

**UNIVERSIDADE DO VALE DO RIO DOS SINOS – UNISINOS  
UNIDADE ACADÊMICA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO STRICTO SENSU  
MESTRADO PROFISSIONAL EM ENFERMAGEM**

**ÂNGELA CARISSIMI SUSIN**

**ESTRATÉGIAS DE HUMANIZAÇÃO EM UMA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA  
DE UM HOSPITAL PRIVADO DO MUNICÍPIO DE CAXIAS DO SUL – RS**

**Porto Alegre**

**2016**

ÂNGELA CARISSIMI SUSIN

**ESTRATÉGIAS DE HUMANIZAÇÃO EM UMA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA  
DE UM HOSPITAL PRIVADO DO MUNICÍPIO DE CAXIAS DO SUL - RS**

Dissertação apresentada como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre, pelo Programa de Pós-Graduação em Mestrado Profissional em Enfermagem da Universidade do Vale do Rio dos Sinos – UNISINOS.

Linha de Pesquisa: Cuidado em Saúde e Enfermagem

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Karin Viegas

Porto Alegre

2016

S964e Susin, Ângela Carissimi  
Estratégias de humanização em uma unidade de terapia intensiva de um hospital privado do município de Caxias do Sul – RS / por Ângela Carissimi Susin. – Porto Alegre, 2016.

66 f. : il. ; 30 cm.

Dissertação (mestrado) – Universidade do Vale do Rio dos Sinos, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Porto Alegre, RS, 2016.

Linha de Pesquisa: Cuidado em Saúde e Enfermagem.  
Orientação: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Karin Viegas , Escola de Saúde.

1.Tratamento intensivo. 2.Unidade de tratamento intensivo.  
3.Humanização dos serviços de saúde. 4.Cuidados médicos.  
5.Enfermagem de tratamento intensivo. 6.Assistência hospitalar.  
I.Viegas, Karin. II.Título.

CDU 616-085

Catálogo na publicação:  
Bibliotecária Carla Maria Goulart de Moraes – CRB 10/1252

**ESTRATÉGIAS DE HUMANIZAÇÃO EM UMA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA  
DE UM HOSPITAL PRIVADO DO MUNICÍPIO DE CAXIAS DO SUL - RS**

Dissertação apresentada como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre, pelo Programa de Pós-Graduação em Mestrado Profissional em Enfermagem da Universidade do Vale do Rio dos Sinos - UNISINOS.

Aprovada em: 26 de agosto de 2016.

**BANCA EXAMINADORA**

---

Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Karin Viegas (Orientadora) – Universidade do Vale do Rio dos Sinos - UNISINOS

---

Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Aline Correa de Souza – Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre - UFCSPA

---

Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Rosália Figueiró Borges – Universidade do Vale do Rio dos Sinos - UNISINOS

## **AGRADECIMENTOS**

### **À minha mãe Gema e ao meu pai Tarcílio,**

Graças a vocês aprendi a importância do caráter, do trabalho, da honestidade e a disponibilidade de sempre ajudar o próximo. Obrigado pelo exemplo, pelo apoio, incentivo e amor incondicional!

### **Aos meus irmãos Eduardo e Laís,**

Parceiros de vida. Somos tão diferentes e isso nos possibilita aprender tanto um com o outro. São muito importantes na minha vida e estarei sempre na torcida pela felicidade de vocês.

### **Aos meus queridos amigos,**

Não tenho palavras para expressar a importância de todos na minha vida. Obrigado por compartilharem e participarem de todos os momentos. Obrigado pelo apoio, pelos ouvidos atentos, pelos conselhos, pelas risadas e abraços. Por entenderem a minha ausência nos últimos meses. Vocês são meu pilar de sustentação.

### **A minha orientadora Karin,**

Pela competência e por partilhar conhecimento. Obrigado pela disponibilidade e por ter aceito o desafio na realização deste trabalho.

### **Aos colegas de mestrado,**

Obrigado pela troca de experiência e conhecimento e também pelos momentos de descontração, risadas e bate-papo. Vou sentir muitas saudades destes momentos.

### **À equipe multidisciplinar, ao pacientes e familiares da UTI,**

Na convivência diária com vocês aprendo a dar valor as coisas que realmente são importantes e tento ser um ser humano melhor. Muito obrigado pela lição de vida a cada momento.

## RESUMO

A humanização em Unidade de Terapia Intensiva (UTI) é um assunto amplamente debatido e as experiências vivenciadas neste espaço evidenciam a falta de preparo por parte da equipe multidisciplinar ao tratar o familiar como uma unidade de cuidado e a escassez de práticas humanizadoras na assistência. **Objetivo:** elaborar estratégias de humanização e revelar pela ótica dos familiares e da equipe multidisciplinar o conceito de humanização. **Método:** estudo observacional, descritivo e exploratório, com abordagem mista. As entrevistas foram realizadas em uma UTI adulto de um hospital privado da cidade de Caxias do Sul-RS, no período de janeiro a junho de 2016, partindo das seguintes questões norteadoras: “considerando a experiência vivenciada, o que significa humanizar em uma UTI?” e “quais são suas sugestões para tornar a UTI mais humanizada?”. As análises dos dados obtidos através destes questionamentos apontam para aspectos fundamentais na assistência ao paciente crítico. **Resultados:** considerando a concepção de humanização, ambos grupos relacionaram a empatia, acolhimento e respeito a individualidade do paciente como fundamentais para uma assistência humanizada. Quanto às sugestões, a equipe multidisciplinar elencou a comunicação, capacitação da equipe, condições de trabalho e o estreitamento da relação equipe/paciente/família. Destas sugestões duas foram citadas também pelos familiares dos pacientes internados: comunicação e capacitação da equipe para uniformidade dos processos. Algumas estratégias foram elaboradas por meio dos dados obtidos: a reorganização da sistemática de atendimento ao familiar na visita, a flexibilização e visita estendida após avaliação da equipe multidisciplinar, a hora da informação, implantação de um grupo de trabalho hospitalar e rodas de conversa para os funcionários. **Conclusão:** a humanização é algo intrínseco, dada a nossa condição de humanos, mas atualmente, os processos de trabalho das instituições de saúde ainda são focados somente para procedimentos, protocolos e centrados no modelo biomédico o que acarreta lacunas entre a humanização e a prática.

**Descritores:** Unidades de Terapia Intensiva. Humanização da Assistência. Cuidados Críticos. Comunicação. Acolhimento. Educação Continuada.

## ABSTRACT

The humanization in Intensive Care Unit (ICU) is a widely debated issue and the experiences lived in this unit show the lack of preparation by the multidisciplinary team to treat the family as a unit of care and the shortage of humanizing practices in the assistance. **Objective:** To develop humanization strategies and reveal the perspective of the family and the multidisciplinary team the concept of humanization. **Method:** observational, descriptive and exploratory study, with mixed approach. The interviews were conducted in an adult ICU of a private hospital in the city of Caxias do Sul-RS, in the period of January to June 2016, based on the following guiding questions: "considering the lived experience, what does it mean to humanize in an ICU?" and "what are your suggestions to make the ICU more humanized?". The analysis of the data obtained through these questions pointed to fundamental aspects of assistance for the critical patient. **Results:** considering the conception of humanization, both groups related empathy, reception and respect to the individuality of the patient as essential for a humanized assistance. As for suggestions, the multidisciplinary team outlined communication, team training, working conditions and the strengthening of the staff / patient / family relationship. From these suggestions, two were also mentioned by family members of the hospitalized patients: communication and staff training for uniformity of processes. Some strategies were prepared over the data obtained: the reorganization of the systematic of attendance to the relative in the visit, the flexibility and extended visit after evaluation of the multidisciplinary team, the time of the information, the implementation of a hospital working group and conversation circles for employees. **Conclusion:** the humanization is something intrinsic, given our condition as humans, but currently, the work processes of healthcare institutions are still focused only on procedures, protocols and focused on the biomedical model which causes gaps between the humanization and the practice.

**Keywords:** Intensive Care Units. Humanization of Assistance. Critical Care. Communication. Reception. Continuing Education.

## LISTA DE SIGLAS

AMIB	Associação Brasileira de Medicina Intensiva
CCFNI	<i>Critical Care Family Needs Inventory</i>
EP	Educação Permanente
INEFTI	Inventário de Necessidades e Estressores de Familiares em Unidade de Terapia Intensiva
MS	Ministério da Saúde
PNAPC	Política Nacional de Atenção ao Paciente Crítico
PNEP	Política Nacional de Educação Permanente
PNH	Política Nacional de Humanização
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UTI	Unidade de Terapia Intensiva

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	<b>9</b>
<b>1.1 A UTI no Contexto de Saúde</b> .....	<b>10</b>
<b>1.2 Políticas de Humanização na Saúde e em Terapia Intensiva</b> .....	<b>11</b>
<b>1.3 A Família como Unidade de Cuidado na Unidade de Terapia Intensiva</b> .....	<b>14</b>
<b>1.4 Humanização nas Relações de Trabalho da Equipe Multidisciplinar</b> .....	<b>18</b>
<b>2 OBJETIVOS</b> .....	<b>20</b>
<b>2.1 Objetivo Geral</b> .....	<b>20</b>
<b>2.2 Objetivos Específicos</b> .....	<b>20</b>
<b>2.3 Metas</b> .....	<b>20</b>
<b>3 MÉTODO</b> .....	<b>21</b>
<b>3.1 Delineamento da Pesquisa</b> .....	<b>21</b>
<b>3.2 Descrição do Local do Estudo</b> .....	<b>21</b>
<b>3.3 Participantes do Estudo</b> .....	<b>22</b>
3.3.1 Critérios Inclusão e Exclusão .....	23
<b>3.4 Coleta de Dados</b> .....	<b>23</b>
3.4.1 Coleta de Dados dos Participantes da Equipe Assistencial .....	24
3.4.2 Coleta de Dados dos Participantes Familiares.....	24
<b>3.5 Análise dos Dados</b> .....	<b>25</b>
<b>4 ASPECTOS ÉTICOS</b> .....	<b>26</b>
<b>5 RESULTADOS E DISCUSSÃO</b> .....	<b>27</b>
<b>5.1 Caracterização dos Participantes</b> .....	<b>27</b>
<b>5.2 Concepções da Equipe Multidisciplinar sobre a Humanização na Assistência ao Paciente Crítico</b> .....	<b>29</b>
<b>5.3 Concepções dos Familiares sobre Humanização</b> .....	<b>32</b>
<b>5.4 Sugestões de Ações Humanizadoras Trazidas pela Equipe Multidisciplinar</b> .....	<b>36</b>
5.4.1 Comunicação .....	36
5.4.2 Relação Equipe/Paciente/Família .....	38
5.4.3 Condições de Trabalho e Capacitação da Equipe .....	40
<b>5.5 Sugestões de Ações Humanizadoras Trazidas pelos Familiares</b> .....	<b>42</b>
5.5.1 Comunicação .....	43

5.5.2 Capacitação da Equipe .....	44
5.5.3 Outras sugestões .....	45
<b>6 ESTRATÉGIAS DE HUMANIZAÇÃO NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA..</b>	<b>47</b>
<b>7 CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>49</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>51</b>
<b>APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES FAMILIARES.....</b>	<b>61</b>
<b>APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES EQUIPE MULTIDISCIPLINAR .....</b>	<b>62</b>
<b>APÊNDICE C – QUESTIONÁRIO PARA EQUIPE MULTIDISCIPLINAR .....</b>	<b>63</b>
<b>APÊNDICE D – ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMI ESTRUTURADA PARA O FAMILIAR .....</b>	<b>64</b>
<b>ANEXO A – APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA.....</b>	<b>65</b>
<b>ANEXO B – ANUÊNCIA DA INSTITUIÇÃO .....</b>	<b>66</b>

## 1 INTRODUÇÃO

As unidades de terapia intensiva (UTI) são áreas hospitalares destinadas ao atendimento de pacientes críticos que necessitam de cuidados complexos e especializados. Essa unidade tem como objetivos: concentrar em um só local, recursos humanos e materiais para o atendimento de pacientes graves, além da utilização de recursos tecnológicos apropriados para a monitorização contínua das condições vitais do paciente e para a intervenção em situações de urgência. (PADILHA; KIMURA, 2010).

Segundo Fernandes et al. (2011), a UTI é considerada um dos setores hospitalares que mais mobilizam sentimentos de medo e angústia por cuidar de pacientes que estão gravemente doentes. Esta gravidade implica a realização de procedimentos de alta complexidade, o que pode favorecer a mecanização da assistência prestada. A internação em uma unidade de terapia intensiva é um evento que causa transtornos não somente para o doente, mas para todos os membros da sua família. A doença geralmente afeta e fragiliza os mesmos, principalmente em situação de gravidade. (SANTOS; CAREGNATO, 2013).

A humanização em UTI adulto é um assunto amplamente discutido, e a escolha deste tema se deve, primeiramente, a motivação pessoal, dada a experiência como familiar agregada, mais recentemente, as vivências como enfermeira gestora de uma UTI em um hospital privado na cidade de Caxias do Sul – RS.

As experiências vivenciadas neste serviço evidenciam a falta de preparo da equipe multidisciplinar ao tratar o familiar como uma unidade de cuidado, a escassez de práticas humanizadoras na assistência e o desconhecimento por parte da equipe multidisciplinar das diretrizes da Política Nacional de Humanização (PNH). (BRASIL, 2003). A PNH traz em suas diretrizes um atendimento de qualidade ao paciente e familiar, unindo as novas tecnologias ao acolhimento, promovendo uma melhoria nos ambientes de trabalho e conseqüentemente na assistência. Apesar da intensa produção científica e a criação da política nacional, a relação entre a teoria e a prática de ações humanizadoras é muito frágil. A humanização é um termo bastante discutido, mas ainda pouco vivenciado nas instituições de saúde.

A equipe multidisciplinar da UTI trabalha em um contexto estressante em que as ações devem ser feitas de maneira rápida e diversos procedimentos são

realizados em um curto espaço de tempo, ficando em segundo plano à análise das necessidades e individualidade do paciente. Diante deste contexto o desafio é de criar vínculos prestando uma assistência mais humanizada e voltada para as necessidades do paciente e da família.

Como gestora da UTI, percebi no desempenho das minhas atribuições, que os profissionais da equipe multidisciplinar têm pouco envolvimento com as famílias. Normalmente, ao serem questionados pelos familiares, respondem que o médico dará as informações ou que a enfermeira irá conversar com eles, dando continuidade as suas tarefas.

O estudo tem como objetivo revelar pela ótica dos familiares e da equipe multidisciplinar as concepções de humanização e utilizar os dados provenientes desta pesquisa para elaborar estratégias que possam qualificar a assistência ao paciente e familiar.

### **1.1 A UTI no Contexto de Saúde**

As UTIs são unidades hospitalares que prestam atendimento à pacientes críticos com necessidade de cuidados complexos e especializados. Este local tem como objetivos: concentrar em um só local recursos humanos e materiais para o atendimento de pacientes graves, além da utilização de recursos tecnológicos apropriados para a monitorização contínua das condições vitais do paciente e para a intervenção em situações de urgência. (PADILHA; KIMURA, 2010).

Segundo a Lei 3.432 (BRASIL, 1998):

As UTIs são unidades hospitalares destinadas ao atendimento de pacientes em estado grave, com risco de vida, que proporciona assistência ininterrupta prestada por uma equipe especializada e que dispõem de recursos tecnológicos altamente sofisticados e complexos destinados ao diagnóstico, tratamento e monitorização das condições clínicas dos pacientes.

Fernandes et al. (2011) enfatiza que a UTI é considerada um dos setores hospitalares que mais mobilizam sentimentos de medo e angústia, por cuidar de pacientes que estão gravemente doentes. Esta gravidade implica a realização de procedimentos de alta complexidade, o que pode favorecer a mecanização da assistência prestada.

O grande arsenal de equipamentos, bipes, alarmes sonoros e luminosos, procedimentos invasivos realizados, dentro da UTI, bem como o comportamento tenso e apressado por parte da equipe, são fatores que aumentam os níveis de estresse e desequilíbrio das relações entre familiares e profissionais.

A Portaria 1.071 (BRASIL, 2005) trata de políticas para a assistência ao doente crítico, e relata que as UTIs são locais de grande especialização e tecnologias. Esses locais, tecnologicamente avançados, se posicionam historicamente como unidades fechadas e de acesso restrito. O Ministério da Saúde (MS) enfatiza que além de ter disponível todo aparato tecnológico e medicamentoso, trabalhar em uma UTI exige compromisso com a vida e respeito com aqueles que a perdem. O objetivo do MS com a implantação da Política Nacional de Atenção ao Paciente Crítico (PNAPC) é tratar da qualificação progressiva sob aspectos éticos, tecnológicos, organizacionais e humanizadores. (BRASIL, 2005).

Em 2010, a RDC número 7 determinou alguns requisitos mínimos para o funcionamento de uma UTI e reforçou a importância do acompanhamento do familiar do paciente internado na mesma. Embora o MS garanta alguns direitos aos familiares, muitas UTIs ainda possuem normativas e protocolos assistenciais rigorosos que dificultam as relações entre familiares e profissionais da equipe multidisciplinar. (BRASIL, 2010a).

A humanização nestas unidades vem sendo amplamente discutida, e estes debates evidenciam a necessidade de mudança. Por se tratar de um local onde fica em evidência ações rápidas, procedimentos invasivos e tecnologias duras, diante da gravidade, acabam ficando em segundo plano à análise das necessidades e individualidade do paciente. Alguns pontos relacionados a políticas de humanização e sua relação com as UTIs serão explanados de maneira aprofundada nos capítulos a seguir.

## **1.2 Políticas de Humanização na Saúde e em Terapia Intensiva**

O Ministério da Saúde (MS) criou, em 2001, o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar, com o objetivo de aprimorar as relações entre o profissional e o usuário. Neste documento enfatiza-se as condições de acesso, a qualidade do atendimento e a clareza nas informações prestadas ao usuário no serviço de saúde. Também elenca a gestão participativa, valorização e

apoio ao trabalhador como ferramenta para a melhoria no atendimento. Para implantação de ações nas instituições hospitalares foram criados grupos de trabalho em hospitais selecionados com o objetivo de divulgação e sensibilização da assistência humanizada. (BRASIL, 2001).

Com o intuito de transversalizar a política para toda rede de atendimento do Sistema Único de Saúde (SUS) foi criada a Política Nacional de Humanização (PNH) com o objetivo principal de ser o estímulo a mudanças de práticas e nos modelos de atenção e gestão na saúde. (BRASIL, 2003).

Segundo esta política, o conceito de humanização é uma:

aposta ético-estético-política: ética porque implica a atitude de usuários, gestores e trabalhadores de saúde comprometidos e corresponsáveis; estética porque acarreta um processo criativo e sensível de produção da saúde e de subjetividades autônomas e protagonistas; política porque se refere à organização social e institucional das práticas de atenção e gestão na rede do SUS. (BRASIL, 2008, pág. 62).

Um programa de humanização tem a oportunidade de resgatar o sentido real da prática através do aprimoramento e da busca pelas relações, valorizando a dimensão humana e subjetiva dos sujeitos do cuidado. (BACKES; LUNARDI FILHO; LUNARDI, 2006; PINHEIRO et al., 2011). A humanização trata de um processo subjetivo que implica na autonomia do sujeito e sua capacidade de agir nas relações. (SILVA; SÁ; MIRANDA, 2013).

A PNH do Sistema Único de Saúde (SUS) relata que a humanização deve ser vista como transversal, contemplando desde as rotinas nos serviços até as estratégias de gestão. (GOULART; CHIARI, 2010). O documento base para gestores e trabalhadores do SUS preconiza a humanização como política transversal a todas as outras da rede de saúde. (BRASIL, 2008).

O MS implantou a PNH em 2003, entretanto, da política de governo para a implantação da política pública, há uma distância considerável. Uma política pública não pode ser construída apenas com portarias e resoluções, devendo-se contemplar modos de fazer para que realmente o processo de construção seja efetivo. (BENEVIDES; PASSOS, 2005).

A mudança de paradigma que vem ocorrendo no SUS, incorporando a perspectiva de humanização no atendimento ao usuário, deve ser implantada em todos os níveis de atenção, inclusive na assistência aos pacientes graves. O

profissional de saúde deve se preocupar em preservar a dignidade do paciente e respeitar os princípios da moral e da ética. Assim, a humanização deve ser um instrumento e também um indicador de qualidade de assistência nas UTIs. (CAETANO et al., 2007; KNOBEL; NOVAES; BORK, 1999).

Oliveira et al. (2013) realizaram um estudo com enfermeiros que trabalham em uma UTI para descrever conceitos e práticas de humanização do ponto de vista dos mesmos. Para os enfermeiros entrevistados o conceito sobre humanização abordou três aspectos fundamentais: o cuidado integral, a empatia e a necessidade de o profissional investir na relação com o paciente e com sua família.

Chernicharo, Silva e Ferreira (2011) também afirmam a empatia como tecnologia leve fundamental nas práticas em saúde, sendo considerado um instrumento para humanização da assistência, trazendo valores pessoais e a compreensão do verdadeiro significado do cuidado. Com essa mesma linha de pensamentos de Costa, Figueiredo e Schaurich (2009) trazem que para os profissionais da UTI a humanização representa o resgate das características humanas durante o ato de cuidar.

Para o profissional que trabalha em UTI, é necessário considerar que em meio a técnicas complexas, é preciso buscar o humano que ali está, não apenas com o paciente que necessita ser monitorizado, mas como um ser humano singular que vivencia um processo de adoecimento. (BOLELA, 2008; CORREA, 1998). Em outro estudo, os enfermeiros que trabalham em uma UTI relataram a importância do domínio de máquinas e equipamentos, o cuidado direto com o paciente, a necessidade de muito conhecimento e o conviver com situações de estresse e pressão, entretanto, não foi citado pelos entrevistados, o cuidado humanizado e a assistência à família. (CORREA, 1995). Infelizmente, a tecnologia em detrimento do cuidado humanizado demonstra a falta de compromisso do profissional, descaracterizando o humano. (CAMPONOGARA et al., 2011).

Padilha e Kimura (2010) e Correa (1995) concordam que a assistência deve ser realizada levando-se em conta os valores humanos e éticos. Além disso, relatam que o uso da tecnologia e dos processos de trabalho são decorrentes do conhecimento humano, mas se os mesmos são utilizados em detrimento à ética e valores, provavelmente a essência da enfermagem vem sendo esquecida.

Costa, Figueiredo e Schaurich (2009) referem que a equipe de enfermagem elenca alguns fatores que podem dificultar o exercício da humanização na prática

diária, entre elas as relações pessoais entre a equipe, o modelo de cuidado (ainda fundamentado no conceito saúde-doença) e as normas e rotinas das instituições de saúde. Em estudo realizado por Silva et. al. (2009), os enfermeiros foram questionados sobre comportamentos que podem caracterizar uma assistência desumanizada nas UTIs. Os mesmos citaram a falta de privacidade do paciente, o barulho constante, os comentários inoportunos e a utilização de rótulos para se referir ao paciente e família.

Entre algumas das políticas e resoluções do MS voltadas para a humanização da assistência, a RDC número 7 reforça a importância do acompanhamento do familiar do paciente internado. Embora o MS garanta alguns direitos aos familiares, muitas UTIs ainda possuem normativas e protocolos rigorosos que dificultam as relações entre familiares e profissionais da equipe multidisciplinar. (BRASIL, 2010). Assim, o familiar deve ser considerado uma unidade de cuidado.

### **1.3 A Família como Unidade de Cuidado na Unidade de Terapia Intensiva**

A família pode ser compreendida como uma unidade na qual os membros podem ou não estar ligados por laços de parentescos, podem viver juntos ou não, comprometidos por laços afetivos, construindo seu processo de viver com valores próprios decorrentes das interações realizadas entre seus membros. (SOUZA; BELEZA; ANDRADE, 2012).

A hospitalização de um familiar gera diversas mudanças na dinâmica da família em razão da insegurança e ansiedade gerada pelo adoecimento e pela ausência da pessoa no cotidiano das relações. (FREITAS; MENEZES; MUSSI, 2012; FERREIRA; MENDES, 2013).

O contato familiar com a equipe permite a formação moral, das crenças, sentimentos e conhecimentos. (COSTA, 2009). Então, se o relacionamento da equipe com o familiar for satisfatório, obtêm-se informações enriquecedoras que possibilitam o cuidado do paciente a partir das suas reais necessidades.

A falta de uma assistência adequada pode gerar, no familiar, desconfiança em relação à equipe multidisciplinar, principalmente por não conhecer seus membros, ocasionando a incapacidade de concordar com os regulamentos e na tomada de decisões em benefício ao paciente. (COSTA et al., 2010). O familiar que vivencia a

internação, o faz intensamente se deparando com situações de incertezas, mudanças e adequações. Ele pode vivenciar a internação de forma mais intensa que o próprio paciente, pois se depara com um processo de permanentes adaptações, incertezas e mudanças que trazem implicações a história de vida familiar. (URIZZI, 2005).

O cuidado integral não deve ser restrito somente ao paciente, pois a família encontra-se igualmente fragilizada e precisando do atendimento de suas necessidades. (OLIVEIRA et al., 2013). O paciente precisa ser reconhecido pela equipe multiprofissional como membro de uma família, por isso, algumas práticas devem ser centradas na família. (SILVEIRA et al., 2005).

Em 2007, o MS reforçou a importância da família como unidade de cuidado e do quanto o profissional de saúde deve considerar a mesma como sujeito nas relações estabelecidas entre ambos. Também enfatiza a escuta atenta ao familiar como primeiro passo para que haja respeito e autonomia do familiar e, que a presença do mesmo no ambiente hospitalar é fundamental para que haja mudanças nas relações entre eles e as instituições de saúde, aumentando a autonomia do paciente. E, traz uma reorientação quanto às práticas do profissional e saúde, norteada na interação com o contexto de vida. (BRASIL, 2007a). No documento base para gestores e trabalhadores do SUS esta interação é abordada e elencada como fundamental no atendimento ao paciente e familiar. O mesmo documento reforça que deve haver uma equipe multidisciplinar de referência, para que o familiar conheça as pessoas que estão prestando a assistência e que esta mesma equipe destine um horário para o atendimento à família e/ou sua rede social. (BRASIL, 2008).

A família é fundamental no processo de cuidado e deve ser vista como sujeito das práticas de saúde, e que novas políticas e programas devem focar o mesmo como objeto. (FREITAS; MENEZES; MUSSI, 2012).

O primeiro estudo envolvendo familiares na UTI foi publicado em 1979, pela enfermeira Nancy Molter. Tratou-se de um estudo realizado em 2 hospitais, com o objetivo de identificar as necessidades percebidas pelos familiares. (MOLTER, 1979). Em 1986, a enfermeira Jane Leske replicou o estudo de Molter e readaptou o questionário utilizado, criando o *Critical Care Family Needs Inventory* (CCFNI) para avaliar as necessidades dos familiares. Neste estudo foram elencados 5 pontos principais na assistência ao familiar: suporte, conforto, informação, proximidade e

segurança. (LESKE, 1991). Kinrade, Jackson e Tomnay (2009) replicaram o estudo realizado por Molter e demonstraram uma mudança significativa das necessidades familiares. Em 1979, a maior pontuação foi para o item “de se sentir que há esperança”. Já no estudo realizado em 2009, os itens de maior pontuação foram “sentir que o pessoal do hospital se interessa pelo paciente” e “ser informado a respeito de tudo que se relacione à evolução do paciente”.

No Brasil, Castro (1999) readaptou o CCFNI para nossa realidade, construindo o Inventário de Necessidades e Estressores de familiares em UTI (INEFTI). Neste estudo, a autora verificou que 74% das necessidades estavam relacionadas a informações e segurança e apenas 26% se relacionavam a organização e funcionamento da UTI.

Quanto às políticas de visitas de familiares à UTI, um estudo realizado por Giannini, Miccinesi e Leoncino (2008) abordou 257 unidades, sendo que apenas uma delas não possuía restrição de horários de visitas e em 21% as políticas não eram revistas em casos de terminalidade.

Em 2007, a Associação Americana de Medicina Intensiva apresentou as Diretrizes de Práticas Clínicas para suporte da família de pacientes internados em UTI. (DAVIDSON et al., 2007). Algumas das medidas incentivadas neste documento são: a visitação com horário flexível, a criação de grupos de apoio com o familiar e a identificação de um porta-voz da família para interação com a equipe e a identificação de um responsável por decisões a serem tomadas.

Em um estudo conduzido por Mitchell et al. (2009), os familiares foram convidados a ajudar com alguns cuidados fundamentais a seus familiares, com o apoio dos enfermeiros da unidade. Eles verificaram que essa parceria melhorou significativamente a percepção dos familiares sobre o respeito, a colaboração e o suporte nas primeiras 48 horas de internação do paciente.

Para o familiar o fato de ser ouvido e compreendido é relacionado com conforto e acolhimento, além do fato de perceber que o profissional de saúde se preocupa com o sofrimento da família e faz ações para minimiza-las. (FREITAS; MENEZES; MUSSI, 2012). As necessidades mais importantes para os familiares são: estar informado sobre o estado do paciente, sentir que seu familiar está sendo bem atendido, sentir-se acolhido pela equipe, ter esperança, ter a possibilidade de estar mais perto dele. (MARUITI; GALDEANO, 2007).

Ao falar de estratégias na assistência ao familiar deve-se ter claro que a humanização vai além das políticas de visitas dos familiares. A mesma tem um conceito mais amplo, que inclui uma relação de confiança e de ajuda entre a equipe de enfermagem e os membros da família, identificando as reais necessidades dos mesmos. (MARUITI; GALDEANO, 2007).

A família deve ser vista como importante elemento para diferenciar o cuidado prestado, e deve ser utilizado como ferramenta para tornar a assistência mais humanizada ao paciente. (URIZZI, 2005). O familiar/acompanhante percebe as tecnologias leves como predominantes no cuidado prestado, permitindo que haja a construção das relações de vínculo e confiança entre os sujeitos envolvidos no cuidado. (PINHEIRO et al., 2011).

O MS através do Programa HumanizaSUS elenca como estratégia de humanização a visita aberta, cujo o objetivo é ampliar o acesso dos visitantes de forma a manter a relação do paciente com sua rede social. A visita aberta permite a integração dos familiares no processo das mudanças e limitações, ocasionadas pelo motivo da internação hospitalar, colaborando para o enfrentamento das mesmas pelo paciente. A liberação dos familiares em um regime de visita aberta tem efeito positivo no estado emocional e recuperação do paciente. (BRASIL, 2007a). Outro recurso que provou ser benéfico são os grupos de suporte familiar, possibilitando apoio mutuo e a superação do olhar centrado no paciente e na doença. (OLIVEIRA et al., 2010).

Martinez et al. (2003) implementaram um programa de participação familiar nos cuidados básicos ao paciente crítico, tais como: higiene, alimentação e mobilização, alterando o regime de visita restrita para o de visita aberta. Após estas medidas, os enfermeiros que prestavam a assistência ao paciente relataram acreditar que a visita aberta proporcionou apoio emocional e incrementou o desejo de viver do paciente. Para estabelecer vínculos e prestar uma assistência humanizada, falta o básico, isto é, uma comunicação eficaz que fortaleça as relações entre a equipe e a família. (SCHNEIDER et al., 2009).

Para Silva et al. (2012) a implantação de algumas ferramentas, tais como a visita aberta, o acolhimento, os grupos de trabalho e oficinas, na prática diária, ainda é uma realidade muito distante. Para tanto, o enfermeiro é considerado o profissional com maior capacidade para atuar junto à família, por ser o que tem contato direto

com o paciente e o que normalmente repassa orientações/informações. (BECCARIA et al., 2008).

Reforçando estes aspectos, a política de humanização pode ser a base para estimular as mudanças necessárias na prática institucional de cuidado ao paciente e familiar.

#### **1.4 Humanização nas Relações de Trabalho da Equipe Multidisciplinar**

Ao fazer a reflexão sobre o termo humanização na UTI se faz necessário abordar não somente as relações entre paciente/equipe/família. As relações entre a equipe multidisciplinar e a instituição de trabalho também são um aspecto importante ao falar do tema. É fundamental refletirmos sobre a humanização entre as relações de trabalho. Citando Padilha e Kimura (2010, p. 1342) “para humanizar é preciso, antes de tudo, humanizar-se.”

Em uma pesquisa realizada por Michelan (2011) os sujeitos do estudo conceituaram humanização como algo que considera aspectos emocionais e ações ao paciente, sua família e ao trabalhador. Para esses profissionais a promoção de recursos humanos e materiais e o bom relacionamento com os gestores é fundamental para o processo de humanização.

O trabalho da equipe multidisciplinar nas UTIs é marcado por muitas contradições. Os conflitos que ocorrem são diretamente ligados as características do trabalho no local. Beck et al. (2007) trazem como aspectos que prejudicam a construção de vínculos a sobrecarga de trabalho, a burocracia em detrimento à relação de interação e déficit de profissionais. A isto, também se soma a gravidade dos casos e mortes constantes, conflitiva de relação entre colegas e contextos de vida muito diferentes.

Diante desta realidade, como humanizar as relações de trabalho? Para Backes, Lunardi e Lunardi Filho (2006) ao se falar de humanização centrada no trabalhador, automaticamente se fala em políticas de trabalho que valorizem o profissional, um ambiente hospitalar acolhedor e estratégias para o trabalhador se mantenha motivado.

O gestor de serviços em saúde deve levar em conta estes aspectos e na tomada de decisões deve considerar as demandas, anseios e percepções de todos os envolvidos no processo de trabalho. (GOULART; CHIARI, 2010). O número

suficiente de pessoas para trabalhar, reuniões de apoio com psicologia, treinamentos e harmonia entre a equipe de trabalho favorece o processo de humanização em UTI. (COSTA; FIGUEIREDO; SCHAURICH, 2009). A proposta de humanização nas relações da equipe a criação de um grupo de discussão, com encontros regulares, para compartilhar situações vivenciadas e para treinar a escuta empática é um momento para a reflexão do fazer. (PADILHA; KIMURA, 2010). Essa reflexão sobre o processo de trabalho também é relatada por Gomes, Anselmo e Lunardi Filho (2000), que referem como característica essencial a liberdade conferida aos profissionais para que os mesmos possam contribuir com ideias e opiniões que possam reconstituir as práticas. A comunicação é uma estratégia imprescindível para a humanização. É dar a palavra tanto para o paciente quanto para o trabalhador em saúde. (OLIVEIRA; COLLET; VIEIRA, 2006).

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 Objetivo Geral**

Elaborar estratégias de humanização em unidade de terapia intensiva de um hospital privado do município de Caxias do Sul – RS.

### **2.2 Objetivos Específicos**

- a) conhecer as concepções dos profissionais de saúde sobre humanização na assistência ao paciente crítico;
- b) conhecer as concepções dos familiares sobre humanização na Unidade de Terapia Adulto;
- c) descrever, pela ótica da família e da equipe multidisciplinar, quais são as principais sugestões para tornar a UTI mais humanizada.

### **2.3 Metas**

Este estudo servirá como referência para a implantação de estratégias na assistência ao paciente e familiar nas UTIs do Hospital referido, bem como indicar outros rumos para as práticas de humanização dentro da instituição como um todo.

### **3 MÉTODO**

A seguir será apresentado o percurso metodológico realizado durante este estudo.

#### **3.1 Delineamento da Pesquisa**

Trata-se de um estudo observacional, descritivo e exploratório, com abordagem qualitativa. (POLIT; BECK; HUNGLER, 2011). Segundo Minayo (2003), a pesquisa qualitativa responde questões particulares e trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis. Aprofunda-se no mundo dos significados das ações e relações humanas, um lado não perceptível e não captável em equações, médias e estatísticas.

#### **3.2 Descrição do Local do Estudo**

O estudo foi realizado na UTI Adulto II de um hospital privado de Caxias do Sul, Rio Grande do Sul. A unidade atende 10 pacientes críticos ou potencialmente críticos, de ambos os sexos, clínicos e/ou cirúrgicos.

A planta física é circular de modo a visualizar todos os leitos. Na área central concentra-se uma área comum a todos os profissionais que prestam atendimento, com a central de monitorização, prontuários, computadores e estações de trabalho.

Como área de apoio, o serviço possui uma sala de armazenamento de equipamentos, uma sala de expurgo, uma sala de estar para equipe de enfermagem e médica, uma sala da assistente administrativa e uma sala do familiar, além de uma sala de espera localizada na parte externa da unidade.

Fazem parte da equipe multidisciplinar o médico rotineiro (que permanece na UTI das 8h00min até às 11h00min), um médico plantonista, um fisioterapeuta, um nutricionista, uma psicóloga, uma enfermeira e seis técnicos de enfermagem por turno. A troca de plantão entre os turnos se dá às 7h00min, 13h00min e 19h00min, diariamente.

As rotinas de trabalho existentes têm horários pré-estabelecidos para serem executadas, sendo divididas entre os três turnos. O setor utiliza-se da sistematização da assistência de enfermagem, em que o cuidado do paciente é realizado por um único profissional técnico de enfermagem no turno, conforme escala realizada pelo enfermeiro, baseada no grau de complexidade assistencial.

O atendimento ao familiar nesta unidade se inicia na admissão do paciente, quando realiza-se o acolhimento e histórico pelo enfermeiro. Neste momento são repassadas informações gerais sobre a rotina da unidade (horários de visita, estrutura física e como serão repassadas informações).

As visitas dos familiares ocorrem em três momentos de 30 minutos: pela manhã (11h00min até 11h30min), à tarde (16h00min até 16h30min) e a noite (19h30min até 20h00min). Durante esses horários podem entrar dois familiares, por um período de 15 minutos cada familiar. No momento que antecede o horário de visitas, os familiares esperam na sala de espera que se localiza na entrada da unidade. Ao serem chamados para entrar, os familiares são orientados pelos técnicos de enfermagem a lavarem as mãos, sendo encaminhados para o leito do respectivo familiar.

Por se tratar de uma unidade de terapia mista, onde internam pacientes que possuem médico assistente e pacientes que internam para a equipe de médicos da UTI, as informações relacionadas ao paciente que possui médico assistente são repassadas à família pelo mesmo e em caso de internação para a equipe da UTI as informações são repassadas ao familiar após o horário da visita da manhã pelo plantonista da UTI.

### **3.3 Participantes do Estudo**

Os participantes foram os familiares dos pacientes internados (pessoa que tenha laços de consanguinidade ou cônjuge do paciente) e a equipe multiprofissional, que presta assistência aos pacientes nas UTIs, que aceitaram participar do estudo.

Segue abaixo os critérios de exclusão e inclusão para cada grupo de participantes:

### 3.3.1 Critérios Inclusão e Exclusão

Quadro 1 – Critérios de inclusão e exclusão dos participantes da pesquisa

<b>Participantes</b>	<b>Critérios de Inclusão</b>	<b>Critérios de Exclusão</b>
Familiares	a) aceitar participar da pesquisa e assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice A); b) ter idade superior a 18 anos; c) ser alfabetizado e ter condições de responder o questionário; d) pacientes internados num período superior a 48 horas após a admissão; e) parentesco de primeiro grau: pai, mãe, irmãos, filhos ou cônjuge/companheiro; f) que tenham visitado o paciente no período de hospitalização, no mínimo duas vezes, e tenham se envolvido com os problemas de saúde do paciente.	a) parentesco de 2º grau ou maior; b) cuidador contratado.
Equipe Assistencial	a) aceitar participar da pesquisa e assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice B); b) estar na assistência direta ao paciente internado.	a) estar em afastamento legal no período da coleta; b) estar em período probatório.

Fonte: elaborado pela autora (2015).

O número de participantes familiares não foi previamente definido, sendo uma amostra intencionalmente selecionada. Na medida em que as entrevistas eram realizadas, os dados foram pré-analisados e o término da coleta se deu quando os dados se mostraram saturados, tendo em vista os questionamentos propostos por este estudo, totalizando assim em 9 familiares.

Todos os participantes da equipe assistencial, dos três turnos de trabalho, participaram da amostra, desde que contemplados nos critérios de inclusão e exclusão, totalizando 20 profissionais.

### 3.4 Coleta de Dados

Os dados foram coletados durante o período de janeiro até junho de 2016. A todos os participantes foi explicado o objetivo da pesquisa e após foi assinado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice A e B), em duas

vias, sendo que uma via permaneceu com o pesquisador e a outra com o participante.

#### 3.4.1 Coleta de Dados dos Participantes da Equipe Assistencial

A coleta dos dados da equipe assistencial ocorreu em um local privativo, com duração mínima de 20 minutos e máxima de 40 minutos, durante o horário de trabalho dos profissionais, conforme turno de trabalho, devido à dificuldade de conseguir disponibilidade dos profissionais comparecerem fora do horário de serviço. Em nenhum momento houve prejuízo do andamento do trabalho, durante a aplicação do questionário.

Para conhecer a concepção dos profissionais de saúde sobre humanização e suas sugestões, os participantes responderam um questionário (Apêndice C) com perguntas de múltipla escolha para caracterização demográfica, tais como: profissão, grau de instrução, tempo de profissão, tempo de atuação na UTI. Após esta caracterização, os mesmos responderam duas questões abertas sobre o que é humanização e sugestões para tornar a UTI mais humanizada. O pesquisador optou pelo uso de questionário com preenchimento pelo próprio profissional, devido ao fato do mesmo fazer parte da equipe de trabalho e a gravação de uma entrevista trouxesse algum constrangimento e o mesmo omitisse sua opinião. Participaram da pesquisa 20 profissionais da equipe multidisciplinar.

#### 3.4.2 Coleta de Dados dos Participantes Familiares

Os familiares foram abordados após a visita, sendo explicado os objetivos deste estudo e o processo como seria feita a coleta de dados, bem como agendado outro horário para coleta, caso necessário. Os participantes que aceitaram fazer parte da pesquisa, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice A) em duas vias.

Para conhecer a concepção dos familiares sobre humanização e suas sugestões para melhoria da assistência, os mesmos responderam uma entrevista semiestruturada contemplando questões de caracterização, tais como: grau de parentesco e experiência anterior em UTI (Apêndice D). Após este momento eles responderam a duas questões abertas com o questionamento do que é

humanização e sugestões para tornar a UTI mais humanizada. As duas perguntas abertas foram respondidas verbalmente, sendo gravadas para posterior transcrição.

Nove familiares foram entrevistados, e a coleta foi finalizada por apresentar saturação dos dados, sendo que as informações levantadas se tornaram repetitivas, não trazendo mais nenhum significado relevante para os objetivos propostos. (TURATO, 2008).

### **3.5 Análise dos Dados**

As entrevistas gravadas com os participantes familiares foram transcritas na íntegra e foram analisadas através do método de análise de conteúdo, proposto por Bardin (2011), que se divide em três etapas: a) pré-análise (organização do material e sistematização das ideias iniciais, exploração do material por meio de várias leituras); b) descrição analítica (categorização dos dados, classificando por temas) e c) interpretação inferencial (interpretação dos dados e inferência com o objetivo de validar os significados).

Os dados quantitativos foram armazenados em planilha Excel desenvolvido para esta pesquisa e analisados por estatística por frequência, médias e desvio padrão e apresentados na forma de tabelas.

#### 4 ASPECTOS ÉTICOS

O projeto foi submetido a avaliação do Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade do Vale do Rio dos Sinos com a permissão da instituição e aprovado sob o número 1.325.791 (Anexo A) e a instituição autorizou a execução da pesquisa no local (Anexo B).

Todos os participantes foram orientados quanto aos objetivos da pesquisa e ao caráter voluntário da participação e os que concordaram em participar assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice A e B).

Todos os dados foram preservados, garantindo o anonimato e privacidade dos participantes, conforme resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde. (BRASIL, 2013).

Considerando que a participação nesta pesquisa pode causar desconforto psicológico mínimo foi disponibilizado os participantes o acesso ao serviço de psicologia hospitalar.

Para garantir o anonimato dos participantes, foi utilizada a letra E (inicial de entrevistado da equipe multidisciplinar), seguida por um número arábico, conforme a ordem de inserção dos profissionais no estudo, ficando: E1, E2, até E20. Tais designações acompanham os respectivos depoimentos. Para identificar os familiares entrevistados foi utilizada a letra F, seguida por número arábico, conforme a ordem de inserção dos mesmos no estudo. Ressalta-se que todas as informações fornecidas serão utilizadas somente para esta pesquisa.

Todos os resultados serão apresentados para a instituição coparticipante e para a comunidade acadêmica, na forma de artigo e/ou apresentação em eventos científicos.

As gravações e transcrições serão guardadas em arquivo próprio da pesquisadora, preservando a segurança das informações coletadas. Após cinco anos da realização pesquisa, todas as entrevistas e arquivos referentes a esta pesquisa serão excluídos por meio de picotagem.

## 5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Após revisão da literatura e em segmento à proposta do estudo, analisou-se o conteúdo dos registros acerca da compreensão sobre humanização em UTI. Primeiramente foi realizada uma leitura geral dos dados, com posterior releitura para agrupamento e categorização dos dados similares com posterior interpretação dos mesmos e inferência com o objetivo de validar os significados.

Para melhor compreensão dos resultados e discussões, os mesmos serão apresentados conforme os objetivos propostos, sendo que as sugestões serão discutidas logo após as concepções de humanização de cada grupo de participantes.

### 5.1 Caracterização dos Participantes

Para contemplar os objetivos propostos no estudo foram selecionados para coleta de dados trabalhadores da equipe multidisciplinar da UTI e familiares de pacientes internados na mesma unidade. A tabela 1 mostra a caracterização dos participantes (equipe e familiares) conforme as variáveis pesquisadas.

Tabela 1 – Caracterização dos profissionais da equipe multidisciplinar da Unidade de Terapia Intensiva Adulto e dos familiares 2016

Variáveis	(continuação) N (%)
<b>EQUIPE MULTIDISCIPLINAR</b>	
<b>Sexo</b>	
Masculino	1 (5%)
Feminino	19 (95%)
<b>Faixa etária (anos) (média 33 ± 6,4 anos)</b>	
18 – 25	3 (15%)
26 – 30	7 (35%)
31 – 40	7 (35%)
41 – 50	3 (15%)
<b>Escolaridade</b>	
Ensino médio completo	7 (35%)
Ensino superior incompleto	6 (30%)
Ensino superior completo	7 (35%)

	(conclusão)
<b>Formação</b>	
Técnico de Enfermagem	12 (60%)
Enfermeiro	4 (20%)
Nutricionista	1 (5%)
Médico	1 (5%)
Fisioterapeuta	1 (5%)
Acadêmico de enfermagem	1 (5%)
<b>Tempo de atuação na profissão (em anos)</b>	
1 a 5 anos	7 (35%)
6 a 10 anos	6 (30%)
11 a 15 anos	5 (25%)
16 a 20 anos	2 (10%)
<b>Tempo de atuação na unidade de terapia intensiva (em anos)</b>	
< 1 ano	1 (5%)
1 a 3 anos	10 (50%)
4 a 6 anos	3 (15%)
7 a 10 anos	4 (20%)
11 a 13 anos	0 (0%)
14 a 16 anos	2 (10%)
<b>FAMILIARES</b>	
<b>Sexo</b>	
Masculino	2 (22,3%)
Feminino	7 (77,7%)
<b>Grau de parentesco</b>	
Cônjuge	3 (33,35%)
Filho(a)	3 (33,35%)
Irmã(o)	2 (22,2%)
Mãe	1 (11,1%)
<b>Faixa etária (média 46 ± 10,2 anos)</b>	
25 – 30	1 (11,1%)
31 – 35	1 (11,1%)
36 – 40	1 (11,1%)
41 – 45	1 (11,1%)
46 – 50	2 (22,25%)
51 – 55	1 (11,1%)
56 – 60	2 (22,25%)
<b>Escolaridade</b>	
Ensino médio completo	2 (22,2%)
Ensino superior incompleto	3 (33,35%)
Ensino superior completo	4 (44,45%)
<b>Experiência anterior na UTI</b>	
Sim	3 (33,35%)
Não	6 (66,65%)

Fonte: Dados da Pesquisa (2016).

A Tabela 1 permite a caracterização dos sujeitos da equipe multidisciplinar que participaram do estudo quanto à idade, ao sexo, a categoria profissional, tempo de atuação na profissão e tempo de atuação em UTI. Ao analisá-la, constata-se que a maioria dos profissionais encontrava-se na faixa etária entre os 26 aos 40 anos, predominantemente do sexo feminino (apenas 1 era do sexo masculino) tendo tempo médio de trabalho em UTI entre 1 a 10 anos, o que revela o conhecimento das rotinas e cuidados desenvolvidos nesta unidade, bem como a experiência destes profissionais. Entende-se que esta caracterização foi importante pois revelou que os registros obtidos foram provenientes de profissionais que exercem sua profissão na UTI após a criação da Política Nacional de Humanização (2003).

A Tabela também possibilita caracterizar os familiares quando à idade, sexo, grau de parentesco, escolaridade e experiência anterior em UTI. Os familiares deste estudo eram predominantemente do sexo feminino (77,7%). De acordo com a faixa etária, os dados oscilaram dos 25 até os 60 anos. O vínculo familiar de esposo (a) (33,35%) prevaleceu na pesquisa juntamente com os filhos (33,35%). Também é importante caracterizar os familiares quanto ao nível educacional, pois as informações e orientações dadas aos mesmos tem que estar condizentes com a capacidade de aprendizagem de cada um. Entre os familiares, 33,35 % possuíam ensino superior incompleto e 44,45 % possuíam o ensino superior completo. Dos nove entrevistados 66 % não haviam tido nenhuma experiência anterior em UTI.

## **5.2 Concepções da Equipe Multidisciplinar sobre a Humanização na Assistência ao Paciente Crítico**

O primeiro questionamento realizado à equipe multidisciplinar foi o de contextualizar a humanização em UTI, isto é, o que de fato representa humanizar diante das experiências vivenciadas neste local. Percebeu-se durante a análise dos dados a dificuldade que os profissionais apresentam em definir humanização, sendo a mesma relacionada com ações práticas. Sanches (2016) obteve resultado similar em sua pesquisa, mostrando que os aspectos teóricos e práticos, que designam a humanização, ainda não são um consenso em sua abrangência e aplicabilidade.

A PNH conceitua humanização como uma aposta ético-estético-política e que pode ser realmente efetivada através da atitude de usuários, gestores e trabalhadores de saúde, bem como proporciona uma abertura para o processo

criativo e para a subjetividade. Atualmente os processos de trabalho das instituições de saúde ainda são voltados para normativas, procedimentos, protocolos e centrados no modelo biomédico o que acarreta lacunas entre as diretrizes da política nacional de humanização e a prática. (VERDI; FINKLER; MATIAS, 2015).

No decorrer das entrevistas algumas unidades de significação foram associadas com maior frequência a humanização, tais como: **empatia, acolhimento e o respeito a individualidade do paciente.**

*“Amor, carinho ao próximo.” (E17)*

*“Devemos sempre manter nossa postura, conduta, cuidar no que vai ser falado e realizado, cuidar dele como nós gostaríamos de ser cuidado e tratado.” (E6)*

A empatia é uma tentativa de reconhecer o usuário enquanto ser humano e semelhante. (MONGIOVI et al., 2014). Em estudo realizado por Oliveira (2013) os enfermeiros trouxeram aspectos similares como o cuidado integral, observando as várias dimensões que compõe o ser humano; a empatia como capacidade de se colocar no lugar do outro e a preocupação com a relação paciente-família como unidade de cuidado.

Chernicharo, Silva e Ferreira (2011) também trazem a empatia como tecnologia leve fundamental nas práticas em saúde, sendo considerado um instrumento para humanização da assistência, em que o profissional traz valores pessoais e a compreensão do significado do cuidado.

Alguns profissionais relatam a importância do cuidado integral e acolhimento aos familiares como ponto fundamental ao falar de humanização. Entendem como cuidado integral não somente a assistência direta ao paciente, mas também à família.

*“Humanizar é acolher a família, trazer a família para a realidade do que é uma UTI, fazer com que entendam que o cuidado é mais complexo.” (E18)*

Evidenciou-se neste depoimento que o profissional reconhece a importância da família como unidade de cuidado, e identifica a importância da comunicação entre a equipe e a família. Na vivência diária em UTI evidencia-se que a relação entre os profissionais, pacientes e familiares ainda é bastante frágil e a reflexão sobre como inseri-los neste ambiente, se faz necessária. A PNH (BRASIL, 2003)

aborda como objetivo o estreitamento das relações entre a equipe multidisciplinar, do paciente e do familiar, identificando o acolhimento como uma das diretrizes de maior importância no que se refere inserir o paciente e os familiares no novo contexto da internação hospitalar.

O acolhimento é ferramenta essencial para o diálogo entre familiar-equipe-paciente. (PASSOS, 2016). O acolhimento pode ser realizado em vários momentos, não somente na internação hospitalar, mas também no momento da visita com o enfermeiro acompanhando o familiar até o leito, repassando informações e esclarecendo dúvidas. O diálogo, a escuta e o compartilhamento de experiências são fundamentais para exercer o acolhimento. Infelizmente estas atitudes ainda não se fazem tão presentes nos serviços de saúde, principalmente das UTIs. O acolhimento tem como objetivo valorizar as necessidades do paciente e familiar, escutar de maneira atenta e respeitar as diferenças. (MAESTRI et al., 2012a).

Outro ponto citado nos questionários trata da individualidade do usuário. É reconhecido pelos profissionais a importância de avaliar as necessidades dos pacientes e o respeito à individualidade do mesmo, sendo reconhecido como um aspecto a ser melhorado, conforme depoimento abaixo:

*“Evitar exposição desnecessária do paciente, mostrar interesse nas necessidades dos pacientes.” (E7)*

Esta fala levanta um ponto relevante sobre a questão da privacidade na UTI, remete para o quanto as ações automáticas e a gravidade dos pacientes faz com que a equipe não perceba a exposição desnecessária, não reconheça o paciente como indivíduo e que o mesmo tem um aspecto cultural que não é levado em conta; o quanto devemos respeitar e compreender a manipulação do corpo como algo invasivo. Durante a realização de procedimentos e contato com o corpo tem-se a oportunidade de fortalecer o vínculo de confiança com o paciente, mas por vezes, são feitos de maneira tão mecanicista e sem significado, tornando esta ocasião um momento de invasão e constrangimento. Entende-se que por vezes os procedimentos são inevitáveis para realizar o cuidado, mas é importante a reflexão de como realmente está sendo feito.

Em virtude do uso de sedativos, ventilação mecânica e outros procedimentos invasivos, os pacientes se tornam muito dependentes dos profissionais que o

cuidam e esta situação dificulta a reflexão sobre a subjetividade do paciente. (SILVA; FERREIRA, 2013). Nem sempre o paciente está apto a escolher, decidir e expressar sua opinião, devido à gravidade do quadro clínico, sendo o atendimento focado nos cuidados técnicos e fragmentados. Na internação de um paciente em uma UTI, o corpo do mesmo passa a ser de domínio da equipe multidisciplinar, permitindo o acesso e manipulação irrestrita e sem consentimento. (SOARES, 2010). O questionamento a se fazer é, qual o limite? Quando isso interfere na privacidade do paciente? O quanto isto é fator de estresse e incomodo para o mesmo?

Assegurar a autonomia e individualidade do paciente implica em respeitar as necessidades do mesmo e nem sempre o que a equipe julga ser necessário. Em UM estudo realizado por Taets et al. (2012) o tema individualidade no tratamento também é trazido como facilitador no processo de cuidar. Esta questão da privacidade e individualidade também é discutida por Barros, Queiroz e Melo (2010) como elementos fundamentais ao se falar de cuidado humanizado.

### **5.3 Concepções dos Familiares sobre Humanização**

Após coletar dados de caracterização do familiar, o primeiro questionamento realizado aos familiares foi o de contextualizar a humanização em UTI. No decorrer das entrevistas pode-se evidenciar que alguns aspectos citados pela equipe multidisciplinar, também o foram pelos familiares, tais como a **empatia** e o **acolhimento**.

Ao falar sobre humanização com o familiar deve-se ter em mente que, no momento da internação na UTI, o paciente é retirado do convívio dos seus familiares, sendo permitida interação entre eles em horários pré-determinados. Também há exposição de informações familiares relevantes a “estranhos” e os mesmos são destituídos de autonomia e privacidade. (BOLELA, 2008).

Backes, Lunardi Filho e Lunardi (2006) enfatizam que tão relevante quanto os avanços tecnológicos na UTI, é um atendimento ético e com valores. Evidencia-se através do depoimento abaixo a importância de agregar as tecnologias duras e leves para uma assistência de qualidade.

“Para mim humanização não é só o olhar carinhoso, atenção, o carinho, acima de tudo é atendimento de qualidade, com profissionais capacitados e resolutivos.” (F2)

No ambiente da UTI deve coexistir os recursos tecnológicos necessários, entretanto, isso não faz com que se exclua a necessidade do diálogo, atenção e respeito ao paciente e familiar. Pinheiro et al. (2011) observam que a complexidade dos equipamentos exige dos profissionais uma atenção maior no seu manuseio, ocupando por vezes o centro do cuidado e deixando as relações entre pacientes, familiares e equipe mais distantes. Neste sentido, Silva, Sanches e Carvalho (2007) relatam que embora o profissional de enfermagem esteja envolvido com monitores e tecnologias, o mesmo não deve perder de vista o foco principal do seu trabalho, isto é, o cuidado ao paciente. Os depoimentos abaixo reforçam essa afirmação:

“Humanizar não é tratar somente feridas, bombas, tubos, mas também a alma, os medos, as ansiedade, as dúvidas. Tratar a alma humana como outra alma humana.” (F4)

“Para mim humanização não é só o olhar carinhoso, atenção, o carinho, acima de tudo é atendimento de qualidade, com profissionais capacitados e resolutivos.” (F2)

No ambiente da UTI deve coexistir os recursos tecnológicos necessários, entretanto, isso não faz com que se exclua a necessidade do diálogo, atenção e respeito ao paciente e familiar. Pinheiro et al. (2011) observam que a complexidade dos equipamentos exige dos profissionais uma atenção maior no seu manuseio, ocupando por vezes o centro do cuidado e deixando as relações entre pacientes, familiares e equipe mais distantes. Neste sentido, Silva, Sanches e Carvalho (2007) relatam que embora o profissional de enfermagem esteja envolvido com monitores e tecnologias, o mesmo não deve perder de vista o foco principal do seu trabalho, isto é, o cuidado ao paciente, conforme depoimentos a seguir:

“Humanizar não é tratar somente feridas, bombas, tubos, mas também a alma, os medos, as ansiedade, as dúvidas. Tratar a alma humana como outra alma humana.” (F4)

“Um paciente não é um objeto, e um atendente deve ter essa percepção. Se foi essa a escolha profissional, deve ter em mente a dedicação e bom atendimento para que o paciente tenha a recuperação necessária. Não deve esquecer que está trabalhando com pessoas, sentimentos, dores, vidas.” (F6)

O depoimento acima revela que o paciente não deve ser tratado como objeto, reforça a perda de autonomia do mesmo ao internar em uma UTI. Por vezes, os profissionais da área da saúde reproduzem um trabalho que enfoca a produção de procedimentos e tarefas sem avaliar os resultados para o paciente, atribuindo menor importância a autonomia e ao sofrimento do paciente. (BRASIL, 2010b).

Outro aspecto evidenciado nas entrevistas está relacionado diretamente à ação de acolher o familiar.

“A família se sentir acolhida é um ponto extremamente positivo. Sentir o carinho das atendedoras com o paciente e com o familiar.” (F5)

Segundo o MS, o acolhimento é o ato de acolher, uma ação que aproxima e uma atitude de inclusão. Reforça que acolher é estar em relação com algo ou alguém. Também enfatiza que o acolhimento é uma postura de escuta e compromisso que responda as necessidades do paciente e família. O acolhimento, juntamente com outras propostas de mudança, tais como clínica ampliada, programa de formação dos profissionais, é um recurso fundamental para a humanização das instituições de saúde. (BRASIL, 2010b).

Maestri et al. (2012b) relatam que as vivências de acolhimento são gratificantes, e que através dessa ferramenta a família manifesta confiança na equipe e se torna referência para o paciente e familiar. As autoras reforçam que dentre as competências necessárias ao enfermeiro, faz-se fundamental as habilidades cognitivas, afetivas e sociais para que o processo de cuidar realmente se efetive.

A prática diária na UTI reforça o quanto o acolhimento é indispensável. É inquietante observar o quanto a equipe e o enfermeiro tornam esta ferramenta menor, julgando estar realizando o acolhimento no momento da internação, quando o que realmente é realizado é um repasse de informações quanto às rotinas da unidade. O acolhimento deve ser um processo contínuo realizado durante toda a internação.

Outro aspecto citado pelos familiares, e também citado pela equipe multidisciplinar, foi a empatia. A empatia e o respeito constituem fatores

fundamentais para melhorar as práticas de cuidado baseadas na ética, no diálogo e na autonomia do paciente. (COSTA, 2009).

“A empatia é outro fator importante quando a família sente que o profissional entende e se solidariza com o choro, tristeza daquele momento. Muitas vezes os profissionais passam pelo box e fingem que não veem a cena para não conversar com a família ou no horário da visita resolvem fazer uma pausa no cantinho da UTI para colocar a conversa em dia, deixando os familiares soltos e deixando de aproveitar esse momento para conhecer um pouco mais sobre a família.” (F2)

“Significa tornar esta unidade mais próxima do paciente e dos familiares, tratando-os e respeitando-os como seres humanos iguais. Ter empatia e se colocar no lugar dessas pessoas também pode ser um bom significado para humanizar.” (F3)

Observa-se que os familiares exemplificam a vivência diária dos horários de visita em uma UTI e retratam o fato de muitos profissionais da equipe multidisciplinar evitarem esse contato, e se sentem desamparados. O horário da visita pode ser um momento de acolhida, uma oportunidade para criar vínculos com os familiares. Os familiares elencam a empatia e o acolhimento como relacionados à humanização e enfatizam também o aspecto da subjetividade do paciente, evidenciado pela fala a seguir, como um ponto a ser melhorado, pelo fato do profissional não se referir ao paciente pelo nome do mesmo e sim ao número do leito.

“Diversas vezes escutamos “é tu que tá com a 3? Ela quer saber do quadro”. O que pensar diante de uma colocação como esta?” (F2)

Pode-se identificar que, apesar de uma ampla discussão sobre humanização em instituições de saúde, o processo de trabalho ainda é baseado no modelo biomédico e tecnicista em que a patologia ou o leito ainda são utilizados para denominar os pacientes. Faz-se necessário a reorganização do processo e a valorização da subjetividade e identidade de cada paciente e sua família para que a assistência seja de fato considerada humanizada.

## 5.4 Sugestões de Ações Humanizadoras Trazidas pela Equipe Multidisciplinar

Após realizar o questionamento sobre o que é humanizar em UTI, foi aberto o espaço para que o profissional elencasse sugestões para tornar seu ambiente de trabalho mais humanizado. Quatro unidades de significação se sobressaíram no decorrer dos questionários: **comunicação, relação paciente-equipe-família, condições de trabalho e capacitação da equipe.**

### 5.4.1 Comunicação

A comunicação entre os integrantes da equipe multidisciplinar, entre o profissional e o paciente e entre o profissional e os familiares é revelado como aspecto principal na humanização das relações. Entre os 20 participantes do estudo, 11 citaram a comunicação como ferramenta para humanização da assistência:

“Ter o médico a disposição para dar informações.” (E1)

“Acho que há falta de comunicação entre os profissionais e familiares, principalmente os pacientes. Poderíamos conversar mais com os pacientes a respeito dos cuidados e passar informações para os familiares na hora da visita.” (E3)

“Conversar com a família e com o paciente informando o quadro, necessidade de procedimentos.” (E7)

“Conversar com familiares sobre a perspectiva do tratamento.” (E11)

“Disponibilizar informações aos familiares de como funciona os aparelhos da UTI.” (E12)

“Falar com clareza, esclarecimentos sobre exames e gravidade do paciente.” (E13)

“Realizar o momento da informação para este familiar, que está nervoso, ansioso.” (E19)

Observou-se que a comunicação envolve paciente, familiar e equipe. Alguns profissionais da equipe elencaram a importância da informação aos familiares de maneira clara, sugerindo inclusive um horário pré-agendado para que a equipe converse com os mesmos. Um dos entrevistados traz uma fala que possibilita a reflexão:

“Conversar com a família sempre que esta solicita ou que se perceba certos desconfortos.” (E15)

A equipe multidisciplinar deve conversar com a família somente quando solicitada? Ou quando houver “desconfortos”? Isso demonstra o quanto ainda estamos despreparados para realmente acolher e dispor a informação de maneira clara para o familiar e o quanto ainda estamos distantes para que isso se torne uma prática diária.

Outro aspecto citado a respeito foi a comunicação da equipe com o próprio paciente, conforme depoimento a seguir:

“Humanizar é conversar com o paciente, deixando a par das situações.” (E1)

“Passar segurança e tranquilidade.” (E12)

Considerando o processo de comunicação em UTI, é importante considerar que nesta unidade, a experiência dos pacientes, na maioria das vezes, é traumática e invasiva. Devido à gravidade em que o mesmo se encontra, o paciente internado nem sempre é respeitado como sujeito apto a escolher e com direito à expressão e à informação. Por vezes ele é submetido totalmente a equipe multidisciplinar, não sendo reconhecido como indivíduo e realizando procedimentos muitas vezes sem ser esclarecido sobre o processo.

Segundo Oliveira et al. (2013) a comunicação é um dos pilares da relação paciente/equipe/família, e sua ineficiência é o principal dificultador no processo de humanização. Esta autora também enfatiza que o cuidado precisa considerar a necessidade da comunicação do paciente para que de fato seja considerado humanizado. A falha de comunicação entre equipe/familiar/paciente é o principal dificultador no processo de humanização, pois uma comunicação que é eficaz pode estreitar os laços entre os envolvidos, transmitindo segurança e confiança. (FARIAS, 2013).

Em estudo realizado por Wallau et al. (2006), em que foi solicitado que os familiares descrevessem as dificuldades mais frequentes durante a internação na UTI. O principal resultado foi a falta de comunicação entre equipe e família e

médicos diferentes fornecendo informação a cada dia. Como sugestão de melhoria da comunicação, estes mesmos familiares elencaram que as informações fossem repassadas sempre pelo mesmo profissional, e que nada fosse omitido sobre o quadro do paciente.

#### 5.4.2 Relação Equipe/Paciente/Família

O cuidado dos familiares é uma das partes mais importantes da assistência nas UTIs. Geralmente os familiares adoecem junto com o paciente, ocorre uma desestruturação familiar e se faz necessário uma adaptação frente à situação de doença. (GOTARDO; SILVA, 2005). O familiar irá acompanhar diretamente a evolução do paciente e é responsável pelo processo de tomada de decisões referentes ao plano terapêutico, gerando ansiedade, estresse e insegurança.

Reconhecer a família como unidade de cuidado é de fundamental importância para uma assistência realmente integral. A importância dessa relação equipe/família/paciente é percebida através do registro de alguns profissionais:

“Acolhimento do enfermeiro junto à equipe médica para uma conversa sobre notícias aos familiares.” (E5)

“Psicologia mais próxima do paciente e da família.” (E18)

A questão da relação da equipe com a família do usuário é relatada em estudo realizado por Beccaria et al. (2008). A pesquisa relata que 70,7 % dos familiares não sabiam relatar quem era o enfermeiro e manifestaram o desejo de conhecê-lo. Com base neste dado, podemos refletir sobre a relação entre familiares e equipe. Uma das premissas da PNH (BRASIL, 2003) é que a família conheça a equipe que está prestando o atendimento ao seu familiar para que se estabeleça o vínculo. Na instituição pesquisada, o técnico de enfermagem responsável pela assistência direta apresenta-se ao familiar no momento da visita, para que o mesmo possa ter uma referência a cada turno, o que não significa que o familiar perceba quem é toda a equipe que está assistindo o paciente.

Ainda há um amplo caminho a percorrer neste sentido. A interação família e equipe ainda se mostram fragilizada. A equipe reconhece a importância da família

na recuperação, mas a mesma ainda é vista como empecilho para a rotina da UTI. (OLIVEIRA et al., 2013).

No documento base para gestores e trabalhadores do SUS esta interação é abordada e elencada como fundamental no atendimento ao paciente e familiar. O mesmo documento reforça que deve haver uma equipe multidisciplinar de referência, para que o familiar conheça as pessoas que estão prestando a assistência e que esta mesma equipe destine um horário para o atendimento à família e/ou sua rede social. (BRASIL, 2008).

Algumas medidas voltadas para o familiar também são elencadas pela Associação Americana de Medicina Intensiva, através das Diretrizes de Práticas Clínicas para suporte da família de pacientes internados em UTI. (DAVIDSON et. al., 2007). Entre algumas delas estão contempladas a visitação em horário flexível e a identificação de um familiar de referência para que as informações sejam repassadas sempre para a mesma pessoa.

Alguns dos profissionais entrevistados elencaram a flexibilidade dos horários de visita e a visita estendida para o familiar como estratégia de humanização.

“[...] horário de visita estendido, ambiente acolhedor e silêncio na UTI.” (E8)

“[...] rever horários de visita, conforme a gravidade do paciente.” (E9)

A visita estendida pode ser um recurso importante na inserção do familiar no ambiente da UTI. Contudo, alguns critérios têm que ser avaliados para que a mesma seja bem-sucedida, tais como: estrutura física da unidade (para que não haja exposição dos demais pacientes), avaliação do serviço de psicologia, quanto ao membro da família que terá condições de acompanhar seu familiar e capacitação da equipe.

Além da relação família-equipe, também foi abordado por alguns entrevistados à relação equipe-paciente em que pequenas ações são apontadas como mecanismos para humanização do cuidado, tais como: ações que não exponham o paciente, liberação de livros, TV e internet para pacientes que apresentam condições clínicas.

“Preservar e incentivar ações que não exponham a intimidade do paciente.” (E20)

“[...] liberação de livros, revistas, TV, internet para os pacientes que apresentam condições.” (E20)

O cuidado que é voltado somente para as tecnologias duras, técnicas, procedimentos, e somente com a visão biomédica, não possibilita o exercício da humanização e a sensibilização dos profissionais. Ao tornar a UTI mais acolhedora, menos ruidosa, com presença do familiar, avaliando as necessidades individualmente, conseqüentemente a tornamos mais humanizada.

#### 5.4.3 Condições de Trabalho e Capacitação da Equipe

Outra questão levantada por alguns membros da equipe diz respeito aos próprios profissionais. Foi citado o fato de ter condições para garantir a assistência humanizada; a infraestrutura, os recursos humanos e as condições de trabalho que possibilitem efetivamente o exercício da humanização na prática diária.

“[...] oferecer estrutura adequada de trabalho aos profissionais, facilitando o trabalho a equipe qualifica o atendimento.” (E16)

Camponogara et al. (2011) evidencia que para pensar em humanização não basta o enfoque somente no paciente, é necessário refletir também na equipe que presta assistência, pois a humanização só será uma prática quando os próprios profissionais se sentirem acolhidos, valorizados e motivados com o trabalho que exercem.

Neste sentido, questiona-se: Quais as condições que a equipe está trabalhando para que seja viável humanizar? Segundo Bolela (2008), os profissionais reconhecem que a preocupação de executar tarefas e procedimentos acaba banalizando o processo do cuidado. Ao realizar os procedimentos na UTI, existe uma dificuldade de relacionarem-se efetivamente com o paciente. Por outro lado, a questão de sobrecarga, na execução de tarefas, faz com que as mesmas sejam realizadas de maneira mecanizada e automática, dificultando o vínculo com o paciente. Farias et al. (2013) também relatam a sobrecarga de trabalho como fator

dificultador no exercício do cuidado humanizado, gerando um ambiente de trabalho desfavorável, conforme citado no depoimento abaixo:

“O que mais interfere na assistência é o profissional assoberbado de tarefas.” (E4)

No manual de acolhimento nas práticas de produção de saúde, lançado pelo MS (BRASIL, 2010b), a sobrecarga de trabalho é relacionada com profissionais exaustos e exercendo as tarefas de maneira mecânica, o que não possibilita a reflexão do que estão realizando e sem esta reflexão, não é possível qualificar o atendimento. Este fato também é discutido por Silva et al. (2012), que o excesso de trabalho acarreta a sobrecarga física e psíquica, repercutindo em ações mecanicistas. O déficit de profissionais, e a conseqüente sobrecarga de trabalho, interferem diretamente na qualidade assistencial. (BARROS; QUEIROZ; MELO, 2010).

Além da sobrecarga de trabalho, a interação entre os membros da equipe e a falta de apoio aos funcionários também é relatada como dificultador no processo de humanização da assistência, segundo registros dos profissionais a seguir:

“Quanto a nós, equipe de enfermagem, respeitar cada um dentro dos seus limites e diferenças, pois somos seres humanos.” (E6)

“[...] mais apoio aos funcionários.” (E6)

“[...] equipe trabalhar em harmonia.” (E12)

Na prática diária evidencia-se que é quase inexistente a oportunidade destinada ao apoio psicológico aos funcionários, que se faz fundamental devido às situações que os mesmos vivenciam dentro de uma UTI. Além de apoio, o serviço de psicologia pode sensibilizar a equipe para a humanização das relações (com pacientes, colegas e familiares) e pode dar suporte a equipe, nas relações interpessoais. Profissionais que se sentem apoiados e valorizados desempenham suas atividades melhor, repercutindo na melhora da assistência direta ao paciente. (PUSCH, 2010). Uma equipe presta uma assistência humanizada se consegue comunicar-se entre si e criar vínculos entre os colegas. (PUSCH, 2010).

A qualificação dos profissionais também é elemento relevante ao falarmos de humanização. (BARROS; QUEIROZ; MELO, 2010). Se a importância do cuidar e da

criação de vínculos não for sensibilizada, será ainda mais difícil a sua aplicação na prática. A capacitação, oficinas e treinamentos são citados por diversos profissionais:

“Oficinas ou treinamentos com a equipe multidisciplinar.” (E12)

“Fazer reuniões mensais para esclarecimentos com a equipe.” (E6)

“Treinamento aos funcionários sobre humanização e sobre a importância dos familiares no acompanhamento dos doentes.” (E16)

“Desenvolver programa de treinamento/capacitação com a equipe com o intuito de tornar o ambiente mais acolhedor, equipe com bom relacionamento interdisciplinar/interpessoais.” (E19)

A necessidade de constante aperfeiçoamento da equipe é fundamental para uma assistência de qualidade. Além disso pontua-se um momento para interação do grupo de trabalho, se oportuniza também a sensibilização e um momento para reflexão sobre as práticas. É responsabilidade do enfermeiro e dos gestores elencar as reais necessidades de melhoria no processo de trabalho, o desenvolvimento de processos educativos e a disponibilização destes momentos.

A PNH defende estratégias de valorização e desenvolvimento do profissional, também preconiza a gestão participativa e a educação permanente dos trabalhadores das instituições de saúde. (BRASIL, 2003). Entretanto, pode-se evidenciar na vivência diária a pouca participação profissional nos processos de decisão, déficit de profissionais, sobrecarga de trabalho e pouca valorização na educação e desenvolvimento desses profissionais.

### **5.5 Sugestões de Ações Humanizadoras Trazidas pelos Familiares**

Após realizar o questionamento sobre o que é humanizar diante das experiências vivenciadas na UTI, foi aberto o espaço para que o familiar sugerisse ações para tornar o ambiente mais humanizado. Nesta categoria identificou-se 3 dimensões que se sobressaíram no decorrer das entrevistas: **comunicação**, **capacitação da equipe** e **ações práticas** para melhoria da assistência. Dois aspectos também foram similares aos trazidos pela equipe multidisciplinar. Isso reforça a importância dessas ferramentas na humanização da assistência.

### 5.5.1 Comunicação

A questão de comunicação entre a equipe, familiar e paciente foi citada por diversos familiares. As falas refletem que a comunicação entre a equipe e o familiar ainda é deficitária.

*“Explicação mais clara sobre os procedimentos em uma UTI, desde a necessidade de uma higienização eficaz até a orientação sobre a visita. Isso tudo sem constranger o familiar.” (F1)*

*“Manter um contato mais próximo aos familiares, ter um profissional treinado para passar informações de maneira a esclarecer as famílias sobre o estado do paciente, não só no horário de visita, mas sempre que solicitado.” (F1)*

*“Ao menos uma vez por dia ou a cada plantão enfermeiro conversar com familiares.” (F4)*

*Ter disponível um horário para falar com os familiares e esclarecer dúvidas.” (F5)*

*“Sugiro que seja nomeado um familiar que possa entrar em contato com a enfermeira via telefone para obter informações sobre o estado do paciente uma vez ao dia.” (F7)*

*“Não é humanizado faltar informações necessárias aos familiares, muitas vezes é solicitado algumas informações e a atendente apenas responde não sei, deve ser.” (F6)*

*“A técnica deveria permanecer um pouco no box do paciente no horário de visita para uma conversa com os familiares, no dia-a-dia.” (F10)*

Em estudo realizado por Soares, Santos e Gasparino (2010) uma das necessidades mais elencadas pelos familiares foi “ser informado a respeito de tudo que se relacione à evolução do paciente”. A comunicação é de fato uma ferramenta para humanização. Entretanto, para que ela seja realmente efetiva, o profissional de saúde deve ter habilidade e sensibilidade para perceber a capacidade da família de compreender as informações, uma vez que comunicar de forma inadequada e por profissional despreparado pode distanciar e desfavorecer a criação de vínculos. (MARUITI; GALDEANO, 2007).

Outro estudo realizado sobre a percepção do familiar do paciente internado na UTI relacionado a comunicação com a equipe de enfermagem, os familiares relataram dificuldades em ter acesso a quem possa dar as informações e sugeriram que um profissional habilitado fosse destinado somente para acolher e informar o familiar. (INABA; SILVA; TELLES, 2005). A comunicação satisfatória entre o

paciente e a equipe multidisciplinar deve ser uma preocupação e uma importante ferramenta na humanização da assistência. As informações devem ser claras e com uma linguagem que facilite o entendimento. (SIMONI, 2012). Isso realmente é um ponto importante. A utilização de expressões técnicas pode impedir que o significado seja assimilado adequadamente, o que pode gerar conflitos e insegurança no cuidado do paciente e dos próprios familiares.

Além da comunicação efetiva entre equipe e familiares, outro ponto de fundamental importância é a comunicação entre a equipe e o paciente. Conforme Pott et al. (2013), ao realizarem uma análise a respeito da comunicação em UTI, observaram que em 37,5% dos procedimentos realizados houve orientação prévia ao paciente e que em apenas 10% das mudanças de decúbito realizadas, foram prestados esclarecimentos sobre o processo antes da sua realização. Entretanto ressalta-se que a comunicação não deve focar-se nas orientações antes de procedimentos e medicações, é dar atenção e interagir. (BARLEM et al., 2008).

### 5.5.2 Capacitação da Equipe

Um dos familiares entrevistados sinalizou a importância da capacitação da equipe de trabalho para uniformidade dos processos, o que foi sinalizado também pela equipe multidisciplinar.

*“Treinamento da equipe para gerar segurança e uniformidade nos processos.” (F2)*

A Política Nacional de Educação Permanente (PNEP) criada pelo MS (BRASIL, 2007b) traz em sua proposta a educação como transformação dos processos de trabalho, estimulando a atuação crítica, reflexiva e tecnicamente eficiente dos profissionais. A educação permanente (EP) é compreendida como a ação de práticas que recriam a própria prática. Um programa de EP hospitalar propicia a construção de equipes fortalecidas, pois estimula a aprendizagem significativa e possibilita a mudança no próprio local de trabalho. (FLORES; OLIVEIRA; ZOCHE, 2016).

A EP é um processo contínuo de aprendizado que pode ser realizado através da atualização das práticas com a revisão da literatura na busca das mais recentes tecnologias, mas que só acontece efetivamente com a inserção da equipe neste

processo. (CECCIM, 2005). A EP pode contribuir na melhoria dos processos de trabalho ouvindo o profissional que está inserido na equipe e que realiza as atividades diariamente. As sugestões provenientes destes trabalhadores podem ser de grande valia para a melhoria da assistência prestada e dos fluxos de trabalho. A EP pode possibilitar aos profissionais da área da saúde um espaço de reflexão e sensibilização quanto à humanização do cuidado.

### 5.5.3 Outras sugestões

Durante as entrevistas com os familiares ao questionar sobre sugestões para tornar a UTI mais humanizada foram elencadas algumas ações possíveis que podem fazer com que a família e o paciente sintam-se em um ambiente mais acolhedor. Uma das falas traz uma sugestão para melhoria do ambiente onde está o paciente, elaborando um “mural de melhoras”:

*“Pode-se criar em cada leito um “mural de melhoras”. Espaço onde os familiares podem deixar recados de otimismo ou colocar fotos de família em momentos felizes na tentativa de dar um ânimo.” (F2)*

Esta ação, além de tornar o ambiente físico mais acolhedor, faz com que o paciente se sinta apoiado e reforce a sua subjetividade, reconhecendo-o como indivíduo e sua importância da sua rede de relações familiares.

Outra sugestão foi a criação de um serviço de acompanhamento, com o objetivo de esclarecer dúvidas gerais, procedimentos na UTI, rotinas, conforme fala a seguir:

*“Minha sugestão para tornar a UTI mais humanizada consiste na criação de um serviço de acompanhamento aos familiares, muitos destes não tem ainda percepção formada em relação ao assunto como: processo de saúde e doença, luto e acompanhamento ao paciente.” (F3)*

A criação de um grupo de apoio aos familiares pode ser uma ferramenta importante para humanização da assistência. Através deste grupo pode-se orientá-los quanto aos processos da UTI, rotinas do controle de infecção, assuntos gerais quanto a aparatos tecnológicos, propiciando um momento para esclarecer dúvidas e para a interação entre os familiares. O grupo também otimiza o tempo da equipe multidisciplinar, pois as dúvidas de um familiar podem ser a de outro e podem ser

esclarecidas no mesmo momento. Outro ponto relatado por alguns familiares foi a flexibilização do horário de visitas (quanto ao número de familiares e ao tempo destinado).

*“Sugiro que pensem nas visitas à UTI, se possível de acordo com a situação do paciente, mediante avaliação do médico liberassem 3 pessoas para a visita.” (F7)*

*“Ficar mais no leito com o paciente.” (F4)*

Nenhum familiar entrevistado elencou a visita aberta como sugestão. Ao contrário do que se pode pensar, os familiares parecem não atribuir tanta importância às visitas a qualquer momento, talvez por compreenderem que as visitas, sem uma rotina estabelecida, podem interferir no andamento da unidade. (FREITAS, 2005). Os familiares entrevistados elencaram somente a flexibilização dos horários, quanto a um tempo maior (visita estendida) e quanto a quantidade de familiares que podem entrar na UTI no momento da visita.

## 6 ESTRATÉGIAS DE HUMANIZAÇÃO NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA

As análises dos dados obtidos através desta pesquisa apontaram para aspectos fundamentais na assistência ao paciente crítico. Os aspectos mais citados entre ambos os grupos foram: comunicação, relação equipe/família/paciente, capacitação da equipe e condições de trabalho da mesma e sugestões de práticas humanizadoras.

A categoria que destacou-se no estudo foi a relacionada com a comunicação. Entre os familiares, o maior desejo manifestado é o de comunicação constante com os profissionais da UTI, e este aspecto também foi o mais citado pela equipe multidisciplinar. Como uma das estratégias que possam contribuir para este aspecto foi criado a **hora da informação**. Esta hora é um período de tempo, após o horário de visita da manhã (neste período temos dois médicos disponíveis na unidade) destinado a sanar dúvidas dos familiares dos pacientes internados de maneira individualizada. Este período é utilizado para repassar a informação do quadro clínico do paciente e o plano de metas para cada paciente.

Outro recurso que possibilita a melhora da comunicação e do acolhimento ao familiar é a **criação de um grupo de apoio aos familiares coletivo**. Através deste grupo pode-se orientar os familiares quanto aos processos da UTI, rotinas do controle de infecção, orientações gerais quanto a aparatos tecnológicos, propiciando um momento para esclarecer dúvidas e para a interação entre os familiares.

Outra estratégia que pode contribuir para melhoria da comunicação e relação da equipe/família/paciente é a **reorganização da sistemática de atendimento ao familiar no momento da visita**, disponibilizando um técnico de enfermagem para acolhimento inicial e orientações gerais e o técnico que é responsável pelo paciente naquele turno realiza o acolhimento no box do paciente, apresentando-se e sanando dúvidas, para que o familiar possa conhecer e ter uma equipe de referência para se reportar quando necessário. Dias et al. (2015) reforça a valorização da comunicação com o paciente e com a família, o acolhimento e o respeito aos valores de cada pessoa como ações que expressam o compromisso da equipe com a melhoria da assistência. As tecnologias leves, que tratam da produção de vínculos e autonomia são responsáveis pelas principais reestruturações produtivas nas instituições de saúde. (MERHY, 2002).

A reorganização do processo da visita ao familiar pode contemplar também a **flexibilização dos horários** e a **visita estendida**. A visita estendida pode ser um recurso importante na inserção do familiar no ambiente da UTI. Entretanto, alguns critérios têm que ser avaliados para que a mesma seja bem-sucedida, tais como: estrutura física da unidade (para que não haja exposição dos demais pacientes), avaliação do serviço de psicologia, quanto ao membro da família que terá condições de acompanhar seu familiar e capacitação da equipe, bem como a assinatura de um termo de responsabilidade do familiar que permanecer durante a visita estendida.

Outro aspecto citado nas sugestões para humanização em UTI foi a capacitação da equipe e condições de trabalho da mesma. A PNH (BRASIL, 2003) reforça à inclusão dos trabalhadores na gestão para que no dia a dia transformem seus processos de trabalho. Também enfatiza a comunicação entre gestores e trabalhadores. As instituições de saúde, de uma maneira geral, destinam pouco tempo para a reflexão dos processos e para a EP. Criar espaços para essa discussão e reflexão podem possibilitar a mudança dos processos de trabalho. A humanização não é algo que possa ser capacitado, e sim sensibilizado, através da reflexão sobre situações diárias. (WALDOW; BORGES, 2011).

A **roda de conversa** é um método que pode ser utilizado como dispositivo no processo de diálogo e reflexão. O compartilhar vivências permite repensar as práticas rotineiras, possibilita o pensar e conseqüentemente a mudança das ações. (SAMPAIO, 2014). Esse recurso pode ser organizado destinando um momento aos membros da equipe multidisciplinar para que os mesmos relatem experiências e reflitam sobre momentos já vivenciados e, através desta reflexão, surjam novas ideias e práticas para a assistência.

Outra ferramenta que pode tornar a humanização uma ação intrínseca na prática diária é a **criação de um grupo de trabalho hospitalar**. O documento base para gestores e trabalhadores do SUS (BRASIL, 2008) elenca o grupo de trabalho como recurso utilizado para propiciar mudanças na prática diária. O grupo deve ter membros de todas as áreas do hospital e pode elaborar ações, dinâmicas e inserção dos colegas com objetivo principal de sensibilização dos trabalhadores para a assistência humanizada.

Os resultados e as estratégias elaboradas nesta pesquisa serão apresentadas para a equipe multidisciplinar e para os gestores da instituição visando planejamento e implantação das mesmas para qualificação da assistência ao paciente e familiar.

## 7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com esta pesquisa procurou-se contribuir para a reflexão acerca do cuidado em uma UTI por meio das concepções de humanização pela ótica do familiar e da equipe multidisciplinar e da elaboração de estratégias viáveis de implantação na unidade em que o estudo foi realizado.

O estudo possibilitou uma reflexão acerca da humanização da assistência. Este assunto vem sendo amplamente discutido, mas ainda é uma realidade distante nas instituições de saúde. A humanização é algo intrínseco, dada a nossa condição de humanos, mas atualmente, os processos de trabalho das instituições de saúde ainda são muito focados para procedimentos, protocolos e centrados no modelo biomédico. Os protocolos e normativas são fundamentais para o bom andamento do processo de trabalho em uma instituição hospitalar, mas isso não impede que haja uma associação entre eles e as tecnologias leves. A junção das tecnologias duras e leves propicia uma assistência integral e humanizada.

No desenvolver o presente trabalho pode-se evidenciar alguns termos que foram intimamente relacionados à humanização, tais como empatia, acolhimento, respeito à individualidade do indivíduo. Outro ponto que merece destaque foi de que a conceitualização de humanização da equipe multidisciplinar relatou muitos aspectos similares com a de familiares. Isso reforça os aspectos em que a mudança se faz mais do que necessária.

Após análise das sugestões elencadas pela equipe multidisciplinar e pelos familiares vislumbrou-se algumas estratégias que podem ser implementadas na instituição pesquisada, tais como: a hora da informação, o grupo de apoio aos familiares, a reorganização da sistemática de atendimento ao familiar na visita, a flexibilização e visita estendida após avaliação da equipe multidisciplinar, a implantação de um grupo de trabalho hospitalar e as rodas de conversa para os funcionários.

Pontua-se como limitações deste estudo o fato da pesquisa não ter contemplado os gestores como participantes. A análise da opinião dos gestores sobre o tema enriqueceria o trabalho e promoveria a reflexão dos mesmos sobre o tema.

É necessário que a humanização seja algo intrínseco no processo de trabalho e que todos os envolvidos estejam sensibilizados: pacientes, familiares e equipe de

saúde. Se os profissionais da área da saúde não perceberem a importância das tecnologias leves na sua rotina diária, não serão possíveis mudanças e a humanização das relações.

## REFERÊNCIAS

- BACKES, Dirce Stein; LUNARDI FILHO, Wilson D.; LUNARDI, Valéria Lerch. O processo de humanização do ambiente hospitalar centrado no trabalhador. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 40, n. 2, p. 221-227, jun. 2006. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S008062342006000200010&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S008062342006000200010&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 26 mai 2015.
- BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2011. p. 279.
- BARLEM, Edison et al. Comunicação como instrumento de humanização do cuidado de enfermagem: experiências em unidade de terapia intensiva. **Rev. Eletr. Enf.** [Internet], Goiás, v. 10, n. 4, p. 1041-1049, 2008. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v10/n4/v10n4a16.htm>>. Acesso em: 27 jul 2016.
- BARROS, Sâmara Lopes; QUEIROZ, Johny Carlos de; MELO, Raimunda Maria de. Cuidando e Humanizando: entraves que dificultam esta prática. **Rev. enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 4, p. 598-603, out.-dez. 2010. Disponível em: <<http://www.facenf.uerj.br/v18n4/v18n4a16.pdf>>. Acesso em: 17 jul 2016.
- BECCARIA, Lúcia M. et al. Visita em Unidade de Terapia Intensiva: concepções dos familiares quanto à humanização do atendimento. **Arq. ciênc. Saúde**, São José do Rio Preto (SP), v. 15, n. 2, p. 65-69, abr-jun. 2008. Disponível em: <[http://repositorio-racs.famerp.br/racs\\_ol/vol-15-2/id%20263.pdf](http://repositorio-racs.famerp.br/racs_ol/vol-15-2/id%20263.pdf)>. Acesso em: 17 jul 2016.
- BECK, Carmem Lúcia Colomé et al. A humanização na perspectiva dos trabalhadores de enfermagem. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 16, n. 3, p. 503-510, set. 2007. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-07072007000300017&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072007000300017&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 21 Jul 2015.
- BENEVIDES, Regina; PASSOS, Eduardo. Humanização na saúde: um novo modismo? **Interface – Comunic, Saúde, Educ.**, Botucatu – São Paulo, v. 9, n. 17, p. 389-394, mar/ago 2005.
- BOLELA, Fabiana. **A humanização em terapia intensiva na perspectiva da equipe de saúde**. 2008. 125 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Fundamental da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2008.
- BRASIL. **Lei nº 3.432 de 12 de agosto de 1998**. Dispõe sobre critérios de classificação para as unidades de terapia intensiva. Diário Oficial da República federativa do Brasil, Brasília, 12 ago. 1998.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar. **Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Humaniza/SUS: Política Nacional de Humanização**. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

BRASIL. **Portaria nº 1.071** de 4 de julho de 2005. Dispõe sobre a política nacional de atenção ao paciente crítico. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, 8 jul 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria Executiva, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS: Visita aberta e direito a acompanhante**. Brasília: MS; 2007a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria 1996 GM//MS**. Política Nacional de Educação Permanente. Brasília (DF); 2007b.

BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS. Documento Base para gestores e trabalhadores do SUS**. 4 ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Resolução RDC número 7** da ANVISA, de 24 de fevereiro de 2010. Dispõe sobre os requisitos mínimos para funcionamento de Unidades de Terapia Intensiva. Brasília: Ministério da Saúde; 2010a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Acolhimento nas práticas de produção de saúde**. 2. ed. 5. Reimpressão. Brasília: Ministério da Saúde, 2010b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 466**, de 12 de dezembro de 2012. Brasília, 2013.

BRONDANI, Cecília Maria. **Desafios de cuidadores familiares no contexto da internação familiar**. 2008. 111 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Centro Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), Santa Maria, 2008.

CAETANO, Joselany Áfio et al. Cuidado humanizado em terapia intensiva: um estudo reflexivo. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 2, p. 325-330, June 2007. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-81452007000200022&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452007000200022&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 22 July 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-81452007000200022>.

CAMPONOGARA, Silviomar et al. O cuidado humanizado em unidade de terapia intensiva: uma revisão bibliográfica. **Revista de Enfermagem da UFSM**, Santa Maria, v. 1, n. 1, p. 124-132, jan. 2011. Disponível em: <<http://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/2237>>. Acesso em: 10 jul. 2016. <http://dx.doi.org/10.5902/217976922237>.

CASTRO, Denise Silveira de. **Estresse e estressores dos familiares de pacientes com traumatismo crânio-encefálico em terapia intensiva**. 1999. 144f. Tese

(Doutorado em Enfermagem) - Rio de Janeiro: Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal Do Rio de Janeiro (URFJ), Rio de Janeiro, 1999.

CECCIM, Ricardo Burg. Educação Permanente em Saúde: descentralização e disseminação de capacidade pedagógica na saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 4, p. 975-986, Dec. 2005. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232005000400020&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232005000400020&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 31 Jul 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232005000400020>.

CHERNICHARO, Isis de Moraes; SILVA, Fernanda Duarte da; FERREIRA, Márcia de Assunção. Humanização no cuidado de enfermagem nas concepções de profissionais de enfermagem. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 4, p. 686-693, dez. 2011. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S14141452011000400005&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S14141452011000400005&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 26 Mai 2015.

CORREA, Adriana Katia. O paciente em centro de terapia intensiva: reflexão bioética. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 32, n. 4, p. 297-301, dez. 1998. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0080-62341998000400002&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62341998000400002&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 06 Mai 2015. <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62341998000400002>.

CORREA, Adrina Katia. Sendo enfermeira no centro de terapia intensiva. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 48, n. 3, p. 233-241, Sept. 1995. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-71671995000300006&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71671995000300006&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 31 Jul 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71671995000300006>.

COSTA, Edson Marques. **Vivências de familiares de pacientes internados em um Centro de Terapia Intensiva de um hospital público do Vale do Rio dos Sinos / RS**. 2009. Trabalho de Conclusão do Curso (Bacharel em Enfermagem) – Curso de Enfermagem, Centro Universitário Feevale (FEEVALE), Instituto de Ciências da Saúde. Novo Hamburgo, 2009.

COSTA, Silvio Cruz; FIGUEIREDO, Maria Renita Burg; SCHAURICH, Diego. Humanização em Unidade de Terapia Intensiva Adulto (UTI): compreensões da equipe de enfermagem. **Interface – Comunic, Saúde, Educ**, Botucatu, v. 13, supl. 1, p. 571-580, 2009. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-32832009000500009&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832009000500009&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 26 Mai 2015.

COSTA, Jaquiline Barreto da et al. Fatores estressantes para familiares de pacientes criticamente enfermos de uma unidade de terapia intensiva. **J. bras. psiquiatr.**, Rio de Janeiro, v. 59, n. 3, p. 182-189, 2010. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0047-20852010000300003&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0047-20852010000300003&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 22 July 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/S0047-20852010000300003>.

DAVIDSON, Judy E. et al. Clinical practice guidelines for support of the family in the patient-centered intensive care unit: American College of Critical Care Medicine Task Force 2004–2005. **Crit Care Med**, Mount Prospect (Illinois), v. 35, n.2, p. 605-622. Feb. 2007. Disponível em: <<http://www.learnicu.org/docs/guidelines/patient-centeredintensive.pdf>>. Acesso em: 17 jun 2016. <http://dx.doi.org/10.1097/01.CCM.0000254067.14607.EB>.

DIAS, Kalina Coeli Costa de Oliveira et al. Estratégias para humanizar o cuidado com o idoso hospitalizado: estudo com enfermeiros assistenciais. **J. res.: fundam. care. online**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 1, p. 1832-1846, jan./mar 2015. Disponível em: <[http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/viewFile/3470/pdf\\_1413](http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/viewFile/3470/pdf_1413)>. Acesso em: 28 jul 2016. <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2015.v7i1.1832-1846>

FARIAS, Flávia Baluz Bezerra de et al. Humanized care in the ICU: challenges from the viewpoint of health professionals. **J. res.: fundam. care. online**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 4, p. 635-642, sep. 2013. Disponível em: <<http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/2283>>. Acesso em: 04 Jul. 2016.

FERNANDES, Haggéas da Silveira et al. Gestão em Terapia Intensiva: conceitos e inovações. **Rev Bras Clin Med.**, São Paulo, v. 9, n. 2, p. 129-137, mar-abr. 2011. Acesso em: <<http://files.bvs.br/upload/S/1679-1010/2011/v9n2/a1829.pdf>>. Acesso em: 16 jul 2016.

FERREIRA, Priscila Dias; MENDES, Tatiane Nicolau. Família em UTI: importância do suporte Psicológico diante da iminência de morte. **Rev. SBPH**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, p. 88-112, jun. 2013. Disponível em: <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1516-08582013000100006&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582013000100006&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 22 jul. 2016.

FLORES, Giovana Ely; OLIVEIRA, Dora Lúcia Leidens de; ZOCCHÉ, Denise Antunes de Azambuja. Educação permanente no contexto hospitalar: A experiência que ressignifica o cuidado em enfermagem. **Trab. educ. saúde**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, p. 487-504, Aug. 2016. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1981-77462016000200487&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462016000200487&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 15 de julho de 2016.

FREITAS, Kátia Santana. **Necessidades de familiares em unidades de terapia intensiva**: análise comparativa entre hospital público e privado. 2005. 67 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem na Saúde do Adulto) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2005.

FREITAS, Kátia Santana; MENEZES, Igor Gomes; MUSSI, Fernanda Carneiro. Conforto na perspectiva de familiares de pessoas internadas em Unidade de Terapia Intensiva. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 21, n. 4, p. 896-904, Dec. 2012. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-07072012000400021&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072012000400021&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 26 mai. 2015. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072012000400021>.

GIANNINI, Alberto; MICCINESI, Guido; LEONCINO, Stefania. Visiting policies in Italian intensive care units: a nationwide survey. **Intensive Care Med.**, Switzerland, v. 34, n. 7, p. 1256–1262, 2008. Epub 2008 Feb 23. Disponível em: <<http://link.springer.com/article/10.1007%2Fs00134-008-1037-4>>. Acesso em: 17 jul 2016. <http://dx.doi.org/10.1007/s00134-008-1037-4>.

GOMES, Elisiane dos Santos; ANSELMO, Maria Elenir de Oliveira; LUNARDI FILHO, Wilson Danilo. As reuniões de equipe como elemento fundamental na organização do trabalho. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 53, n. 3, p. 472-480, Set. 2000. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-71672000000300017&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672000000300017&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 21 Jul 2015. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672000000300017>.

GOTARDO, Glória Inês Beal; SILVA, Claudia Aparecida da. O cuidado dispensado aos familiares na Unidade de Terapia Intensiva. **R Enferm UERJ**, Rio de Janeiro, v. 13, p. 223-228, 2005. Disponível em: <<http://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/184>>. Acesso em: 27 mai 2016.

GOULART, Bárbara Niegia Garcia de; CHIARI, Brasília Maria. Humanização das práticas do profissional de saúde: contribuições para reflexão. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, p. 255-268, Jan. 2010. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232010000100031&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000100031&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 25 Maio 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232010000100031>.

INABA, Luciana Cintra; SILVA, Maria Júlia Paes da; TELLES, Sandra Cristina Ribeiro. Paciente crítico e comunicação: visão de familiares sobre sua adequação pela equipe de enfermagem. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 39, n. 4, p. 423-429, Dec. 2005. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0080-62342005000400008&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342005000400008&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 10 July 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342005000400008>.

KINRADE, Trish; JACKSON, Alun C.; TOMNAY, Jane E. The psychosocial needs of families during critical illness: comparison of nurses' and family members perspectives. **Austr J Adv Nurs**, Kingston (Austrália), v. 27, n. 1, p. 82–88, 2009. Disponível em: <<http://www.ajan.com.au/Vol27/Tomnay.pdf>>. Acesso em: 28 jun 2016.

KNOBEL, Elias; NOVAES, Maria Alice Fontes Pinto; BORK, Anna Margherita Guimarães Toldi. Humanização dos CTIs. In: KNOBEL, Elias (Org.). **Condutas no paciente grave**. 2ª ed., v. 2. São Paulo: Atheneu, 1999, p. 1305-1313.

LANGE, Patrícia. Family stress in the intensive care unit. **Crit Care Med**, Mount Prospect (Illinois), v. 29, n. 10, p. 2025-2026, Oct 2001.

LESKE, Jane S. Internal psychometric properties of the Critical Care Family Needs Inventory. **Heart Lung**, Philadelphia, v. 20, n. 3, p. 236-244, May 1991.

MAESTRI, Eleine et al. Avaliação das estratégias de acolhimento na Unidade de Terapia Intensiva. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 46, n. 1, p. 75-81, fev. 2012a. Disponível em:

<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0080-62342012000100010&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342012000100010&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 04 jul. 2016.  
<http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342012000100010>.

MAESTRI, Eleine et al. Estratégias para o acolhimento dos familiares dos pacientes na unidade de terapia intensiva. **Rev. enferm. UERJ**; Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, p. 73-78, jan.-mar. 2012b. Disponível em:

<<http://www.facenf.uerj.br/v20n1/v20n1a13.pdf>>. Acesso em 15 jun 2016.

MARTINEZ, María del Carmen Rodriguez et al. Implicación familiar en los cuidados del paciente crítico. **Enfermería Intensiva**, Barcelona, v. 14, n. 3, p. 96-108, jul 2003. Disponível em: <<http://www.elsevier.es/es-revista-enfermeria-intensiva-142-articulo-implicacion-familiar-los-cuidados-del-S1130239903781140?redirectNew=true>>. Acesso em: 16 jul 2016.

[http://dx.doi.org/10.1016/S1130-2399\(03\)78114-0](http://dx.doi.org/10.1016/S1130-2399(03)78114-0)

MARUITI, Marina Rumiko; GALDEANO, Luiza Elaine. Necessidades de familiares de pacientes internados em unidade de cuidados intensivos. **Acta paul. enferm.**, São Paulo, v. 20, n. 1, p. 37-43, Mar. 2007. Disponível em:

<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-21002007000100007&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002007000100007&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 06 Mai 2015.  
<http://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002007000100007>.

MERHY, Emerson. **Saúde: A cartografia do trabalho vivo**. 3. Ed. São Paulo: Editora Hucitec; 2002. (Saúde em Debate, 145).

MICHELAN, Vanessa Cecília de Azevedo. **Percepção da humanização das condições de trabalho por trabalhadores de enfermagem da unidade de terapia intensiva adulto**. 2011. 210 f. Dissertação (mestrado) - Universidade Estadual Paulista, Faculdade de Medicina de Botucatu, 2011. Disponível em: <<http://hdl.handle.net/11449/96438>>.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 2. ed. Petrópolis: Vozes, 2003.

MITCHELL, Marion et al. Positive effects of a nursing intervention on family-centered care in adult critical care. **Am J Crit Care**, Stanford, v. 18, n. 6, p. 543-52; quiz 553, Nov 2009. Disponível em:

<<http://ajcc.aacnjournals.org/content/18/6/543.full.pdf+html>>. Acesso em: 18 jul 2016.  
<http://dx.doi.org/10.4037/ajcc2009226>.

MOLTER, Nancy C. Needs of relatives of critically ill patient: a descriptive study. **Heart Lung**, Philadelphia, v. 8, n. 2, p. 332-339, Mar-Apr 1979.

MONGIOVI, Vita Guimarães et al. Reflexões conceituais sobre humanização da saúde: concepção de enfermeiros de Unidades de Terapia Intensiva. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 67, n. 2, p. 306-311, Apr. 2014. Disponível em:

<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-71672014000200306&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672014000200306&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 25 Jul 2016.  
<http://dx.doi.org/10.5935/0034-7167.20140042>.

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, p. 277-284, Apr. 2006. Disponível em:  
<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-11692006000200019&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692006000200019&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 21 Jul 2015.  
<http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692006000200019>.

OLIVEIRA, Lizete Malagoni de Almeida Cavalcante et al. Grupo de suporte como estratégia para acolhimento de familiares de pacientes em Unidade de Terapia Intensiva. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 44, n. 2, p. 429-436, jun. 2010. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0080-62342010000200027&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342010000200027&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 06 Mai 2015.  
<http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342010000200027>

OLIVEIRA, Nara Elizia Souza et al. Humanização na teoria e na prática: a construção do agir de uma equipe de enfermeiros. **Rev Eletr Enf [Internet]**, Goiás, v. 15, n. 2, p. 334-343, abr-jun. 2013. Disponível em:  
<http://dx.doi.org/10.5216/ree.v15i2.17916>. Acesso em: 18 mai 2015. doi:  
10.5216/ree.v15i2.17916.

PADILHA, Kátia Grillo; KIMURA, Miako. **Enfermagem em UTI: Cuidando do paciente crítico**. Barueri, São Paulo: Manole, 2010.

PASSOS, Silvia da Silva Santos et al. O acolhimento no cuidado à família numa unidade de terapia intensiva. **Revista Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 3, p. 368-374, Mai/jul. 2015. Disponível em: <<http://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/6259>>. Acesso em: 28 mai 2016. <http://dx.doi.org/10.12957/reuerj.2015.6259>.

PINHEIRO, Ana Lúcia Uberti et al. Humanização no cuidado hospitalar: percepção de familiares acompanhantes. **Rev enferm UFSM**, Santa Maria, v. 1, n. 2, p. 204-213, mai/ago. 2011. Disponível em:  
<<http://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/2525>>. Acesso em: 18 jul 2016.  
<http://dx.doi.org/10.5902/217976922525>.

POLIT, Denise F.; BECK, Cheryl Tatano; HUNGLER, B. P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para a prática da enfermagem**. Porto Alegre (RS): Artmed, 2011.

POTT, Franciele Soares et al. Medidas de conforto e comunicação nas ações de cuidado de enfermagem ao paciente crítico. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 66, n. 2, p. 174-179, Apr. 2013. Disponível em:  
<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-71672013000200004&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672013000200004&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 15 Jul 2016.  
<http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672013000200004>.

PUSCH, Raquel. Humanização e integralidade. **Rev. SBPH**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 2, p. 210-216, dez. 2010. Disponível em: <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1516-08582010000200004&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582010000200004&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 15 jul 2016.

SAMPAIO, Juliana et al. Limites e potencialidades das rodas de conversa no cuidado em saúde: uma experiência com jovens no sertão pernambucano. **Interface**, Botucatu, v. 18, supl. 2, p. 1299-1311, 2014. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-32832014000601299&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832014000601299&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 24 Jul 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622013.0264>.

SANCHES, Rafaely de Cassia Nogueira et al. Percepções de profissionais de saúde sobre a humanização em unidade de terapia intensiva adulto. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, p. 48-54, Mar 2016. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-81452016000100048&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452016000100048&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 28 May 2016. <http://dx.doi.org/10.5935/1414-8145.20160007>.

SANTOS, Deise Godoes; CAREGNATO, Rita Cataliana Aquino. Familiares de pacientes em coma internados na Unidade de Terapia Intensiva: percepções e comportamentos. **Rev. Eletr. Enf.** [Internet], Goiás, v. 15, n. 2, p. 487-495, abr/jun. 2013. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v15i2.16929>. Acesso em: 18 mai 2015. <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v15i2.16929>.

SCHNEIDER, Ceci Cristilde et al. Comunicação na unidade de tratamento intensivo, importância e limites - visão da enfermagem e familiares. **Cienc Cuid Saude**, Maringá (Paraná), v. 8, n. 4, p. 531-539, Out/Dez 2009. Disponível em: <<http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/9667>>. Acesso em: 27 jul 2016. <http://dx.doi.org/10.4025/cienccuidsaude.v8i4.9667>

SILVA, Gisele Ferreira; SANCHES, Patrícia Gisele; CARVALHO, Maria Dalva de Barros. Refletindo sobre o cuidado de enfermagem em unidade de terapia intensiva. **REME: rev min enferm.**, Belo Horizonte (minas Gerais), v. 11, n. 1, p. 94-98, jan/mar 2007. Disponível em: <<http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/321>>. Acesso em: 30 jul 2016. <http://www.dx.doi.org/S1415-27622007000100017>.

SILVA, Fernanda Duarte da et al. Discursos de enfermeiros sobre humanização na Unidade de Terapia Intensiva. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 4, p. 719-727, Dec. 2012. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-81452012000400011&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452012000400011&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 11 Jun 2015. <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-81452012000400011>.

SILVA, Rafael Celestino da; FERREIRA, Marcia de Assunção. Clínica do cuidado de enfermagem na terapia intensiva: aliança entre técnica, tecnologia e humanização. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 47, n. 6, p. 1325-1332, Dec. 2013. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0080-](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-)

62342013000601325&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 15 Jul 2016.  
<http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420130000600011>.

SILVA, Atila Mendes da; SA, Marilene de Castilho; MIRANDA, Lilian. Concepções de sujeito e autonomia na humanização em saúde: uma revisão bibliográfica das experiências na assistência hospitalar. **Saude soc.**, São Paulo, v. 22, n. 3, p. 840-852, set 2013. Disponível em:

<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-12902013000300017&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902013000300017&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 22 Jul 2016.  
<http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902013000300017>.

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, p. 125-130, 2005. Disponível em:

<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-07072005000500016&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072005000500016&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 31 Jul 2016.  
<http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072005000500016>.

SIMONI, Rosemary Cristina Marques. **Avaliação da implantação da visita de enfermagem com familiares de pacientes de uma unidade de terapia intensiva adulto**. 2012. 64 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2012.

SOARES, Narciso Vieira. **A privacidade dos pacientes e as ações dos enfermeiros no contexto da internação hospitalar**. 2010. 104 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Porto Alegre, 2010. Disponível em: <<http://hdl.handle.net/10183/25198>>.

SOARES, Lucineia Oliveira; SANTOS, Regina Ferreira dos; GASPARINO, Renata Cristina. Necessidades de familiares de pacientes internados em unidade de terapia intensiva neonatal. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 19, n. 4, p. 644-650, Dec. 2010. Disponível em:

<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-07072010000400006&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072010000400006&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 31 Jul 2016.  
<http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072010000400006>.

SOUZA, Alinne Bianca Lima; BELEZA, Mirna Carla Moreira; ANDRADE, Roberta Ferreira Coelho de. Novos arranjos familiares e os desafios ao direito de família: uma leitura a partir do Tribunal de Justiça do Amazonas. **PRACS: Revista Eletrônica de Humanidades do Curso de Ciências Sociais da UNIFAP**, Macapá, v. 5, n. 5, p. 105-119, dez. 2012.

TAETS, Gunnar Glauco et al. Humanização na unidade cardio-intensiva: o cuidado sob a ótica do paciente. **Rev. pesqui. cuid. fundam. online**, Goiás, v. 4, n. 3, p. 2458-2464, jul-set 2012.

URIZZI, Fabiane. **Vivências de familiares de pacientes internados em terapia intensiva: o outro lado da internação**. 2005. 136 f. Dissertação (Mestrado em

Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Fundamental, da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2005.

VAN HORN, Elizabeth R.; TESH, Anita S. The effect of critical care hospitalization on Family members: stress and responses. **Dimens Crit Care Nurs**, Philadelphia, v. 19, n. 4, p. 40-49, jul-ago. 2000.

VERDI, Marta; Mirelle FINKLER; MATIAS, Maria Claudia Souza. A dimensão ético-estético-política da Humanização do SUS: estudo avaliativo da formação de apoiadores de Santa Catarina (2012-2014). **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 24, n. 3, p. 363-372, jul-set 2015. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ress/v24n3/2237-9622-ress-24-03-00363.pdf>>. Acesso em: 20 jul 2016. <http://dx.doi.org/10.5123/S1679-49742015000300003>

WALDOW, Vera Regina; BORGES, Rosália Figueiró. Cuidar e humanizar: relações e significados. **Acta paul. enferm.**, São Paulo , v. 24, n. 3, p. 414-418, 2011 . Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-21002011000300017&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002011000300017&lng=en&nrm=iso)>. access on 10 July 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002011000300017>.

WALLAU, Rodrigo Ambros et al . Qualidade e humanização do atendimento em Medicina Intensiva. Qual a visão dos familiares?. **Rev. bras. ter. intensiva**, São Paulo , v. 18, n. 1, p. 45-51, Mar. 2006. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-507X2006000100009&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-507X2006000100009&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 13 Julho 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-507X2006000100009>.

## APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES FAMILIARES



UNIVERSIDADE DO VALE DO RIO DOS SINOS  
Unidade Acadêmica de Pesquisa e Pós-Graduação  
Comitê de Ética em Pesquisa

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE - Familiares

Você está sendo convidado(a) a participar da pesquisa "Estratégias de Humanização em uma Unidade de Terapia Intensiva de um Hospital Privado do Município de Caxias do Sul – RS", de responsabilidade da Enfermeira Ângela Carissimi Susin, mestranda de Enfermagem da UNISINOS, sob orientação da Profª Drª Karin Viegas. Esta pesquisa tem por objetivo elaborar estratégias de humanização aos pacientes e familiares na unidade de terapia intensiva do hospital, identificando as suas necessidades e seu grau de satisfação, enquanto seu familiar estiver internado. Ao elaborar estratégias pretende-se melhorar a assistência do paciente e familiar na UTI. Esta pesquisa está de acordo com a legislação vigente Resolução nº 466/12. Sua participação no estudo é voluntária e não acarretará em qualquer forma de pagamento de ambas as partes. Sua participação consistirá em responder uma entrevista, tomando de 20 a 30 minutos do seu tempo.

A participação nesta pesquisa pode causar desconforto psicológico mínimo. Você poderá desistir a qualquer momento do estudo se assim desejar e os pesquisadores garantem confidencialidade às informações fornecidas. Os dados obtidos nesta pesquisa serão armazenados por um período de 5 anos após o qual serão eliminados por meio de picotagem. Em caso de eventuais dúvidas sobre a pesquisa, você terá plena liberdade de entrar em contato com a pesquisadora responsável, buscando maiores esclarecimento pelo telefone (54) 91018588 ou pelo e-mail: acsusin@yahoo.com.br.

Eu \_\_\_\_\_ fui informado(a) dos objetivos da pesquisa. Fui igualmente informado(a) da garantia de receber respostas a qualquer dúvida acerca do estudo, da liberdade de retirar meu consentimento a qualquer momento e da garantia de sigilo quanto aos meus dados pessoais. Declaro estar ciente do exposto e desejo participar do projeto do proposto.

Este termo será assinado em duas vias, ficando uma em poder do participante e a outra com a pesquisadora responsável.

Caxias do Sul, \_\_\_\_ de \_\_\_\_ de \_\_\_\_.

Nome do participante: \_\_\_\_\_

Assinatura do participante: \_\_\_\_\_

Assinatura da pesquisadora: \_\_\_\_\_

Ângela Carissimi Susin

CEP - UNISINOS  
VERSÃO APROVADA  
Em: 17/11/15.  
.....  
.....

## APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES EQUIPE MULTIDISCIPLINAR



UNIVERSIDADE DO VALE DO RIO DOS SINOS  
Unidade Acadêmica de Pesquisa e Pós-Graduação  
Camê de Ética em Pesquisa

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE - Equipe multidisciplinar

Você está sendo convidado(a) a participar da pesquisa "Estratégias de Humanização em uma Unidade de Terapia Intensiva de um Hospital Privado do Município de Caxias do Sul – RS", de responsabilidade da Enfermeira Ângela Carissimi Susin, mestranda de Enfermagem da UNISINOS, sob orientação da Profª Drª Karin Viegas. Esta pesquisa tem por objetivo elaborar estratégias de humanização aos pacientes e familiares na unidade de terapia intensiva, comparar o conceito de humanização do familiar e da equipe multidisciplinar e criação conjunta de novas práticas no cuidado ao paciente e familiar (através de grupo de trabalho).

Farão parte do projeto, os funcionários da equipe assistencial da UTI que aceitarem livremente participar da pesquisa após a leitura, aceitação e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Você também poderá ser convidado a participar de um grupo de trabalho para elaborar estratégias de humanização a serem implantadas na instituição. Esta pesquisa está de acordo com a legislação vigente Resolução 466/12.

Sua participação no estudo é voluntária e não acarretará em qualquer forma de pagamento de ambas as partes. Consistirá em responder a uma entrevista com duas questões abertas, tomando de 10 a 15 minutos do seu tempo. Se você participar do grupo de trabalho, o mesmo será realizado uma vez por semana, por no máximo 5 vezes, com duração de uma hora. A participação nesta pesquisa pode causar desconforto psicológico mínimo. Você poderá desistir a qualquer momento do estudo se assim desejar e os pesquisadores garantem confidencialidade às informações fornecidas. Os dados obtidos serão utilizados somente para este estudo e os formulários serão armazenados por um período de 5 anos após o qual serão eliminados por meio de picotagem. Em caso de eventuais dúvidas sobre a pesquisa, você terá plena liberdade de entrar em contato com a pesquisadora responsável, buscando maiores esclarecimento pelo telefone (54) 91018588 ou pelo e-mail: acsusin@yahoo.com.br.

Eu \_\_\_\_\_ fui informado(a) dos objetivos da pesquisa. Fui igualmente informado(a) da garantia de receber respostas a qualquer dúvida acerca do estudo, da liberdade de retirar meu consentimento a qualquer momento e da garantia de sigilo quanto aos meus dados pessoais. Declaro estar ciente do exposto e desejo participar do projeto do proposto.

Este termo será assinado em duas vias, ficando uma em poder do participante e a outra com a pesquisadora responsável.

Caxias do Sul, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

Nome do participante: \_\_\_\_\_

Assinatura do participante: \_\_\_\_\_

Assinatura da pesquisadora: \_\_\_\_\_

Ângela Carissimi Susin

CEP - UNISINOS  
VERSÃO APROVADA  
Em: 17.1.2012

### APÊNDICE C – QUESTIONÁRIO PARA EQUIPE MULTIDISCIPLINAR

Data do preenchimento: ____/____/____	Não preencha esta lacuna
<b>Dados de identificação:</b> Profissão: [1] Médico/a    [2] Enfermeiro/a    [3] Fisioterapeuta [4] Psicóloga   [5] Nutricionista    [6] Técnico de Enfermagem	Profis  __
Data de nascimento: ____/____/____	DN  __ __ __
<b>Grau de instrução:</b> [1] Ensino Médio completo. [2] Educação Superior incompleta. [3] Educação Superior completa. [4] Mestrado completo. [5] Doutorado completo.	GI  __
Tempo de atuação na profissão (em anos): _____	TP  __ __
Tempo de atuação na UTI (em anos): _____	TUTI  __ __
Considerando seu trabalho no dia-a-dia e suas vivências, o que é humanizar em Unidade de Terapia Intensiva?	
Quais são as sugestões para tornar a Unidade de Terapia Intensiva mais humanizada?	

## APÊNDICE D – ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMI ESTRUTURADA PARA O FAMILIAR

Data do preenchimento: ____/____/____	Não preencha esta lacuna
<b>Dados de identificação:</b> Sexo: [1] Masculino [2] Feminino	Sexo  __
Data de nascimento: ____/____/____	DN  __ __ __
<b>Grau de instrução:</b> [1] Ensino Médio completo. [2] Educação Superior incompleta. [3] Educação Superior completa. [4] Mestrado completo. [5] Doutorado completo.	GI  __
<b>Relação com o paciente:</b> [1] Cônjuge [2] Pai [3] Mãe [4] Irmã/Irmão [5] Filho/Filha [6] Outro: _____	RELPAQ  __
<b>Experiência anterior em UTI:</b> [1] SIM [2] NÃO	EXPUTI  __
Considerando a experiência vivenciada até o momento, o que significar humanizar em Unidade de Terapia Intensiva?	
Quais são as suas sugestões para tornar a Unidade de Terapia Intensiva mais humanizada:	

## ANEXO A – APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA



UNIVERSIDADE DO VALE DO RIO DOS SINOS  
 Unidade de Pesquisa e Pós-Graduação (UPPG)  
 Comitê de Ética em Pesquisa (CEP)

versão agosto 2017

**UNIDADE DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO**  
**COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA**  
**RESOLUÇÃO 187/2015**

O Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade do Vale do Rio dos Sinos – UNISINOS analisou o projeto:

**Projeto:** Nº CEP 15/163    **Versão do Projeto:** 17/11/2015    **Versão do TCLE:** 17/11/2015

**Coordenadora:**

Mestranda Ângela Carissimi Susin (Mestrado Profissional em Enfermagem)

**Título:** Estratégias de Humanização em uma Unidade de Terapia Intensiva de um Hospital Privado do Município de Caxias do Sul – RS.

**Parecer:** O projeto foi APROVADO, por estar adequado ética e metodologicamente, conforme os preceitos da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde.

A pesquisadora deverá encaminhar relatório anual sobre o andamento do projeto, conforme o previsto na Resolução CNS 466/12, item XL2, letra d. Somente poderão ser utilizados os Termos de Consentimento onde conste a aprovação do CEP/UNISINOS.

São Leopoldo, 17 de novembro de 2015.

  
 Prof. Dr. José Roque Junges  
 Coordenador do CEP/UNISINOS

## ANEXO B – ANUÊNCIA DA INSTITUIÇÃO

**TEMA:** ESTRATÉGIAS DE HUMANIZAÇÃO EM UMA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA DE UM HOSPITAL PRIVADO DO MUNICÍPIO DE CAXIAS DO SUL – RS.

Eu, Isabel Bertuol, Gerente Assistencial do Hospital do Círculo, tenho conhecimento do projeto de pesquisa citado acima, vinculado ao Programa de Pós-Graduação – Mestrado Profissional em Enfermagem da UNISINOS, desenvolvido pela mestrandia Ângela Carissimi Susin, sob orientação da Prof.ª Dr.ª Karin Viegas.

Declaro que fui informado sobre os objetivos da pesquisa e metodologia a ser desenvolvida nesta instituição, e que serão observadas e cumpridas todas as prerrogativas éticas necessárias, onde concordo com a realização da pesquisa neste local.

Isabel C. S. Bertuol  
Enfermeira  
COREN - 102843

Isabel C. S. Bertuol

Representante legal da instituição

Caxias do Sul, 23 de julho 2015