Agradeço a minha mãe, pelo amor, carinho, paciência e seus ensinamentos.

Agradeço aos meus amigos, por confiarem em mim e estarem do meu lado em todos os momentos da vida.

Agradeço ao Adriano Vieira Garcia que foi um amigo que esteve comigo sempre em todos os momentos de alegrias e tristezas me ajudando sempre que precisei, obrigado pela paciência e ensinamentos.

“A conquista é um acaso que talvez dependa mais das falhas dos vencidos do que do gênio do vencedor.”

Anne Louise Germaine de Staël

RESUMO

INTRODUÇÃO: A humanização é entendida como uma medida que busca resgatar o respeito a vida humana em ocasiões éticas, psíquicas e sociais dentro do relacionamento humano, que aceita a necessidade de resgate dos aspectos biológicos, fisiológicos e subjetivos. É fundamental adotar uma prática na qual o cliente e o profissional considerem como parte da sua assistência humanizada o conjunto desses aspectos, possibilitando assumir uma posição ética de respeito mútuo (MORAIS; GARCIA; FONSECA, 2004).

OBJETIVOS: Geral: Identificar como a literatura científica descreve o processo de humanização da assistência em saúde na UTI. Específicos: Descrever aspectos que dificultam o processo de humanização da assistência de saúde em UTI. Descrever como é realizada a assistência humanizada a saúde em UTI. **METODOLOGIA:** Este estudo trata se de uma revisão integrativa da literatura, de acordo com MENDES; SILVEIRA; GALVÃO (2008).

RESULTADOS E DISCUSSÃO: Foi realizado um quadro com os artigos selecionados contendo os seguintes itens: identificação numérica, ano, revista, autores, objetivos do artigo, delineamento do artigo e correlação com os objetivos desta pesquisa. Foi selecionados 6 pré categorias, seguindo os critérios de inclusão dos quais mostram a atuação do profissional frente a UTI e o processo de humanização. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** O atendimento humanizado deve ser vivido com maior praticidade ética, onde o paciente seja ouvido e respeitado com cuidados realizados com amor, ternura, respeitos e se caracterizando pelo olhar holístico, reflexivo e respeitoso.

PALAVRAS CHAVE: Humanização. UTI pediátrica. UTI neonatal. UTI adulto. Enfermagem.

ABSTRACT

INTRODUCTION: Humanization is understood as a measure that seeks to rescue human, psychic and social respect within the human relationship, which may be necessary for the correction of biological, physiological and subjective aspects. It is fundamental to adopt a practice in which the client and the professional are part of its humanitarian assistance and the organization of such contexts, it is a process that aims at an ethical view of mutual respect (MORAIS; GARCIA; FONSECA, 2004). **OBJECTIVES:** General: Describe in front of the scientific literature as a humanization of health in the ICU, implications in the development of actions by the nursing team; Specific: Describe how a nursing team associated with its health care and a humanization to the ICU patient. Describing as a nursing team associated with ICU patient family care in the face of humanization. **METHODOLOGY:** This study deals with an integrative literature review, according to MENDES; SILVEIRA; GALVÃO (2008). **RESULTS AND DISCUSSION:** A report was made with the authors, with the objectives of the article, the outline of the article and the results of the research. Six categories were selected, following the inclusion criteria of their documents for a professional performance before the ICU and humanization process. **FINAL CONSIDERATIONS:** The humanized care must be lived with greater ethical practicality, where the patient is heard and respected with cares performed with love, tenderness, respect and characterized by a holistic, reflective and respectful look.

KEY OF WORDS: Humanization. Pediatric ICU. Neonatal ICU. Adult ICU. Nursing.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	10
2 OBJETIVOS	12
2.1 Objetivo Geral.....	12
2.2 Objetivos Específicos	12
3 REFERENCIAL TEÓRICO CONCEITUAL	13
3.1 O que é UTI	13
3.2 Os Profissionais que atuam na UTI.....	13
3.3 Políticas Públicas de UTI	14
3.3.1 PNH – Política Nacional de Humanização e Atenção do SUS	14
3.3.2 Lei Orgânica da Saúde n.º 8.080, 19 de setembro de 1990.....	15
3.3.3 Resolução da Diretoria Colegiada – RDC Nº 7, de 24 de fevereiro de 2010	15
3.3.4 Resolução da Diretoria Colegiada – RDC nº 26, de 11 de maio de 2012	16
4 METODOLOGIA	17
4.1 Tipo de estudo.....	17
4.2 Cenário.....	17
4.3 Seleção de Material	17
4.4 Coleta de dados	17
4.5 Análise de dados	18
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	19
5.1 Resultados.....	19
5.2 Discussão dos Dados	19
5.2.1 Categoria 1 : Fatores extrínsecos que dificultam a humanização	19
5.2.2 Categoria 2: Humanizando o humano	21
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	23
REFERÊNCIAS	25
APÊNDICE	

1 INTRODUÇÃO

A hospitalização de um paciente ou até mesmo de um familiar na UTI se torna um processo estressante tanto para o paciente quanto aos seus familiares. O acolhimento pela equipe de enfermagem torna-se o ponto chave da hospitalização, de uma relação terapêutica focada no objetivo de uma assistência efetiva e holística em qualquer situação (CINTRA; NISHIDE; NUNES, 2005).

Os Serviços de Tratamento Intensivo dividem-se de acordo com a faixa etária dos pacientes atendidos, nas seguintes modalidades: Neonatal – destinado ao atendimento de pacientes com idade de 0 a 28 dias. Pediátrico – destinado ao atendimento de pacientes com idade de 29 dias a 18 anos incompletos. Adulto – destinado ao atendimento de pacientes com idade acima de 14 anos. – Pacientes na faixa etária de 14 a 18 anos incompletos podem ser atendidos nos Serviços de Tratamento Intensivo Adulto ou Pediátrico, de acordo com o manual de rotinas do Serviço (BRASIL, 1998).

A UTI é um dos ambientes hospitalares mais ofensivos e traumatizantes, tanto para os pacientes quanto para a equipe pelo fato de: situações de emergência falta de materiais, despreparo da equipe em lidar com o sofrimento e a morte e conflitos interpessoais. Todas essas circunstâncias se torna um fator estressante acompanhado da ansiedade e da tensão entre os profissionais no campo de trabalho (MOURA, SIQUEIRA, KALINA. 2011).

Por ser um local de assistência a pacientes críticos, a UTI dispõe-se de grandes recursos para a reabilitação do paciente, sendo visto como um local hostil, frio, sem calor humano onde as máquinas e as ações tecnicistas prevalecem em relação à assistência humanizada (FIGUEIREDO, 2006).

Quando um familiar é hospitalizado instala-se uma crise, podendo haver uma desestruturação familiar. Os familiares devem estar preparados para a situação crítica do paciente e da necessidade e da hospitalização dele na UTI. O familiar deve ser visto com bastante atenção, pois chega inseguro em frente à realidade vivenciada e precisa expressar seus sentimentos (SOUSA, 2010).

O estado emocional da família é bastante alterado, já que o medo da morte está constantemente presente, e o agravo da doença faz com que esses familiares se unam e sejam companheiros, pois passa a focar no mesmo objetivo (NOGACZ; SOUZA; 2004).

Além de a família sofrer o impacto pela doença do seu ente querido, eles necessitam manter o equilíbrio para não perder a estabilidade nesse momento difícil, a

percepção da importância da redistribuição dos papéis e responsabilidades, e a partir daí, a adaptação à ausência futura e às perdas a serem enfrentadas (FONSECA, 2004).

A Política Nacional de Humanização (PNH) do Sistema Único de Saúde tem como objetivo disseminar práticas de saúde humanizadas para usuários, trabalhadores e gestores, é entendido não como programa, mas como política que atravessa as diferentes ações e instâncias gestoras do SUS, por se acreditar na indissociabilidade entre os modos de produzir saúde e os de gerir os processos de trabalho, atenção e gestão, clínica e política, produção de saúde e produção de subjetividade (BRASIL, 2005).

A humanização é feita, no campo da saúde ela envolve atitudes de usuários, gestores e profissionais da saúde um dos seus principais objetivos são fornecer um melhor atendimento dos beneficiários e melhorar as condições para os trabalhadores.

A humanização é entendida como uma medida que busca resgatar o respeito a vida humana em ocasiões éticas, psíquicas e sociais dentro do relacionamento humano, que aceita a necessidade de resgate dos aspectos biológicos, fisiológicos e subjetivos. É fundamental adotar uma prática na qual o cliente e o profissional considerem como parte da sua assistência humanizada o conjunto desses aspectos, possibilitando assumir uma posição ética de respeito mútuo (MORAIS; GARCIA; FONSECA, 2004).

Os profissionais de saúde devem promover um ambiente de equilíbrio favorável que o paciente e seus familiares se sintam conscientes e confiantes para enfrentarem e compreenderem o tratamento. Estudar sobre o tema torna-se relevante para tomarmos conhecimento específico sobre a humanização e propor um ambiente de bem-estar físico, psíquico, social e moral do paciente.

Na UTI o tratamento é constante, e muito comum as expressões ou palavras como: dor, viver, morrer, esperança, fé. Onde o dia é parecido com a noite, fazendo com que o paciente internado crie preocupação e tensão (COMASSETTO, 2006).

Normalmente toda internação hospitalar, é causadora de um desequilíbrio emocional para o paciente e também para a família, que vivencia uma situação não planejada, a qual não pode controlar.

É um local de atendimento considerado agressivo, frio e invasivo, sendo necessária uma vigilância cuidadosa para que a assistência de enfermagem seja realizada de forma humanizada, diminuindo o sofrimento do paciente e da família durante sua permanência nesse ambiente (MORIN, 2001).

Diante do exposto pergunta-se Como a humanização em UTI implica na atuação do serviço de enfermagem?

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Identificar como a literatura científica descreve o processo de humanização da assistência em saúde na UTI.

2.2 Objetivos Específicos

Descrever aspectos que dificultam o processo de humanização da assistência em saúde na UTI.

Descrever como é realizada a assistência humanizada a saúde na UTI.

3 REFERENCIAL TEÓRICO CONCEITUAL

3.1 O que é UTI

As unidades de terapia intensiva (UTI) é um local destinado a receber e dar assistência a pacientes em estado crítico, nesse ambiente busca-se a estabilidade hemodinâmica do cliente, necessitando assim de uma assistência de enfermagem especializada em cuidados intensivos (SOUZA, 1985).

As unidades de terapia intensiva (UTI) é uma estrutura hospitalar com avançado sistema de monitorização contínuo, que admite pacientes graves ou com descompensação de um ou mais sistemas orgânicos e que com o suporte e tratamento intensivo tenham chances de se recuperar (CREMESP, 1995).

As unidades de terapia intensiva (UTI) visa oferecer um suporte de alta complexidade para pacientes graves, instáveis ou agudamente doentes que dependem de uma assistência avançada para ter chances de sobreviver (NOGUEIRA; SOUZA; PADILHA; KOIKE, 2012).

3.2 Os Profissionais que atuam na UTI

Deve ser designada uma equipe totalmente habilitada no qual deve ser dimensionada, quantitativa e qualitativamente de acordo com o perfil assistencial, a demanda da unidade e legislação vigente para atuação exclusiva na unidade (FIGUEIREDO, 2006).

Na UTI deve conter os seguintes profissionais: médico diarista/rotineiro 1 para cada 10 leitos com título de especialista em medicina intensiva, médicos plantonistas, enfermeiros assistenciais, fisioterapeutas, técnicos de enfermagem, auxiliares administrativos, assistente social, funcionários exclusivos para a limpeza da unidade (BRASIL,2010).

A humanização é um processo que envolve todos os membros da equipe na UTI. A responsabilidade da equipe se estende para além das intervenções tecnológicas e farmacológicas focalizadas no paciente. Inclui a avaliação das necessidades dos familiares, grau de satisfação destes sobre os cuidados realizados e a preservação da integridade do paciente como ser humano (ORLANDO, 2004).

No processo da Humanização a equipe, confrontada com o sofrimento diário, passa a manifestar mecanismos de defesa para diminuição de sua sensibilidade, favorecendo o aparecimento da calosidade profissional. Para que haja a humanização total em uma UTI, três

diferentes aspectos devem ser considerados: o modo de ser cuidado o paciente e seus familiares a atenção ao profissional da equipe e o ambiente físico (AMIB, 2004).

3.3 Políticas Públicas de UTI

3.3.1 PNH – Política Nacional de Humanização e Atenção do SUS

A Política Nacional de Humanização – PNH foi lançada em 2003 e busca colocar em prática os princípios do SUS no cotidiano dos serviços de saúde, gerando mudanças nos modos de gerir e cuidar. A PNH estimula a comunicação entre gestores, trabalhadores e usuários para enfrentar as relações de poder que muitas das vezes causam atitudes e práticas desumanizadora. Esta vinculada à Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde e conta com o apoio de equipes regionais, construindo de forma compartilhada, planos de ação para disseminar inovações nos campo da saúde (WEBER, 2012).

Humanização no campo da saúde diz respeito a uma aposta ético-estético-política. Segundo os preceitos do SUS e conforme a Constituição Brasileira, o acesso a serviços, proteção e recuperação da saúde, deve basear se na igualdade de resultados finais, visando à redução de riscos de doenças. Um dos princípios constitucionais do SUS garante ao cidadão o direito de acesso a todas as esferas de atenção em saúde, contemplando desde ações assistenciais em todos os níveis de complexidade (TEIXEIRA, 2013).

O SUS foi criado pela Constituição Federal de 1988 e regulamentado pela Lei Orgânica da Saúde n.º 8080 de 1990. O SUS foi pensado principalmente para mudar a situação de desigualdade na assistência à saúde da população, tornando obrigatório o atendimento público e gratuito a qualquer cidadão, sendo proibidas cobranças em dinheiro sob qualquer pretexto. O financiamento é feito com recursos que são arrecadados principalmente através de impostos e contribuições sociais pagos pela população (CONSTITUIÇÃO FEDERAL, 1988).

A Política Nacional de Humanização (PNH) deseja reduzir as filas e o tempo de espera, ampliando a capacidade de atendimento, feito de modo acolhedor e resolutivo. O Humaniza SUS pretende uma nova relação entre usuários, os profissionais que os atendem e a comunidade. Todos juntos trabalhando para que o SUS seja mais acolhedor, mais ágil, com locais mais confortáveis e que atenda bem a toda comunidade (CAMPOS, 2006).

3.3.2 Lei Orgânica da Saúde n.º 8.080, 19 de setembro de 1990

Sancionada pelo Presidente da República, Sr. Fernando Collor, e decretada pelo Congresso Nacional, foi publicada no Diário Oficial da União – DOU em 20 de setembro de 1990. Essa lei dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Vigorando em todo o território nacional, para qualquer ação ou serviço de saúde realizado por pessoas ou empresas (CONSTITUIÇÃO FEDERAL, 1988).

Todos os cidadãos tem o direito à prestação dos serviços de saúde básica e de especialidades, fornecido pelo Estado. O Estado tem o dever de garantir a saúde, que consiste na execução e caracterização de políticas econômicas e sociais que destina-se à diminuição de riscos de doenças na determinação de condições que assegurem o acesso universal e igualitário às ações e aos serviços de saúde. Entretanto, o dever do Estado não exclui o dever das famílias, pessoas, das empresas e da sociedade (MARTINS, 2011).

A saúde tem como fatores determinantes a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, a alimentação, o trabalho, a renda, a educação, o lazer, o transporte e o acesso aos bens e serviços essenciais e promovendo condições de bem estar físico, mental e social. Os níveis de saúde da população revelam a organização social e econômica do País. O SUS é constituído pelas ações e os serviços de saúde de instituições públicas federais, estaduais e municipais e Fundações mantidas pelo Poder Público (BRASIL, 2005).

3.3.3 Resolução da Diretoria Colegiada – RDC Nº 7, de 24 de fevereiro de 2010

Foi publicada no Diário Oficial da União – DOU, no dia 25 de fevereiro de 2010, a Resolução da Diretoria Colegiada RDC nº 7 que dispõe sobre os requisitos mínimos para funcionamento de Unidades de Terapia Intensiva – UTI. O Conselho Federal de Enfermagem – COFEN participou das reuniões de trabalho e discussões para elaboração da Resolução da ANVISA. O objetivo da RDC 07/10 é reduzir riscos aos pacientes, profissionais de saúde e meio ambiente, bem como melhorar a qualidade dos serviços prestados (COFEN, 2010).

Dentre as exigências, em relação à equipe multiprofissional e aos recursos humanos, torna-se obrigatório um responsável técnico médico, um fisioterapeuta e um enfermeiro coordenadores de suas respectivas equipes, sendo necessário que todos tenham especialização em terapia intensiva e podendo ser coordenadores de no máximo duas UTIs. As equipes multiprofissionais devem ser formadas por, no mínimo, um médico diarista a cada

10 leitos, 1 enfermeiro a cada 8 leitos, um fisioterapeuta a cada 10 leitos e um técnico de enfermagem a cada 2 leitos (BRASIL, 2010).

A RDC nº07 é uma luz no fim do túnel para a normatização da assistência hospitalar no Brasil. Porém, muitos gestores pensam que essa implantação será apenas mais um ônus para o hospital, pela necessidade de contratação de profissionais e estruturação das UTIs. No entanto, o que deve acontecer é a contenção de custos pela redução de pacientes crônicos e complicações como, por exemplo, as complicações relacionadas ao aspecto físico funcional que estão ligadas ao tratamento fisioterapêutico inadequado (CÓRDOVA, 2010).

3.3.4 Resolução da Diretoria Colegiada – RDC nº 26, de 11 de maio de 2012

Em maio de 2012, de maneira unilateral e sem qualquer participação das entidades de classes profissionais da área da saúde, a ANVISA, por meio da Resolução RDC nº 26/2012, altera a RDC nº 07, aumentando a relação de no mínimo 01 enfermeiro para cada 10 leitos ou fração, em cada turno, além de suprimir a exigência de um técnico de enfermagem por UTI para serviços de apoio assistencial em cada turno. Esta súbita mudança, acarretou em retrocesso evidente, colocando em risco a saúde da população por aumentar a carga de trabalho dos profissionais, em detrimento à redução de custos (COFEN, 2012).

O Conselho Federal de Enfermagem é contrário às condições impostas pela normativa porque, ao aumentar o número de pacientes por Enfermeiro nas unidades críticas, poderá ocorrer uma diminuição do tempo despendido a cada paciente, acarretando prejuízos à execução de uma assistência de qualidade, além de sobrecarregar o trabalho dos profissionais de Enfermagem. Ainda a partir da aplicação da norma, o Enfermeiro pode vir a se concentrar mais em atividades administrativas do que na atenção aos pacientes, ficando a responsabilidade nas mãos dos técnicos de enfermagem, o que fere a lei do exercício profissional da enfermagem, onde está explícita que o cuidado de pacientes críticos é atividade privativa do enfermeiro (KREMPEL, 2012).

Desse modo, o COFEN entende que o aumento na proporção Enfermeiro/Paciente, como aponta a RDC nº26 da ANVISA, repercute em sérios riscos para o paciente, comprometendo sua segurança. Além disso, não só o paciente sofre com as consequências da alta carga de trabalho da equipe, como também os próprios profissionais que são atingidos pelo estresse e outros distúrbios decorrentes da elevada carga de trabalho (BRASIL, 2012).

4 METODOLOGIA

4.1 Tipo de estudo

Este estudo trata-se de uma revisão integrativa da literatura. De acordo com Mendes; Silveira; Galvão (2008), nessa revisão dispõe-se sobre a análise de pesquisas para tomadas de decisões que possibilita o estado do conhecimento de um determinado assunto que gera conhecimento e métodos para a realização de futuros estudos.

A revisão integrativa consiste em 6 etapas: primeira etapa: identificação do tema e seleção da hipótese ou questão de pesquisa para a elaboração da revisão integrativa; segunda etapa: estabelecimento de critérios para inclusão e exclusão de estudos/ amostragem ou busca na literatura; terceira etapa: definição das informações a serem extraídas dos estudos selecionados/ categorização dos estudos; quarta etapa: avaliação dos estudos incluídos na revisão integrativa; quinta etapa: interpretação dos resultados; sexta etapa: apresentação da revisão/síntese do conhecimento. Essas 6 etapas serão aplicadas neste estudo.

4.2 Cenário

Foi realizado buscas de artigos científicos na SCIELO – Scientific Electronic Library Online, na BVS – Biblioteca Virtual em Saúde, nas bases de dados LILACS – Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde, BDENF – Banco de Dados de Enfermagem, com a utilização dos DECS – Descritores em Ciências da Saúde.

4.3 Seleção de Material

Foi selecionado para a pesquisa artigos científico publicados em bibliotecas virtuais científicas no período de 2013 a 2017. Foi incluído artigos completos e originais de 2013 a 2017 no idioma português, disponibilizados gratuitamente contemplando os DECS selecionados. Serão excluídos artigos e materiais que não se enquadrarem no critério anterior.

4.4 Coleta de dados

Foi realizado nos meses de novembro a dezembro de 2017 e janeiro e fevereiro de 2018.

Para coleta de dados foi elaborado um quadro onde através da leitura exaustiva dos artigos e pesquisas é que o quadro será feito.

A coleta de dados possibilita meios diretos para estudar os objetivos da pesquisa, juntando documentos e provas, procurando informações para uma análise e será feito por meio de uma amostragem não probabilística com pesquisas bibliográficas.

4.5 Análise de dados

Os dados foram analisados seguindo as etapas de Mendes, Silveira e Galvão (2008).

Foi realizado um quadro com os artigos selecionados contendo os seguintes itens: identificação numérica, ano, revista, autores, objetivos do artigo, delineamento do artigo e correlação com os objetivos desta pesquisa.

Após os dados serão agrupados por afinidades e categorizados dando origem à redação da discussão dos dados.

O objetivo é transformar os dados encontrados formulando-os através da análise de dados em um texto com uma estrutura organizada e com coesão, que será exposto os resultados dos objetivos da pesquisa, verificando os dados coletados fazendo uma análise racional, analisando e identificando os problemas e encontrando uma solução viável através de leitura, pesquisas e análise.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

5.1 Resultados

A revisão foi feita pelo método de revisão integrativa que tem o potencial de construir conhecimento em enfermagem, produzindo, um saber fundamentado e uniforme para os enfermeiros realizarem uma prática clínica de qualidade. A revisão consiste na construção de uma análise ampla da literatura, seguindo padrões metodológicos para apresentar com clareza os resultados encontrados.

A busca dos artigos foi feita nas bibliotecas e bases de dados de acordo com os descritores em saúde: Humanização, UTI pediátrica, UTI neonatal, UTI adulto e enfermagem, onde foi encontrado um total de 45.044 artigos a qual foi filtrado da seguinte forma em suas respectivas classes: ano, revista, idioma, país restando 528 artigos, onde feito a leitura dos resumos dos artigos restando 15 artigos, a qual foi feita a leitura completa desses artigos a qual exclui-se 5 artigos que não se enquadraram nos critérios estabelecidos ano, idioma, revistas, país, artigos não originais e restando 9 artigos para discussão.

Para os resultados e discussão de dados, foram realizadas leituras exaustivas dos artigos selecionados, onde foi feito um quadro contendo todos os artigos e a categorização dos dados. Foi selecionados 6 pré categorias: Ambiente e ambiência adequada; Qualificação profissional para acolher e tratamento especializado; Necessidade de acompanhamento do paciente; Dificuldades com atendimentos demorados deficiência de equipamentos com profissionais mecanicistas necessidade de qualificação profissional; Dificuldade com relacionamento com a família e equipe e; Medos incertezas, inseguranças com o resultados da hospitalização. A qual foi feito o agrupamento onde restou 2 categorias para discussão: Fatores extrínsecos que dificultam a humanização e Humanizando o humano.

5.2 Discussão dos Dados

5.2.1 Categoria 1 : Fatores extrínsecos que dificultam a humanização

Conforme Farias et al. (2012), o cuidado dispensado pelos profissionais aos pacientes é algo que pesa muito em humanização. Muitos profissionais cuidam do paciente como um objeto e não com um tratamento mais amplo e humanizado. Este fato pode justificar-se devido as grandes jornadas de trabalho assim como o ambiente com falta de estrutura, o que torna essa situação um fator estressante para a equipe fazendo com que a humanização não seja

corretamente vivida. Torna-se necessário a capacitação desses profissionais para refletirem e ver que um novo conceito de assistência humanizada a saúde é de extrema importância na vida do indivíduo.

De acordo com Silva (2013), aponta que uma dificuldade está direcionada a não utilização da Política Nacional de Humanização (PNH), reforça que esta deve estar presente na vida profissional da equipe proporcionando o cuidado em saúde e sendo compreendida. Porém a desigualdade, a falta de autonomia, a desindividualização, são fatores que levam a uma grande falha no atendimento e valorização dos usuários. O Enfermeiro tem que estar capacitado para conversar com sua equipe dar palestras sobre o tema fazer com que se sintam mais tocados com o paciente, sempre contribuindo para a continuidade de sua recuperação.

Segundo Barbosa (2007), a comunicação é uma das vertentes dificultadoras para a humanização. Vários profissionais não sabem tratar o paciente com paciência, nem ao menos escutá-lo. Quando a equipe sabe escutar e respeitar o seu paciente se torna um diferencial e isso consegue ser um fator humanizador inserido em pequenos gestos, atitudes e formas de expressão fazendo com que a hospitalização seja menos sofrida.

De acordo com Chernicharo (2014), o distanciamento da equipe com a família do paciente e com o próprio paciente se torna uma fator que gera um grande desamparo, ansiedade, medo, estresse, que lhe poderá acarretar aquela incerteza da melhora do quadro e também a falta do ombro amigo no momento em que o a família mais precisa de apoio, nesse contexto abordamos várias situações em que desgastam o trabalhador como repouso insuficiente, remuneração baixa, ritmo mecânico de trabalho, essas situações desgastam o trabalhador fazendo com que sua assistência e humanização não seja colocada em prática.

Essa situação infelizmente é a mesma vivenciada no ambiente de terapia intensiva, refletindo que tanto profissionais atuantes em ambiente aberto quanto fechado experimentam as mesmas sensações de frustrações por não humanizarem a assistência ao paciente família quando receberem a humanização dos próprios profissionais de saúde.

Segundo Silveira (2011), a humanização do cuidado é um dos grandes desafios enfrentados pelo enfermeiro, devido a vários fatores que sobrecarregam a equipe. Assim como a falta de interesse para entender e dialogar com o paciente e outros fatores como problemas pessoais algo que não deve ser colocado em ambiente de trabalho, a qualidade de atenção ao usuário é algo de grande preocupação para o sistema de saúde, sempre buscando uma cultura de humanizar na rede hospitalar pública.

Conforme Bazon (2004), muitos familiares se sentem abandonados pelos profissionais naquele momento de dor e angústia em que esta vivendo pelo seu ente hospitalizado. Estes

não recebem a atenção adequada e um ombro amigo que tanto precisam, não são acolhidos. O Enfermeiro quando não capacita sua equipe, para o enfrentamento de tantos momentos aflitos como os descritos faz com que o profissional não saiba lidar com o sofrimento do próximo e com a família, não proporcionando a acolhida e levando esta família a futuramente sempre se lembrar da falta de ter sido cuidado nesse momento difícil.

De acordo com Silva (2012), a sobrecarga de trabalho é um fator dificultador para a humanização. Vários profissionais se sentem estressados e não conseguem demonstrar aquele afeto pelo paciente e mesmo respeito. Muito serviço e pouca mão de obra faz com que a UTI se torne um ambiente hostil muitas vezes desestimulando a vontade de realizar as atribuições da unidade de maneira correta, não chegando aos resultados esperados, ou seja uma assistência especializada e humanizada.

De acordo com Pauli (2013), foi observado que os aspectos da humanização merecem ser mais estudados pelos profissionais de saúde, incluindo profissionais de UTI. A falta de uma assistência humanizada faz com que não seja satisfatório o cuidado prestado ao paciente crítico.

A humanização é algo ainda desafiador para o ambiente de UTI. Apesar da PNH ter sido implantada no ano de 2001 nos dias atuais muitos ambientes críticos e profissionais não desenvolvem uma assistência pautada nos princípios do acolhimento e humanização. Quando não se reconhece a individualidade do paciente e de seus familiares não é possível oferecer uma atenção a saúde ampla e com uma assistência estruturada.

Os trabalhadores da saúde são destaques para o cuidado humanizado mas muitos deixam a desejar. É necessário contribuir de forma para a discussão desses elementos que se fazem importante para o processo do cuidado humanizado. Humanizar não implica apenas ao paciente e sua família, implica também na humanização no ambiente da UTI envolvendo todos os profissionais de saúde.

5.2.2 Categoria 2: Humanizando o humano

De acordo com Camponogara (2013), é importante a família na UTI. Cabe a equipe de enfermagem acolher, dar suporte necessário para que o familiar se sinta seguro em relação a internação de seu ente na UTI. Deve ainda ter a enfermagem a sensibilidade para reconhecer os momentos de maior sofrimento e angustia da família para que assim possa ofertar um cuidado humanizado aos familiares do paciente internado. Cuidar do ser humano não é apenas cuidar do seu corpo, mas, sim, de seu universo, que inclui a família e o contexto social no

qual se insere. O cuidado consiste na tomada de decisões e no desenvolvimento de atividades com a participação da família durante a hospitalização. Quando a enfermagem e a família estabelecem um processo de interação, buscando conhecer-se mutuamente, compartilhando e negociando conhecimentos, crenças e valores em situação de saúde e doença, torna-se menos doloroso o processo de internação.

De acordo com Ferreira (2013), a humanização tem que ser vivenciada em todos os aspectos de âmbito hospitalar. Para que a humanização ocorra de forma correta é necessário uma autonomia, assim como atitude, moral e ética da equipe de saúde. Para tanto é necessário entender o ambiente como um todo, envolvendo o acolhimento como uma ferramenta facilitadora para o paciente. O ambiente de serviço em saúde relaciona um subconjunto que agrega o conforto, a visita, o acompanhante, a privacidade e o espaço.

Segundo Chernicharo (2014), humanizar significa se “tornar mais humano”, mostrar-se benévolo, caridoso, amável, compassivo. Configuram a humanização como algo que todo ser humano traz em si, mas com falhas no qual emerge relações de carinho, bondade, entre diversas instancias. Para eles o profissional enfermeiro e sua equipe esta diretamente correlacionada ao cuidar do próximo seja por meio verbal, não verbal ou paraverbal, mas que esta em constante interação não só com o próximo, mas também com a natureza em que o cerca.

Na UTI devemos mostrar nossos conhecimentos e dar uma assistência de qualidade ao paciente hospitalizado. É necessário passar ao próximo a importância das pequenas expressões do cuidado. Humanizar faz-se pensar mais no paciente que merece todo nosso cuidado sempre mostrando-se uma pessoa do bem que faz seu trabalho ser mais efetivo e atencioso criando uma ligação ampla entre profissional e paciente para que sua hospitalização seja algo menos doloroso nesse processo contínuo de internação.

Para Reis (2016), humanizar o trabalho em saúde na UTI torna relevante para a valorização e crescimento profissional. Devemos sempre valorizar e respeitar o paciente em qual for sua necessidade com uma assistência ampla e cuidados necessários tanto para o paciente que juntamente com sua família sentem valorizados e respeitados o que repercute para o reconhecimento e visão ampliada.

Segundo Costa (2008), ressalta que a equipe tem interesse na PNH para ter um olhar mais holístico, e uma possibilidade de ver o paciente de forma completa. Entende-se que ela preconiza tanto a saúde dos trabalhadores quanto a dos pacientes. Os profissionais precisam desenvolver aprimoramento profissional para transformar a relação mais humana entre gestores e profissionais de saúde.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Definimos que a humanização é um processo que deve ser bastante vivido em todo o âmbito hospitalar, porém algumas instituições tem que esquecido disso, deixando de considerar o impacto que isso causa na satisfação e recuperação do paciente, esse conceito de humanizar já deveria estar bem estabelecido mas como está em falta em nosso mercado de saúde fica a relevância em sempre falar sobre o assunto.

A humanização no atendimento relembra o médico de família antigo, aquele profissional em que conhecia todos os pacientes de um povoado e conhecia toda a sua história de vida, mas com a mecanização dos procedimentos essa pratica vem sendo cada vez menos desenvolvida pelos profissionais de saúde.

É importante implementar uma estratégia terapêutica adequando as condições socioeconômicas e emocionais do paciente e propor objetivos terapêuticos com a realidade clínica.

Ter uma equipe bem preparada com metas, objetivos, e desafios é essencial para que o tratamento ao paciente seja feito da melhor forma possível, muitos pacientes não conseguem se expressar facilmente e com uma equipe preparada e atenciosa o paciente se sente confortável e demonstra interesse na relação com a equipe.

O cuidado humanizado na UTI é colocado como um atendimento integral as necessidades do cliente, para que seu tratamento não seja tão agressivo, o atendimento humanizado se mostra relevante em nossa sociedade para ter um ambiente de estabelecimento mais humano, satisfatório e de qualidade, com a melhor relação entre enfermeiro/paciente e equipe profissional.

O presente estudo mostrou que o processo de humanização apesar de não ser novo ainda representa um desafio aos profissionais de saúde. Pontos que dificultam a humanização esta representado na sobrecarga de trabalho, a mecanização da assistência prestada, má remuneração e de condições de trabalho além da falta de capacitação profissional prejudicam a realização do cuidado humanizado. Em contrapartida o trabalho apontou que para humanizar é necessário acolher paciente e familiares, tornar-se mais humano colocando-se no lugar do outro prestando uma assistência qualificada inserindo a família no processo de cuidar em UTI.

A humanização no atendimento é uma necessidade crescente nos dias atuais, isso porque ela resgata a figura do profissional de saúde preocupado em atender às necessidades do paciente juntamente a execução de ações altamente tecnológicas que por vezes distanciam

as relações humanas. Nesse caso o paciente sente-se mais abandonado considerando que o profissional está mais ligado a tecnologias de máquinas e pouco sobre o cuidado ao paciente, o envolvimento com a mecanização faz com que esses profissionais esqueçam que estão cuidando de pessoas. É importante humanizar em UTI porque é o local onde o paciente está em estado crítico, onde exige uma melhora do quadro e uma assistência contínua ao paciente. Os profissionais devem mostrar-se capacitados e habilitados e oferecer o melhor tratamento e consequentemente a recuperação e cura do paciente em UTI.

A humanização deve ser mais vivida com práticas éticas onde o paciente seja ouvido e respeitado com cuidados realizados com amor, ternura, respeito e se caracterizando pelo olhar holístico, reflexivo e respeitoso.

O presente estudo não esgota todas as possibilidades de descrever como é a assistência prestada em UTI. Porém lança bases para que novos estudos sejam realizados acerca da temática, para que o enfermeiro possa durante o seu plano assistencial elaborar ações do cuidar pautadas em um atendimento extremamente tecnocientífico e também pautado na humanização do paciente em família.

REFERÊNCIAS

BRASIL, Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA. Resolução Da Diretoria Colegiada. RDC nº 7 de 24 de fevereiro de 2010. **Dispõe sobre os requisitos mínimos para funcionamento de Unidades de Terapia Intensiva.** Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2010/res0007_23_02_2010.html

BRASIL, CONSTITUIÇÃO FEDERAL DE 1988 - CF - Lei Orgânica da Saúde n.º 8.080, 19 de setembro de 1990. **Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.** Ano 1988. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2010/res0007_15_01_2008.html

BRASIL, Ministério da Saúde (BR), Secretaria Executiva, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Humaniza SUS: Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS/Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização.** Brasília (DF) ano 2004. Disponível em: http://dtr2001.saude.gov.br/editora/produtos/impressos/folheto/04_0923_FL.pdf

BRASIL, Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, ano 2012.** (Série E. Legislação em Saúde). Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/biblioteca.php?conteudo=publicacoes/pnab> Acesso em 04 de fevereiro de 2018.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Resolução - RDC nº 26, de 11 de maio de 2012. Altera a Resolução RDC nº 7, de 24 de fevereiro de 2010, que dispõe sobre os requisitos mínimos para funcionamento de Unidades de Terapia Intensiva e dá outras providências.** Brasília: Anvisa; 2012. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2012/rdc0026_11_05_2012.html

BRASIL. Ministério da Saúde (1998, Junho). **Regulamento Técnico para o Funcionamento dos Serviços de Tratamento Intensivo.** Disponível no site: http://www.anvisa.gov.br/legis/portarias/466_98.htm

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). **A Humanização como política transversal na rede de atenção e gestão em saúde: novo momento da Política Nacional de Humanização.** Projeto - PNH/2005- 2006. Brasília: MS; 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Lei Nº 8.080, De 19 De Setembro De 1990. Diário Oficial da União. Brasília, 20/09/1990 e atualizações. **Lei nº 8.080/199.** **Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.** Disponível em:

http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm.

BRASIL, Conselho Federal de Enfermagem (BR). **Resolução n. 293, de 21 de setembro de 2004**. Fixa e estabelece parâmetros para dimensionamento do quadro de profissionais de enfermagem nas unidades assistenciais das instituições de saúde e assemelhados. Rio de Janeiro: Conselho Federal de Enfermagem; 2004. Disponível em: <http://corensp.org.br/072005/> Acesso em: 08 de fevereiro de 2018

BRASIL. Ministério da saúde. Cartilha - **Política Nacional de Humanização da Atenção e da Gestão do SUS**. Brasília / 2014.

BARBOSA, Ingrid de Almeida; SILVA, Maria Júlia Paes. Cuidado humanizado de enfermagem: o agir com respeito em um hospital universitário. **Rev. bras. enferm.**, Brasília , v. 60, n. 5, p. 546-551, Oct. 2007 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672007000500012&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 19 de maio 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672007000500012>.

BAZON, Fernanda Vilhena Mafra; CAMPANELLI, Eloísa Amicucci; BLASCOVI-ASSIS, Silvana Maria. A importância da humanização profissional no diagnóstico das deficiências. **Psicol. teor. prat.**, São Paulo , v. 6, n. 2, p. 89-99, dez. 2004 . Disponível em http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-36872004000200008&lng=pt&nrm=iso . Acesso em 23 maio 2018.

CAMPONOGARA, Silviomar; SANTOS, Tanise Martins dos; RODRIGUES, Isabela Lencina; FROTA, Liza; AMARO, Daniele; TURRA, Monike. Percepções e necessidades de familiares de pacientes internados em unidade de terapia intensiva. **Rev. pesqui. cuid. fundam.** v. 5, n.4, p.622-634, out-dez.2013.

COFEN, Conselho Federal de Enfermagem. Resolução da Diretoria Colegiada - RDC Nº 7, de 24 de fevereiro de 2010. **Dispõe sobre os requisitos mínimos para funcionamento de Unidades de Terapia Intensiva - UTI**. Rio de Janeiro; 2010. Disponível no site: <http://www.cofen.gov.br/>

COMASSETTO I. **Vivências dos familiares do paciente internado em unidade de terapia intensiva: um estudo fenomenológico** [dissertação de Mestrado em Enfermagem]. Natal: Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Norte; 2006. 102f.

CAMPOS, C. R.; MALTA, D.; REIS, A . BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Humanização (PNH): HumanizaSUS**. Documento-Base. 3. ed. Brasília, 2006.

CINTRA, E.A. NISHIDE, V.M.; NUNES, W.A. **Assistência de Enfermagem ao Paciente Gravemente Enfermo**. 2º ed. São Paulo Ed. Atheneu, 2005.

CHERNICHARO, Isis de Moraes; SILVA, Fernanda Duarte da; FERREIRA, Márcia de Assunção. Caracterização do termo humanização na assistência por profissionais de enfermagem. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p. 156-162, Mar. 2014. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452014000100156&lng=en&nrm=iso>. acesso em 15 de maio 2018. <http://dx.doi.org/10.5935/1414-8145.20140023>.

CHERNICHARO, Isis de Moraes; FREITAS, Fernanda Duarte da Silva de; FERREIRA, Márcia de Assunção. Humanização no cuidado de enfermagem: contribuição ao debate sobre a Política Nacional de Humanização. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 66, n. 4, p. 564-570, Agosto. 2013. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672013000400015&lng=en&nrm=iso>. acesso em 10 de maio 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672013000400015>.

COSTA, Silvio Cruz; FIGUEIREDO, Maria Renita Burg; SCHAURICH, Diego. Humanização em Unidade de Terapia Intensiva Adulto (UTI): compreensões da equipe de enfermagem. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 13, supl. 1, p. 571-580, 2009. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414->. Acesso em 10 de fev. 2018

FARIAS, Flávia Baluz Bezerra de et al. Cuidado humanizado em UTI: desafios na visão dos profissionais de saúde. Revista de Pesquisa: **Cuidado é Fundamental Online** v. 5, n. 4, p. 635-642, sep. 2013. Disponível em: <<http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/2283>>. Acesso em: 03 de jun. 2018

FERREIRA, Priscila Dias; MENDES, Tatiane Nicolau. Família em UTI: importância do suporte Psicológico diante da iminência de morte. **Rev. SBPH**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, p. 88-112, jun. 2013. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582013000100006&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 10 jun. 2018.

FIGUEIREDO, N.B.A. **Método e metodologia na pesquisa científica**. 3º ed. São Caetano do Sul, São Paulo Ed. Yendis, 2008.

FIGUEIREDO, N.M.A; SIVA, C.R.L, SILVA, R.C.L. **CTI: Atuação, Intervenção e Cuidados de enfermagem**. Editora Yendis, 2006. São Caetano do sul.

FONSECA, J. P. **Luto Antecipatório**. Campinas: Livro Pleno. Ano 2004.

FREITAS, Fernanda Duarte da Silva de et al. Ambiente e humanização: retomada do discurso de nightingale na política nacional de humanização. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 4, p. 654-660, Dec. 2013. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414->

81452013000400654&lng=en&nrm=iso>. acesso em 05 de maio 2018.
<http://dx.doi.org/10.5935/1414-8145.20130008>.

MENDES, Karina Dal Sasso; SILVEIRA, Renata Cristina de Campos Pereira; GALVAO, Cristina Maria. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis , v. 17, n. 4, p. 758-764, Dec. 2008 . Available from
 <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072008000400018&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 23 abril 2018.
<http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072008000400018>.

MOURA, Kalina Siqueira; ARAÚJO, Loraine Machado; ARAÚJO Lorena Machado; VALENÇA, Cecília Nogueira; GERMANO, Raimunda Medeiros . A vivência do enfermeiro em terapia intensiva: estudo fenomenológico; **Acta paul. enferm.**, São Paulo , v. 25, n. 4, p. 490-496, 2011 . Available from
 <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002012000400002&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 01 de abr. 2018.
<http://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002012000400002>.

NOGACZ, Ferreira, Rodrigo; SOUZA, Rodrigues, Pedro. Fatores Estressores em UTI **Rev. bras. ter. intensiva**, Em Associação de Medicina Intensiva Brasileira AMIB, Humanização em Cuidados Intensivos. 2004 (pp. 31-40). São Paulo , v. 19, n. 1, p. 53-59, Mar. 2007 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-507X2007000100007&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 29 de março 2018.
<http://dx.doi.org/10.1590/S0103-507X2007000100007>.

PAULI, Maria Cristina; BOUSSO, Regina Szyllit. Crenças que permeiam a humanização da assistência em unidade de terapia intensiva pediátrica. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto , v. 11, n. 3, p. 280-286, Junho 2003 . Disponível em:
 <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692003000300003&lng=en&nrm=iso>. Acessado em 10 de maio 2018.
<http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692003000300003>.

REIS, Camila Calhau Andrade; SENA, Edite Lago Da Silva; FERNANDES, Marcos Henrique; Humanização do cuidado nas unidades de terapia intensiva: revisão integrativa. **Rev. de Pesq: cuidado é fundamental online- Bra**, v.8, n.2, abr-jun, 2016. Disponível em:
<http://www.index-f.com/pesquisa/2016/84212.php> Consultado em 07 de março de 2018.

REIS, Laís Silva dos et al . Percepção da equipe de enfermagem sobre humanização em unidade de tratamento intensivo neonatal e pediátrica. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre , v. 34, n. 2, p. 118-124, June 2013 . Available from
 <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472013000200015&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 23 de maio 2018.
<http://dx.doi.org/10.1590/S1983-14472013000200015>.

SILVA, Fernanda Duarte da et al . Discursos de enfermeiros sobre humanização na Unidade de Terapia Intensiva. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro , v. 16, n. 4, p. 719-727, Dec. 2012 .

Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452012000400011&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 19 de abril 2018.

<http://dx.doi.org/10.1590/S1414-81452012000400011>.

DA SILVEIRA, Rodrigo Euripedes; CONTIM, Divanice. Educação em saúde e prática humanizada da enfermagem em unidades de terapia intensiva: estudo bibliométrico. Revista de Pesquisa: **Cuidado é Fundamental**, v.7, n. 1, p. 2113-2122, jan. 2015. Disponível em: <<http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/1589>>. Acesso em: 04 jun. 2018.

SOUZA, R. P. **Rotinas de Humanização em Medicina Intensiva**. São Paulo: Atheneu. 2010

WEBER L. **A constituição do coletivo Rede Humaniza SUS e a produção cooperativa** [tese]. Porto Alegre (RS): Programa de Pós-Graduação em Administração, Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2012

APÊNDICE

Ordem	Título	Autores	Métodos/Objetivos	Correlação
1º	Ambiente e Humanização: retomada do discurso de Nightingale na política nacional de humanização.	FREITAS, Fernanda Duarte da Silva de et al. 2013	Pesquisa de natureza qualitativa, do tipo descritiva e exploratória que utilizou como fontes primárias as 11 Cartilhas Humaniza SUS mais atuais criadas pelo Ministério da Saúde que fundamentam a PNH.	<ul style="list-style-type: none"> - Ambiente de atendimento confortável - A iluminação, ruídos, odores e ventilação adequados. - Os elementos essenciais ao cuidado envolvem o ambiente, abrangendo as cores, a iluminação, os sons, o ar puro (ventilação/aeração) - Preparação dos profissionais a fim de ter uma postura acolhedora a família para favorecer boas relações com a família do paciente.
2º	Caracterização do termo humanização na assistência por profissionais de enfermagem.	CHERNICHARO, Isis de Moraes, et al. 2014	Identificar os significados atribuídos por profissionais de enfermagem aos termos humanização e não humanização e analisá-los à luz dos preceitos da Política Nacional de Humanização.	<ul style="list-style-type: none"> - Olhar para as necessidades, diálogo, escuta atenta e visão holística. "Olhar", "falar" (relacionado ao diálogo), "ouvir" e "ver" - O pensamento, a valorização do ser, estabelecimento de vínculo, atenção, o querer, a compreensão e o carinho.
3º	Educação em saúde e prática humanizada da enfermagem em unidades de terapia intensiva.	SILVEIRA, Rodrigo Euripedes da, CONTIM, Divanice. 2011	Abordar a participação do Enfermeiro enquanto principal cuidador e educador em saúde inserido na UTI.	<ul style="list-style-type: none"> - Tratamento mais humano. - Dificuldade as falhas, organização, atendimento. - As longas esperas e adiamentos de consultas e exames. - Deficiência de instalações e equipamentos.

				<ul style="list-style-type: none"> - Falhas na estrutura física. - Profissionais tem de oferecer o melhor tratamento possível. - Ambiente hostil, tenso que requer atenção 24 horas/dia.
4º	Cuidado humanizado em UTI: desafios na visão dos profissionais de saúde.	FARIAS, Flávia Baluz Bezerra de, et al. 2012	Investigar as dificuldades enfrentadas para a humanização do cuidado na visão dos profissionais de saúde da UTI.	<ul style="list-style-type: none"> - Fatores que dificultam o cuidado humanizado na UTI como: sobrecarga de trabalho, baixa remuneração, falta de recursos materiais, falta de educação continuada. - Dificuldade no relacionamento com os familiares para entender algumas situações. - Medidas que norteiam o ambiente físico, o contexto familiar e social, ambiente de trabalho; equipe de saúde.
5º	Percepções e necessidades de familiares de pacientes internados em Unidade de Terapia Intensiva	CAMPONOGARA ; Silviamar, et al. 2013	Conhecer as percepções e necessidades dos familiares de pacientes internados em unidade de terapia intensiva.	<ul style="list-style-type: none"> - Necessidades da família - UTI, local onde seu parente está bem cuidado. - Vigilância maior. - Profissionais em alerta. - Segurança aos familiares. - A internação de um familiar gera diversos sentimentos negativos, como medo, tristeza, saudade e até mesmo algumas incertezas quanto ao cuidado.
6º	Humanização do cuidado nas unidades de	REIS, Andrade Calhau Camila, et al.	Identificar o que a literatura científica nacional tem	<ul style="list-style-type: none"> - Características humanas a exemplo da empatia. - Ter uma visão do

	terapia intensiva: revisão integrativa	2016	abordado acerca da humanização do cuidado nas Unidades de Terapia Intensiva em bases de dados online.	<p>mundo do outro.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Programar medidas de melhorias dos serviços oferecidos. - Os profissionais de saúde tenham sua dignidade e condição humana respeitada com reconhecimento e valorização dos seus trabalhos.
7º	Crenças que permeiam a humanização da assistência em unidade de terapia intensiva pediátrica.	PAULI, Maria Cristina; BOUSSO, Regina Szylit, 2013.	Identificar que as crenças da enfermeira em relação à humanização da assistência na UTI modificam-se durante sua experiência profissional, na medida em que convivem com o familiar.	<ul style="list-style-type: none"> - Acreditando ser difícil humanizar. - Não podendo interagir com a criança. - O ambiente da unidade é, muitas vezes, encarado como agressivo e frio. - Procura tornar o ambiente menos agressivo e estressante - Comunicação de óbitos aos familiares e o fator de muitas dificuldades, - Situações nas quais se sentem ameaçados e despreparados para lidar, o que a afasta da família.
8º	Percepção da equipe de enfermagem sobre humanização em unidade de tratamento intensivo neonatal e pediátrica	SILVA, Eveline Franco da, et al. 2013	Identificar a percepção da equipe de enfermagem sobre a humanização no cuidado em uma unidade de terapia intensiva neonatal e pediátrica.	<ul style="list-style-type: none"> - A humanização está representada pela expressão olhar como um todo. - Olhar mais complexo e holístico. - Capacidade de se colocar no lugar do outro. - Interação nas equipes e despreparo para lidar com a dimensão subjetiva do cuidado. - Empatia e acolhimento. - Boa estrutura física. - Falta de planejamento de ações que objetivem a

				humanização.
9º	Humanização no cuidado de enfermagem: contribuição ao debate sobre a Política Nacional de Humanização.	CHERNICHARO, Isis de Moraes, et al. 2014	Discutir estratégias que contribuam para a concretização da Política Nacional de Humanização.	<ul style="list-style-type: none"> - Sentimentos como o desamparo, ansiedade, estresse e medo. - Situações que desgastam o trabalhador, tais como a falta de materiais, mobiliário inadequado, o ritmo intenso de trabalho. - Longas jornadas de trabalho, ritmo mecânico do trabalho com repouso insuficiente. - Ambiente de trabalho desumano. - Qualidade e continuidade.