

ARTIGO ORIGINAL

Humanização da assistência sob a ótica dos pacientes internados em uma unidade de terapia intensiva

Rosana Aparecida de Souza da Silva*, Marli dos Santos Rosa Moretti*, Regina Rodrigues de Souza*, Denise Rodrigues Lima*, Nicézia Vilela Junqueira Franqueiro**, Luciano Garcia Lourenção, D.Sc.***

Bacharel em Enfermagem pela Fundação Educacional de Fernandópolis, **Enfermeira, Docente da Fundação Educacional de Fernandópolis e da Universidade Camilo Castelo Branco de Fernandópolis, *Enfermeiro, Professor Adjunto do Departamento de Epidemiologia e Saúde Coletiva da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto – DESC/FAMERP*

Resumo

A complexidade da assistência na Unidade de Terapia Intensiva (UTI) gerada pela demanda de serviços e clientes que se encontram em risco iminente de morte contribui para presença de condutas, muitas vezes, impessoais, além de fatores geradores de estresse, desgaste físico e psicológico. Todavia, compete à equipe multiprofissional, especialmente à de enfermagem, promover assistência especializada e sistematizada aos pacientes críticos acolhendo-os, de maneira humanizada, nesta unidade tão crítica. Este estudo objetivou identificar os sentimentos vivenciados pelos pacientes que foram internados em uma UTI, após o período de hospitalização, identificando suas expectativas em relação ao atendimento da equipe médica e de enfermagem. Os resultados mostraram que, antes de ficarem hospitalizados em uma UTI, os pacientes percebiam a unidade como um ambiente propício para a espera da morte. Porém, após a internação, relataram sentir-se em um ambiente calmo, tranquilo, onde puderam descansar, mesmo com os sons emitidos pelos equipamentos. Evidenciou-se que a presença permanente do médico e da equipe de enfermagem faz com que os pacientes se sintam protegidos e acolhidos durante a hospitalização.

Palavras-chave: humanização, unidade de terapia intensiva, paciente.

Abstract

Humanization of assistance from the perspective of patients admitted in intensive care unit

The complexity of an Intensive Care Unit (ICU) assistance generated by the demand for services and clients who are at imminent risk of death contributes, often, to impersonal management, as well as factors that cause physical and psychological stress. However, the multiprofessional team, especially the nursing, is responsible for promoting systematic and specialized care to critically ill patients, giving humanized care and welcoming them in this critical unit. This study aimed at identifying the feelings experienced by patients who were admitted in ICU after hospitalization, and their expectations in relation to care delivered by medical and nursing staff. The results showed that, before hospitalization in ICU, patients perceived the unit

Artigo recebido em 5 de setembro de 2011; aceito em 20 de setembro de 2011.

Endereço para correspondência: Luciano Garcia Lourenção, Departamento de Epidemiologia e Saúde Coletiva – Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto, Avenida Brigadeiro Faria Lima, 5416 Vila São Pedro 15090-000 São José do Rio Preto SP, Tel: (17) 3201-5718, E-mail: luciano.garcia@famerp.br

as a propitious environment to wait for death. However, after admission, they reported that they feel in a calm and peaceful environment, where they could rest even with the noise emitted by the equipment. It was found that the permanent presence of medical and nursing staff makes patients feel welcomed and protected during hospitalization.

Key-words: humanization, intensive care unit, patient.

Resumen

Humanización de la atención desde la perspectiva de pacientes ingresados en una unidad de cuidados intensivos

La complejidad de la atención en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) producida por la demanda de servicios y clientes que están en riesgo inminente de muerte contribuye para la presencia de conductas, muchas veces, impersonales, además de factores que causan estrés, debilidad física y psíquica. Sin embargo, el equipo multiprofesional, y sobre todo la enfermería, es responsable por promover la atención sistemática y especializada a los pacientes críticamente enfermos y acogerlos en esta unidad de una manera humanizada. Este estudio tuvo como objetivo identificar los sentimientos experimentados por los pacientes que fueron ingresados en una unidad de cuidados intensivos, después de la hospitalización, identificar sus expectativas acerca de la atención dispensada por el equipo médico y de enfermería. Los resultados mostraron que, antes de la hospitalización en UCI, los pacientes percibían la unidad como un ambiente propicio para esperar la muerte. Sin embargo, después del ingreso, relataron que se sentían en un ambiente tranquilo, pacífico, donde podían descansar, mismo con los sonidos emitidos por los equipamientos. Se evidenció que la presencia permanente del personal médico y de enfermería hace con que los pacientes se sientan protegidos y acogidos durante la hospitalización.

Palabras-clave: humanización, unidad de cuidados intensivos, pacientes.

Introdução

As Unidades de Terapia Intensiva (UTI) são áreas hospitalares destinadas a pacientes em estado crítico, que necessitam de cuidados altamente complexos e controles restritos [1]. Essas unidades constituem avanço no cuidado de pacientes graves, criticamente enfermos, porém com chance de recuperação [2].

A equipe multiprofissional que atua em Terapia Intensiva deve promover assistência especializada e sistematizada aos pacientes críticos, acolhendo-os de maneira humanizada.

A humanização consiste em iniciativas que visam à produção de cuidados em saúde, capazes de conciliar a melhor tecnologia disponível com promoção de acolhimento, respeito ético e cultural ao paciente, além de espaços de trabalho favoráveis ao bom exercício técnico e a satisfação dos profissionais de saúde e dos usuários [3]. Portanto, humanizar é tornar humano, tornar-se tratável é civilizar [4].

Há muitas décadas a humanização na UTI tem sido objeto de discussões por gestores e estudiosos que buscam a melhoria da assistência e satisfação dos colaboradores e pacientes [5]. Existem muitas pesquisas e discussões a este respeito, porém, quando nos voltamos para a realidade do cuidado humano, seja no ambiente hospitalar ou em qualquer outro,

observamos que, embora presente, a humanização do cuidado ainda se mostra aquém do esperado. O que nos parece um contrassenso, pois se as pesquisas e discussões sobre humanização avançam, subentende-se que os profissionais da área da saúde têm se preocupado e valorizado esta temática, mas ainda não a aplicam em sua integralidade.

A Portaria nº 432/98 do Ministério da Saúde, que estabelece padrões para caracterização da humanização nas UTIs, considera como aspectos importantes desse processo, o ambiente físico, a assistência prestada aos pacientes e familiares, e o relacionamento destes com a equipe de saúde [6].

Fortalecendo esta política, o Ministério da Saúde lançou, em maio de 2004, o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH), com o objetivo de diminuir as dificuldades encontradas durante o tratamento, favorecendo a recuperação da comunicação entre a equipe de profissionais de saúde e o usuário, incluindo a família, diante do momento de fragilidade emocional do paciente [7].

Ante o exposto, este estudo objetivou identificar os sentimentos vivenciados pelos pacientes que foram internados em uma Unidade de Terapia Intensiva, durante e após o período de hospitalização, identificando suas expectativas em relação ao atendimento da equipe médica e de enfermagem.

Material e métodos

Realizou-se um estudo exploratório de abordagem qualitativa, sobre humanização da assistência na UTI, na percepção dos pacientes. O estudo foi realizado na UTI de adultos, de uma Santa Casa de Misericórdia de Fernandópolis, hospital filantrópico de médio porte conveniado ao SUS, situado na região noroeste do Estado de São Paulo. A UTI possui 16 leitos com 4 médicos intensivistas e 34 profissionais da equipe de enfermagem, sendo 5 enfermeiras assistenciais, 4 auxiliares de enfermagem e 25 técnicos de enfermagem.

A população do estudo foi composta por 16 pacientes, maiores de 18 anos, que foram hospitalizados na UTI, cujo diagnóstico médico e terapêutico indicasse estado de gravidade, todos residentes na cidade de Fernandópolis, que estavam orientados no momento da coleta dos dados e consentiram em participar do estudo.

Os dados foram coletados por meio de entrevista semiestruturada realizada nos domicílios dos pacientes. As entrevistas foram gravadas e, posteriormente, transcritas e analisadas por meio da análise de conteúdo que, segundo Bardin [8:42], compreende “um conjunto de técnicas da análise de comunicação visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores quantitativos ou não, que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção destas mensagens”.

Utilizou-se a técnica da análise temática que, segundo Minayo, é uma das formas que melhor se adequa à investigação qualitativa do material sobre saúde [9], pois permite extrair dos discursos os núcleos de sentido, considerados como dados segmentáveis e comparáveis [8,9].

Resultados e discussão

A análise de conteúdo das entrevistas foi orientada pelo eixo temático “humanização na UTI”, obtida das falas dos pacientes, destacadas do relato sobre sua permanência na UTI.

Dos discursos, emergiram cinco temas:

Tema 1: A UTI como sinônimo de morte e gravidade

Os discursos revelaram que os pacientes imaginavam a UTI como um local onde se hospitaliza

pessoas gravemente enfermas e sem possibilidade de recuperação, que estariam ali para morrer, conforme expressam as seguintes falas:

“Ah! Eu imaginava que era uma coisa assim, que a gente fica lá, que morria né, que não voltava mais...” (E9)

“... eu pensei assim, que a UTI fosse nas últimas horas da vida da gente...” (E13, E10)

“... uma coisa assustadora...” (E11)

“... quando a gente fosse pra UTI era a última salvação né, que já tava morrendo.” (E7)

“... eu pensei que era só em caso terminal.” (E1)

Percebe-se pelas falas que, ao serem hospitalizadas na UTI, as pessoas se imaginavam em prenúncio de gravidade e até próximas da morte.

Os pacientes e suas famílias frequentemente percebem a internação na unidade de cuidados intensivos como um sinal de morte iminente devido a suas próprias experiências prévias ou a de outros [10]. A esse respeito Novaes e Köhl [11] afirmam que, ao perceberem a possibilidade da morte, os pacientes e familiares apresentam diferentes reações emocionais, que variam desde a negação e o afastamento da realidade até a aceitação resignada dos próprios limites.

Para Hudak e Gallo [10], as necessidades dos pacientes internados em UTIs são muitas, tais como: cuidados de excelência, as questões psicossociais, ambientais e familiares que se tornam intimamente interligadas à doença física.

A internação prolongada em uma UTI provoca depressão que, associada ao imunocomprometimento do paciente, gera um estado de profunda fragilidade e debilidade psicológica. Dessa forma, os pacientes internados em UTIs são, na maioria das vezes, dependentes e sentem-se impotentes com a falta de autonomia e o controle de si mesmos. Ainda, destaca-se que as pessoas internadas em UTIs ficam cercadas de pessoas ativas e ocupadas, o que frequentemente pode ser um coadjuvante para a instalação da ansiedade e de sentimentos de isolamento [12].

Portanto, os estágios vivenciados pelo paciente frente à morte têm justificativa devido ao ambiente desconhecido, separação da família, mudanças

de hábitos, medo de morrer, ou seja, o paciente perde sua própria identidade. Logo, é necessário e de extrema importância que os pacientes sejam atendidos de acordo com suas necessidades e direitos, por profissionais que respeitem suas crenças e culturas, e que os acolham e os façam sentir o mais confortável possível.

Tema 2: O medo do desconhecido

Dos discursos também foram destacados unidades de significado que apontaram o medo sempre presente nas internações em UTI, conforme expressam alguns pacientes:

“Hum! Eu achava que era uma coisa loca, tinha medo de ir na UTI, quando o médico falou que eu tinha que ir para UTI, me deu uma crise, me deu uma coisa ruim...” (E6)

“Ah! Eu achava péssimo, porque tinha medo de ficar internado, tenho muito medo...” (E4)

“... eu tinha medo, eu nunca imaginava que algum dia eu iria para lá, então eu tinha medo daqueles aparelhos...” (E10)

“... eu achava uma coisa assustadora...” (E11)

“... eu achava que era difícil, achava porque pelo comentário do pessoal...” (E14)

As tecnologias que cercam os pacientes na UTI salvam muitas vidas, todavia são causadoras de fatores estressantes pelos sons que emitem. Contudo, nos relatos coletados verificou-se que a maioria dos pacientes se sentiu em um ambiente calmo.

Segundo Armelin [13], a pessoa hospitalizada se vê limitada de recursos para o controle desta situação. Despojado de seu poder anterior e afastado de sua possibilidade de ação, teme por sua vida e por possíveis sequelas.

É muito frequente ouvir nas UTIs e nos corredores dos hospitais pacientes que verbalizam não temer a morte em si, mas a dor e o sofrimento do processo de morrer [14], visto que a hospitalização causa, além da ruptura com o ambiente habitual, ansiedade pelo medo do desconhecido, do novo ambiente, dos sons diferentes, dos uniformes e dos instrumentos, entre outros [15].

As falas evidenciaram que o medo do desconhecido gera grande ansiedade e preocupação no período de hospitalização.

Diante disso, Deslandes [3] destaca que a atenção à saúde, com vistas à humanização, requer ações que devem ser manifestadas nas interações e nas ações que envolvem o cuidado. Neste sentido, todos os profissionais da saúde são potencialmente importantes na assistência, uma vez que podem desenvolver abordagens terapêuticas.

Portanto, o relacionamento interpessoal é primordial para que haja ações cuidativas [16], sendo impossível que o profissional se envolva com o cuidado humano sem uma revisão sobre princípios humanitários.

Desta forma, é necessário acolher a dor e o sofrimento no contexto das ações em saúde com vistas à humanização do atendimento em terapia intensiva. Porém, o processo de humanizar não deve ser reduzido à compreensão do contexto de vida dos indivíduos e de suas relações sociais. O processo de humanizar está relacionado à dinâmica do processo de trabalho, à organização dos saberes e das práticas, aos mecanismos de gestão, à flexibilização administrativa e à própria política institucional que regulamenta as ações de cuidado no ambiente hospitalar [17].

Tema 3: A UTI como possibilidade de recuperação

Alguns depoimentos evidenciaram que, na percepção dos pacientes, as pessoas são encaminhadas para uma UTI quando necessitam de tranquilidade, paz e descanso:

“... é um lugar sossegado, onde as pessoas se recuperam tranquilamente”. (E5)

“... ficar na UTI é melhor, você tem recuperação mais rápida” (E14)

“... ah, lá tem um bom tratamento e uma boa recuperação ali dentro né, é um bom lugar de ficar, é mais gostoso, sossegado” (E5)

“... é, uma pessoa quando ela vai mesmo, às vezes necessita de descanso, sossego, então, ela vai ali... descansa...” (E1)

“... eu vi que ir pra lá é para melhorar, não que vai morrer, só acontece em caso que não tem salvação”. (E10)

Ao ser hospitalizada a pessoa tem suas atividades diárias interrompidas abruptamente, podendo ser um momento benéfico para reflexões sobre seus valores, crenças e até mesmo valorizar cada vez mais sua vida. Novaes e Kühl [11] ressaltam que é possível observar pacientes que se sentem bem com os cuidados que os cercam, demonstrando até certo ganho secundário com a doença.

Nos relatos coletados foi possível observar que a maioria dos pacientes se sentiu em um ambiente calmo e tranquilo, onde puderam descansar e se recuperar. Em nenhum momento foi verbalizado desconforto causado pelos sons emitidos dos equipamentos.

Todavia, buscar formas efetivas para prática em saúde implica em aproximações críticas que permitem compreender a temática, além de seus componentes técnicos e instrumentais, envolvendo, essencialmente, as dimensões político-filosóficas que imprimem um sentido ao cuidar [18], a fim de garantir um ambiente que favoreça a recuperação do doente.

Ainda, é importante lembrar que a assistência humanizada ultrapassa os cuidados centrados no paciente, pois inclui a avaliação das necessidades dos familiares e de toda a equipe de saúde, o grau de satisfação destes sobre os cuidados realizados e a prevenção da integridade do paciente como ser humano [19].

Tema 4: A presença da equipe de saúde como forma humanizada de cuidar

O atendimento prestado ao paciente, segundo as suas necessidades e direitos, com respeito pelas suas crenças e cultura, que o faça sentir-se o mais confortável possível, é percebido por ele.

Alguns discursos revelaram que os pacientes sentiram-se bem cuidados por toda a equipe:

“... eles estão ali direto médico e enfermeiras, 24 horas né ... ficar na UTI é melhor a recuperação e também mais rápida” (E14)

“... ah, a enfermagem e os médicos eram cuidadosos sabe, estava sempre lá... fui muito bem cuidado...” (E1).

“... fui muito bem tratado, senão nem estaria aqui”. (E8)

“... super atenciosos comigo, a enfermagem cuidou de mim muito bem”... (E12)

Exercer a profissão escolhida com dedicação é uma demonstração de que o profissional gosta do que faz. Dedicar-se ao trabalho significa dedicar-se ao paciente, porque é para ele que as nossas ações devem estar voltadas [13].

Para Knobel [20], as especialidades de uma UTI fazem com que os trabalhadores desse serviço atuem de maneira impessoal, o que carece de atenção.

É importante lembrar que as pessoas hospitalizadas na UTI se encontram alienadas de seu tratamento e desrespeitadas no direito que tem sobre sua doença e seu corpo. E, por receio ou respeito à equipe de saúde, muitas vezes tornam-se passivas, sendo destituídas de sua autonomia e responsabilidade, pois seus corpos se transformam em objetos de domínio e propriedade dos outros [13].

Assim, humanizar passa a ser responsabilidade de todos, individual e coletivamente, sendo necessário reconstituí-la em todos os atos de saúde, quer aqueles burocrático-administrativos, quer aqueles relacionais. Logo, a humanização no setor da saúde vai além da competência técnica, científica ou política dos profissionais, mas compreende o desenvolvimento da competência das relações interpessoais que precisam estar pautadas no respeito ao ser humano, no respeito à vida, na solidariedade, na sensibilidade de percepção das necessidades singulares dos sujeitos envolvidos [19,20].

Portanto, ao prestar o atendimento, o profissional deve considerar o universo simbólico de cada paciente. A maneira que cada pessoa encara a situação dependerá da sua historicidade, dos aspectos socioambientais que a cercam e das relações com a família e com a equipe que prestará os cuidados necessários [21]. Ao ser cuidado com atenção, carinho e dedicação, o paciente se sentirá seguro e confiante, aceitando mais facilmente participar dos cuidados que lhe são oferecidos.

Tema 5: A humanização retratada nas manifestações de carinho, afeto e atenção

Alguns entrevistados declararam que foram bem tratados durante a hospitalização e perceberam que a presença constante da equipe gerava segurança, atenção e carinho, conforme expressam as falas a seguir:

“... fui muito bem tratado, me deram banho e nunca ninguém me deu banho, até fizeram minha barba” (E1)

“... as enfermeiras mais novas são educadas e carinhosas... porque as mais velhas, “coroa” parecem que elas são mais revoltadas com a gente, num sei se é o tempo de serviço que irrita ou revolta da casa, mas pode ser também né...” (E13)

“... toda hora eles estavam lá tanto médico como enfermeira, não descuidaram nenhum minuto...” (E9).

“... a enfermagem foi muito atenciosa, muito mesmo, não tenho nada pra falar de mal, um atendimento muito bom” (E15)

Como os pacientes não têm condições de fazer avaliação técnica do trabalho dos profissionais de saúde, no momento da assistência olham para o rosto e não para as mãos dos profissionais, buscando entender o que os profissionais estão sentindo ao lhe prestar o cuidado [22].

A comunicação não verbal tem um grande valor, permitindo que o relacionamento das pessoas se transforme em algo positivo, algo afetivo, algo harmonioso [23].

O atendimento humanizado implicado no atendimento global do paciente, incluindo o contexto familiar e social. Essa prática deve incorporar os valores, a esperança, os aspectos culturais e as preocupações de cada um. Assim, é necessário conversar sobre as angústias, as fantasias e os medos do paciente, e estar atentos para suas manifestações verbais e não verbais, além de buscar focos de motivação, estimular sua autonomia através do autocuidado e trabalhar com a tríade paciente, família e equipe [12].

Bolela e Jericó [24] ressaltam a importância da equipe multidisciplinar estar unida em prol da recuperação do doente e que, para alcançar este objetivo, é necessário trabalhar em sintonia, complementando ações dos diversos profissionais. Para as autoras, embora a tecnologia exerça um fascínio sobre os profissionais da saúde, é necessário atentar para que a máquina não se torne mais importante do que o próprio paciente.

Portanto, a humanização da assistência hospitalar precisa caminhar passo a passo com a huma-

nização do trabalho dos profissionais que atuam em cada instituição [25], e o treinamento da equipe assistencial é de suma importância para garantir a qualidade do cuidado prestado [26].

Ao estudar sobre esta temática percebe-se que a prática mecanizada e as decisões unilaterais têm prevalecido nas instituições de saúde, principalmente em ambientes complexos, como as UTIs. Por se tratar de um setor crítico, as condutas às vezes se tornam impessoais, o que pode decorrer da grande demanda de serviços, pois os pacientes, não raras vezes se encontram em situação iminente de morte. Tais fatores geram estresse, interferindo e reduzindo o processo de interação [5].

A humanização em UTI é uma tarefa difícil. Embora este seja o local ideal para o atendimento a pacientes graves recuperáveis, os fatores agressivos não atingem apenas os pacientes, mas também a equipe multiprofissional [27].

Silva *et al.* [28] destacam que, ao se refletir sobre a humanização, parte-se da premissa de que os serviços de saúde precisam realmente ser humanizados, tanto no atendimento quanto nas condições de trabalho. Para os autores, os avanços científicos e tecnológicos têm causado transformações que contribuem para a desumanização da assistência à saúde. Os profissionais de saúde, ao não se darem conta de onde termina a máquina e onde começa o indivíduo transformam o cuidado num ato meramente mecânico, tratando o paciente como uma extensão do aparato tecnológico.

A superação das dificuldades depende de muitos aspectos, como a falta de recursos financeiros, a insuficiência de recursos humanos e materiais, o estresse gerado pela sobrecarga de trabalho e a baixa remuneração que interferem diretamente nos sentimentos, emoções e defesa dos profissionais, comprometendo a qualidade da assistência prestada.

Conclusão

Este estudo evidenciou que, ao ficarem hospitalizados em uma Unidade de Terapia Intensiva, os pacientes se sentiram em um ambiente calmo e tranquilo, onde puderam descansar do cotidiano, mesmo considerando os sons emitidos pelos equipamentos.

A presença constante do médico e da equipe de enfermagem faz com que os pacientes se sintam protegidos e acolhidos durante todo o período de hospitalização.

Os recursos tecnológicos cada vez mais presentes dentro da Unidade de Terapia Intensiva jamais substituirão o ser humano, tornando cada vez mais necessário que os profissionais se conscientizem que a técnica é algo necessário e imprescindível e que o cuidado acolhedor, o resgate de valores, o respeito e a cumplicidade são o primeiro passo para a inserção da humanização no âmbito hospitalar, onde os conceitos sobre a assistência diária prestada ao paciente devem ser inovados constantemente, a fim de garantir um ambiente que favoreça a recuperação do doente.

Referências

- Gomes AM. *Enfermagem na unidade de terapia intensiva*. São Paulo: EPU; 1998.
- Ratton JLA, Serufo JC. Critérios de admissão e alta em unidade de tratamento. In: Ratton JLA, Couto RC. et al. *Emergências médicas e terapia intensiva*. 3ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2005. p. 1-3.
- Deslandes FS. Análise do discurso oficial sobre a humanização da assistência hospitalar. *Ciênc Saúde Coletiva* 2004;9(1):7-14.
- Bueno FS. *Minidicionário da língua portuguesa*. São Paulo: FTD; 2000.
- Matsuda LM, Silva N, Tisolin AM. Humanização da assistência de enfermagem: estudo com clientes no período pós-internação de uma UTI adulto. *Acta Sci Health Sci* 2003;25(2):163-170.
- Brasil. Lei nº 3432, de agosto de 1998. Estabelece Critérios de Classificação para as Unidades de Tratamento Intensivo. *Diário Oficial*, Brasília, 13 agosto. Seção 1.12. p.109-110.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Programa nacional de humanização da assistência hospitalar. Brasília: Ministério da Saúde; 2001.
- Bardin L. Análise de conteúdo. Traduzido por: Reto LA, Pinheiro A. Lisboa: Edições 70; 1977.
- Mínayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 3ª ed. São Paulo: Hucitec; 1994.
- Hudak CM, Gallo BM. Cuidados intensivos de enfermagem: uma abordagem holística. 6ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1997.
- Novaes MAFP, Kühl SD. Aspectos psicológicos em UTI. In: Knobel E. *Condutas no paciente grave*. 2ª ed. São Paulo: Atheneu; 1998.
- Guanaes A, Souza RP. Objetivos, conceito, histórico e filosofia. In: Magalhães AMPB, ed. *Humanização em cuidados intensivos - AMIB*. Rio de Janeiro: Revinter; 2003. p. 1-8.
- Armelin MVAL. Apoio emocional às pessoas hospitalizadas [Dissertação]. Ribeirão Preto: EERP- USP; 2000.
- Pessini L, Bertachini L, eds. *Humanização e cuidados paliativos*. 3ª ed. São Paulo: Loyola; 2006.
- Silva CC. Apoio psicológico ao cliente hospitalizado: uma contribuição para o estudo [Dissertação]. Rio de Janeiro: UNIRIO; 1987.
- Chama RC, Bittes Júnior A. Relacionamento interpessoal aluno-paciente: quando começar? In: Congresso Brasileiro de Enfermagem, 45, Recife, 1993. ANAIS. Recife, Ass Bras Enf-Seção Recife, 1994.
- Pinho LB, Santos SMA. Fragilidades e potencialidades no processo de humanização do atendimento na unidade de terapia intensiva: um estudo qualitativo de abordagem dialética. *Online Braz J Nursing* 2007;6(1).
- Leite RS, Nunes CV, Beltrame I. Humanização hospitalar: análise da literatura sobre atuação de enfermagem [Tese]. São Paulo: Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem; 2002.
- Salicio DMBS, Gaiva MAM. O significado de humanização da assistência para enfermeiros que atuam em UTI. *Rev Eletrônica Enferm* 2006;8(3):370-76.
- Knobel E. *Condutas no paciente grave*. 2ª ed. São Paulo: Atheneu; 1998.
- Gomes LC, Fraga MNO. Doenças, hospitalização e ansiedade: uma abordagem em saúde mental. *Rev Bras Enferm* 1997;50(3):425-40.
- Silva MJP. O papel da comunicação na humanização da atenção à saúde. *Rev Bioética* 2002;10(2):73-88.
- Silva MJP. *O amor é o caminho: maneiras de cuidar*. São Paulo: Gente; 2000.
- Bolela F, Jericó MC. Unidades de terapia intensiva: considerações da literatura acerca das dificuldades e estratégias para sua humanização. *Esc Anna Nery Rev Enferm* 2006;10(2):1-13.
- Campos RO. Humanização da Assistência Hospitalar: um sonho em andamento. *Rev SOBCEC* 2002;7(3):15-16.
- Margherita A. Exemplo em segurança do paciente. *Rev COREN* 2007;69:10-11.
- Vila VSC, Rossi LA. O significado cultural do cuidado humanizado em unidade de terapia intensiva: muito falado e pouco vivido. *Rev Latinoam Enfermagem* 2002;2(10):137-144.
- Silva LCL, Porto IS, Figueiredo NMA. Reflexões acerca da assistência de enfermagem e o discurso de humanização em terapia intensiva. *Esc Anna Nery Rev Enf* 2008;12(1):156-9.