EDITORA
OMNIS SCIENTIA

Cuidado humanizado em enfermagem: percepção de familiares de pacientes internados em um hospital do sul do Maranhão

VOLUME 1

Autor:
Dennis Gonçalves Novais

EDITORA
OMNIS SCIENTIA

Cuidado humanizado em enfermagem: percepção de familiares de pacientes internados em um hospital do sul do Maranhão

VOLUME 1

Autor:
Dennis Gonçalves Novais

Editora Omnis Scientia

CUIDADO HUMANIZADO EM ENFERMAGEM: PERCEPÇÃO DE FAMILIARES DE PACIENTES INTERNADOS EM UM HOSPITAL DO SUL DO MARANHÃO

Volume 1

1ª Edição

RECIFE - PE

2024

Editor-Chefe
Me. Daniel Luís Viana Cruz
Autor
Dennis Gonçalves Novais
Conselho editorial
Dr. Amâncio António de Sousa Carvalho - ESS-UTAD - Portugal
Dr. Cássio Brancaleone - UFFS - Brasil
Dr. Marcelo Luiz Bezerra da Silva - UEPa - Brasil
Dra. Pauliana Valéria Machado Galvão - UPE - Brasil
Dr. Plínio Pereira Gomes Júnior - UFRPE - Brasil
Dr. Walter Santos Evangelista Júnior - UFRPE - Brasil
Dr. Wendel José Teles Pontes - UFPE – Brasil
Editores de área - ciências da saúde
Dr. Amâncio António de Sousa Carvalho
Dra. Camyla Rocha de Carvalho Guedine
Dra. Cristieli Sérgio de Menezes Oliveira
Dr. Hugo Barbosa do Nascimento
Dr. Marcio Luiz Lima Taga
Dra. Pauliana Valéria Machado Galvão
Assistente Editorial
Thialla Larangeira Amorim
Imagem de Capa
Freepik
Edição de Arte
Gabriel Luan Viana Dionisio
Revisão
Os autores

Este trabalho está licenciado com uma Licença Creative Commons – Atribuição-NãoComercial-SemDerivações 4.0 Internacional.

O conteúdo abordado nos artigos, seus dados em sua forma, correção e confiabilidade são de responsabilidade exclusiva dos autores.

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
Lumos Assessoria Editorial

N936 Novais, Dennis Gonçalves.
Cuidado humanizado em enfermagem : percepção de familiares de pacientes internados em um hospital do sul do Maranhão : volume 1 [recurso eletrônico] / Dennis Gonçalves Novais. — 1. ed. — Recife : Omnis Scientia, 2024.
Dados eletrônicos (pdf).

Inclui bibliografia.
ISBN 978-65-6036-192-8
DOI: 10.47094/978-65-6036-192-8

1. Enfermagem - Prática. 2. Pacientes - Cuidado e tratamento. 3. Humanização dos serviços de saúde. 4. Enfermeiros e pacientes. I. Título.

CDD23: 611.80222

Bibliotecária: Priscila Pena Machado - CRB-7/6971

Editora Omnis Scientia
Triunfo – Pernambuco – Brasil
Telefone: +55 (87) 99656-3565
editoraomnisscientia.com.br
contato@editoraomnisscientia.com.br

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO..... 07
1. INTRODUÇÃO..... 08
2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA..... 10
2.1 Unidade de terapia intensiva..... 10
2.2 Atuação do enfermeiro na UTI..... 11
2.3 A humanização no contexto do cuidado em UTI..... 13
2.4 Processo de humanização da assistência de enfermagem..... 15
2.5 Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH)..... 17
3. METODOLOGIA PROPOSTA..... 18
3.1 Desenho do estudo..... 18
3.2 Local e período de realização da pesquisa..... 19
3.3 População e amostra..... 19
3.3.1 Critérios de Inclusão..... 20
3.3.2 Critérios de Exclusão..... 20
3.3.3 Garantias éticas aos participantes da pesquisa..... 20
3.4 Instrumentos de coleta de dados..... 20
3.5 Estratégias de aplicação..... 21
3.6 Processamento, análise e divulgação dos resultados..... 21
3.7 Aspectos éticos..... 21
3.7.1 Riscos..... 21
3.7.2 Benefícios..... 22
4. RESULTADOS E DISCUSSÃO..... 22
5. CONSIDERAÇOES FINAIS..... 33
REFERÊNCIAS..... 34
SOBRE O AUTOR..... 41

APRESENTAÇÃO

As Unidades de Terapia Intensiva (UTI) são um espaço destinado a pacientes graves, porém, recuperáveis, onde são realizados tratamentos especializados e contínuos. Por ser um local de máxima tecnologia, isso reflete bastante na assistência prestada, trazendo consequências ao relacionamento interpessoal da família-usuário-profissionais.

A humanização representa um conjunto de iniciativas que visam à produção de cuidados em saúde, capazes de conciliar a melhor tecnologia disponível com promoção do acolhimento. A equipe tem papel fundamental no apoio ao familiar, estando este percebendo diversas formas como a família pode reagir à nova situação e de que modo a enfrenta.

Diante disso essa pesquisa tem o seguinte objetivo geral: Analisar a percepção dos familiares acerca da humanização da assistência de enfermagem na Unidade de Terapia Intensiva do Hospital Municipal de Imperatriz. Através dos seguintes objetivos específicos: Verificar a ótica dos familiares dos pacientes internados na unidade de terapia intensiva quanto ao atendimento prestado pela equipe de enfermagem; conhecer o entendimento dos familiares sobre a importância da comunicação da equipe de enfermagem com o paciente no processo de humanização; traçar o perfil socioeconômico dos familiares de pacientes internados na unidade de terapia intensiva e sua correlação ao entendimento acerca da importância da assistência humanizada.

Trata-se de uma pesquisa de caráter exploratório, utilizando-se da técnica de pesquisa de campo, de caráter quantitativo, onde se utilizou um questionário escolhido como o instrumento.

Diante disso, os resultados mostraram que quanto ao perfil sociodemográfico, os familiares eram em sua maioria do sexo feminino, com idades entre 26 e 46 anos, casadas, com nível de escolaridade médio. Com relação ao nível de conhecimento sobre humanização, a maioria relatou não possuir conhecimento sobre como ocorre a humanização dentro da UTI, porém considera que esse processo melhora a saúde de seu ente familiar.

Desta feita, é percebível que há um déficit por parte da equipe de enfermagem em trabalhar mais na execução de uma assistência humanizada, envolvendo além da equipe, os familiares também, pois com a participação da família junto a equipe no tratamento do paciente, trarão uma recuperação mais rápida e eficaz, além de melhora o atendimento.

1. INTRODUÇÃO

As unidades de Terapia Intensiva (UTI) são um espaço destinado a pacientes graves, porém, recuperáveis, onde são realizados tratamentos especializados e contínuos, por profissionais capacitados, formando uma equipe multiprofissional especializada para atender estes pacientes. Por ser um local de máxima tecnologia, isso reflete bastante na assistência prestada, trazendo consequências ao relacionamento interpessoal da família-usuário-profissionais (MARQUES; SOUZA, 2010).

Ainda conforme os autores referidos acima, a humanização representa um conjunto de iniciativas que visam à produção de cuidados em saúde, capazes de conciliar a melhor tecnologia disponível com promoção de acolhimento, respeito ético e cultural do paciente, espaços de trabalho favoráveis ao bom exercício técnico e a satisfação dos profissionais de saúde e usuários.

Por ser um local de assistência intensiva a pacientes críticos, a Unidade de Terapia Intensiva (UTI) dispõe de recursos tecnológicos e humanos necessários para assistência e cuidado ao paciente, sendo visto como um local hostil, frio, sem calor humano onde as máquinas e as ações tecnicistas prevalecem em relação à assistência humanizada (CINTRA; NISHIDE; NUNES, 2005).

Ainda conforme os autores supracitados, o papel do enfermeiro na UTI, quando ele opta pelo cuidado e não pela cura, ou seja, quando ele não se torna escravo da tecnologia, mas aprende a usar a tecnologia a favor da humanização do cuidado ao paciente, do seu bem-estar, fica mais claro a forma em que sua assistência e realizada. Ele passa a valorizar a técnica por ela ser uma aliada na tentativa de preservar a vida e desempenhar bem as condutas que são fundamentais, deixando em segundo plano a assistência humanizada que visa o respeito ao ser humano, o bem-estar e o conforto do paciente.

Conforme afirma Ferreira (2004) há necessidade de cada vez mais aprofundar a discussão acerca da saúde dentro de uma visão humanística, visto que o respeito à individualidade da pessoa, da escuta, valorizando as crenças e a comunicação, são elementos básicos da humanização.

A prestação de cuidados sem considerar as necessidades do paciente tem sido um dos problemas constantes no âmbito da saúde, o que torna relevante o presente estudo como requisito de verificar a percepção dos familiares, alertar e orientar os mesmos, sobre a assistência de enfermagem humanizada, para que estejam preparados e conscientes da relevância da mesma na unidade de terapia intensiva e como ocorre a comunicação da equipe com o paciente, que deve ser tratado de forma harmoniosa, colocando o bem estar como algo prioritário.

A enfermagem ao prestar um atendimento ao cliente deve agir de forma holística, visando à promoção da saúde e o bem-esta do paciente e sua família no âmbito biopsicossocial, assim minimizando o sofrimento da hospitalização, pois de acordo com o Ministério da Saúde (2009) muitas são as dimensões com as quais estamos comprometidos no trabalho em saúde: prevenir, cuidar, proteger, tratar, recuperar, promover, enfim, produzir saúde.

A Portaria nº. 881, de 19 de junho de 2001, em seu parágrafo único afirma que a Humanização na Assistência Hospitalar objetiva promover uma assistência humanizada a partir de intervenções institucionais para a criação, desenvolvimento e sustentação de iniciativas humanizadoras introduzidas progressiva e permanentemente visando em seu conjunto a construção de uma nova cultura de atendimento **à saúde da população**, pautada no respeito à vida humana.

A equipe tem papel fundamental no apoio ao familiar, estando este percebendo diversas formas como a família pode reagir à nova situação e de que modo a enfrenta. Os sentimentos e os comportamentos da família estão baseados numa série de valores, tais como: a percepção prévia do hospital e da UTI; a gravidade do paciente; a confiança ou não na equipe que cuida de seu ente e que fornece as informações; os aspectos culturais e a maneira que ocorrem as doenças (MARTINS, 2008).

É dever do enfermeiro cumprir com seus compromissos e obrigações, centrando a família como parte complementar da assistência de enfermagem, incluindo-a nos cuidados de saúde, o que prevalecerá o bem-estar da mesma e de seus membros que são influenciados pela saúde-doença (BORGES, 2017).

Desta forma a humanização da assistência de enfermagem na UTI do Hospital Municipal de Imperatriz – MA sob a ótica dos familiares, se tornou o ponto chave desta pesquisa, sendo relevante o estudo nessa área pois o ambiente da UTI proporciona um processo de difícil adaptação tanto para o paciente quanto para seus familiares, haja vista ser um local fechado, restrito e com diversos estímulos estressantes. Nesse sentido, cabe ao enfermeiro proporcionar um ambiente o mais próximo possível do cotidiano do paciente, essas ações podem contribuir na recuperação do mesmo, diminuindo o sofrimento causado pelo processo de internação.

Por isso, a família como participante ativa no processo de enfrentamento da doença, deve estar presente junto à tomada de decisões durante todo o tratamento, buscando sempre informações sobre a terapêutica e participando como protagonista nessa relação paciente x doença x profissionais de saúde. Para entender como isso acontece foi adotado a seguinte problemática: Como os familiares de pacientes internados na Unidade de Terapia Intensiva do Hospital Municipal de Imperatriz - MA percebem a humanização da assistência de enfermagem? Visto que os familiares de usuários internados na unidade de terapia intensiva estudada ainda desconhecem as significações de uma assistência de enfermagem humanizada, não enxergando a necessidade de uma assistência de enfermagem humanizada como mecanismo necessário à melhora progressiva do quadro clínico de seu paciente, as vezes pela própria falta de conhecimento.

Para se obter tal reposta se traçou o seguinte objetivo geral: Analisar a percepção dos familiares acerca da humanização da assistência de enfermagem na Unidade de Terapia Intensiva do Hospital Municipal de Imperatriz. Através dos seguintes objetivos específicos: Verificar a ótica dos familiares dos pacientes internados na unidade de terapia intensiva quanto ao atendimento prestado pela equipe de enfermagem; conhecer o enten-

dimento dos familiares sobre a importância da comunicação da equipe de enfermagem com o paciente no processo de humanização; traçar o perfil socioeconômico dos familiares de pacientes internados na unidade de terapia intensiva e sua correlação ao entendimento acerca da importância da assistência humanizada.

2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1 Unidade de terapia intensiva

As Unidades de Terapia Intensiva (UTIs) foram criadas partindo da necessidade de se concentrarem recursos humanos qualificados e científico-tecnológicos avançados para o atendimento de pessoas criticamente enfermas em um mesmo local. Sendo estes serviços integralizados a estrutura hospitalar, tendo como objetivo proporcionar um ambiente favorável aos profissionais em relação à assistência e à observação contínua dos pacientes internados (MAZZARRO et al., 2012).

A mesma é vista como um ambiente desagradável e assustador, em que a sociedade a julga como um local traumatizante e destrutivo. Mas isso é decorrente das situações que são encontradas na unidade de terapia intensiva, circunstâncias e acontecimentos estressantes, crises de pacientes, sofrimento e uma intensa rotina de atividades diárias que são desenvolvidas pela equipe com auxílio de aparelhos que salvam vidas, porém, causa danos ao ambiente, como poluição sonora e ruídos (SANTOS, 2018).

Rodrigues (2012) afirma ainda que na unidade de terapia intensiva é possível averiguar o quanto a assistência ocorre de forma mecanizada, mesmo que a quantidade de procedimentos manuais seja em grande escala, ainda assim é possível perceber o quanto a enfermagem extrapola em técnicas, deixando a segundo plano a relação profissional-usuário-família.

Então, devido à unidade de terapia intensiva ser um local de alta complexidade, ocorre que se torna um ambiente mecânico, por ter presença de grande quantidade de equipamentos de alta complexidade tecnológica. Por essas razões a equipe torna-se um pouco comprometida em manter em ativa as relações interpessoais junto ao doente e a família, repercutindo em uma assistência de enfermagem desumanizada (SIQUEIRA, 2006).

Segundo Barra et al. (2006) afirma que a unidade de terapia intensiva é um local divergente de todas as outras unidades de saúde, onde se realiza atividades de alta complexidade, devido à presença constante de limitações que geram transtornos a todos em que ali frequentam e desenvolvem atividades, sobretudo, a família do doente.

A UTI é uma unidade que oferece suporte a pacientes críticos, executando um tratamento intensivo através de monitorização por 24 horas. O trabalho de toda equipe da unidade ocorre de forma continuada, utiliza recursos terapêuticos e diagnósticos que são realizados em conjunto com equipamentos de alta tecnologia, dando assim a assistência que o usuário necessita. A equipe disponibilizada a esta unidade será especializada na área, denominados de intensivistas (TRUPPEL, 2009).

A portaria de nº 895/MS, de 31 de março de 2017, estabelece os critérios de classificação para as unidades de tratamento intensivo de acordo com a área física do local hospitalar, os tipos de especializações, e as incorporações tecnológicas ocorrerão à classificação das mesmas, visando o tipo de assistência que será prestada ao paciente e de habilitação de leitos de tratamento intensivo adulto, pediátrico, UCO, queimados e cuidados intermediários adultos e pediátricos no âmbito do SUS. Também informa sobre a relevância de uma assistência especializada e os critérios de elegibilidade para admissão, alta ao paciente crítico e grave (BRASIL, 2017).

O cuidado progressivo ao paciente crítico ou grave visa estabelecer uma organização a uma atenção especializada que garanta acesso, acolhimento e resolubilidade ao estado do paciente, assegurando o acesso a todos os níveis de assistência de forma integrada, qualificada e segurança do paciente, apoio a uma educação permanente e continuada aos profissionais voltados a atender este público e instigar a implantação de uma assistência sob fiscalização, regulação, controle e avaliação da mesma (BRASIL, 2017).

A resolução nº 07/2010/ANVISA dispõe sobre os requisitos mínimos que as unidades de terapia intensiva devem adotar para ser autorizado o seu funcionamento. Os padrões dispostos implicarão na redução dos riscos existentes no ambiente em si e, sobretudo aos pacientes e aos profissionais. Dentro dos padrões serão avaliados a organização, a infraestrutura física, os recursos humanos, os acessos aos recursos assistenciais e materiais, o processo de trabalho, o transporte de pacientes, o gerenciamento de riscos e notificação de eventos adversos, a prevenção e controle de infecções (BRASIL, 2010).

2.2 Atuação do enfermeiro na UTI

A equipe de enfermagem para desempenhar atividades na unidade de terapia intensiva deve possuir um preparo de qualificação e capacitação para desenvolver um bom trabalho e para prestar uma assistência de forma integrada e qualificada para o paciente. É essencial que o profissional de saúde para se tornar intensivista possua capacidade de lidar com as instabilidades dos pacientes que se encontram graves, confusos, sem comunicação e inseguros. Na atuação da enfermagem cabe a ela ter responsabilidade junto a toda a equipe plantonista em proporcionar um bom atendimento, o zelo com o paciente, funcionários, familiares e incluindo também todos os equipamentos do setor (TRUPPEL, 2009).

O profissional da equipe de enfermagem possui uma relação assistencial direta com o paciente, trazendo a construção de um elo que facilitará o trabalho da equipe. Isso implicará na adoção de uma postura e um comportamento ético sem interesses pessoais. No preparo da equipe, o enfermeiro desenvolverá ter a capacidade de identificação e reconhecimento de fatores prejudiciais que podem estar ali preexistentes no ambiente de trabalho, identificar também as necessidades individuais dos colaboradores, pacientes e familiares, e elaborar estratégias proativas para prevenir conflitos ou situações desagradáveis (SILVA et al., 2017).

Truppel (2009) descreve que é fundamental a presença do enfermeiro no setor de tratamento intensivo, na tomada de decisões, na liderança, no trabalho em equipe e em todas as atuações decorrentes das atividades que serão desenvolvidas, onde seu trabalho será baseado em conhecimentos técnico-científicos que irão do embasamento a uma equipe que passará a estar apta e treinada para realizar um bom atendimento.

Conforme achados do autor citado acima afirma também que a equipe desenvolverá discussões interdisciplinares que irá estimular um trabalho comportamental impessoal, ensinando todos a como lidar com um ambiente de frequentes oscilações emergenciais suscetíveis a todo momento. O enfermeiro terá a responsabilidade em proporcionar a equipe este processo, entendendo a importância de educar a equipe, orientar quanto às mudanças das rotinas ou de procedimentos do setor, logo, um profissional treinado atenderá as necessidades do paciente e de todo o setor em geral com mais tranquilidade e disponibilidade.

Silva et al. (2017) afirmam ainda que todos os profissionais que atuam em um ambiente como a UTI, devem possuir entendimento próprio quanto às dificuldades e indiferenças atualmente vivenciadas pelo paciente, isso refletirá nas relações interpessoais e melhoria na qualidade do atendimento. No atendimento integral a equipe de enfermagem desenvolverá ações de cuidados que buscará o controle dos sinais e sintomas e principalmente da doença.

Os cuidados de enfermagem tornam-se complexos quando envolvem as necessidades bio-psicosócio-espirituais e afetivas que está diretamente relacionado com o processo de comunicação entre o enfermeiro–cliente. Para haver o cuidado eficiente e eficaz, ambos os sujeitos precisam compreender os sinais presentes na relação interpessoal, seja pelos gestos, expressões ou palavras (DA SILVA; LIMA BORGES, 2015).

Conforme estudo realizado por Barreto e Inoue (2017) informa que a humanização inclui os cuidados de enfermagem, a visita familiar, e muito além das relações profissional-paciente-familiar. Inseri também a relação de confiança que é adquirida a partir do contato que é estabelecido pela equipe. Após esse primeiro contato a equipe de enfermagem passa a conhecer as necessidades do paciente, abrangendo também conhecimentos das relações familiares e identificando as necessidades. Quanto mais cedo à interação (enfermeiro/familiares) melhor será o *feedback* para a família e, consequentemente, para o paciente.

O enfermeiro tem o compromisso e a obrigação de incluir a família nos cuidados de saúde. O significado que a família dá para o bem-estar e à saúde de seus membros, bem como à influência sobre a doença, obriga este profissional a considerar a assistência centrada na família como parte integrante da prática de enfermagem (PINTO et al., 2016).

Pinto et al. (2016) esclarece que o diálogo se torna extremamente importante a partir do início do processo de internação hospitalar, pois é um momento de estresse, sofrimento e sensibilidade para o paciente e para a família que busca uma assistência humanizada. Por isso, o enfermeiro é capacitado para reconhecer a relação enfermeiro–cliente–família estabelecendo atitudes de sensibilidade e empatia entre todos, contribuindo para a implementação de uma assistência humanizada.

2.3 A humanização no contexto do cuidado em UTI

Para Lima, Da Silva, De Souza Oliveira (2019) a humanização requer um processo reflexivo acerca dos valores e princípios que norteiam a prática profissional. Presumindo um tratamento e cuidado digno, solidário e acolhedor por parte dos profissionais da saúde ao seu principal objeto de trabalho o doente fragilizado, uma postura ética que permite todas as atividades profissionais e processos de trabalho institucional ser colocados em prática. Nessa ótica, diversos profissionais, diante dos dilemas éticos decorrentes, demonstram estarem cada vez mais à procura de respostas que lhes assegurem a dimensão humana das relações profissionais, essencialmente as associadas à autonomia, à justiça e à necessidade de respeito à dignidade da pessoa humana.

Humanização é como um conjunto de medidas que objetivam a conciliação entre os cuidados em saúde e as tecnologias, como também um espaço físico favorável e a satisfação dos profissionais da equipe e dos usuários (CARVALHO et al., 2015).

A humanização é um processo com objetivo de desenvolver ações mais humanas, onde trará a valorização interpessoal de práticas e valores éticos, que garante mudanças nos padrões da sociedade trazendo um completo bem-estar físico, social e mental (LIMA, DA SILVA, DE SOUZA OLIVEIRA, 2006).

Devido ao elevado crescimento e desenvolvimento dos processos tecnológicos no âmbito da saúde, a integridade humana começa a ser desprezada e tratada em segundo plano. Com isso a doença passa a ser vista em primeiro plano, destorcendo o ser que a abriga, deixando o mesmo de forma inclemente. Diante disso, os profissionais da área da saúde começam a insensibilizar a prática humanística, favorecendo assim a desenvolver uma assistência desumana. Portanto, é de suma relevância evidenciar os valores, direitos e deveres, de modo em que o sujeito seja dirigido a ações interpessoais, onde será possível desenvolver a partir disso, a construção de uma assistência humanizada mental (LIMA, DA SILVA, DE SOUZA OLIVEIRA, 2006).

A humanização não está ligada somente as mudanças do ambiente físico, não modificações no atendimento, no comportamento e, sobretudo nas atitudes diante do paciente, da família e dos profissionais. Os verdadeiros responsáveis direta ou indiretamente pela implantação da humanização nas unidades de terapia intensiva são os profissionais, pois eles recebem toda habilidade e qualificação para atuarem e assistiram o paciente (SANTUZZI et al., 2017).

O despreparo de uma equipe causa uma série de fatores que desqualifica o atendimento, prejudica o desenvolver das atividades, e isso refletirá automaticamente no paciente. A equipe precisa saber lidar com a presença constante de mortes no plantão, as emergências, a falta de funcionários e materiais, a alta quantidade de aparelhos que emitem sons, o sofrimento do paciente e da família, o grau de responsabilidade, a tomada de decisão e os conflitos nas relações interpessoais que sempre estarão presentes (TEIXEIRA et al., 2017).

A humanização em saúde tem bastante relevância quanto ao atendimento prestado pela equipe de saúde, a temática possui um contexto atualizado, dado que a família e o usuário fazem parte de todo o processo assistencial. Os princípios são quem norteiam toda ênfase dada à implantação da humanização como a integralidade da assistência, a equidade, a participação social do usuário, dentre outros, eles viabilizam as práticas cotidianas no desenvolver das atividades assistenciais (MEIDEIROS; BATISTA, 2016).

Com os avanços da medicina surgiram novos mecanismos tecnológicos que auxiliam no prolongamento da vida, as expectativas familiares aumentaram diante do processo saúde-doença, e assim ocorreram também mudanças nos aspectos culturais e sociais da humanidade. Debates sobre a bioética entraram em discussões partindo de fenômenos como a morte na vida das pessoas, que trouxe reflexões importantes que permite entender e compreender a importância de princípios que envolvem os direitos humanos e que contribui para a prática humanística do cuidado em saúde (SILVA, 2017).

Entre as mudanças recomendadas executadas, a humanização tem sido o foco de temas centrais para a formação de trabalhadores de saúde para a realização de um cuidado integralizado, da promoção da saúde, da valorização de um por atendimento, acolhimento, da dimensão subjetiva e social sempre aplicada no processo saúde-doença-cuidado (COSTA; POLIS; SILVA, 2016)

Buscar formas efetivas para humanizar a prática em saúde implica em aproximar a crítica, permitindo compreender todos os fatores que levam a temática para além de seus componentes técnicos, instrumentais, envolvendo, essencialmente, as suas dimensões político-filosóficas que lhe imprimem um sentido de necessidade de humanização (MEIDEIROS; BATISTA, 2016).

É possível observar que o foco da assistência de enfermagem está voltado para o atendimento de suas necessidades, por isso, a enfermagem deve autorizar a participação da família que contribuirá na recuperação do paciente. Sabe-se que além do paciente, a família e todas as pessoas que estão envolvidas diretamente também sofrem com a doença, a hospitalização, o medo e todo o sofrimento do momento. A assistência de enfermagem atenderá as necessidades do paciente, e também da família, colaborando para o entendimento da situação, a aceitação e o enfrentamento da doença, assim como também o tratamento e as consequências que o quadro impõe a vida familiar (DE CARVALHO, 2015).

O autor supracitado afirma também que é importante salientar que a participação da família no processo de humanização está se tornando cada vez mais preciso, é extremamente relevante o conhecimento da família quanto o conceito de humanização, para que a mesma possa entender os benefícios que uma assistência humanizada trará para a recuperação de seu ente familiar. É necessário que família entenda de que forma a humanização está sendo desenvolvida naquele ambiente de trabalho, e como deverá ocorrer a comunicação entre os profissionais-usuário-família.

As definições de humanização enfocam aspectos relacionados ao ser humano, como percebê-lo como um ser único e insubstituível, completo e complexo, o que inclui o

respeito, o acolhimento, a empatia, a escuta, o diálogo, circunstâncias sociais, éticas, educacionais e psíquicas, além da valorização dos significados atribuídos pelo ser humano à sua experiência de adoecimento e sofrimento, da prevalência da comunicação e do diálogo (RODRIGUES, 2012).

Santos (2018) afirma também que todas os fatores relatados sobre a humanização mostram uma visão de cuidados em saúde que comportam conotações diferentes relacionadas a forma como são interpretados o ser humano e o processo saúde-doença, assim como os mesmos compreendem a caracterização do SUS sobre o processo de humanização que constrói práticas diferenciadas de atenção e ensino.

Assim, as práticas de atenção e gestão em saúde, a humanização, muitas vezes, é de difícil compreensão, relacionado a questões complexas, como as ações políticas de saúde abordadas pelo ministério da saúde. Nas práticas de ensino a humanização ensina aspectos de formação filosóficos, curriculares e a prática docente focada nos cursos de graduação em saúde contextualizados pelo SUS (COSTA; POLIS; SILVA, 2016).

2.4 O processo de humanização da assistência de enfermagem

Com o movimento da Reforma Sanitária que representou uma série de mudanças exemplar na saúde do Brasil pelo destaque dado à Atenção Primária à Saúde (APS), e também pela importância dos determinantes sociais de saúde no processo saúde-doença. As relações de ações e serviços de saúde estão garantidas por meio de políticas de promoção, proteção e recuperação, com participação da sociedade civil organizada nas tomadas de decisões e na execução das ações (LIMA, DA SILVA, DE SOUZA OLIVEIRA, 2006).

No percurso de construção do SUS, houve destaques nos avanços adquiridos, principalmente os relacionados à universalidade e a descentralização. No entanto, ainda existem algumas dificuldades que mostram as necessidades de aperfeiçoamento na execução do sistema e suas diretrizes fundamentais como a regionalização e a hierarquização, a equidade, a integralidade, uma eficiente participação social e o investimento na formação e qualificação de recursos humanos em saúde (DE JESUS MARTINS, 2008).

No cotidiano do SUS existem obstáculos que implicam de forma insatisfatória no desenvolvimento e/ou implantação e execução das políticas públicas, obstáculos estes que impede o desenvolver dessas políticas humanistas. Como exemplo de obstáculos presentes temos: “as relações de trabalho precarizadas, a fragilidade na relação usuário-serviço de saúde, a necessidade de ampliação do acesso com qualidade aos serviços de saúde, a pobre participação dos usuários na gestão dos serviços, o despreparo profissional aliado ao modelo centralizado e vertical” (BRASIL, 2010).

Ferreira e Artmanm (2018) alertava que dentro dos conceitos de humanização, encontravam-se desafios que se referenciavam a sua efetivação como estratégia de mudanças para o Sistema Único de Saúde (SUS). Assim, é possível ter a noção de humanização da PNH que se comparam à da idealização do ser humano – equilibrado, humano, capaz

de prever os resultados de seus atos.

Desafios ainda são enfrentados pela Política Nacional de Humanização (PNH) desde sua formulação no ano de 2003, como exemplo dos desafios enfrentados temos a disputa no campo da saúde coletiva, por uma definição de humanização que se apoie em princípios e valores como autonomia e protagonismo dos sujeitos, corresponsabilidade, solidariedade, defendendo os direitos dos usuários e participação coletiva no processo de gestão (BRASIL, 2010).

O percurso de estruturação do sistema único de saúde (SUS) emite um conceito de saúde ampliado, objetivando desenvolver ações em saúde que contemplam intervenções que garantem à integralidade da assistência à saúde (ROCHA; LUCENA, 2018).

Verificou-se que existiam possibilidades de integração da assistência à saúde aos profissionais dos diversos serviços e níveis de atenção prestados, para ampliar as perspectivas de cuidados interdisciplinares. A interdisciplinaridade no cuidado em saúde se expressa por meio dos diferentes saberes e práticas de articulação e integração capazes de produzir manifestações, que não deixam de valorizar a cognição e as atribuições das distintas categorias profissionais (MAZARRO, 2012).

Esse cenário possibilitou a reorganização do sistema de saúde, criando o programa saúde da família (PSF), hoje conhecido como estratégia saúde da família, que a partir da atenção básica, se tornou necessário à capacitação e qualificação dos profissionais de saúde (SOUZA; ARAÚJO, 2018).

As eventualidades de atuação de muitos profissionais da saúde exigem habilidades que indicam a necessidade de formação permanente. Neste sentido, verificou-se a relevância da Política de Educação Permanente em Saúde para a formação de profissionais para executarem no SUS de forma humanizada, alicerçada transformando as práticas profissionais nas melhores possíveis (CASANOVA; BATISTA; MORENO, 2018).

A residência multiprofissional desenvolve intervenções que ampliam os cuidados integrais em saúde, onde são caracterizadas como formas de superar fragilidades dentro da graduação, que consolida as diretrizes do SUS. Está ligada diretamente aos princípios do sistema único de saúde da universalidade onde aborda sobre os serviços de saúde de forma universal, integralidade e igualdade da assistência atendendo as necessidades de cada paciente de forma individualizada de acordo com a necessidade de cada um (ROCHA; LUCENA, 2018).

Assim, os autores supracitados anteriormente afirmam que é possível perceber que existem por parte das residências multiprofissionais ações e estratégias que são voltadas a humanização em saúde, como as práticas de atenção e gestão nos serviços de saúde pública, com objetivos de promover orientações voltadas para redes de diálogo, ensino, serviço e sociedade.

2.5 Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH)

No ano de 1999, foi instituído o programa nacional de humanização da assistência hospitalar, no Brasil, com objetivo de integrar a eficiência técnica e cientifica que de forma ética, respeitasse a individualidade de cada usuário e de cada profissional, onde passarão a aceitar as imprevisíveis e desconhecidas convivências limítrofes de cada um (BRASIL, 2001).

O ministério da saúde implantou no ano de 2003, a política nacional de humanização da atenção e gestão do sistema único de saúde (SUS), abordando como princípios desta política: a transversalidade, a inseparabilidade entre atenção e gestão e o protagonismo dos sujeitos e coletivos. Com isso inicia-se o desenvolver da assistência hospitalar nos campos e serviços de atenção a saúde (OLIVEIRA, 2015).

A humanização é configurada como um acordo de princípios éticos e políticos, e também como uma figura estética, que envolve usuários, gestores e profissionais vinculados com a busca por melhorias no cuidado integral, e estética porque envolve um processo de criatividade e sensibilidade com o próximo. E político porque está referindo-se as organizações sociais e institucionais, visto que se esperam resultados positivos, onde haja solidariedade entre os vínculos estabelecidos, a participação social, incluindo também o direito dos usuários (BRASIL, 2006).

A PNH é a política do SUS, também conhecida como HumanizaSUS tem como objetivos fundamentais: combater as dificuldades enunciadas pela sociedade brasileira sobre a integridade e a qualidade no cuidado em saúde, trabalhar na reestruturação e articulação de iniciativas integrativas de humanização do SUS, buscar solucionar as adversidades encontradas no campo de trabalho em saúde onde se encontra reflexos desfavoráveis ao mesmo (BRASIL, 2007).

Para se realizar um cuidado humanizado é necessária à busca por um atendimento integral e humano com o usuário, onde se buscará formas e alternativas eficazes no serviço de saúde que irá construir novos meios de solucionar o processo de adoecimento, por meios de técnicas que respeitem os saberes do usuário que estão interligados a sua cultura, e possibilitará novos conhecimentos sobre o processo saúde-doença (BORGES, 2017).

O Programa nacional de Humanização da Assistência Hospitalar junto ao ministério da saúde vem desenvolvendo uma série de ações voltadas em oferecer oportunidades de criação de propostas, discussões e empreendimentos que influenciará no processo de mudanças na cultura do atendimento dos hospitais. O conjunto de ações na área da assistência hospitalar busca melhorar a qualidade do atendimento da rede hospitalar e também incluirá ações de investimentos com objetivo de recuperar áreas físicas de instituições hospitalares, a renovação de equipamentos e todos os aparelhos por objetos mais modernos e avançados e capacitações aos profissionais como forma de garantir melhorias tanto na infraestrutura quanto ao contato entre os usuários e os profissionais do setor (BRASIL, 2001).

A política de humanização busca vencer desafios vivenciados na prática de assistência hospitalar do parto, do nascimento, do morrer, e entre outros, onde os profissionais fo-

cam apenas numa prática de atender as queixas do usuário, não levando em consideração a relação interpessoal existente no cotidiano hospitalar (MARQUES; DE SOUZA, 2010).

Dentro as ações propostas pelo PNHAH dividem-se em várias frentes que complementam a criação de espaços de comunicação considerada uma das principais características humanizadora. Entre eles está à formação de uma Rede Nacional de Humanização entre as instituições públicas de saúde, a construção dessa rede representa uma condição fundamental para a consolidação do processo de humanização nos hospitais, estando referidas a ela as demais ações do Programa (BRASIL, 2001).

No ambiente de cuidados intensivos, a assistência é baseada e realizada de acordo com o conhecimento científico dos profissionais de saúde, observando a evolução da pessoa doente. As informações sobre os dados que configuram o estado de saúde são disponibilizadas e verificadas por meio de aparelhos de alta tecnologia, como instrumento de cuidado, que contribuem para que as ações sejam sustentadas apenas pelo aparato tecnológico. As formas de cuidado neste quadro põem em reflexão sobre como a assistência dos profissionais é conduzida (SILVA, 2017).

As condições necessárias para a sustentação do processo de constituição e consolidação destes grupos de trabalho podem destacar: capacitação de seus membros por um assessor externo, criação de instrumentos formais e normativos para sua institucionalização, construção de sistema de incentivos e reconhecimento público da qualidade do atendimento oferecido pelos hospitais, consolidação em âmbito nacional como instrumento de política pública de saúde, participação efetiva dos gestores dos hospitais e de representantes dos usuários nos grupos de trabalho, articulação dos grupos de trabalho numa rede de comunicação permanente e estabelecimento de alianças e parcerias com programas de humanização já em curso que visem à melhoria da qualidade do atendimento à saúde na rede pública hospitalar (BRASIL, 2001).

3. METODOLOGIA

3.1 Desenho do estudo

Trata-se de um estudo de caráter exploratório, utilizando-se da técnica de pesquisa de campo, de caráter quantitativo, onde se utilizou um questionário escolhido como o instrumento de coleta de dados. Para melhor compreensão da metodologia escolhida para a pesquisa, Cervo (2007, p.63) descreve que:

> A pesquisa exploratória não requer a elaboração de hipóteses a serem testadas no trabalho, restringindo-se a definir objetivos e buscar mais informações sobre determinado assunto de estudo. Tais estudos tem por objetivo familiarizar-se com o fenômeno ou obter uma nova percepção dele e descobrir novas ideias.

A partir da pesquisa de campo, faz-se um levantamento e busca-se o conhecimento direto da realidade, descrevendo a situação dentro do contexto relativo ao tema e também diagnosticar problemas dentro de ambientes específicos. Nesse sentido afirma Gil:

> Seu planejamento tende a ser bastante flexível, pois interessa considerar os mais variados aspectos relativos ao fato ou fenômeno estudado. A coleta de dados pode ocorrer de diversas maneiras, mas geralmente envolve: 1. Levantamento bibliográfico; 2. Entrevista com pessoas que tiveram experiência prática com o assunto; e 3. Análise de exemplos que estimulem a compreensão (GIL, 2010, p.27).

A realização da pesquisa de campo foi realizada através da aplicação de um questionário estruturado com questões fechadas, aplicado junto aos familiares dos pacientes da unidade de terapia do hospital em estudo, sem que haja a interferência da pesquisadora. Para Marconi e Lakatos (2008, p. 225) "o questionário é uma ferramenta eficiente, isto é, não abrange a totalidade dos componentes do universo, mas permite investigar parte da população".

Esta pesquisa tem como caráter uma abordagem quantitativa, pois teve como foco a dimensão mensurável dos fenômenos, buscando traduzir em números, opiniões e informações. A pesquisa quantitativa caracteriza-se "pelo emprego da quantificação, tanto nas modalidades de coleta de informações, quanto no tratamento delas por meio de técnicas estatísticas" (RICHARDSON, 2012, p. 70).

3.2 Local e período de realização da pesquisa

A pesquisa foi realizada no município de imperatriz do Maranhão, na unidade de terapia intensiva do hospital municipal. O município de Imperatriz do Maranhão é considerado a segunda cidade mais populosa do estado, com cerca de 258.016 mil habitantes e área de 180,79km^2, segundo o último censo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2016). O Período de realização da pesquisa foi entre os meses de março e abril de 2019.

3.3 População e amostra

Segundo as informações disponibilizadas pela diretoria do Hospital Municipal de Imperatriz – MA, a unidade de terapia intensiva adulta é composta de vinte leitos, e atende um fluxo de pacientes oriundos de toda a Região Tocantina, sul do maranhão e do Pará, além de pacientes do norte do Tocantins. Atendem pacientes com idade igual ou superior a dezoito anos, de ambos os sexos, que tenham sofrido qualquer tipo de agravo à saúde. Desta forma o público-alvo da pesquisa foi familiares que visitavam seus entes internados na refira UTI.

Enquanto a amostra submetida ao questionário da pesquisa foi um quantitativo de 40 participantes familiares, durante a internação de seus familiares nos leitos de UTI da referida unidade de acordo com os critérios de inclusão e exclusão.

3.3.1 Critérios de inclusão

Ter um familiar internado na unidade de terapia intensiva a ser estudada;

Consentir em participar da pesquisa demonstrada através da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (Apêndice A);

3.3.2 Critérios de exclusão

Não ter um familiar internado na unidade de terapia intensiva a ser estudada;

Não consentir em participar da pesquisa demonstrada através da não assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE;

3.3.3 Garantias éticas aos participantes da pesquisa

Com finalidade de assegurar todos os aspectos éticos da pesquisa, o pesquisador assumiu medidas fundamentais para que não houvesse efeitos prejudiciais em qualquer uma das etapas do desenvolver dessa pesquisa. O sistema público de saúde esteve disponível caso houvesse eventos adversos que caso expos se a riscos a população em pesquisa, mesmo que mínimos.

O pesquisador manteve todos os pesquisados em total sigilo ético e confidencial, respeitando sua privacidade, integridade física, mental, social e espiritual. Todas as informações ofertadas pelos pesquisados serviu apenas a título de conhecimento acadêmico e científico, que proporcionou novos conhecimentos para comunidade acadêmica.

Esta pesquisa por se tratar de um estudo onde o público-alvo são seres humanos, esteve respaldada conforme o que é preconizado na resolução de nº. 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde.

3.4 Instrumentos de coleta de dados

Para a coleta dos dados da pesquisa foi utilizado um questionário estruturado com 15 perguntas fechadas. Segundo Gil (2010) o questionário é uma série de perguntas organizadas a fim de busca informações sobre o estudo, onde os participantes responderão o mesmo, sem contato direto com o pesquisador durante a realização da pesquisa.

O questionário foi escolhido pela autora pela sua fácil aplicabilidade, o que deu à pesquisa maior agilidade na coleta dos dados, pois o mesmo é um instrumento que proporciona aos pesquisadores a massificação das informações relatadas através da utilização de pacotes estatísticos.

3.5 Estratégias de aplicação

Para a realização da pesquisa foram necessários alguns procedimentos prévios, como a visita ao campo onde foi aplicado o estudo, identificando a rotina do local, para que através disto identificando o melhor horário e local para a aplicação do questionário.

Com a devida aprovação da pesquisa pelo comitê de ética em pesquisa com seres humanos, os participantes da pesquisa, que já haviam assinado o TCLE, responderam o questionário na saída da UTI, após o horário de visita aos seus familiares internados, na sala de espera da UTI.

3.6 Processamento, análise e divulgação dos resultados

As informações resultantes da pesquisa foram tabuladas no programa computacional Microsoft Office Excel (2016), formando assim uma base de dados única em planilha que foi analisada com auxílio da ferramenta tabela dinâmica inclusa no mesmo programa. Sendo confeccionados assim, gráficos e tabelas que facilitam a interpretação dos dados. Em seguida, contextualizados no programa computacional Microsoft Word (2010) e comparado com a literatura disponível. Sendo este exposto através do programa Microsoft Power Point (2010) ao público.

1.7 Aspectos éticos

3.7.1 Riscos

Os pesquisadores procuram ao máximo prevenir qualquer risco que pudesse expor o participante durante o realizar da pesquisa, desta forma, evitando transtornos aos alvos da mesma que foram entrevistados, garantindo a eles, total sigilo acerca da sua identidade pessoal, dados pessoais, sendo assegurado todos os seus direitos e sua privacidade. Assim sendo, os questionários tiveram registrados apenas as iniciais de seus nomes, impossibilitando sua identificação.

Segundo resolução N°466/12/CNS no que concerne a dignidade ética e legal da pessoa humana, fornece preceitos constitucionais que protegem os sujeitos da pesquisa, explicitando os possíveis riscos e suas possibilidades na ordem familiar, física, moral, financeira, cultural e espiritual, seja em qual for a fase decorrente da pesquisa.

No desenvolver das etapas do estudo, o participador foi orientado a respeito ao questionário, abordando todas as informações, dados, objetivos, e os benefícios em si que a pesquisa fosse capaz de contribuir tanto ao participante quanto a sociedade em geral. Garantindo total sigilo acerca da sua identidade, dados pessoais, assegurando todos os seus direitos e sua privacidade.

3.7.2 Benefícios

O objetivo dos pesquisadores é que os resultados obtidos da pesquisa possam conduzir a novos conhecimentos para os pesquisando e também para toda equipe da unidade de terapia intensiva, onde se é possível refletir novos conhecimentos para toda a sociedade, para que todos possam ter conhecimento da importância de um trabalho assistencial humanizado e os benefícios que são gerados para os usuários em si.

Igualmente, o estudo torna-se extremamente relevante tanto para os pesquisadores, quanto para os pesquisados, proporcionando a ampliação dos conhecimentos teóricos e práticos já institucionalizados pelo Ministério da Saúde.

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Tabela 01. Perfil sociodemográfico de familiares de pacientes internados na UTI do Hospital Municipal de Imperatriz – MA, 2019.

	Total (40)	
	n	**%**
Gênero		
Masculino	14	35%
Feminino	26	65%
Faixa Etária		
18 ⊦ 26 Anos	4	10%
26 ⊦ 34 Anos	10	25%
34 ⊦ 42 Anos	12	30%
42 ⊦ 50 Anos	7	17,5%
50 ⊦ 58 Anos	6	15
58 ⊦ 66 Anos	1	2,5
Raça		
Negro	5	12,5%
Pardo	26	65%
Amarelo	2	5%
Branco	7	17,5%
Escolaridade		
Ensino Fund. Incompleto	9	22,5%
Ensino Médio Incompleto	5	12,5%
Ensino Médio Completo	19	47,5%
Ensino Superior Incompleto	5	12,5%
Ensino Superior Completo	2	5%

Estado Civil		
Casado	14	35%
Solteiro	9	22,5%
Divorciado	5	12,5%
União Estável	12	30%
Renda Familiar		
< 1 salário-mínimo	6	15%
Até 1 salário-mínimo	25	62,5%
2 ou mais salários--mínimos	9	22,5%

Fonte: Dados da pesquisa, 2019. **Legenda:** n: Frequência Absoluta; %: Frequência Relativa.

Observou-se através dos achados do presente estudo um maior percentual de participantes do sexo feminino; jovens com idade entre 26 – 42 anos, o que nos remete que o público estudado se encontre dentro da população economicamente ativa.

De Farias et al. (2013) em estudo desenvolvido na UTI adultos de um hospital público do município de Imperatriz, Maranhão, evidenciaram que quinze participantes eram do sexo feminino e cinco do sexo masculino e apresentavam-se na faixa etária entre 22 a 28 anos. Corroborando com o estudo supracitado, Dos Santos et al. (2016) no ano de 2013, observou em uma amostra de 17 familiares, que (64,7%) dos familiares eram do sexo feminino com faixa etária entre 31 a 40 anos (29,4%).

Segundo Luiz et al. (2017) evidenciam que a maior porcentagem de mulheres pode ser explicada pela existência de uma preocupação maior por parte dos familiares do sexo feminino quanto aos cuidados e a melhora de seu ente familiar.

Quanto à análise da raça dos participantes da pesquisa, ficou claro que houve predominância da raça parda e branca, onde os negros foram encontrados em minoria, sendo justificado o maior percentual de pardos decorrente da miscigenação histórica ocorrida no estado. Enquanto ao estado civil a maioria dos participantes da pesquisa era casados e a minoria divorciados. Segundo dados do IBGE 2010, o número de casados é predominante na população geral.

Volpato e Martins (2017) evidenciaram achados divergentes dos encontrados na presente pesquisa, onde em seu estudo sobre avaliação da qualidade de vida em uma UTI particular do interior de Paraná, 80% dos participantes da pesquisa se declararam brancos, eles esclareceram que tal percentual se justificava pelo fato do estudo ter sido realizado numa unidade particular de saúde, podendo esse valor ser diferente caso fosse realizado numa unidade pública.

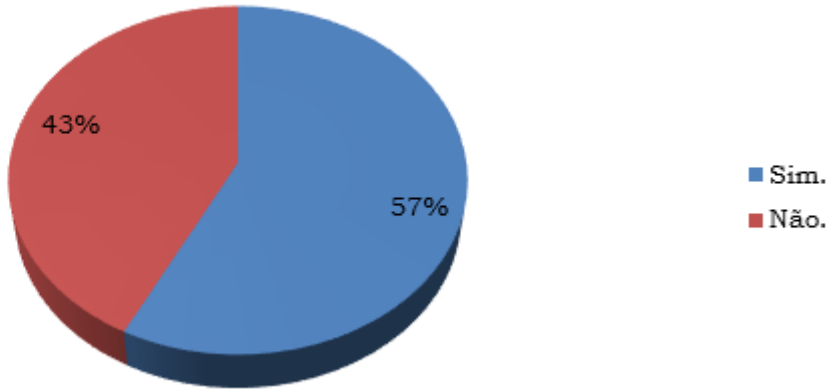
Valente et al. (2017) em estudo transversal realizado em 2015 em duas unidades de terapia intensiva de um hospital público de grande porte do município de Feira de Santana, no Estado da Bahia, encontrou em seu estudo que com relação à situação conjugal, metade dos entrevistados eram casados ou em união estável, assim como Dos Santos et al. (2017) que também relatou em seu estudo que a maioria dos familiares, eram casados 70,6%.

Em relação ao grau de escolaridade dos participantes desta pesquisa ficou evidente que a maioria possuía apenas o ensino médio completo, seguido do ensino fundamental, a minoria registrava superior incompleto. Tal achado mostra-se favorável para o entendimento e conhecimento dos participantes sobre o estudo, pois quanto mais pessoas alfabetizadas, maior será o índice de pessoas entendedoras do assunto abordado e melhor compreensão sobre as terapêuticas aplicadas dentro das unidades de terapia intensiva. Pois é notório através de estudos já realizados, que quanto maior for o grau de instrução do indivíduo, mais ele busca acesso às informações da terapêutica desenvolvida junto ao seu familiar.

Ainda analisando o estudo de Dos Santos et al. (2016), também ficou evidente que a maioria dos participantes possuíam o ensino médio completo, corroborando com os achados desta pesquisa. Ainda nesta perspectiva Souza Dos Santos et al., (2016) em estudo em uma UTI de um Hospital Universitário de uma capital do Nordeste brasileiro também mostrou que quanto ao grau de escolaridade grande parte (26%) mencionou possuir o segundo grau completo. Enfatizando essa variável, a pesquisa de Costa et al., (2010) resultou na análise de que o grau de escolaridade influencia diretamente nas respostas fornecidas na pesquisa, fato que é esclarecido devido quanto maior acesso a informações, majoritariamente será o grau de entendimento, ou seja, quanto maior for o grau de instrução, maior será o nível de conhecimento.

No que tange a renda familiar, a presente pesquisa evidenciou que (62,5%) sobreviviam com apenas um salário-mínimo, 22,5% mais de dois salários-mínimos e que 15% menos de um salário-mínimo. Rosa et al. (2016) em seu estudo sobre estresse entre familiares de pacientes de unidades de terapia intensiva evidenciou que a maior parte dos estudados possuía renda familiar de apenas um salário-mínimo 69,4%. Resultados estes que diferem dos achados de Dos Santos et al. (2016), que observou em seu estudo, que 76,45% dos familiares possuíam renda de dois a cinco salários-mínimos.

Gráfico 01. Recebimento de orientações sobre os cuidados realizados pela equipe de enfermagem aos seus familiares, de enfermagem da UTI adulto, do HMI, 2019.



Fonte: Dados da pesquisa, 2019.

Através da análise desde gráfico, foi possível verificar que a maioria dos entrevistados (57%) recebem orientações pela equipe de enfermagem quanto aos cuidados que são realizados em seu ente familiar, no entanto, o número de pessoas que não recebem estas informações também é muito significativo (43%), esse número se mostra alto pela possível falta de comunicação entre a equipe e os familiares, informações não repassadas relacionadas aos pacientes para seus familiares, assim como um déficit no processo da pratica do processo de humanização isso significa que ainda a necessidade de informações a serem prestadas, e a melhora da relação da equipe-acompanhante.

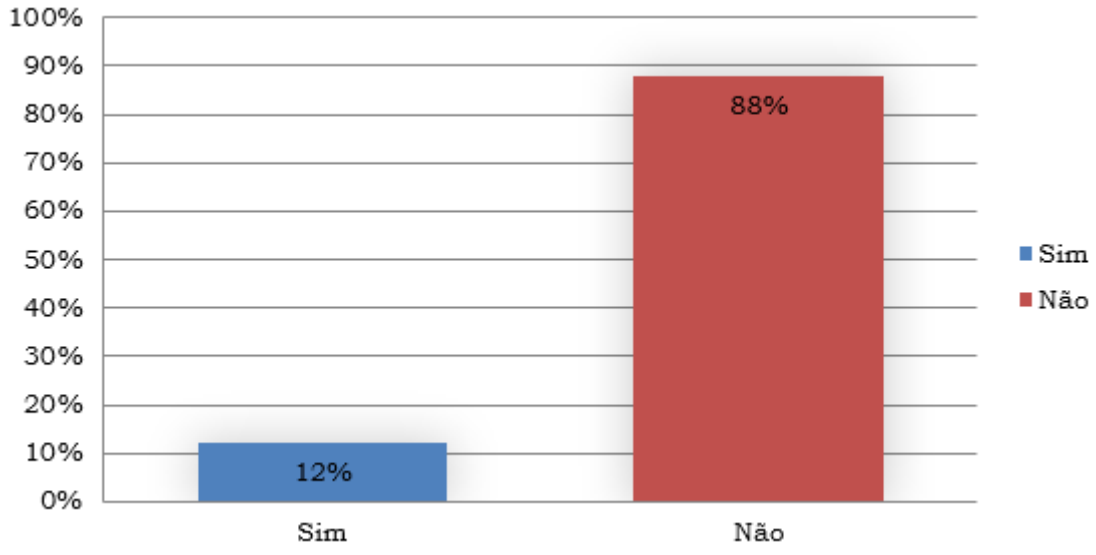
Para que ocorra a passagem de orientações relacionadas ao paciente, é preciso haver o dinamismo no processo de comunicação, seja ela verbal ou não-verbal, para que ocorra uma comunicação de forma eficiente. Esta interação trará conforto e segurança tanto para o paciente quanto para o familiar. O enfermeiro como profissional com maior contato com a família, deverá desenvolver métodos e atitudes de vinculação, aceitação e receptividade (SIQUEIRA et al., 2006).

Oriá et al. (2004) descrevem que a comunicação dentro no ambiente da unidade de terapia intensiva é essencial para desenvolver um atendimento de qualidade, e assim, implementando também uma assistência humanizada, pois só através da comunicação eficaz que as informações e orientações são prestadas com eficiência.

Em 2010, Costa e seus colaboradores realizaram um estudo com 53 familiares de pacientes internados em UTI, onde em um dos quesitos pesquisados 56,7% dos familiares participantes, afirmaram sentir necessidade de mais informações a respeito de seu ente familiar, tal achado é consequência da falta de comunicação.

Todos os supracitados observaram que os familiares estudados demonstraram preocupação com seus entes e demonstram sentimentos negativos como o medo e a incerteza, que podem ser decorrentes da insegurança gerada pela falta de informações quanto à conduta e aos cuidados que estão sendo realizados aos seus familiares.

Gráfico 02. Informações sobre humanização recebidas de profissionais de enfermagem da UTI adulto, do HMI, 2019.



Fonte: Dados da Pesquisa, 2019.

As informações descritas acima demonstram que um maior índice dos participantes da pesquisa afirmou não receber informações sobre humanização (88%) na unidade de terapia intensiva, sejam elas conceituais ou suas implicações sobre o cuidado com seus familiares, e acredita-se que isso implica diretamente na percepção dos familiares pacientes quanto à significância da humanização e do atendimento humanizado.

Contrapondo-se aos resultados deste estudo, em pesquisa desenvolvida por Luiz, Caregnato e Costa (2017) sobre a percepção da família sobre humanização, os resultados demostraram que todos os entrevistados receberam orientações acerca de humanização do cuidado durante o processo de internação de seu familiar, desde conceitos, até mesmo a sua importância para um cuidado integral.

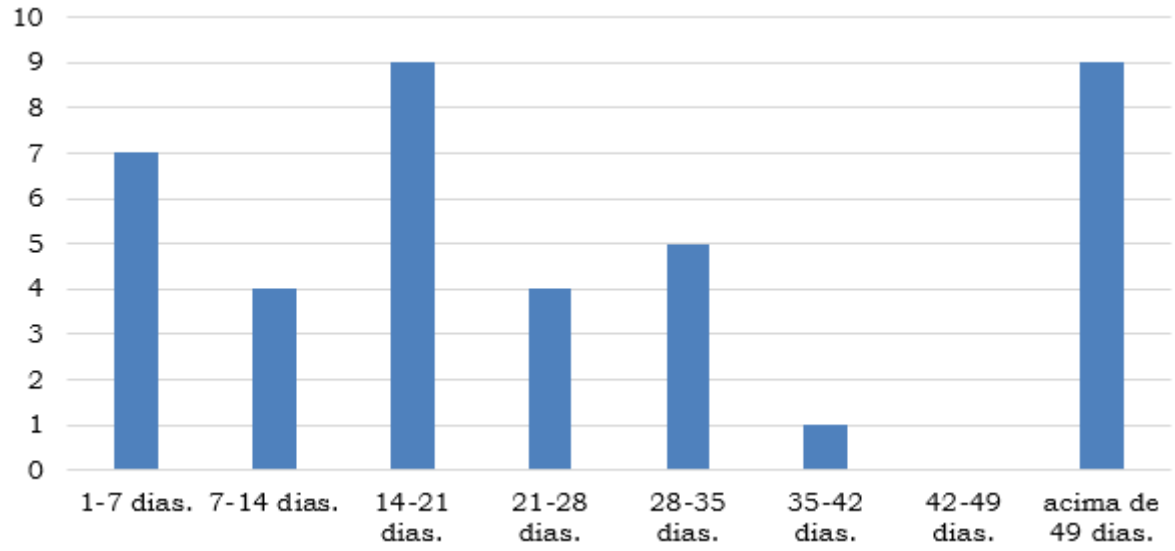
Outra pesquisa semelhante mostrou que a maioria dos acompanhantes conceituou o termo humanização como a forma em que os profissionais agem com os pacientes e seus familiares, seus atos e práticas que estabelecem uma relação de confiança, respeito e dignidade com o cliente (VILLA et al., 2017).

A humanização para os enfermeiros implica em oferecer cuidado integral ao paciente, englobando o contexto familiar e social, o ambiente de trabalho e a equipe de saúde, para os familiares a humanização consiste em olhar o outro com entendimento, sensibilidade, atenção, significa cuidar (AMARO et al., 2018).

O processo de humanização das relações entre clientes, familiares e profissionais no ambiente das UTI gera preocupações aos gestores e profissionais da saúde, por envolver a compreensão do significado da vida do ser humano. Portanto é essencial que o enfermeiro perceba e execute atividades que estão diretamente relacionadas à humanização e a recuperação do cliente, como o oferecimento de informações e orientações quanto aos procedimentos que serão realizados (DOS SANTOS et al., 2016).

Os familiares dos pacientes internados em UTI, assim como os próprios pacientes, também necessitam de cuidados da equipe de enfermagem, tendo em vista que o cuidado não é apenas um procedimento, uma intervenção técnica, mas uma relação de ajuda que envolve respeito, compreensão e o uso do toque de forma mais efetiva, tornando assim indispensável à humanização, devendo esta ser resgatada e colocada em prática (DA SILVA et al., 2016).

Gráfico 03. Tempo de internação dos pacientes na UTI adulto, do HMI, 2019.



Fonte: Dados da pesquisa, 2019.

Quando analisado o tempo de internação dos familiares dos participantes do estudo, há um intervalo médio de 1 a 60 dias. Dentre os pacientes internados na unidade de terapia intensiva (UTI), a maioria de internados na UTI se manteve entre 14-21 dias e acima de 49 dias, registrando assim um longo período de internação dos pacientes. Com a implementação da prática da assistência humanização esse longo período de internação pode decair o período de internação dos pacientes, colaborando para uma recuperação mais rápida do paciente.

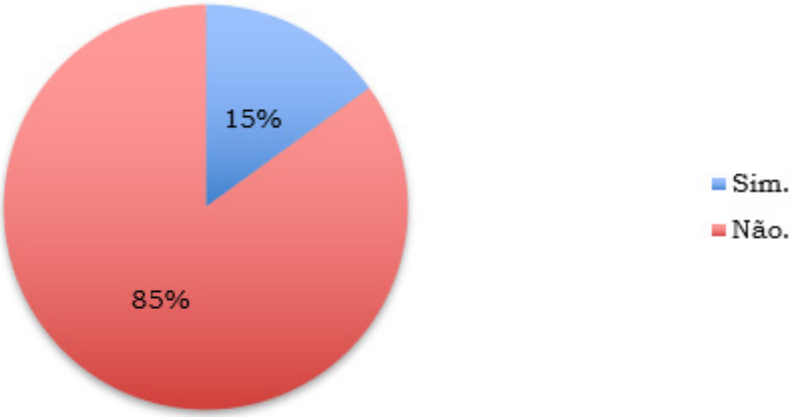
Noda et al. (2018) em seu estudo na UTI de um hospital-escola da rede pública do interior do estado de São Paulo evidenciou que o tempo de internação em média era de 36 dias. Corroborando com esses achados, Camponogara et al. (2013) em sua pesquisa realizada com bases em dados coletados junto a familiares de pacientes internados em uma unidade de terapia intensiva de um hospital universitário, constatou que o tempo médio de internação foi de 20 dias.

O período médio de internação do paciente em UTI varia bastante, e é influenciado principalmente pela patologia base que o levou ao processo de internação, e nestas pesquisas foi observado que o percentual de pacientes a mais de 20 dias internados foi a mais incidente (NODA et al., 2018; CAMPONOGARA et al., 2013).

Hernández Rodriguez et al. (2016) ao analisarem os prontuários dos pacientes admitidos entre janeiro e dezembro de 2011, numa UTI-Adulto com 14 leitos de um hospital público de Florianópolis, Santa Catarina, observaram que pouco mais da metade (53,2%) dos pacientes permaneceram internados na UTI por um período de 0 a 3 dias. Outros 20,6% ficaram internados por um período de 4 a 7 dias, e 9,1% permaneceram internados na unidade de terapia intensiva de 11 a 15 dias. O tempo médio de permanência foi de 6 dias. O tempo de permanência mínimo foi menos de 24h e o máximo foi de 72 dias. Resultados esses que diferem dos resultados encontrados na presente pesquisa, haja vista que os pacientes da UTI estudada apresentaram tempo de internação médio superior a 14 dias

de internação.

Gráfico 04. Existência de processo de comunicação entre equipe de enfermagem e pacientes na UTI adulto, HMI, 2019.



Fonte: Dados da Pesquisa, 2019.

Sobre a comunicação da equipe de enfermagem com o paciente, 85% dos familiares entrevistados informaram não ser disponibilizadas informações sobre este critério, apenas 15% afirmaram já terem recebido informações. Ao analisar-se os resultados desta variável, pôde-se observar que os familiares estudados não conhecem o modo como e se seus entes familiares recebem e transmitem informações sobre os cuidados de enfermagem recebidos, porém, mesmo com a falta deste conhecimento, acreditam que a comunicação, a escuta é de suma importância para um bom atendimento, influenciando diretamente no quadro clínico do paciente.

Em uma revisão integrativa que analisou diversos estudos sobre as relações entre profissionais de saúde e usuários durante práticas em saúde identificou um alto índice de estudos em que relatam que a comunicação é um componente integrante do processo de humanização da assistência, frisando que para uma assistência humanizada é necessário a valorização da comunicação equipe-paciente-familiar. Os pacientes buscam um atendimento qualificado, com profissionais preparados para acolhê-los, escutá-los e atender suas necessidades (SCHIMITH et al., 2011).

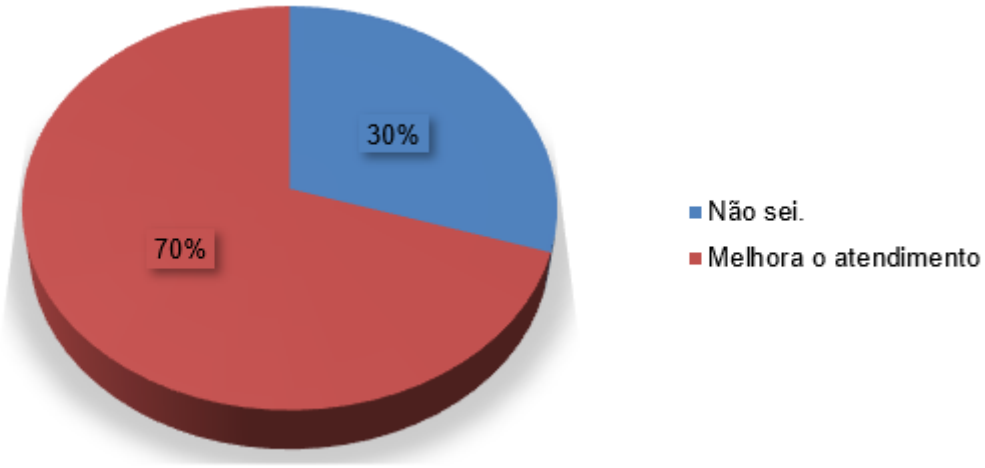
Informar sobre como ocorre a comunicação da equipe com o paciente é uma forma de implementar uma assistência harmônica e tornar o atendimento humanizado, pois é um modo de compartilhar mensagens, de atender as necessidades e compreender o outro (PONTES et al., 2014).

A importância da comunicação com os pacientes de unidades de terapia intensiva durante a prática do cuidado melhora a interação, informa e tranquiliza o paciente, além de humanizar o atendimento. Durante a internação na unidade de terapia intensiva a orientação dos pacientes e seus familiares, sugerindo maneiras alternativas e efetivas de comunicação, auxiliam na recuperação e minimizam a ansiedade, estratégias para facilitar a comunicação incluem o posicionamento correto do profissional e/ou familiar próximos ao paciente e de preferência na sua frente; ajuste da luminosidade do ambiente para facilitar a

leitura labial; redução do ruído de fundo, desligando rádios ou televisão e fechando a porta para reduzir as conversas externas (GOMES et al., 2016).

Monteiro et al. (2017) relata em seu estudo que tão importante quanto os cuidados dispensados ao paciente crítico, a comunicação com este e suas famílias assume um papel fundamental nesse plano de cuidados e merece a mesma atenção dada aos aspectos biomédicos por parte dos profissionais.

Gráfico 05. Grau de importância da humanização da assistência de enfermagem na UTI adulto, HMI, 2019.



Fonte: Dados da Pesquisa, 2019.

O gráfico abaixo demonstra que 70% dos entrevistados relatam que um atendimento humanizado melhora significativamente o atendimento, e 30% dos entrevistados não sabem responder. Dentre os participantes da pesquisa não houve resultados que considerem o atendimento humanizado algo que piora o atendimento.

A assistência que é prestada pela equipe de enfermagem exige profissionalismo ético e seriedade com o usuário, havendo a necessidade de a equipe realizar uma assistência com sensível e acolhedora. Dessa forma, desenvolve-se um atendimento humanizado, pensando em estratégias que foquem na forma em que o paciente deseja ser tratado e atendido (LUIZ et al., 2017).

Em estudo realizado por Neto et al. (2012) foi observado que o paciente após ser internado na unidade de terapia intensiva (UTI) automaticamente é afastado da sua rotina, da sua casa, da sua família e de seu ambiente natural. Da mesma maneira em que aquele novo ambiente se torna antagonista do paciente, também será para a família devido ao local e as informações serem bastante restritas.

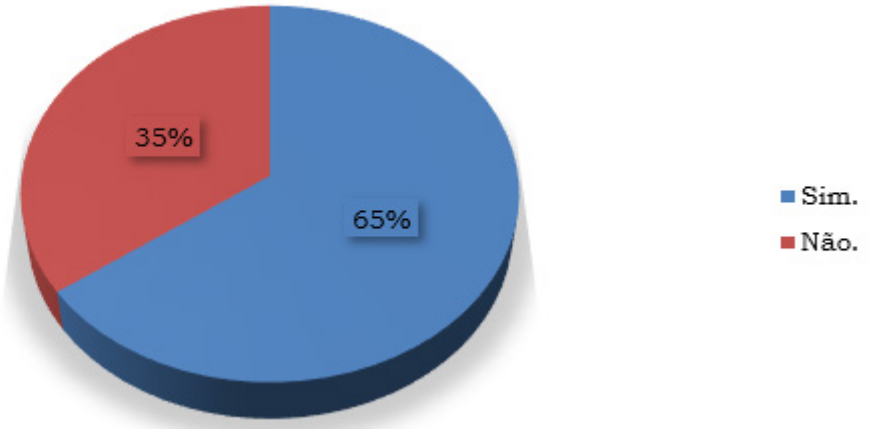
Assim, condutas podem ser revisadas, reformuladas ou anuladas por não serem harmonizável com uma assistência humanística. Em relação aos aspectos negativos considerados como situações desumanizadoras, como a falta de uma escuta ou de uma boa comunicação, levam a um afastamento do contato do profissional com paciente, prejudicando a integralidade da assistência (LUIZ et al., 2017).

Machado e Soares (2016) em seu estudo realizado em uma UTI geral adulta tipo II, em um município de médio porte do interior do estado do Rio Grande do Sul (RS), evidenciaram em seus resultados que os discursos dos entrevistados apontaram que a humanização também está relacionada a melhores condições de trabalho e a melhores relações entre os trabalhadores, assim como, fornece um melhor atendimento aos beneficiários, ver o paciente como um todo.

A humanização pode ser desenvolvida para um conforto físico, psíquico e espiritual do paciente, família e equipe. Um dos pontos para se obter uma assistência humanizada na UTI e através de um bom acolhimento do paciente e seus familiares, beneficiando uma relação de confiança e compromisso entre equipe e paciente (RIBEIRO et al., 2017). No tratamento de pacientes críticos a humanização e tão importante quanto à medicação e os procedimentos instrumentais. Diante das circunstâncias a equipe de enfermagem trabalha visando pelo conforto físico do paciente com a preocupação maior de aliviar a sua dor (LIMA; SANTOS, 2019).

Apesar de poucos terem conhecimento quanto à humanização conforme resultado desta pesquisa, eles entendem que a humanização tornará o atendimento mais humano, trará melhores condições de conforto e bem-estar ao paciente, assim, complementando o tratamento medicamentoso e trazendo melhoras ao quadro clínico do paciente.

Gráfico 06. Contribuição das informações sobre o estado clínico do familiar para processo de humanização na UTI adulto, HMI, 2019.



Fonte: Dados da Pesquisa, 2019.

De acordo com o critério analisado nesta variável, o ato da equipe de enfermagem em repassar ao paciente todas as informações quanto ao seu estado de saúde é um ato de humanização, 65% dos participantes pontuaram positivamente; enquanto 35% dos participantes discordaram, o menor índice pode ser explicado pelo fato da maioria dos familiares realmente desconhecerem o processo de humanização.

No estudo de Evangelista et al. (2016) relata que o diálogo com o paciente é considerado um ponto dificultoso quando se trata de um cuidado ou assistência humanizada, pois de acordo com os resultados do seu estudo compreende-se que a ideia sobre a comu-

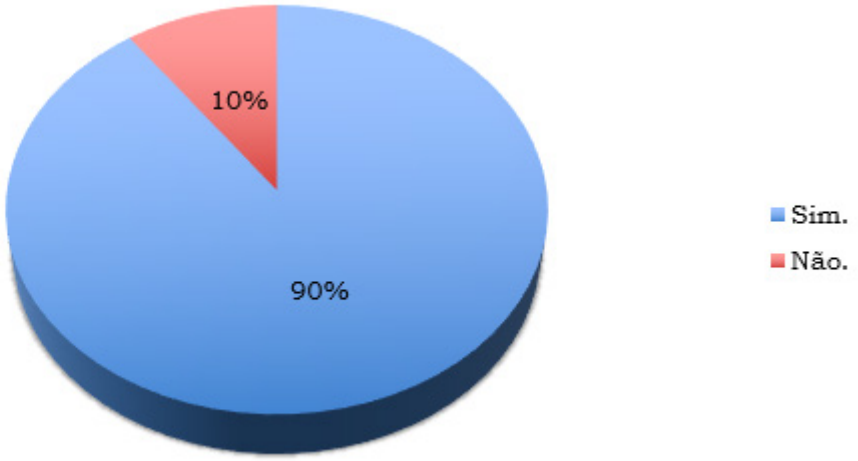
nicação de informações caminha numa distinção entre o paciente estar consciente ou não. Para grande parte dos familiares não a segurança em seu ente familiar estar ciente sobre o seu estado de saúde. A informatização é uma forma de humanizar o cuidado e que quando disponibilizada ao usuário enfatiza um direito humano.

Silva et al. (2018) apontou em seu estudo que a grande demanda de atividades e a dificuldade de adequar as necessidades profissionais a realidade dificulta o processo de comunicação com o paciente. No entanto está ação de conversar com o paciente diminui a sensação de confinamento em que o paciente está exposto.

O conversar com o paciente aparece neste contexto como um método de humanização com o próprio paciente, uma vez que mesmo impossibilitado de se comunicar este em sua maioria compreende o que acontece em sua volta e a sensação de ser exposto a procedimentos que não lhe são explicados torna o paciente agitado, a voz do profissional a falar com ele tem a capacidade de lhe acalmar (BAIA; DOS SANTOS TAVARES; ARAÚJO, 2016).

Repassar aos usuários todas as informações sobre seu estado de saúde e todas as possíveis informações sobre ele, é uma forma de oportunizar uma maior autonomia do paciente, transformando sua capacidade de reverter a sua realidade.

Gráfico 07. Aumento da duração das visitas familiares aos pacientes da UTI como instrumento de humanização na UTI adulto, HMI, 2019.



Fonte: Dados da pesquisa, 2019.

Conforme é observado no gráfico acima, a maioria dos familiares considera como uma forma de implementação da humanização na UTI o aumento da duração das visitas familiares. E apenas 10% responderam não considerar uma forma de humanização aumentar o período de duração das visitas familiares na UTI.

Na pesquisa realizada por Camponogara et al. (2013) os entrevistados consideraram o tempo de duração da visita como insuficiente, os entrevistados afirmaram que sentem a necessidade de um tempo maior que 30 minutos, de poder ter um período maior com seu ente familiar. O fato de as visitas terem um tempo de permanecia bem reduzido é devido

à alta complexidade da assistência e pelo próprio estado de saúde dos pacientes ali internados, além do risco de infecção, o risco de intercorrências que podem surgir a qualquer instante, o número de atividades de responsabilidade da equipe é alto e requer bastante atenção a todo o momento.

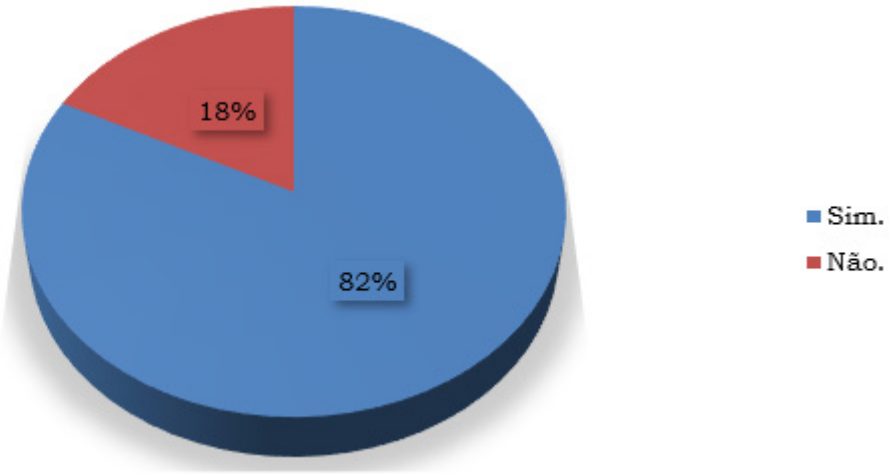
Santos e Caregnato (2013) em sua pesquisa também encontraram resultados semelhantes, alguns dos entrevistados relatam ser pequeno o tempo da duração das visitas devido ter que alternar com outro membro familiar.

Os pesquisados acreditam que com o aumento da duração das visitas, eles terão um maior acesso ao seu ente familiar e também aos profissionais que realizam os cuidados, podendo também conhecer mais sobre a rotina ali desenvolvida.

Nunes e Gabarra (2017) em sua pesquisa realizada na unidade de terapia intensiva de um hospital escola localizado no Sul do Brasil mostraram nos discursos dos familiares que a visita como fonte de humanização pode trazer benefícios ao processo terapêutico. Os relatos dos participantes demonstraram sua função de amparo aos familiares hospitalizados e o quanto à proximidade com o paciente contribui com a melhora do estado emocional do familiar. A possibilidade de os familiares aguardarem pela visita na própria entrada da UTI e de a equipe flexibilizar as regras de visitação em circunstâncias específicas também foram mencionados por alguns participantes de forma positiva para a humanização da assistência.

A implementação de projetos de humanização do atendimento à saúde contempla, orientações e apoio destinados às famílias, que vão desde esclarecimentos sobre rotinas da UTI como horários de visitas prolongados que permitem uma maior interação com paciente e familiar (SILVA et al., 2018).

Gráfico 08. Explicação aos pacientes da UTI sobre todos os procedimentos que serão realizados como instrumento de humanização na UTI adulto, HMI, 2019.



Fonte: Dados da Pesquisa, 2019.

Os familiares participantes da pesquisa em sua maioria pontuaram positivamente ao considerar um ato de humanização explicar ao paciente qualquer procedimento que for rea-

lizado junto ao paciente, independente do seu nível de consciência, entretanto, o percentual dos 18% dos participantes afirmaram não ser considerado um ato de humanização.

As orientações passadas sobre os procedimentos a serem realizados é de grande mérito dentro da humanização, além de trazer segurança e conforto, estabelece uma comunicação efetiva e desenvolve vínculos que resulta em melhoras no quadro clínico do paciente, ressaltando que o cuidado humanizado é uma associação de atenção, escuta e esclarecimentos (VILLA et al., 2017).

Mondadori et al. (2016) apontam que durante o tempo de internação na UTI, o paciente, que já está vulnerável, passa a sentir medo, estresse, desconforto, solidão e outros fatores que prejudicam sua recuperação, com base nisto a comunicação é interpretada como uma humanização.

Considerando os resultados encontrados, o paciente em sua totalidade possui dimensões físicas, sociais, espirituais, emocional, e entende-se que respeitar e ouvi o outro, é considerar suas individualidades e independente do seu estado de vigília, é necessário esclarecer ao paciente qualquer procedimento que for realizado no mesmo, implementando um atendimento humano.

Machado e Soares (2016) evidenciaram em seu estudo que realizar um atendimento com respeito, ética, de qualidade, focando os direitos do paciente, estando como um dos direitos o saber sobre quais os procedimentos dos quais ele está sendo exposto.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Sendo a UTI um ambiente tecnicista e cheio de tecnologias que auxiliam na assistência prestada ao paciente, todos os recursos tecnológicos utilizados reflete diretamente nos cuidados de saúde, dificultando o relacionamento interpessoal da equipe com o paciente e familiares. Com uma assistência humanizada diminuirá as ações tecnicistas que deixam a UTI um ambiente frio e sem calor humano.

Com base nos resultados da pesquisa, sobre a ótica dos familiares relacionada a assistência humanizada na UTI, percebeu-se majoritariamente que há uma presença de familiares do sexo feminino, uma vez que o sexo feminino é historicamente marcado pelas ações de cuidar e preocupações familiares; com predominância de idades economicamente ativas, persistindo maior índices de casados.

Quanto ao nível de comunicação existente entre profissional e familiar, profissional e paciente, ficou evidente que há um déficit dessa área onde a maioria relatou não saber como ocorre a comunicação entre profissional e seu ente hospitalizado, com um número significativo informando nunca ter recebido informações da equipe de enfermagem sobre a humanização e nem dos cuidados realizados em seu familiar, mesmo os dias de internação do paciente sendo superior em sua maioria a mais de 21 dias.

No que se refere a compreensão dos participantes sobre a importância da humanização dentro da UTI foi relato que reconheciam que isso melhorava o atendimento, mesmo que as informações repassadas sobre a humanização sejam insuficientes, estes compreen-

dem que isso melhora a assistência. Validando o quanto se torna relevante as informações sobre o estado de saúde do paciente repassado ao seu familiar são importantes e o quanto os familiares consideram fundamental a comunicação entre o profissional e o paciente mesmo este não conseguindo responder aos estímulos.

Com base na pesquisa, aumentar o período de visitas dentro da UTI é considerado um ato de humanização, sendo que o contato do paciente com seu familiar traz sensações de melhora, conforto e bem-estar.

Na política de humanização existem uma série de ações que são desenvolvidas para implantar e executar a humanização no cotidiano hospitalar, que procuram vencer todos os desafios que são vivenciados dia a dia na assistência ao usuário, buscando melhorias na integridade e qualidade do cuidado em saúde.

Diante de tudo que foi exposto é percebível que há um déficit por parte da equipe de enfermagem em trabalhar mais na execução de uma assistência humanizada, envolvendo além da equipe, os familiares também, pois com a participação da família junto a equipe no tratamento do paciente, trarão uma recuperação mais rápida e eficaz, além de melhora o atendimento. Assim, é notório a necessidade de atividades de educação com o próprio familiar, pois estes não reconhecem o tamanho da importância da humanização no processo de recuperação do paciente.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA NETO, Abel Brasileiro de et al . Percepção dos familiares de pacientes internados em Unidade de Terapia Intensiva em relação à atuação da Fisioterapia e à identificação de suas necessidades. **Fisioter. Pesqui.**, São Paulo , v. 19, n. 4, p. 332-338, Dec. 2012 .

AMARO, Ana Ydelplynya Guimarães et al. DOIS OLHARES: DO ENFERMEIRO E DO CLIENTE FRENTE À HUMANIZAÇÃO DA UTI DE UM HOSPITAL PÚBLICO DE ARAGUAÍNA–TO. **Facit Business and Technology Journal**, v. 1, n. 7, 2018.

BAIA, Sousa Moreira; DOS SANTOS TAVARES, Roseneide; ARAÚJO, Jeferson Santos. O cotidiano de familiares de pacientes internados na uti: um estudo com as representações sociais. **Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online**, v. 8, n. 2, p. 4313-4327, 2016.

BARRA, Daniela Couto Carvalho et al. Evolução histórica e impacto da tecnologia na área da saúde e da enfermagem. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 8, n. 3, 2006. Disponível em: <https://www.revistas.ufg.br/fen/article/view/7081>. Acesso em: 10 de Out. de 2018.

BARRETO, Alessandra Pedral; INOUE, Kelly Cristina. Assistência humanizada em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (Utin): A Importância Dos Profissionais De Enfermagem. **Revista Uningá Review**, v. 15, n. 1, p. 12-12, 2017. Disponível em: <http://revista.uninga.br/index.php/uningareviews/article/view/749>. Acesso em: 10 de Out. de 2018.

BORGES, Gabriela Coelho. **Humanização dos cuidados de Enfermagem num Serviço de Medicina Intensiva para adultos:** perspectiva dos enfermeiros. 2017. Tese de Dou-

torado. Universidade do Minho. Disponível em:<https://repositorium.sdum.uminho.pt/handle/1822/52302>. Acesso em: 08 de Jun de 2018.
BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Atenção á Saúde. Política Nacional de Humanização da Saúde. Documento Base. 4 ed. Brasília: Ministério da Saúde (MS); 2007.
_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar / Ministério da Saúde, Secretaria de Assistência à Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde. Brasília-DF, junho de 2001.
_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. Acolhimento e classificação de risco nos serviços de urgência. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. Disponível em: < javascript:void(0) >. Acesso em: 08 jun. 2018.
_____. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política de Humanização. Humaniza SUS: documento base para gestores e trabalhadores do SUS. 4a Edição. Brasília: MS; 2010.
_____. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 895, de 31 de março de 2017**. Institui o cuidado progressivo ao paciente crítico ou grave com os critérios de elegibilidade para admissão e alta, de classificação e de habilitação de leitos de Terapia Intensiva adulto, pediátrico, UCO, queimados e Cuidados Intermediários adultos e pediátricos no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS. Diário Oficial da Republica Federativa do Brasil. Brasília, 31 de mar. de 2017.
CAMPONOGARA, Silviamar et al. PERCEPTIONS AND NEEDS OF RELATIVES OF PATIENTS HOSPITALIZED IN AN INTENSIVE CARE UNIT. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online**, [S.l.], v. 5, n. 4, p. 622-634, sep. 2013. ISSN 2175-5361. Disponível em:<http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/2309>. Acesso em: 04 may 2019. doi:http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2013.v5i4.622-634.
CASANOVA, Isis Alexandrina; BATISTA, Nildo Alves; MORENO, Lídia Ruiz. A Educação Interprofissional e a prática compartilhada em programas de residência multiprofissional em Saúde. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 22, p. 1325-1337, 2018. Disponível em: <https://www.scielosp.org/article/icse/2018.v22suppl1/1325-1337/>. Acesso em: 10 de Out. de 2018.
CERVO, Arnaldo Luiz; BERVIAN, Pedro Alcino. Roberto da Silva. **Metodologia Científica–6. ed.—São Paulo: Pearson Prentice Hall**, 2007. http://www.aedb.br/seget/arquivos/artigos16/30924343.pdf<.Acesso em: 10 de out. de 2018.
CINTRA, Eliane de Araújo; NISHIDE, Vera Médice; NUNES, Wilma Aparecida. Assistência de enfermagem ao paciente gravemente enfermo. In: **Assistência de enfermagem ao paciente gravemente enfermo**. 2005. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/hfb/roberto_batista.pdf> Acesso em: 08 jun. 2018.
OLIVEIRA, L. C. et al. Cuidar humanizado: descobrindo as possibilidades na prática da enfermagem em saúde mental. **Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online**, v. 7, n. 1, 2015. Disponível em: <https://www.redalyc.org/html/5057/505750945003/>. Acesso em: 10 de Out. de 2018.

COSTA JB, FELICETTI CR, MACEDO COSTA CRL, MIGLIORANZA DC, OSAKU EF, VERSA GLGS, et al. Fatores estressantes para familiares de pacientes criticamente enfermos de uma unidade de terapia intensiva. **J Bras Psiquiatr**. 2010;59(3):182-9>. Acesso em: 10 de Out. de 2018.

COSTA, Álvaro Percínio; POLES, Kátia; SILVA, Alexandre Ernesto. Formação em cuidados paliativos: experiência de alunos de medicina e enfermagem. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 20, p. 1041-1052, 2016. Disponível em: <https://www.scielosp.org/scielo.php?pid=S1414-32832016000401041&script=sci_arttext&tlng=es>. Acesso em: 10 de Out. de 2018.

DA SILVA, Gelson Aguiar et al. Humanização em UTI. **Revista Eletrônica Gestão & Saúde**, v. 7, n. 1, p. ág. 506-517, 2016. https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/5555871.pdf>.Acesso em: 17 de maio de 2018

DA SILVA, Rodrigo Cardoso; DE LIMA BARROS, Cleiciane Vieira. Comunicação terapêutica relacionada ao cuidado humanizado e a segurança do paciente em unidade hospitalar. **Saúde & ciência em ação**, v. 1, n. 1, p. 13-25, 2015. Disponível em: <http://revistas.unifan.edu.br/index.php/RevistaICS/article/view/110>. Acesso em: 10 de Out. de 2018.

DE CARVALHO, Delvandio Oliveira et al. Percepção do profissional de enfermagem acerca do cuidado humanizado no ambiente hospitalar. **Revista interdisciplinar**, v. 8, n. 3, p. 61-74, 2015. Disponível em: <http://revistainterdisciplinar.uninovafapi.edu.br/index.php/revinter/article/view/680>. Acesso em: 10 de Out. de 2018.

DE FARIAS, Flávia Baluz Bezerra 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, 2013. https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4767896>.Acesso em: 17 de maio de 2018

DE JESUS MARTINS, Josiane et al. O acolhimento à família na Unidade de Terapia Intensiva: conhecimento de uma equipe multiprofissional. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 10, n. 4, 2008. Disponível em: https://www.revistas.ufg.br/fen/article/view/46816>. Acesso em 08 de Jun de 2018.

DOS SANTOS, Sergio Valverde Marques et al. Satisfação de clientes e familiares sobre o atendimento em unidade de terapia intensiva. **Arquivos de Ciências da Saúde**, v. 23, n. 3, p. 44-49, 2016.

FERREIRA, Jaqueline. Frágeis deuses: profissionais da emergência entre os danos da violência e a recriação da vida. **Horizontes Antropológicos**, v. 10, n. 21, p. 327-329, 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104=71832004000100017-&script-sci_arttext&tlng=pt>. Acesso em: 08 jun. 2018.

FERREIRA, Laura Ribeiro; ARTMANN, Elizabeth. Discursos sobre humanização: profissionais e usuários em uma instituição complexa de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, p. 1437-1450, 2018. Disponível em: https://www.redalyc.org/html/5057/505750945003/>. Acesso em: 10 de Out. de 2018.

GIL, Antonio Carlos. Como elaborar projetos de pesquisa. São paulo: Atlas, 2006. gil, antô-

nio carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa**, v. 5, 2010.
GOMES, Regina Helena Senff et al. A comunicação do paciente traqueostomizado: uma revisão integrativa. **CEP**, v. 80060, p. 900, 2016.
HERNÁNDEZ RODRIGUEZ, Anita et al. Características epidemiológicas e causas de óbitos em pacientes internados em terapia intensiva. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 69, n. 2, 2016.
LAKATOS, Eva Maria; MARCONI, Marina de Andrade. **Fundamentos da metodologia científica**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2008.
LIMA, Fabiana Santos; DA SILVA, Ana Cláudia Pereira; DE OLIVEIRA SOUZA, Tatiane. OLHAR HUMANIZADO NA PRATICA DO PSICOLOGO NO AMBIENTE HOSPITALAR. **Gep News**, v. 2, n. 2, p. 448-453, 2019. Disponível em: <http://seer.ufal.br/index.php/gepnews/article/view/7936>. Acesso em: 10 de Out. de 2018.

LIMA, Izabel Cristina Araújo Correia de; SANTOS, Sueli Braga dos. **A importância da assistência de enfermagem humanizada em unidade de terapia intensiva**. 2019.
Luiz FF, Caregnato RCA, Costa MR. Humanization in the Intensive Care: perception of family and healthcare professionals. **Rev Bras Enferm [Internet].** 2017;70(5):1040-7.
LUIZ, Flavia Feron; CAREGNATO, Rita Catalina Aquino; COSTA, Márcia Rosa da. Humanização na Terapia Intensiva: percepção do familiar e do profissional de saúde.**Rev. Bras. Enferm.**, Brasília , v. 70, n. 5, p. 1040-1047, Oct. 2017.
MACHADO, Eidiani Radeski; SOARES, Narciso Vieira. Humanização em UTI: sentidos e significados sob a ótica da equipe de saúde. **Revista de Enfermagem do Centro Oeste Mineiro**, v. 6, n. 3, 2016.
MACHADO, Eidiani Radeski; SOARES, Narciso Vieira. Humanização em UTI: sentidos e significados sob a ótica da equipe de saúde. **Revista de Enfermagem do Centro Oeste Mineiro**, v. 6, n. 3, 2016.
MARQUES, Isaac Rosa; DE SOUZA, Agnaldo Rodrigues. Tecnologia e humanização em ambientes intensivos. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 63, n. 1, p. 141-144, 2010. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/2670/267019595024.pdf>. Acesso em: 10 de Out. de 2018.
MAZZARRO, Marilise. **Necessidades de familiares de pacientes internados em unidade de terapia intensiva, uma revisão narrativa.** 2012. Disponível em: <http://bibliodigital.unijui.edu.br:8080/xmlui/handle/123456789/1236>. Acesso em: 08 de Jun de 2018.
MEDEIROS, Lucilene Martorelli Ortiz Petin; BATISTA, Sylvia Helena Souza da Silva. Humanização na formação e no trabalho em saúde: uma análise da literatura. Trabalho, Educação e Saúde, v. 14, n. 3, p. 925-951, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1981-77462016000300925&script=sci_abstract&tlng=es>. Acesso em: 10 de Out. de 2018.
MONDADORI, Aléxia Gabrielly et al. Humanization of physical therapy in an Intensive Care Unit for adults: a cross-sectional study. **Fisioterapia e Pesquisa**, v. 23, n. 3, p. 294-300,

2016.
MONTEIRO, Mayla Cosmo et al. A relação médico-família diante da terminalidade em UTI. **Psicologia Argumento**, v. 33, n. 81, 2017.
NODA, Larissa Midori et al. A humanização em Unidade de Terapia intensiva neonatal sob a ótica dos pais. **REME rev. min. enferm**, v. 22, 2018.
NUNES, Maria Emília Pereira; GABARRA, Leticia Macedo. Percepção de familiares sobre visitas a pacientes e regras em unidade de terapia intensiva. **Arquivos de Ciências da Saúde**, v. 24, n. 3, p. 84-88, 2017.
ORIÁ, Mônica Oliveira Batista; MORAES, Leila Memória Paiva; VICTOR, Janaína Fonseca. A comunicação como instrumento do enfermeiro para o cuidado emocional do cliente hospitalizado. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 6, n. 2, 2004.
PINTO, Adriana Avanzi Marques et al. Métodos de ensino na graduação em enfermagem: uma revisão integrativa da literatura. **CIAIQ2016**, v. 1, 2016. Disponível em: <http://proceedings.ciaiq.org/index.php/ciaiq2016/article/view/693>. Acesso em: 10 de Out. de 2018.
Pontes EP, Couto DL, Lara HMS, Santana JCB. Comunicação não verbal na unidade de terapia intensiva pediátrica: percepção da equipe multidisciplinar. **REME - Rev Min Enferm**. 2014[citado em 2016 ago. 19];18(1):152-7.
RIBEIRO, Kaiomakx Renato Assunção et al. Dificuldades encontradas pela enfermagem para implementar a humanização na unidade de terapia intensiva. **Rev. enferm. UFPI**, v. 6, n. 2, p. 51-56, 2017.
RICHARDSON, Roberto Jarry et al. Pesquisa social: métodos e técnicas. 14. reimpr. **São Paulo: Atlas**, 2012.
ROCHA, Elisiane do Nascimento da; LUCENA, Amália de Fátima. Projeto Terapêutico Singular e Processo de Enfermagem em uma perspectiva de cuidado interdisciplinar.Rev. Gaúcha Enferm., Porto Alegre , v. 39, e2017-0057, 2018 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472018000100500&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 22 out. 2018.
RODRIGUES, Ticiana 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: 10 de Out. de 2018.
ROSA, Beatriz Angelo et al. Estresse de familiares PACIENTES na unidade de terapia intensiva: estudo comparativo entre duas instituições. 2016.
SANTOS, Deise Godoes; CAREGNATO, Rita Catalina Aquino. Familiares de pacientes em coma internados na Unidade de Terapia Intensiva: percepções e comportamentos.**Rev. Eletr. Enf.**, , v. 15, n. 2, p. 487-495, jun. 2013 . Disponível em <http://www.revenf.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1518-19442013000200023&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 04 maio 2019.
SANTOS, Renata Maria Eloi dos et al. Pain and musculoskeletal discomfort in physiotherapists of the intensive care unit and ward of a university hospital: a retrospective cohort study. BrJP, v. 1, n. 2, p. 127-133, 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?-

pid=S2595-31922018000200127&script=sci_arttext&tlng=pt>. Acesso em: 10 de Out. de 2018.
SANTOS, Sergio Valverde Marques dos et al. SATISFAÇÃO DE CLIENTES E FAMILIARES SOBRE O ATENDIMENTO EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA. **Arquivos de Ciências da Saúde**, [S.l.], v. 23, n. 3, p. 44-49, nov. 2016. ISSN 2318-3691.
SANTUZZI, Cíntia Helena et al. Aspectos éticos e humanizados da fisioterapia na UTI: uma revisão sistemática. Fisioterapia em Movimento, v. 26, n. 2, 2017. Disponível em: <https://periodicos.pucpr.br/index.php/fisio/article/view/21553>. Acesso em: 10 de Out. de 2018.
SCHIMITH MD, SIMON BS, BRETAS ACP, BUDO MLD. Relações entre profissionais de saúde e usuários durante as práticas em saúde. Trab Educ Saúde. 2011[citado em 2016 jan. 15];9(3):479-503. Disponível em: http://www. scielo.br/pdf/tes/v9n3/v9n3a08.pdf
SILVA, Isabella Navarro et al. Conhecendo as práticas de cuidado da equipe de enfermagem em relação ao cuidado na situação de final de vida de recém-nascidos. Escola Anna Nery Revista de Enfermagem, v. 21, n. 4, p. 1-8, 2017.
SILVA, Michelly Rita da et al. ORIENTAÇÕES DO ENFERMEIRO AOS FAMILIARES DURANTE A VISITA EM UMA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA. **Revista Eletrônica Estácio Saúde**, v. 7, n. 1, p. 40-48, 2018.
SIQUEIRA AB, FILIPINI R, POSSO MBS, FIORANO AMM, GONÇALVES SA. Relacionamento enfermeiro, paciente e família: fatores comportamentais associados a qualidade da assistência. Arq Med ABC 2006;31(2):73-7.>.Acesso em: 10 de Março de 2019.
SIQUEIRA, Amanda Batista et al. Relacionamento enfermeiro, paciente e família: fatores comportamentais associados à qualidade da assistência. Arquivos Médicos do ABC, v. 31, n. 2, 2006. Disponível em: < http://portalnepas.org.br/amabc/article/view/243>. Acesso em: 10 de Out. de 2018.
SOUZA DOS SANTOS, Jane Keyla et al. O CONFORTO DOS FAMILIARES DE INTERNADOS EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA. **Journal of Nursing UFPE/Revista de Enfermagem UFPE**, v. 10, n. 10, 2016.
SOUZA, Elislaine Cristina Pereira de; ARAUJO, Tereza Cristina Cavalcanti Ferreira de. Percepção sobre Formação em Residência na Área da Saúde: Necessidades, Expectativas e Desafios. Revista da SBPH, v. 21, n. 1, p. 36-55, 2018. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1516-08582018000100003&script=sci_abstract&tlng=en>. Acesso em: 10 de Out. de 2018.
TEIXEIRA, Larissa Borges et al. Estresse ocupacional na enfermagem atuante na unidade de terapia intensiva. **Investigación en Enfermería: Imagen y Desarrollo**, v. 19, n. 2, p. 195-212, 2017. Disponível em:
<https://revistas.javeriana.edu.co/index.php/imagenydesarrollo/article/view/10494>. Acesso em: 10 de Out. de 2018.
TRUPPEL, Thiago Christel et al. Sistematização da assistência de enfermagem em unidade de terapia intensiva. Revista brasileira de enfermagem, v. 62, n. 2, 2009. Disponível em: < https://www.redalyc.org/html/2670/267019600008/>. Acesso em: 10 de Out. de 2018.

VALENTE, Camila Oliveira et al. Conforto familiar a um parente internado na unidade de terapia intensiva. **Revista Baiana de Enfermagem**, v. 31, n. 2, 2017.
Villa LLO; Silva JC; Costa FR; et al. A percepção do acompanhante sobre o atendimento humanizado em unidade de terapia intensiva pediátrica. Rev Fund Care Online. 2017 jan/mar; 9(1):187-192.
VOLPATO, YOLANDA GUIMARÃES FONTANA; MARTINS, MARIA DO ROSÁRIO. Avaliação da qualidade de vida da equipe de enfermagem da UTI geral de um hospital filantrópico no interior do Paraná. **REVISTA UNINGÁ**, v. 36, n. 1, 2017.

SOBRE O AUTOR

Graduado em Enfermagem pela Faculdade do Bico do Papagaio - FABIC (2013), Especialista em Enfermagem Intensiva e Enfermagem em Urgência e Emergência pela Faculdade de Ciências de Wenceslau Braz – FACIBRA (2015), Especialista em Enfermagem em UTI pela Faculdade de Ciências de Wenceslau Braz – FACIBRA (2015), Especialista em Saúde Mental pela Faculdade do Bico do Papagaio - FABIC (2021), Especialista em Docência do Ensino Superior pela Faculdade do Bico do Papagaio - FABIC (2021), Mestre em Saúde Pública nos Trópicos pela Universidade Federal do Tocantins - UFT (2020), Doutorando no Programa de Pós-Graduação em Medicina Tropical e Saúde Pública (PPGMTSP), na Universidade Federal de Goiás - UFG.

Docente do curso de Enfermagem da Universidade Estadual do Tocantins - UNITINS, e docente do curso de medicina da Universidade Estadual da Região Tocantina do Maranhão - UEMASUL. Foi docente no curso de Pós-graduação Lato sensu do Instituto Nordeste de Educação Superior e Pós-graduação - INESPO (2017-2019).

Atualmente é vice-coordenador do Grupo de Pesquisa em Doenças Infecciosas e Negligenciadas DIN / UNITINS, na linha de pesquisa Epidemiologia de doenças transmissíveis e vigilância epidemiológica, com foco em hanseníase, dengue, tuberculose e leishmaniose visceral. Membro do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), da Universidade Estadual do Tocantins - UNITINS.

ÍNDICE REMISSIVO

A

âmbito biopsicossocial 8
apoio ao familiar 7, 9
assistência 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 25, 27, 28, 29, 30, 32, 33, 34, 37, 39
assistência humanizada 7, 8, 9, 10, 12, 13, 14, 25, 28, 30, 33, 34
atendimento 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 17, 18, 25, 26, 28, 29, 30, 32, 33, 34, 36, 40

B

bem-estar 8, 9, 12, 13, 30, 34

C

comportamentos 9, 38
compromissos 9
comunicação da equipe com o paciente 8, 28
confiança 9, 12, 26, 30
conforto do paciente 8
cotidiano do paciente 9
cuidado ao paciente 8
cuidados de saúde 9, 12, 33
cuidados em saúde 7, 8, 13, 15
cuidar 8, 26, 33

E

enfermagem 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 14, 15, 24, 25, 28, 29, 34, 35, 36, 37, 38, 39
enfermagem humanizada 8, 9, 37
equipe de enfermagem 7, 9, 11, 12, 24, 25, 26, 28, 29, 30, 33, 34, 38, 39, 40
equipe multiprofissional especializada 8
estímulos estressantes 9

F

família 7, 8, 9, 10, 12, 13, 14, 16, 25, 26, 29, 30, 34, 36, 38, 39

G

gravidade do paciente 9

H

humanização 6, 7, 8, 9, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 36, 37, 38

I

importância da comunicação 7, 10, 28

O

obrigações 9

P

pacientes graves 7, 8
pacientes internados 7, 9, 10, 22, 25, 26, 27, 34, 37
papel do enfermeiro na UTI 8
prevenir 8, 11, 21
processo de enfrentamento da doença 9
processo de humanização 7, 10, 15, 30
processo de internação 9, 12, 26, 27
profissionais capacitados 8
profissionais de saúde 8, 9, 16, 18, 28, 36, 39
promoção da saúde 8, 14
promoção do acolhimento 7
promover 8, 9, 16
proteger 8

Q

quadro clínico 9, 28, 30, 33

R

recuperação 7, 9, 14, 15, 26, 27, 28, 33, 34
recuperar 8, 17
relação paciente x doença 9
relacionamento interpessoal 7, 8, 33
respeito à individualidade da pessoa 8
respeito ao ser humano 8
respeito à vida humana 9
respeito ético 8

S

saúde da população 9
saúde-doença 9, 14, 15, 17
sentimentos 9, 25
sofrimento da hospitalização 8

T

tecnologia 7, 8, 10, 18, 34
terapêutica 9, 24, 36
tomada de decisões 9, 12
tratamento 7, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 19, 30, 34
tratamentos especializados 7, 8
tratar 8, 20

U

Unidades de Terapia Intensiva (UTI) 7

editoraomnisscientia@gmail.com
https://editoraomnisscientia.com.br/
@editora_omnis_scientia
https://www.facebook.com/omnis.scientia.9
+55 (87) 9656-3565

EDITORA
OMNIS SCIENTIA

editoraomnisscientia@gmail.com
https://editoraomnisscientia.com.br/
@editora_omnis_scientia
https://www.facebook.com/omnis.scientia.9
+55 (87) 9656-3565