

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
ESCOLA DE ENFERMAGEM**

CARLA ELAINE SILVA BORATO

**FATORES QUE DIFICULTAM A PRÁTICA DA HUMANIZAÇÃO NAS UNIDADES DE
TERAPIA INTENSIVA**

**BELO HORIZONTE
2018**

CARLA ELAINE SILVA BORATO

**FATORES QUE DIFICULTAM A PRÁTICA DA HUMANIZAÇÃO NAS
UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Universidade Federal de Minas Gerais como parte das exigências do Curso de Especialização Assistência de Enfermagem de Média e Alta Complexidade, como requisito parcial para obtenção do Título de Especialista em Enfermagem em Terapia Intensiva.

Orientadora: Prof.^a. Anadias Trajano Camargos

**BELO HORIZONTE
2018**

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor, através do
Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária da UFMG

BORATO, CARLA ELAINE SILVA

FATORES QUE DIFICULTAM A PRÁTICA DA
HUMANIZAÇÃO NAS UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA
[manuscrito] / CARLA ELAINE SILVA BORATO. - 2018. 56 p.

Orientador: Anadias Trajano Camargos.

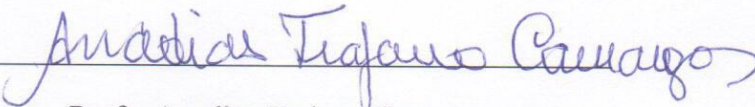
Monografia apresentada ao curso de Especialização em Assistência
de Enfermagem de Media e Alta Complexidade - Universidade
Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem, para obtenção do
título de Especialista em Enfermagem em Terapia Intensiva.

1.Unidades de Terapia Intensiva. 2.Enfermagem. 3.Humanização
da assistência. I. Camargos, Anadias Trajano .II.Universidade
Federal de Minas Gerais. Escola de Enfermagem. III.Título.

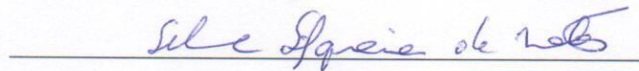
CARLA ELAINE SILVA BORATO

**FATORES QUE DIFICULTAM A PRÁTICA DA HUMANIZAÇÃO NAS
UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA**

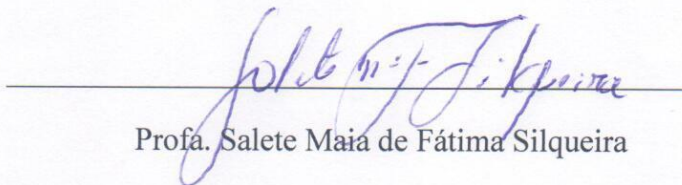
BANCA EXAMINADORA :



Profa. Anadias Trajano Camargos



Profa. Selme Silqueira de Matos



Profa. Salete Maia de Fátima Silqueira

Aprovada em 16 de fevereiro de 2018.

Belo Horizonte

2018

“A minha família pelo apoio sempre, a meu esposo em especial pela paciência, a todos do Curso de Especialização de Média e Alta Complexidade, área Enfermagem em Terapia intensiva, que contribuíram para minha formação e às pessoas com quem convivi nesses espaços a longo desses anos. A experiência de uma produção compartilhada em comunhão com os amigos nesses espaços foram a melhor experiência de minha formação acadêmica. ”

AGRADECIMENTOS

“A Profª. Anadias Trajano Camargos, pelo conhecimento, pela orientação, pelo seu grande desprendimento em ajudar-me e sua amizade sincera”

“Aos amigos do curso pelo incentivo companheirismo e troca de experiências”

“Ao meu esposo e meus familiares sempre presentes quando precisei”

RESUMO

Atualmente, a humanização da saúde tem possibilitado um melhoramento no atendimento e um ambiente favorável para uma dedicação ao cuidado com os pacientes. Neste sentido, a humanização é tida como uma mudança de atitudes e comportamento frente ao paciente e seus familiares. Nas UTIs tal ação é imprescindível, tendo a necessidade de se realizar uma conscientização constante dos profissionais deste setor. A prática de humanizar o cuidado nessas unidades demanda uma equipe multidisciplinar, tendo esta que se responsabilizar e compreender que o processo de humanização vai além dos preceitos éticos. Trata-se de uma revisão sistemática da literatura com o objetivo de identificar através da Revisão Sistemática os fatores que dificultam a prática da humanização nas unidades de Terapia Intensiva. Para a elaboração do estudo optou-se pelo método de revisão sistemática com a recomendação PRISMA, que consiste em um *checklist* com 27 itens e possui o objetivo de ajudar os autores a melhorarem o relato de revisões sistemáticas e meta-análises. Nos resultados, observou-se que o estresse envolvendo o paciente, bem como o presenciar a morte são fatores que contribuem para dificultar a prática da humanização do cuidado nas UTIs, além da falta de reconhecimento profissional, dificuldades de relacionamento entre os membros da equipe de trabalho. Destaca-se ainda, a interação com a equipe médica que muitas das vezes não ocorre no tempo necessário para colher todas as informações sobre o paciente, e também a falta de qualificação dos profissionais, a deficiência no conhecimento sobre manuseio de tecnologias. Conclui-se que os resultados apontam um nicho para novas pesquisas relacionando, os fatores que dificultam a humanização, considerando a incipiência de estudos nessa área de conhecimento. Assim a autora, espera contribuir com as instituições de saúde na divulgação desse estudo visando melhorar o conhecimento dos profissionais, sobre essa temática.

Descritores: Unidades de Terapia Intensiva, Enfermagem, Humanização da Assistência.

ABSTRACT

Currently, the humanization of health has enabled an improvement in care and a favorable environment for a dedication to care with patients. In this sense, humanization is seen as a change of attitudes and behavior towards the patient and his / her relatives. In the ICUs such action is essential, having the need to realize a constant awareness of the professionals of this sector. The practice of humanizing care in these units demands a multidisciplinary team, which has to be responsible and understand that the process of humanization goes beyond ethical precepts. It is a systematic review of the literature with the objective of identifying through the Systematic Review the factors that hinder the practice of humanization in Intensive Care units. For the preparation of the study, we opted for the systematic review method with the PRISMA recommendation, which consists of a checklist with 27 items and aims to help the authors to improve the reporting of systematic reviews and meta-analyzes. In the results, it was observed that the stress involving the patient as well as the presence of death are factors that contribute to hamper the practice of the humanization of care in the ICUs, besides the lack of professional recognition, relationship difficulties among the members of the team. job. It is also worth noting the interaction with the medical team that often does not occur in the time required to collect all the information about the patient, as well as the lack of qualification of the professionals, the deficiency in the knowledge about the handling of technologies. It is concluded that the results indicate a niche for new research relating, the factors that hinder humanization, considering the incipience of studies in this area of knowledge. Thus, the author hopes to contribute with the health institutions in the dissemination of this study aiming to improve the professionals' knowledge about this subject.

Descriptors: Intensive Care Units, Nursing, Humanization of care.

LISTA DE ABREVIATURAS

BDENF - Base De Dados Em Enfermagem

CUMED - Centro Nacional de Informação de Ciências Médicas de Cuba

BVS - Biblioteca Virtual de Saúde

CTI - Centro de Terapia Intensiva PNH - Política Nacional de Humanização

DeCS - Descritores em ciências da Saúde

IBESC - Instituto Básico De Estudos Superiores Do Ceará

LILACS - Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências da Saúde

MEDLINE - Medical Literature Analysis and Retrieval System Online

RS - Revisão sistemática

SCIELO – Scientific Electronic Library Online

SUS - Sistema Único de Saúde

UTI - Unidade de Terapia Intensiva

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1 - Legislações que referem princípios, diretrizes e dispositivos da PNH	17
QUADRO 2 - Descrição dos componentes da estratégia PICO para a elaboração da pergunta norteadora. Belo Horizonte, MG, Brasil, 2018.....	26
QUADRO 3 - Apresentação da população e amostra da revisão sistemática. Belo Horizonte, MG, Brasil, 2017.....	27
QUADRO 4– Características dos artigos analisados - Belo Horizonte, MG, Brasil, 2018.....	30
QUADRO 5– Características dos autores dos artigos analisados - Belo Horizonte, MG, Brasil, 2018.	31
QUADRO 6 – Síntese dos artigos analisados - Belo Horizonte, MG, Brasil, 2018.	39

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	11
2 OBJETIVO	14
3 REFERENCIAL TEÓRICO	15
3.1 Considerações a Respeito da Humanização	15
3.2 Política Nacional de Humanização	16
3.3 Humanização na Unidade de Terapia Intensiva	19
3.4 A Prática da humanização e os desafios encontrados na UTI.....	20
4 PERCURSO METODOLÓGICO	24
4.1 Revisão Sistemática da Literatura	24
4.1.1 Primeira etapa: formulação da pergunta.....	25
4.1.2 Segunda etapa: localização e seleção dos estudos	26
4.1.3 Terceira etapa: avaliação crítica dos estudos	27
4.1.4 Quarta etapa: coleta de dados.....	28
4.1.5 Quinta etapa: análise e apresentação dos dados	28
4.1.6 Sexta etapa: interpretação dos resultados.....	28
4.1.7 Sétima etapa: aperfeiçoamento e atualização.....	28
5. RESULTADOS	30
5.1 Características dos estudos.....	30
6. DISCUSSÃO	34
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS	41
REFERÊNCIAS	43
ANEXO A - Itens do checklist a serem incluídos no relato de revisão sistemática ou meta-análise	48
ANEXO B - Instrumento de coleta de dados, utilizado na Revisão Sistemática, 2018	50

1 INTRODUÇÃO

A enfermagem vem desenvolvendo ao longo de algumas décadas, uma relação de extrema importância no que diz respeito à humanização. Entende por humanizar o fato de se dedicar a necessidade de um paciente.

A humanização da saúde é vista na atualidade como um movimento integrador das relações da saúde, procurando um melhoramento no atendimento e um ambiente favorável para o aumento do cuidado.

Para Ferreira (1986), humanizar é trazer a tona a essência daquilo que torna o homem um “ser humano”, tendo a capacidade de amar seus semelhantes, de perdoar, de cuidar, de se emocionar, se relacionar com o outro, possibilitando a troca mútua de sensações, sentimentos e experiências. Humanizar envolve a habilidade de compreender o paciente em sua totalidade, observando seus valores, crenças e perspectivas (OLIVEIRA *et al.*, 2006).

Mezomo (1980, p. 6), ao debater sobre o que é a humanização do hospital, afirma que: “Humanizar significa agir sobre a sua administração e o seu funcionamento, bem como a atitude da pessoal face ao enfermo, com o objetivo de proporcionar-lhe um ambiente físico e social tão agradável quanto possível, ressaltando os dissabores inevitáveis de seu tratamento”.

O termo humanização na teoria é muito utilizado, entretanto, na prática é diferente. Além disso, a humanização pode ser explicada como uma busca incessante do conforto físico, psíquico e espiritual do paciente, família e equipe.

A unidade de terapia intensiva é um dos locais onde mais se fala sobre humanização. Humanizar os cuidados envolve respeitar a individualidade do Ser Humano e construir um espaço concreto, que legitime o ser humano e as pessoas envolvidas neste processo.

Caetano *et al* (2007), coloca que a Unidade de Terapia Intensiva (UTI) é um dos principais exemplos de carência desse tipo de atenção diferenciada (humanizada) dentro do circuito hospitalar. A UTI se caracteriza como um ambiente de prestação de cuidados a pacientes em estado crítico de saúde, e normalmente constitui-se de equipamentos eletrônicos eficientes e tecnologia de ponta, além de recursos humanos especializados e capazes de atribuir assistência ininterrupta ao doente internado.

A unidade de terapia intensiva é um ambiente de alta complexidade e requer muita atenção dos que nela trabalham. Sua principal função é o reestabelecimento do paciente as suas condições normais de vida através dos esforços humanos e de alta tecnologia (LEITE, 2005).

Os determinantes de vida do paciente grave apontam as possibilidades, na medida de suas reflexões a respeito do cuidado que de fato possa proteger a vida. Essa reflexão demanda da atenção especial ao paciente durante todo o processo cuidativo, envolvendo o momento da internação em unidade de terapia intensiva, como dos familiares que devem ser orientados para que tenham a capacidade de compreender seus próprios sentimentos e elaborar estratégias para o enfrentamento do problema.

A decisão da internação de um paciente em uma unidade de terapia intensiva pode provocar sentimentos adversos como: dor, alívio, segurança, insegurança e temor, dentre outros. É importante que neste momento se tenha uma boa comunicação, pois é por meio dela que podemos compreendê-los em seu todo. Só assim poderemos identificar seus problemas e ajudá-los de forma humanizada em momento tão difícil (SILVEIRA *et al.*, 2014).

Por se tratar de um ambiente extremamente estressante é importante que a equipe esteja sempre atenta as necessidades do paciente, também que ela seja capaz de atuar junto ao paciente grave e/ou crítico, o qual requer comprometimento, conhecimento, dedicação e acima de tudo humanização propriamente dita dos que nela atuam (BALSANELLI *et al.*, 2013).

Resgatar a humanidade nas UTIs, talvez seja voltar a refletir sobre o que é ser humano. As tarefas do cotidiano nessa unidade têm consumido os profissionais e os afastados da parte humanitária.

Para Felix *et al* (2014) a humanização na unidade de terapia intensiva perpassa por um cuidado livre de riscos e no qual se estabelece uma relação terapêutica, de respeito com o paciente e seus familiares favorecendo assim sua recuperação.

Diante de uma abordagem sobre a prática da humanização nas Unidades de Terapia Intensiva, torna-se extremamente relevante a conscientização dos profissionais quanto à realização desta prática, atitudes éticas e sua importância no dia-a-dia do paciente e das famílias envolvidas (SILVEIRA *et al.*, 2014).

A política da humanização transformou-se, nos últimos anos, em uma temática recorrente quanto a verificações e reflexões na área da saúde, interessando a diversos ramos do conhecimento científico. Múltiplos estudos têm sinalizado a imprescindível precisão de gestores

e profissionais da saúde para se adaptarem e desenvolverem, em seus ambientes de trabalho, uma assistência em concordância com a idealizada pela Políticas Nacional de Humanização (PNH)(BECK *et al.*, 2007; BOLELA, JERICÓ, 2006; FALK *et al.*, 2006; CASATE, CORRÊA, 2005; BACKES, LUNARDI FILHO, LUNARDI, 2005).

Embora existam trabalhos relacionados aos fatores dificultadores sobre o tema, ainda é possível perceber que muitos profissionais continuam tendo dificuldades em realizar a prática da humanização, acredita-se existir alguns fatores que ainda mereçam ser discutidos mais profundamente, no processo de formação dos profissionais de saúde e que possuam conhecimento ético consubstanciado sobre esse tema.

Diante desse contexto, surge o interesse em aprofundar os estudos sobre esta temática, numa perspectiva de se evidenciar quais os fatores que dificultam a PRÁTICA DA humanização nas unidades de terapia intensiva.

2 OBJETIVO

Identificar através de uma revisão sistemática da literatura os fatores que dificultam a prática da humanização nas unidades de terapia intensiva.

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 Considerações a Respeito da Humanização

A humanização compreende um conjunto de iniciativas que busca a geração de cuidados em saúde, conciliando a melhor tecnologia disponível com promoção de acolhimento, respeito ético e cultural ao paciente, espaços de trabalho favoráveis ao bom exercício técnico e a satisfação dos profissionais de saúde e usuários (DESLANDES, 2004).

Ressalta-se que Demeneck (2008) descreve que a humanização é percebida como a habilidade de se colocar no lugar do outro, costume que destaca o sentimento de empatia, ou seja, ser capaz de compreender o que o outro está sentindo para poder compartilhar esta experiência.

A humanização pode ser considerada como a inclusão das diferenças nos processos do cuidado. O processo de humanizar requer mudanças e estas não são construídas apenas por uma pessoa ou grupo isolado, mas de forma coletiva e compartilhada (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013).

Promover a humanização exige que a equipe de enfermagem seja devidamente preparada com conhecimentos científicos e que busque um trabalho de qualidade que possa favorecer a prática do cuidado humanizado (WALDOW, 1998).

“Humanização é entendida como uma medida que busca resgatar o respeito à vida humana em ocasiões éticas, psíquicas e sociais, dentro do relacionamento humano, que aceita a necessidade de resgatar dos aspectos biológicos, fisiológicos e subjetivos. É fundamental adotar uma prática na qual o cliente e o profissional considerem como parte da sua assistência humanizada o conjunto desses aspectos, possibilitando assumir uma posição ética de respeito mútuo” (MORAIS; GARCIA; FONSECA, 2004, p.31).

A partir dessa concepção, concretizou-se então a humanização nas unidades hospitalares, estabelecendo assim assistência de qualidade, garantindo o bem-estar do paciente e informações sobre eles durante as visitas. Assim, foi também a formulação para a concretização da humanização dentro das UTIs, onde foram preestabelecidos padrões nos espaços físicos que garantissem o bem-estar do paciente, aos familiares, as visitas diárias, além de informações sobre o estado clínico do paciente (PEREIRA, 2015).

Assim, humanizar o cuidado nos dias atuais é um grande desafio para os profissionais de saúde, visto que os mesmos mais se preocupam com a complexidade tecnológica, que torna a causa mais evidente da fragmentação do cuidado ao paciente crítico, além de considerar as deficiências estruturais do sistema de saúde como um todo, a falta de planejamento de trabalho e o ensino deficiente repercute de maneira efetiva na humanização (BENEVIDES e PASSOS, 2004).

3.2 Política Nacional de Humanização

Em 2004, o Ministério da Saúde do Brasil criou a Política Nacional de Humanização (PNH), tendo a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão da saúde em todas as instâncias do Sistema Único de Saúde (SUS).

A Política Nacional de Humanização está explícita em seu documento base que cita sobre os seus método, princípios, diretrizes e dispositivos, potencializando as experiências de um “SUS que dá certo”, assim como, enfrentando os seus principais limites e desafios (BRASIL, 2008).

Logo, a PNH não possui portarias que regulamentem ou normatizem a política, mas seu caráter transversal admite que tais princípios, diretrizes e dispositivos se encontrem presentes nas legislações das demais políticas, áreas técnicas e departamentos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012).

O Quadro 01, mostra as legislações que se referem aos princípios, diretrizes e dispositivos da PNH.

QUADRO 1 - Legislações que referem princípios, diretrizes e dispositivos da PNH.

Legislações que referem princípios, diretrizes e dispositivos da PNH
PORTARIA Nº 4.279, DE 30 DE DEZEMBRO DE 2010
Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).
I. Fortalecer a APS para realizar a coordenação do cuidado e ordenar a organização da rede de atenção Estratégias: Incentivar a organização da porta de entrada, incluindo acolhimento e humanização do atendimento; ampliar o financiamento e os investimentos em infraestrutura das unidades de saúde para melhorar a ambiência dos locais de trabalho.
DECRETO Nº 7508 DE 28/06/2011 (FEDERAL)
Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde -SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação Inter federativa, e dá outras providências.
Art.38º A humanização do atendimento do usuário será fator determinante para o estabelecimento das metas de saúde previstas no Contrato Organizativo de Ação Pública de Saúde
PORTARIA Nº 2.395, DE 11 DE OUTUBRO DE 2011
Organiza o Componente Hospitalar da Rede de Atenção às Urgências no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).
Art. 4º Constituem diretrizes do Componente Hospitalar da Rede de Atenção às Urgências: II - humanização da atenção, garantindo efetivação de um modelo centrado no usuário e baseado nas suas necessidades de saúde;
PORTARIA Nº 1.601, DE 7 DE JULHO DE 2011(*)
Estabelece diretrizes para a implantação do componente Unidades de Pronto Atendimento (UPA 24h) e o conjunto de serviços de urgência 24 horas da Rede de Atenção às Urgências, em conformidade com a Política Nacional de Atenção às Urgências.
Art. 1º Esta Portaria estabelece diretrizes para implantação do componente Unidade de Pronto Atendimento (UPA 24h) e o conjunto de serviços de urgência 24 horas da Rede de Atenção às Urgências. § 2º As Unidades de Pronto Atendimento (UPA 24 h) devem ser implantadas em locais/unidades estratégicas para a configuração da rede de atenção às urgências, em conformidade com a lógica de acolhimento e de classificação de risco.
Art. 2º A UPA 24 h tem as seguintes competências na Rede de Atenção às Urgências: II - acolher os pacientes e seus familiares sempre que buscarem atendimento na UPA 24 h; III - implantar processo de Acolhimento com Classificação de Risco, em ambiente específico, considerando a identificação do paciente que necessite de tratamento imediato, com estabelecimento do potencial de risco, agravos à saúde ou grau de sofrimento, de modo a priorizar atendimento em conformidade com o grau de sofrimento ou a gravidade do caso; IV - estabelecer e adotar o cumprimento de protocolos de acolhimento, atendimento clínico, de classificação de risco e de procedimentos administrativos conexos, atualizando-os sempre que a evolução do conhecimento tornar necessário;

Fonte: Modificado de Ministério da Saúde, (2012)

A PNH circunscreve um entendimento sobre o que é humanização:

“valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde: usuários, trabalhadores e gestores; fomento da autonomia e do protagonismo desses sujeitos; aumento do grau de co-responsabilidade na produção de saúde e de sujeitos; estabelecimento de vínculos solidários e de participação coletiva no processo de gestão; identificação das necessidades de saúde; mudança nos modelos de atenção e gestão dos processos de trabalho tendo como foco as necessidades dos cidadãos e a produção de saúde; compromisso com a ambiência, melhoria das condições de trabalho e de atendimento”. (BRASIL, 2008: p. 8).

Freitas (2013) destaca que a PNH tem como principal objetivo oferecer uma prática de saúde com qualidade na assistência, alinhando-se a uma modelo já proposto no sistema único de saúde “a integralidade” no qual busca uma visão holística e completa do ser humano.

O mesmo autor descreve ainda que, a prática de enfermagem é de direito de todas as pessoas que dela necessita, além disso, deve-se acolher os pacientes e familiares na instituição, oferecendo conforto adequado aos mesmos para que possam permanecer na instituição acompanhando a assistência prestada ao seu familiar. Estes são fatores extremamente relevantes e de suma importância na recuperação do paciente (FREITAS, 2013).

Para Pereira (2015), a política de humanização alia-se a três princípios fundamentais; a inseparabilidade entre os modos de gestão e a atenção, a transversalidade dos saberes, e a autonomia do sujeito. Estas foram premissas importantes que levaram a realização de uma parceria com as gestões hospitalares.

Ainda conforme o autor acima, no momento da divulgação deste novo programa, o ministério da saúde adotou como principal estratégia o apoio das instituições, nas quais julgavam ser inovadoras e interativas, capazes de planejar, coordenar, supervisionar as práticas em saúde.

Todos os esforços utilizados pelo Ministério da Saúde e pelas Instituições Hospitalares foram de suma importância na implementação do PNH, os quais foram percebendo a importância das boas práticas em saúde. O elo fundamental do processo de humanização é a comunicação efetiva entre equipe, paciente e família no sentido de identificar dificuldades e promover uma assistência qualificada e eficaz.

3.3 Humanização na Unidade de Terapia Intensiva

A Unidade de Terapia Intensiva nasceu da necessidade de aperfeiçoamento de recursos humanos e materiais a fim de atender a pacientes críticos, e é vista como um dos ambientes mais agressivos e tensos do hospital. O ambiente das unidades de terapia intensiva envolve tanto o paciente como toda a equipe de enfermagem que presta cuidados intensivos nas 24 horas, sendo caracterizado pela tensão, onde a morte é uma constante, onde “os sentidos estão sempre aguçados e alertas para qualquer intercorrência, de sono privado, de ruídos excessivos, de invasão de privacidade, do grande fluxo de profissionais, da quase exclusão dos familiares, da pouca comunicação, de cabos e fios intermináveis, monitores e seus sonoros ‘bips’” (SILVA *et al.*, 2007).

A Unidade de Terapia Intensiva é um ambiente complexo e requer níveis de atenção mais elevada dos que nela trabalham. Nessa unidade os profissionais se deparam a todo o momento com situações estressantes, devendo os profissionais estarem sempre atentos às possíveis situações imprevisíveis (CAMPOMANGARA, 2015).

Segundo Mezzomo (2001, p.276), um “hospital humanizado é aquele que sua estrutura física, tecnológica, humana e administrativa valoriza e respeita a pessoa, colocando-se a serviço dela, garantindo-lhe um atendimento de elevada qualidade”.

Campomangara, (2015) destaca que a UTI é caracterizada como um ambiente que requer alto grau de especialidade sem deixar para trás a importância do ser humano e o emocional do paciente. O trabalho dos profissionais que atuam nesse tipo de unidade é fundamental na percepção dos pacientes na forma de reagir a determinada situação ali vivenciadas.

Trata-se de uma unidade extremamente estressante, que possui uma rotina complexa e muitas vezes rígida, que na maioria das vezes desenvolve uma prática assistencial distante do toque, do carinho, do ouvir e conversar com o ser humano que necessita de atenção (FREITAS, 2013).

“O trabalho em unidade de terapia intensiva (UTI) é complexo e intenso, devendo o enfermeiro estar preparado para a qualquer momento, atender pacientes com alterações hemodinâmicas importantes, as quais requerem conhecimento específico e grande habilidade para tomar decisões e implementá-las em tempo hábil. Desta forma, pode-se supor que o enfermeiro desempenha importante papel no âmbito da UTI” (VARGAS e BRAGA, 2002 p. 2).

A humanização na unidade de terapia intensiva deve ir além das práticas já executadas, para isto é necessário que os profissionais de saúde entendam o processo de humanização, pois ele é complexo e, além disso, possam compreender as resistências que surgirão relacionadas a insegurança, a organização do trabalho (SIQUEIRA *et al.*, 2011).

A assistência humanizada deve ser organizada de forma multidimensional, requerendo dedicação aos cuidados específicos para que possa atender suas necessidades. É de suma importância que o profissional se posicione no lugar do paciente e dos familiares, essa postura levará à prestação de uma assistência otimizada, para o alcance da satisfação tanto do paciente em sua totalidade, quanto de seus familiares (LELIS *et al.*, 2011).

O cuidado humanizado pode contribuir significativamente para a reabilitação do paciente, principalmente para aqueles considerados mais graves, aumentando suas possibilidades de sobrevivência e fornecendo a eles uma assistência de qualidade. Contudo, a unidade de terapia intensiva é um setor que tem gerado desconforto emocional aos pacientes, familiares e profissionais, por se trata de um serviço que exige dos intensivistas uma assistência integral e uma sensibilização da equipe de saúde para execução do atendimento (MONGIOVI, 2014).

Maia (2010) enfatiza que para humanizar em terapia intensiva requer envolvimento e comprometimento de todos os que nela trabalham, cujas responsabilidades da equipe se estendem para além das intervenções tecnológicas e farmacológicas focalizadas no paciente. Inclui a também a avaliação das necessidades dos familiares, grau de satisfação sobre os cuidados realizados, além da preservação da integridade do paciente como ser humano.

3.4 A Prática da humanização e os desafios encontrados na UTI

Segundo Caetano *et al* (2007), a prática dos profissionais que trabalham nas unidades de terapia intensiva é rotineira, mas, requer mudanças conforme seu dia a dia, interferindo diretamente na forma que o cuidado é oferecido. Essas interferências são causadas por alguns fatores que contribuem para que o cuidado não seja humanizado, como: falta de privacidade, medo da morte, incômodo produzido pelos ruídos dos aparelhos, luminosidade e clima, que comumente causam desconforto ocasionado pela rotina do cuidado e conversas em tom elevado.

O mesmo autor descreve ainda, que a humanização do cuidado na UTI, envolve reflexão sobre os sentimentos do ser humano associado ao sofrimento do corpo, considerando a importância do conhecimento prático e teórico, além disso, a conscientização dos profissionais de que nela trabalham e em especial os profissionais de enfermagem (CAETANO *et al.*, 2007).

Os profissionais que atuam em UTI se deparam com vários elementos desgastantes, como dificuldade de aceitar a morte, falta de recursos materiais e humanos, tomar decisões na escolha dos pacientes que irão ser atendidos. Estes são alguns dilemas que interferem negativamente a assistência do enfermeiro nas UTIs (SOUZA e FERREIRA, 2010).

Bettinelle e Erdmann (2009), citam que os profissionais que atuam na UTI, em especial os enfermeiros, iniciam as condutas em busca da humanização com a responsabilidade, precaução, preocupação e compromisso ético em educar o paciente e os seus familiares, com o objetivo de mudar o significado cultural da UTI - sinônimo iminente de morte para todos os pacientes.

Para Junior *et al* (2015) a prática da humanização deve ser exercida considerando que os profissionais possam exercer suas profissões com dignidade, respeitando o outro e sua condição humana, incluindo-se a remuneração justa e reconhecimento de sua competência, habilidade, iniciativa e criatividade.

Sabe-se que para humanizar o cuidado em Unidade de Terapia Intensiva vai além de esforços humanos, e do auxílio da tecnologia dominante, para isso requer coragem, determinação e principalmente mudança de atitude dos profissionais que convivem com essa realidade. Alguns profissionais de saúde continuam com uma visão tecnicista, esquecendo-se que cuidar é uma característica humana que exige competência técnica, conhecimento, valores éticos, afetividade e habilidades, o que favorece as condições de trabalho, e oferece maior segurança aos pacientes e de seus familiares (SILVEIRA, CONTIM, 2015).

Para Backes *et al* (2006) ressalta que antes de se pensar na humanização do cuidado ao paciente deve-se pensar também nas condições de trabalho dos profissionais, devido a grande carga emocional que contribuem para o afastamento no serviço sem considerar as questões relacionadas a remuneração.

Destaca-se ainda, que para tratar do tema humanização, alguns fatores devem ser levados em consideração, entre eles: as condições de trabalho, satisfação profissional que espalda o desempenho dessa prática. a quantidade de atividades a serem desenvolvidas, o estabelecimento de prioridades, o atendimento adequado das demandas do paciente, o que gera estresse nos

profissionais. Além disso, a assistência humanizada requer dedicação dos profissionais, tempo e pessoal disponível (CALEGARI, 2015; SILVA, *et al.*, 2008).

Assim os mesmos autores colocam que,

“Muitas instituições com os crescentes cortes de verbas públicas, enfrentam dificuldades para manter-se, necessitando para tanto de quadro profissional limitado. Assim sendo, a deficiência de recursos materiais, condições insalubres de trabalho e as novas e contínuas demandas tecnológicas com frequência aumentam a insegurança e favorecem a insatisfação no trabalho o que contribui progressivamente para relações de desrespeito entre profissionais, bem como, para a geração de uma assistência fragmentada e cada vez mais desumanizada” (BACKES *et al.*, 2006, p.133).

Boemer (1989), cita que o fato da UTI ser um lugar que demanda atitudes, às vezes individuais, contra todo um sistema tecnológico dominante, a humanização torna-se uma tarefa nada fácil, sabendo-se que os profissionais de saúde, que atuam dentro das unidades intensivas esforçam-se para desenvolver ações no sentido de proporcionar uma ação, mais humanizada.

Para Lopes e Lautert (2001) a Unidade de Terapia Intensiva é um ambiente de trabalho que envolve forte carga emocional, na qual a vida e a morte se misturam, compondo cenário desgastante e, muitas vezes, frustrante, podendo ocasionar várias consequências e comprometer a saúde dos profissionais de saúde.

Tendo como base a limitação no quadro de pessoal e a deficiência de recursos materiais constrói-se um ambiente desfavorável às condições de trabalho, o que contribui para relações de desrespeito entre os profissionais, gerando assistência fragmentada e, conseqüentemente, desumanizada (BACKES *et al.*, 2006).

Outros fatores podem está dificultando o desempenho dos profissionais de enfermagem na UTI, e que interferem diretamente na qualidade da assistência ao paciente, são as atividades burocráticas. Muitas instituições não têm se preocupado com as questões que envolvem as condições técnicas, a escassez de recursos materiais e humanos e isso dificulta que o ambiente de trabalho se torne acolhedor (FONTANA, 2010).

Alguns obstáculos para implementação de uma política de humanização em saúde são destacados por Bolela e Jericó (2006, p.304) “é o mecanismo e robotização das ações da equipe

de enfermagem, que por serem rotineiras e, muitas vezes rígidas e inflexíveis, tornam o cuidado ao paciente impessoal, impositivo e fragmentado”.

Vila e Rossi (2002) destacam o ambiente físico das unidades de terapia intensiva como fator dificultador, apesar de existir relógio, janelas, a estrutura física, entretanto, os leitos são colocados muito próximos um do outro, o que dificulta o trabalho da equipe multiprofissional e impede a privacidade do paciente, interferindo diretamente no bem-estar da equipe, do paciente e sua família.

Destaca-se também, como fator dificultador que merece atenção das instituições educacionais da área da saúde, a metodologia utilizada para transmissão de conhecimento. Muitas vezes os educandos estão mais interessados na parte fisiopatológica e técnica do processo saúde-doença, do que na contextualização da realidade vivida pelo profissional de enfermagem.

Percebe-se uma necessidade de reorientação e revisão dos currículos que formam os trabalhadores em questão, porque uma política transversal como a da humanização, por si só, sem profissionais competentes e comprometidos com as mudanças paradigmáticas e dos serviços de saúde não tem efetividade (COSTA *et al.*, 2009).

4 PERCURSO METODOLÓGICO

4.1 Revisão Sistemática da Literatura

O presente estudo trata de uma revisão sistemática da literatura (RSL). Segundo Conforto *et al* (2011: p.3) a revisão sistemática permite ao pesquisador uma avaliação rigorosa e confiável das pesquisas realizadas dentro de um tema específico. Corroborando com a idéia do autor, Biolchini *et al* (2007) descreve a RSL como sendo um instrumento para mapear trabalhos publicados no tema de pesquisa específico para que o pesquisador seja capaz de elaborar uma síntese do conhecimento existente sobre o assunto.

Para Mulrow (1994), a revisão sistemática é uma técnica científica objetiva, eficiente e reprodutível, que possibilita “extrapolar achados de estudos independentes, avaliar a consistência de cada um deles e explicar as possíveis inconsistências e conflitos”.

Galvão e Pensani (2015) destacam que revisões sistemáticas e meta-análises se tornaram extremamente importantes na assistência à saúde.

Atualmente a recomendação utilizada para realização das revisões sistemática ou meta-análise é a PRISMA. Utilizava-se o modelo QUORUM para as revisões sistemáticas, porém devido ao desejo de abranger tanto as revisões sistemáticas quanto as meta-análises criou-se o modelo PRISMA Cochrane Handbook (CLARKE, 2001).

Em junho de 2005, em Ottawa Canadá, foi realizada uma reunião de três dias com 29 participantes, dentre eles autores de revisões, metodologistas, clínicos, editores e um consumidor. Esta reunião foi realizada a fim de revisar e expandir o *checklist* o fluxograma do QUORUM, conforme necessário, chegando então na recomendação PRISMA.

A recomendação PRISMA consiste em um *checklist* com 27 itens e possui o objetivo de ajudar os autores a melhorarem o relato de revisões sistemáticas e meta-análises. O foco da recomendação PRISMA são os ensaios clínicos randomizados, porém ele também é utilizado como uma base para relatos de revisões sistemáticas de outros tipos de pesquisa, particularmente avaliações de intervenções (GALVÃO e PENSANI, 2015).

Os passos para a execução de revisões sistemáticas são descritas no Cochrane Handbook, são sete (Clarke, 2001), sendo eles: formulação da pergunta; localização e seleção dos estudos; avaliação crítica dos estudos; coleta de dados; análise e representação dos dados; interpretação dos resultados; aperfeiçoamento e atualizações.

4.1.1 Primeira etapa: formulação da pergunta

Nessa etapa devem-se definir os pacientes, a doença e a intervenção terapêutica a ser estudada, pois caso contrário poderá haver decisões obscuras sobre o que deve ou não ser incluído na revisão (CLARKE, 2001).

Escolheu-se a estratégia PICO (acrônimo de Paciente, Intervenção, Comparação e Desfecho) para a elaboração da questão norteadora e identificação dos descritores a serem utilizados, como recomenda a prática baseada em evidências. As evidências são critérios utilizados nas revistas científicas de alta qualidade. Esta estratégia maximiza a recuperação de evidências nas bases de dados, foca o escopo da pesquisa e evita a realização de buscas desnecessárias (SANTOS, PIMENTA, NOBRE; 2007).

Outro método recomendado foi Prática Baseada em Evidências, surgiu nos Estados Unidos e no Reino Unido a partir da segunda metade do século XX. É fundamentada na aplicação dos princípios do método científico na tomada de decisões referentes a um paciente individual (PEDROLO, 2009).

A prática baseada em evidência envolve a definição de um problema, a averiguação e avaliação crítica das evidências disponíveis, a implementação destas na prática e apreciação dos resultados, por meio da integração de três elementos: a melhor evidência, as habilidades clínicas e a preferência do paciente (PEDROLO, 2009).

Há diversos sistemas de classificação da importância relativa de cada tipo de delineamento. Esse sistema apresenta a hierarquia das evidências na seguinte ordem; ensaios clínicos randomizados de boa qualidade e de baixo risco de viés e metanálises desses, ensaios clínicos randomizados pequenos ou com limitações metodológicas e estudos observacionais prospectivos, estudos observacionais retrospectivos, séries e relatos de casos, opinião de especialistas (PEDROLO, 2009).

Além dessa tríade, as decisões são baseadas também em conhecimento, experiências, valores e habilidades do profissional, adquiridos durante a observação e prática.

QUADRO 2 - Descrição dos componentes da estratégia PICO para a elaboração da pergunta norteadora. Belo Horizonte, 2018.

Acrônimo	Definição	Descrição
P	Paciente ou problema	Profissionais de Unidades de Terapia Intensiva.
I	Intervenção	Prática da Humanização
C	Controle ou comparação	Não se aplica
O	Desfechos (out comes)	Fatores que dificultam a humanização

Fonte: SANTOS, C. M. C.; PIMENTA, C. A. M.; NOBRE, M. R. C. 2007.

Após realização do PICO a pergunta elaborada foi: porque alguns enfermeiros das UTI mesmo possuindo o conhecimento da importância de realizar a prática da humanização não a realizam?

4.1.2 Segunda etapa: localização e seleção dos estudos

Essa etapa consiste na localização e seleção de bases de dados eletrônicas (como Medline, Embase, Lilacs, Cochrane Controlled Trials Database, SciSearch) usadas para identificar os estudos relevantes, bem como verificar as referências bibliográficas, solicitar estudos de especialistas e pesquisar manualmente algumas revistas e anais de congressos (CLARKE, 2001).

De acordo com a pergunta formulada iniciou-se a busca de artigos, utilizando o sistema de busca tendo na obtenção inicial 363 artigos.

De acordo com o critério de inclusão inicial, foram selecionados artigos primários, na íntegra, publicados nos anos de 2010 à 2017 com o tema voltado para a humanização pelos enfermeiros nas unidades de terapia intensiva. Quanto ao critério de exclusão: dissertações e teses, artigos científicos publicados antes de 2010.

Para seleção do material foram usados os seguintes descritores: Unidades de Terapia Intensiva, Enfermagem, Humanização da Assistência.

QUADRO 3 - Apresentação da população e amostra da revisão sistemática. B. Horizonte, 2017.

BASE DE DADOS	ESTRATÉGIA DE BUCA	POPULAÇÃO	AMOSTRA
LILACS	((MH:N02.278.388.493* OR "Unidades de Terapia Intensiva" OR "IntensiveCareUnits" OR "Unidades de Cuidados Intensivos" OR "intensivecareunit" OR "CTI" OR "UTI" OR "ICU" OR MH: E02.760.190* OR "Cuidados Críticos" OR "CriticalCare" OR "Terapia Intensiva" OR "IntensiveCare" OR "Cuidados Intensivos" OR "CriticalIllness" OR "criticalpatients" OR "criticalpatient")AND(MH: P2.016.157 OR "Humanização da Assistência"ORHumanizationoAssistance" OR "Humanización de laAtención" OR humanização OR Humanization OR Humanización))AND(enfer* OR nurs*)	175	04
BDENF		136	01
MEDLINE		28	01
IBESC		14	0
COLECCIONA SUS		7	0
INDEX PSICOLOGIA - PERIÓDICOS TÉCNICO-CIENTÍFICOS		02	0
CUMED		01	0
TOTAL		363	06

Fonte: Dados da Pesquisa, 2017.

4.1.3 Terceira etapa: avaliação crítica dos estudos

Essa etapa refere-se à avaliação crítica dos estudos onde é recomendado que sejam analisados os critérios para determinar a validade dos estudos selecionados e qual a probabilidade de suas conclusões estarem baseadas em dados viciados. Com isto, selecionam-se os estudos válidos para inclusão na revisão, assim como aqueles que não preenchem os critérios de validade são excluídos (CLARKE, 2001).

Após a busca inicial realizada na segunda etapa, procedeu-se a primeira fase de seleção dos artigos identificados, com a leitura dos títulos e resumos disponíveis, buscando sempre os

que enfatizavam os fatores que dificultam a prática da humanização nas unidades de terapia intensiva. Foram excluídos os que se repetiam nas bases de dados, e os que não atenderam ao objetivo do estudo.

4.1.4 Quarta etapa: coleta de dados

Esta etapa refere-se à coleta de dados, onde são registrados e resumidos as variáveis de cada estudo, as características da metodologia e dos participantes e os desfechos clínicos. A avaliação desses parâmetros é que permitirá a comparação ou não dos estudos selecionados.

Nesta etapa foram selecionados seis artigos científicos publicados no período de 2012 a 2015 para se realizar a análise sistemática.

4.1.5 Quinta etapa: análise e apresentação dos dados

A quinta etapa trata da análise e apresentação de dados onde de acordo com a semelhança dos estudos é realizado o agrupamento destes estudos selecionados para a metanálise. Cada um desses agrupamentos deverá ser preestabelecido no projeto, assim como a forma de apresentação gráfica e numérica, para facilitar o entendimento do leitor (CLARKE, 2001).

Após a coleta de dados foi realizada a análise e apresentação dos dados, tendo esta, relatado temas relevantes abordados pelos artigos individualmente, assim como citações de entrevistas realizadas pelos pesquisadores, a fim de identificar os fatores que dificultam a prática da humanização nas unidades de terapia. A análise está sintetizada no quadro 5.

4.1.6 Sexta etapa: interpretação dos resultados

Como sexto passo temos a interpretação os resultados onde são determinadas a força da evidência encontrada, a aplicabilidade dos resultados, as informações sobre custo e a prática corrente e tudo mais que seja relevante para determinação clara dos limites entre riscos e benefícios (CLARKE, 2001).

4.1.7 Sétima etapa: aperfeiçoamento e atualização

Por fim, faz-se o sétimo passo; este se trata do aperfeiçoamento e atualização que consiste em avaliar crítica e sugestão que devem ser incorporadas às edições subsequentes. Uma revisão sistemática é, portanto, uma publicação viva, que pode ser atualizada cada vez que surgirem novos estudos sobre o tema (CLARKE, 2001).

5 RESULTADOS

Dos 363 artigos encontrados na busca inicial, foram escolhidos seis artigos de acordo com o objetivo do estudo, bem como análise do risco de viés.

Nota-se na presente revisão que os artigos estão mais voltados para os fatores que facilitam a humanização, sendo os fatores que dificultam ainda pouco abordados.

A escolha dos artigos priorizou estudos que abordassem de forma clara e objetiva os fatores que dificultam a humanização, sendo utilizados estudos com entrevistas e observações de rotina dos enfermeiros nas Unidades de Terapia intensiva.

5.1 Características dos estudos

O presente estudo conta com seis artigos que atenderam aos critérios de inclusão e o objetivo da Revisão Sistemática. Os artigos foram analisados conforme proposta da metodologia (QUADRO 4).

QUADRO 4:Características dos artigos analisados - Belo Horizonte, 2018.

Código	Título	Ano	Local de publicação	Palavras-Chaves / Descritores
A1	Clínica do cuidado de enfermagem na terapia intensiva: aliança entre técnica, tecnologia e humanização	2012	Revista Escola de Enfermagem da USP	Cuidados de enfermagem; Unidades de Terapia Intensiva; Tecnologia; Humanização da assistência.
A2	Compreensão fenomeológica de enfermeiros intensivistas à luz do pensamento humanístico de Peterson e Zderad	2014	Revista de Enfermagem UERJ	Enfermagem; unidade de terapia Intensiva; humanização da assistência; teoria de enfermagem.
A3	Humanização no processo de trabalho na perspectiva de enfermeiros de unidade de terapia intensiva	2015	Cogitare Enfermagem	Humanização da assistência; Ambiente de trabalho; Enfermagem de cuidados críticos; Unidades de terapia intensiva.
A4	Humanização na teoria e na prática: a construção do agir de uma equipe de enfermeiros	2013	Revista Escola de Enfermagem da USP	Humanização da Assistência; Enfermagem; Unidade de Terapia Intensiva.
A5	Discursos de enfermeiros sobre humanização na unidade de terapia intensiva	2012	Escola Anna Nery Revista de Enfermagem	Unidades de terapia intensiva. Enfermagem. Cuidados de enfermagem. Humanização da assistência.
A6	Humanização em unidades de terapia intensiva: uma visão do ponto de vista do profissional de enfermagem	2015	Revista Eletrônica Itinerarius Reflectionis	Humanização, Comunicação, Enfermagem, Pacientes Críticos

Fonte: Dados da pesquisa, 2018.

O Quadro 5, apresenta os autores de cada artigo, com suas respectivas qualificações na data da publicação dos mesmo. Nota-se que são pesquisadores mestres, doutores e profissionais de enfermagem.

QUADRO 5: Características dos autores dos artigos analisados - Belo Horizonte, 2018.

Artigo	Autores	Qualificação
A1	¹ Rafael Celestino da SILVA , ² Márcia de Assunção FERREIRA.	¹ Doutor em Enfermagem. Professor Assistente Enfermagem da Escola de Enfermagem Anna Nery da Universidade Federal do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, RJ, Brasil. ² Doutora em Enfermagem. Professora da Escola de Enfermagem Anna Nery da Universidade Federal do Rio de Janeiro. Pesquisadora do CNPq. Rio de Janeiro, RJ, Brasil.
A2	¹ Loraine Machado de ARAÚJO, ² Lorena Machado de ARAÚJO.	¹ Enfermeira Especialista em Enfermagem do Trabalho. Departamento de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Natal, Rio Grande do Norte, Brasil. ² Enfermeira, Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Especialista em Enfermagem do Trabalho. Natal, Rio Grande do Norte, Brasil.
A3	¹ Júlia Trevisan MARTINS, ² Maria José Quina GALDINO, ³ Mara Lúcia GARRANHANI, ⁴ KeityMayumi SAMMI, ⁵ Gabriela Schmitt TREVISAN.	¹ Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Docente do Departamento de Enfermagem da Universidade Estadual de Londrina. Londrina, PR, Brasil. ² Enfermeira. Mestranda em Enfermagem da Universidade Estadual de Londrina. Docente do Departamento de Enfermagem da Universidade Estadual do Norte do Paraná. Bandeirantes, PR, Brasil. ³ Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Docente do departamento de Enfermagem da Universidade Estadual de Londrina. Londrina, PR, Brasil. ⁴ Enfermeira. Santa Casa de Misericórdia. Londrina, PR, Brasil.

		⁵ Graduanda em Medicina pela Universidade do Oeste Paulista. Presidente Prudente, SP, Brasil.
A4	¹ NaraElizia Souza OLIVEIRA, ² LizeteMalagoni Almeida Cavalcante OLIVEIRA, ³ Roselma LUCCHESI, ⁴ Giane Cristina ALVARENGA, ⁵ Virgínia Visconde BRASIL.	¹ Enfermeira, Mestre em Enfermagem. Enfermeira da UTI Médica do Hospital das Clínicas (HC) da Universidade Federal de Goiás (UFG). Goiânia, GO, Brasil. ² Enfermeira, Doutora em Ciências da Saúde. Professora Associada da Faculdade de Enfermagem da UFG. Goiânia, GO, Brasil. ³ Enfermeira, Doutora em Ciências da Saúde. Professora Adjunto da UFG/Campus Catalão. Goiânia, GO, Brasil. E-mail: roselmalucchese@hotmail.com. ⁴ Enfermeira. Gerente de Enfermagem da UTI Médica do HC/UFG. Goiânia, GO, Brasil. E-mail: gianealvarenga@ig.com.br. ⁵ Enfermeira, Doutora em Ciências da Saúde. Professora Associada da Faculdade de Enfermagem da UFG. Goiânia, GO, Brasil. E-mail: virginia@fen.ufg.br.
A5	¹ Fernanda Duarte da SILVA, ² Isis de Moraes CHERNICHARO, ³ Rafael Celestino da SILVA, ⁴ Márcia de Assunção FERREIRA.	¹ Enfermeira. Aluna do Curso de Mestrado do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem Anna Nery, da Universidade Federal do Rio de Janeiro (EEAN-UFRJ). Rio de Janeiro – RJ. Brasil. ² Enfermeira. Aluna do Curso de Mestrado do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem Anna Nery, da Universidade Federal do Rio de Janeiro (EEAN-UFRJ). Membro do Núcleo de Pesquisa de Fundamentos do Cuidado de Enfermagem (Nuclearte). Rio de Janeiro – RJ. Brasil. ³ Doutor em Enfermagem, Membro do nuclearte. Rio de Janeiro – RJ. Brasil. ⁴ Doutora em Enfermagem. Professora Titular do Departamento de Enfermagem Fundamental da EEAN-UFRJ. Membro do Nuclear te. Pesquisadora 1D do CNPq. Rio de Janeiro – RJ. Brasil.

A6	<p>¹Geovanne D' Alfonso JÚNIOR, ² Bruno Bordim PELAZZA, ³ Luiz Almeida SILVA, ⁴BerendinaElsinaBouwman CHRISTÓFORO, ⁵ Maria Regiane TRINCAUS, ⁶ Marlene Andrade MARTINS, ⁷ Ludmila Grego MAIA.</p>	<p>¹ Mestrando do Programa de Pós Graduação da Ciências da Saúde da Universidade Federal de Uberlândia. ² Professor do Curso de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás/Regional Jataí. Doutorando do Programa de Pós Graduação da Ciências da Saúde da Universidade Federal de Uberlândia. ³Professor do Curso de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás/Regional Jataí ⁴ Professor do Curso de Enfermagem Professor do Curso de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás/Regional Jataí, Mestre em Enfermagem pela Universidade Federal do Paraná. ⁵Professora do Curso de Enfermagem da Universidade Estadual do Centro-Oeste. Doutoranda do Programa de Pós Graduação da Ciências da Saúde da Universidade Estadual de Londrina. ⁶ Professora do Curso de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás/Regional Jataí. ⁷ Professora do Curso de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás/Regional Jataí.</p>
----	---	---

Fonte: Dados da pesquisa, 2018.

6 DISCUSSÃO

As entrevistas realizadas nos estudos evidenciam fatores que dificultam a humanização, bem como fatores que facilitam essa prática.

O primeiro artigo (A1) analisado relaciona humanização com tecnologia e expressa que o profissional necessita ter a vigilância dos aparelhos, a capacidade de dominar o maquinário, a observação da linguagem tecnológica como requisito na identificação das mudanças clínicas que requerem pronta atuação do enfermeiro, para que assim torne a rotina das unidades de terapia intensiva mais humanizada. O fator que dificulta a humanização neste quesito, esta na falta de preparo dos trabalhadores para a manipulação desse instrumental incorporado ao cuidado requer preparo dos trabalhadores.

SANCHES *et al* (2016) corroboram com os autores, o aparato tecnológico na UTI torna-se um recurso natural, que produz efeitos benéficos na construção do cuidado. Porém, torna-se um método que causa dependência entre os profissionais, em que as informações são advindas dos aparelhos, distanciando profissional e paciente, dificultando a captação de dados subjetivos do cuidado e as necessidades integrais do usuário. Ressalta ainda que cabe aos profissionais a utilização harmoniosa dessas tecnologias, visto que esses recursos não podem inviabilizar o atendimento interativo ao paciente, tendo em vista que, mesmo em estado de inconsciência, a pessoa ali internada continua sendo humana.

O mesmo autor acima destaca que o uso cotidiano de tecnologias avançadas, principalmente pelo estado de inconsciência dos pacientes, tende a automatizar o trabalho, tornando as ações e estratégias de cuidado contrárias à prática preconizada pela PNH.

O segundo artigo estudado (A2), através de suas entrevistas que os profissionais de enfermagem consideram a unidade de terapia intensiva um ambiente favorável para o desenvolvimento das ações do cuidado e a equipe colabora positivamente para a efetivação do trabalho humanizado. Entretanto, pelas entrevistas, os enfermeiros têm a percepção de que a internação, “caracteriza-se como uma situação de estresse, não só devido à dinâmica da unidade, mas, também, por guardar correlação, no imaginário das pessoas, com sofrimento e morte.”, o que é um fator que dificulta relevantemente o cuidar nas unidades de terapia intensiva. O artigo ainda cita a necessidade de que o profissional saiba diferenciar os limites do envolvimento terapêutico.

O artigo ainda propõe a compreensão fenomenológica de enfermeiros intensivistas à luz do pensamento humanístico de Peterson e Zderad, é correlacionando a Teoria Humanística de Paterson e Zderad, “o encontro autêntico do enfermeiro com o paciente pode resultar, então, em conforto, na medida em que há envolvimento com o outro em relações verdadeiras. Isso implica a pessoa sentir-se cuidada, estimada, segura e protegida, de forma a poder vivenciar um sentimento de harmonia consigo mesma e com o ambiente” (OLIVEIRA *et al*, 2013).

O artigo cita ainda, a necessidade de que o profissional saiba diferenciar os limites do envolvimento terapêutico.

Carvalho (2012) corrobora com o autor no que tange à comunicação terapêutica, esta é essencial para ajudar ao doente a mover-se da dependência para a interdependência e independência, dentro das suas possibilidades. A comunicação é fundamental no processo de recuperação dos pacientes nas UTIs, porém, é necessário que os profissionais saibam diferenciar as relações pessoais e profissionais.

Silva e Ferreira (2012) citam diferentes fatores que dificultam a humanização como falta de preparo dos trabalhadores para a manipulação desse instrumental, dificuldade do profissional de diferenciar os limites do envolvimento terapêutico.

O terceiro artigo estudado (A3), através das entrevistas realizadas obteve as seguintes conclusões: o trabalho desenvolvido em equipe e o bom relacionamento interpessoal são fatores que colaboram para que ocorra a humanização entre os trabalhadores; valorização do outro e de si próprio, envolvendo nesse processo tanto os colegas quanto a instituição. Um dos fatores que podem dificultar a humanização é justamente o oposto, uma equipe sem interação e com olhares para direções diferentes no atendimento ao paciente das unidades de terapia intensiva.

BARLEM (2008) corrobora com o autor acima, coloca que a comunicação e o bom relacionamento é fundamental no processo da humanização e que a empatia, durante os encontros que, embora breves, necessitam ser conduzidos com honestidade e sensibilidade. Para tanto, é preciso considerar a singularidade, os valores e crenças dos pacientes e utilizar-se de uma linguagem clara, de acordo com o seu nível de compreensão, permitindo uma avaliação mais fidedigna de seus problemas e necessidades.

A comunicação configurou-se uma ferramenta indispensável para haver humanização entre os enfermeiros em seu processo de trabalho. A falta de comunicação dificulta o cuidar nas UTI. No entender dos entrevistados a comunicação é uma forma de conseguir a humanização entre os

colegas. Ouvir e ser ouvido, respeitar o outro, ser respeitado, isto torna as relações mais humanas. Nesse sentido, Martins *et al* (2015) ressalta que os valores pessoais nos quais são essenciais para que aconteça a Humanização entre os trabalhadores.

O quarto artigo (A4) analisado em suas entrevistas sobre a humanização relata como aspectos abordados a necessidade de aproximação da família para a efetiva humanização da assistência ao paciente. Eles entendem que estar junto dos familiares neste momento é uma necessidade básica do paciente a ser atendida. Embora a família seja vista como um fator terapêutico, auxiliando na coleta de informações importantes sobre o paciente, em outros momentos ela é considerada empecilho para o trabalho dos profissionais; sua presença na UTI fora dos horários de visita pode dificultar o desempenho da equipe e enfermagem.

Mota (2004) afirma que a família é de vital importância nas questões referentes ao processo saúde/doença do seu familiar. Quando uma pessoa, por diferentes motivos, necessita hospitalizar-se, numa UTI, o que ocorre é a ruptura da rede familiar. Neste ambiente crítico, a separação do doente de sua família é praticamente imposta pelas circunstâncias criadas pela internação e por rotinas de visitas, muitas vezes rígidas, que fazem com que seus entes queridos se mantenham muito distantes.

Apesar do reconhecimento de que a humanização da assistência é urgente e necessária, os enfermeiros afirmaram que o cuidado desumanizado ainda é frequente na unidade. Alguns relatam comportamentos incompatíveis com a humanização da assistência, mas que costumam ser adotados com naturalidade pelos profissionais que acreditam estar apenas fazendo cumprir a rotina da unidade. Esse conjunto de atitudes e concepções dificulta a humanização e o cuidado com os pacientes intensivistas.

KAMANDA (1978) ressalta que apenas um verdadeiro trabalho em equipe atende ao paciente em suas necessidades básicas e que todo trabalho em equipe se baseia na adequação de conhecimentos e nas características da própria unidade. Ainda que um grupo se constitua numa equipe, quando sem atritos, desenvolve uma atividade sincronizada e coordenada, com igual participação de todos os elementos.

No quinto artigo (A5), percebe-se que alguns depoimentos enfatizam alguns fatores que dificultam a humanização e a prática de cuidar nas UTIs, sendo um desses fatores a relação que os enfermeiros mantêm com os usuários nas suas ações de cuidar. Este “cotidiano de assistir” traz demarcada a dinâmica que o enfermeiro confere ao seu trabalho diário, bem como as prioridades

que estabelece no âmbito do seu fazer.” Ao colocar em contraste o usuário capaz de interagir e a prática de cuidar dos enfermeiros, surge alguns contornos desta assistência, que revelam um sentimento de isolamento vivenciado pelo usuário. Além disso, em determinadas situações e da importância atribuída às atividades e da situação clínica de outros usuários, alguns são postos em segundo plano.

O artigo também problematiza o respeito à individualidade do usuário. Oito depoentes ilustram em suas falas a salientando a exposição do corpo do usuário, barulhos excessivos e falta de consideração às suas vontades e desejos.

Outro fator que dificulta a humanização é a interface do enfermeiro com os outros profissionais que integram a equipe de saúde.

E por fim, o artigo aborda que a humanização envolve também o cuidado à equipe de enfermagem. Citando que se faz necessário criar meios para que o profissional enfrente as tensões e sentimentos, não somente os dele, mas os do usuário que ele cuida e do familiar.

Os autores Martins *et al* (2015) e Oliveira *et al* (2013) corroboram no que tange a interação do paciente com o profissional de enfermagem, que muitas das vezes não é o suficiente para a prática de humanização.

Já os autores Araújo e Araújo (2014) e Martins *et al* (2015) acreditam que a falta de comunicação entre enfermeiros e os outros profissionais atuantes nas UTIS dificultam a humanização.

O sexto artigo analisado (A6) cita que no que tange a humanização um aspecto que deve ser considerado é o número de empregos e a jornada semanal de trabalho, como sendo estes, um limitante a implementação da humanização no contexto hospitalar.

A quantidade de profissionais era insuficiente, tendo uma jornada extensa de trabalho o que tornava dificultoso da prática da humanização. Isto posto, Araújo e Araújo (2012) vem contribuir com informações que destaca que a falta de quantidade de profissional adequada, bem como a jornada extensa de trabalho tornam dificultoso da prática da humanização (D'ALFONSO JÚNIOR, 2015).

Dentre os artigos analisados o estresse, e o envolvimento com o paciente, o lidar com a morte, a falta de reconhecimento, relacionamento interpessoal, envolvimento de toda a equipe, são alguns fatores citados que interferem na humanização nas UTIs. As diversas atividades inerentes ao enfermeiro dificultam a prática da humanização nas Unidades de Terapia Intensiva,

bem como a interação com o médico que muitas vezes não ocorre no tempo necessário para coletar todas as informações sobre o paciente.

QUADRO 6 – Síntese dos artigos analisados - Belo Horizonte, 2018.

Código	Método do estudo	Fatores que dificultam a humanização segundo os autores
A1	Pesquisa de campo, do tipo descritivo e qualitativo, desenvolvida em um Centro de Terapia Intensiva (CTI/UTI) de uma instituição pública do município do Rio de Janeiro.	Falta de preparo dos trabalhadores para a manipulação desse instrumental incorporado ao cuidado requer preparo dos trabalhadores.
A2	Estudo qualitativo, do tipo descritivo, de natureza fenomenológica à luz do referencial Teórico Humanístico de Paterson e Zderad ³ . O lócus da pesquisa foi um hospital universitário, em Natal/ RN, no setor de UTI.	Dificuldade do profissional o profissional saiba diferenciar os limites do envolvimento terapêutico.
A3	Estudo qualitativo-descritivo realizado com 10 enfermeiros que atuavam nos turnos matutino, vespertino e noturno de uma UTI de adulto em um Hospital Universitário localizado no estado do Paraná.	Os depoimentos das entrevistadas revelam que a falta de reconhecimento e o individualismo são fatores que dificultam a humanização entre os trabalhadores de enfermagem.
A4	Estudo descritivo, exploratório, de abordagem qualitativa, desenvolvido na UTI clínica de um hospital público do município de Goiânia, em 2011.	Equipe sem interação e com olhares para direções diferentes no atendimento ao paciente das unidades de terapia intensiva.
A5	Pesquisa de campo, qualitativa, do tipo descritivo e exploratório, em um centro de terapia intensiva (CTI) de uma instituição pública do município do Rio de Janeiro.	Evidencia-se a dificuldade da interação com o usuário, através da qual seria possível captar informações objetivando atender às suas necessidades. Dentre os fatores dificultadores está a interface do enfermeiro com os

		outros profissionais que integram a equipe de saúde.
A6	Estudo descritivo transversal de natureza quantitativa. A pesquisa de campo foi realizada na Unidade de Terapia Intensiva (UTI) de um hospital privado, geral, de médio porte da cidade de Patos de Minas.	A falta de quantidade de profissional adequada, bem como a jornada extensa de trabalho tornam dificultoso da prática da humanização.

Fonte: Dados da pesquisa, 2017

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Considerando a importância do estudo, foi possível desenvolver essa revisão sistemática propõe interpretar pesquisas relevantes disponíveis para uma questão particular, área do conhecimento ou fenômeno de interesse. Diante disso, buscou-se o tema humanização por sua importância no cotidiano das profissionais da área da saúde, paciente e família de pacientes.

Ressalta-se que os fatores que dificultam a humanização constituem um nicho a ser abordado com mais abrangência pelos estudiosos, por se tratar de um assunto ainda pouco explorado. Além disso, outros fatores, foram destaques como, o stress, o envolvimento com o paciente, o lidar com a morte, a falta de reconhecimento, relacionamento interpessoal, envolvimento de toda a equipe, são alguns fatores citados que interferem na humanização nas UTIs.

Diversas atividades inerente a função do enfermeiro dificultam a humanização nas Unidades de Terapia Intensiva, bem como a interação com o médico, que muitas das vezes não ocorre no tempo necessário para colher todas as informações sobre o paciente. Acrescenta-se a este cenário a falta de qualificação dos profissionais e a falta de conhecimento sobre manuseio de tecnologias, como foram fatores citados nas pesquisas.

Finalmente, a realização deste estudo trouxe não apenas maior experiência profissional para a autora, mas conhecimento mais profundo em relação ao tema, o que nos leva às controvérsias e indagações. Sabe-se que humanizar não é apenas exercer dentro da UTI um trabalho de qualidade, mas é trabalhar com os seus sentimentos e dos outros, levando a entender que o cuidar vai além de outros fatos, como exercer e mexer com o emocional, cognitivo e afetivo.

Espera-se que o presente estudo contribuir com os profissionais de saúde, orientando sua prática em relação ao compromisso ético do cuidado, mantendo ativa a capacitação da equipe e destacando a necessidade de sensibilizar as pessoas sobre como humanizar o ambiente, a equipe e a si mesmo, prestando uma assistência de qualidade.

REFERÊNCIAS

- BACKES, D. S.; LUNARDI, V. L.; FILHO, W. D. L. A humanização hospitalar como expressão da ética. **Revista Latino americana de Enfermagem**. 2006, 14 (1): 132-5.
- BACKES, D.S.; LUNARDI FILHO, W.D.; LUNARDI, V.L. A construção de um processo interdisciplinar de humanização à luz de Freire. **Texto Contexto Enfermagem**, v.14, n.3, p.427-34, 2005.
- BALSANELLI, A. P.; CUNHA, I. C. K. O.. Liderança no contexto da enfermagem. **Rev. esc. enfermagem**. USP, São Paulo , v. 40, n. 1, Mar. 2006 .
- BECK, C.L.C. et al. A humanização na perspectiva dos trabalhadores de enfermagem. **Texto Contexto Enfermagem**, v.16, n.3, p.503-10, 2007.
- BARLEM. E. L. D. *et al*; Comunicação como instrumento de humanização do cuidado de enfermagem: experiências em unidade de terapia intensiva **Rev. Eletr. Enfermagem**. 2008;10(4):1041-9. Available from: <http://www.fen.ufg.br/revista/v10/n4/v10n4a16.htm>.
- BETTINELLI, L. A.; ERDMANN, A. L. Internação em unidade de terapia intensiva e a família: perspectivas de cuidado. **Avances em Enfermeira**, v. 27, n. 1, p. 15-21, 2009.
- BIOLCHINI, J.; MIAN, P.G.; NATALLI, A.C.C.; TRAVASSOS, G.H. (2005). **Systematic Review in Software Engineering. Technical Report RT-ES 679/05**, COPPE/UFRJ.
- BOEMER, M.R.; ROSSI, L. R.; NASTARI, R. R. A idéia de morte em unidade de terapia intensiva - análise de depoimentos. **Rev Gaúcha Enfermagem** 1989 julho; 10(2):8-14
- BOLELA, F.; JERICÓ, M.C. Unidade de terapia intensiva: considerações da literatura acerca das dificuldades e estratégias para sua humanização. **Esc. Anna Nery**, v.10, n.2, p.301-8, 2006.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Legislação federal publicada em 2011 relacionada aos princípios, diretrizes e dispositivos da Política Nacional de Humanização**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2012.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Humaniza SUS. Brasília: Editora do Ministério da saúde, 2013.**
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Humaniza SUS: Documento base para gestores e trabalhadores do**

SUS / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. – 4. ed. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2008

CAETANO J.A, *et al*; Cuidado Humanizado em Terapia Intensiva. **Escola Anna Nery R Enfermagem** 2007 jun; 11 (2): 325 – 30.

CAMPO NOGARAS, et al; Percepções de pacientes pós alta da unidade de cuidados intensivos sobre a hospitalização nesse setor. **R. Enfermagem. Cent. O. Min.** 2015 jan/abr; 5(1):1505-1513.

CARVALHO C.A.F. Humanização da Atenção em Cuidados Paliativos: reflexões sobre a integridade da assistência. **Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC)**, Florianópolis, abril de 2012.

CASATE, J.C.; CORRÊA, A.K. Humanização do atendimento em saúde: conhecimento veiculado na literatura brasileira de enfermagem.**Rev. Latino-am. Enfermagem.**, v.13, n.1, p.105-11, 2005.

CLARKE M., OXMAN, A.D., editors. **Cochrane Reviewers' Handbook** 4.1 [updated March 2001]. in: Review Manager (Rev Man) [Computer program]. Version 4.1. Oxford, England: The Cochrane Collaboration, 2001. Disponível em: URL: <http://www.cochrane.dk/cochrane/handbook/handbook.htm>

COSTA, S.C.; FIGUEIREDO, M.R.B.; SCHAURICH, D. Humanization within adult intensive care units (ICUs): comprehension among the nursing team. **Interface – Comunic. Saúde, Educ.**, v.13, supl.1, p.571-80, 2009.

D' ALFONSO JÚNIOR, G., PELAZZA, B.B,Silva, L.A., Christóforo, B.E.B. Humanização em unidades de terapia intensiva: uma visão do ponto de vista do profissional de enfermagem. **Revista Eletrônica Itinerarius Reflectionis** 2015.

DEMENECK, K. A. Características da Atenção Primária à Saúde. **ACM Arq Catarin Med.** 2008;37(1):84-90.

DESLANDES, F.S. Análise do discurso oficial sobre a humanização da assistência hospitalar. **Ciência e Saúde coletiva.**v.9, n.1, p.7-14, 2004.

FALK, M.L.R. et al. Contextualizando a Política Nacional de Humanização: a experiência de um hospital universitário. **Bol. Saúde**, v.20, n.2, p.135-44, 2006.

FÉLIX, T A, FERREIRA. F. V., OLIVEIRA, E. N., ELOIA S. C. , GOMES, B. V. , ELOIA, S. M. C. Prática da humanização na visita em unidade de terapia intensiva. **Revista Enfermagem Contemporânea: Journals Bahiana** 2014.

FERREIRA, A.B.H. **Novo dicionário da língua portuguesa**. 2º edição. Rio de Janeiro: Nova Fronteira ; 1986.

FONTANA, R.T. Humanização no processo de trabalho em Enfermagem: uma reflexão. **Rev Rene**. 2010; 11(1):200-7.

FREITAS F. D. S, *et al*; Ambiente e humanização: retomada do discurso de nightingale na política nacional de humanização. **Esc Anna Nery (impr.)**2013 out - dez ; 17 (4): 654 – 660.

GALVÃO, T. F; PANSANI, T.S.A. Principais itens para relatar Revisões sistemáticas e Meta-análises: A recomendação PRISMA. **Epidemiologia. Serv. Saúde** vol.24 no.2 Brasília April/June 2015.

JUNIOR G.D, *et al*; **Humanização em unidades de terapia intensiva: uma visão do ponto de vista do profissional de enfermagem**. 2015. Monografia .

LÉLIS, A. L. P. de A. *et al*. Cuidado humanístico e percepções de enfermagem diante da dor do recém-nascido. **Esc. Anna Nery**. Rio de Janeiro, v. 15, n. 4, out./dez., 2011.

LEITE, M. A.; VILA, V.S.C. Dificuldades vivenciadas pela equipe multiprofissional: unidade de terapia intensiva. **Rer. Latinoam. Enf.**. p. 145-50. 2005.

LOPES, M.J.M., LAUTERT, L. A. **Saúde das trabalhadoras da saúde; algumas questões**. In: Hhaag GS, Lopes MJ, Schuck JS, organizadores. A enfermagem e a saúde dos trabalhadores. Goiânia: AB; 2001.

MAIA, L.F.S. **Humanização em unidade de terapia intensiva: a enfermagem e o cuidado humanizado**. São Paulo: Revista. 2010; 1:06-11.

MARTINS, J. T., GALDINO, M. J. Q., Garanhani, M. L., Sammi, K. M. Trevisan, G. S. Humanização no processo de trabalho na percepção de enfermeiros de unidade de terapia intensiva. **Cogitare Enferm**. 2015 Jul/set; 20(3): 589-595.

MEZOMO J.A. **O que é humanização no hospital?** Circular 02/80 apresentada no 1º Congresso Brasileiro de Humanização do Hospital e as Saúde; 1980; São Paulo (SP), Brasil.

MONGIOVI, V. G. *et al.* Reflexões conceituais sobre humanização da saúde: concepção de enfermeiros de Unidades de terapia Intensiva. **Rer Bras Enferm.** 2014, mar-abr, 67 (2): 306-11.

MORAES, J.C.; GARCIA, V. da G.L.; FONSECA, A. da S. Assistência prestada na unidade de terapia intensiva adulta: Visão dos clientes. **Revista Nursing.** v.79, n.7, 2004 .

MOTTA, M. G. O.; O entrelaçar de mundos: família e hospital. In: Elsen I, Marcon SS, Santos MR, organizadores. **O viver em família e sua interface com a saúde e a doença.** 2ª ed. Maringá: Eduem; 2004. p. 153-67.

MULROW C.O., OXMAN A.O., editors. **Cochrane Collaboration Handbook** [updated 9Oecember 1996]. Available in The Cochrane Library [database on disk and COROM].The Cochrane Collaboration; Issue 1. Oxford: Update Software; 1994. Updated quarterly.

OLIVEIRA N.E.S., OLIVEIRA L.M.A.C., Lucchese R, Alvarenga GC, Brasil VV. Humanização na teoria e na prática: a construção do agir de uma equipe de enfermeiros. **Rev. Eletr. Enf.** 2013 abr/jun;15(2):334-43.

PEDROLO E., DANSKI T. R., MINGORACE P., LAZZARI L. S M., MEIER M. J., CROSETA K. A prática baseada em evidências como ferramenta para prática profissional do enfermeiro. **Cogitare Enferm.** 2009 Out/Dez; 14(4):760-3.

PEREIRA A.B, *et al*; Processo de implantação da política nacional de humanização em hospital geral público.**Trab. Educ. Saúde,** Rio de Janeiro, v. 13 n. 1, p. 67-87, jan./abr. 2015.

SANTOS, C. M. C.; PIMENTA, C. A. M.; NOBRE, M. R. C. A estratégia PICO para a construção da pergunta de pesquisa e busca de evidências. **Revista Latino Americana de Enfermagem,** Ribeirão Preto, v. 15, n. 3, maio/jun. 2007.

SILVEIRA, R. E., CONTIM, D. Educação em saúde e prática humanizada da enfermagem em unidades de terapia intensiva: estudo bibliométrico. **J. res.: fundam. care.** online 2015. jan./mar. 7(1):2113-2122.

SIQUEIRA, B.M; DIAS, B.A.M. A percepção materna sobre vivência e aprendizado de cuidado de um bebê prematuro. **Epidemiologia. Serv. Saúde** v.20 n.1Brasília mar. 2011.

SILVA, R. C, FERREIRA, M. A. Clínica do cuidado de enfermagem na terapia intensiva: aliança entre técnica, tecnologia e humanização. **Rer Esc Enferm USP** 2013; 47(6):1325-32 .

SILVA, N. D.; CONTRIN, L. M.. Orientações do enfermeiro dirigidas aos familiares dos pacientes internados na UTI no momento da visita. **Arquivo Ciências da Saúde**, v. 14, n. 3, p. 148-152, jul/set. 2008. 13.

SILVA F.D., CHERNICHARO I.M., Silva R.C., Ferreira M.A. Discursos de enfermeiros sobre humanização na unidade de terapia intensiva. **Esc. Anna Nery** vol.16 no.4 Rio de Janeiro Oct./Dec. 2012.

SILVA, G. F.; SANCHES, P. G.; CARVALHO, M. D. de B.. Refletindo sobre o cuidado de enfermagem em unidade de terapia intensiva. **REME – Rev. Min. Enf.**; 11(1): 94-98, jan/mar, 2007.

SILVA, R. C. L. *et al*; Reflexões acerca da assistência de enfermagem e o discurso de humanização em terapia intensiva. **Revista Escola de Enfermagem Anna Nery**, v. 12, n. 1, p.156-159, mar. 2008.

SOUZA K.M.O., FERREIRA SD, **Assistência Humanizada em UTI Neonatal**: Os sentidos e as limitações identificadas pelos profissionais de saúde, Serviço de Psicologia Médica, Instituto Fernandes Figueiras, Fiocruz. Av. Rui Barbosa 716, Flamengo. 22250-020 Rio de Janeiro, RJ. katia@iff.fiocruz.br, 2008.

VARGAS, D., BRAGA, *et al*; O Enfermeiro de Unidade de Tratamento Intensivo: Refletindo sobre seu Papel. **Rev. Latino. Am. Enfermagem**. Ribeirão Preto, mar/abr, 2002.

VILA, V.S.C.; Rossi L.A. O significado cultural do cuidado humanizado em unidade de terapia intensiva: muito falado e pouco vivido. **Rer Latino Am Enfermagem** 2002 março-abril; 10(2):137-44.

WALDOW, V. R. Cuidado humano: o resgate necessário. Porto Alegre: Sagra Luzzato, 1998.
BENEVIDES, R.; PASSOS, E. A humanização dos serviços e o direito à saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, p.1342-1353, set./out. 2004.

ANEXO A - Itens do *checklist* a serem incluídos no relato de revisão sistemática ou meta-análise

Seção/tópico	N.	Item do <i>checklist</i>	Relatado na página nº
TÍTULO			
Título	1	Identifique o artigo como uma revisão sistemática, meta-análise, ou ambos.	
RESUMO			
Resumo estruturado	2	Apresente um resumo estruturado incluindo, se aplicável: referencial teórico; objetivos; fonte de dados; critérios de elegibilidade; participantes e intervenções; avaliação do estudo e síntese dos métodos; resultados; limitações; conclusões e implicações dos achados principais; número de registro da revisão sistemática.	
INTRODUÇÃO			
Racional	3	Descreva a justificativa da revisão no contexto do que já é conhecido.	
Objetivos	4	Apresente uma afirmação explícita sobre as questões abordadas com referência a participantes, intervenções, comparações, resultados e desenho de estudo (PICOS).	
MÉTODOS			
Protocolo e registo	5	Indique se existe um protocolo de revisão, se e onde pode ser acessado (ex. endereço eletrônico), e, se disponível, forneça informações sobre o registro da revisão, incluindo o número de registro.	
Critérios de elegibilidade	6	Especifique características do estudo (ex. PICOS, extensão do seguimento) e características dos relatos (ex. anos considerados, idioma, se é publicado) usadas como critérios de elegibilidade, apresentando justificativa.	
Fontes de informação	7	Descreva todas as fontes de informação na busca (ex. base de dados com datas de cobertura, contato com autores para identificação de estudos adicionais) e data da última busca.	
Busca	8	Apresente a estratégia completa de busca eletrônica para pelo menos uma base de dados, incluindo os limites utilizados, de forma que possa ser repetida.	
Seleção dos estudos	9	Apresente o processo de seleção dos estudos (isto é, busca, elegibilidade, os incluídos na revisão sistemática, e, se aplicável, os incluídos na meta-análise).	
Processo de coleta de dados	10	Descreva o método de extração de dados dos artigos (ex. formas para piloto, independente, em duplicata) e todos os processos para obtenção e confirmação de dados dos pesquisadores.	
Lista dos dados	11	Liste e defina todas as variáveis obtidas dos dados (ex. PICOS, fontes de financiamento) e quaisquer referências ou simplificações realizadas.	
Risco de viés em cada estudo	12	Descreva os métodos usados para avaliar o risco de viés em cada estudo (incluindo a especificação se foi feito durante o estudo ou no nível de resultados), e como esta informação foi usada na análise de dados.	
Medidas de	13	Defina as principais medidas de sumarização dos resultados (ex. risco relativo, diferença média).	

sumarização			
Síntese dos resultados	14	Descreva os métodos de análise dos dados e combinação de resultados dos estudos, se realizados, incluindo medidas de consistência (por exemplo, I^2) para cada meta-análise.	
Risco de viés entre estudos	15	Especifique qualquer avaliação do risco de viés que possa influenciar a evidência cumulativa (ex. viés de publicação, relato seletivo nos estudos).	
Análises adicionais	16	Descreva métodos de análise adicional (ex. análise de sensibilidade ou análise de subgrupos, metarregressão), se realizados, indicando quais foram pré-especificados.	
RESULTADOS			
Seleção de estudos	17	Apresente números dos estudos rastreados, avaliados para elegibilidade e incluídos na revisão, razões para exclusão em cada estágio, preferencialmente por meio de gráfico de fluxo.	
Características dos estudos	18	Para cada estudo, apresente características para extração dos dados (ex. tamanho do estudo, PICOS, período de acompanhamento) e apresente as citações.	
Risco de viés em cada estudo	19	Apresente dados sobre o risco de viés em cada estudo e, se disponível, alguma avaliação em resultados (ver item 12).	
Resultados de estudos individuais	20	Para todos os resultados considerados (benefícios ou riscos), apresente para cada estudo: (a) sumário simples de dados para cada grupo de intervenção e (b) efeitos estimados e intervalos de confiança, preferencialmente por meio de gráficos de floresta.	
Síntese dos resultados	21	Apresente resultados para cada meta-análise feita, incluindo intervalos de confiança e medidas de consistência.	
Risco de viés entre estudos	22	Apresente resultados da avaliação de risco de viés entre os estudos (ver item 15).	
Análises adicionais	23	Apresente resultados de análises adicionais, se realizadas (ex. análise de sensibilidade ou subgrupos, metarregressão)	
DISCUSSÃO			
Sumário da evidência	24	Sumarize os resultados principais, incluindo a força de evidência para cada resultado; considere sua relevância para grupos-chave (ex. profissionais da saúde, usuários e formuladores de políticas).	
Limitações	25	Discuta limitações no nível dos estudos e dos desfechos (ex. risco de viés) e no nível da revisão (ex. obtenção incompleta de pesquisas identificadas, viés de relato).	
Conclusões	26	Apresente a interpretação geral dos resultados no contexto de outras evidências e implicações para futuras pesquisas.	
FINANCIAMENTO			
Financiamento	27	Descreva fontes de financiamento para a revisão sistemática e outros suportes (ex.: suprimento de dados), papel dos financiadores na revisão sistemática.	

ANEXO B - Instrumento de coleta de dados, utilizado na Revisão Sistemática, 2018

Instrumento de coleta de dados, utilizado na Revisão Sistemática, 2018	
Número do estudo	
Título	
Localização na base de dados	<input type="checkbox"/> LILACS <input type="checkbox"/> MEDLINE <input type="checkbox"/> SCIELO
Autores	
Fonte de Publicação	
Ano	
País	
Idioma	
Tipo de Publicação	<input type="checkbox"/> Médica <input type="checkbox"/> De enfermagem <input type="checkbox"/> Outras publicações na área da saúde: _____
Tipo de estudo	
Delineamento	
Objetivo	
Resultados	
Conclusão	

Fonte: Dados pesquisa, 2018.

