

# **HUMANIZAÇÃO DE ENFERMAGEM NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA - UM ASSUNTO POUCO FALADO, MAS MUITO VIVIDO**

## **HUMANIZATION OF NURSING IN THE INTENSIVE CARE UNIT - A MATTER LITTLE TALKED BUT VERY EXPERIENCED**

**Weverton Jhovane Cambraia Galvão<sup>1</sup>, Daniella Ribeiro G. Mendes<sup>2</sup>**

**RESUMO:** A internação na Unidade de Terapia Intensiva e a situação vivida pelo paciente estende o sofrimento deste momento à família, tanto pelos possíveis riscos presentes, como pelo distanciamento do seu familiar. Entretanto, o paciente internado na unidade de terapia intensiva necessita de cuidados de excelência, dirigidos não apenas aos problemas fisiopatológicos, mas também para as questões psicossociais, que se tornam intimamente interligadas à doença física. Neste local tão exigente quanto à competência da equipe multiprofissional, a presença do enfermeiro tem sido cada vez mais frequente. Este estudo teve por objetivo constatar a conduta da enfermagem na unidade de terapia intensiva associada a humanização.

**Palavras-chave:** Humanização, unidade de terapia intensiva, assistência de enfermagem.

**ABSTRACT:** The admission to the Intensive Care Unit and the situation experienced by the patient extends the suffering of this moment to the family, both the possible present risks, as the distance from their family. However, hospitalized in the intensive care unit patient needs care, directed not only to pathophysiological problems, but also to psychosocial issues, which become closely intertwined with physical illness. In this place so demanding as to the competence of the multidisciplinary team, the presence of the nurse has been increasingly frequent. This study aimed to observe the conduct of nursing in the intensive care unit associated with humanization.

Keywords: Humanization, intensive care unit, nursing care.

### **1-INTRODUÇÃO**

As unidades de terapia intensiva (UTI) tiveram origem na década de 50, com a evolução da tecnologia na área da saúde. Essas unidades surgiram da necessidade de atender a pacientes críticos, cuja gravidade gera tensão tanto nos usuários quanto nos membros da equipe de saúde que trabalham neste setor. Como o cenário da terapia intensiva (TI) é repleto de tecnologias, surgem sempre preocupações sobre a humanização. Quando vêm à tona as discussões sobre práticas de desumanização

na assistência de enfermagem, quase que em associação, em co-ocorrência, surgem as alusões ao desenvolvimento das tecnologias.<sup>1-3</sup>

A preocupação em se avaliar a qualidade do atendimento prestado ao paciente não é um tema novo, apesar de contemporâneo, considerando as primeiras metanálises sobre o assunto publicado há mais de 15 anos.<sup>2</sup>

Assim como outros autores,<sup>5-6</sup> a necessidade de humanização do cuidado prestado nos fez buscar um respaldo teórico interacionista para subsidiar o modo de nos relacionarmos com o paciente e sua família, considerando os seguintes pressupostos: a interação entre a equipe de enfermagem, paciente e família é fundamental para um cuidado efetivo; a equipe precisa considerar as necessidades da família diante de situações estressantes; o estabelecimento do plano de cuidados à família deve ser construído juntamente com esse grupo, continuamente validado, avaliado e reavaliado; a interação da equipe de enfermagem com os familiares e o paciente precisa ser estabelecida através do diálogo e da busca dos significados que as experiências de doença geram em cada pessoa; a afetividade proporcionada entre familiares e paciente é fundamental para a sua recuperação e é mais eficaz do que qualquer relação profissional; a comunicação sob suas diferentes formas é o principal meio para favorecer a interação entre a equipe de enfermagem, familiares e pacientes.<sup>4</sup>

Assim, tem-se como objetivo deste estudo conhecer, através de revisão bibliográfica, a humanização da equipe de enfermagem na unidade de terapia intensiva.

## **2 - MÉTODOS**

Trata-se de um estudo de abordagem qualitativa em que se optou pelo método da revisão integrativa para alcance do objetivo proposto. Este possibilita a síntese do estado da arte do conhecimento de um determinado assunto, apontando lacunas do conhecimento que precisam ser preenchidas com a realização dos novos estudos como suporte à tomada de decisão e à melhoria da prática clínica, além de permitir a realização de uma síntese de múltiplos estudos publicados, viabilizando conclusões gerais a respeito de uma particular área de estudo.

O levantamento bibliográfico foi realizado pela internet, por meio da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), nos bancos de dados LILACS (Literatura Latino- Americana em Ciência de Saúde) e SciELO ( Scientific Eletronic Library Online). Para o levantamento dos artigos, utilizou-se o descritor

“idoso” combinado com os termos “Humanização, unidade de terapia intensiva, assistência de enfermagem.”, utilizados para refinamento da amostra.

Os critérios utilizados para a seleção da amostra foram: artigos que abordassem a temática em questão, escritos na língua portuguesa, publicados entre os anos de 2000 e 2012, em períodos indexados nos bancos de dados LILACS e SCIELO, que tinham o texto completo disponibilizado online. Considerando esses critérios, foram identificados 40 artigos nos bancos de dados LILACS e SCIELO. Vale ressaltar que, após a leitura aprofundada desses artigos, 3 deles foram excluídos por não atenderem aos critérios de inclusão. Dessa forma, a amostra final foi composta por 37 trabalhos científicos.

### 3- RESULTADOS E DISCUSSÃO

Demonstra-se nas tabelas abaixo os resultados provenientes das análises dos artigos que compreendem a caracterização da amostra e os dados relacionados a Humanização, unidade de terapia intensiva, assistência de enfermagem.

Tabela I - Distribuição dos artigos focalizando Humanização, unidade de terapia intensiva e assistência de enfermagem na unidade de terapia intensiva, publicados entre 2000 e 2012, conforme periódico. Brasil, 2014.

Tabela I - Distribuição dos artigos focalizando Humanização, unidade de terapia intensiva, assistência de enfermagem, publicados entre 2000 e 2012, conforme periódico. Brasil, 2014.		
Periódico	n	(%)
Revista Saúde Pública	15	(46,5%)
Texto contexto - enfermagem.	15	(46,5%)
Revista Brasileira de Enfermagem	07	(7%)

Nota: n = número de publicações. % = frequência percentual.

Fonte: Dados da pesquisa. 2014.

Quanto aos periódicos que mais publicaram sobre o assunto, destacaram-se o a Revista de Saúde Pública (46,5%), a Revista Brasileira de Enfermagem (46,5%) e a Revista Texto e Contexto em Enfermagem (7%).

Tabela II - Distribuição dos artigos com relação ao tipo de estudo utilizado pelos pesquisadores para abordar a temática, publicados entre 2000 e 2012, conforme periódico. Brasil, 2014.

Tabela II - Distribuição dos artigos com relação ao tipo de estudo utilizado pelos pesquisadores para abordar a temática, publicados entre 2000 e 2012, conforme periódico. Brasil, 2014.		
Tipo de Estudo	n	(%)
Estudo Descritivo Quantitativo	15	(40,5%)
Não Informado	10	(27,2%)
Estudo Descritivo Transversal	03	(8,01%)
Estudo Quantitativo Explorativo	07	(16%)
Estudo Quantitativo Descritivo	02	(18%)

Nota: n = número de publicações. % = frequência percentual.  
Fonte: Dados da pesquisa. 2014.

Dentro do intervalo de tempo delimitado para a amostra, observou-se um aumento progressivo no número de publicações entre os anos de 2000 a 2012, não houve publicações da temática em 2009, e no ano de 2011 ocorreu significativo aumento das publicações. O aumento progressivo do número de publicações sobre a temática parece refletir o aumento da importância desse tema para os pesquisadores e a sociedade em geral.

As unidades de terapia intensiva (UTI) surgiram a partir da necessidade de aperfeiçoamento e concentração de recursos materiais e humanos para o atendimento a pacientes graves, em estado crítico, mas tidos ainda como recuperáveis, e da necessidade de observação constante e assistência contínua, centralizando os pacientes em um núcleo especializado.<sup>(7)</sup>

Neste local ideal para o atendimento a pacientes agudos graves recuperáveis, que parece oferecer um dos ambientes mais agressivos, tensos e traumatizantes do hospital,<sup>(8)</sup> e tão exigente quanto à competência da equipe multiprofissional, a presença do enfermeiro tem sido de suma importância para o sucesso da recuperação.

As unidades de terapia intensiva (UTI) tiveram origem na década de 50, com a evolução da tecnologia na área da saúde. Essas unidades surgiram da necessidade de atender a pacientes críticos, cuja gravidade gera tensão tanto nos usuários quanto nos membros da equipe de saúde que trabalham neste setor. Como o cenário da terapia intensiva (TI) é repleto de tecnologias, surgem sempre preocupações sobre a humanização. Quando vêm à tona as discussões sobre práticas de desumanização

na assistência de enfermagem, quase que em associação, em co-ocorrência, surgem as alusões ao desenvolvimento das tecnologias<sup>(9-10)</sup>

A preocupação em se avaliar a qualidade do atendimento prestado ao paciente não é um tema novo, apesar de contemporâneo, considerando as primeiras metanálises sobre o assunto publicado há mais de 15 anos<sup>(11)</sup>.

Entretanto, o paciente internado na UTI necessita de cuidados de excelência, dirigidos não apenas para os problemas fisiopatológicos, mas também para as questões psicossociais, que se tornam intimamente interligadas à doença física.<sup>(7)</sup> O temor, a ansiedade e as angustias do paciente podem agir negativamente no seu processo de adaptação no setor, bem como em relação à equipe de saúde e à sua recuperação.<sup>(12)</sup> Assim, a humanização, definida como o resgate do respeito à vida humana, levando-se em conta as circunstâncias sociais, éticas, educacionais, psíquicas e emocionais presentes em todo relacionamento,<sup>(13)</sup> deve fazer parte da filosofia da fisioterapia. O ambiente físico, os recursos materiais e tecnológicos são importantes, porém não mais significativos do que a essência humana. Esta, sim, deverá conduzir as ações da equipe de fisioterapia, tornando-a capaz de construir uma realidade mais humana, menos agressiva e hostil para as pessoas que vivenciam a internação na UTI.

A admissão de um paciente na UTI comumente requer uma rápida intervenção, já que o paciente apresenta alto risco de instabilidade de um ou mais sistemas fisiológicos, com possíveis riscos à saúde, cuja vida pode encontrar-se no limite com a morte. Em decorrência da premência de um fazer tecnológico imediato, muitas vezes, torna-se difícil um contato inicial com os familiares, o que contribui para o entendimento da UTI como um local em que predomina a frieza e a atuação desumana e distante. A partir da nossa experiência, entretanto, consideramos que a interação com as famílias necessita se dar desde o momento da internação do familiar doente, proporcionando-lhes atenção, oportunidade de dialogar e de esclarecer dúvidas.<sup>(14)</sup>

A internação em UTI gera também um alto grau de estresse e ansiedade na família<sup>(15)</sup>. A gravidade clínica do paciente e a impossibilidade em se comunicar têm sido descritas como fatores de impacto no grau de estresse da família. Dessa forma, a avaliação de eventos causadores de estresse e sofrimento psíquico deve assumir um enfoque diferente, sendo necessária uma atenção direcionada aos familiares.

A gravidade do quadro clínico, a alteração do nível de consciência e a ausência de comunicação implicam a impossibilidade de tomada de decisões pelo paciente<sup>(16)</sup>, transferindo para os familiares um

papel central durante o tratamento, reabilitação e cuidados empregados após a alta. É necessário, portanto, detectar e minimizar o impacto de eventos estressores na saúde mental dos familiares.

Frente ao exposto, nos deparamos com a dimensão da subjetividade do trabalhador, a qual enfatiza o entendimento do ser humano, de seus conflitos, de seus vínculos consigo mesmo e com a família no próprio ambiente de trabalho e a interação com os demais membros da equipe<sup>(17)</sup>. Quanto ao cuidado de si, a preocupação é com o autocuidado do profissional, que ocorre a partir da sua conscientização dos costumes e hábitos para o bem-estar físico, emocional e social<sup>(18)</sup>.

Conceitualmente, verifica-se que a Unidade de Terapia Intensiva destina-se ao atendimento de pacientes em estado agudo ou crítico, mas recuperável, que requerem assistência médica e de enfermagem permanente e especializada. São pacientes sujeitos à instabilidade de funções vitais, que necessitam do apoio de equipamentos especiais de diagnóstico e tratamento<sup>(19)</sup>.

As Unidades de Tratamento Intensivo (UTI) são serviços que reúnem, entre seus profissionais, médicos, enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem, especialmente treinados e organizados para dar assistência ao paciente clínico e cirúrgico em estado crítico. O objetivo desses centros é diminuir a mortalidade através de cuidados mais intensivos e da observação individual, contínua e integral, de acordo com as necessidades do paciente<sup>(20)</sup>.

Dentre as diversas tecnologias presentes no ambiente da Unidade de Terapia Intensiva (UTI), o Processo de Enfermagem destaca-se como um instrumento tecnológico ou modelo metodológico que surge tanto para favorecer o cuidado quanto para estabelecer as condições necessárias para que o cuidado seja realizado e a prática profissional seja devidamente sistematizada, planejada, organizada e documentada<sup>(21-22)</sup>.

A prática profissional da Enfermagem, que muitas vezes ocorre de forma assistemática devido à resistência dos profissionais em modificar o seu fazer cotidiano, tecnicista e fragmentado, necessita se preocupar com a qualidade da assistência prestada ao invés de limitar-se predominantemente às demandas do serviço. Assim, enquanto líderes da equipe de enfermagem e por meio da utilização da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), os enfermeiros devem procurar formas de envolver e educar suas equipes no intuito de assegurar uma prática assistencial que promova um cuidado de enfermagem individual e integral, fundamentado no conhecimento científico. Porém, para que se tenha uma assistência de enfermagem harmonizada, o Processo de Enfermagem necessita estar baseado em uma teoria específica que seja do conhecimento de todos os profissionais da instituição que realizam o cuidado<sup>(21)</sup>.

Nesta perspectiva, o cuidado de enfermagem intensivo se constitui em um contínuo processo de aperfeiçoamento pelo fato dos clientes adultos em estado crítico apresentarem curso clínico altamente instável, com elevado risco de morte e em condições de saúde sujeitas às frequentes variações. Assim, profissionais cada vez mais capacitados, que possam prontamente identificar essas necessidades humanas básicas afetadas e utilizar o processo de enfermagem na UTI para aprimorar a sua tomada de decisões, se faz necessário para especificar cuidados adequados a cada cliente, formular planejamentos específicos, fazer prescrições de enfermagem eficazes e avaliar o estado de saúde por meio de evoluções.

A presença do familiar na UTI significa segurança para o enfermo e um cuidado fraterno. Estando sempre presente, a família sofre com a incerteza da finitude da existência do seu familiar. O sofrimento, manifestado através da insegurança, emerge em todos os níveis do viver deste familiar, em diferentes intensidades que deixam marcas diante da perspectiva do futuro e possibilidade de morte<sup>(23)</sup>.

Não é suficiente permitir a visita do familiar na UTI, é necessário cuidá-lo para potencializar nosso trabalho na Enfermagem. Este cuidar do familiar significa em compreender as suas emoções, os seus gestos e falas, seus conceitos e limitações<sup>(24)</sup>.

No âmago dos cuidados na UTI, dos conflitos vivenciados por familiares destes pacientes está presente a Tríade Trágica constituída de sofrimento, culpa e possibilidade de morte, assim, foi estabelecida como questão norteadora: Qual o sentido de vida dos familiares dos pacientes críticos internados na UTI? E como objetivos: Compreender o sentido de vida do familiar do paciente crítico na UTI, diante da Tríade Trágica: culpa, sofrimento e morte; identificar os conteúdos de sentido de vida do familiar do paciente crítico na UTI.

Espera-se ao conhecer esse vivenciar, implementar na prática cotidiana conhecimentos que auxiliem ao enfermeiro que atende o familiar na sala de espera da UTI e contribuir para o ensino da enfermagem, visto que, os estudantes de enfermagem apresentam despreparo nas relações com os pacientes e seus familiares acerca de questões sobre o processo de morrer no contexto do cuidado<sup>(26)</sup>.

O tempo de morrer tem um sentido por mais clara que tenha sido a informação sobre a gravidade do paciente. Acompanhar esse tempo, para os familiares é reconhecer os limites humanos. Seja qual for o seu amor por aquele, que está próximo da morte, não vai impedi-lo de morrer. O que a

enfermeira pode fazer é não deixar que esse sofrimento seja vivido com solidão e abandono e tentar transformar esse processo em um momento solidário e humanizado<sup>(27)</sup>.

O significado cultural do cuidado humanizado em UTI é revelado em um estudo recente como algo muito falado e pouco vivido. O referido estudo aponta que o conceito de humanização, sintetizado, pelos profissionais, na expressão: amar ao próximo como a si mesmo, não é o mesmo revelado na prática de enfermagem<sup>(28)</sup>.

Os dados refletem que aspectos da assistência de enfermagem traduzidos pelas ações dos profissionais, merecem ser mais bem estudados, por se tratarem de fatores que, ao afetarem a assistência prestada, atingem diretamente a saúde da família. Percebemos a necessidade de conhecer o que está contido nos discursos do cuidado humanístico a fim de conhecer as crenças em relação a esse cuidar.

Assim, resgatando a dimensão do ato de perceber, quando emoções e sentimentos estão presentes, a nossa preocupação procura centrar-se na interpretação de valores e significados atribuídos pelos familiares do paciente à situação de internação na UTI, podendo ajudá-los a identificar suas necessidades. Entretanto, antes de ajudarmos a família e o paciente, consideramos importante que cada membro da equipe de enfermagem reconheça suas próprias necessidades, limitações e potencialidades para poder compreender o outro. Cuidar das pessoas implica, primeiramente, percebermo-nos e compreendermos nossos próprios sentimentos, bem como trilhar caminhos que nos levem ao enfrentamento de nossas dificuldades como pessoas e profissionais que cuidam. Tal atitude nos libera para termos disponibilidade interna ao interagir com as pessoas, facilitando a construção desta relação e promovendo nosso interesse pelo sofrimento do outro.

O processo de humanização no trabalho da enfermagem é uma questão a ser refletida, pois a maioria dos profissionais enfrenta situações difíceis em seu ambiente de trabalho, tais como baixas remunerações, pouca valorização da profissão e descaso frente aos problemas identificados pela equipe, especialmente quanto ao distanciamento entre o trabalho prescritivo, o preestabelecido institucionalmente e aquele realmente executado junto ao cliente<sup>(29)</sup>.

Cabe ressaltar que as organizações hospitalares são sistemas complexos, constituídos por diversos setores e profissões, tornando-se instituições formadas por trabalhadores expostos a situações



emocionalmente intensas tais como vida, doença e morte, o que frequentemente desencadeia ansiedade, tensão física e mental<sup>(30)</sup>. Outro fator que tende a agravar essas alterações emocionais encontra-se no fato do trabalho ser executado de forma fragmentada, o que intensifica a lacuna existente entre as ações desenvolvidas pelos profissionais, pois neste trabalho identifica-se uma compartimentação da pessoa a ser cuidada<sup>(31)</sup>.

O Ministério da Saúde implantou, no ano 2000, o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar e, posteriormente, a Política Nacional de Humanização, visando atender às demandas subjetivas manifestadas pelos usuários e trabalhadores dos serviços de saúde, baseando-se na integralidade da assistência<sup>(32)</sup>. A humanização do atendimento em saúde subsidia o atendimento, a partir do amparo dos princípios predeterminados como: a integralidade da assistência, a equidade e o envolvimento do usuário, além de favorecer a criação de espaços que valorizem a dignidade do profissional e do paciente<sup>(33)</sup>.

Tendo em vista este contexto, o Ministério da Saúde elaborou o PNHAH, visando, dentre outras questões, humanizar a assistência hospitalar pública prestada aos pacientes, assim como aprimorar as relações existentes entre usuários e profissionais, entre os profissionais, e entre o hospital e a comunidade, com vistas a melhorar a qualidade e a eficácia dos serviços prestados (Brasil, 2001). Com o intuito de unificar as políticas, em 2003, o PNHAH, juntamente com outros programas de humanização já existentes, acabou transformando-se na PNH – o Humaniza-SUS (Brasil, 2003) – o qual passou a abranger, também, os cenários da Saúde Pública (instituições primárias de atenção) na busca por melhorar a eficácia e a qualidade dos serviços de saúde.

A humanização do ambiente de trabalho é um subproduto da necessidade de incorporar o amor nas relações profissionais e interpessoais; é a administração dos ressentimentos<sup>(34)</sup>. Entendida, ainda, como a capacidade de se colocar no lugar do outro, a equipe passa a cuidar o cliente com respeito e dignidade<sup>(35)</sup>.

Ao refletir sobre humanização no âmbito institucional, primeiramente pensamos nos usuários e, apesar de muito discutir-se sobre a humanização hospitalar, o bem-estar dos profissionais da saúde tem sido deixado em segundo plano<sup>(30)</sup>.

Para que o trabalho não se torne mecanizado e desumano, é necessário que os profissionais estejam instrumentalizados para lidar as situações do cotidiano, recebendo auxílio psicológico e aprendendo a administrar sentimentos vivenciados na prática assistencial. Vale salientar que, para o desenvolvimento de ações humanizadoras na assistência em saúde, faz-se necessário que a humanização seja a filosofia da instituição.<sup>(36)</sup>

Embora a tecnologia tenha melhorado a vida de muitas pessoas, em outra visão é uma barreira para a qualidade do cuidado, quando os instrumentos se tornam o foco do cuidado em saúde, quando o profissional está mais preocupado em checar as aparelhagens do que manter um contato com o paciente. Sendo assim, o cuidado pode sofrer fragmentação e se tornar desumanizado.<sup>(37)</sup> O treinamento e educação permanente são meios que auxiliam para que não se desvincule a utilidade dos instrumentos na nossa profissão, sendo o paciente em sua totalidade o nosso objeto de trabalho.

A família pode contribuir muito para a recuperação do paciente, mas para que isso aconteça, ela precisa ser orientada sobre as rotinas da UTI e sobre o que está acontecendo com o seu familiar, necessitando sentir-se acolhida, respeitada e, também, cuidada. Por isso, é importante permitir sua presença, assegurar-lhe de que estamos ali para lhe ajudar a enfrentar esse momento difícil. Assim, consideramos necessário e fundamental a priorização do tempo, de modo a estabelecermos uma relação terapêutica com os pacientes e seus familiares.

Por isso, consideramos como imprescindível que a equipe de enfermagem designe um espaço para refletir sobre a importância da família como participante ativa no cuidado prestado aos pacientes e como potencializadora na recuperação da sua saúde. Essa experiência vem mostrando que a equipe de enfermagem, em especial a enfermeira, precisa observar a si mesma, refletir sobre o seu vivido, pensar intuitivamente, permitindo-se aprender a ser receptiva e atenta aos estímulos transmitidos pelas pessoas que estão a sua volta, de modo a satisfazer muitas das necessidades físicas, emocionais, espirituais e sociais do paciente e de seus familiares.

#### **4- CONSIDERAÇÕES FINAIS**

A família pode contribuir muito para a recuperação do paciente, mas para que isso aconteça, ela precisa ser orientada sobre as rotinas da UTI e sobre o que está acontecendo com o seu familiar, necessitando sentir-se acolhida e respeitada. Por isso, é importante permitir sua presença, assegurar-lhe

de que estamos ali para lhe ajudar a enfrentar esse momento difícil. Assim, consideramos necessário e fundamental a priorização do tempo, de modo a estabelecermos uma relação terapêutica com os pacientes e seus familiares.

Acreditamos que será difícil proporcionar um cuidado humanizado ao paciente crítico e seus familiares, enquanto não priorizarmos a comunicação e o relacionamento terapêuticos como a essência deste tipo de cuidado. Não podemos negar que também somos seres humanos com sentimentos, capazes de amar, de chorar, de entristecer-nos e buscar a contínua compreensão do processo de viver, adoecer e morrer.

Consideramos relevante esse trabalho, pois nos possibilitou aprender a valorizar alguns elementos internos e inerentes a qualquer pessoa, dentre eles, a sensibilidade, a afetividade, a capacidade de empatia e envolvimento emocional, como instrumentos a serem utilizados na relação pessoa a pessoa. Descobrimos, também, que somos capazes de transmitir segurança ao outro, pela simples presença junto ao paciente e/ou ao seu familiar. Dessa maneira, conseguimos demonstrar-lhes nosso interesse genuíno por sua situação de vida e o nosso envolvimento no processo de cuidar.

Por isso, consideramos como imprescindível que a equipe de enfermagem designe um espaço para refletir sobre a importância da família como participante ativa no cuidado prestado aos pacientes e como potencializadora na recuperação da sua saúde. Essa experiência vem mostrando que a equipe de enfermagem, em especial a enfermeira, precisa observar a si mesma, refletir sobre o seu vivido, pensar intuitivamente, permitindo-se aprender a ser receptiva e atenta aos estímulos transmitidos pelas pessoas que estão a sua volta, de modo a satisfazer muitas das necessidades físicas, emocionais, espirituais e sociais do paciente e de seus familiares.

## **5- REFERENCIAS**

1. Silva MJP, Araújo MMT, Puggina ACG. Humanização em Unidades de Terapia Intensiva. In: Padilha KG, Vattimo MFF, Silva SC, Kimura M, organizadores. Enfermagem em UTI: cuidando do paciente crítico. Barueri: Manole; 2010. p. 1324-366.
2. Hall J, Dornan M - Meta-analysis of satisfaction with medical care: description of research domain and analysis of overall satisfaction levels. SocSci Med, 1988;27:637-644.

3. Bermejo JC. Humanizar a saúde: cuidado, relações e valores. Rio de Janeiro: Vozes; 2008.
4. Travelbee J. Intervencion en enfermeria psiquiatrica. Colombia: Carvajal; 1979.
5. Gonçalves MX. AIDS: uma contribuição da enfermagem à compreensão da vulnerabilidade feminina a partir do discurso de mulheres soropositivas [dissertação]. Florianópolis (SC): Pós-Graduação em Enfermagem/UFSC; 2000.
6. Fonseca AD. Assistência de Enfermagem a mulheres internadas por complicações associadas ao aborto provocado [dissertação]. Florianópolis (SC): Pós-Graduação em Enfermagem/UFSC; 1996.
7. Vila VSC, Rossi LA. O significado cultural do cuidado humanizado em unidade de terapia intensiva: muito falado e pouco vivido. *Rev Latinoam Enferm*. 2002;10(2):137-44.
8. Guirardello EB, Romero-Gabriel CAA, Pereira IC, Miranda AF. A percepção do paciente sobre a sua permanência na Unidade de Terapia Intensiva. *Rev Esc Enferm USP*. 1999;33(2):123-9.
9. Silva MJP, Araújo MMT, Puggina ACG. Humanização em Unidades de Terapia Intensiva. In: Padilha KG, Vattimo MFF, Silva SC, Kimura M, organizadores. *Enfermagem em UTI: cuidando do paciente crítico*. Barueri: Manole; 2010. p. 1324-366.
10. Silva MJP, Araújo MMT, Puggina ACG. Humanização em Unidades de Terapia Intensiva. In: Padilha KG, Vattimo MFF, Silva SC, Kimura M, organizadores. *Enfermagem em UTI: cuidando do paciente crítico*. Barueri: Manole; 2010. p. 1324-366.
11. Hall J, Dornan M - Meta-analysis of satisfaction with medical care: description of research domain and analysis of overall satisfaction levels. *SocSciMed*, 1988;27:637-644.
12. Matsuda LM, Silva N, Tisolin AM. Humanização da assistência de enfermagem: estudo com clientes no período pós-internação de uma UTI-adulto. *ActaSci Health Sci*. 2003;25(2):163-70.

13. Bazon FVM, Campanelli EA, Blascovi-Assis SM. A importância da humanização profissional no diagnóstico de deficiências. *Psicol Teor Prát.* 2004;6(2):89-99.
14. Gonçalves MX. AIDS: uma contribuição da enfermagem à compreensão da vulnerabilidade feminina a partir do discurso de mulheres soropositivas [dissertação]. Florianópolis (SC): Pós-Graduação em Enfermagem/UFSC; 2000.
15. Hewitt J. Psycho-affective disorder in intensive care units: a review. *J ClinNurs.* 2002;11:575-84.
16. SUPPORT principal investigators. A controlled trial to improve care for seriously ill hospitalized patients. *JAMA.* 1995;274:1591-8.
17. Thofehrn MB. Vínculos profissionais: uma proposta para o trabalho em equipe na enfermagem [tese]. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina; 2005.
18. Lunardi VL. A ética como o cuidado de si e o poder pastoral na enfermagem. Pelotas (RS): Editora da UFPel; 1999.
19. Car MR. Problemas de enfermagem da esfera física em pacientes hospitalizados: caracterização por unidades de internação, cuidado semi-intensivo e tratamento intensivo [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 1986.
20. Barreto SM, Veira SRR, Pinheiro CTS. Rotinas em terapia intensiva. Porto Alegre: Artes Médicas; 1990.
21. Cunha SMB, Barros ALBL. Análise da implementação da Sistematização da Assistência de Enfermagem, segundo o modelo conceitual de Horta. *RevBrasEnferm*2005;58(5):568-72.
22. Amante LN, Rossetto AP, Schneider DG. Sistematização da assistência de enfermagem em unidade de terapia intensiva sustentada pela teoria de Wanda Horta. *RevEscEnferm USP* 2009;43(1):54-64.
23. 21. Cunha SMB, Barros ALBL. Análise da implementação da Sistematização da Assistência de Enfermagem, segundo o modelo conceitual de Horta. *RevBrasEnferm*2005;58(5):568-72.

24. Silva MJP, Baraidi S. Reflexões sobre a influência da estrutura social no processo da morte-morrer. *Nursing* (São Paulo). 2000;1(24):14-17.
25. Barreto SM, Veira SRR, Pinheiro CTS. Rotinas em terapia intensiva. Porto Alegre: Artes Médicas; 1990.
26. Oliveira JR, Brêtas JRS, Yamaguti L. A morte e o morrer segundo representações de estudantes de enfermagem. *RevEscEnferm USP*. 2007;41(3):386-93.
27. Inaba LC, Silva MJP, Telles SCR. Paciente crítico e comunicação: visão de familiares sobre sua adequação pela equipe de enfermagem. *RevEscEnferm USP*. 2005;39 (4):423-9.
28. Vila VSC, Rossi LA. O significado cultural do cuidado humanizado em unidade de terapia intensiva: "muito falado e pouco vivido". *Rev Latino-Am Enfermagem* 2002; 10(2):137-44.
29. Dejours C, Abdoucheli E. Itinerário teórico em psicopatologia do trabalho. In: Dejours C, Abdoucheli E, Jayet C. *Psicodinâmica do trabalho: contribuições da Escola Dejouriana à análise da relação prazer, sofrimento e trabalho*. São Paulo: Atlas; 1994. p.119-45.
30. Martins MCA. Situações indutoras de stress no trabalho dos enfermeiros em ambiente hospitalar Millenium. *Res ISPU*[periódico na Internet] 2003 [citado 2005 Nov 11];28 Out:[cerca de 16p.]. Disponível em [http://www.ipv.pt/millenium/Millenium\\_28/18.htm](http://www.ipv.pt/millenium/Millenium_28/18.htm).
31. Leopardi MT. O processo de trabalho em saúde: organização e subjetividade. Florianópolis: Papa-Livros; 1999.
32. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2004.
33. Casate JC, Corrêa AK. Humanização do atendimento em saúde: conhecimento veiculado na literatura brasileira de enfermagem. *RevLatinoam Enfermagem*. 2005; 13(1): 105-11.
34. Rodrigues AL. Saúde, amor e trabalho. In: Silva MAD. *Quem ama não adocece: o papel das emoções na prevenção e cura das doenças*. São Paulo: Best Seller; 2001. p.309-21.

35. Vila VSC, Rossi LA. O significado cultural do cuidado humanizado em unidade de terapia intensiva: muito falado e pouco vivido. *RevLatinoam Enfermagem*. 2002; 10(2): 137-44.

36. Knobel E. *Conduitas no paciente grave*. 2a ed. São Paulo (SP): Atheneu; 1998.

37. Scochi CGS. *A humanização da assistência hospitalar ao bebê prematuro: bases teóricas para o cuidado de enfermagem [tese]*. Ribeirão Preto (SP): USP/Escola de Enfermagem; 2000.