

REVISÃO CRÍTICA

CRITICAL REVISION - REVISIÓN CRÍTICA

UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA: CONSIDERAÇÕES DA LITERATURA ACERCA DAS DIFICULDADES E ESTRATÉGIAS PARA SUA HUMANIZAÇÃO

Intensive Care Units: considerations of literature about the difficulties and strategies for its humanization

Unidades de Terapia Intensiva: consideraciones de la literatura acerca de las dificultades y estrategias para su humanización

Fabiana Bolela

Marli de Carvalho Jericó

Resumo

Esse trabalho consistiu em uma busca bibliográfica, cujo objetivo foi levantar na literatura científica nacional dos últimos 10 anos artigos relevantes sobre humanização em unidades de terapia intensiva relacionada ao paciente adulto, família e equipe de enfermagem, enfocando as principais estratégias utilizadas e dificuldades encontradas para sua implementação. Para a seleção dos artigos, foram estabelecidos critérios de inclusão, e, após a definição desses artigos, foi realizada leitura e análise descritiva dos mesmos. Os resultados obtidos com a análise dos dados identificaram que, apesar do tema "humanização" ter sido bastante abordado nos últimos 10 anos, tal abordagem se deu de modo a conceituar, buscar embasamentos teóricos sobre o tema, associando-o ao seu cotidiano experienciado enquanto profissionais que já atuaram em terapia intensiva, evidenciando as diversas dificuldades para a implementação do cuidado humanizado, no entanto com poucas sugestões viáveis de estratégias para tal.

Palavras-chave: Humanismo. Unidades de Terapia Intensiva. Enfermagem.

Abstract

This work consists of a bibliographical search whose objective was to raise from scientific national literature, from the last 10 years, relevant articles about humanization in intensive care units related to the adult patient, family and nursing staff focusing on the principal strategies used and the difficulties found for its implementation. For the selection of the articles some inclusion criteria have been established and after the definition of these articles, it has been made a reading and a describing analysis of them. The results obtained with the analysis of the information identified that, although the theme "humanization" has been a lot mentioned over the last 10 years, this mentioning has happened in a way to define, searching for its theoretical bases on the theme, associating its daily experiences while professionals that have actually worked in intensive care units, showing the many difficulties for the implementation of humanized care, however, with very few available suggestions of such strategies.

Keywords:

Humanism. Intensive Care Units. Nursing.

Resumen

Ese trabajo consistió en una busca bibliográfica, cuyo objetivo fue levantar en la literatura científica nacional de los últimos 10 años artículos relevantes sobre humanización en unidades de terapia intensiva relacionada al paciente adulto, familia y equipo de enfermería enfocando las principales estrategias utilizadas y dificultades encontradas para su implementación. Para la selección de los artículos fueron establecidos criterios de inclusión y después de la definición de esos artículos fueron realizadas lectura y análisis descriptivo de los mismos. Los resultados obtenidos con el análisis de los datos identificaron que, además del tema "humanización" fue bastante abordado en los últimos 10 años, tal abordaje ocurrió de modo a conceptualizar, buscar embasamientos teóricos sobre el tema, asociándole a su cotidiano vivido en cuanto profesionales que ya actuaron en terapia intensiva, evidenciando las diversas dificultades para la implementación del cuidado humanizado, pero con pocas sugerencias viables de estrategias para tal.

Palabras clave:

Historia de la Enfermería. Enseñanza. Investigación.

INTRODUÇÃO

A formação médica e dos demais profissionais de saúde tem priorizado a especialização dos mesmos e, com isso, o melhor preparo dos profissionais, cada vez mais capacitados e habilitados a oferecer o melhor tratamento e conseqüente recuperação ou cura do paciente. No entanto, tal formação tem deixado a singularidade do paciente (seus valores, crenças, sentimentos e emoções) em segundo plano, em detrimento do "fígado doente", da "função renal prejudicada", etc., o que tem comprometido significativamente o atendimento humanizado e de boa qualidade nas instituições de saúde.

Visando a uma mudança desse panorama nacional, o Ministério da Saúde cria, em 2001, o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH)¹, com o objetivo de humanizar a assistência hospitalar prestada aos pacientes atendidos nos hospitais públicos, e, em 2003, juntamente com os demais programas de humanização preexistentes, o PNHAH transforma-se em uma Política Nacional de Humanização, o Humaniza-SUS², abrangendo a saúde pública como um todo, na tentativa de melhorar a qualidade e eficácia dos serviços prestados pelas instituições de saúde.

É nesse contexto que também se faz necessário focar a humanização nas Unidades de Terapia Intensiva (UTIs). Para Souza *et al.*^{3,77},

As Unidades de Terapia Intensiva (UTIs) são consideradas como locais destinados à prestação de assistência especializada a pacientes em estado crítico. Para os pacientes aí internados há necessidade de controle rigoroso dos seus parâmetros vitais e assistência de enfermagem contínua e intensiva.

Algumas características peculiares de uma UTI são: o ambiente permeado por tecnologia de ponta, situações iminentes de emergência e necessidade constante de agilidade e habilidade no atendimento ao cliente.

Apesar de toda a tecnologia empregada nas UTIs e, com isso, o melhoramento da assistência prestada, o índice de mortalidade ainda é elevado, o que criou o mito, para pacientes e familiares, de que a UTI está diretamente relacionada à morte e a pacientes que não têm chance de recuperação (Souza *et al.*³).

Na atualidade, vê-se um panorama nas UTIs que nos conduz para a urgência da preocupação com o resgate da humanização. Há uma maior preocupação com o aperfeiçoamento da técnica, valorizando o modo-de-ser-trabalho, em detrimento do modo-de-ser-cuidado (Boff⁴).

Neste sentido, Corrêa^{5,161} diz que:

Em meio a aparelhagens e técnicas complexas, é preciso buscar o humano que ali se encontra, não

apenas enquanto aquele paciente que necessita ser constantemente monitorado em suas funções vitais, mas como o ser-ai que vivencia a facticidade da doença que o envolve em sua totalidade existencial e, sem dúvida, o faz experimentar a insegurança do "poder ser saudável", enfrentando a doença e o risco da morte.

O conceito de humanização pode ser traduzido como uma busca incessante do conforto físico e psíquico e espiritual do paciente, família e equipe. No contexto hospitalar, Mezomo⁶, ao discutir o que é a humanização do hospital, entende que:

Humanizar significa agir sobre a sua administração e o seu funcionamento, bem como a atitude do pessoal face ao enfermo, com o objetivo de proporcionar-lhe um ambiente físico e social tão agradável quanto possível, ressaltando os dissabores inevitáveis de seu tratamento.

Villa e Rossi^{7,138} entendem que *humanizar é uma medida que visa, sobretudo, tornar efetiva a assistência ao indivíduo criticamente doente, considerando-o como um ser biopsicossocioespiritual.*

A humanização em Terapia Intensiva surge na tentativa de melhorar a assistência prestada a pacientes críticos e seus familiares e, também, as condições de trabalho da equipe multidisciplinar atuante em CTI. Para Santos *et al.*^{8,28}:

A equipe multiprofissional que atua nas UTIs é composta por: Médicos Intensivistas, responsáveis pela assistência médica durante a permanência do paciente na UTI, que, juntamente com o médico responsável pela internação do paciente, elabora um plano para diagnóstico e tratamento; Enfermeiras são responsáveis pela avaliação e elaboração de um plano de cuidados de enfermagem individualizado e sistematizado. A equipe multidisciplinar da UTI ainda é composta por Auxiliar de Enfermagem, Agente de Transporte, Auxiliar Administrativo, Auxiliar de Higiene Hospitalar, Fisioterapeutas, Nutricionistas e Voluntárias.

É importante ressaltar que essa equipe multidisciplinar está unida por um objetivo comum e que, para alcançar tal objetivo, é necessário trabalhar em sintonia, complementando suas ações, discutindo e alcançando, sempre que possível, uma conclusão comum.

O paciente assistido em uma UTI perde seu contato direto com familiares e pessoas próximas, e é destituído, mesmo que temporariamente, da sociedade, de suas atividades e rotinas, tendo que se relacionar com desconhecidos e ficando exposto a situações

constrangedoras, a um ambiente diferente e inóspito, deparando-se com outros pacientes, por vezes em condições piores que a sua, além de outros fatores que acabam por gerar medo e angústia e, conseqüentemente, podem provocar-lhe depressão que o expõe a uma maior fragilidade e debilitação de seu estado emocional. Nesse sentido, o paciente precisa ser respeitado e atendido em algumas de suas necessidades e direitos, como individualidade, privacidade, presença da família e de profissionais que o acolham e o façam sentir o mais confortável possível, respeitando suas crenças, culturas e opiniões acerca de seu tratamento, e esclareçam suas dúvidas.

A família é entendida, neste contexto, como uma unidade social proximamente conectada ao paciente através do amor, podendo ou não ter laços legais ou de consanguinidade. Segundo Santos et al.^{8,28} :

A família deve ser compreendida como um aliado importante da equipe, podendo atuar como um recurso por meio do qual o paciente pode reafirmar e, muitas vezes, recuperar sua importância no tratamento, de forma a investir nas suas possibilidades de recuperação.

Quase sempre, a internação de um familiar tende a desestruturar a organização dos papéis ocupados por cada membro da família, posicionando-os em uma situação de fragilidade diante do medo da perda do ente querido.

Uma intervenção junto aos familiares é necessária, dando-lhes oportunidade para expor suas dúvidas, medos e sentimentos em relação à internação do paciente na UTI, ajudando-os a se conscientizarem da real situação do doente e da necessidade de tratamento na UTI. É preciso garantir que as famílias sintam-se apoiadas, úteis e participativas no tratamento do paciente e tenham suas dúvidas esclarecidas.

Outro ponto fundamental no processo de humanização é entender a equipe de maneira interdisciplinar, atuando e potencializando as ações entre si, respeitando o potencial de cada um.

Os profissionais de saúde que trabalham em UTIs são confrontados diariamente com questões relativas à morte, às difíceis condições de trabalho (baixa remuneração, trabalho excessivo, insuficiência de recursos humanos e materiais, entre outros) que interferem diretamente em seus sentimentos, emoções e defesas, podendo ser causas geradoras de estresse.

O cuidado emocional é de responsabilidade de toda a equipe de saúde, que precisa estar em condições emocionais de trabalhar com os pacientes, seus familiares e comunidade. Ser saudável é uma conquista que deve ser buscada não só para os pacientes, mas também para a vida dos profissionais que atuam em UTIs.

Segundo Rockenbach^{9,53}, a desumanização da equipe, por falta de condições de trabalho, provoca a desumanização do paciente, que deixa de receber os cuidados a que tem direito. Boemer et al.¹⁰ ainda dizem que *cuidar de quem cuida é condição necessária para melhorar a qualidade do cuidado na UTI.*

Nesse contexto, o trabalho teve por objetivo levantar na literatura científica nacional dos últimos 10 anos artigos relevantes sobre humanização em unidades de terapia intensiva relacionada ao paciente adulto, família e equipe de enfermagem, enfocando as principais estratégias utilizadas e dificuldades encontradas para sua implementação.

MÉTODO

Este estudo caracterizou-se como sendo de natureza descritiva, retrospectiva, de revisão bibliográfica sobre o tema humanização em unidades de terapia intensiva. Utilizaram-se como descritores de assunto os termos humanismo, unidades de terapia intensiva e enfermagem efetuando uma busca nas bases de dados MEDLINE, LILACS e SCIELO. Para escolha dos artigos definiram-se como critérios de inclusão, artigos nacionais publicados em periódicos nos últimos 10 anos que abordassem a temática proposta. Com os descritores humanismo, unidades de terapia intensiva e enfermagem, obtiveram-se 2 publicações indexadas ao LILACS e nenhuma no SCIELO e MEDLINE. Diante dessa pequena amostra obtida optou-se pelo uso combinatório dos descritores de assuntos. Assim, utilizaram-se humanismo e unidades de terapia intensiva e foram encontradas 7 publicações indexadas ao MEDLINE e 14 ao LILACS. Já com os descritores humanismo e enfermagem, obtiveram-se 11 publicações no MEDLINE e 10 no LILACS. Por fim, combinaram-se unidades de terapia intensiva e enfermagem, e foram obtidas 19 publicações no MEDLINE e 32 no LILACS. Mesmo com a combinação de descritores não se obteve nenhuma ocorrência de publicações na base de dados SCIELO.

Do total de 95 publicações encontradas, apenas 15 atendiam aos critérios de inclusão, sendo que delas, uma publicação repetiu-se no LILACS por 3 vezes, devido às combinações entre os descritores de assuntos; portanto, foi considerada apenas uma única vez. Dessa forma, a amostra do estudo foi de 12 artigos.

Conforme os artigos foram sendo obtidos, receberam uma numeração de acordo com o ano de publicação, em ordem crescente, e foram analisados de forma descritiva norteada pelos objetivos propostos. A delimitação dos artigos, bem como sua colocação em ordem cronológica, está representada no Quadro 1,

que se encontra em anexo. A partir dos resultados e discussões apresentados a seguir, a numeração sobrescrita entre parênteses refere-se aos artigos selecionados para a revisão.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Diante do levantamento bibliográfico realizado, buscou-se identificar nas publicações selecionadas, através da leitura integral das mesmas, se os autores explicitavam em seus estudos estratégias utilizadas e dificuldades encontradas para a implementação da humanização em unidades de terapia intensiva, tanto relacionada aos pacientes como também às famílias e à equipe de enfermagem, conforme a proposta do estudo.

Dificuldades da implementação da humanização para o paciente adulto e sua família e os profissionais de enfermagem em unidades de terapia intensiva

A análise dos textos selecionados pôde evidenciar que a maioria deles traz, em seu conteúdo, aspectos relacionados ao ambiente da UTI que influenciam negativamente sobre a ação dos profissionais no cuidado humanizado aos pacientes e familiares, como, por exemplo, o apego à tecnologia ali empregada, sobrepondo a utilização rotineira dos equipamentos ao humano ali cuidado e não percebido como um ser em sua totalidade, que requer cuidados e direitos atendidos em sua plenitude^(1, 5-8, 11, 12). Isso fica evidenciado na seguinte citação de Ribeiro^{11:16}:

É possível identificar que a tecnologia exerce um fascínio sobre os profissionais da saúde, todavia, ressalta-se, é imperioso atentar para que a máquina não se torne mais importante do que o próprio paciente.

Nascimento e Stipp¹² acreditam que é de fundamental importância a atuação do enfermeiro gerencial de forma a evitar a sobreposição da tecnologia ao paciente cuidado, o que fica evidenciado a seguir:

De todos os aspectos citados, o mais relevante de todos é a forma como direcionar a assistência de enfermagem, ou seja, transformar a prática gerencial numa dinâmica catalisadora de ações humanizadas e voltadas para o ser humano com necessidades específicas, evitando que a maciça presença de equipamentos e processos tecnológicos tornem o cuidado de enfermagem uma fábrica de montagem e desmontagem^{12:192}.

O mecanicismo e robotização das ações da equipe de enfermagem, que por serem rotineiras e, muitas vezes rígidas e inflexíveis, tornam o cuidado ao paciente, impessoal, impositivo e fragmentado, dificultando, assim, a prestação de um cuidado humanizado.^{1,4-6,7,10,11}

Villa e Rossi^{7:141} afirmam, em seu estudo, que *o objeto da enfermagem está centrado mais na tarefa a ser executada do que no paciente.*

As rotinas de visita aos pacientes, que muitas vezes não atendem plenamente aos anseios e expectativas dos pacientes e familiares, devido ao pouco tempo de permanência dos mesmos e à rigidez dos horários, gerando ainda mais ansiedade e insegurança a ambos^{3,6,9}.

Oliveira *et al.*^{13:41} referem que *os entrevistados expressaram seus sentimentos de pesar pela ausência da família (...) devido à rotina que restringe a entrada de pessoas no ambiente.*

Ainda, esse mesmo ambiente inóspito da UTI pode gerar fatores estressantes também para a equipe de enfermagem, como os citados abaixo:

- As situações emocionalmente conflitantes e de estresse (risco iminente de vida, a constante presença da morte, o convívio com a dor do outro) fazem parte do cotidiano da equipe prestadora de cuidados na UTI, podendo culminar no desgaste físico e psicológico da equipe que, por vezes, adota mecanismos de defesa na tentativa de não sofrerem com o sofrimento do outro^{3,5,7,8,9,10}.

- Collet e Rozendo^{14:191} afirmam que *afetivamente a enfermagem pode assumir uma postura de indisponibilidade e de intolerância para com a emoção provocada pela percepção do sofrimento do outro. Ao rejeitar ou negar o sofrimento do usuário, a enfermagem se protege.*

As instituições de saúde, onde o modelo biomédico ainda é vigente, colaboram sobremaneira na dificuldade em implementar uma assistência humanizada aos seus pacientes, uma vez que não proporcionam à sua equipe condições dignas de trabalho, submetendo-a a turnos prolongados de trabalho, número insuficiente de pessoal, baixa remuneração, desvalorização das suas ações, que, comparadas às ações médicas, são classificadas como de menor importância, causando frustração e desmotivação em toda a equipe, que, dessa forma, não é "cuidada" de forma humanizada para que possa oferecer o mesmo cuidado humanizado aos pacientes^{3,4-8,10}.

Em seu estudo, Villa e Rossi^{7:141} afirmam que:

Nessa categoria, os informantes ressaltaram aspectos referentes ao estresse pela sobrecarga

de trabalho e o intenso número de atividades no dia-a-dia da UTI (...) Mencionaram, ainda, a importância de estender a atenção à equipe de enfermagem no cuidado humanizado, ou melhor, cuidar de quem cuida, como condição necessária para melhorar a qualidade do cuidado na UTI.

Outras citações apareceram nos demais artigos com menor frequência, o que não significa que sejam de menor importância, sendo que devem ser levadas em consideração pelos profissionais e instituições na tentativa de humanizar o cuidado prestado, a saber:

- Conflitos no relacionamento profissional-paciente e/ou profissional-família¹.
- O discurso em contradição às ações. Neste sentido, Villa e Rossi ^{7:141} relatam que:

A observação do contexto real da terapia intensiva faz-nos constatar a dicotomia existente entre teoria e prática. Apesar de conceituarem cuidado humanizado como respeito, amor, carinho, mantendo o diálogo, a privacidade, dando atenção à família, os informantes mencionam atitudes, comportamentos, condutas que caracterizam a UTI como um ambiente mecânico e desumano com paciente, família e equipe de enfermagem.

- A competitividade nos dias atuais, tornando profissionais e instituições egoístas, individualistas, concorrentes, em que o único objetivo é a produção de serviço, não importando como se dará essa produção².
- Barulho constante dos equipamentos e conversas entre os profissionais, influenciando no descanso apropriado do paciente².
- Falta de privacidade referida pela maioria dos pacientes, expondo-os a situações constrangedoras que os fazem vivenciar a desapropriação de seu corpo, autonomia e liberdade de opinar⁷.
- Famílias que se sentem totalmente excluídas e pouco participativas nos cuidados e tratamento de seu familiar, sentindo-se impotentes diante da situação de doença em que o paciente se encontra^{7,9-11}

Dessa forma, esses foram os principais achados acerca das dificuldades encontradas para a implementação da humanização da assistência em Unidades de Terapia Intensiva.

Estratégias para a implementação da humanização ao paciente adulto, família e profissionais de enfermagem em unidades de terapia intensiva

Dentre os artigos que atendiam aos critérios de inclusão preestabelecidos, poucos traziam sugestões

ou mesmo ações efetivas compreendidas como estratégias na tentativa de humanizar a assistência em terapia intensiva.

Foram muito citados, na visão de profissionais, pacientes e famílias, aspectos que tendem a ir de encontro com a humanização do cuidado, mas que, no entanto, não encontram vias de serem aplicados na prática cotidiana, seja pela formação dos profissionais envolvidos, seja pelo modo de trabalho em que se dá a assistência em unidades de terapia intensiva, ou mesmo por se tratar, ainda, de uma ideologia, em que sua necessidade é compreendida por todos, mas de difícil incorporação pessoal.

Algumas considerações seguem abaixo:

- O ambiente ou estrutura física foi citado como de fundamental importância no bem-estar de paciente, equipe e família, podendo constituir-se como um facilitador das ações na tentativa de humanizar a assistência, através da colocação de calendários, relógios (para situarem o paciente no tempo e espaço), janelas espalhadas, permitindo ao paciente ver o ambiente externo, diferenciar a luz do dia do anoitecer, facilitando percepções que são **prejudicadas em um ambiente fechado**^{7,3}.

- A aplicação de uma nova abordagem ou modelo assistencial na tentativa da contribuição para o cuidado de enfermagem em terapia intensiva^{6,11}. Nascimento e Trentini ^{15:251} propõem a reflexão sobre a possibilidade de o paradigma da simultaneidade, apoiado na teoria humanística de Paterson e Zderad, contribuir para a humanização do cuidado.

O presente estudo é apoiado em particular, nas concepções relativas ao ser humano, ambiente, saúde, enfermagem e diálogo, e em nossa experiência profissional, na área da terapia intensiva, segundo a ótica de Nascimento e Trentini¹⁵ e Martins e Farias¹⁶.

Enfim, acreditamos que o paradigma da simultaneidade, como forma de perceber o ser humano hospitalizado em UTI, possibilita um cuidado que rompe com o modelo assistencial predominante, cujo objetivo maior é a cura e não o cuidado do ser.

Ainda nesse contexto de uma nova abordagem ou modelo assistencial, Martins e Faria^{16:398} consideram que:

Neste modelo [abordagem sócio-humanista], a equipe de enfermagem, rompe com sua forma tradicional de trabalho, em que o enfermeiro estipula as ações de cuidado e os trabalhadores de nível médio (técnicos e auxiliares de enfermagem, auxiliar de saúde, assistente administrativo) são simples executores desse cuidado. A equipe de enfermagem, nesta proposta, se torna mediadora do processo de recuperação do sujeito hospitalizado e os sujeitos familiares.

Os autores citados consideram ainda, que nesse modelo é permitida a realização de um trabalho em que todos os envolvidos (paciente, família e equipe) contribuam ativamente; ou seja, a participação de todos é assegurada.

A comunicação e o diálogo entre todos os envolvidos no processo de permanência de um paciente na UTI foram itens citados em três textos^{5,8,11}, como ações que criam oportunidades às relações, otimizando as expressões, tanto objetivas quanto subjetivas. Segundo Nascimento e Trentini^{15,257}:

O ambiente da UTI tornar-se-á menos impessoal para o doente e seus familiares quando o diálogo estiver aberto para ambos, quando houver uma interação entre os doentes e seus familiares, entre eles e o ser cuidador de enfermagem, e entre os cuidadores de enfermagem da UTI.

Outras estratégias citadas em um número menor dentre os artigos foram:

- Melhor envolvimento e interação efetiva com paciente e família^{7, 8};
- Necessidade de cuidar de quem cuida⁷;
- Retomar o valor afetivo do cuidado, o amor (enquanto momento de expressão do cuidado), a empatia, a intimidade e a solidariedade no sentido de cuidar do outro como eu gostaria de ser cuidado^{2,4}.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Retomando o objetivo inicial desse trabalho, o de buscar na literatura nacional dos últimos 10 anos aspectos relevantes sobre as dificuldades e

estratégias facilitadoras na implementação da assistência humanizada em Unidades de Terapia Intensiva relacionada a pacientes, família e equipe, pôde-se concluir que o tema "humanização" tem sido freqüente objeto de pesquisas dos profissionais da área da saúde e, em especial, de enfermeiros, preocupados com a qualidade da assistência que tem sido prestada aos seus pacientes. No entanto, quando essas pesquisas propõe-se estudar e discutir o tema, elas se restringem mais a aspectos teóricos do que às reais possibilidades de sua implementação; ou seja, é mais no discurso do que na prática que essa discussão acontece.

Prendem-se a conceitos e às opiniões de outros autores previamente publicadas e em virtude da realidade vivida dos pesquisadores, que, em quase sua totalidade, já experienciaram o ser enfermeiro em Unidades de Terapia Intensiva, eles relatam com mais facilidade as principais dificuldades encontradas nesse setor para a implementação da humanização. Mas, quando da sugestão de estratégias viáveis para que isso aconteça, restringem-se apenas a concluir o quão necessária torna a reflexão e busca de ações facilitadoras, sem explicitar como isso pode acontecer.

Então, concluímos que, enquanto os pesquisadores focarem seu objeto de estudo apenas no tema geral "humanização", não propondo ações e estratégias para que ela efetivamente aconteça, continuarão encontrando cada vez mais dificuldades para sua implementação. E a humanização da assistência em UTIs continuará sendo uma ideologia distante da realidade.

Referências

1. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Assistência à Saúde. *Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar*. Brasília (DF); 2001.
2. Ministério da Saúde (BR). *Manual do Humaniza SUS*. Brasília (DF). Disponível em: www.saude.gov.br/humanizausus
3. Souza M, Possari JF, Mugaiair KHB. Humanização da abordagem nas unidades de terapia intensiva. *Rev Paul Enferm* 1985 abr; 5(2): 77-9.
4. Boff L. *Saber cuidar: éticas do humano; compaixão pela terra*. 7ªed. Petrópolis (RJ): Vozes; 1999.
5. Correa AK. Do treinamento do enfermeiro à possibilidade da educação em terapia intensiva: em busca do sentido da existência humana [Tese de Doutorado]. Ribeirão Preto (SP): Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto / USP; 2000.
6. Mezomo JA. O que é humanização no hospital? Circular 02/80 apresentada no 1º Congresso Brasileiro de Humanização do Hospital e da Saúde; 1980; São Paulo (SP), Brasil.
7. Villa VSC, ROSSI LA. O significado cultural do cuidado humanizado em unidade de terapia intensiva: "muito falado e pouco vivido". *Rev Latino-am Enfermagem* 2002 mar/abr; 10(2): 137-44.

8. Santos CR, Toledo NN, Silva SC. Humanização em unidade de terapia intensiva: paciente-equipe de enfermagem-família. *Nursing* 1999 out; 17(2):6-9.
9. Rockenbach LH. A enfermagem e a humanização do paciente. *Rev Bras Enferm* 1985, jan/mar; 38(1): 49-54.
10. Boemer MR, Rossi LR, Nastari RR. A idéia de morte em unidade de terapia intensiva: análise de depoimentos. *Rev Gaúcha Enferm* 1989 jul; 10(2):8-14.
11. Ribeiro RCN, Carandina DM, Farah OG, Fugita RMI. Tecnologia e humanização. *Rev SOBECC* 1999 jul/set; 4(3):15-9.
12. Nascimento MTF, Stipp MAC. Gerência de Unidade de Cuidado Crítico. *Esc Anna Nery Rev Enfermagem* 2002 ago; 6(2): 189-94.
13. Oliveira FPT, Santos GS, Silva LS. A percepção do paciente sobre sua permanência na Unidade de Terapia Intensiva. *Nursing* 2003 maio; 60(6):37-42.
14. Collet N, Rozendo CA. Humanização e trabalho na enfermagem. *Rev Bras Enferm* 2003 mar/abr; 56(2): 189-192.
15. Nascimento ERP, Trentini M. O cuidado de enfermagem na unidade de terapia intensiva (UTI): teoria humanística de Paterson e Zderad. *Rev Latino-am Enfermagem* 2004 mar/abr; 12(2): 250-57.
16. Martins JJ, Faria EM. A (re) organização do trabalho da enfermagem em UTI, através de uma nova proposta assistencial. *Texto & Contexto Enferm* 2000 mai/ago; 9(2): 388-401.

Sobre as Autoras

Fabiana Bolela

Especialista em Enfermagem de Terapia Intensiva. Mestranda em Enfermagem da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - SP. fbolela@yahoo.com.br

Marli de Carvalho Jericó

Profª do Curso de Enfermagem da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto - SP. Doutoranda em Enfermagem da Escola de Enfermagem da USP. marli@famerp.br

Recebido em 16/11/2005
Reapresentado em 05/06/2006
Aprovado em 19/06/2006

ANEXO

Quadro 1: Artigos selecionados que atendiam aos critérios de inclusão preestabelecidos, com seus correspondentes autores, ano de publicação, periódico e base de dados onde foram indexados.

| Referência | Estudo/Título | Autor/Ano | Periódico/Base de Dados |
|------------|---|--|---|
| 1 | Humanização em terapia intensiva: a contribuição da abordagem fenomenológica | SANTOS, L.C.G.; TOCANTINS, F.R. 1998 | Rev. Enferm. UERJ LILACS |
| 2 | Cuidado solidário: um compromisso social da enfermagem em Unidades de Terapia Intensiva | BETTINELLI, L.A.; ERDMANN, A.L. 1988 | Cogitare Enfermagem LILACS |
| 3 | Humanização em Unidade de Terapia Intensiva: paciente – equipe de enfermagem – família | SANTOS, C.R.; TOLEDO, N.N.; SILVA, S.C. 1999 | Nursing LILACS |
| 4 | Humanização da prática pelo cuidado: um marco de referência para a enfermagem em unidades críticas | PAGANINI, M.C. 2000 | Cogitare Enfermagem LILACS |
| 5 | A humanização na UTI – um caminho em construção | SOUZA, L.N.A.; PADILHA, M.J.C.S. 2000 | Texto Contexto Enfermagem LILACS |
| 6 | A (Re) Organização do trabalho da enfermagem em UTI, através de uma nova proposta assistencial | MARTINS, J.J.; FARIA, E.M. 2000 | Texto Contexto Enfermagem LILACS |
| 7 | O significado cultural do cuidado humanizado em terapia intensiva: "muito falado e pouco vivido" | VILLA, V.S.C.; ROSSI, L.A. 2002 | Rev. Latino-americana de Enfermagem LILACS |
| 8 | Humanização e trabalho na enfermagem | COLLET, N.; ROZENDO, C.A. 2003 | Rev. Brasileira de Enfermagem MEDLINE |
| 9 | A percepção do paciente sobre sua permanência na Unidade de Terapia Intensiva | OLIVEIRA, F.P.T.; SANTOS, G.S.; SILVA, L.S. 2003 | Nursing LILACS |
| 10 | Humanização da assistência de enfermagem: estudo com clientes no período pós-internação de uma UTI-adulto | MATSUDA, L.M.; SILVA, N.; TISOLIN, A.M. 2003 | Acta sci., Health sci LILACS |
| 11 | O cuidado de enfermagem na Unidade de Terapia Intensiva (UTI): teoria humanística de Paterson e Zderad | NASCIMENTO, E.R.P.; TRENTINI, M. 2004 | Rev. Latino-americana de Enfermagem MEDLINE |
| 12 | Significado do cuidar na Unidade de Terapia Intensiva | LUCENA, A.F.; CROSSETTI, M.G. 2004 | Rev. Gaúcha de Enfermagem MEDLINE |