

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
ESCOLA DE ENFERMAGEM**

YOSLAYDIS ABREU LUQUE

**HUMANIZAÇÃO NA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM EM
UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA: uma revisão integrativa**

Porto Alegre

2009

YOSLAYDIS ABREU LUQUE

**HUMANIZAÇÃO NA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM EM
UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA: uma revisão integrativa**

Trabalho de Conclusão apresentado ao
Curso de Enfermagem da Escola de
Enfermagem da Universidade Federal do
Rio Grande do Sul, como requisito parcial
para obtenção do título de Enfermeiro.

Orientador: Prof^a Dr^a Maria da Graça
Oliveira Crossetti

Porto Alegre

2009

AGRADECIMENTOS

A minha orientadora, Professora Dr^a. Maria da Graça Oliveira Crossetti, por ter me acolhido sem pensar duas vezes, pela sua compreensão e credibilidade depositada em mim durante o desenvolvimento deste trabalho e por ensinar os caminhos para o desenvolvimento deste.

A meus pais Alberto e Cecília, por todo que eu sou e me ensinarem que por mais difícil que seja determinada atividade não devo desistir nunca. A meu esposo Marco Aurélio por se mostrar sempre disponível, pela paciência e compreensão. A Nani por ter me ajudado incondicionalmente a cuidar de meu filho para poder realizar este trabalho.

A todas as pessoas da escola de Enfermagem da Universidade Federal Rio Grande do Sul que me acolheram e me ajudaram a superar as barreiras do idioma.

Ao Brasil por ter me acolhido e apresentado o mundo globalizado.

Agradeço a Deus por ter me dado forças e determinação para não desistir mesmo nos momentos mais difíceis.

RESUMO

Trata-se de um estudo que tem como objetivo caracterizar as estratégias de humanização na assistência de enfermagem em UTI após a implantação do Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH) e ou do Humaniza SUS. A metodologia utilizada para a realização deste estudo foi uma revisão integrativa da literatura proposta por Cooper (1982). Os procedimentos metodológicos da revisão integrativa adotada neste estudo se deram em cinco etapas: formulação do problema, coleta de dados, avaliação dos dados, análise e interpretação dos dados e apresentação dos resultados. Na coleta de dados foram selecionado 13 artigos científicos nas bases de dados Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciência e Saúde (LILACS), Scientific Electronic Library Online (SCIELO) e Base de Dados Bibliográfica Especializada na Área de Enfermagem (BDENF) publicados no período de 2000 a 2008. Nos resultados constatou-se que: na região Sul do país, foram desenvolvidos 5 (38,46%) estudos; na região sudeste 4 (30,76%) estudos; na região centro-oeste 3 (23,07%) estudos; e nordeste um (7,69%) estudo, concentram-se no período de 2006 a 2008 com frequência de 11 (84,61%). Quanto às estratégias e ou ações humanizadas que foram desenvolvidas em UTI após a criação do PNHAH e do Programa Humaniza SUS, no ano de 2000, entre os 13 artigos foram implementados: a integração e valorização da família no cuidado do paciente (8 artigos); a sistematização das informações aos familiares dos pacientes (5 artigos); o oferecimento de um cuidado holístico e individualizado (6 artigos); o diálogo com pacientes (5 artigos), o respeito da privacidade do paciente (4 artigos); o condicionamento do ambiente (4 artigos); a flexibilização do horário de visitas (4 artigos); o toque do paciente de forma afetiva (3 artigos); o acolhimento de pacientes e familiares (2 artigos); o conforto físico (2 artigos); e empatia para com o paciente e/ou familiar entretenimento e lazer (1 artigo).

Descritores: UTI, Humanização, Cuidados, Enfermagem

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Tabela 1 - Freqüência e porcentagem dos periódicos.....	20
Tabela 2 - Freqüência e porcentagens dos estudos por região do país.....	21
Tabela 3 -Freqüência e porcentagem do período dos artigos.....	21
Tabela 4 - Freqüência e porcentagem das características dos participantes dos estudos analisados.....	22
Quadro 1 - Objetivo e autores dos artigos sobre humanização na assistência de Enfermagem emUTI.....	23
Tabela 5 -Freqüência e porcentagem dos tipos de metodologias empregadas nos artigos analisados.....	24
Quadro 2 - Estratégias de humanização da assistência em UTI.....	25
Figura 1 - Elementos estruturais para o desenvolvimento de estratégias assistenciais de humanização em UTI.....	30
Quadro 3 - Estratégias de humanização da assistência em UTI.....	31
Tabela 6 -Freqüência e porcentagem dos artigos que fizeram recomendações para enfermagem.....	36

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	6
2 OBJETIVO	11
3 CONTEXTUALIZANDO A HUMANIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NA UTI	12
4 METODOLOGIA.....	16
4.1 Tipo de estudo	16
4.2 Primeira etapa: formulação do problema	16
4.3 Segunda etapa: coleta de dados	17
4.4 Terceira etapa: avaliação dos dados	18
4.5 Quarta etapa: análise e interpretação dos dados	18
4.6 Quinta etapa: apresentação dos resultados	19
4.7 Aspectos éticos	19
5 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	20
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	38
REFERÊNCIAS.....	40
APÊNDICE A - Instrumento para avaliação dos estudos	43
APÊNDICE B – Quadro sinóptico	44

1 INTRODUÇÃO

O resgate ao cuidado humano tem sido preocupação de diferentes disciplinas do conhecimento desde a Segunda Grande Guerra Mundial, momento em que a condição humana teve aviltada, de modo expressivo, seus existenciais básicos, crenças, valores e a própria dignidade humana, na medida em que inúmeras foram as atrocidades sofridas pelo ser humano (CROSSETTI, 1997).

Nesta perspectiva e em específico no que se refere à necessidade de qualificar os serviços prestados à população em cumprimento ao determinado na Constituição Brasileira (BRASIL, 1988) e aos princípios que orientam o Sistema Único de Saúde – SUS, que o Ministério da Saúde - MS, através do então Ministro da Saúde José Serra, determinou como conceito essencial e central a Humanização da Assistência a Saúde cujos pressupostos deveriam estabelecer as diretrizes para todas as ações ou estratégias de atenção, indiferente da realidade de saúde (BRASIL, 2001).

Neste contexto, visando dar concretude a esse pensar o MS definiu conceitos, pressupostos, princípios, e estratégias, criando o Programa Nacional de Humanização na Assistência Hospitalar (PNHAH) como base para as atividades desenvolvidas nas diferentes instâncias do SUS (BRASIL, 2001).

O PNHAH propõe um conjunto de ações integradas que visam mudar o padrão de assistência ao usuário nos hospitais públicos do Brasil, melhorando a qualidade e a eficácia dos serviços hoje prestados por estas instituições, uma vez que tem como objetivo fundamental aprimorar as relações entre profissional de saúde e usuário, dos profissionais entre si, e do hospital com a comunidade. Ao valorizar a dimensão humana e subjetiva, presente em todos os momentos de assistência à saúde, o PNHAH aponta para uma reorientação dos hospitais públicos, visando uma estrutura organizacional mais moderna, dinâmica e solidária, em condições de atender às expectativas de seus gestores e da comunidade (BRASIL, 2001).

A humanização pressupõe princípios éticos porque implicam nas atitudes dos usuários, gestores e profissionais de saúde comprometidos e co-responsáveis; estéticos porque é relativo ao processo de produção da saúde e de subjetividades autônomas e protagonistas, o que exige a participação efetiva do usuário com sua

singularidade, assim como também se relaciona ao modo existencial dos profissionais de saúde neste atendimento, ou seja, são seres humanos e políticos porque se refere à organização social e institucional das práticas de atenção e gestão na rede do SUS. O compromisso ético-estético-político do Programa de Humanização do SUS se assenta em valores como: autonomia, os usuários são seus protagonistas; co-responsabilidade entre estes, solidariedade dos vínculos estabelecidos; direitos dos usuários e da participação coletiva no processo de gestão (BRASIL, 2001).

Os principais objetivos do PNHAH em sua primeira edição, no projeto piloto, foram: a) deflagrar um processo de humanização nos serviços, de forma vigorosa e profunda, de modo a provocar mudanças progressivas, sólidas e permanentes na cultura de atendimento à saúde, em benefício tanto dos usuários-clientes quanto dos profissionais; b) produzir um conhecimento específico acerca das instituições campos de implantação do programa, sob a ótica da humanização no atendimento, de forma a colher subsídios que favoreçam a disseminação da experiência para os demais hospitais que integram o serviço de saúde pública no Brasil (BRASIL, 2001).

O PNHAH tendo em vista a definição de estratégias humanizadoras foi substituído por uma perspectiva transversal, constituindo uma política de assistência e não mais um programa específico o que deu origem à Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão no Sistema Único de Saúde, o chamado Humaniza SUS (BRASIL, 2004).

Analisando o verbo humanizar na sua mais profunda essência, percebe-se que, embora faça parte da filosofia de enfermagem, a humanização da assistência é um aspecto a ser trabalhado com iniciativas a curto, médio e longo prazo (SALÍCIO; GAIVA, 2006).

A humanização na assistência compreende a busca contínua do conforto físico, psíquico e mental diante das necessidades dos pacientes, de suas famílias e da própria equipe de saúde que os assiste, em conformidade com as relações que se estabelecem (DESLANDES, 2006).

A humanização é definida por Vila e Rossi (2002) como atitudes que visam, principalmente, proporcionar ao indivíduo criticamente doente uma assistência efetiva, contemplando-o como um ser biopsicossocioespiritual. Neste contexto, a humanização ou as maneiras humanizadas de se cuidar não depende de hora ou do momento, mundo ou ambiente da enfermagem, pois sendo um dos construtos do

cuidado deve ser apropriada pelos profissionais e se fazer presente em qualquer contexto.

Neste sentido a Unidade de Terapia Intensiva (UTI) dos hospitais é um dos ambientes de cuidado que, por sua natureza, é imperativo a aplicação dos princípios da humanização. Isto porque os pacientes que internam nessa unidade se caracterizam por estar em graves condições de saúde, não raro em estado de inconsciência, o que exige muitas vezes aparatos tecnológicos complexos como monitores, respiradores, diferentes tipos de sondas e cateteres e seu controle hemodinâmico é contínuo. Assim a UTI é um ambiente em que estar para a morte é uma condição existencial comum em seu cotidiano.

Acredita-se que esses aspectos, não raros somados a dificuldades quantitativas e qualitativas de profissionais de enfermagem, à carência de materiais e/ou equipamentos, recursos físicos inadequados, interferem e determinam o modo como as relações ou encontros de cuidado acontecem na UTI. Neste ambiente de cuidado acredita-se que sentimentos como a preocupação, o medo, a ansiedade, a angústia dentre outros são condições existenciais vivenciadas pelos pacientes e familiares nesse mundo do cuidado que para eles têm o significado de estar para a morte a qualquer momento segundo Bolela e Jerico (2006). De acordo com os mesmos autores esses sentimentos tendem a se intensificar nos familiares quando o desconhecimento da evolução clínica de seu paciente e ou aguardam respostas, por vezes esperançosas, da equipe de saúde que tardam ou nem sempre acontece. Os pacientes se deparam com outros indivíduos em estados de saúde tanto quanto ou mais graves que o seu, com os quais compartilham o mesmo box na UTI, o que faz com que fiquem mais apreensivos e com medo de morrer, pois se percebem nestes como seres humanos que são. O distanciamento de sua rotina diária e do contato contínuo com seus familiares, próprios de um ambiente como o da UTI, soma-se a estas situações que por si só caracterizam a necessidade de cuidados especiais ao paciente que nele está e aos seus familiares muito apreensivos com a possibilidade da perda de um ser querido (BOLELA; JERICÓ, 2006).

Cria-se uma situação de vulnerabilidade vivida pelo paciente, considerando seu afastamento das atividades profissionais e familiares, a dor física e psicológica. Esse processo de separação do mundo acarreta importantes mudanças nos hábitos de alimentação, de higiene, sono e repouso (FAQUINELLO; DIOZ, 2007).

Nesse sentido, o paciente precisa ser respeitado e ter atendidas suas necessidades e direitos. Para isso é necessária a manutenção de sua individualidade e privacidade, a presença da família e de profissionais que o acolham e o façam sentir-se o mais confortável possível, assim como o respeito a suas crenças, culturas, dúvidas e opiniões acerca de seu tratamento (BOLELA; JERICÓ, 2006).

Segundo Casate e Corrêia (2005), na área da saúde, humanizar é ir além da competência tecnicocientífica-política dos profissionais, além de compreender também o desenvolvimento da competência das relações interpessoais que precisam estar presentes no respeito humano, no respeito à vida, na solidariedade e na percepção das necessidades dos sujeitos envolvidos.

A humanização abrangentemente, além de melhorar o tratamento intersubjetivo, trata de incentivar, por todos os meios possíveis, a união e colaboração interdisciplinar de todos os envolvidos, dos gestores, dos técnicos e dos funcionários, assim como a organização para a participação ativa e militante dos usuários nos processos de prevenção, cura e reabilitação segundo Oliveira; Collet; Viera (2006). Estes autores ainda acrescentam que humanizar não é apenas amenizar a convivência hospitalar, senão, uma grande ocasião para organizar-se na luta contra ações desumanizantes, quaisquer que sejam as formas que a mesma adote.

Por outro lado, é importante considerar que o desempenho da equipe de enfermagem está atrelado aos mesmos fatores geradores de estresse. Dentro dos setores hospitalares, a UTI é um dos locais onde a equipe de enfermagem lida com situações que geram muita ansiedade em virtude da constante expectativa de situações de emergência, da alta complexidade tecnológica e da imprevisibilidade, gerando uma atmosfera emocionalmente comprometida, tanto para os profissionais como para os pacientes e seus familiares (SILVA; SANCHES; CARVALHO, 2007).

Neste contexto destaca-se também a equipe de saúde e no caso, a de enfermagem, que, enquanto seres humanos que também o são, acredita-se vivenciam sofrimentos psíquicos e físicos determinados pela natureza do mundo do cuidado de uma UTI, pois diferentes são os enfrentamentos que têm no cuidado ao paciente e familiares, o que acaba por comprometer suas condições para o exercício qualificado de sua prática profissional. Pensa-se que os estados de tensão,

ansiedade, angústia e outros desequilíbrios biopsicossociais compreendem determinantes dos altos índices de absenteísmo na área.

Assim, a humanização inclui também o cuidador. Segundo Casate e Corrêia (2005), se a equipe de enfermagem for vista como elemento fundamental para humanização, é possível apontar alguns meios mais subjetivos relacionados à atitude do profissional para humanizar a assistência.

É importante ressaltar que os profissionais que compõe a equipe de enfermagem devem estar em condições emocionais de trabalhar com os pacientes e seus familiares. O ser humano, em sua essência, é dotado de sentimentos e emoções, o que o torna sensível ao sofrimento alheio. Quando o cuidado envolve pessoas com a possibilidade de morte iminente ou fora de possibilidades terapêuticas de cura, geralmente leva os profissionais a perceberem a sua própria finitude, afastando-os ainda mais desse convívio como uma forma de autoproteção (SILVA; SANCHES; CARVALHO, 2007).

Além destes, podem existir outros fatores que contribuem para o estresse da equipe, tais como: excessiva valorização da tecnologia, baixa remuneração, sobrecarga de trabalho, insuficiência de recursos humanos e materiais e problemas de ordem pessoal, os quais interferem na qualidade da assistência prestada (BOLELA; JERICÓ, 2006).

Assim, considerando a problemática acima descrita bem como minhas vivências como acadêmica e enfermeira em UTIs no âmbito nacional e no exterior busco com este estudo caracterizar as estratégias de humanização na assistência de enfermagem em UTI após a implantação do PNHAH e ou do Humaniza SUS.

Acredita-se ser relevante estudar a humanização da assistência de enfermagem na UTI, tendo-se como marco o PNHAH, visando-se desvelar as estratégias que foram implementadas pelos enfermeiros. Os resultados deste estudo podem servir de motivação para a construção e desenvolvimento de programas com foco na humanização que tenham como população alvo pacientes e seus familiares e cuidadores de enfermagem.

2 OBJETIVO

Considerando o tema proposto, descreve-se a seguir o objetivo deste estudo:
Caracterizar as estratégias de humanização na assistência de enfermagem em UTI após a implantação do PNHAH e ou do Humaniza SUS.

3 CONTEXTUALIZANDO A HUMANIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NA UTI

O Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH), ao ser iniciado com o objetivo de implementar os princípios do cuidado humanizado nas instituições hospitalares da rede pública e privada conveniadas com o SUS, exigiu a definição de estratégias humanizadoras de modo a dar concretude às ações previstas em diferentes estados do país (BRASIL, 2004).

Neste contexto foram formados Grupos de Capacitadores, distribuídos por todas as regiões do Brasil, sendo eles responsáveis pela divulgação da Política Nacional de Humanização no âmbito de cada região. Estes grupos, para consolidar essa política de humanização, criaram um instrumento fundamental, a Rede Nacional de Humanização cuja função primordial é o intercâmbio de informações. Esta Rede conta com um portal, no qual, além de se obter informações sobre humanização e o andamento do Programa, pessoas e hospitais interessados podem se cadastrar para receber mais informações via e-mail, tais como eventos, textos relativos à humanização bem como relatar suas experiências na implantação de ações humanizadoras e proporcionar o contato com profissionais capacitados para darem supervisão aos hospitais interessados em humanização via internet (BRASIL, 2004).

Constata-se que outras iniciativas também estão sendo realizadas em nome da humanização, tais como: ampliação de mecanismos de informação e comunicação, através da criação dos Serviços de Atendimento ao Cliente (SAC), da incriminação de Ouvidorias nas direções Regionais de Saúde, hospitais e ambulatórios de especialidades estaduais, que têm a função de garantir o direito de reclamação, recebendo e investigando queixas de cidadãos, com relação ao mau atendimento em órgãos públicos segundo Fortes (2004). De acordo com esse autor estas iniciativas de humanização podem auxiliar na melhoria da qualidade do serviço prestado e garantir os direitos do cidadão-usuário do serviço público.

Segundo Oliveira, Collet e Viera (2006), para a implementação de uma assistência mais humanizada é preciso valorizar a dimensão subjetiva e social em todas as práticas de atenção à saúde, fortalecer o trabalho em equipe multiprofissional, fomentar a construção de autonomia e protagonismo dos sujeitos,

fortalecer o controle social com caráter participativo em todas as instâncias e valorizar os profissionais de saúde.

Para isso o Humaniza SUS preconiza três macros objetivos: ampliar as ofertas da Política Nacional de Humanização aos gestores e aos conselhos de saúde, priorizando a atenção básico-fundamental e hospitalar, com ênfase nos hospitais de urgência e universitários; incentivar a inserção da valorização dos trabalhadores do SUS na agenda dos gestores, dos conselhos de saúde e das organizações da sociedade civil; divulgar a Política Nacional de Humanização e ampliar os processos de formação e produção de conhecimento em articulação com movimentos sociais e instituições (BRASIL, 2004).

Esta proposta do Humaniza SUS apresenta algumas diferenciações em relação às anteriores ao incluir no conceito de humanização empregado, além dos direitos dos usuários e do cuidado do cuidador, destaca a necessidade da melhoria de aspectos organizacionais do sistema e dos serviços de saúde, pois são fundamentais para proporcionar adequadas condições para o desenvolvimento de medidas humanizadoras (FORTES, 2004).

Com o Humaniza SUS as instituições intensificam a implementação de estratégias ou ações de humanização em diferentes áreas ou serviços hospitalares, é neste contexto que dentre outras, se insere as UTI considerando a natureza do cuidado nela prestado. Acredita-se que o desenvolvimento de tecnologias de ponta tem provocado mudanças na vida dos homens, nos seus comportamentos, em suas crenças e culturas, afetando vários segmentos na estruturara hospitalar. Seu maior impacto foi na UTI, local onde por sua natureza, essas características se concentram, colocando o aspecto humano muitas vezes num segundo plano (MERCÊS; ROCHA, 2006).

As UTI surgiram da necessidade de aperfeiçoamento tecnológico e humano para a assistência de pacientes potencialmente graves e são consideradas como um dos locais mais agressivos e tensos do hospital, pois é um local onde a morte é uma constante (SILVA; SANCHES; CARVALHO, 2007).

Estas unidades são setores totalmente diferentes de outras unidades de internação e, sobretudo, do ambiente residencial do sujeito doente e seus familiares. Caracterizam-se por ambiente de aparelhagens múltiplas, desconforto, impessoalidade, falta de privacidade, dependência da tecnologia, distanciamento da vida social, dentre outros. O cuidado ainda é orientado pelo modelo biomédico, cuja

atenção está principalmente voltada para a patologia e para os procedimentos técnicos (NASCIMENTO; TRENTINI, 2004).

Diante disso, pode-se perceber que a UTI, por suas características, é um ambiente gerador de estresse para paciente, familiares e profissionais da equipe da saúde que ali trabalha em especial para a equipe de enfermagem.

O paciente internado nesta unidade fica isolado bruscamente de seu modo de viver, tem abalado sua independência, pois passa a depender de outras pessoas para realizar atividades simples e cotidianas como se alimentar, se movimentar ou realizar sua higiene. Assim deixa de exercer sua autonomia e passa a ser um sujeito objeto, muitas vezes por não poder escolher e opinar sobre o cuidado. Estes elementos, somados ao afastamento de seus familiares, são fatores que potencializam a sua ansiedade (MERCÊS; ROCHA, 2006).

Para Salicio e Gaiva (2006) a exposição intensa do paciente a estímulos dolorosos, luz contínua, e o confronto com procedimentos clínicos invasivos são elementos que também contribuem para hostilizar o ambiente nas unidades de terapia intensiva.

Diante desta situação, cabe à equipe de enfermagem acolher estes pacientes fazendo-os sentir o mais confortável possível, respeitando suas crenças, culturas e opiniões acerca de seu tratamento, e esclarecendo suas dúvidas (BOLELA; JERICÓ, 2006).

A família neste contexto também deve ser considerada uma extensão do paciente como forma de expressar o valor humano. A maioria das vezes, com a internação de um familiar numa UTI a organização dos papéis de cada membro da família tende a se desestruturar, colocando-os em uma situação de fragilidade diante do medo da perda de um ente querido, o que faz necessário que a equipe de enfermagem realize uma intervenção junto ao familiar, dando-lhe espaço para expor suas dúvidas, medos e sentimentos em relação à internação. É preciso também garantir que as famílias se sintam apoiadas e participativas no tratamento do paciente conforme referem Bolela e Jericó (2006).

Considera-se importante que as informações prestadas sejam clara, concisa e com linguagem apropriada, para permitir que os familiares perguntem e digam o que pensam e sentem, bem como, incentivá-los a falar sobre a situação. A equipe deve evitar termos técnicos e de difícil compreensão, porém isso não significa que devam utilizar termos incorretos ou imprecisos. Outro aspecto importante é a

personalização do atendimento, criando assim um vínculo entre os familiares e a equipe da UTI o que leva a uma relação de maior confiança (GOTARDO; SILVA, 2005).

O contato com os familiares causa também sofrimento para a equipe de enfermagem. Não raro, os familiares costumam projetar os sentimentos de depressão e angústia causados pela internação de seu parente nos cuidadores de enfermagem. Isso ocorre principalmente quando eles vivenciam momentos de tensão, como por exemplo, quando o seu parente tem piora do quadro clínico e são declarados pacientes terminais (SHIMIZU; CIAMPONE, 2002).

A insatisfação da equipe de enfermagem em relação aos padrões rígidos e, muitas vezes, autoritários, adotados nas instituições é outro aspecto importante a ser destacado. Esta situação vem sendo modificada pela implantação da Política de Humanização Hospitalar, que enfoca a implantação de uma cultura humanista e democrática, na qual todos os trabalhadores precisam ser ouvidos, o que favorece a valorização do ser humano (AMESTOY; SCHWARTZ; THOFEHRN, 2006).

Ante todo o exposto se pode observar que, para a implementação de um cuidado mais humanizado é necessário valorizar a dimensão subjetiva e social em todas as práticas de atenção à saúde e fortalecer o trabalho em equipe multiprofissional. É preciso também fomentar a construção de autonomia e protagonismo dos sujeitos, fortalecer o controle social com caráter participativo em todas as instâncias e valorizar os profissionais de saúde (OLIVEIRA; COLLET; VIERA, 2006).

4 METODOLOGIA

A metodologia utilizada para a realização deste estudo é descrita a seguir.

4.1 Tipo de estudo

O presente estudo trata-se de uma revisão integrativa da literatura proposta por Cooper (1982). Este referencial metodológico foi escolhido devido à facilidade de operacionalização das etapas de sua metodologia. Esta metodologia agrupa os resultados obtidos de pesquisas primárias sobre o mesmo assunto, com o objetivo de sintetizar e analisar esses dados para desenvolver uma explicação mais abrangente de um fenômeno específico (COOPER, 1982).

Os procedimentos metodológicos da RI adotada neste estudo se deram em cinco etapas: *formulação do problema, coleta de dados, avaliação dos dados, análise e interpretação dos dados e apresentação dos resultados.*

4.2 Primeira etapa: formulação do problema

Esta etapa deu-se a partir da formulação da questão norteadora permitindo identificar o propósito da revisão, facilitando a definição dos critérios de inclusão e de exclusão, extração e análise das informações. Face ao objetivo deste estudo, a formulação do problema deu-se através da seguinte questão norteadora: *Que estratégias e ou ações humanizadas foram desenvolvidas na UTI após a criação do PNHAH e ou do Humaniza SUS?*

4.3 Segunda etapa: coleta de dados

Nesta etapa se definiu as bases de dados, os descritores segundo a Bireme e ou palavras chaves, os critérios de inclusão e de exclusão e o período de busca dos artigos científicos.

As bases de dados eletrônicas utilizadas para busca dos artigos científicos foram a Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciência e Saúde (LILACS), a Scientific Electronic Library Online (SCIELO) e a Base de Dados Bibliográfica Especializada na Área de Enfermagem (BDENF) devido à confiabilidade, atualização dos periódicos indexados e por conterem publicações nacionais de enfermagem em idioma português.

Os critérios de inclusão estabelecidos para a seleção dos artigos científicos que constituíram a amostra deste estudo foram: artigos de enfermagem publicados em periódicos nacionais que abordaram a temática da Humanização em UTI adulto; publicados em idioma português; no período de 2000 a 2008, resultante de pesquisas primárias e ou secundárias, relatos de experiência, estudos teóricos; artigos com acesso livre on-line em texto completo e sem custos para ter acesso. O marco inicial para a busca foi estabelecido porque neste ano foi criado o Programa Nacional de Humanização na Assistência Hospitalar (PNHAH).

Ao aplicar-se os critérios de exclusão foram excluídos artigos que não abordavam a temática humanização em UTI adulto, que não responderam à questão norteadora, sem aceso on-line, e artigos que não estavam em língua portuguesa.

Na primeira pesquisa foram utilizados os descritores *Humanização da Assistência, Unidade de Terapia Intensiva, Cuidados de Enfermagem*; encontrou-se nas base de dados: SCIELO quatro (4) artigos; BDENF quarenta e nove (49) artigos e na LILACS cinqüenta e três artigos (53) dos quais 38 artigos encontravam-se repetidos pois já estavam na base de dados BDENF.

Visando ampliar a busca dos artigos optou-se por utilizar os descritores *UTI, Humanização, Cuidados, Enfermagem*.

.Neste contexto, atendendo o período estabelecido para a busca dos artigos, 2001-2008 foram localizados na base de dados SCIELO 51 artigos. Na base de dados BDENF foram encontrados 118 artigos, destes 19 produções estavam publicadas no SCIELO, sendo, pois computados 99 artigos científicos nesta base.

Ao se fazer a busca na base de dados LILACS foram encontrados 174 artigos, dos quais 28 publicações se achavam na SCIELO e 95 na BDEFN restando, pois 51 artigos científicos. Assim a população desta RI compreendeu 201 artigos.

Ao aplicar-se os critérios de inclusão e exclusão nestes 201 artigos, por meio da leitura do título e dos resumos, foram excluídos 163 artigos por não abordarem a temática da humanização, 09 por abordarem a humanização em UTI pediátrica, 07 por não estarem disponíveis livre online em texto completo e um por estar em língua inglesa. Desta etapa restaram 22 artigos

Precedeu-se à leitura na íntegra de 22 artigos, identificou-se que 8 artigos não respondiam à questão norteadora, visto que não apresentavam estratégias de humanização em UTI adulto, sendo excluídos. Portanto, a amostra desta RI compreendeu 13 artigos científicos.

4.4 Terceira etapa: avaliação dos dados

Nesta etapa foi elaborado um instrumento de coleta de dados (APÊNDICE A), cujos itens se destinou ao registro das informações contidas nos artigos científicos amostrados neste estudo, quais sejam: numeração, autor(es), título, periódico, ano do artigo, volume, número, palavras-chave/descriptores, objetivo/question norteadora, metodologia, tipo de estudo, população/amostra, local do estudo, resultados/estratégias humanizadoras, propostas/recomendações, conclusões e limitações. Esses instrumentos foram preenchidos após a leitura exaustiva do conteúdo dos artigos tendo em vista a questão norteadora do estudo. Cada artigo incluído recebeu uma numeração seqüencial.

4.5 Quarta etapa: análise e interpretação dos dados

Essa etapa caracterizou-se pela síntese, comparação e discussão das informações extraídas dos artigos científicos que constituíram a amostra deste estudo, sendo que o registro dos dados de forma sistemática se apresenta no

quadro sinóptico (APÊNDICE B). Os resultados foram analisados e expressos através das variáveis comparadas, quais sejam as estratégias ou ações humanizadas implantadas nas UTIs após a implantação do PNHAH e ou do Humaniza SUS.

4.6 Quinta etapa: apresentação dos resultados

Os resultados são apresentados sob forma de quadros, tabelas e de figuras com a finalidade de dar ao leitor uma visão abrangente acerca dos principais resultados e conclusões referentes ao tema em estudo.

4.7 Aspectos éticos

Nesta revisão integrativa da literatura, o respeito aos aspectos éticos consistiram em manter a autenticidade das idéias, definições conceitos e princípios dos autores dos artigos científicos analisados, assegurando a autoria e citação dos mesmos nas referencias segundo a NBR 6023:2002 (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS, 2002).

5 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Neste capítulo se apresenta a análise e a discussão dos resultados deste estudo, que buscou caracterizar as estratégias de humanização na assistência de enfermagem em UTI após a implantação do PNHAH e ou do Humaniza SUS.

Para a análise e discussão das informações resultantes dos artigos científicos que constituíram amostra deste estudo selecionou-se as que conferem variáveis de interesse do estudo registradas no o instrumento de coleta de dados (APÊNDICE A).

Os artigos analisados encontravam-se publicados em diferentes periódicos de enfermagem conforme se constata na **Tabela 1**. Inicia-se apresentando os periódicos em que os estudos que fizeram parte da amostra, estão presentes, conforme a Tabela 1.

Tabela 1 - Freqüência e porcentagem dos periódicos

Periódico	f	%
Revista Mineira de Enfermagem	2	15,38
Arquivos de Ciências da Saúde	2	15,38
Revista Latino-Americana de Enfermagem	2	15,38
Revista de Enfermagem - Escola Anna Nery	2	15,38
Revista Eletrônica de Enfermagem	1	7,69
Revista Brasileira de Terapia Intensiva	1	7,69
Revista Texto & Contexto Enfermagem	1	7,69
Revista da Escola de Enfermagem USP	1	7,69
Revista Brasileira de Enfermagem	1	7,69
Total	13	100

Fonte: LUQUE, 2009

Constata-se que dos artigos selecionados neste estudo dois(15,38%) foram publicados na Revista Mineira de Enfermagem; dois (15,38%) no periódico Arquivo Ciência da Saúde; dois (15,38%) na Revista Latino Americana de Enfermagem e dois (15,38%) na Revista de Enfermagem - Escola Anna Nery. Os demais foram publicados nos periódicos Revista Eletrônica de Enfermagem, Revista Brasileira de Terapia Intensiva, Revista Texto & Contexto Enfermagem, Revista Escola de Enfermagem da USP, e Revista Brasileira de Enfermagem, respectivamente um (7,69%) artigo científico em cada periódico.

Todos os estudos que constituíram a amostra deste estudo foram publicados e desenvolvidos em território nacional. Ao analisar as regiões de desenvolvimento dos estudos, se evidencia na **Tabela 2**.

Tabela 2 - Frequência e porcentagem dos estudos por região do país

Região do Brasil	f	%
Nordeste	1	7,69
Centro-Oeste	3	23,07
Sudeste	4	30,76
Sul	5	38,46
Total	13	100

Fonte: LUQUE, 2009

Esses dados demonstram que as produções científicas foram prevalentemente desenvolvidas na Região Sul do país, totalizando 5 (38,46%) publicações (SILVA; SANCHES; BARROS, 2007; URIZZI et al., 2008; URIZZI; CORRÊA, 2007; SILVEIRA; LUNARDI; FILHO, 2005; PINHO; SANTOS, 2008).

A segunda região onde mais foram desenvolvidos estudos foi a Região Sudeste, com 4 (30,76%) estudos (BECCARIA et al., 2008; SILVA; PORTO; FIGUEIREDO, 2008; SILVA; CONTRIN, 2007; SOUZA; CHAVES; SILVA, 2006). As duas regiões em que se desenvolveram menos estudos fora a região Centro-oeste com 3 (23,07%) estudos (SALICIO; GAIVA, 2006; FAQUINELLO; DIÓZ, 2007; VILA; ROSSI, 2002) e nordeste com um (7,69%) estudo (CAETANO et. al, 2007).

Esse dado evidencia a preocupação dessas regiões na atualização e construção de um corpo de conhecimento quanto às estratégias ou ações que estão sendo implantadas em UTI após a implantação do PNHAH e ou do Humaniza SUS em suas realidades.

No que se refere ao ano de publicação dos artigos que compuseram a amostra deste estudo, pode-se observar a distribuição, conforme **Tabela 3**.

Tabela 3 - Frequência e porcentagem do período dos artigos

PERÍODO	f	%
2002 - 2005	2	15,38
2006 - 2008	11	84,61
Total	13	100

Fonte: LUQUE, 2009

Constata-se na **Tabela 3** que o as estratégias e ou ações humanizadas foram desenvolvidas na UTI após a criação do PNHAH e do Programa Humaniza SUS, no ano de 2000, concentram-se no período de 2006 a 2008 com frequência de 11 (84,61%) estudos. Acredita-se que este dado possa ser atribuído ao Relatório Final da Oficina Humaniza SUS, do Ministério da Saúde/Política Nacional de

Humanização (BRASIL, 2004) que enfatizou a necessidade de assegurar atenção integral à população e estratégias de ampliação da condição de direitos e de cidadania das pessoas. Esta oficina teve como objetivo geral “Oferecer subsídios para a implementação e consolidação da Política Nacional de Humanização (PNH) – HUMANIZASUS” (BRASIL, 2004, p.3).

As estratégias de humanização nas UTIs, desveladas nos artigos científicos analisados, tiveram como público alvo diferentes participantes o que se constata na **Tabela 4**.

Tabela 4 Frequência e porcentagem das características dos participantes dos estudos analisados

Participantes	f	%
Enfermeiros	4	30,76
Familiares	3	23
Enfermeiros, familiares e pacientes	2	15,38
Pacientes	1	7,69
Visitantes	1	7,69
Enfermeiros, técnicos e auxiliares	1	7,69
Enfermeiros, médicos, técnicos de enfermagem e fisioterapeutas	1	7,69
Total	13	100%

Fonte: LUQUE, 2009

Os estudos sobre estratégias de humanização na UTI analisados nesta RI apresentaram como participantes pacientes, familiares, enfermeiros, técnicos de enfermagem, médicos, fisioterapeutas e visitantes. Dentre estes destaca-se 04 (30,76%) realizados com enfermeiros (SALICIO; GAIVA, 2006; SILVA; SANCHES; CARVALHO, 2007; SILVA; PORTO; FIGUEREIDO, 2008; SILVA; CONTRIN, 2007); 03 (23%) com familiares (BECCARIA et al., 2008) e 02 (15,38%) cujos sujeitos do estudo foram enfermeiros, familiares, e pacientes (SILVEIRA et al., 2005; PINHO; SANTOS, 2008). É necessário que o enfermeiro entenda que cada família tem seu modo peculiar de enfrentar a situação da internação de um familiar, a fim de que a relação estabelecida entre familiares, pacientes e equipe de saúde não permaneça marcada pela padronização e autoritarismo destes profissionais (URIZZI et al., 2008).

No que se refere aos objetivos dos estudos que fizeram parte da amostra do presente estudo, constata-se o descrito no quadro sinóptico abaixo (**Quadro 1**).

ARTIGO	OBJETIVO	AUTOR
01	Compreender o significado da humanização da assistência atribuído por enfermeiros que atuam em Unidades de Terapia Intensiva de Cuiabá-MT	SALICIO; GAIVA, 2006
02	Refletir sobre o cuidado prestado pela equipe de Enfermagem em Unidades de Terapia Intensiva.	SILVA; SANCHES; CARVALHO, 2007
03	Verificar a concepção dos familiares quanto visita em Unidades de Terapia Intensiva, no que diz respeito à humanização.	BECCARIA et al., 2008
04	Buscar como produção científica de enfermagem o cuidado que envolve o uso de tecnologias/máquinas em unidades e terapia intensiva, a partir do entendimento acerca do cuidado, tecnologia e humanização, e as implicações para a prática para a prática de cuidar em unidades tecnológicas de clientes críticos.	SILVA; PORTO; FIGUEIREDO, 2008
05	Compreender as vivências de familiares de pacientes internados em Unidade de Terapia Intensiva de hospital público e privado.	URIZZI et al., 2008
06	Conhecer as percepções de pacientes adultos em relação à Unidade de Terapia Intensiva	FAQUINELO; DIÓZ, 2007
07	Compreender a vivência de familiares internado em UTI.	URIZZI; CORRÊA, 2007
08	Compartilhar experiências e conhecimentos construídos na relação com pacientes, familiares e equipe de enfermagem, de modo a demonstrar a relevância da humanização do cuidado na Unidade de Terapia Intensiva	SILVEIRA et al., 2005
09	Desvelar contradições no cuidado humanizado do enfermeiro na Unidade de Terapia Intensiva	PINHO; SANTOS, 2008
10	Compreender o significado cultural do cuidado humanizado ,na perspectiva da equipe de enfermagem que atua em na Unidade de Terapia Intensiva.	VILA; ROSSI, 2002
11	Identificar como os enfermeiros de Unidade de Terapia Intensiva dão as orientações fornecidas aos familiares dos pacientes internados e propor alternativas viáveis para fornecer essas orientações	SILVA; CONTRIN, 2007
12	Conhecer o significado da assistência humanizada prestada a clientes em tratamento intensivo sob a ótica dos profissionais de saúde.	CAETANO et al., 2007
13	Descrever as concepções dos visitantes em relação ao cuidado dispensado por parte da equipe de enfermagem e identificar suas necessidades.	SOUZA; CHAVES; SILVA, 2006

Quadro1 Objetivo e autores dos artigos sobre humanização na assistência de Enfermagem em UTI.

Nos artigos que constituíram a amostra, constata-se que todos apresentavam seus objetivos e problemática de estudo, de forma clara e bem delineada, o que qualifica o estudo e facilita o seu entendimento.

Ao se fazer a análise de acordo com os objetivos, identificou-se que 5 estudos (VILA; ROSSI, 2002; SALICIO; GAIVA, 2006; CAETANO et al., 2007; SILVA; SANCHES; CARVALHO, 2007; SILVA; PORTO; FIGUEREIDO, 2008;) buscaram conhecer, compreender ou refletir acerca do cuidado humanizado em UTI na perspectiva dos enfermeiros ou equipe de saúde, ao passo que, 1 estudo (PINHO; SANTOS, 2008) objetivou desvelar contradições nesse cuidado prestado.

Identificou-se, também, que 2 artigos (URIZZI; CORREIA, 2007; URIZZI et al., 2008) objetivaram compreender as vivências de familiares de pacientes internados em Unidade de Terapia Intensiva, 1 estudo (BECCARIA et al, 2008) buscou verificar a concepção dos familiares quanto à visita em UTI, 1 publicação (SOUSA; CHAVES; SILVA, 2007) propôs descrever as concepções de visitantes em relação ao cuidado dispensado por parte da equipe de enfermagem, identificando suas necessidades e 1 estudo (SILVA; CONTRINI, 2007) buscou identificar como os enfermeiros de UTI dão as orientações fornecidas aos familiares dos pacientes internados e propor alternativas viáveis para fornecer essas orientações.

Objetivou-se, em 1 estudo (FAQUINELLO; DIÓZ, 2007), conhecer as percepções de pacientes adultos em relação à UTI e também, em 1 estudo (SILVEIRA; LUNARDI; FILHO, 2005), compartilhar experiência e conhecimentos construídos na relação com pacientes, familiares e equipe de enfermagem.

Constata-se ainda, há uma busca por diferentes percepções acerca da humanização do cuidado em UTI, valendo-se tanto do foco dos familiares e pacientes, quanto dos membros da equipe de saúde. A fim de compartilhar experiências e conhecimentos construídos nessa interação, contemplando, tanto o reconhecimento da individualidade do paciente e de sua família, quanto à humanização dos trabalhadores que ali atuam.

As metodologias ou os desenhos utilizados nos artigos da amostra deste estudo são apresentados na **Tabela 5**.

Tabela 5 - Freqüência e porcentagem dos tipos de metodologias empregadas nos artigos analisados.

Método de Análise	f	%
Estudo qualitativo	12	92,30
Estudo quantitativo	1	7,69
Total	13	100%

Fonte: LUQUE, 2009

Observa-se que entre os artigos analisados 12 (92,30%) estudos são estudos qualitativos, destes, um artigo (URIZZI et.al, 2008) tem abordagem fenomenológica e uma publicação (PINHO; SANTOS, 2008) tem orientação dialética. A pesquisa fenomenológica caracteriza-se pelo pesquisador não ter um problema, mas uma interrogação focalizando o fenômeno e não o fato, na busca pela compreensão do fenômeno (URIZZI et al., 2008). Ao passo que, a pesquisa com orientação dialética considera as micro e macro-relações, tanto internas (que dizem respeito ao próprio profissional), quanto externas (na qual reside as relações deste com a realidade objetiva e social), do processo de cuidado, a ação e contradições que o permeiam (PINHO; SANTOS, 2008). O número maior de estudos qualitativos pode ser atribuído ao fato das características das pesquisas qualitativas se adequarem melhor ao tema em questão, pois essa baseia-se na premissa de que os conhecimentos sobre os indivíduos só são possíveis com a descrição da experiência humana, tal como ela é vivida e tal como é definida por seus próprios atores (POLIT; HUNGLER, 2004).

Os estudos quantitativos corresponderam a um artigo analisado (BECCARIA et al, 2008). Neste tipo de estudo, há o uso de instrumentos quantitativos e a análise estatística dos dados por meio de técnicas estatísticas (POLIT; HUNGLER, 2004).

A seguir são apresentados, no **Quadro 2**, os resultados dos artigos que caracterizaram a amostra deste estudo sobre as estratégias e ou ações humanizadas que foram desenvolvidas em UTI após a criação do PNHAH e ou do Humaniza SUS.

ARTIGO	ESTRATÉGIAS DE HUMANIZAÇÃO DA ASSISTENCIA EM UTI	AUTOR
01	O oferecimento de um cuidado integral ao paciente englobando o contexto familiar e social, o ambiente de trabalho e a equipe de saúde. Condicionar o ambiente tornando-o agradável e o mais próximo da realidade do paciente. Diminuição de ruídos e luzes, a fim de aumentar o seu conforto. Diálogo com o paciente, informá-lo e orientá-lo, mesmo que o paciente esteja inconsciente e identificá-lo pelo nome.	SALICIO; GAIVA, 2006
02	Tocar ao paciente de forma afetiva não somente para realização de procedimentos.	SILVA; SANCHES; CARVALHO, 2007

Quadro 2 Estratégias de humanização da assistência em UTI

Continuação do **Quadro 2** Estratégias de humanização da assistência em UTI

ARTIGO	ESTRATÉGIAS DE HUMANIZAÇÃO DA ASSISTENCIA EM UTI	AUTOR
03	Oferecer conforto moral e material ao paciente, oferecer tratamento que o respeite como ser humano e valorizar a comunicação verbal e não-verbal. Respeitar a privacidade do paciente. Personalizar o atendimento, interagindo com a família do paciente. Manter a família informada e preparada para a visita na UTI e estimular a colaboração do paciente no seu tratamento.	BECCARIA et al., 2008
04	Valorização do paciente como sujeito de direito, cuidando do ponto de vista técnico e do conforto.	SILVA; PORTO; FIGUEIREDO, 2008
05	Entender o paciente como um ser humano singular, individualizando o cuidado prestado, não esquecendo de incluir a família neste processo.	URIZZI et al., 2008
06	Disponibilizar aos pacientes, equipamentos como alternativas de lazer e entretenimento. Respeitar as opiniões dos pacientes e familiares. Respeitar a privacidade dos pacientes. Minimizar os ruídos, com a lubrificação das rodas dos equipamentos, diminuição do volume dos aparelhos telefônicos, retirar impressoras e aparelhos de fax do interior das unidades onde estão os pacientes. Não realizar discussões de caso próximo ao paciente. Não substituir o toque pela visualização da tela de um computador.	FAQUINELO; DIÓZ, 2007
07	Os profissionais devem se colocar no lugar do paciente, buscando compreendê-lo. Valorizar a experiência do paciente e a de seus familiares, reconhecendo a sua importância no acompanhamento do paciente.	URIZZI; CORRÊA, 2007
08	Sistematização de informações importantes aos familiares, e em linguagem clara e de forma que os familiares entendam, favorecendo um clima acolhedor e de aproximação para os familiares. Permissão sempre que possível da presença da família na UTI quando for solicitado pelo paciente, em horário preestabelecido para visitas ou não.	SILVEIRA et al., 2005
09	Ver o paciente como um todo, atendendo às suas necessidades, atendendo-o junto à família, tentando tornar o ambiente menos hostil possível durante a permanência junto à UTI. Acolhimento do usuário e sua família, pela equipe de saúde. Oferecimento de um cuidado integral ao paciente e seus familiares, atendendo as suas solicitações, expectativas e sentimentos. Valorização da participação da família na recuperação dos pacientes. Flexibilização de rotinas de visitas, permitindo o redimensionamento desse espaço social pelos familiares.	PINHO; SANTOS, 2008

Continuação do **Quadro 2** Estratégias de humanização da assistência em UTI.

ARTIGO	ESTRATÉGIAS DE HUMANIZAÇÃO DA ASSISTENCIA EM UTI	AUTOR
10	<p>Oferecimento ao paciente, cuidados físicos e psicossocioespirituais por parte da equipe de enfermagem.</p> <p>Condicionamento da UTI tornando, a fim de tornar o ambiente agradável mais agradável.</p> <p>Colocação de relógios nas paredes para os pacientes terem noções do tempo.</p> <p>Oferecimento de um atendimento personalizado e individualizado ao paciente.</p>	VILA; ROSSI, 2002
11	<p>Acolhimento do familiar durante a admissão e permanência do paciente na UTI.</p> <p>Autorização de entrada do familiar após a admissão do paciente e acompanhá-lo até o leito do paciente.</p> <p>Oferecimento de informações, aos pacientes e familiares, sobre o estado de saúde do enfermo e dos equipamentos que estão sendo usados.</p> <p>Estimulação da comunicação da família com o paciente independentemente do nível de consciência.</p> <p>Flexibilização dos horários de visitas.</p> <p>Tocar o paciente de forma afetiva.</p>	SILVA; CONTRIN, 2007
12	<p>Respeitar ao paciente, suas necessidades, limites, as crenças, tabus.</p> <p>Melhor atendimento aos familiares, valorizando e respondendo às suas dúvidas.</p> <p>Oferecimento de conforto emocional através do dialogo, levando palavras de incentivo e fé aos familiares e pacientes.</p> <p>Trabalho personalizado com os pacientes, tratando-os pelo primeiro nome, colocando, em todos os Box, um painel contendo nome e sobrenome do paciente, procedência e diagnóstico do médico.</p> <p>Oferecimento, aos pacientes, de informações sobre seu estado de saúde e a assistência a ele prestada.</p> <p>Realização da higiene corporal obedecendo as técnicas e proporcionando a privacidade do paciente.</p> <p>Promoção do conforto físico do paciente pelos membros da equipe de forma eficiente e integrada.</p>	CAETANO et al., 2007
13	<p>Colocar-se no lugar do paciente.</p> <p>Saber ouvir e dialogar, a fim de conquistar a confiança do paciente e familiar.</p> <p>Informar o paciente sobre suas condições e sobre a assistência prestada.</p> <p>Encontrar o ponto de equilíbrio entre as regras rígidas do hospital e a integração da família no processo saúde-doença.</p> <p>Executar a higiene corporal obedecendo a técnicas e proporcionando a privacidade do cliente.</p>	SOUZA; CHAVES; SILVA, 2006

Constata-se no **Quadro 2**, os resultados dos artigos analisados que comparados, evidenciam-se as estratégias ou ações humanizadas que foram desenvolvidas na UTI após a criação do PNHAH e ou do Humaniza SUS.

Humanizar de acordo com os valores éticos refere-se a possibilidade de assumir uma posição ética de respeito a privacidade do outro e de reconhecimento dos seus limites, de oferecer um cuidado integral ao paciente, englobando o contexto familiar e social, o ambiente do trabalho e a equipe de saúde. (SALICIO; GAIVA, 2006).

Há uma preocupação com o ambiente no qual a o paciente e família estão inseridos, pois neste contexto, em que os estímulos do meio externo são literalmente deixados do lado de fora, necessidades como iluminação e ventilação são realizadas por métodos artificiais, ocasionando, assim, o comprometimento sobre a noção de tempo e espaço, acarretando uma mudança expressiva nos hábitos de higiene, de alimentação, de sono, de repouso, de carinho e de convivência familiar, bem como nos aspectos relacionados ao trabalho (FAQUINELLO; DIÓZ, 2007).

Os enfermeiros relacionam o cuidado humanizado a um ambiente agradável e mais próximo da realidade do paciente, pois ele tem influência direta no bem-estar do cliente, família e da equipe de saúde (SALICIO; GAIVA, 2006). Para tanto, a instalação de monitores de ruídos, para que, toda vez que o barulho ultrapasse certo parâmetro estipulado, uma luz se acenda para alertar a equipe são alternativas que contribuem para tornar o ambiente mais agradável. Para que sejam controlados os ruídos sonoros à beira do leito, pequenas atitudes, como o controle do volume de voz, a não-realização de discussões de caso próximo, ao paciente, a lubrificação de rodas dos equipamentos, a diminuição de volume dos aparelhos telefônicos e a retirada de impressoras e aparelhos de fax do interior das unidades onde estão os pacientes, e a colocação de relógios nas paredes para que o paciente não perca a noção de temporalidade, já são de grande ajuda e melhoram significativamente o ambiente intensivo (VILA; ROSSI, 2002; FANQUINELLO; DIÓZ, 2007).

O ponto- chave para uma assistência humanizada está no fortalecimento de uma posição ética de articulação do cuidado técnico científico, já construído, conhecido e dominado, ao cuidado que incorpora a necessidade, a exploração e o acolhimento do imprevisível , ao indiferente e singular (SALICIO; GAIVA, 2006).

Um dos aspectos fundamentais frente à necessidade de internação em UTI é o significado desta situação para o paciente, para seus familiares e para a própria equipe cuidadora, já que, na maioria das vezes, representa um momento de grande ansiedade tanto para o próprio paciente como para seus familiares (SILVEIRA et al., 2005). A família, inicialmente e de modo freqüente, angustiada frente à possibilidade da morte e muitos questionamentos emergem por parte da família, questões referente a possíveis seqüelas, estado geral e possibilidade de morte permeiam esse processo. E os modos diferentes que a família responde a essa vivência demandam que a equipe esteja atenta ao mostrarem-se sensíveis às necessidades da família nesse momento, buscando caminhos efetivos para atendê-la (URIZZI et al., 2008). As informações devem ser transmitidas de forma clara e em uma linguagem que o familiar entenda, assim proporcionamos um clima acolhedor e de aproximação com o que este está vivenciando (SILVEIRA et al., 2005).

Dessa forma, a assistência humanizada se estende para além dos cuidados centrados no paciente, inclui a avaliação das necessidades dos familiares e de toda a equipe de saúde, o grau de satisfação destes sobre os cuidados realizados e a prevenção da integridade do paciente como ser humano (SALICIO; GAIVA, 2006).

Em uma relação terapêutica, pacientes devem ser respeitados em sua individualidade, sendo identificado pelo nome, direitos, crenças e valores. O paciente precisa ser reconhecido como integrante de uma família, sendo assim considerando os aspectos físicos, emocionais, éticos, espirituais e sociais do cuidar (SILVEIRA et al., 2005; SALICIO; GAIVA, 2006; SILVA; SANCHES; CARVALHO, 2007; FAQUINELLO; DIÓZ, 2007; URIZZI et al., 2008).

Assim, considera-se também, como importante, a flexibilização dos horários para visita e disponibilização de equipamentos como alternativas de lazer e entretenimento, o que os leva a lembrar-se de que lá fora a vida continua e vale a pena esperar pela sua recuperação (FAQUINELLO; DIÓZ, 2007).

O profissional pode ter uma visão ampla dos problemas de saúde e as terapias relacionadas à sua recuperação; entretanto, o “ser doente” se entrega totalmente a esses profissionais, depositando nestes, a sua esperança e desejo de ser novamente saudável. O enfermeiro deve ter, primeiramente empatia, pois colocar-se no lugar do outro e buscar entender o que este está vivenciando e

sentindo de modo autêntico é fundamental para humanizar a assistência prestada (SOUSA; CHAVES; SILVA, 2007).

A estes profissionais cabe, no contexto da UTI, a responsabilidade de não substituir o toque pela visualização da tela do computador, valorizando a experiência do paciente, e valorizar a comunicação verbal e não-verbal (SILVA; SANCHES; CARVALHO, 2007; BECCARIA et al, 2008; FAQUINELLO; DIÓZ, 2007). O enfermeiro deve encontrar o equilíbrio entre o conhecimento técnico e regras rígidas do hospital com a integração da família no processo saúde-doença, acompanhando o familiar até o leito do paciente, pois isto o faz sentir-se mais seguro acerca do que encontrar no ambiente da UTI (SILVA; CONTRINI, 2007; PINHO; SANTOS, 2008). É importante que o caso do paciente não seja discutido na frente dele, pois isso pode gerar desconforto e sentimentos negativos os quais não há a necessidade de desencadeá-los (SILVA; CONTRINI, 2007).

Os artigos analisados evidenciaram que a enfermagem pode ser um ponto diferencial num momento de fragilidade, dependência física e emocional que essas pessoas vivenciaram. Para isso, vê-se a necessidade da ampliação dessas estratégias que visam a humanização do cuidado em UTI, a fim de qualificar e individualizar a assistência prestada. Na **Figura 1** apresenta-se alguns elementos estruturais para o desenvolvimento de estratégias assistenciais de humanização em UTI.



Figura 1 Elementos estruturais para o desenvolvimento de estratégias assistenciais de humanização em UT.

Ao aprofundar a análise dos conteúdos dos artigos, desvelaram-se estratégias que semelhantes entre os autores, estas, são apresentadas no quadro abaixo (**Quadro 3**).

ESTRATEGIAS OU AÇÕES DE HUMANIZAÇÃO EM UTI	ARTIGOS
Integração e valorização da família no cuidado do paciente	01, 03, 05, 07, 08, 09, 11, 12
Sistematização das informações aos familiares dos pacientes	03, 08, 11, 12,13
Oferecimento do um cuidado holístico e individualizado	01, 03, 04, 09,10,12
Dialogo com pacientes	01, 03, 11, 12,13
Respeito da privacidade do paciente	03, 06, 12,13
Condicionamento do ambiente	01, 06, 09,10
Flexibilização do horário de visitas	08,09,11,13
Toque do paciente de forma afetiva	02,06,11
Acolhimento de pacientes e familiares	09,11
Conforto físico	12
Empatia para com o paciente e/ou familiar	05,07
Entretenimento e lazer	06

Quadro 3 Estratégias de humanização na assistência em UTI

Estar hospitalizado e com afecção grave é uma experiência estressante para o paciente e família. A família, extensão do doente, com quem ele contava nos vários momentos de sua vida, é afastada do seu convívio, por imposição das rotinas de serviço, geralmente rígidas. Essa situação se torna ainda mais difícil quando o familiar se depara com um serviço em que as rotinas de visita são impostas, com horários rígidos, tempo de visita muito curto e número restrito de visitantes por doentes. As informações sobre os doentes geralmente são dadas num determinado horário, pelos médicos, e em alguns serviços por meio de boletins, com poucas informações (SILVA; SANCHES; CARVALHO, 2007). Os familiares demonstram esse desequilíbrio pela diminuição do número de horas de sono, por distúrbio na alimentação e aumento no uso de ansiolíticos (URIZZI et al., 2008).

Nesse sentido, a integração e valorização da família no cuidado do paciente é considerada fundamental no processo de humanização, pois quando um membro da família é hospitalizado, o equilíbrio e os papéis ocupados são afetados. A doença grave causa o desequilíbrio na dinâmica familiar e a visão do familiar sobre o mundo da UTI necessita ser considerada (URIZZI et al, 2008; URIZZI; CORRÊIA, 2007).

O modo de nos relacionarmos com o paciente e sua família, considerando os seguintes pressupostos: a interação entre a equipe de enfermagem, paciente e família é fundamental para um cuidado efetivo; a equipe precisa considerar as necessidades da família diante de situações estressantes; o estabelecimento do plano de cuidados à família deve ser construído juntamente com esse grupo, continuamente validado, avaliado e reavaliado; a interação da equipe de enfermagem com os familiares e o paciente precisa ser estabelecida através do diálogo e da busca dos significados que as experiências de doença geram em cada pessoa; a afetividade proporcionada entre familiares e paciente é fundamental para a sua recuperação e é mais eficaz do que qualquer relação profissional; a comunicação sob suas diferentes formas é o principal meio para favorecer a interação entre a equipe de enfermagem, familiares e pacientes (SILVEIRA et al., 2005; SILVA; CONTRINI, 2007; CAETANO et al, 2007; SOUSA; CHAVES; SILVA, 2007; BECCARIA et al, 2008; PINHO; SANTOS, 2008;).

Segundo Salicio (2006), esta integração também é fundamental, no sentido de oferecer informações, ou seja, a presença do enfermeiro junto aos familiares deve possibilitar a troca de informações da evolução do paciente, por meio de uma comunicação efetiva, contribuindo para a identificação de dificuldades dos familiares e oferecendo o apoio necessário. (BECCARIA et al, 2008). A família tem se mostrado responsável por vários aspectos positivos relacionados à recuperação de seu familiar internado em uma UTI, satisfazendo muitas das suas necessidades, além de contribuir com informações significativas a respeito do paciente, o que tem favorecido a tomada de decisões quanto à realização de procedimentos necessários (SILVEIRA et al., 2005).

Orientar o familiar e o paciente, esclarecendo dúvidas, diminui a ansiedade destes quando se depara com o estado grave de seu parente (SILVA; CONTRINI, 2007; CAETANO et al., 2007; SOUSA; CHAVES; SILVA, 2006). Manter a família e o paciente informados e prepará-la para a visita na UTI, oferecendo informações adequadas e de fácil entendimento para os familiares, por meio de orientações que o familiar e o paciente entendam, com palavras simples e condizentes com o nível sociocultural dos familiares, falar o provável, tornando-os cientes da gravidade da situação, através de informações precisas, certificando-nos da clareza de seu entendimento e buscando encorajá-los na sua tomada de decisões, sendo que a

participação do enfermeiro é fundamental neste momento (SILVEIRA et al., 2005; BECCARIA et al., 2008).

Para os enfermeiros, a humanização pressupõe oferecer um cuidado integral e holístico, além dos procedimentos, englobando o contexto familiar e social, o ambiente do trabalho e a equipe de saúde, familiares e acompanhantes, adotando a postura de que eles estão atentos aos cuidados diretos com os pacientes, além de estarem atentos às necessidades psicoemocionais dos familiares atendendo as suas solicitações (VILA; ROSSI, 2002; SALICIO; GAIVA, 2006; PINHO; SANTOS, 2008).

O paciente em UTI deve ser considerado como uma pessoa que está em um momento difícil, mas que é um ser humano com necessidades, sentimentos, alguém que precisa não apenas de cuidados físicos, mas também psicossocioespirituais (BECCARIA et al., 2008). Geralmente empreendem-se esforços no sentido de propor iniciativas de “humanização” que visam exclusivamente transformar a assistência e as práticas de cuidar em UTI, perseguindo a valorização da “qualidade” do cuidado do ponto de vista técnico e do conforto, associada ao reconhecimento dos direitos do cliente, de sua subjetividade e referências culturais, a valorização do profissional e do cliente, além do diálogo intra e intequipes (SILVA; PORTO; FIGUEREIDO, 2008). Chamá-lo pelo nome, com tom de voz calmo e volume normal, olhar para seu rosto e estabelecer contato cortês e respeitoso, dirigir-lhe a palavra sempre que se aproximar do leito para algum procedimento e examiná-lo de maneira atenciosa, são atitudes que resgatam a dignidade do ser humano, muitas vezes abalada pela situação da internação (SILVA; CONTRINI, 2007; CAETANO et al., 2007).

É preciso que haja interação entre cuidador e quem é cuidado e que aconteçam trocas de informações e sentimentos. A comunicação verbal e não-verbal está intimamente ligada à humanização, pois é importante que seja estimulada a comunicação da família com o paciente, independente do nível de consciência (SILVA; CONTRINI, 2007). É pela comunicação estabelecida com o paciente, que podemos compreendê-lo em seu todo, sua visão de mundo, isto é, seu modo de pensar, sentir e agir (CAETANO et al., 2007). A comunicação é também uma necessidade humana básica, sem a qual a existência do ser humano seria impossível. Conversar, tocar e ouvir são poderosos instrumentos de cura, muitas vezes são o próprio remédio (BECCARIA et al., 2008). Manifestar os sentimentos tanto positivos quanto negativos deveria ser facilitado no processo de cuidar, porque

tal expressão melhoraria o nível de comunicação entre pessoas. Os sentimentos alteram os pensamentos e o comportamento. Assim precisam ser considerados e permitidos em um relacionamento de cuidado aos visitantes, mesmo quando esses são negativos (SOUSA; CHAVES; SILVA, 2006).

Em relação à privacidade dos pacientes em UTI, respeitar a privacidade dos pacientes para a satisfação de necessidades básicas como eliminações, tanto vesical como intestinal (FAQUINELLO; DIÓZ, 2007). A realização da higiene corporal obedecendo as técnicas e com a utilização de box, pois os pacientes não são separados por sexo, e esse cuidado preserva sua integridade pessoal (CAETANO et al., 2007; SOUSA; CHAVES; SILVA, 2006; BECCARIA et al., 2008).

No contexto de UTI, em que a gravidade, a invasividade e o risco de morte são freqüentes, parece que se cria um estereótipo de que a UTI é um ambiente hostil, negativo, que pouco produz saúde, predominando o imaginário da morte, da dor e do sofrimento.

Compreendemos que, dentro de uma realidade de produção de tecnologias de relações na UTI, a flexibilização de rotinas das visitas pareceu-nos fundamental para o estreitamento dos laços afetivos e para o redimensionamento desse espaço social pelos familiares. Além disso, é possível perceber que tal atitude, de certa forma, significa romper com um senso comum que visualiza a UTI como um ambiente preenchido pela fatalidade, pelo sofrimento e pela negatividade, visto como um espaço social frio, mecanicista, em que o misto de imaginário é complexo, ao mesmo tempo ambivalente (PINHO; SANTOS, 2008).

Os enfermeiros relacionam o cuidado humanizado a um ambiente agradável e mais próximo da realidade do paciente, pois ele tem influência direta no bem-estar do cliente, família e da equipe de saúde (VILA; ROSSI, 2002; SALICIO; GAIVA, 2006). Controlar os ruídos sonoros à beira do leito, o controle do volume de voz, a não-realização de discussões de caso próximo ao paciente, a lubrificação de rodas dos equipamentos, a diminuição de volume dos aparelhos telefônicos e a retirada de impressoras e aparelhos de fax do interior das unidades onde estão os pacientes e a colocação de relógios nas paredes a fim de que os pacientes não percam a noção de temporalidade, já são de grande ajuda e melhoram significativamente o ambiente intensivo (FAQUINELLO; DIÓZ, 2007).

Face à constatação da importância da presença do familiar na UTI, sempre que possível, quando constituir-se em um desejo do paciente, a flexibilização dos

horários pré-estabelecidos para visita ou não (SILVEIRA et al., 2005; SOUSA; CHAVES; SILVA, 2006; SILVA; CONTRINI, 2007). Flexibilizar uma regra seria promover a aproximação das famílias que estão distanciadas, ao invés de mantê-las afastadas, para permitir a recuperação do estado de saúde dos pacientes junto com os seus vínculos interpessoais (PINHO; SANTOS, 2008).

Há uma necessidade aumentada do toque de forma afetiva nos pacientes internados na UTI, pois os aparelhos e tecnologia contribuem fortemente para a despersonalização do paciente (SILVA; SANCHES; CARVALHO, 2007). Pesquisas em UTI indicam que o toque de familiares, enfermeiros e médicos altera o ritmo cardíaco do paciente, chegando a diminuí-lo quando os enfermeiros seguram suas mãos. Dados, também evidenciam, que paciente gravemente enfermos apresentam expressões faciais positivas quando tocados de forma afetiva e não só para realização de procedimentos (SILVA; SANCHES; CARVALHO, 2007). Deve-se, no entanto, no que se refere ao cuidar, não substituir o toque, o afago e o aperto de mão pela visualização de uma tela de computador (FAQUINELLO; DIÓZ, 2007; SILVA; SANCHES; CARVALHO, 2007; SILVA; CONTRINI, 2007)

Com relação ao acolhimento, é a relação que se produz, no encontro do trabalhador da saúde com o usuário, se fundamenta na escuta e na receptividade, propiciando organizar o processo de trabalho em saúde, além de compreender as diferentes demandas dos sujeitos. Pode ajudar na reorganização do trabalho interdisciplinar, propiciando um cuidado não seja centrado na doença e sim no paciente (COIMBRA, 2003). O acolhimento dos pacientes e familiares na UTI na admissão dos paciente pode ajudar significativamente no processo de internação, diminuindo o sofrimento e ansiedade de todos os envolvidos (PINHO; SANTOS, 2008; SILVA; CONTRIN, 2007).

Os pacientes internados em UTI frequentemente enfrentam diversas situações ou eventos como superestimulação sensorial, dores, sede e procedimentos invasivos. Estas situações tem sido motivo de preocupação dos profissionais que atuam na UTI e tem focado o cuidado no conforto físico, prestando cuidados destinados a amenizar a dor e sofrimento do paciente através da cura física do corpo (CAETANO et al., 2007).

Além da família se referir aos seus próprios sentimentos, é significativa a expressão acerca da sua percepção sobre os sentimentos do familiar internado. Essa percepção envolve, assim, colocar-se no lugar do outro, como se ela pudesse

sentir e afirmar o que o paciente vivencia (URIZZI; CORRÊIA, 2007; URIZZI et al., 2008).

O ambiente intensivo pode ser modificado, de alguma maneira, com alternativas de lazer e entretenimento, como televisão, rádio e revistas. Essas, são alternativas que contribuem para a humanização do cuidado, visto que o paciente pode lembrar-se que fora da UTI a vida continua e que vale a pena lutar por sua recuperação (FAQUINELLO; DIÓZ, 2007).

Constatou-se ainda, nos artigos que fizeram parte da amostra desta RI recomendações importantes para o estudo de estratégias ou ações humanizadas que foram desenvolvidas na UTI após a criação do PNHAH e ou do Humaniza SUS Conforme consta na **Tabela 6**.

Tabela 6 - Frequência e porcentagem dos artigos que fizeram recomendações para enfermagem

Fazem recomendações	f	%
Sim	11	84,61
Não	2	15,38
Total	13	100

Fonte: LUQUE, 2009

A Tabela 6 mostra que 11 (84,61%) dos artigos apontaram recomendações para a enfermagem quais sejam:

a- comprometimento, dos diligentes políticos e das instituições, assim como o empenho da equipe multiprofissional voltada para o mesmo objetivo – humanizar e assistir. Assim, poderiam aumentar o número de funcionários, para que estes não mais se sintam sobrecarregados, oferecendo condições de trabalho melhores, recursos humanos, espaços físicos, recursos materiais suficientes para atender à demanda do serviço e formação profissional para o acolhimento desse familiar;

b- a mudança no modelo de atenção da saúde, que prega a integralidade e a humanização, ainda está centrada predominantemente no aprendizado técnico, racional e individualizado;

c- maior duração de tempo de visita, a presença do profissional ao lado do familiar, por um pequeno tempo, lhe falando como o paciente passou o dia e dando orientações sobre como cuidar dele em casa; comunicação diária sobre o estado de saúde do paciente e permissão para trazer uma pessoa religiosa no horário de visita, projetar camas mais confortáveis e disponibilizar um local dentro da UTI para

pacientes menos graves para que se evite que uns pacientes assistam o sofrimento dos outros;

d- proporcionar atendimento dos serviços de psicologia e do serviço social de forma mais intensa e sistematizada junto aos profissionais que trabalham na UTI, pois isso diminuiria a tensão, angústias e sobrecarga emocional, se tivessem algum espaço para que pudessem manifestar seus sentimentos;

e- incentivar a criação de um espaço, como sala de espera, com melhor acomodação para que sejam promovidos encontros rotineiros entre equipe de enfermagem e visitantes, e ainda, repensar a necessidade de evitar procedimentos no horário da visita;

f- criar de um plano de assistência da enfermagem à família que agrupe as orientações comuns aos pacientes e aos familiares, por intermédio de um folheto informativo, facilitando a interação entre profissionais e família num primeiro contato (deverá ser elaborado pelos enfermeiros que atuam nessas unidades).

Os artigos que fizeram parte da amostra deste estudo de forma geral orientam que mesmo com a ausência de um contexto totalmente favorável à humanização, esta não deve deixar de tentar ser implantada, visto que qualifica e individualiza a assistência de enfermagem.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Em atenção à questão norteadora desta RI que objetivou caracterizar as estratégias de humanização na assistência de enfermagem em UTI após a implantação do PNHAH e ou do Humaniza SUS, constatou-se a partir dos artigos amostrados as seguintes estratégias de humanização da assistência em UTI: Integração e valorização da família no cuidado do paciente, sistematização das informações aos familiares dos pacientes, oferecimento de um cuidado holístico e individualizado, dialogo com pacientes, respeito da privacidade do paciente, condicionamento do ambiente, flexibilização do horário de visitas, toque do paciente de forma afetiva, acolhimento de pacientes e familiares, conforto físico, empatia para com o paciente e/ou familiar e entretenimento e lazer.

Os indivíduos foco dos estudos analisados foram: enfermeiros em 4 artigos; familiares em 3 artigos; enfermeiros, familiares e pacientes em 2 artigos; pacientes em 1 artigo; visitantes em 1 artigo; enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem em 1 artigo; enfermeiros, médicos, técnicos de enfermagem e fisioterapeuta em 1 artigo sendo desenvolvidos prevalentemente nas regiões sul e sudeste, entre os anos de 2006 e 2008.

Entende-se que as estratégias ou ações de humanizadoras são fundamentais na assistência hospitalar, em especial nas Unidades de Terapia Intensiva, a fim de prestar uma atenção individualizada e assim qualificar o cuidado prestado aos pacientes e seus familiares preservando sua identidade biopsicosocioespiritual.

A equipe precisa desenvolver a percepção da importância de assistir de forma humanizada, trabalhando em conjunto, para que considerem, não só o paciente, mas também, sua família e o contexto no qual estes estão inseridos. A família tem papel fundamental, visto que essa é extensão do paciente e necessita de atenção da equipe de saúde.

As instituições também devem estimular a humanização, proporcionando melhores condições no que diz respeito ao ambiente de trabalho com recursos humanos e materiais suficientes para atender à demanda dos serviços de saúde.

Constatou-se nos artigos científicos analisados neste estudo de RI que desde a implantação do PNHAH e do humaniza SUS em 2000 nos hospitais conveniados do SUS, os profissionais de saúde vêm desenvolvendo estudos acerca da humanização no contexto da assistência ao paciente adulto em UTI. Entretanto

percebe-se ainda, através dos estudos analisados, que as ações desenvolvidas nas instituições hospitalares buscando a humanização do atendimento, têm como foco principal o paciente e sua família, constatando-se uma lacuna no que diz respeito aos profissionais de saúde.

A partir do exposto, considera-se que para que o processo de humanização seja de fato implementado, deve haver um comprometimento de todos os envolvidos no ato de cuidar. Salienta-se a importância do desenvolvimento de estudos que avaliem como vem sendo aplicadas as recomendações do PNHAH e do humaniza SUS nos diferentes contextos da prática clínica da enfermagem, e com isso permitam o aprimoramento de ações ou estratégias que estimulem a humanização do cuidado.

REFERÊNCIAS

AMESTOY, Simone Coelho; SCHWARTZ, Eda; THOFEHRN, Maria Buss. A humanização do trabalho para os profissionais de enfermagem. **Acta paul. enferm.**, São Paulo, v.19, n.4, dez. 2006. Disponível em : <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002006000400013&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 07 jun. 2009.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. **NBR 6023**: informação e documentação: referências e elaboração. Rio de Janeiro, 2002. 24 p.

BECCARIA, Lúcia M; RIBEIRO, Roberta; SOUZA, Giovanna L; SCARPETTI, Nathalia; et al. Visita em Unidades de Terapia intensiva :concepção dos familiares quanto à humanização do atendimento. **Arquivo Ciência Saúde** ,v.15,n .2,p.65-69,abr./jun.2008.

BOLELA, Fabiana; JERICO, Marli de Carvalho. Unidades de terapia intensiva: considerações da literatura acerca das dificuldades e estratégias para sua humanização. **Esc. Anna Nery**, v.10, n. 2, p.301-309, ago. 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Humanização. **Relatório Final da Oficina Humaniza SUS**. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. **Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001, 60p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Humaniza SUS: Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004, 20 p.

CAETANO, Joselany Afio; SOARES, Enedina; ANDRADE, Luciane Miranda de; et al Cuidado humanizado em terapia intensiva: um estudo reflexivo. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 2, jun. 2007. Disponível em <http://www.revenf.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452007000200022&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 21 jul. 2009.

CASATE, Juliana Cristina; CORRÊA, Adriana Katia. Humanização do atendimento em saúde: conhecimento veiculado na literatura brasileira de enfermagem. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 13, n. 1, fev. 2005. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692005000100017&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 07 abr 2009.

COOPER, H. M. Scientific Guidelines for Conducting Integrative Research Reviews. **Review of Educational Research**, v.52, p.291-302, 1982.

CROSSETTI, Maria da Graça Oliveira. **Processo de cuidar**: uma aproximação à questão existencial na enfermagem. Tese (Doutorado) - Universidade Federal de Florianópolis, Florianópolis, 1997.164 f.

DESLANDES, Suely Ferreira (Org.). **Humanização dos cuidados em saúde**: conceitos, dilemas e práticas. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006. 416 p.

FAQUINELLO, Paula; DIOZ, Majoreth. A UTI na ótica de pacientes. **Rev. Min. Enferm.**, v.11, n.1, p.41-47. jan./mai. 2007.

FORTES, Paulo Antonio de Carvalho. Ética, direitos dos usuários e políticas de humanização da atenção à saúde. **Saude soc.**, São Paulo, v. 13, n. 3, dez. 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902004000300004&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 05 jun. 2009.

GOTARDO, Glória Inês Beal; SILVA, Claudia Aparecida da. O cuidado dispensado aos familiares na unidade de terapia intensiva. **Rev. enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 2, mai. 2005. Disponível em <http://www.revenf.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-35522005000200013&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 5 jun. 2009.

MERCÊS, Cláudia Angélica Mainenti Ferreira; ROCHA, Ruth Mylius. Teoria de Paterson e Zderad: um cuidado de enfermagem ao cliente crítico sustentado no diálogo vivido. **Rev. enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, set. 2006. Disponível em: <http://www.revenf.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-35522006000300022&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 1 jun. 2009.

MORAES, Corrêa, Janaina; GARCIA, Leite Valeria da G; FONSECA, SILVA Adriani da. Assistência prestada na unidade de terapia intensiva adulta: Visão dos clientes. **Revista Nursing**. v.79, n.7, 2004.

NASCIMENTO, Eliane Regina Pereira do; TRENTINI, Mercedes. O cuidado de enfermagem na unidade de terapia intensiva (UTI): teoria humanística de Paterson e Zderad. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 12, n. 2, 2004. Disponível em: <http://www.revistasusp.sibi.usp.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692004000200015&lng=es&nrm=iso>. Acesso em: 06 jun. 2009.

OLIVEIRA, Beatriz Rosana Gonçalves de; COLLET, Neusa; VIERA, Cláudia Silveira. A humanização na assistência à saúde. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 14, n. 2, abr. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692006000200019&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 31 mai. 2009.

PINHO, Leandro Barbosa de; SANTOS, Silvia Maria Azevedo dos. Dialética do cuidado humanizado na UTI: contradições entre o discurso e a prática profissional do enfermeiro. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 42, n. 1, Mar. 2008. Disponível em :<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342008000100009&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 28 mar. 2009.

POLIT, D.F; HUNGLER, B.P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem**. 3 ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.

SALICIO, Dalva Magali Benine; GAIVA, Maria Aparecida Munhoz. O significado de humanização da assistência para enfermeiros que atuam em UTI. **Rev. Eletr. Enf.** , v.8, n.3, p.370-376. dez. 2006.

SILVA, Natalia D; CONTRIN. Ligia M. Orientações do enfermeiro dirigidas aos familiares dos pacientes internados na UTI no momento da visita. **Arquivo Ciência Saúde**, v.14, n.3, p.148-152, jul-set. 2007.

SILVA, Gisele Ferreira da; SANCHES, Patrícia Gisele; CARVALHO, Maria Dalva de Barros. Refletindo sobre o cuidado dos enfermeiros em Unidade de Terapia Intensiva. **Reme: Rev.Min. Enferm**, v.11, n.1, p.94-98. jan./mar. 2007.

SILVA, Paes Maria Júlia. **Comunicação tem remédio**: a comunicação nas relações interpessoais em saúde. São Paulo: Gente, 1996.

SILVA, Roberto, Carlos, Lyra; PORTO, Isaura, Setenta; FIGUEREIDO, Nêbia Maria Almeida. Reflexões acerca da assistência de enfermagem e o discurso de humanização. . **Esc. Anna Nery**, v .12, n.2, p.156-159. mar.2008.

SILVEIRA, Rosemary Silva da et al . Uma tentativa de humanizar a relação da equipe de enfermagem com a família de pacientes internados na uti. **Texto contexto - enferm**, Florianópolis, v. 14, n. spe, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010407072005000500016&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 27 jun. 2009.

SHIMIZU, Helena Eri; CIAMPONE, Maria Helena Trench. As representações sociais dos trabalhadores de enfermagem não enfermeiros (técnicos e auxiliares de enfermagem) sobre o trabalho em Unidade de Terapia Intensiva em um hospital-escola. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 36, n. 2, jun. 2002 Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-6234200200000007&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 06 jun. 2009.

SOUZA, Sônia Regina de Oliveira e Silva de; CHAVES, Sandra Regina Ferreira; SILVA, Cláudia Aparecida da. Visita na UTI: um encontro entre desconhecidos. **Rev. bras. enferm**, Brasília, v.59, n.5, oct. 2006 Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003471672006000500003&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 06 jun. 2009.

URIZZI, Fabiane; CORREA, Adriana Katia. Vivências de familiares em terapia intensiva: o outro lado da internação. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.15, n.4, agos. 2007. Disponível em : <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010411692007000400012&Ing=en&nrm=iso>. Acesso em: 31 mai. 2009.

URIZZI, Fabiane et al. Vivência de familiares de pacientes internados em unidades de terapia intensiva. **Rev. bras. ter. Intensiva**, São Paulo, vol. 20, n.4, oct./dec.2008 Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-507X2008000400009&Ing=en&nrm=iso>. Acesso em: 31 mai. 2009.

VILA, Vanessa da Silva Carvalho; ROSSI, Lídia Aparecida. O significado cultural do cuidado humanizado em unidade de terapia intensiva: "muito falado e pouco vivido". **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 10, n. 2, abr. 2002. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692002000200003> Acesso em: 07 mai. 2009.

APÊNDICE A - Instrumento para avaliação dos estudos

Humanização na Assistência de Enfermagem em Unidades de Terapia Intensiva

Nº

Dados de identificação

Autores _____

Título do trabalho _____

Periódico, ano, volume, número. _____

Palavras-chave/Descritores: _____

Objetivo/ Questão norteadora _____

Metodologia

Tipo de estudo _____

População/ Amostra _____

Local onde o estudo aconteceu _____

Técnica de coleta de dados _____

Resultados

Estratégias de Humanização implantadas: _____

Propostas/ Recomendações _____

Observações: _____

Limitações _____

Conclusões _____

APÊNDICE B – Quadro sinóptico

Humanização na Assistência de Enfermagem em Unidades de Terapia Intensiva

Nº	TÍTULO DO ARTIGO	AUTORES E TITULAÇÕES	OBJETIVOS	ESTRATEGIAS DE HUMANIZAÇÃO	PROPOSTAS /RECOMENDAÇÕES
1					
2					
3					
4					
5					