

## HUMANIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NO ATENDIMENTO AO PACIENTE PORTADOR DE DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÔNICA

Fabiane Vaz Celestino<sup>1</sup>  
Nicolli Bellotti De Souza<sup>2</sup>

### RESUMO

Este estudo tem o intuito de demonstrar a importância de uma intervenção de saúde humanizada, neste caso ressaltando a assistência prestada pela equipe de enfermagem ao paciente portador de DPOC. Trata-se de uma pesquisa bibliográfica de caráter descritivo, além de apresentar informações importantes que servirão de questionamentos e debates em prol de futuras ações com maior investimento no bem-estar dos pacientes, familiares e profissional que assume o papel principal de precursor de maior parte dos atos que envolvem uma assistência de qualidade e segurança do paciente.

**Palavras-chave:** Enfermagem. Humanização. Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica.

### ABSTRACT

*This study aims to demonstrate the importance of a humanized health intervention, in this case highlighting the care provided by the nursing team to the patient with DPOC. This is a descriptive bibliographic research, besides presenting important information that will serve as questions and debates in favor of future actions with greater investment in the well-being of patients, families and professionals who assume the main role of precursor of most acts involving quality care and patient safety.*

**Keywords:** *Nursing. Humanization. Chronic obstructive pulmonary disease.*

---

<sup>1</sup> Acadêmica do curso de Enfermagem - UniAtenas

<sup>2</sup> Docente e Orientadora Científica - UniAtenas

## INTRODUÇÃO

A internação hospitalar pode ser uma experiência traumática, tanto ao paciente quanto aos seus familiares. Tal fato pode ser atribuído à fatores como a atenção da equipe de saúde voltada a doença e não ao indivíduo doente, seguida da utilização de recursos invasivos e dolorosos. (NEVES, 2018).

No intuito de reduzir impactos negativos gerados aos pacientes, foi criado no ano de 2003 o Programa Nacional de Humanização (PNH), que tem como ideia principal o acolhimento não só do doente, mas também de seus familiares. Os principais objetivos do PNH são a redução de filas e do tempo de espera, com ampliação do acesso; atendimento acolhedor e resolutivo baseado em critérios de risco; implantação de modelo de atenção com responsabilização e vínculo; garantia dos direitos dos usuários; valorização do trabalho na saúde; gestão participativa nos serviços. (BRASIL 2013)

A PNH deve estar inserida em todas as políticas e programas do Sistema Único de Saúde (SUS). A PNH busca transformar as relações de trabalho a partir da ampliação do grau de contato e da comunicação entre as pessoas, tirando-os do isolamento e das relações de poder hierarquizadas, estimula a comunicação entre gestores, trabalhadores e usuários para construir processos coletivos de enfrentamento de relações de poder, trabalho e afeto que muitas vezes produzem atitudes e práticas desumanizadoras que inibem a autonomia e a corresponsabilidade dos profissionais de saúde em seu trabalho e dos usuários no cuidado de si. (BRASIL, 2013).

De acordo com a história, a enfermagem passou, desde a sua compreensão como ato de cuidar, por vários processos evolutivos e descobertas que ao longo dos anos inspirou aqueles que lidavam com o cuidado de enfermos e debilitados, como Florence Nightingale. Ela se tornou precursora da profissão no mundo, após demonstrar que o ato de cuidar de alguém que está debilitado exige do cuidador, além do conhecimento sobre a doença, um sentimento de empatia e amor fraterno por aquele que necessita de cuidados, assim a profissão evoluiu até se tornar ciência. A humanização não passou despercebida nesse processo, pois a preocupação com o bem-estar do paciente era objetivo principal das cuidadoras que prestavam a assistência aos enfermos. (CAMPOS, 2018).

Diante disso é fundamental a discussão, sobre o resgate da valorização da humanização da assistência de enfermagem, em toda área de atuação desses profissionais que constituem grande parte na área do cuidado em saúde, conforme afirma Maciak: O avanço do racionalismo tecnicista perdeu de vista o ser humano, trazendo consigo uma assistência à saúde fragmentada e mecanizada, com protocolos e rotinas para serem aplicados a todos os usuários do serviço de saúde, e, com isso, abandonou-se valores humanos, que necessitam ser resgatados para que a ciência seja realmente eficiente e resolutive (MACIAK, 2008).

A principal causa de DPOC é a inalação prolongada de substâncias tóxicas contidas na fumaça do cigarro e mais raramente outras substâncias como fuligem, fumaça de lenha e irritantes. A consequência disto pode ser uma inflamação crônica dos brônquios e a destruição dos alvéolos em aproximadamente 15% dos indivíduos. A DPOC tem grande impacto negativo tanto clínico como socioeconômico, sendo tão grave como o diabetes e as doenças cardiovasculares. O paciente com DPOC frequentemente possui falta de ar e tosse porque seus pulmões e suas vias aéreas (brônquios) estão doentes. (BRASIL, 2017).

A DPOC afeta 210 milhões de pessoas e é a quarta causa de mortalidade e representa 4,8% dos óbitos em todo o mundo. Um estudo de base populacional em São Paulo (Estudo Platino), em que foram realizadas espirometrias em 1.000 pessoas, mostrou que a prevalência de DPOC era de 15,6% em pessoas acima de 40 anos, correspondendo a 18% dos homens e 14% das mulheres e que a prevalência aumenta com a idade. Vinte e cinco por cento dos fumantes eram portadores de DPOC. Desse modo, estima-se que existam 7,5 milhões de pessoas com DPOC no Brasil. A DPOC foi responsável por 170 mil admissões no SUS em 2008, com permanência média de seis dias. A Região Sul e sudeste do Brasil apresenta as maiores taxas de internações, provavelmente por conta das temperaturas mais baixas e do clima seco. O número de óbitos por DPOC variou em torno de 33.000 mortes anuais de 2000 a 2005. A DPOC encontra-se entre a quinta e sexta das principais causas de morte no Brasil. O custo estimado por paciente por ano com DPOC é de US\$ 1.522,00, quase três vezes o custo per capita da asma. (BRASIL, 2010).

Realizar um trabalho que vise auxiliar na promoção da saúde humana tem grande impacto na sociedade, em virtude disso o presente projeto busca como meta por meio de revisão bibliográfica identificar a forma com que ocorre o repasse de informações relacionadas a humanização da assistência prestada pela equipe de enfermagem no âmbito hospitalar. Um trabalho humanizado pode não só contribuir com o tratamento dos pacientes, acolhimento dos familiares como também tornar o ambiente mais agradável.

## **METODOLOGIA**

Este estudo se caracteriza como uma revisão bibliográfica, por ter como principal finalidade desenvolver, esclarecer e modificar conceitos e ideias, tendo em vista a formulação de problemas mais precisos ou hipóteses pesquisáveis para estudos posteriores (GIL, 2007).

Foram realizadas diversas pesquisas bibliográficas em artigos científicos depositados nas bases de dados Scielo (Scientific Electronic Library Online), Google Acadêmico, Biblioteca Digital, Revistas Acadêmicas, e também em livros de graduação relacionado ao tema, do acervo da biblioteca da Faculdade Atenas. As palavras chave utilizadas nas buscas foram: cuidados de enfermagem, patologias do pulmão, trabalho humanizado.

## **ANATOMIA E FISIOLOGIA DO SISTEMA RESPIRATÓRIO**

Filho e Pereira (2015) afirmam que:

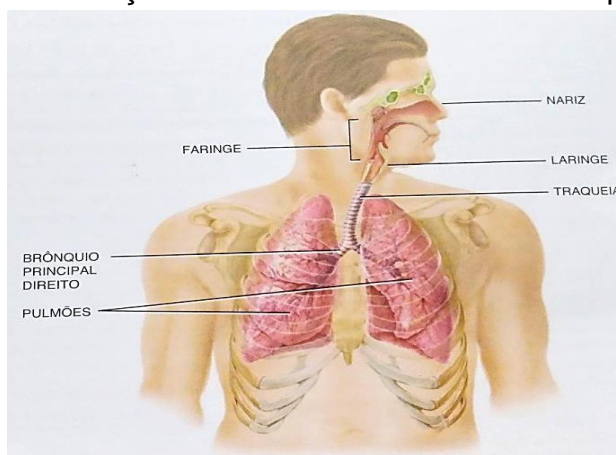
O Sistema Respiratório é formado por um conjunto de órgãos interconectados de forma sinérgica. Este é responsável pelas trocas gasosas entre o organismo e o ambiente, possibilitando que o processo respiratório nos seres humanos aconteça em conjunto com o sistema circulatório. O sistema respiratório, também, é responsável pela capacidade de captar odores (olfação) através do nariz e transmitir sons claros, evidentes e perceptíveis (fonação) através da laringe.

O sistema respiratório (Figura 1) consiste em nariz, faringe (garganta), laringe (caixa de voz), traqueia (tubo de vento), brônquios e pulmões. Suas partes

são classificadas de acordo com a estrutura ou a função. Estruturalmente, o sistema respiratório consiste em duas partes: o sistema respiratório superior que inclui nariz, faringe e estruturas associadas. E o sistema respiratório inferior que inclui laringe, traqueia, brônquios e pulmões. (TORTORA; DERRICKSON, 2010).

Segundo Guyton e Hall (2006), os objetivos da respiração são a promoção de oxigênio aos tecidos e remoção de dióxido de carbono. Com a finalidade de alcançar esses objetivos, a respiração pode ser dividida em quatro funções principais: ventilação pulmonar, que significa o influxo e o efluxo de ar entre a atmosfera e os alvéolos pulmonares; difusão de oxigênio e dióxido de carbono entre os alvéolos e o sangue; transporte de oxigênio e dióxido de carbono no sangue e líquidos corporais e suas trocas com as células de todos os tecido do corpo; e a regulação da ventilação.

**Figura 1** Ilustração das Estruturas do sistema respiratório.



Fonte: TORTORA; DERRICKSON (2017)

## **DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÔNICA (DPOC)**

A doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) é um tipo de distúrbio respiratório caracterizado por obstrução crônica e recorrente do fluxo de ar, que aumenta a resistência das vias respiratórias (TORTORA; DERRICKSON, 2010).

A doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) caracteriza-se por sinais e sintomas respiratórios associados à obstrução crônica das vias aéreas inferiores, geralmente em decorrência de exposição inalatória prolongada a material particulado ou gases irritantes. O tabagismo é sua principal causa. O substrato fisiopatológico da DPOC envolve bronquite crônica e enfisema pulmonar, os quais geralmente ocorrem de forma simultânea, com variáveis graus de comprometimento relativo num mesmo indivíduo. Os principais

sinais e sintomas são tosse, dispneia, sibilância e expectoração crônicos. A DPOC está associada a um quadro inflamatório sistêmico, com manifestações como perda de peso e redução da massa muscular nas fases mais avançadas. (BRASIL, 2014).

A DPOC afeta aproximadamente 30 milhões de norte-americanos e é a quarta causa principal de morte, ficando atrás das doenças do coração, câncer e doença cerebrovascular. Os principais tipos de doenças pulmonares obstrutivas crônicas são enfisema e bronquite crônica (Figura 2).

## **ENFISEMA**

O enfisema caracteriza-se por perda da elasticidade pulmonar e aumento anormal dos espaços aéreos distalmente aos bronquíolos terminais, com destruição das paredes alveolares e dos leitos capilares. A dilatação dos espaços aéreos acarreta a hiperinflação dos pulmões e produz aumento da capacidade pulmonar total. Duas das causas reconhecidas de enfisema são o fumo, que causa lesão pulmonares, e uma deficiência hereditária de antitripsina, uma enzima antiprotease que protege o pulmão de lesões. Além da deficiência hereditária de antitripsina, fatores genéticos também podem contribuir em fumantes que vem a apresentar DPOC a uma idade precoce (HOCHHEGGER et. al., 2012).

O enfisema decorre supostamente da decomposição da elastina e outros componentes da parede alveolar por enzimas que digerem proteína, designadas como proteases, as quais, especialmente a elastase, uma enzima que digere a elastina, são liberadas pelos leucócitos polimorfonucleares (neutrófilos), macrófagos alveolares e outras células inflamatórias (HOCHHEGGER et. al. 2012).

Normalmente, o pulmão é protegido pelas enzimas antiprotease, com a antitripsina. A fumaça de cigarro e outros irritantes estimulam o movimento das células inflamatórias para os pulmões, ocasionado maior liberação de elastase e outras proteases (HOCHHEGGER et. al. 2012).

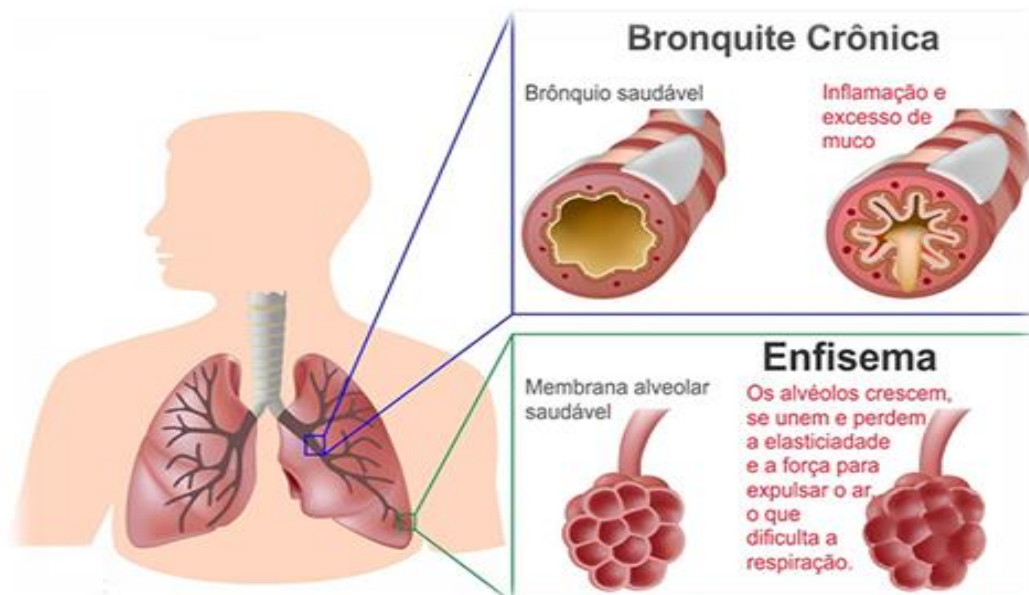
## **BRONQUITE**

A bronquite crônica ocorre mais comumente em homens de meia-idade e associa-se à irritação crônica pelo fumo e por infecções recorrentes. As infecções

viróticas e bacterianas são comuns em pessoas com bronquite crônica, sendo consideradas consequências do problema e não causa dele. Na bronquite crônica, a obstrução das vias aéreas é causada pela inflamação das grandes e pequenas vias aéreas. Há edemas e hiperplasia das glândulas submucosas bem como secreção excessiva de muco arvore brônquica. História de tosse produtiva crônica de duração superior a três meses por mais de dois anos consecutivos é necessária para diagnóstico da bronquite crônica. Tipicamente a tosse está presente há muitos anos, com aumento gradual nas exacerbações agudas, que produzem escarros fracamente purulentos (LAIZO, 2009).

A bronquite crônica sem obstrução do fluxo de ar é, com frequência designada como bronquite simples, e a bronquite crônica com obstrução do fluxo de ar, como bronquite obstrutiva crônica. O prognóstico das pessoas com bronquite simples é bom em comparação à morbidade prematura e mortalidade associadas à bronquite obstrutiva crônica (LAIZO, 2009).

**Figura 2** – Ilustração das alterações morfológicas na bronquite e enfisema



**Fonte:** CRAVIDÃO (2017)

Os mecanismos envolvidos na patogenia da DPOC são geralmente múltiplos e consistem na inflamação e fibrose da parede brônquica, hipertrofia das glândulas submucosas, bem como hipersecreção de muco e perda das fibras elásticas pulmonares e do tecido alveolar. A inflamação e fibrose da parede

brônquica, juntamente com a secreção excessiva de muco, obstrui o fluxo de ar e causa incompatibilidade da ventilação com a perfusão. A destruição do tecido alveolar diminui a área de superfície para as trocas gasosas, e a perda das fibras elásticas acarreta o colapso das vias aéreas (PETTA 2009).

Normalmente a retração das fibras elásticas que se distenderam durante a inspiração proporciona a força necessária para levar o ar para fora do pulmão durante a expiração. Por estarem presas às vias aéreas, as fibras elásticas também proporcionam uma tração radial, para manter abertas as vias aéreas durante a expiração. Em pessoas com DPOC a perda das fibras elásticas prejudica o fluxo respiratório, aumenta o sequestro de ar e predispõem ao colapso das vias aéreas. (PETTA 2009).

A DPOC é geralmente progressiva, pode ser acompanhada de hiperreatividade das vias aéreas e ser parcialmente reversível. Estima-se que aproximadamente 14 milhões de norte-americanos tem DPOC, a maior frequência de mortes pela patologia é em homens idosos. A causa mais comum de DPOC é o fumo, por isso a doença é basicamente passível de prevenção (CARDOSO, 2013) Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), nos últimos 10 anos, foi a DPOC foi a quinta maior causa de internações hospitalares e será a terceira maior causa de morte em 2020 no mundo. (organização pan-americana de saúde, 2019). No Brasil mais de oito milhões de pessoas são acometidas pela doença e 40 mil brasileiros morrem por ano vítimas dos seus agravos, o que estatisticamente resulta em uma pessoa a cada quatro horas (BRASIL, 2017).

É interessante ressaltar que em muitos casos a DPOC é evitável, porque sua causa mais comum é o cigarro e o tabagismo passivo (TORTORA; DERRICKSON, 2010).

## **HUMANIZAÇÃO**

Humanização é definida como o ato de tornar mais humano sociável, gentil ou amável. (FERREIRA, 2014).

A Política Nacional de Humanização (PNH) existe desde 2003 para efetivar os princípios do SUS no cotidiano das práticas de atenção e gestão, qualificando a saúde pública no Brasil e incentivando trocas solidárias entre



gestores, trabalhadores e usuários. A PNH atua a partir de orientações clínicas, éticas e políticas que se traduzem em determinados arranjos de trabalho. Tem como função acolher e reconhecer o que o outro traz como legítima e singular necessidade de saúde. O acolhimento deve comparecer e sustentar a relação entre equipes/serviços e usuários/populações. Como valor das práticas de saúde, o acolhimento é construído de forma coletiva, a partir da análise dos processos de trabalho e tem como objetivo a construção de relações de confiança, compromisso e vínculo entre as equipes/serviços, trabalhador/equipes e usuário com sua rede socioafetiva. Este trabalho é realizado com uma escuta qualificada oferecida pelos trabalhadores quanto às necessidades do usuário, garantindo assim o acesso oportuno dos mesmos a tecnologias adequadas às suas necessidades, ampliando a efetividade das práticas de saúde. Isso assegura, por exemplo, que todos sejam atendidos com prioridades a partir da avaliação de vulnerabilidade, gravidade e risco (BRASIL, 2019).

Todo indivíduo humano nasce com potencial para o cuidado e isso significa que todas as pessoas são capazes de cuidar. Evidentemente, essa capacidade será mais ou menos desenvolvida de acordo com as circunstâncias em que for exercida durante as etapas da vida. Por essa razão, há a necessidade de conscientização dos profissionais envolvidos no processo do cuidado em saúde sobre a importância do exercício profissional humanizado para o bem-estar, não só do paciente, mas também dos próprios cuidadores. Esse potencial para o cuidado poderá ser eficientemente aproveitado, se houver uma valorização mais profunda da visão integral que constitui o ser humano (HENRIQUES e BARROS 2011).

A resolução do COFEN – 358/2009 tem como principal função enfatizar a responsabilidade do enfermeiro quanto a elaboração de diagnósticos acerca das respostas da pessoa, família e coletividade humana, com o objetivo de prescrever ações de enfermagem que correspondam a essas demandas sendo assim denominada de sistematização da assistência de enfermagem (SAE). Tem como principal função guiar as ações de enfermagem a fim de que possa atender as necessidades individuais do cliente através de suas etapas ofertando assim uma assistência humanizada (COREN, 2015).

## **IMPACTOS DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM HUMANIZADA AO PORTADOR DE DPOC**

### **IMPACTOS POSITIVOS**

O ato de cuidar envolve verdadeiramente uma ação interativa, a qual está baseada em valores e no conhecimento do ser que cuida "para" e "com" o ser que é cuidado. O cuidado ativa um comportamento de compaixão, de solidariedade, de ajuda, visando promover o bem e, no caso das profissões de saúde, visando ao bem-estar do paciente, à sua integridade moral e à sua dignidade como pessoa (GASPERI; RADÜNZ, 2006).

Segundo o COREN (2016), os enfermeiros necessitam estar aptos para atuar profissionalmente e compreender a natureza humana em suas dimensões, desenvolvendo ações de prevenção de doenças, promoção, proteção e reabilitação da saúde, incorporando a ciência e a arte do cuidar como instrumento de interpretação profissional, tanto em nível individual quanto coletivo, realizando seus serviços dentro dos mais altos padrões de qualidade e dos princípios da ética e bioética.

O diálogo entre os profissionais de saúde, paciente e familiares favorece um relacionamento de confiança e a obtenção de bons resultados para assistência com qualidade. O ser cuidador precisa saber ouvir, estar presente e ter empatia com o outro ser. Desta forma, ambos se fortalecerão e poderão encontrar a solução para o problema de saúde. Isto remete a um significado de humanização da assistência de enfermagem, com interação entre os cuidadores/familiares (SIQUEIRA et.al., 2006).

O enfermeiro deve traçar um plano de cuidados através da SAE, dispondo de seus conhecimentos técnicos e científicos para prestar uma assistência adequada às necessidades de cada indivíduo de forma humanizada. Cabe ao enfermeiro investigar as potenciais complicações do paciente com DPOC, monitorar as alterações cognitivas, monitorar sua função respiratória, dentre outras atribuições, para tanto é necessário que sejam elaborados os diagnósticos de enfermagem, bem como as intervenções necessárias (SMELTZER e BARE, 2015).

De acordo com Carpenito-Moyet (2011) Os planos de cuidados de enfermagem auxiliam no cuidado do paciente com dispneia e envolvem:

- a) proporcionar um ambiente silencioso, calmo, abrir as cortinas e as portas, limitar visitas, quando o paciente estiver com crise aguda de falta de ar, pois com redução de ruídos externos promove o relaxamento e reduzir sentimentos de sufocação;
- b) não deixar o paciente sozinho durante a crise, ele necessita de uma segurança caso precise de ajuda;
- c) reconhecer o medo e reforço positivo pelos esforços, pois o medo desencadeia para a dispneia e o medo.

De acordo com Nettina (2014), a orientação é essencial e deve ser individualizada para cada estágio da DPOC, como:

- a) ajudar o cliente a estabelecer e aceitar metas realistas a curto e em longo prazo, com base na gravidade da doença;
- b) orientar o paciente a evitar os extremos de calor e de frio, bem como os poluentes do ar (p. ex. fumaça, poeira e sprays de aerossol);
- c) incentivar o cliente a adotar um estilo de vida com atividade moderada, idealmente em um clima com variações mínimas de temperatura e umidade;
- d) evitar transtornos emocionais e ou situações estressantes;
- e) incentivar e orientar quanto à grande importância do abandono do tabagismo.

É certo que o diálogo entre os profissionais de saúde, paciente e familiares favorece um relacionamento de confiança e a obtenção de bons resultados para assistência com qualidade. O ser cuidador precisa saber ouvir, estar presente e ter empatia com o outro ser. Desta forma, ambos se fortalecerão e poderão encontrar a solução para o problema de saúde. Isto remete a um significado de humanização da assistência de enfermagem, com interação entre os cuidadores/familiares.

Os resultados alcançados graças a uma assistência de enfermagem humanizada de qualidade são bastante positivos em relação ao ser cuidador e ao indivíduo a ser cuidado (SIQUEIRA, 2006).

## **IMPACTOS RELACIONADOS À FALTA DE UMA ASSISTENCIA DE ENFERMAGEM HUMANIZADA**

A equipe de enfermagem, pelo fato de permanecer continuamente em contato com os pacientes, sofre mais os impactos dos problemas de relacionamento com os mesmos. Os pacientes, pelo maior grau de dependência com relação à enfermagem, também sofrem profundamente com a falta de humanização dos membros da equipe. Essa ação reflexa contribui para elevar o nível de tensão entre ambas às partes. Por isso, os responsáveis pela organização do serviço devem ter sempre em mente a diferença que existe entre paciente e pessoal; o paciente é um hóspede temporário, enquanto cada membro da equipe é um hóspede permanente (BEDIN, 2004).

Quanto menor a integração, a comunicação, o vínculo e o reconhecimento mútuo entre profissionais e usuários, entre equipes de profissionais e gestores das diversas instâncias do sistema de saúde, menor será a possibilidade de eficácia no atendimento humanizado da população (BRASIL, 2019).

É inegável que, depois de tantos anos de luta, o SUS conseguiu uma ampliação significativa em termos de cobertura e acesso. Gestores, profissionais e usuários dos serviços de saúde sabem que o maior desafio do SUS é melhorar a qualidade dos serviços que presta à população em termos de eficácia e produção de saúde. Não bastam centrar esforços na busca de eficiência e produtividade, essenciais para que os recursos públicos sejam investidos de forma responsável (FACCHINlet. al. 2018). Para melhorar a eficácia no atendimento à saúde, não basta investir na eficiência técnico-científica e na racionalidade administrativa. Qualquer atendimento à saúde, assim como qualquer relação entre gestores e equipes profissionais, é caracterizado pelas relações humanas. É preciso, portanto, estar atento a princípios e valores como a solidariedade e a ética na relação entre gestores, profissionais e usuários. Uma ética que acolha o desconhecido e o

imprevisível, que aceite os limites de cada situação e que seja pautada pela abertura e pelo respeito ao outro como um ser singular e digno. (TANAKA, 2012).

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com base na literatura, observou-se o grande aumento das comorbidades respiratórias que acometem os pacientes pelo mundo, entre elas a que mais se destaca é a doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC), sendo estimada pela organização mundial de saúde como a terceira maior causa de morte no mundo no ano de 2020. A DPOC é o termo usado para um grupo de doenças pulmonares: bronquite crônica e o enfisema. Na maioria das vezes os pacientes se encontram debilitados necessitando de oxigenoterapia e enfrentando o medo constante da morte. Tanto os pacientes quanto os seus familiares necessitam de uma assistência humanizada para lidar com essa fase da vida.

A equipe de enfermagem necessita estar apta física e mentalmente para prestar uma assistência adequada a esses pacientes dentro dos preceitos éticos. Diante disso é fundamental a discussão sobre o resgate da valorização da humanização da assistência de enfermagem, em toda área de atuação desses profissionais que constituem grande parte na área do cuidado em saúde. O avanço do racionalismo tecnicista perdeu de vista o ser humano, trazendo consigo uma assistência à saúde fragmentada e mecanizada, com protocolos e rotinas para serem aplicados a todos os usuários do serviço de saúde, e, com isso, abandonou-se valores humanos, que necessitam ser resgatados para que a ciência seja realmente eficiente e resolutive.

Todas as pessoas nascem com o dom de cuidar, porém na maioria das vezes esses princípios são esquecidos e dão lugar a um atendimento robotizado deixando de lado o ser humano o indivíduo por traz de cada patologia.

## REFERÊNCIAS

BEDIN, Eliana; et. al.: **Humanização da assistência de enfermagem em centro cirúrgico**. Revista Eletrônica de Enfermagem, v. 06, n. 03. Goiânia. 2004. Disponível em: <[https://www.fen.ufg.br/revista/revista6\\_3/13\\_Revisao3.html](https://www.fen.ufg.br/revista/revista6_3/13_Revisao3.html)>. Acesso em 09 de maio de 2019.

BRASIL. **Doença pulmonar obstrutiva crônica**. Ministério da saúde. Abril, 2014. Disponível em: < <http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2014/abril/02/pcdt-doenca-pulmonar-obs-cronica-livro-2013.pdf>>. Acesso em: 03 maio 2019.

BRASIL. Ministério da saúde: **Política Nacional de Humanização – HumanizaSUS**. 2018 Disponível em: <<http://portalms.saude.gov.br/saude-de-a-z/projeto-lean-nas-emergencias/693-acoes-e-programas/40038-humanizasus>>. Acesso em: 11 de maio de 2019.

BRASIL. **Humaniza Saúde: Política de Humanização da Assistência à Saúde**. 2018 Disponível em: <<http://www.humanizasaude.rs.gov.br/site/artigos/manual/>> Acesso em: 10 de maio de 2019.

BRASIL. Organização pan-americana de saúde: Doenças cardiovasculares. Revisado em maio de 2017. Disponível em: <[https://www.paho.org/bra/index.php?option=com\\_content&view=article&id=5253:doencas-cardiovasculares&Itemid=1096](https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5253:doencas-cardiovasculares&Itemid=1096)>. Acesso em: 13 de maio 2019.

CARDOSO, Alexandre Pinto. **DPOC Um Desafio a ser enfrentado**. Sociedade de Pneumologia e Tisiologia do estado do Rio de Janeiro. n 2. 2013. Rio de Janeiro. Revisado em 2017. Disponível em: [http://www.sopterj.com.br/wp-content/themes/\\_sopterj\\_redesign\\_2017/\\_revista/2013/n\\_02/full.pdf](http://www.sopterj.com.br/wp-content/themes/_sopterj_redesign_2017/_revista/2013/n_02/full.pdf). Acesso em: 12 maio 2019.

CARPENITO-MOYET, L. J. **Planos de cuidados de enfermagem e documentação: diagnóstico de enfermagem e problemas colaborativos**/ Lynda Juall Carpenito-Moyet; tradução: Ana Maria Vasconcellos Thorell, Regina Machado Garcez. - 5. ed.- Porto Alegre; Artmed, 2011.

CRAVIDÃO, Rita Almeida Carreiras da Fonseca. **Acompanhamento Farmacêutico da DPOC na Farmácia Comunitária**. Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias. Lisboa. 2017. Disponível em: <http://recil.grupolusofona.pt/bitstream/handle/10437/8314/Tese%20Acompanhamento%20Farmac%C3%AAutico%20da%20DPOC%20na%20Farm%C3%A1cia%20Comunit%C3%A1ria.pdf?sequence=1>. Acesso em: 10 jul. 2019.

DALLABONA, Márcia Ivete; Silva, Milena Mery da. **CUIDAR DE SI E DO OUTRO: DESAFIOS DA ENFERMAGEM**. Disponível em: <http://www.uniedu.sed.sc.gov.br/wp-content/uploads/2016/02/Marcia-Ivete-Dallabona.pdf>. Acesso em: 10 maio 2019.

FACCHINI, Luiz Augusto, et. al. **Qualidade da Atenção Primária à Saúde no Brasil: avanços, desafios e perspectivas**. Disponível em: <<https://scielosp.org/article/sdeb/2018.v42nspe1/208-223/pt/>>. Acesso em: 10 de maio 2019.

FERREIRA, Aurélio Buarque de Holanda. **O minidicionário da língua portuguesa**. 5<sup>o</sup> ed, 2014 Rio de Janeiro.

FILHO, Eládio Pessoa de Andrade; PEREIRA, Francisco Carlos Ferreira. **Anatomia Geral**. 1<sup>a</sup> ed. Sobral: Inta, 2015. 366p.

GASPERI, P.; RADÜNZ, V. **Cuidar de si: essencial para enfermeiros**. Reme: Rev. Min. Enfer., v.10, n.1, jan. 2006. Disponível em: <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/390>. Acesso em: 11 maio. 2019.

GUYTON ARTHUR C; HALL, John E. **Tratado de fisiologia médica**. 11<sup>a</sup> ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2006. 1115p.

HENRIQUES, Amanda Haissa Barros; BARROS, Raquel Farias de. **Cuidado ao cuidador na busca de um cuidado humanizado em saúde: um resgate bibliográfico**. Disponível em: <https://docplayer.com.br/10704917-Cuidado-ao-cuidador-na-busca-de-um-cuidado-humanizado-em-saude-um-resgate-bibliografico.html>. Acesso em: 6 maio 2019.

Hochhegger, Bruno; et. al. **Índice de enfisema pulmonar em coorte de pacientes sem doença pulmonar conhecida: influência da idade**. J. bras. pneumol. vol.38 no.4 São Paulo Jul/Ago. 2012. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1806-37132012000400012](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-37132012000400012)>. Acesso em: 12 de maio de 2019.

LAIZO, Artur. **Doença pulmonar obstrutiva crônica – Uma revisão**. Rev. Port. Pneumol v.15 n.6 Lisboa nov. 2009. Disponível em: <[http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0873-21592009000600008](http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0873-21592009000600008)>. Acesso em: 12 de maio de 2019.

NETTINA, Sandra M. Brunner. **Práticas de enfermagem**. 9 ed. Rio de Janeiro: Guanabara, 2014.

NEVES, Letícia; et. al. **O impacto do processo de hospitalização para o acompanhante familiar do paciente crítico crônico internado em Unidade de Terapia Semi-Intensiva**. Escola Anna Nery 2018. Disponível em: <[http://www.scielo.br/pdf/ean/v22n2/pt\\_1414-8145-ean-2177-9465-EAN-2017-0304.pdf](http://www.scielo.br/pdf/ean/v22n2/pt_1414-8145-ean-2177-9465-EAN-2017-0304.pdf)>. Acesso em: 10 de maio de 2019.

PETTA, Antônio Di. **Patogenia do enfisema pulmonar – eventos celulares e moleculares**. Disponível em: < [http://www.scielo.br/pdf/eins/v8n2/pt\\_1679-4508-eins-8-2-0248.pdf](http://www.scielo.br/pdf/eins/v8n2/pt_1679-4508-eins-8-2-0248.pdf) >. Acesso em: 10 de maio de 2019.

RESOLUÇÃO COFEN- 358/2009. **Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem, e dá outras providências**. Disponível em: < [http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-3582009\\_4384.html](http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-3582009_4384.html)>. Acesso em: 12 maio 2019.

SIQUEIRA, Amanda Batista; et. al. **Relacionamento enfermeiro, paciente e família: fatores comportamentais associados à qualidade da assistência.** Disponível em: <https://www.portalnepas.org.br/amabc/article/viewFile/243/239>. Acesso em: 12 maio 2019.

SMELTZER, S.C; BARE, B.G. Brunner & Suddarth: **Tratado de Enfermagem MédicoCirúrgica.** 13ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2015

TANAKA, Oswaldo Yoshimi; TAMAK, Edson Mamoru. **O papel da avaliação para a tomada de decisão na gestão de serviços de saúde.** São Paulo. 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n4/v17n4a02.pdf>>. Acesso em: 10 de maio de 2019.

TORTORA, Gerard J; DERRICKSON, Bryan. **Princípios de anatomia e fisiologia.** 12ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2010. 1228p.

TORTORA, Gerard J; DERRICKSON, Bryan. **Princípios de anatomia e fisiologia.** 14ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2017. 1201p.