



FACULDADE DE EDUCAÇÃO E MEIO AMBIENTE

ELESSANDRA NASCIMENTO RIBEIRO

**HUMANIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE
ENFERMAGEM NA UNIDADE DE TERAPIA
INTENSIVA**

ARIQUEMES-RO
2012

Elessandra Nascimento Ribeiro

**HUMANIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE
ENFERMAGEM NA UNIDADE DE TERAPIA
INTENSIVA**

Monografia apresentada ao curso de Graduação em Enfermagem, da Faculdade de Educação e Meio Ambiente como requisito final à obtenção do Grau de Bacharel em Enfermagem.

Prof^a. Orientadora: Ms.Damiana Guedes da Silva

Elessandra Nascimento Ribeiro

HUMANIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA

Monografia apresentada ao curso de Graduação em Enfermagem, da Faculdade de Educação e Meio Ambiente como requisito à obtenção do Grau de Bacharel.

COMISSÃO EXAMINADORA

Profa. Orientadora: Ms. Damiana Guedes da Silva
Faculdade de Educação e Meio Ambiente - FAEMA

Profa. Examinadora: Ms. Mônica Fernandes Freiberg:
Faculdade de Educação e Meio Ambiente - FAEMA

Profa. Examinadora: Profa. Examinadora: Esp. Cristielle Joner
Faculdade de Educação e Meio Ambiente - FAEMA

Ariquemes, 13 de Novembro de 2012.

*A Deus primeiramente, as minhas filhas
Amanda, lasmyn e Isadora
(minhas fonte de inspiração)
que durante estes anos suportaram
a minha ausência,
Dedico esta conquista.*

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus, que com sua força sublime não me desamparou em nenhum momento.

A orientadora, Prof Ms Damiana G.da silva, a qual a admiro pela sua metodologia de ensino

Aos meus pais em especial minha mãe por toda sua dedicação a mim e as minhas filhas

A equipe Intensimed em especial aos meus patrões Ismael e Mônica

Ao meu esposo Cláudio pelo companheirismo e dedicação

Aos meus colegas de estágio Dieila, Marta, Rafael, Cleiton e kris pela cumplicidade incondicional.

Humanizar

Humanizar é tomar para si a dor alheia num ato de amor extremo.

Humanizar é dedicar-se a outrem com a pureza do coração.

Humanizar é torna-se melhor tendo como intuito apenas o amor.

Humanizar é um exercício gratificante de dedicação e amor.

Humanizar é enxergar o próximo com os olhos do coração.

Humanizar é esmerar-se num ato de amor extremo ao próximo.

Humanizar é dedicar com o melhor de si a uma causa ou a alguém.

Humanizar é um ato de amor em que se doa pouco que por um milagre torna-se muito.

Humanizar é a forma de se aproximar da perfeição exalando amor e dedicação a alguém.

Humanizar é um afeto espontâneo em que o doador se sente bem e o receptor sente-se amenizado o seu infortúnio.

RESUMO

O termo humanização tem sido empregado constantemente no âmbito da saúde. relaciona-se a um amplo conjunto de iniciativas, mas não possui uma definição exata. Uma das vertentes da literatura aborda a humanização como a busca da atenção, além dos procedimentos. Esta pesquisa trata-se de revisão de literatura descritiva, exploratória e quantitativa no período de março a novembro de 2012, com o objetivo de realizar uma revisão de literatura sobre a importância do cuidado humanizado dentro da UTI. A coleta e análise das referências ocorreu nas bases de dados da Enfermagem, Scielo (Scientific Electronic Library Online), Biblioteca Virtual de Saúde, livros da Biblioteca Julio Bordignon da Faculdade de Educação e Meio Ambiente – FAEMA, Resoluções do Ministério da Saúde (ANVISA) e documentos de acervo pessoal. No percurso metodológico foram encontradas 1717 referências e sendo utilizadas 59, dentre as quais 96 (%) publicações nacionais, 4 % internacionais e 12% de livros. Observou-se, nesta revisão, que não se pode ignorar o fato de que tecnologia se tornou uma aliada junto à equipe de enfermagem na UTI, porém, é importante que exista a preocupação em não permitir que a tecnologia se sobreponha em relação à prática do cuidado humanizado. Para a humanização do cuidado é preciso que a equipe seja conscientizada e preparada para fazer a diferença no cuidado, passando a entender o paciente e sua família de forma mais humana e integral.

Palavras-chave: Humanização, Enfermagem, Unidade de Terapia Intensiva.

ABSTRACT

The term humanization has been employed constantly in health. Relates to a broad set of initiatives, but does not have an exact definition. One of the strands of the literature addresses the humanization as the quest for attention, beyond the procedures. This research is revising the descriptive, exploratory and quantitative literature from March to November /2012 with the goal of doing a literature review about the care humanized importance in the ICU. The collection and analysis of the references occurred on nursery data base, Scielo (Scientific Electronic library Online) ,virtual in health library, books from Julio Bordinon Library from "Faculdade de Educação e Meio Ambiente " –FAEMA (college), Ministry of Health resolutions and documents from the personal collection. On methodological route it was found 1717 references and being used 59, between ones 96 % of National Publications, 4 % International and 12% of books. It was observed, in this review, it can't be ignored the fact the technology became allied to the nursery team at ICU, therefore, it's important there is a concern that doesn't allow the technology overlaps in relation to the humanized care. For the humanization care is necessary the team being aware and ready to make the difference in care, and understand the patient and its family in a more whole humanized way.

Keywords: Humanization, Nursery, Intensive care unit.

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1	Florence Nightingale atendendo os enfermos.....	17
FIGURA 2	Desenvolvimento das UTI's na década de 70.....	19
FIGURA 3	Humanização e cuidado.....	26
FIGURA 4	Relação terapêutica enfermagem, paciente e família.....	31
FIGURA 5	Cuidando de quem cuida.....	34
FIGURA 6	Política Nacional de Humanização.....	40

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 Caracterização do detalhamento metodológico.....16

Tabela 2 Materiais e Equipamentos de uma UTI.....24

LISTA DE ABREVEATURAS E SIGLAS

ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
BVS	Biblioteca Virtual de Saúde
FAEMA	Faculdade de Educação e Meio Ambiente
MS	Ministério da Saúde
PNH	Política Nacional de Humanização
RDC	Resolução da Diretoria Colegiada
UTI	Unidade de Tratamento Intensivo
SCIELO	Scientific Electronic Library Online
SUS	Sistema Único de Saúde
USP	Universidade de São Paulo

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	12
2 OBJETIVOS	14
2.1 OBJETIVO GERAL	14
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	14
3 METODOLOGIA	15
4 REVISÃO DE LITERATURA	17
4.1 ENFERMAGEM EM TERAPIA INTENSIVA: RETROSPECTIVA HISTÓRICA....	16
4.2 PLANEJAMENTO E ORGANIZAÇÃO DE UMA UTI.....	20
4.2.1 Planta Física	21
4.2.2 Recursos Humanos	23
4.2.3 Recursos Materiais	23
4.3 CONCEITO E HISTÓRIA DA HUMANIZAÇÃO EM ENFERMAGEM.....	25
4.4 RELAÇÃO PACIENTE E FAMÍLIA.....	30
4.5 CUIDAR DE QUEM CUIDA.....	33
4.6 FATORES QUE INTERFEREM NO CUIDADO HUMANIZADO NO AMBIENTE DA UTI.....	35
4.7 A DIMENSÃO DO CUIDADO HUMANIZADO DA ENFERMAGEM NA UTI.....	39
CONSIDERAÇÕES FINAIS	44
REFERENCIAL BIBLIOGRÁFICO	46

INTRODUÇÃO

A hospitalização é um processo estressante tanto para o paciente quanto para seus familiares. O acolhimento e a qualidade da assistência oferecida pela equipe de enfermagem são singulares para a hospitalização, uma vez que torna possível o estabelecimento de uma relação terapêutica pautada em assistência humanizada e integral. Para tanto, o profissional de enfermagem deve compreender que humanizar envolve, sobretudo, tornar efetiva a assistência ao indivíduo doente, considerando-o como um ser biopsicossocial (BOLELA; JERICÓ, 2006).

As Unidades de Tratamento Intensivo (UTIs) foram criadas devido à necessidade de atender clientes, cujo estado crítico requeria assistência e observação contínuas tanto de médicos como de enfermeiros. Em virtude da complexidade do conhecimento biomédico, do avanço tecnológico e do aperfeiçoamento do cuidado em saúde, estas unidades foram aprimoradas, concentrando recursos materiais cada vez mais tecnológicos, bem como recursos humanos qualificados para o atendimento de pacientes graves, ou em estado crítico, com chances de recuperação e necessitados de observação constante por seu estado de saúde (VARGAS; BRAGA, 2002).

Neste sentido, por ser um local de assistência intensiva aos pacientes e dispor de grande recurso tecnológico e humano, a UTI é percebida como um local hostil, frio e sem calor humano, onde as máquinas e as ações tecnicistas prevalecem em relação à assistência humanizada (URATANI, 2010).

Para minimizar esta impressão, os profissionais de saúde devem entender cada indivíduo como um ser singular, com necessidades únicas, melhorando assim a relação entre ambos, através de diálogo aberto entre quem cuida e quem é cuidado (FORTES, 2000).

Atualmente se discute como o trabalho em saúde está organizado e se tem influenciado na forma como o cuidado é desenvolvido aos usuários. Tal organização inclui o entendimento da humanização na assistência, como conjunto de iniciativas que visam à produção de cuidados em saúde, que harmoniza a melhor tecnologia disponível com promoção de acolhimento, respeito ético e cultural do paciente,

espaços de trabalho favoráveis ao bom exercício técnico e a satisfação dos profissionais de saúde e usuários (MARQUES; SOUZA, 2010).

Neste sentido, os profissionais devem acreditar que a humanização da assistência deva caminhar, cada vez mais, para se constituir como pontos basiladores dos serviços de saúde e em setores como as UTIs.

O tema da humanização dos serviços e práticas de saúde tornou-se assunto de vários trabalhos e pesquisas, sobretudo a partir da década de 1990. Dentre as características que se pode averiguar em relação às obras e autores refere-se à variedade de compreensões acerca da temática humanização (GOMES; SCHRAIBE, 2011).

Considerando a dimensão das abordagens em torno da humanização da assistência em enfermagem, uma proposta de trabalho desta natureza pode fornecer elementos teóricos que contribuam com estas discussões, na medida em que identifique conceitos elaborados e práticas executadas no cenário das UTIs. Além do entendimento que os movimentos de mudanças não guardam exclusivamente positivities, mas que expressam manifestações do contexto sócio-político e econômico em que elas se processam.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Destacar a importância do cuidado humanizado dentro da UTI.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- ✓ Caracterizar o ambiente da UTI.
- ✓ Elencar a importância do cuidado humanizado prestado ao paciente e família pela a equipe multidisciplinar no ambiente da UTI
- ✓ Relacionar alguns dos fatores que interferem na humanização da assistência de enfermagem na UTI.
- ✓ Destacar a contribuição da equipe de enfermagem para a efetivação do cuidado humanizado.

3 METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão sistemática da literatura, de caráter descritivo, exploratório e quantitativo.

A revisão sistemática da literatura consiste em uma revisão planejada, que responde a uma pergunta específica e utiliza métodos explícitos e sistemáticos para identificar, selecionar e avaliar criticamente os estudos diminuindo, portanto, o viés na seleção destes, permitindo sintetizar estudos sobre problemas relevantes de forma objetiva e reproduzível, por meio de método científico (GALVÃO, SAWADA, TREVISAN, 2004).

Contribuindo para o apontamento de lacunas do conhecimento que precisam ser preenchidas com a realização de novos estudos (MENDES, SILVERIA, GALVÃO, 2008).

Neste estudo utilizou-se a análise descritiva, onde foi calculada a frequência absoluta e relativa dos dados, fundamentada em autores e a questão norteadora elaborada para a seleção dos artigos do estudo foi: cuidado humanizado no ambiente da UTI.

O levantamento das publicações foi realizado no mês de março a outubro 2012, deu-se por consulta às bases de dados indexadas, a saber: Scientific Electronic Library Online (SCIELO), Biblioteca Virtual de Saúde (BVS); Biblioteca Digital de Teses e Dissertações da USP. Os descritores utilizados foram humanização, enfermagem, Unidade de Terapia Intensiva.

Não esgotando as buscas também foram utilizados livros da Biblioteca Júlio Bordignon da Faculdade de Educação e Meio Ambiente – FAEMA, Resoluções do Ministério da Saúde (ANVISA) e documentos de acervo pessoal.

O delineamento dos referenciais compreendeu entre 1992 e 2011, onde foram incluídos os estudos disponíveis na íntegra que evidenciam o contexto da humanização em enfermagem, publicadas na língua portuguesa e inglesa em periódicos nacionais e internacionais, sem estabelecimento de intervalo temporal.

Após a leitura dos conteúdos, foram excluídos os que não guardavam relação com a temática estudada e/ ou que não atendiam aos critérios de inclusão anteriormente descritos.

A Tabela 1 mostra o detalhamento metodológico de coleta de dados, onde foram encontradas 1717 referências e 59 foram utilizadas. Dentre as quais se dividem nas seguintes categorias: 12% de livros, 8,5% documentos do Ministério da Saúde, 18,5% literatura de acervo pessoal e 61% publicações em bases de dados. Deste modo, tem-se 96 (%) publicações nacionais e 4 % internacionais.

Após o levantamento dos dados, foi realizada a análise descritiva, onde foi calculada a frequência absoluta e relativa dos dados, fundamentada em autores.

Tabela 1 – Caracterização do detalhamento metodológico. Ariquemes, 2012

BASE DE DADOS PESQUISADA OU BIBLIOTECA	DECS	QUANT. DE ARTIGOS ENCONTRADOS	QUANT. DE ARTIGOS UTILIZADOS	ANO DE PUBLICAÇÃO DOS ARTIGOS UTILIZADOS	IDIOMA	%(PERCENTUAL)
BVS	Unidade de terapia intensiva; história	547	01	2001	PT*	1.7%
	UTI; estrutura física	26	01	2000	PT	1.7%
	Humanização enfermagem	734	22	1998-2011	PT INGL**	37.3%
	Humanização da assistência, história	66	11	1998-2011	PT*	18.7%
Livros	Humanização, enfermagem	7	7	1988-2005	PT*	11.8%
Acervo pessoal	Humanização enfermagem	10	11	2007-2012	PT*	18.6%
Journal of Specialized Nursing Care	Nursing, humanization	3	01	2010	ingles	1.7%
MS/ANVISA/	UTI	302	5	2002-2012	PT*	8.5%
TOTAL	05	1717	59	----	-2	100%

Fonte: Instrumento adaptado de GUEDES-SILVA, 2011. LEGENDA: Português (PT*), Inglês** (IN)

4 REVISÃO DE LITERATURA

4.1 ENFERMAGEM EM TERAPIA INTENSIVA: RETROSPECTIVA HISTÓRICA

A atividade de cuidar em enfermagem é antiga, pauta-se na promoção, prevenção e reabilitação das necessidades básicas, especialmente quando o indivíduo é prejudicado em sua integridade mental e física (OGUISSO, 2005).

A enfermagem como profissão teve início na Inglaterra, no século XIX, com o trabalho de Florence Nightingale, que melhorou a qualidade da assistência de enfermagem e foi fundadora da enfermagem Moderna (OGUISSO, 2005).

Desde a civilização antiga, já se falava em observação contínua, embora a intervenção tenha se dado com Florence Nightingale, a partir da guerra da Criméia. Esta selecionou os pacientes mais graves (Figura 1), colocando-os de modo que os mais enfermos ficassem próximos à área de trabalho dos enfermeiros, para maior observação e melhor atendimento, numa situação que favorecesse o cuidado imediato e a observação constante (LINO; SILVA, 2001).



Figura 1 – Florence Nightingale atendendo os enfermos.

Fonte: Google Imagens, 2012.

O surgimento de unidades de tratamento intensivo relaciona-se com o avanço dos procedimentos cirúrgicos, a necessidade de se prestar maiores cuidados ao paciente durante o período pós-operatório (NISHIDE, MALTA E AQUINO, 2001)

No contexto histórico de expansão das UTIs, presume-se que a preocupação em garantir uma melhor assistência médica e de enfermagem ao paciente grave e o elevado número de mortes diante da incapacidade de prestação de adequada assistência em tempo hábil, tornaram-se, dentre outros, estímulos ao surgimento de pesquisas neste campo. Desse modo, surgiram novas respostas da medicina, como a evolução dos respiradores e a utilização de transfusões e melhor controle do doente em choque (BRYAN-BROW, 1992).

Para Lino e Silva (2001) há pelo menos três fases distintas de evolução da UTI:

A primeira fase foi decorrente da instalação das salas de recuperação pós-cirúrgica no final da década de 40 como consequência dos progressos no campo da anestesiologia e da cirurgia geral [...]. A segunda fase foi marcada pelo desenvolvimento de estruturas e equipamentos que possibilitaram o suporte ventilatório dos pacientes acometidos por falência do sistema respiratório [...], houve o desenvolvimento da ventilação mecânica. Por último, o desenvolvimento de sistemas de monitorização eletrocardiográfica contínua e a desfibrilação por descarga elétrica contínua possibilitaram o terceiro grande desenvolvimento no caminho das estruturas de cuidados intensivos (2001, p. 26).

No Brasil, as primeiras UTIs foram fundadas no hospital do Servidor no estado do Rio de Janeiro em 1960, em seguida no Hospital das Clínicas da faculdade de Medicina da USP em 1961. Entretanto, as UTIs desenvolveram-se a partir dos anos 70 (Figura 2), época do “milagre econômico”, período este caracterizado pela busca da modernização, pelo desenvolvimento de tecnologia de ponta e do desenvolvimento de métodos de diagnóstico e de terapêutica (BRAZ; FERNANDES, 2007).



Figura 2 – Desenvolvimento das UTI's na década de 70.

Fonte: Google Imagens, 2012.

É consentâneo que o enfermeiro de unidade de terapia intensiva seja qualificado a praticar atividades de maior complexidade, para as quais é necessária a autoconfiança respaldada no conhecimento científico. No entanto, Nishide, Malta e Aquino (2001) pontuam que os enfermeiros enfrentaram muitos desafios durante os anos de fundação das unidades intensivas e coronarianas. O desenvolvimento tecnológico e das práticas assistenciais não condiziam com o tempo para o desenvolvimento de novas equipes de enfermagem.

A este respeito, o aumento da complexidade clínica dos pacientes das primeiras UTIs exigiu do trabalho da enfermagem mais do que a execução de tarefas, mais do que cuidadoras "inexperientes e de preparo meramente funcional". "[...] a assistência de enfermagem a pacientes instáveis requereu a 'expertise', conhecimentos e autoridade tradicionalmente considerados domínio e privilégio dos médicos" (LINO; SILVA, 2001, p.27).

Ainda para os autores acima mencionados o desenvolvimento das UTIs abriu um novo campo à prática de enfermagem, pois necessitou encontrar meios adaptativos para subsidiar a assistência especializada frente às condições de trabalho hospitalar. Tal prática, no contexto brasileiro, convive com os extremos do referencial assistencial, que perpassa desde condições sócio-econômicas limítrofes e carência de qualificação até a elitização e excelência do cuidar.

Por tudo isso, a presença de avanços na tecnologia hospitalar, novos conhecimentos para diagnóstico e tratamento, auxiliam a monitorização e sustentação da vida, representando conseqüentemente, um avanço no sentido da assistência ao cliente na UTI, ao mesmo tempo, que exigiram dos profissionais de enfermagem envolvidos com a assistência na unidade de terapia intensiva um preparo adequado (MADUREIRA et al., 2000).

4.2 PLANEJAMENTO E ORGANIZAÇÃO DE UMA UTI

Planejar ou modificar uma UTI exige conhecimento das normas de agentes reguladores como a Agência Nacional de Vigilância Sanitária e Ministério da Saúde, além da experiência dos profissionais de terapia intensiva habituados com o setor. Ressalta-se ainda, que alterações físicas e estruturais devem ser periodicamente consideradas na medida que conhecimento e tecnologia evoluem (NISHIDE; MALTA; AQUINO, 2001).

O planejamento e o projeto devem ser baseados em normas e regulamentos técnicos do Ministério da Saúde/ANVISA. Citam-se, como exemplo, a Resolução da Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (RDC) nº 26, de 11 de maio de 2012; a RDC nº 7, de 24 de fevereiro de 2010 e a RDC nº 307, de 14 de novembro de 2002, os quais visam estabelecer padrões mínimos necessários para o funcionamento das unidades, com o escopo de priorizar a manutenção da saúde dos pacientes e dos profissionais envolvidos (MADUREIRA et al., 2000).

No que se refere à organização, toda UTI deve estar inserida em uma instituição de saúde que tenha alvará atualizado, proferida pelo órgão sanitário competente (BRASIL, 2002).

As UTIs são caracterizadas por estruturas organizacionais que tem por finalidade prestar assistência ao paciente crítico ou potencialmente crítico. A atenção ao paciente, internado em qualquer unidade da instituição de saúde, é de responsabilidade unidade, com o suporte técnico da equipe da UTI, a qual deve possuir um profissional médico legalmente habilitado como responsável técnico (BRASIL, 2002).

O projeto deve ser abordado por um grupo multidisciplinar constituído por enfermeiros, diretor médico, arquiteto, administrador hospitalar e engenheiros (NISHIDE; MALTA; AQUINO, 2001). Assim, nas UTI's, o projeto deverá apresentar com precisão a estrutura física, incluindo os ambientes e equipamentos estipulados para o uso no setor.

Segundo a RDC 50/2002, que dispõe sobre o Regulamento Técnico para a elaboração, o planejamento, programação, avaliação e aprovação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde, algumas atribuições são inerentes aos serviços de saúde que contam com regime de terapia intensiva, dentre estas, destacam-se: proporcionar condições de internar pacientes críticos, em ambientes individuais ou coletivos, conforme grau de risco, faixa etária, patologia, dispor de privacidade e de profissionais para executar e registrar a assistência médica intensiva e assistência de enfermagem intensiva.

Não obstante, os estabelecimentos assistenciais de saúde devem contar com serviço laboratorial, de imagens, hemoterápico, cirúrgico e terapêutico, manter condições de monitoramento e assistência respiratória em tempo integral; além de prestar assistência nutricional e distribuir alimentação aos pacientes (BRASIL, 2002).

Considera-se que a unidade de terapia intensiva deve possuir meios para manter pacientes com morte cerebral nas condições ideais para o transplante de órgãos, além de prestar informações e assistência aos acompanhantes dos pacientes (BRASIL, 2002).

Um projeto físico-funcional para a UTI deve contemplar todos os elementos, características e materiais a serem utilizados, especificando todos os detalhes de cada ambiente, necessários ao desenvolvimento das atividades previstas para esta edificação. Logo, almeja-se a qualidade do cuidado para pacientes e prestadores de serviços (MADUREIRA et al., 2000).

4.2.1 Planta Física

A UTI deve estar localizada numa área distinta dentro do hospital, com acesso restrito, sem trânsito para outros setores. No projeto considera-se a proximidade com alguns setores do hospital: elevador, centro cirúrgico, sala

recuperação pós-anestésica, unidades intermediárias de terapia, serviço de emergência, serviço de laboratório e radiologia (GOMES, 1988).

Um hospital geral deve destinar 10% de sua capacidade de leitos para a UTI e acrescenta que 15% a 20% de todos os pacientes necessitam de cuidados em UTI. Sua instalação com menos de cinco leitos torna-se onerosa e impraticável. Do ponto de vista funcional, considera oito a 12 leitos por unidade. A disposição dos leitos pode ser em área comum, quartos fechados ou misto. Além disso, na indicação de maior número de leitos, a UTI deve ser dividida em subunidades para melhor desempenho de suas atividades (NISHIDE; MALTA; AQUINO, 2001).

As UTIs, quanto à infra-estrutura física, devem cumprir os requisitos determinados na RDC/ANVISA nº. 50/ 2002 e RDC/ANVISA nº 307, que destacam:

Mínimo de 5 leitos, podendo existir quartos ou áreas coletivas, ou ambos a critério do EAS. O nº de leitos de UTI deve corresponder a no mínimo 6% do total de leitos do EAS. Deve ser previsto um quarto de isolamento para cada 10 leitos de UTI, 10,0 m² com distância de 1 m entre paredes e leito, exceto cabeceira e pé do leito = 1,2 m (BRASIL, 2002, p.47).

Tem-se, com base nestas resoluções, que deve haver no mínimo um posto de enfermagem a cada 15 leitos com tamanho mínimo de 12 m². Recomenda-se a instalação de forma a possibilitar a visualização direta ou eletrônica dos leitos ou berços. A observação por meio eletrônico deverá dispor de uma central de monitores.

Localizado na área de internação da unidade, os banheiros para pacientes devem conter duchas higiênicas e chuveiro, sugere-se um para cada cinco leitos. Estes banheiros devem ser individuais para uso de deficientes e garantir o isolamento físico e visual entre esses ambientes, conforme determinado na RDC/ANVISA nº 50/2002.

Considera-se dispensável a sala de higienização e preparo de equipamentos se esta atividade ocorrer na Central Material esterilização e indica-se a dimensão de 4,0m². Logo, para a área para prescrição médica orienta-se a dimensão mínima de 1,5 m² (BRASIL, 2002).

No que se refere aos ambientes de apoio, a RDC/ ANVISA nº 307/2002 elenca-os como: sala de utilidades; sala de espera para acompanhantes e visitantes; quarto de plantão; sala administrativa (secretaria); rouparia; depósito de material de

limpeza; depósito de equipamentos e materiais; copa; banheiro para quarto de plantão; área de estar para equipe de saúde; sanitários com vestiários para funcionários (mas. e fem.); sanitário para público (junto à sala de espera) e sanitário para pacientes.

4.2.2 Recursos Humanos

As UTIs devem possuir equipe constituída por um responsável técnico com título de especialista em Medicina Intensiva, para assistência ao paciente crítico (neonatal, pediátrico ou adulto). Além da exigência de fisioterapeuta exclusivo para cada 10 leitos ou fração em todos os turnos (BRASIL, 2002).

De acordo com a RDC Nº 26, de 11 de Maio de 2012, que dispõe sobre os requisitos mínimos para funcionamento de Unidades de Terapia Intensiva, o referencial mínimo de Enfermeiros assistenciais é 01 (um) para cada 10 (dez) leitos ou fração, em cada turno e um Técnico de enfermagem no mínimo para cada dois leitos em cada turno.

4.2.3 Recursos Materiais

Uma enorme e variada quantidade de materiais devem estar à disposição para o auxílio do trabalho na UTI.

Baseado na RDC/ ANVISA nº 50/2002 toda a UTI deve manter disponível para a assistência do paciente uma variedade de equipamentos como apresentado na tabela 2.

Tabela 2: Materiais e Equipamentos de uma UTI

EQUIPAMENTO/MATERIAL	QUANTITATIVO
Monitor cardíaco	01 por leito
Oxímetro	01 para cada 02 leitos
Régua de PVC ou monitor	01 por leito
Ressuscitador manual	01 por leito
Nebulizador	01 por leito
Equipamento para oxigenioterapia	01 por leito
Bomba de infusão	02 por leito
Cama com ajuste de posição, grades laterais e rodízios	01 por leito
aspirador á vácuo	01 por leito
Termômetro	01 por leito
Estetoscópio	01 por leito
Material de emergência para reanimação com medicações	01 para cada 10 leitos
Desfibrilador/cardioversor	01 para cada 10 leitos
Monitor de pressão invasiva	01 para cada 05 leitos
Capnógrafo	01 para cada 10 leitos
Marca-passo cardíaco temporário, eletrodos e gerador,	01 para cada 10 leitos
Máscara de venturi	01 para cada 05 leitos
Monitor de débito cardíaco,	01 para a unidade
Equipamento de ventilação pulmonar não invasiva	01 para 05 leitos

Fonte: ANVISA /2002

A aquisição de materiais e equipamentos se constitui em aspecto fundamental para otimizar a assistência prestada. O desconhecimento de tal fato se traduz em ausência de funcionabilidade e pode inviabilizar o processo de cuidar (MADUREIRA et al., 2000).

Em termos de recursos materiais, é consentâneo que na atualidade as UTIs têm contado com melhorias tecnológicas, o que se reflete na qualidade da assistência e nos resultados para o paciente.

Portanto, torna-se de responsabilidade dos gerentes prever e prover recursos humanos e materiais adequados à realidade deste processo de cuidar. Ressaltando

que o sucesso de uma UTI está articulado com espaço físico, tecnologia e números de profissionais para atender as necessidades dos pacientes.

4.3 CONCEITO E HISTÓRIA DA HUMANIZAÇÃO EM ENFERMAGEM

O termo humanização tem sido empregado constantemente no âmbito da saúde. Vincula-se a um amplo conjunto de iniciativas, mas não possui uma definição exata. Uma das vertentes da literatura aborda a humanização como a busca da atenção, além dos procedimentos. Vislumbra-a como a necessidade de avaliar o ser humano levando em consideração suas características pessoais (OLIVEIRA; KRUSE, 2006).

Desde a Antiguidade, a enfermidade era vista com resignação e a cura obtida em templos, onde religiosos se dedicavam aos doentes que, na maioria das vezes, eram deixados à própria sorte. Com o passar do tempo foram criados os hospitais, que eram concebidos como albergues exclusivos para indigentes, onde a arte de cuidar era praticada sem conhecimento científico, técnicas ou exigências e qualquer pessoa poderia executá-la. No século XX, com a evolução do conhecimento interdisciplinar, os hospitais foram abertos para uma larga parcela da sociedade, tendo uma melhora significativa nos níveis de atendimento prestado aos enfermos (MEYER, 2002).

O verbo cuidar vem do latim cogitare e significa pensar, dar atenção, levar em consideração. Os seres humanos são frágeis por natureza, e durante sua existência quão necessária é o cuidado para cada sujeito. Portanto, a necessidade de cuidar e ser cuidado, nasce juntamente com o humano (FILHO; SÁ, 2009).

Deste modo, a humanização e cuidado são indissociáveis vincula-se ao humano a natureza humana (Figura 3), bondosa, humanitária, que tem o mesmo valor de humanidade, no qual se incluiu benevolência, clemência, compaixão. Humanizar é a prática do humano (FERREIRA, 1998).



Figura 3 – Humanização e cuidado

Fonte: Google Imagens, 2012.

Em tempos remotos, a humanização já era elemento desejado pelos homens, sendo que atualmente, devido à evolução da humanidade, as grandes modificações em todos os campos e níveis, a mesma é almejada e debatida de forma mais acentuada (ROCHA; ROCHA, 2008).

O uso histórico do termo “humanização” o consagra como aquele que relembra movimentos de recuperação de valores humanos sub-julgados ou solapados em tempos de frouxidão ética. Assim, a humanização emerge no momento em que a sociedade pós-moderna vivencia uma revisão de valores e atitudes (RIOS, 2009).

Segundo Gomes e Schraiber (2011) as origens da humanização vinculam-se à década de 1950, embora o marco inicial mais significativo dos trabalhos críticos relacionados à desumanização da relação médico-paciente aparece com a sociologia médica americana na década de 1970.

A época da pós-modernidade se caracteriza pelo reordenamento social decorrente do capitalismo multinacional e pela globalização econômica. Período em que as pessoas, cada vez mais descrentes da política e das ideias revolucionárias deixaram de buscar seus referenciais de identificação nos grandes coletivos sociais, para obter em si mesmas. Ora evidenciando o individualismo, o culto ao corpo e a supervalorização dos aspectos da aparência estética (RIOS, 2008).

Nesta vertente, a ausência de suportes sociais e éticos, somada ao modo narcísico de ser, oportuna a carência de reflexão sobre os elementos existenciais e morais do viver humano.

A crítica às transformações da relação médico-paciente, a partir da década de 1980, especificamente ao seu caráter progressivamente “impessoal”, se encontra mais difundida com a incorporação de elementos advindos da área de gestão em saúde, como estudos de satisfação dos usuários. É sob essa ótica que no início dos anos 2000, tem se, cada vez mais frequente nas elaborações acerca das práticas em saúde, a discussão da chamada humanização/desumanização nos serviços de saúde (GOMES; SCHRAIBER, 2011).

Reportando-se a Rios (2009), esta aponta que as iniciativas com o termo humanização, provavelmente tenham sido criadas há umas duas décadas, quando os embates da luta antimanicomial, na área da Saúde Mental, e do movimento feminista pela humanização do parto e nascimento começaram a ganhar volume e a produzir ruído suficiente para registrar marca histórica.

Outro ponto a ser mencionado, refere-se ao fato que a enfermagem na ânsia de incorporar as inovações tecnológicas da época, instrumentalizou-se profissionalmente, o que teria afastado a atenção do paciente. Com isso, teriam se perdido aspectos tradicionais da profissão e diminuí-se o espírito humano das relações e das condutas (OLIVEIRA, KRUSE, 2006)

Nesta perspectiva é inequívoco que na atualidade há um grande movimento para a mudança e para a renovação, uma vez que se busca resgatar e rever muitas práticas e tradições.

Neste contexto de evolução tecnológica, quanto mais técnico se torna o homem, menos humano ele se sente. Daí aflora a necessidade de um novo humanismo que favoreça ao homem moderno o encontro de si mesmo, assumindo os seus valores (ROCHA; ROCHA, 2008).

Corroborando com isto, Pereira et al. (2010). desenvolvem a ideia que o avanço científico acelerado e a utilização de sofisticados aparelhos diagnósticos no setor da saúde geraram problemas éticos e questionamentos referentes à forma como os trabalhadores de saúde se posicionam frente ao seu principal objeto de trabalho, à vida e à dor de indivíduos fragilizados pela doença

Neste aspecto Grüdtner; et al, (2010) assinalam que a cultura influencia fortemente a formação do caráter do ser humano e aponta que as últimas gerações

das sociedades ocidentais têm sido fortemente influenciadas pelo modelo capitalista. Este, ao se pautar pelos princípios da liberdade política e de mercado imprime um caráter impessoal e utilitarista às relações interpessoais.

O comprometimento dos profissionais envolvidos no processo de cuidado é necessário à modificação da cultura, uma vez que requer estímulo à criatividade e iniciativas individuais. Logo, criar uma cultura de humanização implica uma profunda valorização do potencial humano e a sensibilização da equipe, na qual todos os membros da coletividade se sentem beneficiados e beneficiários. A partir desta linha ideológica, o cuidado humanizado deve ser concomitante ao atendimento humanizado ao profissional de saúde (PEREIRA; et al., 2010).

A humanidade é identificada ou evidenciada principalmente pelo cuidado. O ato de cuidar designa amor, amizade, cura. Pode-se dizer que a cura envolve não somente o técnico-curativo, mas o sentimento universal de amizade e amor, expressos no cuidado. Daí não ter como deixar de cuidar, ou vir a tornar-nos robôs. O que parece ocorrer, entretanto, é o gradativo esquecimento dessa humanidade (CORBANI; BRÊTAS; MATHEUS, 2009)

As autoras ainda consideram que a veiculação do neologismo "humanização" é para arrefecer o processo de desumanização. Portanto, "humanização" ou "cuidado humanizado" mais sugerem um método de abrandar as conseqüências do sistema, do que o cuidado propriamente dito.

Entretanto, quando se remete ao atendimento humanizado, subentende-se um processo para auxiliar a pessoa vulnerável a combater positivamente os desafios pelos quais está vivenciando naquele dado momento. A humanização dos cuidados em saúde conjectura o respeito ao individualismo, a essência do ser e a necessidade da construção de um espaço concreto nos serviços de saúde que legitime o humano das pessoas envolvidas (CARVALHO; et al., 2005).

A este respeito Waldow (1998) defende que quando se remete ao cuidado, já tem-se embutido a humanização, pois o cuidado é oferecido a seres humanos. Humanizar o cuidar é adjetivar a relação profissional da saúde-paciente. É se sensibilizar com as angustias do ser humano diante da fragilidade de corpo, mente e espírito.

No século XIX Florence Nightingale coloca um marco na história do cuidado ao estabelecer a enfermagem como profissão. Para Waldow (2004) a enfermagem é cuidadora em sua essência e foi a primeira a profissionalizar o cuidado.

Na contemporaneidade vivencia-se uma imensa crise de ações humanitárias. O que está acontecendo com as pessoas? Onde está o humano? Certos valores passaram a ser descartáveis. Antes da humanização, tem-se o desafio da “hominização”, ou seja, possibilitar aos seres humanos oportunidades de existir e viver dignamente, um desafio para ações inovadoras (CARVALHO; et al., 2005).

O modelo de saúde biologicista¹ aliado ao uso inadequado da tecnologia fizeram com que profissionais da saúde e usuários se distanciassem. O profissional assumiu o papel de onipotente, e o usuário do sistema, de subjugado. O profissional diz: "eu sei", dono do conhecimento científico, e o usuário: "nada ou pouco sei". Isso é típico da atitude quando o Eu encerra em si toda a iniciativa da ação, sem se voltar para o outro. Tal situação resulta em um modelo assistencial que subjuga, desrespeita e desumaniza (CORBANI; BRÊTAS; MATHEUS, 2009)

Entretanto, tão logo se começou a discutir a humanização como viés de estruturação de uma ética relacional esmaecida pelo cotidiano institucional, ficou clara a importância de trazer tal discussão para o campo da saúde. Tal situação colaborou para que hoje existam várias sondagens conceituais, construções teóricas e técnicas, manifestações ideológicas, e programas teóricos que tornam a humanização da assistência de enfermagem uma incitante área da produção teórica e prática (COSTA; FIGUEIREDO; SCHAURICH, 2009).

É necessário reconhecer, então, que o debate sobre a gestão e atenção à saúde é uma forma de garantir saúde digna e humana para todos, com profissionais comprometidos (PEREIRA; et al., 2010).

Destaca-se nesse contexto a atuação do profissional com habilidade humana e científica. Na atuação profissional, em um cotidiano desafiador pela indiferença crescente, a solidariedade e o atendimento digno com calor humano são imprescindíveis (CARVALHO; et al., 2005).

Busca-se a sensibilidade à situação do outro, estabelecimento de vínculo numa relação dialogal, para o estabelecimento de uma assistência humanizada fundamentada no respeito e no diálogo.

¹ No enfoque biologicista a fragmentação é mais importante do que o todo, o doente é visto como uma doença a ser curada e não como uma pessoa. A ação de Enfermagem é fundamentada em prescrição médica, em execução acrítica e com repetição das técnicas. Predominam atividades administrativas em detrimento do exercício do Cuidado Humano. Precariza-se a reflexão e a crítica sobre a instituição onde se atua e sobre o sistema de saúde vigente (LOUREIRO; VAZ, 2000).

Portanto a humanização na área da saúde, especificamente na enfermagem, aprecia a edificação compartilhada de ações que recuperem a dignidade humana, o interesse humano pelo outro, a solidariedade, a compreensão, o respeito mútuo, o comprometimento com as relações humanas e com a vida, aqui vislumbrados, como princípios fundamentais do cuidado.

4.4 RELAÇÃO PACIENTE E FAMÍLIA

A UTI é considerada um local ideal para a prestação de cuidados aos pacientes que necessitam de ambiente tecnológico e humano para a recuperação das condições fisiológicas normais, logo, pode ser visto e interpretado como agressivo, estressante, invasivo, complexo e até hostil para o paciente e sua família (MARQUES et al., 2008.)

A estrutura física e funcional de uma UTI dificulta as práticas de atenção afetiva e emocionais da família deixando-a mais apreensiva e angustiada. As emoções dos familiares não podem ser suspensas como pretendem algumas vezes os profissionais, uma vez que precisam ser reconhecidas além de atenção e apoio dos profissionais do intensivismo (BENTTINELII; ERDMAM, 2009).

Torna-se difícil, então, um contato com os familiares em decorrência da premência de um fazer tecnológico imediato, o que contribui para se compreender a UTI como um local em que predomina a frieza e a atuação desumana e distante (SILVEIRA et al., 2005). Os profissionais priorizam os procedimentos técnicos e a utilização de tecnologia.

Estudos sinalizam para elevados níveis de ansiedade e sintomas depressivos entre membros de familiares de pacientes internados em UTI, uma vez que a permanência nesse ambiente envolve uma ameaça iminente a integridade física do paciente, podendo se configurar como um potencial evento traumático causador de estresse emocional (COSTA et al., 2010).

Na relação terapêutica, o paciente precisa ser reconhecido como integrante de uma família; o que permite apontar que algumas considerações e cuidados devem ser centrados na família, dispondo um ambiente acolhedor e de proximidade.

Tal interação necessita envolver a equipe de enfermagem, o paciente e a família (Figura 4), considerando os aspectos físicos, emocionais, éticos, espirituais e sociais (SILVEIRA et al., 2005).



Figura 4 – Relação terapêutica enfermagem, paciente e família.

Fonte: Google Imagens, 2012.

É inquestionável a necessidade que numa Unidade de terapia intensiva os profissionais olhem para si e para o outro, na tentativa de que o autoconhecimento colabore positivamente no cuidado de cada ser. É o encontro entre cuidador e o ser cuidado, por meio de diálogo aberto entre quem cuida e o cerne, que é cuidado (paciente e familiar) (CARVALHO et al., 2005).

A relação profissional e família deve pautar-se em alguns pressupostos: a equipe precisa considerar as necessidades da família diante de situações estressantes através do diálogo e da busca dos significados que as experiências de doença gera; a afetividade proporcionada entre familiares e paciente é fundamental para a sua recuperação; a comunicação sob suas diferentes formas é o principal meio para favorecer a interação entre a equipe de enfermagem, familiares e pacientes (Silveira et al, 2005)

Entretanto, esta relação em variadas situações não se apresenta pautada em aspectos éticos e humanísticos. A presença de um familiar ao lado do paciente aliada a uma equipe de profissionais despreparados, para atender suas necessidades podem gerar consequências nocivas, tais como agressividade, atitudes de negação, rejeição e alheamento diante das informações que lhes são prestadas (MARQUES et al., 2008).

Avançando nesta discussão, os profissionais tentam se proteger por meio do distanciamento evitam um envolvimento pessoal e assumem postura rígida e impessoal. “Diante de um paciente grave, por exemplo, tendem a falar mais tecnicamente com os familiares, para evitar seus questionamentos, podendo causar falsa esperança e informações incompletas” (MARQUES et al., 2008, p.67).

Tal assertiva sinaliza para a premência da equipe de enfermagem permanecer alerta às experiências da sua prática, estar receptiva às novas possibilidades, envolvendo a família no processo de enfrentamento da doença. Pois Silveira, et al. (2005) afirmam que a família tem se tornado responsável por vários aspectos positivos ligados à reabilitação de doentes na UTI, além de contribuir com informações significativas a respeito do paciente, o que permite a tomada de decisões quanto à realização de procedimentos necessários.

A filosofia de atendimento em terapia intensiva, centrado também na família perpassa pelo entendimento que muitos dos pacientes morrem na UTI sem que a equipe possa ter uma real avaliação sobre a adequação do tratamento, principalmente quanto às necessidades dos familiares, por conseguinte a família pode ser a única interface de ligação (COSTA et al., 2010).

Infere-se a relevância da interação entre equipe de enfermagem, os pacientes e familiares, além da empatia e do uso da tecnologia como instrumentos que podem proporcionar um cuidado mais humanizado. Vale ressaltar que o cuidado de enfermagem transcende por um complexo construto, com diferentes dimensões, o que isso não impede a compreensão de que ele é humano, ainda que se tenha a apropriação de tecnologias e máquinas para cuidar (MARQUES; SOUZA, 2010)

Por conseguinte, para se estabelecer avanços nas discussões sobre o cuidado humanizado na UTI, faz-se necessário que o trabalhador adote a postura de se colocar no lugar do ser que é cuidado para poder vislumbrar de uma forma mais aproximada quais são suas reais necessidades e garantir relação harmônica e humana para os seres que cuidam, os que são cuidados e sua família.

4.5 CUIDAR DE QUEM CUIDA

O desempenho de atividades profissionais no ambiente hospitalar pode desencadear alegrias e ser estimulante, porém é dotado de atividades insalubres, penosas e difíceis para todos os profissionais, dentre os quais se destacam os trabalhadores de enfermagem (URATANI, 2010).

O trabalho na área da saúde gera ônus para seus trabalhadores. O ambiente insalubre, o regime de turnos, os plantões, os baixos salários, o contato com os pacientes, emoções e conflitos inconscientes tornam os trabalhadores vulneráveis ao sofrimento psíquico e ao adoecimento devido ao trabalho (RIOS, 2008).

Para tanto, deve-se considerar que a humanização do ambiente hospitalar e da assistência à saúde não se efetivará, se estiver focada singularmente em aspectos motivacionais externos ou unicamente no paciente. O hospital humanizado contempla, em sua estrutura física, tecnológica, humana e administrativa, o respeito à dignidade da pessoa humana, seja paciente, família ou o próprio profissional, garantindo-lhes condições para um atendimento eficaz e de qualidade (BACKES et al. 2006).

Com efeito, para que os profissionais de enfermagem possam exercer a profissão com honra, dignidade, respeito ao outro, dentre outros aspectos, precisam manter sua condição humana, também respeitada. Tal contexto perpassa por trabalhar em adequadas condições, receber um salário justo e o reconhecimento de suas atividades e iniciativas (ROCHA; ROCHA, 2008).

Os profissionais de saúde são pessoas que cuidam de pessoas e por isso também carecem de cuidados (Figura 5), principalmente frente ao sofrimento e ao estresse. No ambiente hospitalar dificilmente se configura uma preocupação em proteger, promover e manter a saúde de seus funcionários, o que é uma situação extremamente paradoxal (URATANI, 2010).

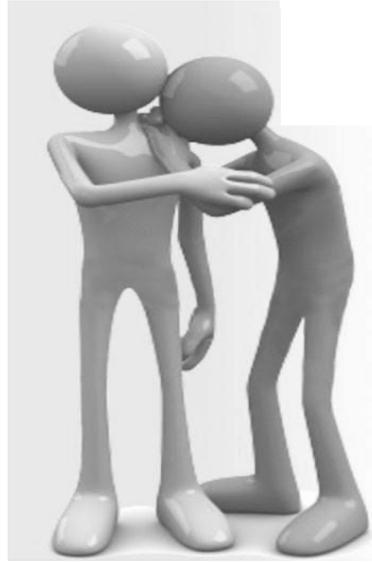


Figura 5 – Cuidando de quem cuida

Fonte: Google Imagens, 2012.

Tal assertiva é compartilhada com Carvalho et al. (2005) quando destacam o fato de quem cuida também precisa ser cuidado. O profissional lida com as mais diversas situações, seja de perdas, envolvimento, deformidades e não tem ajuda profissional dada pela instituição na qual faz parte, e isso pode afetá-los diretamente na sua vida pessoal e desempenho profissional

Estes fatores impactam diretamente no desempenho profissional e em seus aspectos emocionais. Acabam levando ao desenvolvimento de mecanismos de defesa para lidar com as situações de conflito ou desencadeando o sofrimento e estresse (COLLET; ROZENDO, 2003).

Difícilmente o cuidador trabalhará de maneira humanizada, se ele próprio não trabalha num ambiente humanizado. A equipe de enfermagem também requer cuidados especiais, de atenção, objetivando mantê-la forte e ligada. “O sentimento de decepção ou desmotivação, cujos reflexos podem implicar em baixa qualidade da assistência prestada, refletem-se sobre o cuidado da própria equipe, como uma exigência para cuidar dos outros” (ROCHA; ROCHA; 2008, p. 32).

A este respeito Backes et al (2006b) afirmam que para desenvolver um processo de humanização, inicialmente com ênfase no trabalhador, exige-se, principalmente, por parte dos gestores, acolhimento, escuta e uma atitude de

sensibilidade, para entender as condições reais na perspectiva do próprio trabalhador, seja-as favorável ou não.

Na implantação da Política Nacional de Humanização (PNH), elegeram-se os processos de trabalho e gestão como os principais alvos das ações humanizadoras a partir dos quais se pretende retificar a cultura institucional da atenção à saúde para usuários e trabalhadores (BRASIL, 2004).

Os profissionais, através do seu trabalho e das relações que estabelecem podem determinar se o atendimento ao usuário é ou não é humanizado. Acrescentado o fato que todo processo de humanização, para ser eficaz e transformador, necessita estreitar os laços de comunicação, na tentativa de respeitar a leitura de mundo dos trabalhadores (BACKES et al, 2006).

Portanto, o profissional cuidador, também, demanda reconhecimento de suas necessidades e atenção perante o ambiente desumano, para desenvolver seu trabalho pautado em preceitos da humanização.

4.6 FATORES QUE INTERFEREM NO CUIDADO HUMANIZADO NO AMBIENTE DA UTI

Na contemporaneidade, se presencia grandes avanços científicos e técnicos no campo das ciências da saúde, porém, o processo de desumanização se apresenta como uma das suas principais conseqüências. No ambiente da UTI alguns aspectos se evidenciam como influenciadores do cuidado humanizado pela equipe de enfermagem.

Para Costa, Figueiredo, Schaurich (2009) depreende-se que os fatores podem dificultar o processo de humanização estão relacionados ao modo de cuidar, ainda fundamentados no modelo cartesiano de atenção; às relações que se estabelecem entre os integrantes da equipe de saúde; e às normas e rotinas estabelecidas pelos serviços de saúde.

Ao longo dos tempos, a formação de profissionais e a organização dos serviços de saúde têm dado preferência, embasado no paradigma cartesiano, ao conhecimento fragmentado e especializado, a supremacia do poder médico, a

valorização da técnica e da destreza manual e o vislumbre do ser humano como máquina (DESLANDES; MITRE, 2009).

Desse modo, a especialização dos serviços de saúde pode acentuar as condições que sustentam o paradigma cartesiano. As UTIs representam um espaço que, por sua concentração de alta tecnologia, é caracterizado pela supremacia do saber científico parcelar e fragmentado, em que usuários e familiares podem ser destituídos de sua humanidade (GOTARDO, SILVA, 2005).

É corrente o entendimento de que os profissionais de saúde ainda são formados no hegemônico modelo flexneriano que Rizzotto destaca como característica

dessa Medicina Flexneriana, denominada de 'científica' o mecanicismo; o biologicismo; a especialização; o individualismo; a exclusão de práticas alternativas; a tecnificação do ato médico; a ênfase na Medicina curativa e a concentração de recursos no espaço urbano/hospitalar (1999, p. 36).

Perspectiva-se, deste modo, que quanto mais especializado for a instituição de saúde, mais evidentes estarão as circunstâncias que sustentam o paradigma do modelo flexneriano.

Entende-se, desta maneira, “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” (BOLELA; JERICÓ, 2006, p. 304), dificultando a prática de um cuidado humanizado.

Acrescenta-se a este cenário, a existência de fatores que prejudicam uma organização coletiva do processo de trabalho e auxiliam para a cristalização de uma organização verticalizada, burocrática e formalista; marcada pelo jogo de interesses e objetivos particulares; carência de comunicação e integração entre profissionais (COLLET; ROZENDO, 2003).

De modo similar Backes et al (2006b) expõem que o modo pelo qual o ambiente é estruturado influencia significativamente a qualidade de vida e a satisfação dos trabalhadores. O trabalhador valorizado profissionalmente pode articular e harmonizar seu ambiente de trabalho e produzir o máximo de rendimento, com prazer e realização.

É certo também que o número inadequado de profissionais de enfermagem gera na equipe sobrecarga, aliada as duplas e até triplas jornadas de trabalho. Frequentemente as instituições não têm políticas que favoreçam seus trabalhadores, possivelmente reivindicações não são ouvidas e nem consideradas (ROCHA; ROCHA, 2008).

A convivência em ambientes estressantes como os hospitais, frequentemente oportuniza para que o profissional se torne indiferente aos problemas e necessidades dos pacientes e seus familiares. A rotina e a complexidade do ambiente fazem com que os profissionais de enfermagem, em diversas ocasiões, esqueçam de conversar, ouvir ou tocar o ser humano que está a sua frente (VILLA; ROSSI 2002), conseqüências de uma jornada diária, que exige um grande esforço físico e psíquico dos profissionais

A partir deste entendimento, Collet e Rozendo (2003, p.191) asseveram 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”.

Na Unidade de Terapia Intensiva é imprescindível a conscientização da equipe de saúde a entender a necessidade de oferecer uma profunda avaliação do estado físico, psíquico e emocional do paciente. (PASTOR; CRUZ, 2010).

Corroborando com essas considerações, se traz à reflexão alguns aspectos da rotina da UTI que podem prejudicar a implementação da humanização da assistência. Destaca-se o barulho constante dos equipamentos e conversas, influenciando no descanso do paciente; ausência de privacidade, expondo-os a situações constrangedoras que os fazem vivenciar a desapropriação de seu corpo, autonomia e liberdade de opinar; famílias que se sentem pouco participativas nos cuidados e tratamento de seu familiar. (BOLELA et al., 2006).

Em grande parte das instituições de saúde, a carência de materiais em quantidade e qualidade suficientes, juntamente com a imprevisibilidade nos equipamentos e recursos materiais para o adequado cuidado de enfermagem, além de dificultar o planejamento das ações, por vezes expõe o usuário ao imprevisto e risco e o trabalhador a situações constrangedoras. (BECK et al., 2007)

Outra questão que merece ser ressaltada, quando aos fatores que prejudicam a implementação da humanização, é a formação dos profissionais, uma vez que muitas das instituições educacionais ainda privilegiam as metodologias de

transmissão de conhecimentos, descontextualizadas da realidade vivida pelos educandos, preconizando a parte fisiopatológica e técnica do processo saúde-doença. (COSTA, FIGUEIREDO, SCHAURICH, 2009).

Entretanto, os discursos legais sobre a formação em enfermagem tem valorizado a inclusão de conteúdos que abordam o sujeito em sua dimensão humana, envolvendo questões subjetivas e sociais, na tentativa de ampliar a perspectiva biológica, clínica e técnica do cuidar em saúde. (CHERNICHARO; SILVA; FERREIRA, 2011).

A respeito disso, tem-se com a seguinte afirmação: “as propostas de humanização em saúde suscitam repensar o processo de formação dos profissionais, pois tal processo ainda está centrado no aprendizado técnico, racional e individualizado, com tentativas de crítica, criatividade e sensibilidade”. (SOUZA; MOREIRA, 2008, p.333).

Ainda é preciso pontuar que a humanização do cuidado passa por uma (re) definição da atitude subjacente do profissional em relação a ele mesmo e ao seu mundo (DESLANDES; MITRE, 2009).

É primordial que a intenção dirigida a um objetivo claro esteja presente no cotidiano dos profissionais. Do contrário, as práticas tornam-se vazias em sentido e perdem a razão de ser do ponto de vista da subjetividade. Assim, é relevante conhecer o motivo daquela atitude ou cuidado, para que seja possível oferecer aquilo que se necessita e que seja significativo do ponto de vista do indivíduo cuidado (HOGA, 2004). Isso permite afirmar que não há possibilidade de transformar as relações entre pacientes e profissionais em mais humanas, se os próprios profissionais de enfermagem não se derem conta da sua importância dentro deste processo.

Tem-se, a partir destas constatações, que uma educação continuada eficiente pode cooperar em potencial para capacitação destes profissionais. Apenas a intenção de dedicar cuidados especiais ao paciente/cliente, não basta, se quem lida com os mesmos não está devidamente qualificado para desempenho de um cuidado humanizado (ROCHA; ROCHA, 2008).

Face ao exposto, os problemas decorrentes da forma de organização da instituição hospitalar interferem diretamente na relação que se estabelece entre profissionais de enfermagem e usuários. Quando não há elos nessa relação, cria-se um desligamento do sofrimento do outro e o medo origina uma lacuna subjetiva

crescente entre os que estão cuidando (enfermagem) e os que deveriam ser cuidados (usuários) (COLLET; ROZENDO, 2003).

Fica evidenciado, também, a pertinência da necessidade de reorientação e revisão dos currículos que formam os trabalhadores de enfermagem, pois não basta a implantação de uma política transversal como a da humanização se não existir profissionais competentes e comprometidos com as mudanças dos serviços de saúde.

4.7 A DIMENSÃO DO CUIDADO HUMANIZADO DA ENFERMAGEM NA UTI

A política nacional de humanização (Figura 6), acena para quatro grandes princípios ou valores: a autonomia, a beneficência, a não-maleficência e a justiça, levando a concretizar alguns direitos e deveres: direitos a terapias adequadas, direito do doente saber sobre a realidade da sua situação, direito do paciente decidir sobre sua vida e tratamento, direito das pessoas terem acesso a um ambiente humano propício a um viver com dignidade e um morrer com tranquilidade (BRASIL, 2001).



Figura 6 – Política Nacional de Humanização

Fonte: Google Imagens, 2012.

Neste sentido, sustenta-se que na atualidade o cenário das UTIs sinaliza para a urgência da preocupação com o resgate e implementação do cuidado humanizado. Infelizmente, predomina a preocupação com o aperfeiçoamento da técnica, valorizando o modo-de-ser trabalho, secundarizando o modo-de-ser-cuidado (BOLELA et al., 2006).

A equipe de enfermagem em uma UTI deve optar pelo cuidado e não pela cura, ou seja, não se tornar “escravo” da tecnologia, mas aprender a usá-la favor da harmonização do paciente, do seu bem estar. Isto inclui a valorização da técnica por ela ser uma “aliada” na tentativa de preservar a vida, o bem estar e o conforto do paciente. É oportuno que “esses detalhes” de humanização não fiquem em segundo plano; pois o respeito ao ser humano é tão grande que o desempenhar bem as técnicas se torna fundamental (CINTRA; NISHIDE; NUNES, 2005).

No contexto de trabalho o aspecto humano do cuidado de enfermagem é um dos mais difíceis de ser implementado. A complexidade da rotina diária que envolve a UTI faz com que os membros da equipe de enfermagem, em algumas situações, esqueçam de tocar ou conversar com o indivíduo que presta o cuidado (GUIMARÃES, 2010).

Para tanto, Corrêa (2000) assevera que durante a assistência, por mais complexa que seja e envolva meios tecnológicos, é necessário buscar o humano ali existente.

Nesta perspectiva, a humanização insere-se em um cenário de iniciativas, que primam pela produção de cuidados em saúde, capazes de conciliar a melhor tecnologia disponível com promoção de acolhimento, ambientes de trabalho favoráveis ao bom exercício técnico, respeito ético e cultural do paciente e a satisfação dos profissionais e usuários (FERNANDES et al., s/d).

Para Bolela et al. (2006) o ambiente ou estrutura física de uma UTI é de fundamental importância no bem-estar do paciente, equipe e família. Pode-se aprimorar a humanização da assistência através da instalação de calendários, relógios (para situarem o paciente no tempo e espaço), janelas espelhadas, possibilidade de perceber o ambiente externo e diferenciar a luz do dia do anoitecer, os quais facilitam percepções que são prejudicadas em um ambiente fechado.

Baseado nisso, Martins e Ribeiro (2011) pontuam que uma das medidas essenciais para minimizar o desconforto psíquico do paciente é informá-lo sobre suas condições e sobre a assistência a ele prestada. Portanto, na assistência em UTI são fundamentais a identificação e o atendimento das necessidades dos pacientes bem como das suas expectativas quanto aos cuidados.

Com efeito, discutir a humanização na enfermagem é falar de seu instrumento de trabalho: o cuidado, que se caracteriza como uma relação de ajuda, cuja

essência constitui-se em uma atitude humanizada, apoiando o cuidado numa relação inter-humana (CORBANI; BRÊTAS; MATHEUS, 2009).

É válido ressaltar que numa relação de cuidado, além do contato profissional, tem-se o contato com a própria consciência, o que traz a tona ética do cuidado na enfermagem, não somente na execução de técnicas sob as necessidades de determinadas patologias, mas respaldados nos princípios de beneficência (praticar o que faz bem) e não-maleficência (não praticar o que faz mal) (CARVALHO et al., 2005).

Para a humanização da assistência considera-se importante atribuir relevância às dimensões subjetivas do profissional. O encontro autêntico entre o profissional e seu, fundamental para a humanização da assistência, apenas efetivar-se-á quando os profissionais estiverem preparados e disponíveis para tal ocorrência. Este necessita, também, um estado físico e psíquico que permita o fluxo adequado da energia, requerido ao processo de cuidar (HOGA, 2004)

Ainda neste fio ideológico, pontua-se sobre a necessidade que os profissionais estejam preparados para enfrentar as situações do cotidiano da UTI, uma vez que o trabalho pode se tornar mecanizado e desumano. Para tal, é fundamental o apoio à equipe, valorizando-a como seres biopsicossociais, pois quando se sentem mais respeitados, valorizados e motivados como pessoas e profissionais, podem estruturar relações interpessoais mais harmônicas com os pacientes, familiares e equipe multiprofissional (OLIVEIRA et al., 2006)

A harmonia envolvendo cuidador e ser cuidado deve ter como fio guia a escuta sensível, para a estruturação de uma prática do cuidar. O verdadeiro cuidado humano prima pela ética, enquanto elemento incitador das ações e intervenções pessoais e profissionais, constituindo o alicerce do processo de humanização (HOGA, 2004).

Outro elemento determinante na dimensão do cuidado humanizado refere-se ao profissional de enfermagem reconhecer-se como importante no processo de humanização, uma vez que são estes que desenvolvem os cuidados diretos, bem como são eles que acompanham os usuários durante tempo integral. Assim, é impreterível que se sintam comprometidos, pois, possivelmente, o cenário da UTI constitui o mais complexo para se fazer-valer a política de humanização (COSTA et al., 2009).

Deve-se conceber que apenas o uso do termo “humanizar” rotineiramente não é suficiente para propiciar resultados práticos, porém é um requisito necessário para iniciar o processo. A concretude de ações abre a possibilidade de aprender sobre a humanização, resultando em alteração da prática dos cuidados de saúde (ALMEIDA; CHAVES, 2009).

Dessa forma, para que o atendimento de enfermagem torne-se mais humano é preciso que a equipe seja conscientizada e preparada para fazer a diferença no cuidado, passando a atender o paciente de forma integral e humanizada.

Assim, pressupõe-se que um dos nós, ainda não desatado, talvez relacione-se com a necessidade de desenvolver nos profissionais o interesse legítimo pelo paciente. Tarefa nada fácil nos tempos atuais, em que prevalece o individualismo e o jeito narcísico de ser (RIOS, 2009).

Tal entendimento é abordado por Corbani; Brêtas; Matheus quando sinalizam:

no desequilíbrio entre ser e ter perde-se o cuidado. Na inversão total deles, o cuidado fenece e morre, resultando no descuido e esquecimento total. Se morrer o cuidado, morre também o ser. Se perdermos em parte nossas características, então, degradamo-nos; e, se de modo pleno, já estamos mortos (2009, p. 350).

Sendo assim, a humanização se pauta no respeito e valorização do ser humano, e constitui um processo que almeja mudar a cultura institucional por meio da construção coletiva de compromissos éticos e de alternativas para as ações de atenção e cuidado à saúde (RIOS, 2009).

Logo, essa asseveração abriga as diversas visões da humanização supracitadas enquanto abordagens complementares que permitam a efetivação dos propósitos para os quais aponta sua definição.

Enfim, conhecer e compreender como ocorre a implantação e implementação da humanização no contexto da assistência de enfermagem, seja na UTI ou em outros ambientes, é tão relevante quanto desafiante para profissionais e gestores dos serviços de saúde.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Inicia-se a pesquisa com a abordagem histórica do surgimento e evolução da Unidade de Terapia Intensiva. Esta apresentação foi imprescindível para contextualizar sobre alguns elementos que estão envolvidos na prática atual da enfermagem neste ambiente.

Averigua-se que o desenvolvimento das UTIs esteve relacionado com o avanço dos procedimentos cirúrgicos e a necessidade de se prestar maiores cuidados ao paciente durante o período pós-operatório imediato. Além de estar associado ao desenvolvimento tecnológico e a preocupação em garantir uma melhor assistência médica e de enfermagem ao paciente grave.

Evidencia-se que as unidades de cuidados intensivos devem ser adequadas às necessidades da clientela atendida. O planejamento e o projeto devem ser baseados em normas e regulamentos técnicos do Ministério da Saúde para seu funcionamento, uma vez que estes visam estabelecer padrões mínimos exigidos, objetivando a defesa da saúde dos pacientes e dos profissionais envolvidos. O projeto deve ser abordado por um grupo multidisciplinar constituído por enfermeiros, diretor médico, arquiteto, administrador hospitalar e engenheiros.

A unidade precisa contar com equipe multiprofissional com conhecimento e experiência. O referencial mínimo de enfermeiros e técnicos de enfermagem é um para cada dez leitos ou fração, em cada turno e 01 no mínimo para cada 02 dois leitos em cada turno, respectivamente.

Não se pode ignorar o fato de que tecnologia se tornou uma aliada junto à equipe de enfermagem na busca pela melhoria do estado clínico e o conforto desse paciente, porém, é importante que exista a preocupação em não permitir que a tecnologia se sobreponha em relação à prática do cuidado humanizado.

Constata-se que para conseguir humanizar o atendimento de enfermagem é preciso que a equipe seja sensibilizada e preparada para fazer a diferença no cuidado, entendendo o paciente de forma mais humana e integral. Os profissionais de enfermagem necessitam reordenar o enorme conjunto de conhecimentos e tecnologias até hoje elaborados, como alternativa ao seu paradigma mecanicista dominante.

Entende-se que a humanização da assistência requer um preparo maior da equipe de saúde. O processo de trabalho é beneficiado com uma equipe multiprofissional, com destaque aos profissionais de enfermagem que com seus conhecimentos específicos podem implementar uma assistência integral, diferenciada e qualificada

Quanto aos fatores que tornam a humanização do cuidado na UTI um projeto utópico, ainda, bem distante da realidade dos serviços de saúde, destacam-se a falta de compreensão real da dimensão psicossocial que envolve os processos saúde-doença, descompromisso com o resultado do trabalho, a falta de comunicação entre família e equipe, ausência de gestão participativa nos serviços de saúde.

A razão de ser das instituições de saúde é o “ser humano”, a pessoa e não apenas seu problema físico ou psíquico, seus membros, órgãos ou sistemas. Quem adentra nestes ambientes são pessoas, seres humanos, carentes de atendimentos, às vezes complexos e desafiadores da ciência e da técnica.

Enfim, o grande desafio da enfermagem, no contexto da humanização nas UTIs, é acima de tudo repensar todas as suas práticas, organizar diferentes opções e formas de atendimento e de assistência. De forma a preservar um posicionamento ético no contato pessoal com os usuários, nas mais diversas intervenções da assistência.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, D. V.; CHAVES, E. C. **Einstein** Teaching humanization in undergraduate nursing education programs.v.7,s/n, p. 271-8, 2009.

BACKES, B. et al. A humanização hospitalar como expressão da ética. **Rev Latino-am Enfermagem**. [on- line], v.4, n.1, jan/fev, 2006. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v14n1/v14n1a18.pdf>>. Acesso em 02 de outubro de 2012.

BACKES, B. et al. **O processo de humanização do ambiente hospitalar centrado no trabalhador**. Rev. esc. enferm. USP [online]. vol.40, n.2, p. 221-227. 2006b.

BECK, C.L.C. et al. A humanização na perspectiva dos trabalhadores de enfermagem. **Texto Contexto Enferm.**, v.16, n.3, p.503-10, 2007.

BENTTINELLI, L. A. ERDMAM, A. L. Internação em unidade de terapia intensiva e a família: perspectiva do cuidado. **Avances em enfermaria**. v. 27, n. 1, jan./jun.2009

BOLELA F.; JERICÓ M. C. Unidades de terapia intensiva: considerações da literatura acerca das dificuldades e estratégias para sua humanização. **Esc Anna Nery R Enferm**, v.10, n. 2, p. 301-8, ago., 2006

BRASIL. Ministério da Saúde. **RDC/ANVISA nº 307, de 14 de novembro de 2002**. Disponível em < <http://www.anvisa.gov.br/legis/portarias/>> Acesso em 18 de setembro de 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. BRASIL. **Resolução – RDC nº 50, de 21 de fevereiro de 2002**. Disponível em < <http://www.anvisa.gov.br/legis/portarias/>> Acesso em 18 de setembro de 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. BRASIL. **ANVISA/ RDC Nº 26, DE 11 DE MAIO DE 2012**. Disponível em < http://www.ccih.med.br/arqs_legislacao/RDC-07-2010-UTI-ANVISA.pdf?MOD=AJPERES /> Acesso em 18 de setembro de 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar**, p. 33, 2001,

BRAZ, E; FERNANDES, L. M. **Unidade de terapia intensiva**. material didático pedagógico para a Assistência de Enfermagem ao paciente crítico. Cascavel: Unioeste, 2007.

BRYAN-BROW, C.W. O caminho até o presente: uma visão pessoal do tratamento intensivo. In: CIVETTA, J.M. et al. **Tratado de terapia intensiva**. São Paulo, Manole, 1992. cap. 145, p.1887-1896.

CARVALHO et al. Cuidado e humanização na enfermagem: reflexão necessária.In: Segundo seminário nacional de políticas sociais, 2005, Cascavel. **Anais**. Cascavel: Unioeste, 2005.

CINTRA, E.A. NISHIDE, V. M.; NUNES, W. A. **Assistência de Enfermagem ao Paciente Gravemente Enfermo**. 2ed. São Paulo Ed. Atheneu, 2005.

CHERNICHARO I. M, SILVA F. D, FERREIRA M. A. Humanização no cuidado de enfermagem nas concepções de profissionais de enfermagem. **Rev Esc Anna Nery**, Rio de Janeiro, v.15, n.4, p. 686-693, out-dez., 2011.

COLLET N, ROZENDO C.A. Humanização e trabalho na enfermagem. **Rev Bras Enferm**, v. 56, n 2, p.189-192, mar/abr, 2003.

COSTA, S. C.; FIGUEIREDO, M. R. B.; SCHAURICH, D. Humanização em Unidade de Terapia Intensiva Adulto (UTI): compreensões da equipe de enfermagem. **Interface - Comunic., Saúde, Educ.**, v.13, supl.1, p.571-80, 2009.

COSTA et al. Fatores estressantes para familiares de pacientes criticamente enfermos de uma unidade de terapia intensiva. **J Bras Psiquiatria**. v. 59,n. 3, p.182-189. 2010.

CORBANI, N. M. S.; BRÊTAS; A. C.P. MATHEUS, M. C. C. Humanização do cuidado de enfermagem: o que é isso? **Rev. bras. Enferm.** Brasília, v. 62 n. 3 May/June, 2009.

CORREA, A.K. **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.

Cuidando de quem cuida. Disponível em <<http://www.google.com.br/imgres?>>Acesso em 20 de outubro de 2012.

DESLANDES, S. F.; MITRE, R. M. A. Processo comunicativo e humanização em saúde. **Interface - Comunic., Saude, Educ.**, v.13, supl.1, p.641-9, 2009.

FERNANDES, G.T. et al. **Tecnologia de Ponta em Unidade de Terapia Intensiva (UTI) e sua Influência na Humanização do Cuidado de Enfermagem**. s/d. Trabalho de Conclusão de Curso de enfermagem do Centro Universitário Plínio Leite.

FERREIRA, A.B.H. **Novo dicionário da língua portuguesa**. 2ª ed. Rio de Janeiro (RJ): Editores; 1998.

FILHO; V. P. SÁ, D. F.C. O cuidado na prática médica. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, v.33, n2, p.189-194, 2009.

Florence Nightingale atendendo os enfermos. Disponível em <<http://www.google.com.br/imgres?>>Acesso em 20 de outubro de 2012.

FORTES, P. A. C, MARTINS C.L. A ética, a humanização e a saúde da família. **Rev bras enferm**.v.53, (n.esp), p.31-3. 2000.

GALVÃO, C. M.; SAWADA, N. O.; TREVIZAN, M. A.. Revisão sistemática: recurso que proporciona a incorporação das evidências na prática da enfermagem. **Rev. Latino-am. Enfermagem**. v. 12, n. 3, p. 549-556. Mai./jun. 2004.

GUEDES-SILVA, Damiana. **Levantamento das plantas medicinais utilizadas na Pastoral da Saúde no município de Ji-Paraná/RO**. Dissertação (Mestre em Genética e Toxicologia Aplicada) – Porto Alegre, Universidade Luterana do Brasil, p. 32-35, jul.2011.

GOMES, R. M. I; SCHRAIBE, L. B. A dialética humanização-alienação como recurso à compreensão crítica da desumanização das práticas de saúde: alguns elementos conceituais. **Rev.Interface**, Botucatu, v.15, n.37 abr./jun. 2011.

GOMES, A. M. Planta física, equipamento e dotamento de pessoal. **Enfermagem na Unidade de Terapia Intensiva**. Cap.3, p.17-31, 1988

GOTARDO, G. I. B.; SILVA, C. A. O cuidado dispensado aos familiares na unidade de terapia intensiva. **Rev. Enferm. UERJ**, v.13, n.2, p.223-8, 2005.

GRÜDTNER; et al. O amor no cuidado de enfermagem. **Rev. enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, abr/jun; v.18, n.2, p. 317-22, 2010. Disponível em <http://www.facenf.uerj.br/v18n2/v18n2a25.pdf>. Acesso em 29 de setembro de 2012

GUIMARÃES, M. R. **O papel do enfermeiro na UTI**. Disponível em:< <http://www.acessemed.com.br/v1/2010/04/04/o-papel-do-enfermeiro-na-uti>> Acesso em: 10 jun. 2012.

HOGA L.A.K. A dimensão subjetiva do profissional na humanização da assistência à saúde: uma reflexão. **Rev Esc Enferm**.v.38: p.13-20. 2004.

Humanização e cuidado. Disponível em <http://www.google.com.br/imgres?> Acesso em 20 de outubro de 2012.

LINO, M. M.; SILVA, S.C. Enfermagem na Unidade de Terapia Intensiva: a história como explicação de uma prática. **Nursing**, v.41, n.4, p:25-29, out. 2001.

LOUREIRO, M. M.; VAZ, M. R. C. A busca de novos modelos de ensino: condição essencial para a transformação do modelo assistencial de Enfermagem. **Texto Contexto Enfermagem**. Florianópolis, v. 9, n. 2, p. 226-237, mai- ago., 2000.

MADUREIRA, C. R.; VEIGA, K. ; SANT'ANA, A. F. M. Gerenciamento de tecnologia em terapia intensiva. **Rev. Latino Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 8, n. 6, p. 68-75, dez., 2000.

MARQUES R, *et al*. Comunicação efetiva com família de pacientes em cuidados críticos: percepção dos profissionais de saúde **Rev enferm Herediana**. v.1,n.2, p.65-70, 2008.

MARQUES, I. R.; SOUZA, A.R. Tecnologia e humanização em ambientes intensivos. **Revista bras. Enferm.** Brasília. v. 63, n 1, Jan/Fev. 2010.

MARTINS, W. N.; RIBEIRO, V. S. Humanização da assistência hospitalar em enfermagem na unidade de terapia intensiva. **Em Revista Florence.** São Luís, v.1, n.1, Maio de 2011.

MENDES, Karina Dal Sasso; SILVEIRA, Renata Cristina de Campos Pereira; GALVÃO, Cristina Maria. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto contexto - enferm.** Florianópolis, v. 17, n. 4, Dez. 2008.

MEYER, D.E. Como conciliar humanização e tecnologia na formação de enfermeiras/os? *Rev. Bras. Enferm.*, Brasília, v, 55, n, n.2 p.189-195, mar./abr., 2002.

NISHIDE, V. M; MALTA, M.A; AQUINO, K. S. Aspectos organizacionais em unidade de terapia intensiva. In: Cintra E. A, NISHIDE V. M, NUNES WA, organizadoras. **Assistência de enfermagem ao paciente gravemente enfermo.** São Paulo: Atheneu, 2001, p.13-14.

OGUISSO, T. **trajetória histórica e legal da enfermagem.** Barueri, SP: Manole, 2005.

OLIVEIRA et al. humanização na assistência à saúde. **Rev Latino-am Enfermagem.** v.14, n.2, p.277-84, mar-abr. 2006.

OLIVEIRA C. P.; KRUSE; M. H. L. A humanização e seus múltiplos discursos análise a partir da REBEn. **Rev Bras Enferm**, v.59, n1, p. 78-83. jan-fev; 2006.

PASTOR, N., CRUZ, I.. The Nursing in the Humanization of the Attendance in Unit of Intensive Therapy – Sistematic Literature Review. **Journal of Specialized Nursing Care**, North America, 3, jul. 2010. Disponível em: <<http://www.uff.br/jsncare/index.php/jsncare/article/view/2280>>. Acesso em: 02 Jun. 2012.

Política Nacional de Humanização. Disponível em <<http://www.google.com.br/imgres?>> Acesso em 20 de outubro de 2012.

Relação terapêutica enfermagem, paciente e família. Disponível em <<http://www.google.com.br/imgres?>> Acesso em 20 de outubro de 2012.

PEREIRA, A D.' A. et al. Atentando para as singularidades humanas na atenção à saúde por meio do diálogo e acolhimento. **Rev. Gaúcha Enferm.** [online]. v.31, n.1, p.55-61, 2010. Disponível em < <http://www.scielo.br/scieloOrg/php/reference.php?pid=>> Acesso em 28 de setembro de 2012.

RIOS, I. C. Humanização e Ambiente de Trabalho na Visão de Profissionais da Saúde **Saúde Soc.** São Paulo, v.17, n.4, p.151-160, 2008.

RIOS, I. C. Humanização: a Essência da Ação Técnica e Ética nas Práticas de Saúde. **Revista brasileira de educação médica**, v.33, n. 2, p. 253–261; 2009.

RIZZOTTO, M. L. F. **História da enfermagem e sua relação com a saúde pública.** Goiânia: AB Editora, 1999.

ROCHA, M. J. R.; ROCHA, M. S. **A humanização de enfermagem no cuidado hospitalar: um olhar sobre o centro cirúrgico.** Campos Gerais: [s.n], 2008.52f.; Trabalho de Conclusão de Curso (graduação) apresentado a Faculdade de Ciências da Saúde de Campos Gerais, Curso de Enfermagem.

SILVEIRA 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.125-30, 2005.

SOUZA, W.S; MOREIRA, M.C.N. A temática da humanização na saúde: alguns apontamentos para debate. **Interface – Comunic., Saude, Educ.**, v.12, n.25, p.327-38, 2008.

VARGAS, D; BRAGA, A.L. O Enfermeiro de Unidade de Tratamento Intensivo: Refletindo sobre seu Papel. [online]. **Rev. Latino. Am. Enfermagem.** Ribeirão Preto. v. 2, n. 10, mar/abr, 2002.

VILLA, V. S.C; ROSSI, L. A. O significado cultural do cuidado humanizado em unidade de terapia intensiva: “muito falado e pouco vivido”. **Rev Latino-am Enfermagem**, v.10, n.2, p. 137-44, mar/abr. 2002.

WALDOW, V. R. **O cuidado na saúde: as relações entre o eu, o outro e o cosmos.** Petrópolis, RJ: Vozes, 2004.

WALDOW, V. R. **Cuidado humano: o resgate necessário.** Porto Alegre: Sagra-Luzzato, 1998.

URATANI, C. C. S. **UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA :O Trabalho da Enfermagem entre a Vida e Morte.** Maringá: UNINGÁ, 2010. Artigo de especialização.