



**FACULDADE UNIÃO DE GOYAZES
CURSO DE ENFERMAGEM**

**PREMISSAS DE HUMANIZAÇÃO E ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM EM
UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA**

Ana Carla Ferreira Taveira

Ivani Serafim de Carvalho

Maria Rita de Jesus

Orientadora: Prof^a. Esp. Maisa Alves Ribeiro Rodrigues

Trindade - GO

2012

**FACULDADE UNIÃO DE GOYAZES
CURSO DE ENFERMAGEM**

**PREMISSAS DE HUMANIZAÇÃO E ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM EM
UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA**

Ana Carla Ferreira Taveira

Ivani Serafim de Carvalho

Maria Rita de Jesus

**Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado à Faculdade União de
Goyazes como requisito parcial à
obtenção do título de Bacharel em
Enfermagem.**

Orientadora: Prof^ª. Esp. Maisa Alves Ribeiro Rodrigues

Trindade - GO

2012

Ana Carla Ferreira Taveira
Ivani Serafim de Carvalho
Maria Rita de Jesus

**PREMISSAS DE HUMANIZAÇÃO E ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM EM
UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA**

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado à Faculdade União de
Goyazes como requisito parcial à
obtenção do título de Bacharel em
Enfermagem, aprovada pela
seguinte banca examinadora:

Prof^a. Esp. Maisa Alves Ribeiro Rodrigues
Faculdade União de Goyazes

Prof^a. Enf. Esp. Alexandra Rocha de Queirós Cunha

Prof^a. Esp. Sandra Rosa Souza

Trindade - GO
00/00/0000

PREMISSAS DE HUMANIZAÇÃO E ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA

(Ana Carla Ferreira Taveira)¹
(Ivani Serafim de Carvalho)²
(Maria Rita de Jesus)³
(Maisa Alves Ribeiro Rodrigues)⁴

RESUMO

Nos últimos tempos, a humanização em unidade de terapia intensiva tem sido um assunto bastante abordado em decorrência da constante preocupação dos profissionais de saúde em oferecer uma assistência de qualidade, prestada ao paciente crítico, em um complexo ambiente de aparelhos múltiplos. Desconforto, impessoalidade, falta de privacidade, dependência da tecnologia, isolamento social, negatividade e possibilidade de morte. O objetivo de nossa premissa foi entender até que ponto os condicionamento internos e externos podem interferir numa assistência humanizada. Ao paciente de unidade de terapia intensiva. O estudo mostra a contundência de uma intensa utilização de recursos tecnológicos, pode interferir diretamente na qualidade da assistência prestada ao paciente e a forma como o profissional desse setor propicia ou não o equilíbrio entre a máquina e o ser humano.

PALAVRAS-CHAVE: Humanização, UTI, Assistência de Enfermagem e Estressores.

HUMANIZATION AND ASSUMPTIONS OF NURSING CARE IN THE INTENSIVE CARE UNIT

ABSTRACT

Lately, the humanization of the intensive care unit has been a subject frequently due to the constant concern of health professionals in providing quality care, provided to critical patient in a complex environment of multiple devices. Discomfort, impersonality, lack of privacy, dependence on technology, social isolation, negativity and possible death. The goal of our premise was to understand the extent to which internal and external conditioning may interfere with a humanized, the patient from the intensive care unit. The study shows the intense poignancy of use of technological

¹ Acadêmica do Curso de Enfermagem da Faculdade União de Goyazes, Trindade-Go. ana-carlaft@hotmail.com

² Acadêmica do Curso de Enfermagem da Faculdade União de Goyazes, Trindade-Go. ivaniserafim2012@hotmail.com

³ Acadêmica do Curso de Enfermagem da Faculdade União de Goyazes, Trindade-Go. mariarita_5@hotmail.com

⁴ Orientadora: Profª. Esp. da Faculdade União de Goyazes, Trindade-Go. maisa2081@hotmail.com

resources, can directly affect the quality of care provided to patients and how this industry provides the professional or not the balance between machine and human.

KEYWORDS: Humanization ICU, Nursing Care and Stressors.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO

05

OBJETIVO.....08

HISTÓRIA DAS UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA

09

HUMANIZAÇÃO EM UNIDADE DE TARAPIA INTENSIVA

10

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM A FAMÍLIA

12

METODOLOGIA

16

CONCLUSÃO

17

REFERÊNCIAS

BIBLIOGRÁFICAS

18

INTRODUÇÃO

Partindo da premissa que “A Unidade de Terapia Intensiva (UTI) muitas vezes é vista como um local frio e hostil, onde a tecnologia prevalece em relação às ações humanísticas” (BARÇANTE et al, 2009, p.05), é contundente a evidência de que a intensa utilização de recursos tecnológicos interfere na forma como o cuidado é desenvolvido.

Humanizar a assistência ao paciente de UTI significa cuidar deste como um todo, englobando-o em seu contexto familiar e social (RIBEIRO, 2009).

A enfermagem é baseada no cuidar e está alicerçada nos preceitos de Florence Nightingale, a qual revolucionou a assistência aos feridos durante a chamada Guerra da Criméia, em 1854 (LEITE E BERETA, 2009). A partir das bases científicas propostas por ela e influenciada na enfermagem laica fundamentada na religiosidade, caridade, amor ao próximo, doação e

humildade; a enfermagem contemporânea é instituída mundialmente como profissão no século XIX (PADILHA E MANCIA, 2005).

Antigamente, os hospitais criavam áreas com vários leitos ocupados por pacientes com níveis diferentes de necessidades, atenção e assistência, o que ocasionava algumas dificuldades. Havia excessiva demanda na assistência a alguns pacientes, em detrimento de outros (SOUZA, 2008). Somente mais tarde o tratamento passa a ser realizado em salas especiais. Atribuindo aos enfermeiros e sua equipe a responsabilidade direta pela observação e tratamento clínico dos pacientes de risco.

No Brasil, a primeira UTI foi criada na década de 70, quando teve início a capacitação de recursos humanos para o desenvolvimento de um trabalho com segurança (LINO, 2001).

A humanização foi uma preocupação do governo desde a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS). Visto que esta ganha status em maio de 2000, no momento em que o Ministério da Saúde regulamentou o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH).

Em 2003, ocorreu uma reformulação e se instituiu a Política Nacional de Humanização (PNH), com diretrizes que envolvem profissionais de saúde (BRASIL, 2010).

Além disso, a UTI é percebida, pela equipe que nela atua, pelos pacientes e familiares, como um dos ambientes mais agressivos, tensos e angustiantes dentro do contexto hospitalar. O despreparo para lidar com as frequentes mudanças tecnológicas, o sofrimento dos familiares, o conflito interpessoal, dentre outros, são fatores que interferem no desenvolvimento do trabalho do enfermeiro e do técnico de enfermagem (BARRA, 2005).

Neste contexto, o estado emocional do enfermeiro é fator que pode influenciar no desempenho do seu papel frente a UTI e na qualidade da assistência prestada ao paciente, estando relacionado à carga elevada de trabalho com grande número de atividades exaustivas e interligadas sem período de sono e repouso, causando um desgaste físico e emocional (BRASILEIRO, 2010).

OBJETIVO

Ao analisar alguns artigos verificamos através de pesquisa tornar o ambiente em uma unidade de terapia intensiva mais humano sem deixar de lado a preocupação em fazer um trabalho de qualidade onde o objetivo principal é o paciente como um todo sem diferenciar religião, poder econômico nem grupo étnico.

HISTÓRIA DAS UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA - A CONTRIBUIÇÃO DE FLORENCE NIGHTINGALE

Florence Nightingale é considerada a percussora da enfermagem moderna em todo mundo. Obtendo prestígio maior no ano de 1854, quando a Inglaterra, a França e a Turquia declararam guerra à Rússia, na chamada guerra do Criméia.

Visto que muitos soldados feridos estavam morrendo, Florence foi convocada pelo governo inglês, para liderar um grupo de voluntários que atenderia estes.

As condições que eram mantidas os soldados da guerra eram de insalubridade extrema e desumanização. Sem conforto com alimentos, medicamentos e assistência insuficientes, os pacientes eram mantidos em enfermarias pelo chão, seminus ou ainda com farda manchada de sangue. O alimento era cozido no próprio local e atirado em direção aos pacientes. Havia ainda infestação de ratos e bichos daninhos, com a presença de cadáveres já em putrefação ao lado dos doentes. (LEITE E BERETA, 2009, p. 71)

Ao deparar-se com as precárias condições de higiene e de atendimento as quais os soldados estavam expostos, Nightingale instituiu um dos princípios básicos da moderna terapia intensiva, separando os pacientes

mais graves e colocando-os em uma situação que favorecia o cuidado por meio da observação constante, surgindo assim às primeiras estações de UTI.

Embora a intervenção baseada na constante observação do paciente tenha começado com Florence, as Unidades de Terapia Intensiva - como são conhecidos os setores do hospital que prestam cuidados de alta complexidade - tiveram início na década de 1950, com a evolução dos avanços tecnológicos na área a saúde (SILVA, 2011).

Aos poucos foram surgindo salas especiais para pacientes cirúrgicos, neurológicos, vítimas de queimaduras, portadores de crises respiratórias, renais, metabólicas agudas e outras. Logo após definiram-se como Unidade de Terapia Intensiva Especializadas, atualmente estas são compostas por amplo aparato tecnológico (LINO, 2011).

No Brasil, as primeiras UTI, tiveram início na década de 70 e, atualmente, são unidades presentes dentro do contexto hospitalar. Tem por finalidade centralizar pacientes de alto grau de complexidade numa área hospitalar adequada, requerendo disponibilidade de infraestrutura própria, com provisão de equipamentos e materiais bem com a capacitação de recursos humanos para o desenvolvimento de um trabalho com segurança, promovendo por meio de uma assistência contínua o restabelecimento de funções vitais do organismo (LINO, 2001).

HUMANIZAÇÃO EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA (UTI)

A premissa de humanizar a unidade de terapia intensiva significa cuidar do paciente como um todo englobando o contexto familiar social.(BARÇANTE et al, 2009, p.05).

A proposta da humanização apresenta diferenciações, inclui deveres do cuidador empregado junto com os direitos dos usuários. Onde para cuidador, destaca-se a necessidade de melhorias organizacionais do sistema de saúde, pois são fundamentais para proporcionar adequadas condições para desenvolvimento de medidas humanizadoras (FORTES, 2004).

Dessa forma, é essencial atentar para a necessidade de humanização do cuidado de enfermagem no âmbito das UTI, no sentido de propiciar uma reflexão da equipe. Equipamentos e materiais podem tranquiliza-los, fazendo com que passem a se sentir valorizados e bem cuidados (STUMM, 2008).

Assim sendo, a necessidade deste processo, na saúde, vem se tornando cada vez mais ampla, em busca de abordagem da complexidade do que é ser humano, sempre valorizando o binômio paciente-família e não apenas o paciente como um ser isolado. (SILVA, 2011).

Segundo Barçante (2009), no processo de admissão na UTI, a família encontra-se aflita e emocionalmente abalada, em virtude da possibilidade de morte de seu ente querido. Diante do quadro de instabilidade que o paciente se encontra, os primeiros momentos na UTI exigem intervenções ágeis e precisas por parte da equipe, com isso, orientações importantes deixam de serem transmitidas às famílias, que para o paciente continua tendo lugar de destaque.

Acredita-se que a humanização da assistência de enfermagem é o caminho para concretização desses aspectos, é preciso reconhecer que a família é capaz de colaborar na recuperação do paciente. Outro ponto importante para estabelecer este processo, consiste em colocar-se no lugar do outro, em um processo de humanização própria, compreender que os seres humanos possuem sentimentos, que são capazes de amar, de chorar, adoecer e morrer (BARÇANTE, 2009).

A Unidade de Terapia Intensiva (UTI) evoluiu sua tecnologia ao longo dos anos, com aparelhos cada vez mais modernos. Porém, esse progresso distanciou a relação paciente e enfermeiro, tornando esse ambiente cada vez mais frio, hostil e desumanizado (BRASILEIRO, 2010).

Internar nessa unidade é uma situação ameaçadora para o paciente, pois representa o afastamento do seu habitat, a ruptura dos laços familiares e a separação de seus entes querido. A aparelhagem diferenciada, a restrição de movimento, a privação de alimentos comuns, os vários tipos de procedimento invasivos bem como o conflito com o próprio sofrimento e/ou do outro, aliado ao medo de morrer, favorece um quadro de angústia e instabilidade, que pode desencadear alterações psicológicas no paciente e sua família e também na equipe de saúde (STUMM, 2008).

A necessidade da assistência de um setor que dispõe de alto aparato tecnológico necessário para manutenção da vida humana é de suma importância para assistência ao paciente, e tem grande contribuição no diagnóstico e tratamento de patologia, no entanto deve se preocupar em relação à utilização de forma adequada deste progresso técnico - científico (BARÇANTE, 2009).

Humanização é o efeito de humanizar, tornar humano, dar condições humanas. Não é uma técnica, e muito menos um artifício, é um processo vivencial que permeia toda atividade do local e das pessoas que ali trabalham, dando aos pacientes o tratamento que merecem, dentro das circunstâncias peculiares que cada um se encontra no momento de sua internação, individualizando a assistência frente às necessidades de cada um. Entende-se que este processo não é apenas uma questão de mudança das instalações físicas, é principalmente uma mudança de comportamento e atitudes frente ao paciente e seus familiares (NASCIMENTO, 2004).

Assim sendo, na ação de humanizar o cuidado é focado no paciente e não na doença. Além disso, no âmbito das UTI, significa cuidar do paciente como um todo considerando sempre seu contexto social, psicológico e familiar (SILVA, 2011).

A falta de recursos financeiros não deve ser uma desculpa para a inexistência de um programa de humanização. Na realidade, os profissionais que assistem os pacientes são os verdadeiros responsáveis, diretos ou indiretos pela humanização (COMPONOGARA, 2011).

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM À FAMÍLIA

Segundo Nascimento (2004), a internação na UTI muda repentinamente a maneira de viver do paciente. A sua identidade pessoal fica fortemente abalada devido à gravidade de seu quadro clínico. Geralmente não é considerado como sujeito capaz de fazer escolhas, tomar decisões, formar e dividir opiniões, sem direito à expressão e à informação. Raramente tem o

direito de exercer suas próprias vontades; nem mesmo alimentação, eliminações fisiológicas, entre outras. Deixa de ser um ser pensante e transforma-se em um objeto de ações técnicas intensivas.

A assistência de enfermagem deve atender tanto as necessidade do paciente quanto dos familiares, ajudando-os a entender, aceitar e encarar a doença, o tratamento e possíveis consequências que essa nova fase exige na vida familiar (MURUITI, 2007). É essencial que a equipe de enfermagem cultive uma relação de confiança entre o paciente e sua família. Portanto, é preciso conciliar conhecimentos e sentimentos, competência, habilidades e ações que proporcione um cuidado holístico aos pacientes e familiares (BARÇANTE, 2009).

Entende-se que o resultado final na assistência da enfermagem é o cuidado, ciente de que a tecnologia em nenhum momento irá suprir a essência humana. É importante que esse profissional pratique ações mais acolhedoras, embasados em sentimentos, valores, agilidade e atitudes que reforcem a melhoria do estado clínico do paciente. O enfermeiro deve reconhecer que sua presença para o paciente é tão importante quanto os mecanismos necessários para sua recuperação (BARÇANTE, 2009).

Ainda, de acordo com Barçante (2009), o paciente possui três tipos de necessidades básicas durante sua hospitalização:

- Bem estar emocional: traduzido na forma de atenção, respeito, sutileza, prontidão, e comunicação efetiva. Os fatores estressantes presentes na UTI provocam nos pacientes reações psicológicas indesejáveis que podem reduzir, ou até mesmo anular os efeitos que beneficiam o tratamento intensivo;
- Bem estar físico: a promoção do conforto físico é essencial na assistência prestada e contribui para que o paciente suporte os dias de internação na UTI;
- Compromisso profissional: o enfermeiro, tido como profissão do cuidado, deve lembrar sempre que a assistência humanizada é um dever, e encarar como um compromisso profissional; mantendo assim, uma convivência harmoniosa e produtiva em um ambiente, muitas vezes, tido como negativo longe da produção de saúde.

A proposta de humanização da assistência surge exatamente para combater a impessoalidade no atendimento prestado, ações simples podem contribuir para esse processo conforme aborda PUGGINA (2010).

- Tratar o paciente pelo nome, colocar identificações na cabeceira, no pé da cama ou próximo à entrada do boxe/quarto;
- Sempre olhar o paciente nos olhos, seja para orientá-lo, ou antes, de iniciar qualquer procedimento;
- Explicar a todos os pacientes (lúcidos, confusos ou sedados), com antecedência, quaisquer procedimentos que serão realizados;
- Orientar os pacientes acerca do tempo e espaço, disponibilizando relógio e calendários, posicionados de forma que sejam facilmente visualizados pelo paciente;
- Oferecer jornais, revistas, livros, televisão ou música. Caso o paciente utilize óculos, aparelho auditivos e/ou prótese dentárias, devolvê-los assim que possível;
- Facilitar sua aproximação com os familiares;
- Incluir a dor como o quinto sinal vital, promovendo avaliação frequente e alívio adequado;
- Preservar a privacidade e a confiança do paciente, evitando comentários pessoais sobre ele ou outro paciente na UTI. Lembrar que o paciente, mesmo sedado pode estar ouvindo;
- Usar um tom de voz adequado para questionar o paciente sobre aspectos de sua intimidade (p. ex., evacuação);
- Cuidar para não invadir território sem pedir licença, quando for mexer em algum de seus pertences, avisar o que está pegando e o que será feito;
- Estar atento aos sinais verbais e não verbais emitidos pelos pacientes, sermos perceptíveis se algo agrada ou incomoda e atentar para nossas próprias reações;
- Ainda, no que tange as questões éticas é preciso atentar para expressões faciais de tristeza, desprezo, nojo ou mau humor, para, então, suavizá-las e não causar constrangimento durante o cuidado prestado aos pacientes.

FATORES DE ESTRESSE PARA A EQUIPE

Atualmente, tem se falado muito sobre estresse ocupacional. Um dos motivos que contribui para esse processo é a exigência que a vida moderna impõe. Nesse contexto a enfermagem é tida como uma das profissões mais exposta a esta situação de estresse, em decorrência da responsabilidade de cuidar de vidas e estar o tempo todo em contato com pacientes em situações de dor e sofrimento. Na UTI este quadro se agrava ainda mais por ser uma área restrita, fechada, refrigerada, com ruídos constantes, possuir uma iluminação artificial e o relacionamento interpessoal ser com a mesma equipe (BRASILEIRO, 2010).

Dentre os fatores que acarretam estresse na equipe, estão: a vivência no processo de adoecimento e morte, as constantes situações de emergência, a falta de materiais e pessoal qualificado, o ruído constante das aparelhagens; o despreparo para lidar com frequentes mudanças tecnológicas, o sofrimento dos familiares, o conflito interpessoal, dentre outros (BARRA, 2005).

O trabalho na área da saúde tem gastos elevados para os seus trabalhadores, principalmente nas UTI, em decorrência do ambiente insalubre, jornadas de trabalho estressantes, arrocho salarial, sobrecarga física e emocional e lidar com situação de morte iminente, tornam, esses trabalhadores, particularmente susceptíveis ao sofrimento psíquico e adoecimento, devido o trabalho (RIOS, 2009).

Segundo Puggina (2010), para exercer a profissão com honra e dignidade, respeitando o outro e sua condição humana, os profissionais de saúde, também, precisam ser tratados com dignidade, com melhores condições de trabalho, melhores remunerações, e valorização de suas atividades e iniciativas, além, do reconhecimento de seus limites profissionais. Percebe-se que a construção de uma nova práxis no espaço interdisciplinar deve ser norteadas por participação de todos no contexto apresentado. Para tanto, é interessante que o processo de humanização se estenda a equipe envolvida, respeitando a individualidade e o potencial de cada membro da equipe.

Para tornar o cuidado humanizado, também, é necessário cuidar do cuidador. É importante resgatar a realização pessoal, a alegria e o prazer no trabalho, ter espaço para falar e ser ouvido e refletir sobre o prazer. É indispensável que cada um saiba o que é esperado de seu trabalho, encorajando a responsabilidade do profissional pelos próprios atos. É importante, ainda, deixar claro o impacto que o trabalho de um membro tem sobre o trabalho da equipe como um todo (PUGGINA, 2009).

No que tange a questão ética Puggina, ainda ressalta que a convivência harmônica com a equipe multiprofissional, com resolução positiva dos conflitos, é uma importante premissa do cuidar ético, pois, certamente, essas relações influenciam no desempenho do profissional de saúde e no cuidado aos pacientes. É primordial ter um ambiente profissional harmonioso e acolhedor para que se torne terapêutico e ético. Acredita-se que uma equipe coesa facilitará o trabalho e as ações interativas. Como a troca de informações, conhecimentos e dividir as ansiedades favorece o surgimento de soluções (PUGGINA, 2010).

METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa bibliográfica através de um levantamento de dados de artigos científicos referentes à Humanização em UTI. Abordou-se os eventos adversos sobre a Unidade de Terapia Intensiva, a equipe, assistência prestada ao paciente e a família, bem como a importância da Humanização nesse contexto. Com dados coletados da biblioteca virtual BVS, nos anos de 2001/2011. Usadas como descritores: Humanização, Assistência de Enfermagem, UTI, Paciente crítico e Estressores. Com periódicos publicados na língua portuguesa, que atenderam os propostos objetivos.

Após a leitura, análise e seleção dos artigos, houve a exclusão dos demais. A síntese e descrição do trabalho encontram-se divididos em forma de categorias.

CONCLUSÃO

Os estudos nos permitiram inferir que a Unidade de Terapia Intensiva é manifestada pelos pacientes e familiares como um ambiente restrito, complexo e desconhecido, com uma rotina diferenciada, onde o paciente vivência o rompimento do seu seio familiar, restrições diversas e falta de orientações que propiciam um desconforto físico e emocional, aumentando seus medos e ansiedade. Dessa forma, é de suma importância que a comunicação seja utilizada como uma ferramenta essencial para complementar as ações da equipe uma vez que, esta influência é decisiva na qualidade da assistência de enfermagem prestada. As atividades desenvolvidas nas Unidades de Terapias Intensivas (UTIs) requerem dos trabalhadores, em especial das equipes de enfermagem, um ritmo acelerado e intenso de trabalho.

Essas sobrecargas de atividades decorrentes, muitas vezes, da insuficiência de pessoal e de material, inviabiliza a realização de muitas atividades tornando a realização de um trabalho de qualidade impossível, e sim

contribuindo para desmotivação da equipe. Portanto, é preciso estender a humanização a essa equipe no de sentido evidenciar seus problemas e ajudar a encará-los como um desafio, dessa maneira, o estresse é enfrentando de forma positiva.

Por fim, acreditamos que o progresso na humanização do cuidado acontece na medida em que o contexto familiar e institucional se organiza de forma que garanta conforto, resolubilidade e assistência humanizada aos provedores do cuidado, em contra partida, estes profissionais devem oferecer uma assistência de qualidade, com base em preceitos humanísticos, a todos os pacientes e familiares que necessitam de cuidados intensivos individualizados.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BARÇANTE. TA, DIAS. G.T, SOUZA. JS, FRANCO, LMC. **Humanização do cuidado na UTI: uma possibilidade real.** Ver. Enfermagem, [2009]. Disponível em: <<http://www.portaldoenfermeiro.com.br>>. Acesso em:01/09/2011.

BRASIL. **Política Nacional de Humanização.** Ministério da Saúde. Brasília 2001.

BRASILEIRO. ME, SILVA, AJ de S, SOUZA. CGM, MOTA. LKC. **Assistência de enfermagem na UTI: Uma Abordagem Holística.** Ver. Eletrônica de Enfermagem.: 1(1) 1-16. 2010. Disponível em:<<http://www.ceen.com.br/revistaeletronica>>. Acesso em: 01/09/2011.

BARRA. DCC, CORONETTI. A, NASCIMENTO. ER, MARTINS JJ. **O Estresse da Equipe de Enfermagem na Unidade de Terapia Intensiva: O Enfermeiro Como Mediador.** Arquivos Catarinenses de Medicina Vol. 35. 36-43. N. 4, SC, 2006.

CAMPONOGARA. S, SANTOS. TMS, SEIFFERT. MA, ALVES. CN. **O Cuidado Humanização em Unidade de Terapia Intensiva: Uma Revisão Bibliográfica.** Rev. Enfermagem. USFM.; 1(1):124-132. RS, 2011.

FORTES, P.A. C. **Ética, direitos dos usuários e políticas de humanização da atenção à saúde.** Saúde e Sociedade, São Paulo, v.13, n.3,p.30-35, set.-dez..2004.

LEITE. FMS, BERETTA. ALRZ. **Florence Nightingale e suas Contribuições para o Controle da Infecção Hospitalar.** Prática Hospitalar. SP; Ver. Prática Hospitalar. Ano XI, N61. SP, 2009.

LINO. MM, SILVA. SC da. **Enfermagem na Unidade de Terapia Intensiva: A história como explicação de uma prática.** Rev. Nursing. 4(41): 25-29. SP, 2001.

PUGGINA, MMT; SILVA, Maria Julia Paes da; ARAÚJO, A C G. **Humanização em UTI.** Padilha, KG; Vattino. MFF; Silva, SC; Kimura, M. (Org.). Enfermagem em UTI: cuidado do paciente crítico. Barueri: Manole, v., p. 1324-1366. SP, 2010.

NASCIMENTO. ERP, TRENTINI. M. **O cuidado de enfermagem na unidade de terapia intensiva (UTI): Teoria Humanística de Paterson e Zderad.** Ver. Latino-Americana de Enfermagem; 12(2):250-7. SP, 2004.

RIOS. Izabel Cristina. **Caminhos da Humanização na Saúde: Prática e Reflexão.** Ed. Áurea. SP, 2009.

SOUZA, EM de **Percepção dos Pacientes Acerca da Internação na Unidade de Terapia intensiva**. Criciúma, março. 2008, 34f. Projeto de Pesquisa (Conduta de Enfermagem no Paciente Crítico da USC) – Centro Educacional São Camilo, Universidade do Extremo Sul Catarinense UNESC. Criciúma-SC, 2008.

SILVA. SP, KLASSMANN. JC, LAHM. JV, TAKAHASHI. LS. Humanização da Assistência atribuída aos profissionais da Equipe de Enfermagem que atuam em Unidade de Terapia Intensiva. In:_____ **Congresso de Humanização. 2**. Curitiba-PR, 2011.

STUMM. ENF, KUHN. DT, HIDERBRANDT. LM, KIRCHNER. RM. **Estressores vivenciados por Pacientes em Uma UTI**. Ver. Cogitare Enferm.;13(4):499-506. PR, 2008.

PADILHA MICS, MANCIA JR. **Rev. Brasileira Enfermagem, 2005 Nov-Dez; 58(6): 723-6.**