



**(DES)CAMINHOS RUMO À HUMANIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA EM UTI**

**(DIS)PATHS TOWARDS THE HUMANIZATION OF ICU CARE**

**(DES)CAMINOS HACIA LA HUMANIZACIÓN DEL CUIDADO EN LA UCI**

Evelize Marley da Silva Leal<sup>1</sup>, Catarina Bahia dos Reis<sup>2</sup>, Arina Marque Lebreço<sup>3</sup>, Evelyn Cristina Martins Cunha<sup>4</sup>, Walcy de Miranda Lisboa<sup>5</sup>

e473500

<https://doi.org/10.47820/recima21.v4i7.3500>

PUBLICADO: 07/2023

**RESUMO**

O presente trabalho tem como objetivo geral investigar na literatura científica especializada as barreiras e estratégias na construção de uma assistência humanizada. Para o alcance do problema de pesquisa proposto utilizamos a metodologia de revisão bibliográfica narrativa. Enfocamos nas implicações para o paciente e sua família sem desconsiderar a importância da tríade da humanização: Equipe, usuário e gestão e suas corresponsabilidades, onde observamos que humanizar a assistência está para além da culpabilização da equipe, pois esta muitas vezes enfrenta relações precarizadas de trabalho, impactando na qualidade da assistência prestada. Ressaltamos a relevância de desenvolver mais estudos na área, que inter-relacione Clínica e Gestão no âmbito da humanização, e os impactos da dissociação destes elementos políticos e éticos.

**PALAVRAS-CHAVE:** Humanização. Cuidar em UTI. Humanização em UTI. Psicologia.

**ABSTRACT**

*The present work has as general objective to investigate in the specialized scientific literature the barriers and strategies in the construction of a humanized assistance. To achieve the proposed research problem, we used the narrative bibliographic review methodology. We focus on the implications for the patient and his family without disregarding the importance of the humanization triad: Team, user and management and their co-responsibilities, where we observe that humanizing care goes beyond blaming the team, as it often faces precarious work relationships, impacting the quality of care provided. We emphasize the importance of developing more studies in the area, which interrelate Clinic and Management in the scope of humanization, and the impacts of the dissociation of these political and ethical elements.*

**KEYWORDS:** Humanization. Care in ICU. Humanization in ICU. Psychology.

**RESUMEN**

*El presente trabajo tiene como objetivo general investigar en la literatura científica especializada las barreras y estrategias en la construcción de una asistencia humanizada. Para lograr el problema de investigación propuesto, se utilizó la metodología de revisión bibliográfica narrativa. Nos enfocamos en las implicaciones para el paciente y su familia sin descuidar la importancia de la tríada de humanización: Equipo, usuario y gerencia y sus corresponsabilidades, donde observamos que humanizar el cuidado va más allá de culpabilizar al equipo, que muchas veces enfrenta relaciones laborales precarias. , impactando en la calidad de la atención brindada. Destacamos la importancia de desarrollar más estudios en el área, que interrelacionen Clínica y Gestión en el ámbito de la humanización, y los impactos de la disociación de estos elementos políticos y éticos.*

**PALABRAS CLAVE:** Humanización. Atención en UCI. Humanización en UCI. Psicología.

<sup>1</sup> UFPA - Universidade Federal do Pará.

<sup>2</sup> Unama - Universidade da Amazônia.

<sup>3</sup> Unama - Universidade da Amazônia.

<sup>4</sup> UFPA - Universidade Federal do Pará.

<sup>5</sup> Psicólogo graduado pela Universidade da Amazônia, pós graduação em Neuropsicologia pela Facci Wyden, e atuante da clínica psicológica.



## **INTRODUÇÃO**

A temática do presente artigo se deu a partir das vivências em campo enquanto estagiárias das proponentes dos estudos, em dois grandes hospitais de Belém-PA, Brasil, no qual foi observado um descompasso entre as proposições da política de humanização e a assistência prestada pelas equipes de intensivistas. Inseridas nesse contexto carregado de estigmas e fantasias, nos deparamos refletindo sobre as implicações do cuidar em uma unidade de tratamento intensivo (UTI), quais as barreiras impostas para um cuidado humanizado, o que se configurou nosso problema de pesquisa.

A UTI é um local onde os pacientes vivenciam quadros clínicos delicados, exigindo elevada atenção e cuidados ininterruptos. Este setor recebe pacientes clínicos, pós-cirúrgicos, terminais e em estado grave com possibilidade de recuperação e de diagnósticos de diversas especialidades, todos necessitando de cuidados especiais (PREGNOLATTO; AGOSTINHO, 2010).

Este espaço é considerado um avanço na ciência médica, pois oportuniza ao paciente grave ter o tratamento intensivo necessário, com atenção constante. É um ambiente com alta tecnologia, que exige profissionais treinados para atuar, e é um local apontado como indispensável para o tratamento de quadros graves (SEBASTIANE, 2003).

Em 1988, com a Carta Magna, foi promulgada uma ampliação do conceito de saúde, deixando de ser considerada meramente ausência de doença como nos traz o modelo retrogrado biomédico. Essa ampliação é fruto de grandes lutas da população denominada de movimento sanitário, onde seu ápice se deu na VIII Conferência Nacional de Saúde, dando base para a reforma sanitária (SENADO, 2021).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) reforça esse conceito ampliado, definindo saúde como “um completo bem-estar físico, mental, social e espiritual”, notamos que está intrinsecamente relacionado com qualidade de vida, demonstrando a necessidade de um olhar holístico para o sujeito, ou seja, de forma humanizada.

Sobre uma prática humanizada em UTI, Maia (2003) cita: “A humanização em unidade de terapia intensiva (UTI) significa cuidar do paciente de maneira holística, englobando o contexto familiar e social. Esta prática deve incorporar os valores, as esperanças, os aspectos culturais e as preocupações de cada um” (P.).

Apesar de todos os avanços, infelizmente, atualmente o paciente ainda é comumente visto como um diagnóstico, ou número do leito, sofrendo despersonalização, resquícios do modelo biomédico. A família do paciente, que também está presente nesse contexto, vivenciando sentimento de impotência, angústias ao ter seu ente internado, especialmente na UTI, visto que esta é munida de estigmas, como o espectro da morte (SEBASTIANE, 2003).

Além do cenário da UTI que comporta o dilema de abrigar alta tecnologia, com uma ambiência pouco estressora visando a assistência de qualidade e o paciente e sua família como aqueles que são alvos da assistência, temos também a equipe de intensivistas que se deparam com a morte frequente, possuem jornadas de trabalho extensas ao ponto de se “assemelharem a



## RECIMA21 - REVISTA CIENTÍFICA MULTIDISCIPLINAR ISSN 2675-6218

DESCAMINHOS RUMO À HUMANIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA EM UTI

Evelize Marley da Silva Leal, Catarina Bahia dos Reis, Arina Marque Lebrege, Evelyn Cristina Martins Cunha, Walcy de Miranda Lisboa

máquinas”, o que pode ter impactos sobre sua saúde mental e, por consequência, na prestação de uma assistência de qualidade.

Neste contexto, pensar a noção de cuidado é fundamental, esta forma de desenvolver a assistência em saúde está para além do modelo curativo, significa dar atenção, tratar, respeitar, acolher o ser humano. Trata-se de uma dimensão da integralidade em saúde que deve permear as práticas de saúde. O cuidado é o zelo, a dedicação, a afeição, o preocupar-se com o outro. Neste sentido, o cuidado requer do profissional que deseja prestá-lo alguns atributos necessários, sendo eles: a ética nas relações humanas, a solidariedade e a confiança. Todo cuidado tem como objetivo o alívio, o conforto, podendo promover a cura, o bem-estar e, quiçá, a mudança de estilo de vida (VALE; PAGLUICA, 2011).

Diante do exposto, apresentamos como questão norteadora: Quais as barreiras e estratégias na construção de uma assistência humanizada em UTI adulto?

Frente à questão problema suscitada, elegemos como objetivos geral: Investigar na literatura científica especializada as barreiras e estratégias na construção de uma assistência humanizada. Como objetivos específicos: 1) Identificar os impactos psicológicas para o paciente frente à internação em UTI; 2) Investigar as barreiras para a construção de uma assistência humanizada na UTI adulto; 3) Identificar as estratégias para a construção de uma assistência humanizada na UTI adulto.

Para alcançar os objetivos propostos elegemos como método realizar artigo de revisão, que é uma forma de pesquisa que se utiliza de fontes de informações bibliográficas ou eletrônicas para obtenção de resultados de pesquisas de outros autores. Mas especificamente, construímos um artigo de revisão narrativa que são publicações qualitativas amplas, apropriadas para descrever e discutir o desenvolvimento ou o "estado da arte" de um determinado assunto, sob ponto de vista teórico ou contextual. As revisões narrativas não possuem metodologia que permitam a reprodução dos dados e nem fornecem respostas quantitativas para questões específicas. Constituem-se na análise crítica dos autores a partir da pesquisa realizada na literatura científica e especializada na área.

A seguir apresentaremos os resultados e discussões da pesquisa em formato de seções deste artigo, para tanto elaboramos as categorias temáticas, saúde-doença-cuidado, que abordam a construção dos conceitos saúde e doença de forma histórica e a construção dos modelos biomédicos e biopsicossociais, assim como a noção de cuidado permeando a assistência na UTI. Na segunda seção do artigo são apresentados os impactos psíquicos dos pacientes que atravessam a hospitalização em UTI, e na terceira seção são apresentadas as barreiras e estratégias para a construção de uma assistência humanizada em UTI.



### **DAS DIMENSÕES DA ASSISTÊNCIA NA UTI: SAÚDE-DOENÇA-CUIDADO**

O conceito de saúde/doença é uma conceituação temporal, ou seja, é um reflexo do período histórico em que a sociedade se encontra, deve-se considerar também a economia, política e cultura. Logo, é um conceito mutável que não representa a mesma coisa para todos, pois está atrelado à época, classe, concepções científicas, religiosas, entre outros. Sobre o tema a autora SCLIAR (2007) cita alguns exemplos:

“Houve época em que masturbação era considerada uma conduta patológica capaz de resultar em desnutrição (por perda da proteína contida no esperma) e em distúrbios mentais. A masturbação era tratada por dieta, por infibulação, pela imobilização do “paciente”, por aparelhos elétricos que davam choque quando o pênis era manipulado e até pela ablação da genitália. Houve época, também, em que o desejo de fuga dos escravos era considerado enfermidade mental: a drapetomania (do grego *drapetes*, escravo). [...] O tratamento proposto era o do açoite” (p. 30)

Ainda de acordo com a referida autora, a doença “real ou imaginária” é algo que nos acompanham desde os primórdios, como demonstra pesquisas em múmias, e com o decorrer do tempo a humanidade se implica em enfrentar e conceituar o que vem a ser o processo de doença e saúde.

Na antiguidade se tinha uma concepção mágico-religiosa, no qual o adoecer era resultante de forças divinas, decorrente do pecado, maldição, ação de demônios e fúria dos deuses (SLCIAR, 2007). A referência dessa época para a prática médica eram os pajés, sacerdotes, feiticeiros, entre outros, mas esta atuação estava sempre relacionada ao sobrenatural. Atualmente ainda conseguimos observar resquícios dessa visão, como na medicina ocidental por exemplo (BARROS, 2001).

Hipócrates de Cós (460-377 a.C.), pai da medicina, foi uma figura com uma contribuição de extrema importância, ele é o autor da teoria dos humores, desviando do olhar do místico. A teoria aponta que o corpo humano se constitui de quatro fluidos: sangue, fleuma, bile amarela e bile negra. A saúde era decorrente do equilíbrio desses humores, logo, a doença era advinda deste desequilíbrio (RODRIGUES, 2020).

Galeno (129-199) revisitou a teoria humoral de Hipócrates, retomando que a doença era fruto deste desequilíbrio, ou seja, estaria dentro do próprio homem. A Europa, na idade média, a influência do cristianismo e o domínio da igreja católica fez com que se mante-se a concepção de que a doença era fruto do pecado e a sua cura dependia da fé e a “assistência” estava nas mãos da igreja (SLCIAR, 2007).

Na idade moderna se tinha uma visão reducionista do processo de saúde e doença, Paracelsus (1493-1541) postulou que as doenças eram fruto de agentes externos ao organismo, onde essa interação era uma reação química, portanto os remédios ideais para o tratamento eram químicos. O desenvolver da industrialização, inspirou outro teórico deste período, René Descartes, ele possuía uma visão dualista, mente-corpo, e associava esse corpo a uma máquina (SLCIAR, 2007).



## RECIMA21 - REVISTA CIENTÍFICA MULTIDISCIPLINAR ISSN 2675-6218

DES)CAMINHOS RUMO À HUMANIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA EM UTI

Evelize Marley da Silva Leal, Catarina Bahia dos Reis, Arina Marque Lebrege, Evelyn Cristina Martins Cunha, Walcy de Miranda Lisboa

O modelo biomédico, observado comumente na prática da equipe nos hospitais, é embasado no pensamento cartesiano de René Descartes, que como já citado consiste em uma separação de mente e corpo. Este modelo entende o corpo como uma máquina, no qual se todas as peças estão com seu funcionamento em ordem, logo estou saudável, e na falha de alguma peça desta máquina (corpo), logo adoço, como se saúde e doença fossem respectivamente facetas de uma moeda, afastando-se da completude do ser humano. A medicina moderna concentra-se em partes cada vez menores desta “máquina”, ou seja, com especialidades cada vez mais específicas, por exemplo um médico especialista na mão direita, em consequência observamos um afastamento do olhar para o sujeito como ser humano (ARAGÃO, 2019).

O modelo biomédico não consiste em um método cruel ou maligno, sua falha está relacionada com sua visão reducionista, impedindo que o paciente seja atendido ou visto de forma integral. Sobre o assunto Barros (2001) cita:

“O problema central do modelo biomédico não reside em uma espécie de maldade intrínseca que o caracterizaria, mas no fato de que ele é demasiado restrito no seu poder explicativo, o que implica em óbices importantes para a prática de médicos e pacientes”. (p.81)

Até então não existia um conceito único para todas as noções de saúde, após a segunda guerra mundial criou-se a Organização das Nações Unidas (ONU) e a Organização Mundial da Saúde (OMS) para então ser divulgado um conceito mais ampliado de saúde, afirmando que “Saúde é o estado do mais completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de enfermidade”, além de apontar a obrigação do estado para sua promoção, proteção e recuperação da saúde (SLCIAR, 2007).

Portanto, no estudo das doenças deve ser incluído o indivíduo, seu corpo e seu ambiente circundante, tendo em vista que no modelo biopsicossocial admite-se uma visão de doença como resultado de interações celulares, teciduais, interpessoais e ambientais, ou seja, uma visão ampliada, tendo em vista que os fatores psicossociais influenciam nesse processo, não sendo considerado meramente ausência de doença. (FAVA; SONINO, 2010). Estes fatores citados são denominados determinantes e condicionantes de saúde. A lei 8.080/90 no artigo 3º cita “a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, a atividade física, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais”, entre outros.

Portanto para o trabalho em saúde, o profissional deve levar em consideração alguns conhecimentos necessários para o exercício de uma prática de saúde consoante aos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), assim como seu papel enquanto profissional de saúde.

Sobre os princípios e diretrizes do SUS, a lei 8.080/90 cita em seu artigo 7º a universalidade, integralidade e a equidade, que não consta na lei, mas deve ser considerada como um princípio pois para atingirmos a igualdade em um país desigual devemos primeiramente priorizar quem mais precisa, estes são considerados os princípios doutrinários do sus e quando aos organizativos são:



## RECIMA21 - REVISTA CIENTÍFICA MULTIDISCIPLINAR ISSN 2675-6218

DES)CAMINHOS RUMO À HUMANIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA EM UTI

Evelize Marley da Silva Leal, Catarina Bahia dos Reis, Arina Marque Lebrege, Evelyn Cristina Martins Cunha, Walcy de Miranda Lisboa

“Preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral; Igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie; Direito à informação, às pessoas assistidas, sobre sua saúde; Divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e a sua utilização pelo usuário; Utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, a alocação de recursos e a orientação programática; Participação da comunidade; Descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo:

a) ênfase na descentralização dos serviços para os municípios;

b) regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde;

Integração em nível executivo das ações de saúde, meio ambiente e saneamento básico; Conjugação dos recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios na prestação de serviços de assistência à saúde da população; Capacidade de resolução dos serviços em todos os níveis de assistência; Organização dos serviços públicos de modo a evitar duplicidade de meios para fins idênticos; e

Organização de atendimento público específico e especializado para mulheres e vítimas de violência doméstica em geral, que garanta, entre outros, atendimento, acompanhamento psicológico e cirurgias plásticas reparadoras”.

A política nacional de humanização (PNH), é lançada com o objetivo de trazer para a prática profissional nos equipamentos de saúde os princípios do SUS, gerando novos modos de gerir e cuidar. Esta política visa produzir espaços coletivos que facilitem a comunicação entre gestão, colaboradores e usuários, objetivando a gestão compartilhada. Ela fomenta a corresponsabilidade entre os três atores no fazer saúde e explicita a indissociabilidade entre gestão e atenção, bem como a valorização do trabalhador e a defesa dos direitos dos usuários.

Segundo Bub (2006), o cuidado está na centralidade da discussão, especialmente quando se constata a corresponsabilização do paciente no sucesso ou malogro da ação terapêutica. Dessa forma, as discussões atuais sobre o cuidado envolvem também o 'cuidado de si' (FOUCAULT, 2007), como forma de revisitar a subjetividade envolvida na relação clínica profissional-usuário, e como o sujeito que recebe o cuidado também deve ser produtor de bem.

A categoria 'cuidado', é uma função que deve perpassar todas as categorias profissionais inseridas no âmbito da saúde. Logo, todas devem deter o 'cuidado' como objeto de sua práxis, levando em consideração que o entendimento da expressão 'deter saúde' depende de condições políticas, econômicas, ideológicas e tecnológicas, e, assim sendo, podem reconfigurar o que se entende por objeto da prática profissional de cada categoria. Então, em saúde, a tensão tradicionalmente se instalou na diferenciação entre tomar como objeto o 'cuidado' ou a 'intervenção' (CARNUT, 2016, p. 3). Intervir significa fazer algo para/em um 'outro' que desconsidera os elementos subjetivos da interação profissional-usuário. Em uma relação clínica que presa o outro como centro de sua prática, a categoria 'cuidado' é aquela que ressalta os elementos subjetivos dessa interação, valorizando-os na interpretação do processo saúde-adoecimento dos sujeitos (VALE, PAGLUICA, 2011).

Portanto, como podemos observar a assistência deve ser pautada em um olhar holístico para o sujeito, respeitando o conceito ampliado de saúde, e o cuidado deve perpassar pela prática de todos os profissionais envolvidos, não em um sentido paternalista, mas de empoderamento desse



sujeito, para que este seja um ser ativo em seu processo de saúde/doença, seguindo sempre os princípios e diretrizes do SUS. Quando o sujeito é assistido de forma fragmentada e “desumanizada” reverbera impactos psicológicos.

### **IMPACTOS PSICOLÓGICOS DECORRENTES DA INTERNAÇÃO NA UTI: A VIVÊNCIA DO PACIENTE E SUA FAMÍLIA**

Esta seção tem o objetivo de refletir sobre os impactos psicológicos vivenciados pelo paciente e família a partir do contato com a assistência não humanizada na UTI adulto.

O processo de adoecimento e de hospitalização são fatores ansiogênicos, que podem deixar o paciente vulnerável emocionalmente, em especial em uma internação na UTI, pois é um espaço carregado de estigmas e fantasias, comumente sobre a morte. Sobre o assunto Agostinho e Pregnoatto (2010) citam que:

“O paciente ao ser admitido na UTI-A, enfrenta a gravidade da doença, um ambiente físico desconhecido, muitos equipamentos, sons e ruídos específicos. Além de todos esses eventos, pode-se observar que o paciente também entra nessa unidade com uma ideia errônea de sua irrecuperabilidade e possibilidade de morte iminente”.

Ao ser internado o paciente passa por um processo de despersonalização, ou seja, uma destituição de si, se submetendo as regras e imposições do hospital, como os horários impostos na UTI, para alimentar-se; banhar-se; ter contato com a família; dormir; utilizar a vestimenta cedida pela Instituição hospitalar; etc. Isto quer dizer que o paciente perde a sua rotina de vida, o controle de si. Sua subjetividade é silenciada (IMANISHI; DA SILVA, 2016).

Sobre o processo de despersonalização vivenciado pelo paciente, Camom (2003, p16) explana que: “O paciente ao ser hospitalizado sofre um processo de total despersonalização. Deixa de ter o seu próprio nome e passa a ser um número de leito ou então alguém portador de uma determinada patologia.”.

Ainda de acordo com Camom (2003), para além do processo de despersonalização, existem práticas desempenhadas que são consideradas mais agressivas pela forma que são exercidas, como a interrupção do sono para a aplicação de uma medicação e a cessação de atividades para a alimentação sem o consentimento do paciente.

Essas práticas impostas, além de possuírem o caráter invasivo, chegam a tonar-se abusivas, com teor aversivo para os pacientes, despertando sentimentos de dor e desamparo. São ações que demonstram uma desqualificação de sua existência, prejudicando assim seu progresso de reequilíbrio orgânico, podendo fazer “abandonar seu processo interior de cura orgânica e até mesmo emocional” (CAMOM, 2003, p. 18).

Não é apenas o paciente consciente que detém subjetividade e vida psíquica, o paciente em coma, seja induzida ou traumática, também é detentor destas. Durante muito tempo e comumente hoje, a vida mental do paciente em coma era considerada de forma errônea, ou seja, era sinônimo de ausência psíquica. Entretanto existe uma gama de relatos de pacientes em pós coma



## RECIMA21 - REVISTA CIENTÍFICA MULTIDISCIPLINAR ISSN 2675-6218

DESEJOS CAMINHOS RUMO À HUMANIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA EM UTI

Evelize Marley da Silva Leal, Catarina Bahia dos Reis, Arina Marque Lebrege, Evelyn Cristina Martins Cunha, Walcy de Miranda Lisboa

verbalizando acontecimentos; falas; memórias vivenciadas no período de coma e ainda mais, acredita-se que este paciente pode ser sugestionado neste quadro. (SEBASTIANE, 2003)

Existem também, pessoas que após o período de coma não relatam nenhuma espécie de memória vivenciada, mas acreditamos fortemente que devemos considerar que todos os pacientes em coma são detentores de consciência e precisamos lhes proporcionar um atendimento humanizado, respeitando-os e estimulando-os, possibilitando, assim, estar na presença de familiares (SEBASTIANE, 2003).

Como consequência da internação, tomando-se como uma média de após 03 dias de internação, como aponta Sebastiane (2003), o paciente começa a apresentar a síndrome da UTI, que nada mais é do que a desorientação no tempo e no espaço, pela ausência do contato com o dia e com a noite, pois este ambiente sempre apresenta luzes artificiais e pela falta de estimulação da própria equipe de internação. O paciente acaba apresentando falas desarticuladas; alucinações; fuga de ideias e *delirium*, entrando em sofrimento, pela perda de sua autonomia. Sebastiane (2003) cita a síndrome da UTI, na qual a configura em:

“uma perda inicial de noção de tempo cronológico, que, aos poucos, vai se agravando com a perda da consciência de tempo e espaço físico e psicológico de tal forma que comportamentos estranhos começam a aparecer. Frases desarticuladas, fuga de ideias, atitudes obsessivas, ocorrendo não raras derivações para quadros delirantes e desconfigurações da imagem perspectiva real” (p. 154).

Foi realizado um estudo por Lemos e Rossi (2002), com pacientes e familiares que haviam passado por um centro de tratamento intensivo, que no momento da pesquisa encontravam-se na enfermaria, objetivando-se explicar sobre essa vivência a luz de seu próprio ponto de vista. Dentre os resultados ressaltamos que o espaço foi descrito como um ambiente desconhecido e assustador, reforçando fantasias sobre este espaço relacionadas diretamente com a morte. Dos resultados também salientamos o aspecto do isolamento social vivenciado, que é considerado um grande gerador de ansiedade para o paciente quanto para sua família. O paciente pode distanciar-se emocionalmente neste espaço, cercado de uma equipe ocupada. Os fatores apontados nesta pesquisa que também podem ser considerados geradores de ansiedade neste espaço são a ameaça de desamparo; perda de controle; sensação de perda de função e autoestima; falha de defesas anteriores; sensação de isolamento e medo da morte.

A UTI é um espaço de intensidades, tudo neste âmbito é vivenciado e experienciado de forma intensa, o tratamento, o medo, os riscos por estar em quadro grave, as emoções e os sentimentos. A equipe pode atenuar essas intensidades das mais variadas formas e estratégias e tem o papel de facilitar o escoamento destas intensidades (SIMONETTI, 2016).

Vale ressaltar que no processo de hospitalização a família está intrinsecamente relacionada, vivenciando o processo de hospitalização diariamente junto ao paciente, e está não se configura apenas em entes consanguíneos ou perante a lei, são considerados família pessoas com proximidades diretas ao paciente relacionados pelo afeto, o amor. Sobre a nova concepção de família, Esther Santana (2010) diz:



## RECIMA21 - REVISTA CIENTÍFICA MULTIDISCIPLINAR ISSN 2675-6218

DES)CAMINHOS RUMO À HUMANIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA EM UTI

Evelize Marley da Silva Leal, Catarina Bahia dos Reis, Arina Marque Lebrago, Evelyn Cristina Martins Cunha, Walcy de Miranda Lisboa

“A família contemporânea possui diversas configurações, por isso um só conceito seria insuficiente para defini-la. De um modo geral, a palavra “família” pode ser entendida como um agrupamento humano formado por duas ou mais pessoas, que possuem ligações biológicas, legais, afetivas ou ancestrais e que, viveram ou convivem na mesma casa.” (p. 52)

A família deve ser tida pela equipe como um “paciente secundário”, pois também passa por sofrimento, medos e angústias durante todo o processo, em especial na UTI que é um espaço, como já mencionado, repleto de fantasias e estigmas sociais (FERREIRA; MENDES, 2013). Bem como o paciente os familiares também sofrem uma brusca ruptura na sua rotina no período de internação, gerando um desequilíbrio no seu dia a dia, além do sentimento de desagregação familiar.

A família sofre diretamente impactos quando o adoecimento permeia algum ente, pois também vivencia o processo de hospitalização no seu cotidiano, além do medo presente da morte, da perda deste familiar, esta repercussão revela-se por aspectos físicos como emocionais. Dentre os aspectos físicos apresentam-se como sintoma dores de cabeça, insônia entre outros e emocionalmente expressam-se alterações de humor, medo, choro, sentimento de culpa entre outros (GUIMARÃES, 2015).

A UTI é tida como um espaço de morte iminente e por ser repleta de procedimentos invasivos, além de todas as fantasias atreladas, também é vista como um espaço hostil e desagradável, logo a família perpassa neste processo aflitos. Estas angústias vivenciadas pela família se exacerbam quando a UTI não é humanizada, pois estes desejam que seu familiar não seja um número de um leito ou um prognóstico e sim reconhecidos pelo nome, por mais, a presença da família junto ao familiar é de suma importância. O tratamento não humanizado reverbera no stress e anseios da família quanto no processo saúde/doença do paciente. (PEREIRA; PAULA, 2018).

Sobre a família, Sebastiane (2000, p.31) comenta:

“Nunca se pode esquecer que [...] no corredor, da sala de espera, existe uma família, igualmente angustiada e sofrida, que se sente impotente para ajudar seu familiar, que também se desorganizou com a doença e que também se assusta.”

Quanto a presença do familiar na UTI a Política Nacional de Atenção ao Paciente Crítico garante um número mínimo de visitas, boletins e informações sobre a evolução deste familiar. Alguns estados já demonstram avanços nesse aspecto como no estado de São Paulo, que implementou por meio da Lei nº 10.689 de 30 de novembro de 2000, “é permitida a permanência de um acompanhante junto à pessoa que se encontra internada em unidades de saúde sob responsabilidade do Estado, inclusive nas dependências de tratamento intensivo ou outras equivalentes” (OLIVEIRA, 2012).

Almeida *et al.*, (2009) realizaram uma pesquisa com o intuito de apresentar os sentimentos vivenciados pela família em relação ao paciente internado na UTI. Dentre os resultados ressaltamos alguns sentimentos assinalados como a angústia e tristeza, estes sentimentos emergem nos familiares pela distância do familiar, ao medo da perda deste entre outros aspectos, o sentimento de



## RECIMA21 - REVISTA CIENTÍFICA MULTIDISCIPLINAR ISSN 2675-6218

DES)CAMINHOS RUMO À HUMANIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA EM UTI

Evelize Marley da Silva Leal, Catarina Bahia dos Reis, Arina Marque Lebrege, Evelyn Cristina Martins Cunha, Walcy de Miranda Lisboa

perda, sejam perdas simbólicas ou concretas estão diretamente relacionados ao cotidiano desses espaços. Outros sentimentos relatados nesta pesquisa são impotência, medo e pânico, insegurança, fé e esperança entre outros. Os pesquisadores também apontam que mediante a pesquisa se percebeu que o cuidado direcionando ao familiar é precária ou inexistente, relacionando-se diretamente no enfrentamento da doença. O cuidado da UTI não se restringe ao paciente.

### ASSITÊNCIA NA UTI: (DES)CAMINHOS RUMO À HUMANIZAÇÃO

Durante essa seção são ilustradas as barreiras e desafios para o processo de humanização e explanação sobre possíveis estratégias para alcançarmos uma assistência humanizada, em especial no âmbito da UTI, mas que pode ser adaptado para as diversas áreas no contexto hospitalar. Para fins didáticos, subdividimos a sessão em 4 subtópicos, mas reforçamos que a humanização deve ser transversal, ou seja, atravessar todos os âmbitos do cuidado.

#### Paciente x usuário

Este subtópico tem a intenção de ilustrar práticas onde temos pacientes, no sentido de passividade e demonstrar possíveis estratégias para buscarmos uma assistência a partir do termo usuário, que demonstra um ser com mais autonomia durante o processo.

- Barreira: Considerar os usuários como seres passivos no seu processo de saúde/doença.

Com relação à rotina de cuidado corporal (higiene) na UTI, os profissionais ficam responsáveis por essa atividade, como: por pentear o cabelo, dar comida, dar banho, trocar as vestimentas, fazer a higiene bucal, fazer intervenções medicamentosas, posicionar de forma correta a maca para evitar quedas, principalmente quando é quadro de pós-operatório. Porém, algo de muita relevância em relação a esses hábitos higiênicos, é a exclusão do querer do paciente, porque na prática, a execução dessa escuta acaba tornando a prática “dominadora”, onde se é que imposto um horário, ritmo e frequência de cada intervenção, não dando voz ao querer e às capacidades que o paciente apresenta de fazer seu autocuidado. Ou seja, o que era para ser assistência de forma humanizada na teoria, acaba tornando-se não humanizado na prática, por ser rotina ordinária (ANTUNES *et al.*, 2017).

- Estratégia – Acolher as demandas desse paciente para além do aspecto biológico.

Na medida em que se tem o diálogo entre os cuidadores com os usuários e sua família estabelece-se o vínculo entre os envolvidos, tendo em vista que o ambiente do cuidado em UTI não se restringe somente na aplicação de técnicas e na obrigação de fazer o atendimento pelo profissional, vai muito além, ou seja, o ambiente deve ser humanizado, acolhedor, onde a equipe tem



## RECIMA21 - REVISTA CIENTÍFICA MULTIDISCIPLINAR ISSN 2675-6218

DES)CAMINHOS RUMO À HUMANIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA EM UTI

Evelize Marley da Silva Leal, Catarina Bahia dos Reis, Arina Marque Lebrege, Evelyn Cristina Martins Cunha, Walcy de Miranda Lisboa

o dever de estimular uma relação conjunta para com o paciente e a família, no intuito de que haja um entrelace de relações e interações, reconhecendo a singularidade do usuário e sua fala como legítima, especialmente através de uma escuta atenta. O profissional, também deve estimular o protagonismo desse usuário no seu processo de saúde-doença (MAIA; VIEIRA, 2003).

Sobre um acolhimento humanizado a política nacional de humanização cita que é considerar a singularidade do usuário e suas reais necessidades de saúde, para além de apenas o aspecto biológico. O acolhimento deve ser presente e basal na relação entre equipes/serviços e usuários, e é construído coletivamente, objetivando o estabelecimento de vínculo entre equipe e usuário junto com sua rede socioafetiva, estabelecendo relações de confiança (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013).

### **Fragmentação x holístico**

Neste subtópico iremos elucidar as barreiras de uma prática com o olhar fragmentado sobre o usuário, resquícios do modelo biomédico, e possíveis estratégias para atingirmos uma atuação com um olhar holístico, respeitando o conceito ampliado de saúde.

- Barreira: olhar fragmentado

A pessoa deixa de ser considerada como sujeito e anula-se toda sua experiência de vida, além de ser desconsidera todo o contexto social em que está inserido e tona-se “a fratura da bacia”, o “leito x”, ou seja, são reduzidos meramente as evidências biológicas. O processo de despersonalização é reforçado pela prática através desse olhar fragmentado. São resquícios do modelo biomédico e fruto das especialidades/diagnósticos mais específicos, excluindo a subjetividade do usuário (CAMOM, 2003).

Nas práticas cotidianas da equipe pode ocorrer negligência a complexidade e completude do ser ao fragmentar o usuário, desconsiderando o conceito ampliado de saúde e sua subjetividade, e partir de um olhar apenas biológico, ressaltados no contexto da uti por suas especificidades e complexidade. Pode existir de fundo nesse cenário a crença de que somente o profissional é o detentor do saber sobre o processo de saúde-doença e o usuário, que não detém, aguardar passivamente (MORAIS; TRAVERSO-YÉPEZ, 2004).

- Estratégia: Olhar holístico.

A clínica ampliada é uma ferramenta que contribui para o olhar holístico, onde se considera o adoecimento e o sofrimento do sujeito, além de toda complexidade entrelaçada nesse processo com a finalidade de enfrentar a fragmentação do sujeito, conseqüentemente das ações e práticas da equipe, tornando até preventivo para possíveis danos e implicações da fragmentação (PNH, 2003).

Sobre como aplicar a clínica ampliada a PNH diz:



## RECIMA21 - REVISTA CIENTÍFICA MULTIDISCIPLINAR ISSN 2675-6218

DES)CAMINHOS RUMO À HUMANIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA EM UTI

Evelize Marley da Silva Leal, Catarina Bahia dos Reis, Arina Marque Lebrege, Evelyn Cristina Martins Cunha, Walcy de Miranda Lisboa

“Utilizando recursos que permitam enriquecimento dos diagnósticos (outras variáveis, além do enfoque orgânico, inclusive a percepção dos afetos produzidos nas relações clínicas) e a qualificação do diálogo (tanto entre os profissionais de saúde envolvidos no tratamento quanto destes com o usuário), de modo a possibilitar decisões compartilhadas e compromissadas com a autonomia e a saúde dos usuários do SUS.”

### **(Des)valorização do trabalhador**

Durante esse subtópico vamos explicar sobre obstáculos que transpassam na prática a desvalorização do trabalhador e desvelar sobre possíveis estratégias e importância da valorização do trabalhador, que são para além de recursos monetários, para alcançarmos a humanização.

- Barreira para prestar uma assistência humanizada

Muito se atrela a humanização a apenas a assistência direta ao paciente, desconsiderando o contexto e as condições que esta equipe está inserida, sobre esse assunto foi realizado uma pesquisa por Salles *et al.*, (2011) que explica sobre o ponto de vista de técnicos de enfermagem sobre as barreiras para a humanização, dentre os resultados ressaltamos as condições ambientais precárias de trabalho, a estrutura arquitetônica inadequada sobrecarregando a equipe, longos períodos em pé, falta de ferramentas básicas para atuação e manutenção, dupla jornada de trabalho, horários excessivos de trabalho, número de trabalhadores insuficientes, má remuneração, inexistência de um horário fixo para descanso, entre outros.

- Estratégia: valorização da equipe.

Quando falamos em estratégias é difícil não retornar ao que a PNH nos diz, sobre o referido assunto ela nos traz que o trabalhador deve ser ativo nesse processo, a gestão deve considerar a experiência desses trabalhadores e incluí-los nas tomadas de decisão, reconhecendo sua capacidade de analisar, definir e qualificar processos de trabalho, pois quem está em contato direto com a realidade prática do dia a dia do funcionamento do hospital é a equipe. Deve-se assegurar esse diálogo e participação ativa do trabalhador nos espaços coletivos da gestão (PNH, 2003)

### **Ambiência**

Durante esse subtópico vamos elucidar barreiras e estratégias para a humanização quanto ao ambiente físico.

- Barreiras.

O paciente começa a apresentar a síndrome da UTI, que nada mais é do que a desorientação no tempo e no espaço, em consequência da ausência do contato com o dia e com a noite, as vezes por ausência de janelas, pois este ambiente sempre apresenta luzes artificiais, ausência de relógios



## RECIMA21 - REVISTA CIENTÍFICA MULTIDISCIPLINAR ISSN 2675-6218

DESAJORNAL CAMINHOS RUMO À HUMANIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA EM UTI

Evelize Marley da Silva Leal, Catarina Bahia dos Reis, Arina Marque Lebrago, Evelyn Cristina Martins Cunha, Walcy de Miranda Lisboa

na parede, falta de estimulação. O paciente acaba apresentando falas desarticuladas; alucinações; fuga de ideias e delirium, entrando em sofrimento, pela perda de sua autonomia (SEBASTIANE, 2003).

- Estratégias:

Criar espaços acolhedores, saudáveis, acolhedores e confortáveis, especialmente que respeitem a privacidade do sujeito, visando também a real necessidade daquele local, para isso a gestão deve contar com o diálogo entre usuários e trabalhadores em uma discussão compartilhada para projetos arquitetônicos e para reformas por exemplo (PNH, 2003).

Quadro 1: Barreiras e estratégias para uma assistência humanizada em saúde

Barreiras	Estratégias
Considerar o usuário como um ser passivo em seu processo de saúde/doença.	Incentivar o protagonismo do usuário, como um ser ativo e corresponsável por seu processo de saúde e doença.
Olhar fragmentado, desconsiderando a subjetividade do sujeito e seu contexto considerando apenas os aspectos biológicos.	Ter um olhar ampliado, considerando outras variáveis além do aspecto biológico, além de um trabalho interdisciplinar.
Desvalorização do trabalhador.	Assegurar a participação dos trabalhadores nos espaços coletivos de gestão.
Ambientes, quanto estrutura física, sem considerar a necessidade da equipe e usuário.	Trabalhador, usuário e gestão em diálogo para discussão compartilhada de projetos arquitetônicos e usos dos espaços.

Portanto, observamos que uma assistência não humanizada, está para além do que comumente é citado “culpa da equipe”, pois estes se encontraram em condições de trabalho que implicam significativamente na saúde mental destes, e conseqüentemente este estado implica na assistência prestada aos usuários e seus familiares, que por sua vez, sofrem impactos psicológicos consideráveis a partir do contato com a assistência não humanizada, além desta assistência impactar no sistema de saúde como um todo.

### CONSIDERAÇÕES

Os caminhos para uma assistência humanizada devem ser sempre falados e disseminados, em um cenário ideal desde a graduação, na tentativa diminuirmos a distância entre a teoria e a prática. Humanizar a assistência não é uma tarefa fácil, pois diferentemente de uma técnica a ser aplicada, a humanização é atrelada ao comportamento dos envolvidos.

Durante o resultado e discussões, observamos consideráveis impactos gerados no paciente e na família em uma UTI a partir do contato com a assistência não humanizada, no qual destacamos a síndrome da UTI no paciente, fruto da assistência fragmentada, logo, por ausência de estímulos, além da estrutura física do ambiente que favorece para o aparecimento da síndrome. Quanto à família,



## RECIMA21 - REVISTA CIENTÍFICA MULTIDISCIPLINAR ISSN 2675-6218

DES)CAMINHOS RUMO À HUMANIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA EM UTI

Evelize Marley da Silva Leal, Catarina Bahia dos Reis, Arina Marque Lebrege, Evelyn Cristina Martins Cunha, Walcy de Miranda Lisboa

destacamos que sofrem, sentem medo, inseguranças durante todo o processo de saúde e doença, e devem ser tratados como um paciente secundário, mas não no sentido de passividade, eles devem ser ativos e respeitados durante todo o processo, além de que reforçamos que família se estende para além de consanguíneos.

Observamos que para existir, uma assistência humanizada não se limita apenas à equipe, pois esta comumente está atrelada a horas excessivas de trabalho, condições ambientais de trabalho precárias.

Quanto às barreiras, observamos que, em síntese, estão intimamente ligadas a fragmentação e a visão de passividade do sujeito, resquícios do modelo biomédico e a desvalorização do trabalhador.

Para ocorrer uma assistência humanizada precisa haver um diálogo entre os três atores desse processo: Usuário, trabalhador e gestão.

A gestão deve ser ativa nesse processo e mostrar-se abertos para a discussão para a participação dos usuários e trabalhadores nas tomadas de decisão. Esse diálogo possivelmente provocará inquietação, desequilíbrio antes de enfim chegarmos em uma assistência humanizada.

Neste trabalho portanto, destacamos a importância de valorizar a tríade envolvida no processo de humanização: equipe, usuário e gestão e suas corresponsabilidades, onde observamos que humanizar a assistência está para além da culpabilização da equipe, pois esta muitas vezes enfrenta relações precarizadas de trabalho, impactando na qualidade da assistência prestada. Ressaltamos a relevância de desenvolver mais estudos na área, que inter-relacione Clínica e Gestão no âmbito da humanização, e os impactos da dissociação destes elementos políticos e éticos.

As escolas de formação também devem participar desse processo, reforçando desde a academia, um olhar holístico sobre o sujeito e o respeito a essa complexidade. Além de ser de suma importância desenvolver pesquisas e estudos na área, pois estamos falando de sujeitos vivos, que estão em constantes mudanças e a área deve acompanhar as alterações para saber a real necessidade deste sujeito e o que implica e condiciona no processo de saúde/doença, ressaltamos também a importância da educação permanente para os trabalhadores ativos no mercado para estarem sempre atentos a essas mudanças, para os (des)caminhos rumo à humanização da assistência em UTI.

### REFERÊNCIAS

ALMEIDA, A. S.; ARAGÃO, N. R. O.; MOURA, E.; LIMA, G. D. C.; HORA, E. C.; SILVA, L. A. S. M. Sentimentos dos familiares em relação ao paciente internado na unidade de terapia intensiva. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 62, p. 844-849, 2009.

ARAGÃO, S. R. O Modelo Biomédico X o Modelo Biopsicossocial na Explicação da Depressão. **CPAH Science Journal of Health**, v. 2, n. 2, 2019.

BARROS, J. A. C. Pensando o processo saúde doença: a que responde o modelo biomédico?. **Saúde e sociedade**, v. 11, p. 67-84, 2002.



**RECIMA21 - REVISTA CIENTÍFICA MULTIDISCIPLINAR**  
**ISSN 2675-6218**

DESEJOS/CAMINHOS RUMO À HUMANIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA EM UTI

Evelize Marley da Silva Leal, Catarina Bahia dos Reis, Arina Marque Lebrege, Evelyn Cristina Martins Cunha, Walcy de Miranda Lisboa

BRASIL. **Covid**. Brasília: Ministério da Saúde, 2020. Disponível em: <https://covid.saude.gov.br>.

BRASIL. **Lei nº 8080/90, de 19 de setembro de 1990**. Brasília: Ministério da Saúde, 1990.

BUB, M. B. C.; MEDRANO, C.; SILVA, C. D. D.; WINK, S.; LISS, P. E.; SANTOS, E. K. A. D. A noção de cuidado de si mesmo e o conceito de autocuidado na enfermagem. **Texto & Contexto - Enfermagem**, v. 15, p. 152-157, 2006.

CARNUT, L. Racionalização das ações intervencionistas e medicamentosas desnecessárias: um ensaio teórico-conceitual. *In*: **CONGRESSO ONLINE DE GESTÃO, EDUCAÇÃO E PROMOÇÃO DA SAÚDE**. 2016. vol. 5, p. 1-9.

DE SALLES, R. K.; DA COSTA PROENÇA, R. P.; ERDMANN, A. L.; FIATES, G. M. R. **Barreiras Para Fazer Atenção Hospitalar Humanizada: A Visão Dos Téc.** [S. l.: s. n.], 2016.

FAVA, G.; SONINO, N. O modelo biopsicossocial: Trinta anos depois. **Psychotherapy and psychosomatics**, v. 77, p. 1-2, 2008.

FERREIRA, P. D.; MENDES, T. N. Família em UTI: Importância do suporte psicológico diante da iminência de morte. **Revista da SBPH**, v. 16, n. 1, p. 88-112, 2013.

FOUCAULT, M. Resumo do curso. *In*: EVALD, F. *et al.* (org.). **A Hermenêutica do sujeito**. 2. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2006.

Gil, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. São Paulo: Atlas, 2002.

GUIMARÃES, C. A. **Cuidadores familiares de pacientes oncológicos pediátricos em fases distintas da doença: processo de enfrentamento**. [S. l.: s. n.], 2015

IMANISHI, H. A.; SILVA, L. L. Despersonalização nos hospitais: o estágio do espelho como operador teórico. **Rev SBPH**, v. 19, n. 1, p. 41-56, 2016.

LEMOS, R. C. A.; ROSSI, L. A. O significado cultural atribuído ao centro de terapia intensiva por clientes e seus familiares: um elo entre a beira do abismo e a liberdade. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 10, p. 345-357, 2002.

MATURANA, M. J.; ANTUNES, A. L.; BENTO, B. T. S.; RIBAS, P. R. S.; AQUIM, E. E. Escalas de avaliação funcional em unidade de terapia intensiva (uti): revisão sistemática. **Caderno Humaniza SUS**, v. 1, p. 63-71, 2017.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Humanizar a formação para humanizar o SUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

OLIVEIRA, N. E. S. D. **Humanização do cuidado em terapia intensiva: saberes e fazeres expressos por enfermeiros**. [S. l.: s. n.], 2012.

PREGNOLATTO, A. P. F.; AGOSTINHO, V. B. M. O psicólogo na unidade de terapia intensiva-Adulto. **Psicologia hospitalar: Teoria, aplicação e casos clínicos**, p. 93-107, 2003.

RODRIGUES, C. L. Humores e Temperamentos: considerações sobre a teoria hipocrática. **Páginas de Filosofia**, v. 9, n. 2, p. 109-120, 2020.

SCLIAR, M. História do conceito de saúde. **Physis: Revista de saúde coletiva**, v. 17, p. 29-41, 2007.

SEBASTIANI, R. W. **Psicologia da Saúde no Brasil: 50 Anos de História**. [S. l.: s. n.], 2003.



**RECIMA21 - REVISTA CIENTÍFICA MULTIDISCIPLINAR**  
**ISSN 2675-6218**

DES)CAMINHOS RUMO À HUMANIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA EM UTI

Evelize Marley da Silva Leal, Catarina Bahia dos Reis, Arina Marque Lebrege, Evelyn Cristina Martins Cunha, Walcy de Miranda Lisboa

SENADO. **Constituição Federal**. Brasília: Senado, 2021. Disponível em: [https://www.senado.leg.br/atividade/const/con1988/con1988\\_15.03.2021/art\\_196\\_.asp](https://www.senado.leg.br/atividade/const/con1988/con1988_15.03.2021/art_196_.asp) \_\_\_Acessado em: 06 nov. 2021

SIMONETTI, A. **Manual de psicologia hospitalar**: o mapa da doença–São Paulo: Casa do Psicólogo. 8. ed. São Paulo: Editora e Gráfica Ltda, 2016.

TRAVERSO-YÉPEZ, M.; MORAIS, N. A. D. Reivindicando a subjetividade dos usuários da Rede Básica de Saúde: para uma humanização do atendimento. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 20, p. 80-88, 2004.

TRUCHARTE, F. A. R.; KNIJIK, R. B.; SEBASTIANI, R. W.; ANGERAMI, V. A. Psicologia hospitalar: teoria e prática. **Psicologia hospitalar: teoria e prática**, p. 114-114, 1997.

VALE, E. G.; PAGLIUCA, L. M. F. Construção de um conceito de cuidado de enfermagem: contribuição para o ensino de graduação. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 64, p. 106-113, 2011.

VIEIRA, C. A.; DOS SANTOS MAIA, L. F. Assistência de enfermagem humanizada ao paciente em UTI. **Revista Recien-Revista Científica de Enfermagem**, v. 3, n. 9, p. 17-22, 2013.