



Revista Interdisciplinar do Pensamento Científico. ISSN: 2446-6778
Nº 1, volume 1, artigo nº 17, Janeiro/Junho 2015
D.O.I: <http://dx.doi.org/10.20951/2446-6778/v1n1a17>

A HUMANIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA PARA ADULTOS

Tereza Cristine do Carmo Terra¹

Enfermeira. Pós graduanda em Especialização em Enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva Adulto Pediátrica e Neonatal

Shirley Rangel Gomes²

Mestre em Enfermagem –UFF. MBA em Gestão Estratégica de Hospitais – FGV. Coordenadora do Curso Bacharel em Enfermagem Faculdade Redentor, Campos dos Goytacazes. Coordenadora do Curso de Especialização em Enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva Adulto Pediátrica e Neonatal,

RESUMO

Atualmente a tecnologia utilizada na assistência contribui de maneira efetiva na melhoria dos resultados do tratamento de pacientes que exigem cuidados extremos. Entretanto, se estiver associada à humanização pode alcançar resultados ainda mais satisfatórios. Humanizar a UTI significa cuidar da pessoa como um todo, englobando o contexto familiar e social. OBJETIVO: estudar o impacto da humanização na qualidade na assistência ao paciente internado em UTI. METODOLOGIA: Trata-se de uma pesquisa de natureza exploratório-descritiva, com abordagem qualitativa. Optou-se pela análise de conteúdo das informações, a qual deve desdobrar-se em três fases: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados, inferência e interpretação. RESULTADOS: constatou-se que com a utilização da humanização dentro das UTIs é possível alcançar resultados significativos no tratamento dos pacientes, porém também ficou claro que a falta da humanização é um problema real e só deixará de ser permanente com a conscientização dos profissionais e da importância da prestação do cuidado humanizado.

Palavras-chave: Cuidados paliativos. Ética. Humanização da assistência. Tecnologia.

ABSTRACT

Currently the technology used in effectively, contribute assistance in improving treatment outcomes of patients who require extreme care. However, if it is associated with humanization can achieve higher standards. Humanize the ICU means taking care of the whole person, encompassing the family and social context. OBJECTIVE: To study the impact of humanization in the quality of care the patient hospitalized in ICU. METHODOLOGY: This is an exploratory and descriptive research with a qualita-

¹ Enfermeira. Pós graduanda em Especialização em Enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva Adulto Pediátrica e Neonatal, Campos/RJ. terezacristineterra@hotmail.com

² Mestre em Enfermagem –UFF. MBA em Gestão Estratégica de Hospitais – FGV. Coordenadora do Curso Bacharel em Enfermagem Faculdade Redentor, Campos dos Goytacazes. Coordenadora do Curso de Especialização em Enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva Adulto Pediátrica e Neonatal, Campos/RJ. prof.shirleyrangel@gmail.com

tive approach. We opted for the content analysis of the information, which must unfold in three phases: pre-analysis, material exploration and treatment of results, inference and interpretation. RESULTS: it was found that with the use of humanization within ICUs is possible to achieve significant results in the treatment of patients, but it was also clear that the lack of humanization is a real problem and only cease to be permanent with the professional's awareness and importance of providing humanized care. Key-words: Palliative care. Ethics. Humanization of assistance. Technology.

Key-words: Palliative care. Ethics. Humanization of assistance. Technology.

1 INTRODUÇÃO

Grandiosas conquistas de tecnologias têm modificado a atividade médica. Nota-se, hoje, um tempo em que o conhecimento cresce muito rápido na elucidação da fisiopatologia das doenças e no entendimento do papel do sistema imunológico e do traço genético dos pacientes no processo de adoecimento. Presencia-se, principalmente, o crescimento constante, com o aparecimento de avanços tecnológicos nas áreas de diagnósticos e terapêuticos da medicina (ROCHA e ROCHA, 2008).

Os avanços da tecnologia na área da medicina são particularmente notáveis no espaço de terapia intensiva, no qual, sempre surgem novos métodos para monitoramento e avançado suporte dos sistemas vitais, como também os sistemas ventilatório, renal e hemodinâmico. Contudo, esse mesmo aparato de tecnologia, quando mal utilizado ou mal indicado, pode contribuir ou aumentar para o prolongamento do processo de morte, pior do que isso, de uma forma dolorosa e desumana (MELLO e MELO, 2011).

A internação em unidade de terapia intensiva insere o paciente em um ambiente áspero, em que a exposição constante a estímulos nociceptivos, como geralmente o estresse e a dor. Barulhos, luz forte e contínua, assim como procedimentos clínicos invasivos são frequentes nesta rotina. O tratamento bastante especializado, do qual muitas vezes o paciente depende para sobreviver, instaura inúmeros desafios ao doente e seus familiares (AMIB, 2004).

Compreende-se que humanizar o cuidado em UTI é uma atividade difícil, por demandar atitudes às vezes individuais, contrário a todo um sistema tecnológico dominante, mesmo assim nota-se um grande esforço dos enfermeiros para que a humanização do serviço ocorra (VILA e ROSSI, 2002).

Em ambiente de UTI, a humanização deve ir além dos cuidados prestados a todos os pacientes, pois em sua maioria, a humanização da assistência vale mais para o paciente que a própria anestesia, ou mesmo, a própria intervenção. Para que aconteça a humaniza-

ção neste ambiente, é necessária primeiramente a humanização da própria equipe multidisciplinar que neste atua, para depois estender o cuidado a outro ser humano igual a você mesmo (ROCHA e ROCHA, 2008).

O intuito dessa temática está relacionado ao fato da saúde que vem, a cada dia, trazendo ações humanizadas, acolhedoras, que proporcione a construção de atendimento integral.

A humanização, em UTI, é fundamental para que se possa cuidar de pacientes críticos, bem como facilitar sua volta à comunidade, não somente com sua saúde física reestabelecida, mas também sem sequelas psíquicas ou emocionais vindas dessa experiência. Haja vista tais premissas, este trabalho vem falar sobre a importância da humanização e da qualidade na assistência ao paciente hospitalizado em UTI.

Em virtude, sobretudo, da complexidade do conhecimento biomédico, do avanço tecnológico e da qualificação do cuidado em saúde, foram criadas as Unidades de Terapia Intensiva (UTIs), locais em que é possível aumentar as chances de se recompor as condições estáveis do paciente e de propiciar sua recuperação e sobrevivência. Porém, com o passar do tempo, a UTI tornou-se um local em que a técnica se sobrepõe aos aspectos relacionais de cuidado, uma vez que os profissionais que ali desenvolvem suas ações estão sobremaneira envolvidos com máquinas e monitores e tendem a esquecer que, velados pelos problemas de doença, existem um paciente e sua família.

Esta pesquisa, portanto, tem a finalidade de estudar o impacto da humanização na qualidade na assistência ao paciente internado em UTI com vistas a compreender como os profissionais da enfermagem (enfermeiros e técnicos) percebem a política de humanização no cenário de uma UTI e sua importância neste processo.

Trata-se de uma pesquisa de natureza exploratório-descritiva, com abordagem qualitativa, uma vez que teve por intuito explorar em profundidade a temática.

Optou-se pela análise de conteúdo (Bardin, 1977) das informações, a qual deve desdobrar-se em três fases, quais sejam: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados, inferência e interpretação. Durante a pré-análise ocorreu uma leitura flutuante do material que compõe o corpus para análise; em momento posterior, realizou-se a exploração do material, sendo a fase em que foram feitas as operações de codificação, classificação e agregação em função dos significados. Para finalizar, ocorreu o tratamento dos resultados obtidos, a inferência e a interpretação das unidades qualitativas de significação.

2 RESULTADOS

Política Nacional de Humanização

A humanização tem se constituído em uma temática central na atualidade, configurando um dos elementos que podem permitir o resgate do cuidado humanístico ao indivíduo que vivencia o estar saudável e o estar doente e a sua família. Isso porque, ao longo dos tempos, a formação de profissionais e a organização dos serviços de saúde têm privilegiado e priorizado, sobretudo em virtude do paradigma cartesiano, o conhecimento parcelar e especializado, a supremacia do poder médico, a valorização da técnica e da destreza manual e a visão do ser humano como máquina (DESLANDES, 2005).

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 PNH, assim como os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), se compromete em possibilitar atenção integral à população e a propor estratégias que possibilitem ampliar as condições de direitos e de cidadania. Há que se considerar, ainda, que a humanização, como estratégia de qualificação da atenção e gestão do trabalho, busca "transformações no âmbito da produção dos serviços (mudanças nos processos, organização, resolubilidade e qualidade) e na produção de sujeitos (mobilização, crescimento, autonomia dos trabalhadores e usuários)" (SANTOS-FILHO, 2007, p.1001).

Assim, em meio a estas necessidades presentes nas instituições de saúde e os diferentes aspectos que compõem a política de humanização, entende-se como relevante o desenvolvimento de pesquisas que contemplem o processo de humanizar relacionado às UTIs, seja para o que tange às percepções e significados atribuídos pelos profissionais, quanto para as aplicações e dificuldades práticas de sua implementação.

Humanização da Assistência em Unidades de Terapia Intensiva

Costa Filho et al. (2008) evidenciaram que comparada às medicações, uma competência em comunicação possui efetividade paliativa; pode diminuir sintomas rapidamente sem efeitos colaterais. Os familiares de pacientes hospitalizados em UTI não somente precisam de informações, como também de caminhos destas, de forma que a absorção possa ser garantida, reduzindo-se assim os efeitos que a ansiedade pode interferir no entendimento das informações e, como consequência, na comunicação ajustada com a equipe. Assim, contatos mais longos, privados e constantes com os familiares podem alavancar a melhora da comunicação e aquisição de novos conhecimentos e a expressão das dúvidas.

É nesse âmbito que, nas últimas décadas, as UTIs foram frente à questão do bem-estar e de se considerar as necessidades individuais dos pacientes (DIAS et al., 2010). É assim que se vem falando sobre programas de humanização. E, no ambiente de UTI este fato tornou-se principalmente importante por contestar a necessidade de proximidade da equipe de seus pacientes ao invés de relacionar-se com ele por meio dos aparelhos que o monitora. A comunicação torna-se, então, um fato fundamental para entendermos o que é humanização. A humanização que vai permitir o desenvolvimento de uma rede de significados entre o paciente, a equipe e seus familiares. (GOULART e CHIARA, 2010).

De acordo com a Associação Médica Intensiva Brasileira (2004), humanizar a UTI nada mais é que cuidar do paciente de forma geral, incluindo o contexto familiar e social.

Rubio et al. (1999) interpretam a humanização como “um conjunto de medidas que engloba o ambiente físico, a atenção dos pacientes e sua família e as relações entre o pessoal da saúde. A intenção, contudo, é tornar de fato a assistência ao paciente, considerando-o como um todo bio-psico-sócio-espiritual”.

A definição de humanização pode ser refletida como uma busca incessante do conforto físico e psíquico e espiritual ao paciente, família e equipe. Algumas particularidades do ambiente físico de uma UTI, como: a ausência de janelas, o alto índice de ruídos, os grandes números de equipamentos precisam ser revistos e carecem de cuidados, pois vai de encontro à qualidade (MACIEL e SOUZA, 2006).

Em 1990, a Sociedade Americana de Terapia Intensiva (SCCM – Society of Critical Care Medicine) criou diretrizes para efetivação de programas de humanização, em resposta

à crescente preocupação com a humanização dos pacientes em internação em UTI. Esses critérios têm como início básico que: cada pessoa é única e tem suas próprias necessidades e valores exclusivos; a luta pela humanização não deve prejudicar a segurança do paciente nem deve ultrapassar as questões éticas ou legais; o paciente e seus familiares são os que conhecem suas próprias necessidades; a independência do paciente e da sua família deve ser guardada; a intimidade do paciente e da sua família deve ser tratada com respeito.

Com início em 1995, os profissionais envolvidos nas equipes de multidisciplinaridade das UTIs passaram a pensar fortemente sobre a humanização, buscando achar a razão a qual o pensamento em UTI estava ligado à solidão e tristeza. Iniciaram-se, assim, o pensamento e a preocupação com a humanização na UTI (BERGAMINI, 2008).

Diga-se então que a humanização das UTIs é conceituada, atualmente, um dever moral, ético e legal das equipes de saúde. Para a humanização e a assistência em UTI é preciso buscar estratégias de trabalho sobre o ambiente, o paciente, sua família e à equipe/instituição (MELLO e MELO, 2011)

Uma das intercessões que pode mostrar como um modelo inicial é a adaptação do ambiente físico da UTI para conceder aos pacientes e seus familiares maior proteção e prioridade às suas necessidades.

Contudo, são as conveniências conduzidas pelos pacientes, família e pessoal interdisciplinar que apontam as acomodações e ajustes não só do ambiente, mas também dos demais intermédios de humanização. E é realmente para este foco que está apontada a maioria das necessidades dos programas de humanização hoje, existentes, ou seja, dar atenção a todas as pessoas interessadas no processo de adoecimento/tratamento (DIAS et al. 2010).

Paciente terminal e cuidados paliativos em UTI

De acordo com Andreoli et al. (2006), o contato com um paciente em fase terminal na UTI leva o profissional de saúde a reflexões sobre as limitações terapêuticas e as possibilidades de promoção de conforto e morte digna, conduzindo-o a debates bioéticos sobre o final da vida na UTI.

Atualmente, discussões e decisões sobre retirar suporte básico de vida têm levantando polêmicas. Discussões estas que perpassam não somente por questões clínicas, bem

como por preferências religiosas e culturais, e em países onde há predomínio da prática católica, por exemplo, há maior dificuldade em se aplicar medidas de conforto, com forte rejeição à decisão de não-investimento em tratamentos curativos (MELLO e MELO, 2011).

O processo de morte, considerado pela bioética como um processo de morte correta, está vinculado, segundo Knobel et al. (2006), ao conceito de cuidados paliativos, que visam a proporcionar ao paciente terminal o máximo de bem-estar físico, mental e espiritual, permitindo que viva bem seus últimos dias, sem temer a morte, que deve vir no momento que a natureza escolhe.

Estes podem ser definidos como “cuidado ativo numa abordagem holística da pessoa com doença grave, evolutiva ou terminal”, visando a aliviar a dor física e os demais sintomas da moléstia, além do sofrimento psicológico e espiritual, podendo ser aplicados em uma instituição de saúde ou na própria casa do paciente (MELLO e MELO, 2011). Ou seja, seus objetivos são propiciar qualidade de vida nos momentos finais da vida do paciente (SILVA e SUDIGURSKY, 2008), por meio da prevenção e do alívio do sofrimento, com meios de identificação precoce, avaliação correta, tratamento da dor, e outros problemas de ordem física, psicossocial e espiritual (PESSINI, 2004, p. 163).

Questões como dignidade no processo de morrer, autonomia para decidir sobre a vida, não abreviação da vida ou prolongamento artificial, promover a beneficência, a não maleficência e a justiça, emergem deste contexto. Esse novo paradigma compreende que, embora as possibilidades de cura sejam sempre limitadas, a necessidade de apoio e de cuidado é permanente (PESSINI, 2004, p. 166).

A valorização do paciente

Segundo Maestri (2008), a tecnologia deve ser usada de forma criativa e humana, servindo para melhorar a qualidade de vida dos pacientes que ali permanecem. A tecnologia instrumental, procedimentos técnicos, aparelhagem são essenciais e desejáveis à modernização do atendimento aos pacientes da UTI, tornando-se útil e indispensável, para prolongar a vida e diminuir o sofrimento de muitas pessoas. No entanto, não podemos desconsiderar o paciente como ser de relação dando prioridade aos aparelhos.

O Consenso Internacional sobre Desafios nos Cuidados Paliativos em UTI preconiza que o processo de tomada de decisões comece no início da admissão do paciente na UTI, por meio de um encontro, para informar aos familiares sobre a doença do seu ente querido e

a possível necessidade de limitar os cuidados, porque deve haver uma ausência de melhora ou deteriorização. Encontros subsequentes para atualizar os familiares das condições do paciente e discutir questões do final da sua vida são necessários (BORGES e MORAES, 2007).

A maioria dos conflitos podem ser resolvidos se as discussões forem focadas em objetivos, prognósticos e opções de tratamento desde o estágio inicial. Se persistir o conflito, uma consulta ética pode ajudar a chegar a uma conclusão. Valorizar verdadeiramente o paciente é sem dúvida um dos desafios da prática ortotânica.

Segundo Pessini (2004), não é fácil aprender a amar realmente o doente terminal de forma gratuita, sem pedir absolutamente nada em troca, especialmente em uma sociedade que mede as ações pelo seu mérito.

Cuidando de quem cuida: a equipe de saúde

O ambiente de uma UTI é cansativo para pacientes e familiares, com certeza, também é para os profissionais que escolhem esse trabalho como seu, vivenciando-a no seu dia a dia ao longo de seus cotidianos.

Quando os profissionais da equipe de saúde elegem essa atividade, imagina-se que o façam com os mais elevados sentimentos, com todo o desejo do bem servir. Entretanto, esses profissionais são confrontados diariamente com questões relativas ao viver e ao morrer, com situações variadas de conflito, com sobrecarga de trabalho, por meio de plantões sucessivos, saindo de uma UTI para outra, em hospitais diferentes, além de não ter, muitas vezes, reconhecimento e uma boa remuneração (MELLO e MELO, 2011).

Segundo Vila e Rossi (2002), individualmente, enquanto profissionais de saúde, todos são corresponsáveis pelo processo de desgastes das relações. Para humanizar-se o atendimento aos pacientes, é necessário que o profissional procure humanizar a si mesmo, por mudanças, estímulos e treinamentos que sejam implementados de maneira permanente e continuada. De acordo com os autores, é essencial chamar a atenção dos gestores para a importância da implementação de cuidados humanizados e do estabelecimento de programas que possibilitem essa implementação. O cuidar humanizado deve começar por cuidar de quem cuida.

A instituição deve, portanto, valorizar o profissional e atendê-lo em todas as suas expectativas, não apenas financeiras. A instituição deve promover, frequentemente, reuniões multidisciplinares das equipes, em que o estímulo ao trabalho e o entendimento das questões sobre a satisfação de expectativas dos profissionais sejam discutidos. Atenção especial deve ser dada à sobrecarga de trabalho, ao ambiente adequado de trabalho, ao ambiente de repouso, ao lazer em equipe (MELLO e MELO, 2011).

Aspectos psicológicos do paciente grave

Um ambiente de UTI se caracteriza pelo ritmo da assistência acelerado, guiado por um intenso controle dos parâmetros clínicos, manutenção do tratamento estabelecido ou por constantes necessidades de mudanças nas condutas médicas e nos cuidados de enfermagem. A este contexto somam-se a dimensão individual do paciente e a da família que vivem um processo de adaptação e alterações e perdas de ordens física, emocional e social (ANDREOLI et al., 2006).

Segundo Borges e Moraes (2007), a perda do próprio controle coloca o paciente em situação de extremo constrangimento. De forma súbita, é internado em uma UTI, com risco de vida e com toda a ansiedade que daí provém, além de ficar submetido a pessoas estranhas, responsáveis pela retirada de suas vestes e para os procedimentos de higienização. O paciente internado na UTI perde dois dos maiores valores da sua individualidade – a autonomia e a privacidade – e ainda corre o risco de ser tratado como um paciente qualquer, ou, por exemplo, como o “leito X”.

Adaptar-se à experiência de estar internado em uma UTI exige do paciente e de seus familiares grande esforço emocional. Neste momento, os recursos cognitivos e emocionais são desafiados diante do desconhecido. Há como resposta a esse processo de ajustamento, a nova realidade, um período de desequilíbrio e uma instabilidade afetiva perante a quantidade de pensamentos e sentimentos que emergem e inundam o imaginário de todos os envolvidos nesse contexto (BACKES et al., 2006).

Dattílio e Freeman (2004) salientam que em ambiente de UTI, a repetida exposição do paciente a estímulos perturbadores ou ameaçadores pode levá-lo a patamares insuportáveis de angústia, gerando estados de elevada tensão, podendo também desencadear uma ruptura no equilíbrio emocional.

Declara-se, assim, que a crise é um ponto de ligação que compreende o uso de ações preventivas, bem como intercessões focais direcionadas aos sintomas, com a intenção de evitar a cristalização destes. É de muita importância a detecção precoce de reações emocionais pouco adaptativas, para que se possa fazer uso desta entrada terapêutica, a fim de trazer alívio da angústia e da ansiedade, facilitando o desenvolvimento de um estado emocional mais tolerável e capaz de restaurar a estabilidade afetiva e as relações com o local.

Intervenções psicológica em situação de crise

Segundo Cordioli (1998), um dos principais desafios da psicologia tem sido fundamentar e desenvolver técnicas de intervenção psicológica que atendam às demandas específicas de pacientes em ambientes hospitalares diferenciados. A teoria psicológica que muito em auxiliado na consecução dessa tarefa em UTI é a teoria de crise e as possíveis aplicabilidades de suas técnicas. As intervenções para pacientes em crise devem levar em conta, essencialmente, a percepção de que este não apresenta condições emocionais para tolerar abordagens técnicas que sejam geradoras de ansiedade, como, por exemplo, aquelas que trabalham com interpretação de forças inconscientes.

As intervenções com os pacientes em crise constituem na utilização de técnicas supressoras de ansiedade, favorecendo o desenvolvimento de um estado emocional mais tolerável e capaz de restaurar a estabilidade afetiva e suas relações com o ambiente.

Considera-se, portanto, que dentro do escopo das intervenções assistenciais do psicólogo a pacientes graves em UTI, o uso de manejo assistencial centrado na equipe, diagnóstico diferencial, atendimento psicológico de apoio, manejo ambiental, técnicas complementares e intervenção familiar são fortemente recomendadas. Para que as ações terapêuticas sejam implementadas, a flexibilidade e a criatividade nas soluções da situação de crise são condições fundamentais para a percepção das necessidades que cada paciente apresenta.

3 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A humanização em UTIs tem como característica principal o valor do paciente como um todo, proporcionando conforto e qualidade de vida e realçando a comunicação como condutor. É a comunicação que vai proporcionar a desenvoltura de uma rede de conceitos

entre paciente, equipe e família. O que se comunica é a forma pela qual a comunicação acontece são os fatores decisivos do vínculo.

Humanizar o contato com o paciente realmente exige que o profissional valorize o lado afetivo e sensível como elementos necessários para o cuidar. Contudo, tal relação sugere o encontro entre sujeitos que dividam experiências, poder e saberes vividos, implicando em transformações políticas, administrativas e subjetivas, sem deixar os recursos materiais e do ambiente que devem favorecer tal processo.

Os princípios básicos dos programas de humanização dirigem-se ao entendimento de que cada indivíduo é único e possui necessidades e valores individuais; que o paciente e sua família são nossos melhores informantes; que sua autonomia e intimidade devem ser garantidas e que todas as ações não devem, por outro lado, comprometer a segurança dos mesmos. Isto mostra, que as ações de humanização procurem manter ou melhorar a qualidade da comunicação ali estabelecida, apontando por meio das necessidades ou dificuldades dos pacientes, dos seus familiares e da equipe de saúde possibilidades de relacionamentos mais saudáveis, próximos e, portanto, humanizados.

Uma das condutas em que o ato de humanizar pode se tornar ainda mais importante é no momento em que a possibilidade de cura já não se encontra no tratamento do paciente.

Isso mostra que as ações de humanizar tendem sempre manter ou melhorar a qualidade da comunicação, mostrando por meio das necessidades ou dificuldades dos pacientes, dos familiares e dos profissionais de saúde, possibilidades de relacionamentos mais saudáveis, próximos e, com isso, humanizados.

4 REFERÊNCIAS

AMIB -Associação de Medicina Intensiva Brasileira. **HUMANIZAÇÃO**. Publicado em 2004.

ANDREOLI, P.B.A.; CAIUBY, A.V.S.; ERLICHMAN, M.R.; KNOBEL, E. **Aspectos psicológicos no paciente grave**. In: KNOBEL, E. **Condutas no paciente grave**. 2. ed., São Paulo: Atheneu, 2006. Cap. 158. p. 2009-2021.

AZOULAY, E.; SPRUNG, C.L. **Family-physician interactions in the intensive care unit**. Crit Care Med, v.32, n.11, p. 2323-8, nov. 2004.

BERGAMINI, A.C.A.G. **Humanização em uma UTI-adulto no Distrito Federal**. Brasília/DF: Universidade de Brasília/Faculdade de Ciências da Saúde, 2008. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde)

BORGES, L.A.A.; MORAES, S.C. **Humanização na unidade de terapia intensiva. In: PROAMI. Programa de Atualização em Medicina Intensiva.** Organizado pela Associação de Medicina Intensiva Brasileira. Porto Alegre: Artmed Panamericana, 2007. Ciclo 4.

BOTEGA, N.J. **Prática psiquiátrica no hospital geral: inter-consulta e emergência.** Porto Alegre: Artes Médicas, 2002.

CORDIOLI, A.V. **Psicoterapia: abordagens atuais.** 2.ed. Porto Alegre:Artes Médicas, 1998.

COSTA FILHO, R. C; COSTA, J.L.F.; GUTIERREZ, F.L. B. R.; MESQUITA, A.F. **Como implementar cuidados paliativos de qualidade na unidade de terapia intensiva.** Rev. bras. ter. intensiva. v.20, n.1, p. 88-92, 2008.

DATTILIO, F.M.; FREEMAN, A. **Estratégias cognitivo-comportamentais de intervenção em situações de crise.** 2.ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 2004.

DIAS, G.T.; SOUZA, J.S.; BARÇANTE, T.A.; FRANCO, L.M.C. **Humanização do cuidado na UTI: Uma possibilidade real. Portal do Enfermeiro,** 2010. Disponível em: <http://www.portaldoenfermeiro.com.br/artigos/PORTAL_DO_ENFERMEIRO_ARTIGO_05.pdf>. Acesso em: 17 nov. 2014.

GOULART, Bárbara Niegia Garcia; CHIARI, Brasília Maria. **Humanização das práticas do profissional de saúde: contribuições para reflexão.** Ciênc. saúde coletiva. v.15, n.1, p.255-268, 2010.

KNOBEL, E.; OLIVEIRA, M.C.; ANDREOLI, P.B.A.; ALMEIDA, F. P. **Humanização das UTIs. In: KNOBEL, E. Conduas no paciente grave.** 2. ed. , São Paulo: Atheneu, 2006. capítulo 159. p. 2023-2034.

MACIEL, M.R.; SOUZA, M.F. **Acompanhante de Adulto na Unidade de Terapia Intensiva: uma visão do Paciente.** Acta paul. enferm.São Paulo, v.19n.2,abr./jun.2006.