

Humanização da equipe de enfermagem em unidade de terapia intensiva uma revisão integrativa

LOPES, A. M.¹
SILVA, H. M. C.²
LAGO, E. A.³

¹ Enfermeira. Universidade Federal da Paraíba/UFPB. João Pessoa-PB. E-mail: elenir_lago@hotmail.com.

² Enfermeira. Universidade Federal do Piauí/UFPI. Teresina-PI. E-mail: lopes_maurvane_lopes@hotmail.com

³ Enfermeira. Centro Universitário de Saúde Ciências Humanas e Tecnologia do Piauí. Teresina-PI. E-mail: casteloesilva@hotmail.com

Resumo

Introdução: A observação diária na UTI indicava que havia dificuldades para manejo com os familiares e para a implantação plena de humanização no cuidado, causado muitas vezes por sobrecarga de trabalho da equipe de enfermagem, “ignorância” por parte de alguns profissionais de achar que o aparato tecnológico da UTI resolveria a patologia do cliente negligenciando o lado da dignidade humana, dessa forma o objetivo do estudo foi verificar nas produções científicas os fatores que influenciam a equipe de Enfermagem na implementação da política Humaniza-SUS na UTI. **Método:** revisão integrativa da literatura, utilizou-se os bancos de dados CINAHL e BVS. Inclui-se artigos disponibilizados na íntegra em português, inglês ou espanhol, publicados entre 2000 a 2014, natureza quanti ou qualitativa, direcionados a assistência humanizada pela equipe de Enfermagem na UTI. Como descritores: “Humanização da Assistência” e “Unidade de Terapia Intensiva” e “Cuidados de Enfermagem”. Encontrou-se 233 artigos, após a leitura dos resumos foram selecionados dezoito. **Resultados:** os fatores relacionavam-se à deficiência de comunicação entre a equipe de Enfermagem, o paciente e os familiares, fatores organizacionais dos serviços de atenção à saúde. **Conclusão:** há dissonâncias entre o preconizado pelo Humaniza-Sus e a práxis pela equipe de enfermagem na UTI, havendo fragilidade na implantação da mesma.

Descritores: cuidados de enfermagem; humanização da assistência; unidades de terapia intensiva; enfermagem.

1. INTRODUÇÃO

As UTIs constituem um local munido de um conjunto de elementos funcionais agrupados, destinados ao atendimento de pacientes graves ou de risco que exijam assistência médica e de enfermagem ininterruptas, além de equipamentos e recursos humanos especializados (BRASIL, 2005).

No Brasil, as primeiras Unidades de Terapia Intensiva (UTIs) foram estabelecidas no início do ano de 1960, no Rio de Janeiro e em São Paulo, que se aprimoraram e expandiram por todo o país na década seguinte (LINO, SILVA, 2001; PADILHA, VATTIMO, SILVA, 2009).

Embora seja o local ideal para atendimento a pacientes graves, a UTI parece oferecer um dos ambientes mais agressivos, tensos e traumatizantes do hospital. Estes fatores agressivos não atingem apenas pacientes e familiares, mas também a equipe multiprofissional, principalmente a enfermagem que convive diretamente

(83) 3322.3222

contato@conbracis.com.br

www.conbracis.com.br

com cenas de pronto-atendimento, pacientes graves, isolamento e morte (CINTRA, NISHIDE, NUNES, 2000; VILA, ROSSI, 2002).

O paciente internado na UTI necessita de cuidados de excelência, dirigidos não apenas para os problemas fisiopatológicos, mas também para as questões psicossociais, ambientais e familiares que se tornam intimamente ligadas a doença física (VILA, ROSSI, 2002).

Sabe-se que há dificuldade de se implementar um cuidado humanizado em UTI, tendo em vista a rotina complexa que envolve esse setor, levando os membros da equipe de enfermagem, na maioria das vezes, a esquecerem de tocar, conversar e ouvir o ser humano que está a sua frente, ou seja, o cuidador acaba se afastando do ser humano cuidado (VILA, ROSSI, 2002).

Diante desse contexto, acredita-se que a humanização no atendimento aos clientes críticos permite o resgate do cuidado focado na dignidade do indivíduo que vivencia o estar saudável/estar doente, pois ao se aliar a tecnologia com a promoção, acolhimento e respeito ético-cultural acabam por suprir a necessidade do cliente, de sua família, além do bem-estar da equipe multiprofissional (DESLANDES, 2004; PUCCINI, CECILIO, 2004; COSTA, FIGUEIREDO, SCHAURICH, 2009).

A fim de legitimar, a nível nacional, a cultura de humanização, em 2001, foi regulamentado, o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH) que propõe um conjunto de ações integradas que visam mudar substancialmente o padrão de assistência ao usuário nos hospitais públicos do Brasil, melhorando a qualidade e a eficácia dos serviços prestados por estas instituições, com objetivo de aprimorar as relações entre o profissional de saúde e o usuário, dos profissionais entre si e do hospital com a comunidade, respeitando seus aspectos biológico, emocional, espiritual e social (BRASIL, 2001).

Nesse sentido, parte-se da seguinte questão norteadora: Quais os fatores que influenciam a equipe de Enfermagem na implementação da política Humaniza-Sus no ambiente de UTI adulta?

O interesse pela temática deve-se a experiência e a observação diária nesse ambiente, onde havia dificuldades para manejo com os familiares e para a implantação plena de humanização no cuidado, a equipe por “ignorância” achavam que o aparato tecnológico da UTI resolveria a patologia do cliente negligenciando o lado da dignidade humana, além disso, constatou-se inexistência de estudos publicados sobre tais dados sobre humanização nos cuidados prestados pela equipe de enfermagem em UTI no Piauí.

O objetivo foi verificar nas produções científicas os fatores que influenciam a equipe de

Enfermagem na implementação da política Humaniza-SUS no ambiente de UTI a fim de identificar os fatores que dificultam a prestação do cuidado humanizado aos clientes internados na UTI e quais intervenções são viáveis para melhoria do atendimento.

3. MÉTODO

Trata-se de uma revisão integrativa da literatura referente a implantação da política de humanização pela equipe de Enfermagem. A revisão integrativa é um método de pesquisa que realiza a busca, a avaliação crítica e a síntese de estudos publicados sobre um determinado tema de forma sistemática. São úteis para identificar lacunas do conhecimento que necessitam ser melhor estudadas (MENDES, SILVEIRA, GALVÃO, 2008).

Para construção desta revisão, foram utilizadas as seguintes etapas: identificação do tema e formulação da questão norteadora; estabelecimento dos critérios de inclusão e exclusão; coleta de dados pela busca na literatura nas bases de dados eletrônicas a fim de selecionar a amostra; definição das informações de interesse a serem extraídas dos estudos; avaliação dos estudos a serem incluídos; interpretação dos dados e apresentação dos resultados evidenciados (MENDES, SILVEIRA, GALVÃO, 2008).

Os critérios de inclusão foram: texto disponibilizado na íntegra, escritos em português, inglês ou espanhol, artigos publicados entre os anos de 2000 a 2014 de natureza quanti ou qualitativa, que tratassem sobre a equipe de Enfermagem no processo de humanização da assistência ao paciente adulto na unidade de terapia intensiva. Utilizou-se como critérios de exclusão: artigos referentes a temática, mas com foco na neonatologia ou pediatria; que abordassem o tema relacionado a outras áreas profissionais que não da Enfermagem; artigos indexados em mais de uma base de dados e dissertações e teses.

A identificação do objeto de estudo se deu por busca online por meio da Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL), Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), nas seguintes bases de dados: Scientific Electronic Library Online (SciELO), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE) no período de junho de 2014.

Foram escolhidos os descritores controlados - conhecidos como "títulos de assuntos médicos" ou "descritores de assunto", que são utilizados para indexação de artigos nas bases de dados - dos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS): "Humanização da Assistência" e "Unidade de Terapia Intensiva" e "Cuidados de Enfermagem", e o descritor não-controlado "Adulta", que representa as palavras textuais e seus sinônimos, variações de grafia, siglas e correlatos. Para CINAHL foram utilizados os descritores: "Humanization of Assistance" and

“Intensive Care Units” and “Nursing”, foram realizados cruzamentos dos descritores através do conector booleano “AND”.

Foram encontrados 233 artigos dos quais 183 na base de dados BVS, e 50 no CINAHL, após a leitura de todos os resumos foram selecionados dezoito, perfazendo então a amostra. O instrumento para a análise dos artigos consta: autores, ano, objetivos, metodologia, resultados e conclusão.

4. RESULTADOS

A maioria dos estudos foram realizados na região sul, totalizando 7 (38,89%), seguido da região sudeste 6 (33,3%), nordeste representando 3 (16,67%) e região Centro- Oeste 2 (11,11%). Quanto aos objetivos dos estudos prevaleceram aqueles relacionados a percepção dos Enfermeiros sobre o processo de humanização, levantando as dificuldades relacionadas a implementação desta, além de levantar intervenções viáveis para facilitar a implantação da mesma no ambiente de UTI.

A metodologia mais presente foi a qualitativa o que permite aplicação ao estudo da história, das relações, das representações, das crenças, das percepções e das opiniões, produtos de interpretação que os humanos fazem a respeito de como vivem, constroem artefatos e a si mesmos, sentem e pensam, permitindo o conhecimento das lacunas deixadas por dados objetivos e garantindo reflexão e aprofundamento sobre a temática (MINAYO, 2008).

Os resultados apontam dificuldades na implementação da política Humaniza- SUS e em especial comunicação deficiente da equipe de saúde com os pacientes e familiares.

5. DISCUSSÃO

COMUNICAÇÃO PROFISSIONAL-PACIENTE- FAMÍLIA

A comunicação é um dos principais meios para favorecer as interações entre a equipe, pacientes e familiares, mas esta deve ser previamente planejada pela equipe de enfermagem, a partir do levantamento das necessidades dos pacientes e de seus familiares frente a sua nova situação de vida (SILVEIRA, et. al., 2005).

Então, apesar da importância dos instrumentos tecnológicos da terapia intensiva na manutenção da vida dos pacientes, tais como as bombas de infusão, os monitores cardíacos, as camas eletrônicas, os ventiladores mecânicos e outros; deve-se ter em mente que o foco é o cuidado ao cliente, e que este não representa apenas uma extensão do maquinário (SILVA, PORTO, FIGUEIREDO, 2008).

A fim de garantir um cuidado de qualidade necessita-se, além da competência técnica, que proporciona correta execução de procedimentos, a competência emocional, que ajuda os profissionais a

lidar com suas emoções em contato consigo e com o outro, as quais são desenvolvidas informalmente (SILVA, 2003).

Notou-se nos estudos que a equipe geralmente não estabelece uma boa comunicação com os pacientes durante a internação, levando a uma mecanização do cuidado de Enfermagem (POTT, et. al., 2013; MONGIOVIL, et. al., 2014).

Infelizmente, a inversão de valores ainda se perpetua pelo modelo de atenção hegemônico e seus preceitos também encontram força na formação dos profissionais de saúde, uma vez que estes em sua maioria estão preocupados com as tecnologias e manejo das técnicas, consequentemente formando profissionais incoerentes com as políticas de humanização, promovendo cada vez mais o distanciamento entre a teoria e a prática (CAMPOS, MELO, 2011).

Apresentando-se como justificativas para o distanciamento, que a UTI é um setor voltado a pessoas criticamente enfermas, que possuem condições complexas, e que a prioridade são os doentes mais graves e os dados objetivos a eles relacionados, como a prescrição médica, exames bioquímicos e, até mesmo, o banho de leito (CAMPOS, MELO, 2011; SILVA, et. al., 2012; MONGIOVIL, et. al., 2014).

Além disso, a equipe de enfermagem sente-se despreparada para manter um envolvimento emocional mais próximo com os pacientes, já que faltam conhecimentos e preparo que deem suporte para se trabalhar com a dor e o sofrimento do outro e para estabelecer processos efetivos de comunicação, e por isso para se blindarem focam na objetividade e mostram-se indiferentes ao rejeitar ou negar o sofrimento do cliente (MARTINS, ROBAZZI, 2009; PEREIRA, 2012).

Um estudo evidenciou que a comunicação efetiva com o paciente sedado torna-o mais calmo, pois permite o estabelecimento de uma troca, a partir de simples gestos, tais como: olhar para o paciente quando se dirige a ele, explicar o procedimento antes de realizá-lo e tocar. A partir disso, o enfermeiro tem maior possibilidade levantar suas necessidades, perceber o que ele está sentindo, mensurar o grau de sedação, além de criar um vínculo de confiança entre o profissional e o paciente (ZINN, SILVA, TELLES, 2003).

Mediante o constatado pelos estudos é preciso rever a habilidade emocional da equipe, pois o contato com o paciente nunca ocorre de forma neutra, pois todos carregam seus valores culturais, preconceitos ou atitudes, portanto, é essencial cuidar do cuidador para que este tenha condições de cuidar dos outros e assim possam enfrentar e superar as frustrações presentes no trabalho (CINTRA, NISHIDE, NUNES, 2000; AMESTOY, SCHWARTZ, THOFEHRN, 2006).

Assim, o agir dessa equipe pode tornar-se mais eficiente e eficaz, pois permitirá aumento da autoestima e favorecerá a ocupação de uma posição de reconhecimento, prestígio e autonomia profissional (AMESTOY, SCHWARTZ, THOFEHRN, 2006).

Diante do contexto, relacionam-se cuidados que tornam o atendimento mais humanizado: dirigir-se ao paciente pelo nome com tom calmo; atitude de conversar, informar o paciente, localizá-lo no tempo e no espaço, enfim, personalizar o atendimento, superando as dificuldades que a equipe de enfermagem encontra para romper padrões culturais perpetuados e compartilhados pela equipe de saúde, diminuindo a dicotomia entre a teoria e a prática (KNOBEL, NOVAES, KARAM, 1999; VILA, ROSSI, 2002; LEMOS, ROSSI, 2002).

E no que diz respeito aos familiares, estudos apontam que os enfermeiros da UTI compreendem a importância do familiar no cuidado ao paciente, mas que na prática eles evitam contato com este, esquecendo de acolhê-lo, explicar o que é uma UTI, como está seu ente e como ele pode ajudá-lo (VILA, ROSSI, 2002; SCHNEIDER, et. al., 2009; SANTANA, et. al., 2009; SILVA, et. al., 2012; FARIAS, et. al., 2013).

O trabalho dos profissionais em UTIs continua centrado na execução de ações assistenciais dirigidas diretamente ao paciente, permanecendo a família à margem de uma atenção mais específica, sendo a família considerada como intrometida, e alguém que está ali para criticar o trabalho do profissional (BETTINELLI, ERDMANN, 2009). Nos hospitais, raros são os profissionais da saúde que dão valor à família e a vislumbram como parte inerente do cuidado (MAESTRI, et. al., 2012).

E o que se observa é que o horário de visita é tido pelos funcionários como oportunidade para lanche, sair do ambiente crítico, descansar podendo sobremaneira maximizar o sentimento de ansiedade e desamparo dos familiares (VILA, ROSSI, 2002; NASCIMENTO, TRENTINI, 2004; PREDEBON, et. al., 2011; FARIAS, et. al., 2013).

Corroborando isso um estudo mostra que o diálogo com a família é formal, burocrático, despersonalizado e desprovido de planejamento, deixando despreparado o familiar para o primeiro contato com o paciente e com o ambiente desconhecido, cheio de máquinas e fios, aumentando a ansiedade e o sofrimento destes (MARUITI, GALDEANO, 2007; PREDEBON, et. al., 2011).

Agravando a situação, a equipe geralmente trata com indiferença o momento da visita, desvalorizando a interação com o familiar que seria oportunidade da Enfermagem ampliar suas possibilidades de cuidado, já que levantaria as necessidades dos pacientes e subsidiaria uma assistência individualizada (CASANOVA, LOPES, 2009).

Entende-se que a comunicação entre a equipe e o familiar é essencial, uma vez que aumenta a capacidade dos profissionais em estabelecer uma relação com os familiares, facilitando também o processo de recuperação e tratamento do paciente internado (INABA, SILVA, TELLES, 2005; SCHNEIDER, et. al., 2009; PREDEBON, et. al., 2011).

O acolhimento se configura como uma atividade que inclui o sujeito e seu contexto social, a ambiência, a organização do serviço, a relação entre profissionais de enfermagem e usuários em busca de uma resolução em termos de saúde (BARROS, QUEIROZ, MELO, 2010; MAESTRI, et.al., 2012).

Neste cenário, é importante que a equipe de enfermagem acolha o familiar do paciente internado, compreendendo seus medos e aflições, e lhe forneça orientações que o tranquilizem durante a visita (SANTOS, TOLEDO, SILVA, 1999; PREDEBON, et. al., 2011).

Felizmente, outros estudos demonstram que há melhoras no acolhimento à família, a começar por uma sala de espera, dentro da UTI, com apresentação formal do Enfermeiro e manifestação deste de interesse e disponibilidade de estar com os familiares (URIZZI, CORRÊA, 2007; MAESTRI, et.al., 2012). O enfermeiro tecia orientações sobre as possibilidades que o cuidado intensivo oferece para o paciente, permitia abertura para o familiar relatar as informações que considera pertinente (URIZZI, CORRÊA, 2007; MAESTRI, et.al., 2012).

Outro estudo, constatou-se que a maioria (52,63%) dos enfermeiros realiza a orientação na primeira visita, sendo a maioria direcionadas às normas e rotinas e à situação do paciente (18,27%) seguido por materiais e equipamentos utilizados (17,20%) e, alta (13,97%) e 89,47% dos enfermeiros relataram que ensinavam como a família pode se comunicar com o paciente (SILVA, CONTRIN, 2007).

Destaca-se que para o usuário, a equipe de saúde representa o eixo de ligação com a vida fora do ambiente de terapia intensiva, desse modo, é evidente o papel da equipe, principalmente a Enfermagem como intermediário nas comunicações entre os pacientes e familiares, tornando-os cientes da gravidade da situação, ao prestar informações precisas e condizentes com o nível sociocultural dos familiares e certificando-se do seu entendimento e buscando encorajá-los na sua tomada de decisões, assim, à medida que os familiares vêm para outras visitas, as informações poderão ser complementadas (VILA, ROSSI, 2002; SILVEIRA, et. al., 2005; PREDEBON et.al., 2011; CAETANO et. al., 2007; PINA, LAPCHINSK, PUPULIM, 2008).

Evidencia-se, assim, a necessidade de ações que possibilitem a estes profissionais valorizar o momento

da visita para efetivar a relação da equipe com o familiar facilitando a vivência da hospitalização (BECCARIA, RIBEIRO, SOUZA, 2008; PREDEBON et.al., 2011). Outra sugestão para humanizar seria flexibilizar os horários de visitas sempre que possível para os pacientes que estejam com bom grau de consciência, ajudando no reequilíbrio do sistema familiar tão fragilizado, além de ajudar no estado de ansiedade do paciente (KNOBEL, NOVAES, KARAM, 1999).

Outro estudo indica benefícios trazidos pela política de humanização dos hospitais, tais como: tempo de estadia redução, diminuição de absenteísmo, aumento da sensação de bem-estar entre pacientes, familiares e funcionários e, com isso, conseqüentemente, redução dos custos de saúde (BECCARIA, RIBEIRO, SOUZA, 2008).

Nesse contexto, surge uma mudança de postura, a começar pela própria cultura organizacional da instituição de saúde que deve apoiar e incentivar a equipe a garantir um cuidado de qualidade, permitir que todas as profissões tenham seu espaço, estimulando uma equipe multi e interdisciplinar a fim de garantir autonomia dos profissionais refletindo melhoria do atendimento, garantir apoio psicológico, criação de grupos para os profissionais terem acesso “cuidar de quem cuida”.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Encontraram-se dissonâncias entre o preconizado pela política Humaniza-Sus e a práxis pela equipe de enfermagem na UTI adulta, apontando principalmente problemas com relação a comunicação entre os sujeitos envolvidos no cuidado, ou seja, paciente, profissional e família dificultando a implantação da humanização na assistência de enfermagem.

A partir dos estudos analisados é possível concluir que há um volume bom de artigos que tratavam sobre a humanização, mas ainda apresentam muitas lacunas, evidenciando a fragilidade da implantação do Humaniza-SUS nos serviços de UTI.

Ao se considerar o cenário hospitalar, é necessário entender que a humanização precisa estar voltada não só ao paciente internado e aos seus familiares, mas também à própria equipe de saúde, uma vez que será pela inter-relação efetiva e afetiva existente entre eles que o cuidado poderá ser desenvolvido de maneira mais humana, ética e solidária.

Assim, humanizar é responsabilidade de todos, individual e coletivamente, sendo preciso reconstruí-la a partir de mudanças comportamentais e relacionais dos entes envolvidos, pautando a comunicação no respeito ao ser humano e à vida a fim de atender as necessidades dos sujeitos.

Outro ponto seria a reorientação e revisão dos currículos que formam tais trabalhadores, não focando

apenas no modelo centrado no aprendizado técnico, racional e individualizado, mas assumindo postura mais crítica e dialógica entre as equipes e com usuários e a revisão de posturas políticas e ideológicas entre os gestores e de valorização de novos saberes.

REFERÊNCIAS

AMESTOY, S. C.; SCHWARTZ, E.; THOFEHRN, M. B. A humanização do trabalho para os profissionais de enfermagem. **Acta Paul Enferm**; v.19, n.4, p. 444-449, 2006.

BARROS, S. D. O. L.; QUEIROZ, J. C.; MELO, R. M. Cuidando e humanizando: entraves que dificultam esta prática. **Rev enferm UERJ**; v.18, n.4, p.598-603, 2010.

BECCARIA, L. M. et al. Visita em unidades de terapia intensiva: concepção dos familiares quanto à humanização do atendimento. **Arq Ciênc Saúde**; v.15, n.2, p.65-69, 2008.

BETTINELLI, L. A.; ERDMANN, A. L. Internação em Unidade de Terapia Intensiva e a família: perspectivas de cuidados. **Avances en Enfermería**. v.27, n.1, p.15-21, 2009.

BRASIL. **Portaria GM/MS nº 551**, de 13 de abril de 2005. Disponível em: <http://www.saude.mg.gov.br/atos_normativos/legislacao-sanitaria/estabelecimentos-de-saude/uti/Portaria_551.pdf>. Citado em 12 de agosto de 2014.

BRASIL. **Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

CAETANO, J. A., et. al. Cuidado humanizado em terapia intensiva: um estudo reflexivo. **Esc Anna Nery R Enferm**. jun; v.11, n.2, p. 325-330, 2007.

CAMPOS, L. F.; MELO, M. R. A. C. Assistência em enfermagem na perspectiva da clínica ampliada em Unidade de Terapia Intensiva. **Rev gaúcha enferm**. Porto Alegre (RS) v.32, n.1, p.189-193, 2011.

CASANOVA, E.G.; LOPES, G. T. Comunicação da equipe de enfermagem com a família do paciente. **Rev Bras Enferm**; v.62, n.6, p.831-836, 2009.

CINTRA, E. A.; NISHIDE, V. M.; NUNES, W. A. Assistência de Enfermagem ao paciente crítico. São Paulo: Atheneu, 2000.

COSTA, S. C.; FIGUEIREDO, M. R. B.; SCHAURICH, D. Humanização em unidade de terapia intensiva adulto (UTI): compreensões da equipe de enfermagem. **Comunic saude educ**. v.13, n.1, p.571-580, 2009.

DESLANDES, S. F. Análise do discurso oficial sobre a humanização da assistência hospitalar. **Ciênc saúde coletiva**, Rio de Janeiro. v.9, n.1, p. 7-14, 2004.

FARIAS, F. B. B. et. al. Cuidado humanizado em uti: desafios na visão dos profissionais de saúde. **J. res.:**

(83) 3322.3222

contato@conbracis.com.br

www.conbracis.com.br

fundam. care. online. Oct/Dec, v.5, n.4, p.635-642, 2013. Available from:

https://www.google.com.br/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=2&cad=rja&uact=8&ved=0CCkQFjAB&url=http%3A%2F%2Fwww.seer.unirio.br%2Findex.php%2Fcuidadofundamental%2Farticle%2Fdownload%2F2283%2F2697&ei=TD79U_O6FpPjsASXjICQBQ&usg=AFQjCNGA2NLbENB289Igc7nw4OFMHOQ3tw&sig2=3AO3_V5tlxR212SARGSVQw&bvm=bv.74035653,d.cWc . Citado em 12 de agosto de 2014.

INABA, L. C.; SILVA, M. J. P.; TELLES, S. C. R. Paciente crítico e comunicação: visão de familiares sobre sua adequação pela equipe de enfermagem. **Rev Esc Enferm USP.**; v.39, n.4, p.423-429, 2005.

KNOBEL, E.; NOVAES, M. A.; KARAM, C. H. Humanização do CTI: uma questão de qualidade. Experiência do CTI do Hospital Israelita Albert Einstein. **Âmbito Hosp** fev;19-27, 1999.

LEMO, R. C. A.; ROSSI, L. A. O significado cultural atribuído ao centro de terapia intensiva por clientes e seus familiares: um elo entre a beira do abismo e a liberdade. **Rev latinoam enfermagem.** v.10, n. 3, p.345-357, 2002.

LINO, M. M.; SILVA, S. C. Enfermagem em unidade de terapia intensiva: a história como explicação de uma prática. **Nurs.** v.4, n. 41, p. 25-29, 2001.

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

MARTINS, J. T.; ROBAZZI, M. L. C. C. O trabalho do enfermeiro em unidade de terapia intensiva: sentimentos de sofrimento. **Rev latinoam enfermagem.** v.17, n.1, p. 52-58, 2009.

MARUITI, M. R.; GALDEANO, L. E. Necessidades de familiares de pacientes internados em unidade de cuidados intensivos. **Acta Paul Enferm.**; v.20, n.1, p.37-43, 2007.

MENDES, K. D. S.; SILVEIRA, R. C. C. P.; GALVÃO, C. M. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto & contexto enferm.** v. 17, n.4,p. 758-764, 2008.

MINAYO, M. C. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde.

MONGIOVIL, V. G. et.al. Reflexões conceituais sobre humanização da saúde: concepção de enfermeiros de Unidades de Terapia Intensiva. **Rev bras enferm.** v.67, p.2, p. 306-311, 2014.

NASCIMENTO, E. R. P.; TRENTINI, M. O cuidado de enfermagem na Unidade de Terapia Intensiva (UTI): teoria humanística de Paterson e Zderad. **Rev latinoam Enfermagem.** v.12, n.2, p.250-257, 2004.

PADILHA, K. G., et. al. **Enfermagem em UTI: cuidando do paciente crítico.** 1ed. Manole, 2009.

PEREIRA, M. M. S. Fatores que interferem na humanização da assistência de enfermagem em unidades de terapia intensiva. **Cuidar arte e Enfermagem**. jul/dez; v.6, n.2, p.101-108, 2012.

PINA, R. Z.; LAPCHINSK, L. F.; PUPULIM, J. S. L. Percepção de pacientes sobre o período de internação em unidade de terapia intensiva. **Cienc Cuid Saude**. out/dez; v.7, n.4, p.503-508, 2008.

POTT, F. S. et. al. Medidas de conforto e comunicação nas ações de cuidado de enfermagem ao paciente crítico. **Rev bras enferm.**, Brasília.; v.66, n.2, 174-179, 2013.

PREDEBON, G. R. et. al. A visita de familiares em unidades intensivas na ótica da equipe de enfermagem. **Ciênc cuid saúde**.v.10, n.4, p.705-712, 2011.

PUCCINI, P. T.; CECILIO, L. C. O. A humanização dos serviços e o direito à saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro. v.20, n.5, p.1342-1353, 2004.

SANTANA, J. C. et. al. Humanização do cuidar em uma unidade de terapia intensiva adulto: percepções da equipe de enfermagem. **J Nurs UFPE on line**. v.3, n.1, p. 1-10, 2009.

Available from:

<http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/254>. Citado: 05 de Agosto de 2014.

SANTOS, C. R.; TOLEDO, N. N.; SILVA, S. C. Humanização em Unidade de Terapia Intensiva: paciente-equipe de enfermagem família. **Nursing**; v.2, n.17, p.26-29, 1999. São Paulo: Hucitec; 2008.

SCHNEIDER, C. C. et. al. Comunicação na unidade de tratamento intensivo, importância e limites - visão da enfermagem e familiares. **Cienc Cuid Saude**.; v.8, n.4, p.531-539, 2009.

SILVA, F.D. et. al. Discursos de enfermeiros sobre humanização na unidade de terapia intensiva. **Esc Anna Nery Rev Enferm**. v.16, n. 4, p.719- 727, 2012.

SILVA, L. D. **Cuidados ao paciente crítico**: fundamentos para a enfermagem. 2ª ed. Rio de Janeiro (RJ): Cultura Médica; 2003.

SILVA, N. D.; CONTRIN, L. M. Orientações do enfermeiro dirigidas aos familiares dos pacientes internados na UTI no momento da visita. **Arq Ciênc Saúde**. jul-set; v.14, n.3, p.148-152, 2007.

SILVA, R. C. L.; PORTO, I. S.; FIGUEIREDO, N. M. A. Reflexões acerca da assistência de enfermagem e o discurso de humanização em terapia intensiva. **Esc Anna Nery Rev Enferm**. mar, v.12, n.1, p. 156-159, 2008.

SILVEIRA, R. S., et. al. Uma tentativa de humanizar a relação da equipe de enfermagem com a família de pacientes internados na uti. **Texto & contexto enferm**, Florianópolis,v. 14, n. esp., p.125-130, 2005.

URIZZI, F.; CORRÊA, A. C. Vivências de familiares em terapia intensiva: o outro lado da internação. **Rev latinoam Enfermagem.**; v.15, n.4, p. 598-604, 2007.

VILA, V. S. C.; ROSSI, L. A. O significado cultural do cuidado humanizado em unidade de terapia intensiva: muito falado e pouco vivido. **Rev latinoam enfermagem.** v.10, n.2, p. 137-144, 2002.

ZINN, G. R.; SILVA, M. J. P.; TELLES, S. C. R. Comunicar-se com o paciente sedado: vivência de quem cuida. **Rev latinoam enfermagem.** v.11, n.3, p.326-332, 2003.