



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
CAMPUS I – CAMPINA GRANDE
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

ALANA JÉSSICA DE SOUZA BRITO

**RELATO DE EXPERIÊNCIA DE VISITA TÉCNICA EM UNIDADE DE
TERAPIA INTENSIVA HUMANIZADA: AVANÇOS E DESAFIOS NO PROCESSO
DE CUIDAR EM ENFERMAGEM**

**CAMPINA GRANDE
2023**

ALANA JÉSSICA DE SOUZA BRITO

**RELATO DE EXPERIÊNCIA DE VISITA TÉCNICA EM UNIDADE DE
TERAPIA INTENSIVA HUMANIZADA: AVANÇOS E DESAFIOS NO PROCESSO
DE CUIDAR EM ENFERMAGEM**

Trabalho de Conclusão de Curso (Artigo)
apresentado a/ao Coordenação /
Departamento do Curso de Enfermagem
da Universidade Estadual da Paraíba,
como requisito parcial à obtenção do título
de Bacharel em Enfermagem.

Orientadora: Profa. Dra. Fabíola de Araújo Leite Medeiros

**CAMPINA GRANDE
2023**

É expressamente proibido a comercialização deste documento, tanto na forma impressa como eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, desde que na reprodução figure a identificação do autor, título, instituição e ano do trabalho.

B862r Brito, Alana Jéssica de Souza.
Relato de experiência de visita técnica em unidade de terapia intensiva humanizada [manuscrito] : avanços e dasafios no processo de cuidar em enfermagem / Alana Jéssica de Souza Brito. - 2023.
38 p. : il. colorido.

Digitado.

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Enfermagem) - Universidade Estadual da Paraíba, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, 2023.

"Orientação : Profa. Dra. Fabíola de Araújo Leite Medeiros, Coordenação do Curso de Enfermagem - CCBS. "

1. Unidade de terapia intensiva. 2. Enfermagem. 3. Humanização da UTI. I. Título

21. ed. CDD 615.8

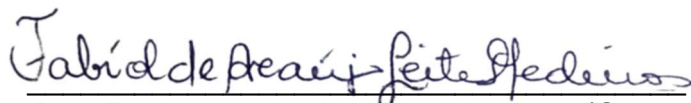
ALANA JÉSSICA DE SOUZA BRITO

RELATO DE EXPERIÊNCIA DE VISITA TÉCNICA EM UNIDADE DE TERAPIA
INTENSIVA HUMANIZADA: AVANÇOS E DESAFIOS NO PROCESSO DE CUIDAR
EM ENFERMAGEM

Trabalho de Conclusão de Curso (Artigo)
apresentado a/ao Coordenação /
Departamento do Curso de Enfermagem
da Universidade Estadual da Paraíba,
como requisito parcial à obtenção do título
de Bacharel em Enfermagem.

Aprovada em: 23/11/2023.

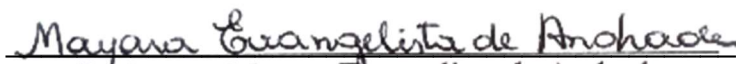
BANCA EXAMINADORA



Profª. Dra. Fabíola de Araújo Leite Medeiros (Orientadora)
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)



Profª. Me. Maria José Gomes Moraes
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)



Profª. Me. Mayara Evangelista de Andrade
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)

A minha família, pelo apoio e incentivo durante toda minha vida acadêmica, dedico.

*“Conheça todas as teorias,
domine todas as técnicas, mas, ao tocar
uma alma humana, seja apenas outra
alma humana.” (Carl Jung)*

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	7
2	REFERENCIAL TEÓRICO	8
2.1	O cuidado prestado pela Unidade de Terapia Intensiva	8
2.2	Humanização no cuidado ao paciente em estado crítico	9
2.3	A Comunicação e sua essencialidade na UTI humanizada	11
3	METODOLOGIA	12
4	RESULTADOS E DISCUSSÃO	12
4.1	Humanização da ambiência da UTI	13
4.2	A equipe assistencial da UTI	16
4.3	As ações de cuidado humanizado com pacientes, familiares e equipe	18
4.3.1	Pacientes.....	18
4.3.2	Familiares.....	20
4.3.3	Equipe.....	22
5	CONCLUSÃO	24
	REFERÊNCIAS	25
	ANEXO A – LEITO PRIVATIVO	30
	ANEXO B – ESPAÇO FÍSICO	31
	ANEXO C – QUADRO DE SEGURANÇA DO PACIENTE	32
	ANEXO D – PREVENÇÃO DE LP	33
	ANEXO E – COMPROMISSO DO PLANTÃO	34
	ANEXO F – PESQUISA DE SATISFAÇÃO	35
	ANEXO G – PASSAGEM DE PLANTÃO	36
	ANEXO H – EDUCAÇÃO CONTINUADA	37
	AGRADECIMENTOS	38

**RELATO DE EXPERIÊNCIA DE VISITA TÉCNICA EM UNIDADE DE
TERAPIA INTENSIVA HUMANIZADA: AVANÇOS E DESAFIOS NO PROCESSO
DE CUIDAR EM ENFERMAGEM**

***EXPERIENCE REPORT OF A TECHNICAL VISIT IN A HUMANIZED
INTENSIVE CARE UNIT: ADVANCES AND CHALLENGES IN THE NURSING
CARE PROCESS***

ALANA JÉSSICA DE SOUZA BRITO¹

RESUMO

A Unidade de Terapia Intensiva é um setor hospitalar caracterizado como de alta complexidade por envolver o cuidado ao paciente crítico em alto risco de vida e morte. Considerando que é um setor fechado, que impõe de uma assistência mais intensa ao paciente e sua família, requer comunicação e compreensão humanizada do processo saúde/doença. Espera-se que os serviços de saúde estejam trabalhando sempre com o enfoque de transversalidade preconizada pela Política Nacional de Humanização. Nessa perspectiva, o presente trabalho traz como objetivo relatar visitas técnicas em uma Unidade de Terapia Humanizada sob a égide da discussão da Política Nacional de Humanização, seus desafios e avanços. Trata-se de um estudo do tipo relato de experiência desenvolvido a partir de visitas técnicas em um hospital geral, situado no município de Campina Grande, que apresenta uma proposta de humanização da UTI. Assim, a descrição do relato aconteceu na égide da Política Nacional de Humanização. Foi realizada uma observação da documentação apresentada pela gestão do serviço de enfermagem, que colaborou com a descrição do processo de trabalho, e do ambiente da UTI humanizada, refletida num contexto teórico-prático. Da observação, foi possível apresentar a descrição do funcionamento da UTI, considerando os seguintes itens: 1) Humanização da ambiência da UTI; 2) A Equipe assistencial da UTI; 3) Ações De Cuidado Humanizado com Pacientes, familiares e equipe. Conclui-se que para a UTI ser humanizada, há exigências de um ambiente intensivo terapêutico ao paciente crítico, sendo este de condição acolhedora, integradora e estimuladora para todos os envolvidos no processo (paciente, família e equipe de saúde), incluindo condições de trabalho e segurança do paciente e família como um todo. Há muito o que avançar numa propositura construtiva de espaços terapêuticos e humanizados na assistência hospitalar.

Palavras-Chave: unidade de terapia intensiva; humanização; enfermagem.

ABSTRACT

The Intensive Care Unit is a hospital sector characterized as highly complex as it involves care for critical patients at high risk of life and death. Considering that it is a closed sector, which requires more intense assistance to the patient and their family, it requires communication and humanized understanding of the health/disease process. It is expected that health services are always working with the transversal approach recommended by the Policy National Humanization. From this perspective, the present work aims to report technical visits to a Humanized Therapy Unit under the auspices of discussing the National Humanization Policy, its challenges and advances. This is an experience report study developed from technical visits to a general hospital, ¹Graduanda em Enfermagem pela Universidade Estadual da Paraíba – UEPB – Campus I. E-mail: alana.brito@aluno.uepb.edu.br

located in the city of Campina Grande, which presents a proposal for humanizing the ICU. Thus, the description of the report took place within the aegis of the National Humanization Policy. An observation of the documentation presented by the management of the nursing service was carried out, which collaborated with the description of the work process and the humanized ICU environment, reflected in a theoretical-practical context. From observation, it was possible to present a description of the functioning of the ICU, considering the following items: 1) Humanization of the ICU environment; 2) The ICU care team; 3) Humanized Care Actions with Patients, family members and staff. It is concluded that for the ICU to be humanized, there are requirements for an intensive therapeutic environment for critical patients, with a welcoming, integrative and stimulating condition for everyone involved in the process (patient, family and healthcare team), including working conditions. and patient and family safety as a whole. There is much room for progress in the constructive proposition of therapeutic and humanized spaces in hospital care.

Keywords: intensive care unit; uumanization; nursing.

1 INTRODUÇÃO

A política da humanização (PNH) tornou-se, nos últimos anos, temática recorrente em investigações e reflexões na área da saúde, interessando aos diferentes ramos do conhecimento científico. Vários estudos têm sinalizado a urgente necessidade de gestores e profissionais da saúde se adaptarem e desenvolverem, em seus locais de trabalho, uma assistência de acordo com a preconizada pela PNH (Beck *et al.*, 2007; Bolela; Jericó, 2006; Casate; Corrêa, 2005; Falk *et al.*, 2006; Backes, Lunardi Filho, Lunardi, 2005).

Instaurada no ano de 2003, a Política Nacional de Humanização (PNH) explicita a importância do acolhimento humanizado ao paciente e seu familiar, além de aclarar a importância da comunicação e relações interpessoais da equipe multiprofissional (Goularte; Gabarra; Moré, 2020).

Em virtude, sobretudo, da complexidade do conhecimento biomédico, do avanço tecnológico e da qualificação do cuidado em saúde, foram criadas as Unidades de Terapia Intensiva (UTIs), locais em que é possível aumentar as chances de se recompor as condições estáveis do paciente e de propiciar sua recuperação e sobrevivência. Porém, com o passar do tempo, a UTI tornou-se um local em que a técnica se sobrepõe aos aspectos relacionais de cuidado, uma vez que os profissionais que ali desenvolvem suas ações estão sobremaneira envolvidos com máquinas e monitores e tendem a esquecer que, velados pelos problemas de doença, existem um paciente e sua família (Costa; Figueiredo, Schaurich, 2009).

A partir de um estudo realizado por Mazzarro e Benetti (2012), foi possível reafirmar a importância do papel dos familiares de pacientes internados em UTI como colaboradores do cuidado, auxiliando diretamente no tratamento do paciente. Com o apoio da equipe, a família exerce um papel essencial facilitando e qualificando a assistência prestada pelos profissionais de saúde. Além disso, o relacionamento entre família e equipe pode tornar-se terapêutico a partir do fortalecimento e da construção de uma confiança que irá favorecer o diálogo, a troca e o respeito mútuos (Siqueira *et al.* 2006).

A humanização é um conjunto de iniciativas que dentro da UTI visa à produção de cuidados ao paciente em estado crítico capaz de conciliar a tecnologia com o

acolhimento necessário e o respeito cultural e ético ao paciente, com espaços de trabalho favoráveis ao bom exercício técnico dos profissionais de saúde e a satisfação dos usuários.

Diante deste contexto, este estudo tem como objetivo relatar visitas técnicas em uma Unidade de Terapia Humanizada sob a égide da discussão da Política Nacional de Humanização, seus desafios e avanços.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 O cuidado prestado pela Unidade de Terapia Intensiva

O direcionamento de cuidados específicos ao paciente grave foi pioneiramente implantado por Florence Nightingale e sua equipe de enfermagem durante a Guerra da Criméia. Esses cuidados consistiam essencialmente na segregação dos doentes menos debilitados dos mais debilitados e instáveis, monitorando esses doentes, visando um melhor acolhimento e observância dos mesmos, iniciando assim o primeiro conceito de terapia intensiva (Nascimento *et al.* 2018).

As UTI's são setores intra-hospitalares que, na assistência a pacientes críticos, sujeitos a alto risco de morte, necessitam de profissionais especializados, materiais específicos e tecnologias essenciais ao diagnóstico, monitorização de funções vitais e terapêuticas adequadas ao quadro do paciente (Da Silva Gomes *et al.* 2019). Dentre esses profissionais se destaca o enfermeiro. Sua atuação é de grande relevância, pois o enfermeiro, juntamente à equipe de enfermagem, é o responsável pelo cuidado direto ao paciente crítico, sendo-lhe atribuídas funções privativas da profissão (administrativas, gerenciais, dimensionamento de colaboradores e insumos necessários para o funcionamento da unidade) (Cofen, 2017).

O paciente crítico por manifestar alterações significativas em suas funções orgânicas, dentro de uma unidade de terapia intensiva, utiliza de diversas tecnologias em computação ou colaboração para o funcionamento de suas funções vitais, seja por meio de tecnologias sofisticadas ou através de suporte de drogas. Os recursos mais utilizados no contexto de manutenção de vida são em sua grande maioria a utilização de ventilação mecânica invasiva ou não invasiva, monitorização multiparamétrica, uso de drogas vasoativas, sedação, outras drogas utilizadas para manutenção da homeostase (Melo *et al.* 2015).

Os estímulos presentes no ambiente físico e social das UTI podem gerar estresse tanto ao paciente como aos profissionais, tais como proximidade entre as camas, permitindo que os pacientes participem do que está acontecendo com o doente ao lado, constante expectativa de situações de emergência, equipamentos próximos aos leitos, luminosidade artificial e permanente, ausência de janelas que impossibilitam acompanhar a evolução do dia; e existência de alarmes sonoros e luminosos dos equipamentos (Brasil, 2006).

Conceitos importantes como ambiência, abrangem os ambientes físico, social, profissional e de relações interpessoais, e devem ser entendidos para relacioná-los a uma atenção acolhedora, resolutiva e humana dos sujeitos que nele convivem. Compõe o espaço arquitetonicamente organizado e animado que constitui um meio físico, estético ou psicológico, especialmente preparado para o exercício de atividades humanas (Brasil, 2006).

A privacidade e individualidade estão vinculadas à proteção da intimidade, e a garantia desses componentes e podem ser obtidas com uso de divisórias que

permitam integração e privacidade, facilitando o processo de trabalho, aumentando a interação da equipe e possibilitando o atendimento personalizado (Chavaglia *et al.* 2011).

De acordo com a RDC nº 7, de 24 de fevereiro de 2010, a UTI pode ser classificada como: UTI Neonatal – destinada à assistência a pacientes admitidos com idade entre 0 e 28 dias; UTI Pediátrica – assistência a pacientes com idade de 29 dias a 14 ou 18 anos, sendo este limite definido de acordo com as rotinas da instituição; UTI Adulto – destinada à assistência de pacientes com idade igual ou superior a 18 anos, podendo admitir pacientes de 15 a 17 anos, se definido nas normas da instituição; UTI Especializada – destinada à assistência a pacientes selecionados por tipo de doença ou intervenção, como cardiopatas, neurológicos, cirúrgicos, entre outras; Centro de Terapia Intensiva (CTI): agrupamento, numa mesma área física de mais de uma UTI (Brasil, 2010b).

A UTI requer em sua equipe multiprofissional pelo menos um médico para cada dez leitos, mais dois médicos sendo um rotineiro e um plantonista, pelo menos um enfermeiro plantonista para cada dez leitos, e mais dois sendo um coordenador e outro rotineiro, um fisioterapeuta plantonista, um fisioterapeuta responsável técnico, um fonoaudiólogo, um psicólogo, um técnico de enfermagem para cada dois leitos por turno, pelo menos um auxiliar administrativo exclusivo da unidade, e funcionários exclusivos para desempenharem o serviço de limpeza (De Souza Soares *et al.*, 2019).

No que se refere a disposições da Portaria GM/MS nº 1884, de 11 de novembro de 1994, publicada no Diário Oficial nº 237, de 15 de dezembro de 1994, a humanização abrange a climatização, iluminação natural; divisórias entre os leitos; relógio visíveis para todos os leitos; garantia de visitas diárias dos familiares, à beira do leito; garantia de informações da evolução diária dos pacientes aos familiares por meio de boletins (Brasil, 2010b).

A disposição dos leitos de UTI pode ser em área comum (tipo vigilância), quartos fechados ou mistos. A área comum proporciona observação contínua do paciente, é indicada a separação dos leitos por divisórias laváveis que proporcionam uma relativa privacidade dos pacientes. As unidades com leitos dispostos em quartos fechados devem ser dotadas de painéis de vidro para facilitar a observação dos pacientes. Nesta forma de unidade é necessária uma central de monitorização no posto de enfermagem, com transmissão de onda eletrocardiográfica e frequência cardíaca. Unidades com quartos fechados proporcionam maior privacidade aos pacientes, redução do nível de ruído e possibilidade de isolamento dos pacientes infectados e imunossuprimidos (Brasil, 1998).

2.2 Humanização no cuidado ao paciente em estado crítico

A preocupação com o cuidado e atenção aos pacientes hospitalizados, com o aprimoramento das relações existentes entre usuários e profissionais, entre os próprios profissionais, bem como entre estes e a comunidade, levou o Ministério da Saúde (MS) a criar, no ano de 2001, o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH). Este Programa pretende uma série de ações integradas que objetivam mudanças da assistência à saúde no ambiente hospitalar, tendo em vista a melhoria da qualidade e eficácia dos serviços ofertados. Ademais, o PNHAH ressalta que circunstâncias éticas, sociais e psíquicas estão presentes no relacionamento humano e são tão significativas quanto os recursos materiais

disponíveis (Camponogara *et al.*, 2011; Machado; Soares, 2016; Do Carmo Terra *et al.* 2017).

Nesse sentido, a Humanização supõe troca de saberes (incluindo os dos pacientes e familiares), diálogo entre os profissionais e modos de trabalhar em equipe. E aqui vale ressaltar que não estamos nos referindo a um conjunto de pessoas reunidas eventualmente para “resolver” um problema, mas à produção de uma grupalidade que sustente construções coletivas, que suponha mudança pelos encontros entre seus componentes (Brasil, 2004).

A 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 resgate dos aspectos biológicos, fisiológicos e subjetivos. É fundamental adotar uma prática na qual o cliente e o profissional considerem como parte da sua assistência humanizada o conjunto desses aspectos, possibilitando assumir uma posição ética de respeito mútuo (Morais; Garcia; Fonseca, 2004).

É necessário olhar o paciente, como sujeito e cidadão que carrega consigo, para dentro das instituições, seus desejos, temores, sofrimentos e expectativas. Ainda, muitos pacientes sentem-se vulneráveis, angustiados e com medo, uma vez que a internação em UTI não apenas vem impregnada de mitos e fantasias, mas também da possibilidade constante da ocorrência da morte. Desse modo, o cuidado holístico abarca um processo comunicativo eficaz entre enfermeiro/equipe de enfermagem-paciente, que se concretiza de diferentes formas (Barlem *et al.*, 2008).

De acordo com o enfoque assistencial voltado aos problemas no âmbito individual, nas UTIs, em função da sua especificidade, pressupõe-se que as unidades de cuidados devam ser adequadas às necessidades da clientela atendida. Assim, devem ser providas adequadamente, em sua estrutura física, de recursos humanos e de recursos materiais, constituindo-se em suporte para implantação de uma assistência efetiva ao paciente hospitalizado (Tranquitelli; Ciampone, 2007).

O ambiente da UTI exige múltiplos cuidados, de forma intensiva, sobre o paciente que luta pela sobrevivência. Isso não quer dizer que somente o cuidado técnico deva ser enfatizado. É necessário ter um olhar integral sobre o paciente, levando em consideração seus relacionamentos afetivos, sua história de vida, tratando-o com respeito e afetividade (Backes; Erdmann; Büscher, 2015).

A humanização precisa ser sentida e percebida pelos pacientes, familiares e equipe de saúde, sendo que cada processo de humanização é único e singular, dependendo de cada profissional, de cada equipe e de cada instituição (Casate; Corrêa, 2005). Então, não há possibilidade de transformar as relações entre pacientes e equipe de saúde em mais humanas, se os próprios profissionais não se derem conta da sua importância dentro deste processo (Costa; Figueiredo; Schaurich, 2009).

Resgatar a humanidade nas UTIs talvez seja voltar a refletir, sempre mais conscientemente, sobre o que é o ser humano. A UTI precisa e deve utilizar-se dos recursos tecnológicos cada vez mais avançados, mas os profissionais desta unidade jamais devem esquecer que a máquina não substituirá a essência humana (Caetano *et al.*, 2007).

Humanizar não é técnica ou artifício, mas, sim, um processo vivencial a permear toda atividade dos profissionais no intuito de realizar e oferecer o melhor tratamento ao ser humano, dentro das circunstâncias peculiares vividas em cada momento do hospital. Assim, calor humano, privacidade e individualidade, respeito ao pudor das pessoas, preservação do conforto e bem-estar físico e mental, proximidade entre pacientes e familiares, possibilidade de acesso às informações, de ser ouvido e

sentir-se participante do esquema terapêutico proposto são alguns dos elementos que se fundem para atenuar o ambiente inóspito das UTIs tradicionais (Caetano *et al.*, 2007).

Sabendo-se que a família é decisiva na reabilitação do enfermo, cabe aos profissionais de enfermagem aproximar os familiares como atuantes diretos ou indiretos no planejamento e na assistência ao cliente. O relacionamento humano estabelecido na UTI entre cliente-profissional-familiares pode influenciar na forma como o cliente percebe a doença, o ambiente, a aparelhagem e o tratamento a que é submetido durante sua internação na UTI (Felisbino citado por Beck, 1995).

2.3 A Comunicação e sua essencialidade na UTI humanizada

Para a Associação de Medicina Intensiva Brasileira (AMIB) (2004), comunicar refere-se a qualquer meio de transmitir informações, e qualquer mensagem produzida por esse meio, ou ainda a um objeto específico ao se utilizar esse meio. Quando se fala, portanto, em comunicação no processo de humanização, refere-se a uma profunda relação entre dois ou mais agentes que estejam dialogando. Quando se comunica com emoção transforma-se o ato de tratar no verdadeiro cuidar.

A UTI não é apenas um serviço com equipamento especial. Nela, um dos fatores primordiais é a prestação da assistência, por meio de um relacionamento interpessoal, que deve se dar por via da comunicação verbal ou não verbal. Nesse contexto, espera-se oferecer segurança e um efetivo apoio emocional ao paciente e à sua família, aliados a uma atitude orientada para o aproveitamento dos recursos tecnológicos existentes (De Oliveira Silva; De Souza, 2022).

Diante de uma internação de um parente em uma UTI, os visitantes geralmente adoecem junto ao paciente, provocando uma desestruturação, inicialmente marcado por um nível de ansiedade causado, principalmente pelo risco de perda, desconhecimento do que está acontecendo e pelas várias fases de espera: espera pelo horário de visita, por um diagnóstico, por uma solução, por informação e ainda por uma palavra de esperança (Souza *et al.*, 2006).

Em seu texto Silva (2000) refere-se que estudos com pacientes internados em UTI demonstram que o simples toque nas mãos, que é uma demonstração de afeto que ocorre entre os familiares e membros da equipe de saúde com o paciente pode alterar os ritmos cardíacos do mesmo, que diminui quando ocorre essa manifestação de carinho.

Acredita-se que o enfermo seja um segmento dos visitantes e que estes são de vital importância para a recuperação da pessoa hospitalizada na UTI (Souza *et al.*, 2006). A dinâmica de uma UTI pode ser um motivo que dificulte ou impeça uma comunicação mais efetiva da equipe de enfermagem com as visitas dos pacientes. O ambiente da unidade torna-se menos impessoal para os doentes e familiares quando o diálogo estiver aberto para ambos, quando houver uma interação entre doentes e familiares, entre eles e o ser cuidador de enfermagem, e entre os cuidadores de enfermagem da UTI (Casanova; Lopes, 2009).

Desse modo, os profissionais de enfermagem devem utilizar a comunicação como instrumento para humanizar o cuidado, dialogando com o paciente visando esclarecer dúvidas quanto ao seu tratamento, exames diagnósticos ou procedimentos clínicos, minimizando sua ansiedade causada pela sua condição de passividade imposta pela doença e hospitalização (Morais *et al.*, 2009).

Assim, calor humano, privacidade e individualidade, respeito ao pudor das pessoas, preservação do conforto e bem-estar físico e mental, proximidade entre pacientes e familiares, possibilidade de acesso às informações, de ser ouvido e sentir-se participante do esquema terapêutico proposto são alguns dos elementos que se fundem para atenuar o ambiente inóspito das UTIs tradicionais (Morais *et al.*, 2009).

Normalmente, alguns profissionais de saúde se deparam com dificuldades para constituir uma boa e eficaz comunicação, dado que em certos momentos da vida se sentem despreparados para lidar com os sentimentos dos pacientes e de seus familiares durante o processo de internação hospitalar, ainda que tenham a consciência de sua importância como recurso terapêutico (Rodrigues; Ferreira; Menezes, 2010).

Ramos *et al.* (2012), em seu estudo sobre comunicação em saúde e interculturalidade, evidenciaram que a instituição de uma boa comunicação entre o profissional de saúde e seu cliente promove força ao familiar/paciente para lidar com a doença, com a hospitalização, reduz estados depressivos, conserva a dignidade e o respeito, assim como gera a satisfação e o sentimento de segurança entre os envolvidos.

3 METODOLOGIA

Trata-se de um relato de experiência desenvolvido a partir de visitas técnicas ao ambiente hospitalar onde se fora possível dimensionar através de visitas semanais ao setor da UTI humanizada, além da documentação exposta pela gestão do serviço de enfermagem, que colaborou com a descrição do processo de trabalho e do ambiente destinado a ser considerada como uma UTI humanizada, refletida num contexto teórico-prático.

Compreendendo que o presente estudo não envolve seres humanos, o trabalho foi desenvolvido com base no procedimento de pedido de autorização apenas a instituição, para fins de visita técnica e acesso aos protocolos e documentos relacionados ao funcionamento do setor hospitalar que seria a UTI adulta que é considerada uma UTI humanizada.

Nesse contexto, foram descritas as atividades realizadas pelo setor, além da observação do ambiente destinado aos pacientes e famílias e foi feita uma discussão teórica sob a égide da Política Nacional de Humanização e das recomendações ministeriais da saúde no Brasil que dispõe sobre a regularização desse atendimento especializado.

O relato de experiência foi desenvolvido na Unidade de Terapia Intensiva Adulto de um hospital privado no município de Campina Grande/PB, Brasil, que apresenta uma proposta já ativa de uma UTI humanizada. Todo o relato de experiência foi realizado sob anuência institucional, por meio de um ofício disponibilizado pela UEPB, com base na elucidação do projeto.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Diante do compilado de todos os documentos apresentados, foi possível elencar três pontos importantes para relato e discussão:

4.1 Humanização da ambiência da UTI

Ressalta-se que essa UTI foi inaugurada em junho, do ano de 2019, como uma UTI humanizada, já que o presente hospital apresenta uma proposta ativa de envolvimento dos familiares com os pacientes internados na UTI, e dessa forma é considerado o primeiro hospital da cidade de Campina Grande, que apresenta a internação do paciente, em unidade de um quarto separado, com a presença de seus familiares. A UTI é destinada à assistência de pacientes com idade igual ou superior a 18 anos, recebendo pacientes clínicos e/ou cirúrgicos e de todas as especialidades.

De acordo com a RDC nº 7, de 24 de fevereiro de 2010, a Unidade de Terapia Intensiva Adulto, é destinada à assistência de pacientes com idade igual ou superior a 18 anos, podendo admitir pacientes de 15 a 17 anos, se definido nas normas da instituição. Com relação à Infraestrutura física - Art. 10, aborda que devem ser seguidos os requisitos estabelecidos na RDC/Anvisa n. 50, de 21 de fevereiro de 2002, em que a infraestrutura deve contribuir para a manutenção da privacidade do paciente, sem, contudo, interferir na sua monitorização. O Art. 11. diz que as Unidades de Terapia Intensiva Adulto, pediátricas e Neonatais devem ocupar salas distintas e exclusivas (Brasil, 2010b).

Sua estrutura física dispõe de 20 leitos individuais, divididos em duas UTIs em operação, dispostas no mesmo espaço físico em dois corredores: UTI 1 e UTI 2 Anexo B - (Espaço físico). O lado 1 (UTI 1) é destinado para pacientes considerados infectados, contendo dois isolamentos (evitando assim, a propagação de microorganismos dos pacientes infectados para outros pacientes, visitantes ou mesmo para os profissionais de saúde), e o lado 2 (UTI 2), para os pacientes considerados limpos, do ponto de vista de patologias não transmissíveis. Para cada UTI, há uma equipe planejada e a identificação do nível de gravidade e a condução clínica adequada do paciente crítico determinará o encaminhamento da internação.

Ao ser comunicado e autorizado a admissão, a equipe ciente das condições do quadro clínico e de sua proveniência setorial, já organiza a preparação do leito provendo de todos os materiais necessários para o atendimento. Os leitos de UTI modernos e acolhedores são em formato de apartamento com parede de vidro permitindo total visualização contínua para dentro do salão, facilitando a observação do paciente por parte da equipe assistencial e proporcionando maior privacidade, redução de ruídos e melhor acomodação.

Ambiência na saúde compreende o espaço físico, social, profissional e de relações interpessoais que deve estar em sintonia com um projeto voltado para a atenção acolhedora, resolutiva e humana. A PNH tem como uma de suas diretrizes a valorização da ambiência, com organização de espaços saudáveis e acolhedores de trabalho (Brasil, 2010a; Brasil, 2006). De acordo com Corbella (2003) e Martins (2004), uma pessoa está confortável em um ambiente quando se sente em neutralidade em relação a ele.

A estativa da enfermagem fica estrategicamente posicionada entre um leito e outro com janelas de vidro, permitindo visualização direta ao paciente. Assim, há uma central de monitorização na bancada médica disposta no meio do salão, com transmissão de onda eletrocardiográfica e frequência cardíaca, permitindo visualização dos parâmetros de cada paciente pela equipe.

O posto de enfermagem encontra-se centralizado, de tamanho ideal para acomodar as funções da equipe de serviço. Nenhum acompanhante ou paciente pode ter acesso ao salão interno, existe uma porta que dá acesso a um corredor externo por onde os familiares e visitantes podem entrar e sair. Tanto a UTI 1 quanto a UTI 2,

possuem essa mesma instalação que dispõe de poltronas na frente de cada leito, sala de estar com TV, placas de sinalização desde o elevador até a chegada na UTI, a porta do leito tem um visor de vidro com basculante e cortinas que pode ser aberto ou fechado pela equipe e/ou familiar, permitindo a visão externa.

É comum que pacientes conscientes relatem queixas de privação de sono, devido à luminosidade, o que vem a amenizar é o uso de biombos que vem a sombrear a iluminação interna da UTI, e as luzes individuais para cada quarto do paciente, somam também como item importante para o bem-estar dos usuários. É notório que a presença da luminosidade natural os norteiam quanto à orientação de turnos, uma vez que a longa permanência na internação hospitalar vem a gerar confusões mentais.

O ambiente físico pode ser responsável pelo desenvolvimento de distúrbios psicológicos, pela desorientação no tempo e no espaço, privação de sono devido aos ruídos constantes. Todos os aspectos que puderem ser melhorados nesse sentido devem ser valorizados (Cavalcante, 2016).

Contém, ainda, dois banheiros para visitantes e acompanhantes. Existe uma equipe de higienização própria para o setor UTI, que realiza frequentemente a limpeza e é solicitada via rádio sempre que necessário, a fim de garantir um ambiente mais agradável e limpo. Os leitos dos pacientes são individuais e numerados, as medidas de precauções padrões são expostas na porta, medidas estas, que devem ser lembradas e implementadas para garantir uma assistência segura.

Quanto mais acolhedora a UTI para pacientes e familiares, mais aberto será o ambiente para uma cultura de suporte e cuidado favorável à recuperação. Um bom exemplo de como a estrutura física mudou em relação a ênfase de atender as necessidades dos pacientes e a família como unidade é a criação de um ambiente com um design mais acolhedor que encoraja a presença de membros das famílias, que deixam de ser apenas visitantes para serem peças importantes no bem-estar dos pacientes (Vila; Rossi, 2002; Machado; Soares, 2016).

Conforme está descrito em anexo A - (Leito privativo), o leito é composto por uma cama hospitalar moderna com botões de controle nas grandes laterais e perneira, possibilitando posições adequadas para procedimentos e melhor acomodação ao leito, contém monitor multiparamétrico, equipamentos para ressuscitação manual, estetoscópio, régua de gases, ventilador mecânico, carro de medicação, bombas de infusão e todos os materiais necessários para o atendimento em UTI. Dispõe de poltrona, televisão, ar condicionado, sofá-cama para o acompanhante e banheiro para uso exclusivo do paciente de acordo com a liberação médica, uma vez que não é permitido ida do paciente ao banheiro, a fim de evitar intercorrências. Utensílios como lixeira comum e contaminada, torneira com sensor, dispenser de sabonete líquido e álcool acoplado à parede, papel toalha, estão inclusos no leito de forma individual.

Segundo o Ministério da Saúde que implementa a Política Nacional de Humanização (PNH) HumanizaSUS, o conceito de Ambiência segue primordialmente três eixos: o espaço visando à confortabilidade focada na privacidade e individualidade dos sujeitos envolvidos, valorizando elementos do ambiente que interagem com as pessoas – cor, cheiro, som, iluminação, morfologia, e garantindo conforto aos trabalhadores e usuários, o espaço possibilitando a produção de subjetividades – encontro de sujeitos por meio da ação e reflexão sobre os processos de trabalho e o espaço usado como ferramenta facilitadora do processo de trabalho, favorecendo a otimização de recursos, o atendimento humanizado, acolhedor e resolutivo (Brasil, 2008).

É importante, também, que tanto o visitante quanto o acompanhante tenha acesso fácil a sanitários adequadamente higienizados e bebedouros. Pode-se pensar

também em salas onde o paciente, em condições, possa receber visita fora do leito. Alguns instrumentos facilitam a prática da humanização, por meio de visita aberta, fazendo necessária a incorporação nos projetos, de espaços que sejam capazes de acolher os visitantes, o direito a acompanhante, não bastando garantir o direito a acompanhante, é preciso que existam espaços capazes de acolhê-los, nos diversos ambientes das unidades, informação, sinalização e acessibilidade, os serviços de saúde devem contemplar projetos de sinalização e placas de informação de toda ordem, e também facilitação física para acesso e o acolhimento, pressupondo a criação de espaços de encontros entre os sujeitos, os espaços de escuta e de recepção que proporcionem a interação entre usuários e trabalhadores, entre trabalhadores e trabalhadoras – equipes – e entre os próprios usuários, que sejam acolhedores também no sentido de conforto (Brasil, 2008).

As medicações que serão infundidas no paciente são armazenadas e preparadas para administração dentro do seu próprio leito, a farmácia disponibiliza o kit, este é de uso único e exclusivo de cada paciente. Materiais para assistência como: gaze, seringas, agulhas, soros e equipos de infusão, já constam em quantidade suficiente no próprio leito, que devem sempre ser repostos e revisados pela equipe da enfermagem. O que pode-se observar em outras unidades hospitalares, é que a equipe prepara as medicações de todos os pacientes em espaço comum (posto de enfermagem) e no horário a ser administrada, dirige-se ao paciente.

Há ainda, em cada leito, Anexo C - (Quadro de segurança do paciente), a presença de um quadro de Planejamento do Cuidado, elaborado pelo Núcleo de segurança do paciente, que deve ser preenchido pela enfermeira e atualizado a cada turno de plantão, contendo informações como: nome do paciente, tipo de diagnóstico, se há presença de alergia, alerta para riscos assistenciais, nome dos integrantes da equipe, nome de infusão de antimicrobianos em uso, quais os planos de atividades que deverão ser implementados para o dia, quais dispositivos o paciente está em uso. Esta estratégia colabora para que a família e o paciente estejam cientes de quem estará na assistência naquele turno e que possam ter o conhecimento sobre os cuidados que deverão ser realizados.

Com o objetivo de proteger o paciente de lesões por pressão, conta também no leito, com um quadro do programa de prevenção de LP (Lesões por pressão), Anexo D- (Prevenção de LP) seguido de orientações que devem ser implementadas constantemente pela equipe assistencial. A depender da gravidade clínica, não há possibilidade de realizar mudanças de decúbito, pois há grandes possibilidades do paciente vir a apresentar dessaturação, alterações hemodinâmicas, porém, outras ações já conhecidas podem ser postas em práticas para evitar as LPPs.

A ambiência discutida isoladamente não muda processo de trabalho, uma vez que este também se relaciona com a postura e o entendimento desses processos e práticas já instituídos e adotados na rotina pelos trabalhadores e gestores do setor Saúde, mas pode ser usada como uma das ferramentas facilitadoras que propiciam esse processo de mudança (Brasil, 2008).

A busca em concretizar essa política de humanização impõe mudanças nos modelos de gestão e de atenção em saúde operados pelos gestores, trabalhadores e usuários. Desde a década de 70, artigos mencionam as situações "desumanizantes" que dizem respeito a falhas na estrutura física das instituições de saúde, apontando para a necessidade de investimento nesse sentido (Chavaglia *et al.*, 2012).

4.2 A Equipe assistencial da UTI

É a equipe de enfermagem que permanece o tempo todo ao lado do paciente, buscando entender suas necessidades e em meio aos desafios, devem cumprir com todas as exigências da rotina de trabalho dentro das unidades de terapia intensiva. É preciso um gerenciamento que proporcione um dimensionamento quantitativo e qualitativo com a demanda do setor e de acordo com a legislação, caso contrário, gera sobrecarga na equipe e um déficit na assistência.

A presença de profissionais que possuam conhecimentos técnico-científicos especializados faz-se necessário, visto que reflete diretamente na qualidade da assistência e condições de trabalho. Por se tratar de um setor de custo elevado, o dimensionamento do pessoal nas UTIs é considerado um ponto relevante, especialmente para a equipe de enfermagem, pois esta representa o maior contingente de prestadores de serviços de um hospital (Yanaba; Giúdice; Casarin, 2013).

Foi observado que as escalas mensais realizadas pela enfermeira coordenadora, são elaboradas a fim de garantir que a assistência seja prestada com número suficiente de profissionais, evitando desfalques, incluindo também escala de atividades e de serviço por dias de plantões, assim como, horários de repouso e refeições. O que se pode observar é que quando existe atestados, colaboradores de folgas e não há um dimensionamento adequado, gera sobrecarga na equipe e existe a sensação de que a atenção não foi prestada como deveria, sendo sentida pelo próprio profissional e pelo paciente/ familiar. A rotina de plantão da equipe de enfermagem consiste em 12/36h, ou seja, 12h de trabalho e as 36h de descanso até o início da próxima escala. A equipe de UTI dispõe de uma equipe multidisciplinar, sendo: um médico coordenador, dois plantonistas, dois diaristas, uma enfermeira coordenadora, duas enfermeiras assistenciais (uma para cada dez leitos), dez técnicas de enfermagem (uma para cada dois pacientes), duas secretarias de posto (jovem aprendiz, uma para cada turno diurno), quatro fisioterapeutas, além da equipe de higienização, médicos especialistas, raio x, laboratório.

Para cumprir o exercício profissional por meio de plantões, não é tarefa fácil, é necessário se abdicar de finais de semanas, feriados, datas comemorativas e reorganizar estratégias de horários. Além disso, existe o desgaste físico e emocional, sobrecarga, estresse, baixa remuneração, e a susceptibilidade à Síndrome de *Burnout*. É imprescindível que no trabalho em equipe exista a união, o amor naquilo que faz, empatia e deixar os problemas externos de lado, é visível que quando a equipe se ajuda, quando há pessoas proativas, o fardo se torna mais leve. O automatismo e excesso de rotinas, muitas vezes dificultam a prática de fatores humanizantes. O procedimento técnico é importante, mas a presença do profissional é insubstituível.

Dentre tantos protocolos instituídos no ambiente UTI, podemos enfatizar os registros de enfermagem, que por meio de uma comunicação eficaz entre a equipe, são fundamentais para o processo de cuidar. Cada membro da equipe faz a evolução manualmente no livro de ocorrências e por meio do sistema virtual chamado de MV, que é um sistema de gestão hospitalar com ferramentas que gerenciam informações clínicas e assistenciais em uma única plataforma, é possível o profissional registrar todas as informações referentes ao paciente. Nele, é realizado o preenchimento do balanço hídrico, registro de sinais vitais, checagem de medicação na prescrição online, evolução do paciente e solicitações de medicações na farmácia.

O sistema ainda permite acesso a todos os registros médicos e da equipe multiprofissional, assim como todos os exames laboratoriais solicitados. Ao final de cada plantão, o enfermeiro realiza o fechamento do balanço hídrico, e realiza os impressos dos documentos, que deverá ficar exposto à beira leito para que a próxima equipe tenha acesso e avaliem o quadro clínico do paciente durante as últimas 12h. Inicialmente, a equipe com esta nova atribuição teve que se adaptar, foi fornecido treinamento online e presencial para auxílio em seu uso. Foi possível observar que com este novo método aderido ao serviço, os profissionais se sentem mais sobrecarregados, pois constantemente estão adicionando informações no sistema, porém, ele mostra-se de grande valia para o armazenamento de informações.

A passagem de plantão Anexo G – (Passagem de plantão), adotada no serviço possibilita o fornecimento de informações necessárias para continuação do cuidado de forma segura, qualificada e integrada. São identificados os dados do paciente, como: nome, data de nascimento, nome da mãe, idade, médico assistente, convênio, data de admissão, situação (condição clínica atual, diagnóstico), breve histórico de comorbidades alergias, exames, procedimentos realizados, sepse, datas de culturas), avaliação (problemas identificados, nível de consciência, padrão respiratório, eliminações, pele, intercorrências), recomendações (intervenções, solicitações e sugestões, exames pendentes), dieta e antibioticoterapia, dispositivos e datas.

É obrigatória a passagem de plantão presencial e verbal à frente de cada leito. Em cada estativa de enfermagem, há descrito os compromissos do plantão Anexo E (Compromissos do plantão), dentre eles, o compromisso de cuidar da vida e do amor de alguém, frases que fazem o profissional lembrar o quanto o enfermeiro é responsável pelo bem - estar do paciente. Além de conhecimentos em tecnologias, técnicas e protocolos, o saber que o profissional está ali cuidando de uma vida, que o cuidado prestado por ele influenciará na manutenção e recuperação do amor de alguém o deve tornar-se um ser humano que deve sempre refletir sobre sua importância dentro do contexto de sua função dentro do ambiente UTI.

Em Unidade de Terapia Intensiva (UTI) a comunicação adquire importância ainda maior, uma vez que as informações são a base para o processo decisório em intervenções que podem fazer a diferença entre a vida e a morte. Existem várias formas de passagem de plantão, sendo que cada instituição e unidade possui uma rotina de acordo com suas necessidades e objetivos. Na maioria dos hospitais, a passagem de plantão em UTI é diferenciada dos outros setores, pois é realizada próximo ao leito do cliente, transmitindo as informações da melhor maneira possível, de forma clara, objetiva, concisa, garantindo o entendimento e um bom fluxo de informações (Biscegli *et al.* 2017).

De acordo com a RDC nº 7, de 24 de fevereiro de 2010, deve ser designada uma equipe multiprofissional, legalmente habilitada, a qual deve ser dimensionada, quantitativa e qualitativamente, de acordo com o perfil assistencial, a demanda da unidade e legislação vigente, contendo, para atuação exclusiva na unidade, no mínimo, os seguintes profissionais: Médico diarista/rotineiro: 01 (um) para cada 10 (dez) leitos ou fração, nos turnos matutino e vespertino, com título de especialista em Medicina Intensiva para atuação em UTI Adulto; habilitação em Medicina Intensiva Pediátrica para atuação em UTI Pediátrica; título de especialista em Pediatria com área de atuação em Neonatologia para atuação em UTI Neonatal, médicos plantonistas: no mínimo 01 (um) para cada 10 (dez) leitos ou fração, em cada turno, enfermeiros assistenciais: no mínimo 01 (um) para cada 08 (oito) leitos ou fração, em cada turno; fisioterapeutas: no mínimo 01 (um) para cada 10 (dez) leitos ou fração, nos turnos matutino, vespertino e noturno, perfazendo um total de 18 horas diárias de

atuação; técnicos de enfermagem: no mínimo 01 (um) para cada 02 (dois) leitos em cada turno, além de 1 (um) técnico de enfermagem por UTI para serviços de apoio assistencial em cada turno; auxiliares administrativos: no mínimo 01 (um) exclusivo da unidade; funcionários exclusivos para serviço de limpeza da unidade, em cada turno (Brasil, 2010b).

O PNHAH define que, humanizar é resgatar a importância dos aspectos subjetivos e sociais, indissociáveis dos aspectos físicos na intervenção em saúde, respeitando o outro como ser humano autônomo e digno; é assumir uma postura ética que respeite a singularidade das necessidades do usuário e do profissional, que acolha o desconhecido e o imprevisível, que aceite os limites de cada situação. Para que a implementação da humanização, no cenário hospitalar, aconteça de fato, as publicações apontam ser necessário entender que, esse processo, precisa estar voltado não só ao paciente internado e aos seus familiares, mas também à própria equipe de saúde, no sentido de valorizá-la e empoderá-la para o desenvolvimento de um cuidado mais humano, ético e solidário (Camponogara *et al.* 2011)

4.3 Ações de Cuidado Humanizado com Pacientes, familiares e equipe

4.3.1 Pacientes

Uma UTI humanizada deve se preocupar também, antes de tudo, com o bem estar psicológico dos pacientes. A unidade hospitalar em estudo acredita que cada pessoa é mais que um paciente, por isso, nas unidades de tratamento intensivo o familiar pode ficar com o paciente durante todo o período de internação. Sentimentos de solidão e medo são amenizados quando se tem uma equipe que saiba atender bem as necessidades e principalmente com o familiar por perto. O cuidar do próximo, não é dever exclusivo somente do profissional, é dever do ser humano para outro ser humano como pessoa.

Além disso, outros estudos (Mota, Martins, Vêras, 2006; Martins, 2001) sinalizam benefícios trazidos pela política de humanização aos hospitais, como: a redução do tempo de internação, a diminuição das faltas ao trabalho, o aumento da sensação de bem-estar entre pacientes, familiares e funcionários e, com isso, conseqüentemente, a redução dos gastos em saúde (Costa; Figueiredo; Schaurich, 2009).

Cada paciente tem sua história, diagnóstico, personalidade e particularidades e diante de suas necessidades, a humanização deve ser de forma individual em que algumas mudanças de atitudes e comportamento frente ao paciente devem ser repensadas. É necessário primordialmente, ter empatia. Saber se colocar no lugar do outro, refletir sobre as práticas prestadas e pensar: "E se fosse eu que estivesse no lugar do paciente? E se fosse algum familiar meu nesta situação, como eu gostaria de ser tratado? Quando somos bem acolhidos, bem tratados e as necessidades são atendidas, nunca esquecemos do local e das pessoas que prestaram tal assistência, até mesmo indicamos o serviço para o próximo.

Os pacientes que necessitam de uma internação dessa complexidade, além do aparato tecnológico e mecanicista, necessitam que o profissional que o está atendendo promova assistência que o considere como um ser humano com necessidade espiritual e biopsicossocial. Na unidade em estudo, em algumas situações, os pacientes, principalmente de longa permanência, são dirigidos até o salão de recepção da UTI, onde é possível visualizar as ruas e luminosidade natural.

Entre as significações de humanização, por parte da equipe entrevistada por Camponogara et al. (2011), há destaque para algumas questões, como o resgate da dignidade humana; a ideia de cuidar, servir e tratar os pacientes de forma afetuosa, com atenção, cortesia, delicadeza e prontidão; solicitações e comunicações efetivas; a relação com sentimentos de respeito e dignidade pelo paciente e seus familiares. Os profissionais da equipe de enfermagem dessa pesquisa também relacionaram a humanização em saúde com uma política que propicia o resgate de características humanas durante o ato de cuidar, como a empatia.

Como já foi citado anteriormente, quartos individuais favorecem a privacidade do paciente, o deixando mais a vontade, a ideia é de que eles se sintam em sua própria casa. O ambiente UTI traz a ideia de hostilidade, morte e gravidade e a ambiência adequada ameniza este estereótipo. Nas UTIS tradicionais, embora tenham a presença de cortinas separando os leitos, o paciente visualiza os procedimentos realizados e até mesmo as intercorrências e óbitos presentes no mesmo espaço, o que vem a gerar pânico e desconforto emocional.

Ao falarmos em humanização, podemos considerar que várias são as estratégias de cuidados integrais que foi possível observar e que devem ser enfatizadas. Antes de tudo, a comunicação e linguagem acessível é a chave para um bom relacionamento, se apresentar, dizer o nome de quem estará no cuidado, ser atencioso, saber ouvir e escutar, proporcionar confiança, segurança e apoio; fornecer esclarecimentos das dúvidas, avisar sempre o procedimento que será realizado, nome da medicação, sua utilidade, reações possíveis, manter o paciente informado sobre seu quadro clínico, bem como resultados de exames, não infantilizar o idoso, respeitar, compreender as necessidades, tocar a mão.

Silva (1996) cita que, pesquisas em UTI indicam que o toque de familiares, enfermeiros e médicos altera o ritmo cardíaco do cliente, chegando a diminuí-lo quando os enfermeiros seguram em suas mãos. E que há também dados mostrando que pacientes gravemente enfermos apresentam expressões faciais positivas quando tocados de forma afetiva e não só para a realização de procedimentos.

A manutenção da higienização corporal, cuidados com curativos e lesões, avaliação da pele e da dor, administração das medicações seguindo os 13 acertos, são atitudes que trazem o bem estar do paciente durante seu período de internação e contribuem para a sua recuperação. Sabemos que a UTI é um setor que requer cuidados complexos e intensivos, a maior parte dos pacientes se encontram em ventilação mecânica e sedados e embora estejam nesta situação, é necessário que esta comunicação exista e que ocorra em diferentes momentos e de formas distintas, através do verbal e do não-verbal, o que não é prática vista em todos os envolvidos no cuidado.

O conhecimento e prática dos protocolos, aplicabilidade da Sistematização da enfermagem, capacitações profissionais e o conhecimento sobre o que vem a ser a humanização por parte da equipe envolvida no cuidado, somam como requisitos que contribuem para uma assistência segura e qualificada. Todos os protocolos são de fácil acesso na mesa da enfermagem, para que a equipe possa em qualquer momento revisá-los.

O uso contínuo de sedativos, analgésicos e opióides contribuem para o aparecimento de delirium, agitação psicomotora e desorientação nos pacientes, facilitando o risco de perdas acidentais de cateteres, sondagens e dispositivos. Se utilizavam da contenção mecânica por meio de ataduras presas à cama, como forma de evitar uma reação agressiva e danosa, porém esta prática foi proibida. Em

situações assim, são realizadas as “luvas de boxe”, que também impossibilita eventos acidentais.

São realizadas diariamente as visitas multidisciplinares beira leito, no turno da tarde, entre 15 e 16 horas, composta por enfermeiras, nutricionista, farmacêutica, médicos, infectologista e fisioterapeuta. Uma equipe multidisciplinar integrada faz com que a atenção ao paciente seja de forma compartilhada e humanizada, permitindo a comunicação não só entre a própria equipe, mas com o paciente e seu acompanhante. As visitas multidisciplinares atuam como um instrumento de humanização e acolhimento aos familiares de pacientes internados na UTI. A visita do plantonista é sempre no início do plantão, às 7h e 19h, neste momento o médico avalia o paciente e mantém a comunicação com o familiar. A comunicação entre o cuidador e o ser cuidado possibilita a implementação de práticas assistenciais, pois permite que a equipe conheça as necessidades do paciente.

A visita humanizada interdisciplinar busca promover melhor compreensão deste contexto e esclarecer as dúvidas e inseguranças geradas por esse ambiente garantindo assim, uma assistência de melhor qualidade ao garantir a execução do PNHS (Da Silva Carrias *et al.* 2017).

Tal minuta, dentre outras medidas, instituiu critérios para a humanização das UTIS, dentre os quais se destacam: controle de ruído e de iluminação; climatização; iluminação natural; relógios visíveis para todos os leitos; acompanhamento sistemático da equipe de psicologia; divisórias entre os leitos; garantia de visitas diárias programadas dos familiares (mínimo de três); garantia de informações da evolução dos pacientes aos familiares; e mínimo de três boletins médicos diários (Ministério da Saúde, 2005).

O PNHAH define que, humanizar é resgatar a importância dos aspectos subjetivos e sociais, indissociáveis dos aspectos físicos na intervenção em saúde, respeitando o outro como ser humano autônomo e digno; é assumir uma postura ética que respeite a singularidade das necessidades do usuário e do profissional, que acolha o desconhecido e o imprevisível, que aceite os limites de cada situação. Para que a implementação da humanização, no cenário hospitalar, aconteça de fato, as publicações apontam ser necessário entender que, esse processo, precisa estar voltado não só ao paciente internado e aos seus familiares, mas também à própria equipe de saúde, no sentido de valorizá-la e empoderá-la para o desenvolvimento de um cuidado mais humano, ético e solidário (Camponogara *et al.* 2011).

4.3.2 Familiares

Os acompanhantes recebem informações e orientações a qualquer momento que precisarem, têm acessibilidade a exames, prescrições e acompanham todo o tratamento e condutas do paciente, auxiliando também na prevenção de eventos adversos, na medida que contribuem com informações para a equipe e auxiliam quando possível, nos cuidados sob orientação. Além disso, os leitos da UTI humanizada são mais amplos que os convencionais, separados por paredes e portas que garantem maior privacidade para o paciente quando comparado às cortinas presentes em leitos de UTI convencional. Cada leito possui acomodação para acompanhante.

De acordo com a RDC nº 7, de 24 de fevereiro de 2010, o Art. 44 diz que a equipe da UTI deve orientar visitantes e acompanhantes quanto às ações que visam

a prevenção e o controle de infecções, baseadas nas recomendações da CCIH (Brasil, 2010b).

O elo fundamental do processo é uma comunicação efetiva e adequada que começa com a apresentação, é necessário oferecer informações com palavras compreensíveis. A cada turno, a equipe deve se apresentar, informar o nome, dizer que estará prestando a assistência até determinado horário, tipo de procedimento e/ou medicação a ser realizada, sempre prestando segurança e confiabilidade nas informações.

É preciso ter empatia, se colocar no lugar do outro, para a família, a internação é um momento de crise, em que sentimentos de medo, culpa, pena, esperança e impotência se fazem presentes. Durante a admissão é realizado o acolhimento, fornecimento de orientações acerca de rotinas, equipamentos, prevenção e controle de infecções, afinal, a presença de pessoas não treinadas em ambientes críticos, não é tarefa simples.

O ambiente de UTI gera situações de estresse, foi observado que as maiores necessidades da família estão relacionadas à informações compreensíveis e adequadas, conhecimento, autonomia, comunicação, vínculo, afetividade, suporte, respeito às individualidades e que quando não atendida, gera insatisfação para os envolvidos no cuidado. Durante a internação, são levantadas discussões sobre cuidados paliativos, possibilidades terapêuticas e decisões sobre a realização de procedimentos invasivos, fato este que provoca dor e sofrimento, com o intuito de amenizar e proporcionar apoio, a clínica oferece serviço de psicologia que presta assistência individualizada aos pacientes e familiares.

A inserção da família como parte integrante da humanização, se faz crucial para o tratamento do paciente. Foi comprovado que a presença do familiar proporciona uma recuperação mais rápida, reduz o tempo de internação, ameniza possíveis complicações provenientes de longa permanência, diminui ansiedade pela família, uma vez que ela faz parte integrante do cuidado, reduz o delirium, com uma pessoa conversando e trocando afeto, ficam menos suscetíveis, e dá mais conforto ao paciente. A família contribui no atendimento de todos os envolvidos da equipe, e ao conversar, é visível a satisfação em poder estarem ali.

O envolvimento da família com o paciente é pré-requisito para a humanização. A presença junto ao cliente hospitalizado contribui para o sucesso do tratamento, pois o desligamento da família pode trazer distúrbios psicológicos que irão influenciar no desenvolvimento mental, social e físico do cliente, refletindo na sua recuperação (Beccaria *et al.* 2008).

O familiar se torna também um espectador do cuidado. A UTI é um setor complexo que requer muitas demandas aos profissionais envolvidos, para a equipe, a presença do familiar, é algo novo e desafiador, pois além de cumprir a tempo com todas as obrigações que o setor exige, é necessário manter um relacionamento afetivo e de diálogo, para que haja uma convivência harmoniosa.

Espera-se que a equipe tenha comportamentos, como ouvir com calma, ter atenção, bom humor, envolvimento, saber compartilhar, proporcionar um ambiente leve, ter paciência, saber ouvir, compreender e credibilizar, acolher e fornecer informações por meio de comunicação verbal e não verbal.

As visitas de familiares e amigos são permitidas até às 22 horas, podendo permanecer um acompanhante ou visitante por vez dentro do quarto. Não é permitida a entrada de crianças, enxoval, alimentos e adornos, é permitido somente objetos de higiene pessoal. É obrigatório higienizar as mãos (lavagem com fricção antisséptica) ao entrar e ao sair da UTI, e estarem em boas condições de saúde. Não são fornecidas

informações por telefone, apenas pessoalmente, se houver piora do quadro clínico do paciente, os familiares são informados, e em algumas situações, serão chamados a comparecer ao hospital, e em alguns casos, a depender da gravidade clínica, há exceções, sendo permitidas visitas após o horário.

É possível perceber que os familiares demonstram-se mais satisfeitos e seguros com a possibilidade do acompanhamento, se sentem integrados no cuidado e na tomada de decisões. É entregue um informativo e uma pesquisa de satisfação Anexo F - (Pesquisa de satisfação), que deve ser preenchida pelo familiar, que por meio deste instrumento, é possível levantar indicadores para a discussão de dados e possíveis melhorias.

Para um atendimento humanizado é imprescindível manter a família presente no cuidado intra-hospitalar. O familiar deve ser visto como um aliado da equipe, podendo ser um recurso pelo qual o paciente pode reafirmar e recuperar sua confiança no tratamento, investindo nas suas possibilidades de recuperação. A família deve assumir responsabilidades pela saúde do paciente, por isso cabe ao enfermeiro ouvir suas necessidades e sua opinião deve contribuir com o plano de cuidados (Beccaria *et al.* 2008).

4.3.3 Equipe

Ao falar em humanização, precisamos entender que ela deve abranger a equipe envolvida no cuidado, não basta somente o ambiente cuidador ter a infraestrutura adequada, tratar bem o paciente e dá atenção ao familiar, pois quem cuida, merece ser cuidado, e para que a humanização esteja de fato efetivada, é preciso compreender quais instrumentos são direcionados ao profissional.

Ao direcionar estratégias e métodos de articulação de ações, saberes, práticas e sujeitos, pode-se efetivamente potencializar a garantia de atenção integral, resolutiva e humanizada (Brasil, 2007).

Ao analisar quais estratégias são utilizadas para a equipe, podemos destacar a presença de capacitações profissionais, treinamentos, educação continuada e simpósios. São organizados para todo o público da clínica, principalmente a equipe assistencial da enfermagem. Acontecem de forma online e forma presencial, na versão online, é disponibilizado posteriormente o link para aqueles que não tiveram oportunidade de assistir, são repassadas lista de presença, realizados questionários avaliativos de aprendizagem e momento tira dúvidas.

No Art. 17 diz que a equipe da UTI deve participar de um programa de educação continuada, contemplando, no mínimo: normas e rotinas técnicas desenvolvidas na unidade; incorporação de novas tecnologias; gerenciamento dos riscos inerentes às atividades desenvolvidas na unidade e segurança de pacientes e profissionais; prevenção e controle de infecções relacionadas à assistência à saúde; as atividades de educação continuada devem estar registradas, com data, carga horária e lista de participantes; ao serem admitidos à UTI, os profissionais devem receber capacitação para atuar na unidade (Brasil, 2010).

Os simpósios, Anexo H (Educação continuada), acontecem a cada ano no mês da campanha nacional pela segurança do paciente, são divulgados previamente a programação, apresentando os respectivos temas, horários, palestrantes, tem o momento do *coffee break* e são disponibilizados certificados de participação para todo o público. Os participantes são os profissionais da própria clínica, que por meio de suas experiências propagam o conhecimento, possibilitando momentos de interação e trocas de conhecimento, descontração, e fortalecendo as práticas assistenciais.

Mas, para que as propostas de humanização em saúde sejam alcançadas, é necessário repensar o processo de formação dos profissionais, ainda centrado predominantemente no aprendizado técnico, racional e individualizado, com tentativas muitas vezes isoladas de exercício da crítica, criatividade e sensibilidade (Casate; Corrêa, 2005; Goulart; Chiari, 2010).

Alguns temas abordados são principalmente voltados para assistência e segurança do paciente, dentre os quais, podemos destacar: Cateterismo Uretral para controle de incontinência fecal, assistência de enfermagem no cateterismo vesical, RCP e uso do desfibrilador, prevenção de pneumonia relacionada à assistência à saúde, identificação do paciente, protocolo de comunicação efetiva entre os membros da equipe, protocolo de Prevenção de lesões por pressão (LP), Dermatite associada à incontinência (DAI), *Skin Tears*, biossegurança no contexto hospitalar, treinamento sobre manejo da enfermagem na reanimação neonatal, cuidados de enfermagem no uso e manutenção de Sondagem nasoenteral (SNE), Sondagem nasogástrica (SNG), Gastrostomia (E GTT), padronização dos registros de enfermagem após implantação do sistema MV.

Os profissionais de enfermagem que atuam na UTI precisam ter um ótimo conhecimento técnico-científico, dada a complexidade do ambiente, além de ter a capacidade de lidar com a frustração diante dos óbitos, como também com o estresse da rotina de trabalho (Hercos *et al.*, 2014).

O que se pode observar é que a assiduidade dos profissionais ainda não é satisfatória, de acordo com a demanda da equipe hospitalar, o número de participantes deveria ser maior. Podemos imaginar que o trabalho em outros vínculos, compromissos pessoais ou rotinas de plantão, impedem a participação, porém é notório o desinteresse de alguns, com a ideia de que já se sabem daquilo que seria abordado. Reconhece-se que para se falar da implantação de uma UTI humanizada, precisa-se além de ambiência, comunicação, empatia e trabalho de educação permanente com a equipe, há também que considerar as condições de trabalho da equipe de saúde.

Considerando que o piso salarial da enfermagem vem sofrendo modificações com o passar dos recentes anos, assim como a jornada de trabalho, há muito o que se avançar quando se propõe uma assistência de UTI humanizada. Porém, considera-se ainda que o fato desse hospital já apresentar essa proposta de ser uma UTI humanizada, a determinação de um constructo contínuo de iniciativas que venha a contribuir com a qualidade assistencial, a exemplo das melhorias de trabalho, precisa ser repensadas e refletidas, para que de fato a PNHAH aconteça na sua totalidade.

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”. É, portanto, da convergência de vários aspectos presentes nos contextos hospitalares que se conseguirá implantar e implementar a política de humanização como estratégia eficaz para um atendimento resolutivo e acolhedor ao usuário, e garantir educação permanente aos profissionais, bem como sua participação nos modelos de gestão, para alcançar melhorias na produção de cuidados de saúde (Costa; Figueiredo; Schaurich, 2009).

A regulamentação da humanização foi feita pelo Ministério da Saúde em maio de 2000, onde foi criado o PNHAH – Programa Nacional de Humanização da Assistência Nacional de Saúde. Programa esse que constitui uma política ministerial bastante singular se comparado a outros do setor, pois se destina a promover uma

nova cultura de atendimento à saúde (Brasil, 2000; Ribeiro; Bruno, 2019; Oliveira; Muniz; Nunes, 2017).

Algumas estratégias têm sido criadas, possibilitando e incentivando a mudança no atendimento ao usuário, tais como o Programa Nacional de Humanização Hospitalar (PNHAH) e a Resolução da Diretoria Colegiada da Anvisa de n. 7, de 2010. O Programa propõe a implementação de intervenções que visam a humanização e a melhoria do vínculo entre os trabalhadores da saúde, pacientes e familiares. A Resolução, por sua vez, reafirma a valorização da dimensão subjetiva e social nas práticas de atenção e de gestão na UTI.

Sendo assim, humanizar pressupõe resgatar e revelar as características humanas como partes constitutivas do funcionamento hospitalar e como forma de valorizar o paciente, a família e a equipe de saúde, com vistas à mudança paradigmática e ao cuidado humanístico (Costa; Figueiredo; Schaurich, 2009).

Operando com o princípio da transversalidade, a Política Nacional de Humanização (PNH) lança mão de ferramentas e dispositivos para consolidar redes, vínculos e a corresponsabilização entre usuários, trabalhadores e gestores (Apresentação Da Política Estadual De Humanização [s.d.]).

Por humanização compreendemos a valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde. Os valores que norteiam essa política são a autonomia e o protagonismo dos sujeitos, a corresponsabilidade entre eles, os vínculos solidários e a participação coletiva no processo de gestão (Brasil, 2009).

O aprofundamento de estudos e pesquisas que envolvam a equipe multidisciplinar, motivação profissional, valorização e apoio, além de ambiente adequado, número suficiente de profissionais, harmonia em equipe, são ferramentas influenciadoras para que profissionais possam desenvolver e praticar a humanização frente ao cuidado.

5 CONCLUSÃO

Conclui-se que para a UTI ser considerada humanizada, é necessário a presença de um ambiente intensivo terapêutico ao paciente crítico, inclusão e acolhimento do familiar como integrador do cuidado, visto sua importância na recuperação do paciente e valorização, apoio e condições dignas de trabalho voltadas para a equipe.

A humanização precisa ser sentida e percebida pelos pacientes, familiares e equipe de saúde. Há muito o que avançar numa propositura construtiva de espaços terapêuticos e humanizados na assistência hospitalar e todos precisam participar deste processo de atenção e acolhimento. É observada a necessidade da educação e atualizações constantes dentro dos serviços de saúde, realizando avaliações contínuas de melhorias e que se tenham aprofundamento de estudos e pesquisas que envolvam também o bem-estar da equipe.

A limitação encontrada no presente estudo foi a busca na literatura, de forma que os referenciais achados não eram dos últimos 5 anos, sendo inserido referências antigas, visto que a PNH, foi instaurada no ano de 2003 e a busca de novas pesquisas e estudos acerca desta temática merece ser intensificada.

A oportunidade da realização de visitas técnicas possibilita a conexão de conhecimentos teóricos e práticos, proporcionando o pensamento crítico-reflexivo, capacitando o graduando e futuro profissional, a propor mudanças e melhorias na qualidade da assistência.

REFERÊNCIAS

AMIB, Associação de Medicina Intensiva Brasileira. **Humanização em cuidados intensivos**. 1. ed. Editora Revinter, 2004.

APRESENTAÇÃO DA POLÍTICA ESTADUAL DE HUMANIZAÇÃO. **Saúde RJ** [s.d.]. Disponível em: <https://www.saude.rj.gov.br/humanizacao/politica-de-humanizacao#:~:text=Operando%20com%20o%20princ%C3%ADpio%20da%20transversalidade%2C%20o%20HumanizaSUS,a%20garantia%20de%20aten%C3%A7%C3%A3o%20integral%2C%20resolutiva%20e%20humanizada>. Acesso em: 27 de setembro de 2023.

BACKES, Dirce Stein; LUNARDI FILHO, Wilson Danilo; LUNARDI, Valéria Lerch. A construção de um processo interdisciplinar de humanização à luz de Freire. **Texto & Contexto-Enfermagem**, v. 14, p. 427-434, 2005.

BACKES, Marli Terezinha Stein; ERDMANN, Alacoque Lorenzini; BÜSCHER, Andreas. The living, dynamic and complex environment care in intensive care unit. **Revista latino-americana de Enfermagem**, v. 23, p. 411-418, 2015.

BARLEM, Edison Luiz Devos et al. Comunicação como instrumento de humanização do cuidado de enfermagem: experiências em unidade de terapia intensiva. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 10, n. 4, 2008.

BECCARIA, Lúcia M et al. Visita em Unidades de Terapia Intensiva: concepção dos familiares quanto à humanização do atendimento. **Arq Ciênc Saúde**. br/jun; v.15, n. 2 p.65-9, 2008.

BECK, Carmem Lúcia Colomé et al. A humanização na perspectiva dos trabalhadores de enfermagem. **Texto & Contexto-Enfermagem**, v. 16, p. 503-510, 2007.

BECK, Carmem Lucia Colome. O processo de viver, adoecer e morrer: reflexões com familiares de pacientes internados em unidade de terapia intensiva. Florianópolis: UFSC, 1995. (Dissertação de Mestrado)

BISCEGLI, Terezinha Soares et al. Adesão dos alunos de um curso de medicina às ações recomendadas no manual de práticas sustentáveis de uma instituição de ensino superior. **CuidArte, Enferm**, p. 31-37, 2017.

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

BRASIL, Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Acolhimento nas práticas de produção de saúde. **Brasília: Editora do Ministério da Saúde**, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio à Saúde da Família /

Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – **Brasília: Ministério da Saúde**, 2010a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização – 2. ed. – **Brasília: Ministério da Saúde**, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Ambiência / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. – 2. ed. – **Brasília: Editora do Ministério da Saúde**, 2010b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. O HumanizaSUS na atenção básica / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. – **Brasília : Ministério da Saúde**, 2009.

BRASIL. Portaria nº 3.432, de 12 de agosto de 1998. Estabelece critérios de classificação para as Unidades de Tratamento Intensivo – UTI. **Diário Oficial da União**: Brasília, DF, 12 de ago. 1998.

BRASIL. Resolução nº 7, de 24 de Fevereiro de 2010. Dispõe sobre os requisitos mínimos para funcionamento de Unidades de Terapia Intensiva e dá outras providências. **Diário Oficial da União**: Brasília, DF, 24 de fev. 2010.

CAETANO, Joselany Áfio et al. Cuidado humanizado em terapia intensiva: um estudo reflexivo. **Escola Anna Nery**, v. 11, p. 325-330, 2007.

DO CARMO TERRA, Tereza Cristine; GOMES, Shirley Rangel. A humanização da assistência em unidade de terapia intensiva para adultos. **Revista Interdisciplinar Pensamento Científico**, v. 1, n. 1, 2015.

CAMPONOGARA, Silviomar et al. O cuidado humanizado em unidade de terapia intensiva: uma revisão bibliográfica. **Revista de Enfermagem da UFSM**, v. 1, n. 1, p. 124-132, 2011.

CASANOVA, Edna Gurgel; LOPES, Gerturdes Teixeira. Comunicação da equipe de enfermagem com a família do paciente. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 62, p. 831-836, 2009.

CASATE, Juliana Cristina; CORRÊA, Adriana Katia. Humanização do atendimento em saúde: conhecimento veiculado na literatura brasileira de enfermagem. **Revista latino-americana de Enfermagem**, v. 13, p. 105-111, 2005.

CAVALCANTE, Vitória Régia Dias dos Santos. Humanização do ambiente da unidade de terapia intensiva. In: **Congresso Brasileiro de Ciências da Saúde**. 2016.

CHAVAGLIA, Suzel Regina Ribeiro et al. Ambiente do centro de terapia intensiva e o trabalho da equipe de enfermagem. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 32, p. 654-661, 2011.

COFEN. **Resolução nº 543 de 08 de maio de 2017**. Estabelece os parâmetros mínimos para dimensionar o quantitativo de profissionais das diferentes categorias de enfermagem para os serviços/locais em que são realizadas atividades de enfermagem. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen5432017_51440.html. Acesso em: 05 de abril de 2023.

CORBELLA, Oscar. **Em busca de arquitetura sustentável para os trópicos – conforto ambiental**. Rio de Janeiro: Revan, 2003.

COSTA, Silvio Cruz; FIGUEIREDO, Maria Renita Burg; SCHAURICH, Diego. Humanização em Unidade de Terapia Intensiva Adulto (UTI): compreensões da equipe de enfermagem. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 13, p. 571-580, 2009.

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

GOULART, Bárbara Niegia Garcia de; CHIARI, Brasília Maria. Humanização das práticas do profissional de saúde: contribuições para reflexão. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, n. 1, p. 255-268, 2010.

GOULARTE, Paola Nunes; GABARRA, Leticia Macedo; MORÉ, Carmen Leontina Ojeda Ocampo. A visita em Unidade de Terapia Intensiva adulto: perspectiva da equipe multiprofissional. **Revista Psicologia e Saúde**, v. 12, n. 1, p. 157-170, 2020.

HUMANIZA, S. U. S. Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS/Ministério da Saúde, Secretaria Executiva, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Brasília: Ministério da Saúde**, 2004.

LUIZ, Flavia Feron; CAREGNATO, Rita Catalina Aquino; COSTA, Márcia Rosa da. Humanization in the Intensive Care: perception of family and healthcare professionals. **Revista brasileira de enfermagem**, v. 70, p. 1040-1047, 2017.

MACHADO, Eidiani Radeski; SOARES, Narciso Vieira. Humanização em UTI: sentidos e significados sob a ótica da equipe de saúde. **Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro**, v. 6, n. 3, 2016.

MARTINS, Vânia Paiva. A humanização e o ambiente físico hospitalar. In: **Congresso Nacional da ABDEH**. 2004. p. 63-67.

MAZZARRO, Marilise. Necessidades de familiares de pacientes internados em unidade de terapia intensiva, uma revisão narrativa. Ijuí: UNIJUÍ, 2012. (Trabalho de Conclusão do Curso).

MELO, Elizabeth Mesquita et al. Perfil clínico-epidemiológico de pacientes em ventilação mecânica internados em unidade de terapia intensiva. **Rev. enferm. UFPI**, p. 36-41, 2015.

MEZZOMO, J.C. **Gestão da qualidade na saúde**: princípios básicos. Barueri: Manole, 2001.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria Nº 3.432, de 12 de agosto de 1998: Estabelece critérios de classificação para as Unidades de Tratamento Intensivo-UTI. **Diário Oficial da União [Internet]**, v. 10-10, 1998.

MORAIS, Gilvânia Smith da Nóbrega et al. Comunicação como instrumento básico no cuidar humanizado em enfermagem ao paciente hospitalizado. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 22, p. 323-327, 2009.

MOTA, Roberta Araújo; MARTINS, Cileide Guedes de Melo; VÉRAS, Renata Meira. Papel dos profissionais de saúde na política de humanização hospitalar. **Psicologia em estudo**, v. 11, p. 323-330, 2006.

NASCIMENTO, M. S. M. et al. Perfil epidemiológico de pacientes em unidade de terapia intensiva adulto de um hospital regional paraibano. **Temas em saúde**, v. 18, n. 1, p. 247-265, 2018.

DE OLIVEIRA SILVA, Bruna Aparecida; DE SOUZA, Diala Alves. A comunicação entre a enfermagem e os pacientes em uma unidade de terapia intensiva: dilemas e conflitos. **Revista de Divulgação Científica Sena Aires**, v. 11, n. 2, p. 138-148, 2022.

RAMOS, Natália. Comunicação em saúde e interculturalidade: perspectivas teóricas, metodológicas e práticas. **RECIIS**, p. 1-19, 2012.

RODRIGUES, Michele Viviane de Carvalho; FERREIRA, Eliane Dias; MENEZES, Tânia Maria de Oliva. Comunicação da enfermeira com pacientes portadores de câncer fora de possibilidade de cura. **Rev. enferm. UERJ**, p. 86-91, 2010.

DA SILVA CARRIAS, Francisco Maurílio et al. Visita humanizada em uma unidade de terapia intensiva: um olhar interdisciplinar. **Tempus-Actas de Saúde Coletiva**, v. 11, n. 2, p. ág. 103-112, 2017.

DA SILVA GOMES, Raquel et al. Perfil farmacoterapêutico dos pacientes críticos de um hospital privado de alta complexidade. **JAPHAC**, v. 6, p. 159-167, 2019.

SILVA, M. J.P. da **Comunicação tem remédio: a comunicação nas relações interpessoais em saúde**. São Paulo, Editora Gente, 1996, 150p.

SILVA, M.J.P. **Humanização em unidade de terapia intensiva**. São Paulo: Atheneu, 2000.

SIQUEIRA, Amanda Batista et al. Relacionamento enfermeiro, paciente e família: fatores comportamentais associados à qualidade da assistência. **Arquivos médicos do ABC**, v. 31, n. 2, 2006.

DE SOUZA SOARES, Anne Louise; CONCEIÇÃO, Tamires Pantoja; MONTEIRO, Valéria Renata. A INTEGRAÇÃO DA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA: REVISÃO SISTEMÁTICA. **Revista CPAQV–Centro de Pesquisas Avançadas em Qualidade de Vida** Vol, v. 11, n. 3, p. 2, 2019.

SOUZA, Sônia Regina de Oliveira et al. Visita na UTI: um encontro entre desconhecidos. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 59, p. 609-613, 2006.

TRANQUITELLI, Ana Maria; CIAMPONE, Maria Helena Trench. Número de horas de cuidados de enfermagem em unidade de terapia intensiva de adultos. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 41, p. 371-377, 2007.

VILA, Vanessa da Silva Carvalho; ROSSI, Lídia Aparecida. O significado cultural do cuidado humanizado em unidade de terapia intensiva: "muito falado e pouco vivido". **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 10, p. 137-144, 2002.

YANABA, Daniely Sant'ana; GIÚDICE, Carlos Alberto Rucco; CASARIN, Santina Nunes Alves. Dimensionamento da equipe de enfermagem em unidade de terapia intensiva para adultos. **J Health Sci Inst**, v. 31, n. 3, p. 279-85, 2013.

ANEXO A - LEITO PRIVATIVO

ANEXO B - ESPAÇO FÍSICO



ANEXO C - QUADRO DE SEGURANÇA DO PACIENTE

Nome: _____

Leito: _____ D.N.: ____/____/____ Data de Admissão: ____/____/____

Diagnóstico: _____

Cirúrgico Clínico

Alergias: _____

ALERTA PARA RISCOS ASSISTENCIAIS

RISCO DE QUEDA

RISCO PARA LPP

RISCO PARA INFECÇÃO

RISCO PARA BCP

RISCO PARA TEV

ISOLAMENTO

RISCO PARA ALERGIA

Médico Plantonista: _____

Médico Diarista: _____

Técnica de Enfermagem: _____

Enfermeira Assistencial: _____

Enfermeira Coordenadora: _____

Infusão de Antimicrobiano


Droga: _____

Dosagem: _____ D₀: ____/____/____

PLANO PARA O DIA/ ATIVIDADES:

AVP CVC PAM PIA SVD

ANEXO D - PREVENÇÃO DE LP



PROGRAMA DE PREVENÇÃO DE LP

COM O OBJETIVO DE PROTEGER O PACIENTE DE LESÕES POR PRESSÃO, FIQUEM ATENTOS AS SEGUINTES ORIENTAÇÕES:

- REALIZAR TROCA FREQUENTE DE FRALDAS;
- PROMOVER HIDRATAÇÃO DA PELE, EVITANDO EXCESSO E MISTURA DE PRODUTOS;
- DESCOMPRIMIR PROÊMINECIAS ÓSSEAS, REALIZANDO MUDANÇA DE DECÚBITO A CADA 2 HORAS;
- EVITAR DOBRAS EM LENÇÓIS, NÃO ARRASTAR O PACIENTE NO LEITO;
- EVITAR QUE A PELE DO PACIENTE FIQUE EM CONTATO DIRETO COM DISPOSITIVOS MÉDICO, OU SOBRE ELES.

ANEXO E - COMPROMISSOS DO PLANTÃO



ATENÇÃO



À EQUIPE TÉCNICA DE ENFERMAGEM;

COMPROMISSOS DO PLANTÃO;

- **AO ASSUMIR O PLANTÃO, SE APRESENTAR AO PACIENTE E ACOMPANHANTES E COLETAR INFORMAÇÕES NECESSÁRIAS E INFORMAR QUE ESTÁ A PRESTAR ASSISTÊNCIA DURANTE O HORÁRIO DO PLANTÃO**
- **ATUALIZAR O QUADRO COM A EQUIPE DO HORÁRIO DO PLANTÃO.**
- **CHECAR SE O PACIENTE ESTÁ COM A PULSEIRA DE IDENTIFICAÇÃO, SE OS EQUIPOS ESTÃO COM DATA DE ABERTURA E DATA DE TROCA. SE AS MEDICAÇÕES E DIETAS ESTÃO IDENTIFICADAS E SENDO ADMINISTRADAS DENTRO DA VALIDADE.**
- **CHECAR DISPOSITIVOS SE ESTÃO EM BOM FUNCIONAMENTO, OU COM SINAIS FLOGÍSTICOS.**
- **OBSERVAR O TIPO DE BANHO DO PACIENTE, E REALIZAR DE ACORDO COM O PLANO DE CUIDADOS.**
- **AO MEDICAR, AVISAR QUE TIPO DE MEDICAÇÃO ESTÁ FAZENDO, SEMPRE REALIZANDO A DUPLA CHECAGEM, CUMPRINDO RIGOROSAMENTE OS HORÁRIOS ESTABELECIDOS EM PRESCRIÇÃO.**
- **REALIZAR MUDANÇA DE DECÚBITO RIGOROSAMENTE, VISANDO PREVENÇÃO DE LPP.**
- **EVOLUIR NO SISTEMA MV, CHECAR SSVV 2/2HS, ALIMENTAR O BH.**
- **OBSERVAR MONITORIZAÇÃO DO PACIENTE, VIGIAR NÍVEL DE CONSCIÊNCIA E PADRÃO RESPIRATÓRIO.**
- **ALIMENTAR A RELAÇÃO DE MATERIAL COM CADA ITEM UTILIZADO POR PACIENTE.**
- **AVISAR AOS FAMILIARES EM CASO DE AUSÊNCIA PARA REFEIÇÃO E REPOUSO, INFORMANDO O NOME DA COLEGA QUE FICARÁ ATÉ O SEU RETORNO.**
- **CUMPRIR A ESCALA DE SERVIÇOS, DE CUIDADOS, DE REPOUSO.**
- **AO REALIZAR OS CUIDADOS, PERMANECER NA ESTAÇÃO DE TRABALHO, SEMPRE ATENTA AOS PACIENTES.**

OBS: AO REALIZAR QUALQUER TIPO DE PROCEDIMENTO NO PACIENTE, RESPEITAR O MOMENTO, TER ATENÇÃO, NÃO FICAR COM CONVERSAS ALEATÓRIAS. FIRMAMOS UM COMPROMISSO DE CUIDAR, DA VIDA E DO AMOR DE ALGUÉM!

ATENCIOSAMENTE

COORDENAÇÃO SETORIAL

ANEXO F - PESQUISA DE SATISFAÇÃO**PESQUISA DE SATISFAÇÃO**

1. RECEBEU ATENDIMENTO NA HORA DA ADMISSÃO DO PACIENTE?
() ÓTIMO () BOM () PÉSSIMO
2. COMO AVALIA O ATENDIMENTO DA ENFERMAGEM?
() ÓTIMO () BOM () PÉSSIMO
3. AVALIAÇÃO DO SERVIÇO MÉDICO PLANTONISTA E/OU DIARISTA?
() ÓTIMO () BOM () PÉSSIMO
4. SERVIÇO DE NUTRIÇÃO E DIETÉTICA PARA O PACIENTE?
() ÓTIMO () BOM () PÉSSIMO
5. A ACOMODAÇÃO DA UTI ADULTO?
() ÓTIMO () BOM () PÉSSIMO
6. O SERVIÇO DE HIGIENIZAÇÃO E LIMPEZA?
() ÓTIMO () BOM () PÉSSIMO
7. SABE O NOME DOS PROFISSIONAIS:
MÉDICOS?
() SIM () NÃO

ENFERMAGEM?

() SIM () NÃO

PSICOLOGIA?

() SIM () NÃO

8. VOCÊ SE SENTE CONFORTÁVEL VISITANDO E ACOMPANHANDO O PACIENTE DA UTI?

() SIM () NÃO

9. RECOMENDARIA A _____ A PARENTES E AMIGOS?

() SIM () NÃO


10. DE 0 A 10, QUE NOTA VOCÊ DARIA?

ANEXO G - PASSAGEM DE PLANTÃO

DATA: /TURNO: /ENFERMEIRA: /MÉDICO: /DIARISTA:

LEITO	DADOS DO PACIENTE IDENTIFICAÇÃO + DATA DE NASCIMENTO + NOME DA MÃE + IDADE + MÉDICO ASSISTENTE + CONVÊNIO DATA DE ADMISSÃO	S (SITUAÇÃO) CONDIÇÃO CLÍNICA ATUAL + DIAGNÓSTICO	B (BREVE HISTÓRICO, COMORBIDADES, ALERGIAS, EXAMES / PROCEDIMENTOS REALIZADOS / PROT.) SEPSIS E DATA DE CULTURAS.	A (AVALIAÇÃO) PROBLEMAS IDENTIFICADOS / NÍVEL DE CONSCIÊNCIA / PADRÃO RESPIRATÓRIO/ ELIMINAÇÕES / PELE / INTERCORRÊNCIAS	R (RECOMENDAÇÕES) INTERVENÇÕES, SOLICITAÇÕES E SUGESTÕES / EXAMES PENDENTES.	DIETA / ATB	DATA DOS DISPOSITIVOS
01							
02							
03							
04							
05							
06							
07							
08							
09							
10							

ANEXO H - EDUCAÇÃO CONTINUADA



III Simpósio

**abril pela
segurança do
paciente**

"O engajamento dos
pacientes para a segurança
do paciente"

Programação

10.04.23
13H Credenciamento
14H Abertura
14:30 Identificação segura do paciente, da admissão a alta, uma tarefa de todos. _____

15:30 Visita aos Stands
16H Otimizando a comunicação entre a equipe para a melhoria da segurança do paciente _____

11.04.23
14H Segurança na prescrição, no uso e na administração de medicamentos, da prescrição a administração, mecanismos e barreiras. _____
15H Assistência da equipe multidisciplinar para a promoção do parto seguro - _____

16 Visita aos Stands
16:30 Cirurgia segura, equipe engajada garante melhores resultados - _____

12.04.23
14H Higiene das mãos e sua influência na segurança do paciente - _____
15H Prevenção de quedas, ações que envolvem o ambiente, recursos humanos e materiais. _____

16H Visita aos Stands
16:30H Avaliação de risco e estratégias para prevenção de lesões na pele de pacientes hospitalizados. _____

13.04.23
14H A inserção do paciente e acompanhante na prevenção de eventos adversos, no contexto de uma UTI humanizada. _____
15H Apresentação de trabalhos científicos
17H - Encerramento, entrega de certificados e coffee break

AGRADECIMENTOS

À orientadora deste trabalho, professora Dr^a Fabíola de Araújo Leite Medeiros pelas leituras sugeridas, correções e incentivos ao longo dessa orientação.

Aos membros da banca, Profa. Me. Mayara Evangelista de Andrade e a Profa. Esp. Maria José Gomes Morais pela disponibilidade de compor a banca.

Aos professores do curso de Bacharelado em Enfermagem da UEPB, que possibilitaram melhor desempenho no meu processo de formação profissional ao longo do curso, proporcionando conhecimento não apenas teórico, mas também afetivo.

Aos meus colegas de turma, por todos os momentos vividos durante a graduação, alegrias e desafios compartilhados, além de trocas de conhecimentos.

Aos meus pais e família pelo suporte e incentivo durante toda fase do curso de graduação e toda minha vida escolar.

Ao meu esposo, que deu todo o suporte para que eu pudesse desenvolver este trabalho.

À UEPB e ao povo da Paraíba que financiaram a minha formação.

A unidade hospitalar em estudo, pela permissão e oportunidade de crescimento pessoal e profissional, na busca de compreender a complexidade da atuação do enfermeiro na assistência ao paciente.

A todos que direta ou indiretamente fizeram parte da minha formação, o meu muito obrigado.