

# HUMANIZAÇÃO NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA: VIVÊNCIA DA EQUIPE DE ENFERMAGEM

**Andreia Mara Gonçalves Daniel Corrêa<sup>1</sup>; Aparecida Da Costa Souza<sup>1</sup>; Maria Claudia Bispo Do Espírito Santo<sup>2</sup>;**

<sup>1</sup> Estudante do Curso de Bacharel de Enfermagem do Centro Universitário de Várzea Grande MT, Brasil (UNIVAG) da Turma 2013/1, [andymgdc1@hotmail.com](mailto:andymgdc1@hotmail.com).

<sup>1</sup> Estudante do Curso de Bacharel de Enfermagem do Centro Universitário de Várzea Grande MT, Brasil (UNIVAG) da Turma 2013/1, [cidasouzacba@gmail.com](mailto:cidasouzacba@gmail.com).

<sup>2</sup> Professora Mestra do Curso de Enfermagem do Centro Universitário de Várzea Grande MT, Brasil (UNIVAG), [enfcaacu@yahoo.com.br](mailto:enfcaacu@yahoo.com.br).

## Resumo

Nos últimos anos tem-se questionado a necessidade da mudança no atendimento assistencial ofertado, a preocupação do Ministério da Saúde, de alguns gestores e profissionais da saúde é de que somente utilizar o modelo biomédico já não é o suficiente para a melhora do quadro clínico do paciente. Foi percebida, desta forma, a necessidade de agir e pensar de forma humanizada, indo assim muito além dos procedimentos assistenciais, criando vínculos entre o cuidador, o paciente e seu familiar, e não somente o paciente pela sua comorbidade, compreender as necessidades e anseios que possam afetar na reabilitação do paciente, impedindo que o cuidado seja de qualidade. O objetivo desta pesquisa foi compreender a humanização na percepção dos profissionais de enfermagem, assim, conseguimos analisar a aplicabilidade deste processo numa unidade de terapia intensiva, através de uma pesquisa de campo qualitativa. Os resultados apontaram para a necessidade de trabalhar a compreensão dos profissionais, pois muitos não compreendem o significado de ações humanizadas confundindo estas com ações assistenciais feitas com atenção e de modo delicado. Acreditamos que a humanização deve ser melhor abordada durante o decorrer do curso e sempre sendo reforçada nas educações permanentes, afinal, muitos profissionais se formam e começam a atuar sem conhecer seu significado e sua aplicabilidade de forma correta, realizando a assistência com ações mecanizadas.

**Palavras Chaves:** Humanização; Profissionais de Enfermagem; Unidade de Terapia Intensiva;

## INTRODUÇÃO

O surgimento das Unidades de Terapia Intensiva (UTI) remete ao início do século XX com a criação das chamadas salas de recuperação, onde os pacientes eram levados após alguma neurocirurgia no Hospital Johns Hopkins nos Estados Unidos da América (BERTHELSEN e CRONQVIST, 2003).

(LINO E SILVA, 2003) apontam que Florence Nightingale, na guerra da Criméia, Séc. XIX, preocupou-se com a assistência contínua que os pacientes em estado crítico requeriam. Podemos considerar este como o início do cuidado à pacientes em estado muito grave ou crítico, pois, ela os acomodava de modo que favorecesse o seu cuidado imediato. Deste modo, surgia a ala de cuidados contínuos, composta de médicos e enfermeiros em vigília do cuidado a estes pacientes em risco iminente de morte.

No Brasil foi criada a primeira UTI no Hospital Sírio Libanês, em 1971, (YOUNES, 2011) relata que, para a época, o conhecimento sobre o processo saúde-doença, respostas imunológicas, medicamentosas, os maquinários de monitorização de sinais vitais (SSVV), entre outros fatores, eram escassos, o que explica a alta taxa de mortalidade dos pacientes internados naquela época, criando, assim, o preconceito de que quando um paciente necessitava ir para a UTI era uma sentença de morte. Diferente daquela época, o conhecimento do processo acima citado evoluiu consideravelmente devido principalmente ao pesado aporte de recursos e investimento em alta tecnologia e no suporte a vida.

Em nosso estágio, observamos que o modelo Biomédico é o que parece ser mais predominante nas práticas assistenciais e, por isso, às vezes o profissional esquece-se de olhar de forma holística os pacientes, mantendo o foco em tratar apenas a comorbidade não vendo que, antes da doença há o ser humano acometido pela mesma. Ao que parece, são os profissionais que interferem na não adesão ao cuidado humanizado, pois, estando habituados à rotina da terapia intensiva, tendem a realizar procedimentos automatizados nas técnicas de assistência à saúde.

Para evitar esta situação o Ministério da Saúde estabeleceu diretrizes para cuidados humanizados, que auxiliam tanto os profissionais quanto aos usuários e seus familiares, criando, assim, a Política Nacional de Humanização (PNH), que foi gerada através de práticas que tiveram sucesso ao serem aplicadas e relatadas ao mesmo.

Concordamos com a descrição de (MALIK, 2000) que explica que o ato de humanizar é um processo contínuo e vivenciado, não padronizado, e deve ser aplicado em toda a atividade do local e dos profissionais que ali atuam, dando ao paciente o tratamento digno dentro das características que cada um se encontra no momento de sua internação.

Assim, a questão da humanização nas UTIs tornou-se um gerador de conflitos entre muitos profissionais de enfermagem junto aos pacientes e seus familiares durante o tratamento. As equipes de saúde precisam de uma gerencia engajada na prática de humanização. Mas ultimamente estas têm sido quase esquecidas, onde os ambientes e

suportes para o trabalho são precários, a desvalorização da categoria e do piso salarial, o acúmulo de serviços e as educações em saúde raras e muitas das vezes inexistentes, faz com que o profissional descarregue todas as suas frustrações e necessidades em cima do paciente que não tem nada haver com a situação atual. Tais conflitos ocorrem, pois, não se trata somente da atuação e da vontade dos profissionais da unidade, mas também de uma questão da gestão do setor que necessita ser participativa e atuante. Fato este que fortalece a aplicabilidade do cuidado humanizado ao paciente e o respeito ao profissional, pois, desta forma, evita o desgaste emocional da relação entre o cuidado e o cuidador.

Os serviços de saúde são organizados nos saberes das profissões e das categorias (médicas, enfermagem, assistentes sociais) e, tendo objetivos em comum, nem sempre trabalham de forma integrada para favorecer os pacientes. Alguns aspectos nos chamaram a atenção, evidenciados no Humaniza SUS (2010), o despreparo dos profissionais e demais trabalhadores que lidam na prática de saúde e o modelo de gestão centralizada e vertical, que desapropria o colaborador do seu processo de trabalho. A PNH (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010), entretanto, garante recursos suficientes para a superação do sub-financiamento e da fragmentação do processo de trabalho, o que melhoraria as relações entre diferentes profissionais.

Por isso a importância deste tema, ao compreendermos o que é a humanização nas UTIs do ponto de vista dos profissionais de enfermagem, é possível traçar uma estratégia mais adequada, para que consigamos um tratamento mais humanizado. Diante disso questionamos: Quais são os fatores que interferem na aplicabilidade do cuidado humanizado na Unidade de Terapia Intensiva? E, qual a percepção que os profissionais de enfermagem têm de sua assistência?

Esperamos com este estudo, reconhecer alguns fatores que interferem diretamente na humanização durante o tratamento do paciente e analisar a percepção dos profissionais de enfermagem quanto a seus atos e ações no processo do cuidar humanizado, evidenciando os fatores positivos e negativos deste processo, sendo esta uma importante questão de saúde pública, na qual se pode perceber a qualidade da assistência prestada ao paciente.

## **METODOLOGIA**

O presente estudo trata-se de uma pesquisa de campo com método de abordagem qualitativa, de natureza descritiva e exploratória, a qual tem como objetivo compreender a vivência do cuidado humanizado durante a internação do paciente na UTI, numa perspectiva dos profissionais de enfermagem.

Segundo (GIL, 2008), as pesquisas descritivas têm como objetivo a descrição das características de determinada população ou fenômeno ou, então, o estabelecimento de relações entre uma variável e outra.

Após aprovação do Comitê de Ética foi enviado o termo de anuência para o setor de Educação Permanente de um Hospital Municipal de Cuiabá o qual permitiu assim a realização do estudo nas UTI's Adultas 1 e 2, ficando uma via com a instituição e uma com as pesquisadoras.

Ao chegar nas UTI's as pesquisadoras se apresentaram aos enfermeiros responsáveis das unidades nos períodos matutinos e vespertinos, explicamos os motivos da visita de forma clara, os objetivos e os benefícios da pesquisa, e como se sucederia as perguntas. Esclarecemos aos participantes da não obrigatoriedade da participação e que a qualquer momento os entrevistados podem desistir de participar da entrevista sem nenhum ônus ou prejuízos. Os participantes foram informados sobre a utilização dos resultados para a pesquisa, garantidos o sigilo e segurança com as informações, sendo mantido o anonimato completo. Entregamos a cada um dos entrevistados o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido sobre a pesquisa.

A pesquisa foi realizada nas UTIs Adultas 1 e 2 de um Hospital Municipal de Cuiabá com os profissionais de enfermagem que nelas trabalham respeitando os critérios de inclusão e exclusão, e o método empregado para coleta de informações deste estudo foram entrevistas nas quais foi utilizado a observação e um questionário semiestruturado para os profissionais de enfermagem e observação dos mesmos em seu meio de trabalho, (MANZINI, 1990/1991) refere que um questionário semiestruturado é uma entrevista onde é confeccionado um roteiro com perguntas relevantes e que faça emergir informações de forma mais livre sem estar condicionada a uma padronização.

No segundo momento depois de realizado a entrevista sucedeu a análise das respostas uma por uma e classificado os pontos fortes e fracos de acordo com os objetivos traçados, esta análise se deu por saturação de dados. Optamos por fins de anonimato, descrever os profissionais de enfermagem das UTI's como letras do alfabeto e as unidades de terapia intensiva como cores, a escolha destes nomes para as unidades foram escolhidos através de sorteio e passam a ser Unidade de Terapia Intensiva Azul e Unidade de Terapia Intensiva Amarelo aleatoriamente.

Ao realizar a pesquisa na UTI Azul no período matutino nenhum dos profissionais quiseram responder ao questionário justificando estar cansados demais devido ao acúmulo de serviço, já no período vespertino o profissional de enfermagem E teria conflito de interesse portanto foi dispensado de participar da pesquisa. Na UTI Amarela, no período matutino um profissional de enfermagem F disse haver bastante serviço e preferiu não

responder, do período vespertino. Um profissional de enfermagem G expressou não querer responder ao questionário devido ao excesso de serviço.

Os critérios de inclusão dos profissionais de enfermagem foram: profissionais de enfermagem dos turnos: matutino e vespertino sendo excluído o período noturno, das UTIs 1 e 2 adulto. Ter sido contratado para trabalhar no setor há mais de 1 ano. Deste modo foram excluídos todos os profissionais de enfermagem que não se encaixaram nos critérios de inclusão.

Ao término da pesquisa os resultados foram apresentados na defesa do TCC e disponibilizados para todos aqueles a quem possa interessar e as formadas foram: Categoria I: Humanização na UTI: A Percepção dos Profissionais de Enfermagem. Esta categoria aborda a humanização e os fatores que a influenciam do ponto de vista dos profissionais de enfermagem em seu local de trabalho e nas suas assistências. Já na Categoria II: Percepção através da observação sobre: A Humanização na Assistência dos Profissionais de Enfermagem, esta categoria trabalha a informação que obtivemos ao observar a interação entre os profissionais de enfermagem e o pacientes do setor, em relação à humanização na assistência.

## **RESULTADOS E DISCUSSÃO**

### **CATEGORIA I. HUMANIZAÇÃO NA UTI: A PERCEPÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM**

A idealização de um ambiente totalmente humanizado nos dias de hoje ainda é uma utopia devido a vários fatores que influenciam e dificultam a sua aplicabilidade: como o tempo, escassez de materiais e profissionais, ainda neste sentido as ações assistências já ocupam uma parte do turno e quando ligada a parte de gerenciamento consome ainda mais o tempo desses profissionais, sobrando pouco tempo para pensar e realizar a humanização.

Ao questionar os profissionais de enfermagem sobre a humanização, os entrevistados apontaram em suas percepções, fatores contribuintes positivos como: dedicação dos profissionais; e, família como coadjuvante no tratamento dos pacientes. E os fatores contribuintes negativamente para a humanização em seu setor: relação disciplinar entre a equipe; investimentos nos profissionais e, Estrutura Física e Material para assistência.

Iniciando pela dedicação como sendo um dos fatores que contribuem para a humanização, como aponta em sua fala o Profissional de Enfermagem “A”:

*“É assistir o paciente com respeito e dedicação”.*

Reforçado ainda quando o profissional de enfermagem “B” relata:

*“Cuidados em equipe, para assistência de qualidade; humano. Quando se coloca no lugar dos outros; Cuidados de UTI é diferenciado e precisa de maior atenção.”*

É neste momento que o profissional doa uma parte de seu tempo e conhecimento para aquele determinado paciente, observando, captando e ouvindo a fim de perceber as necessidades e anseios que possam prejudicar o tratamento.

(HOGA, 2004) refere que muitos profissionais acreditam que o cuidar é somente dos profissionais para o paciente e que a dedicação demandada gasta energia e não proporciona retorno. A autora considera este modo de pensar equivocado, pois o processo de cuidar ocorre no sentido de troca, na relação entre dois seres humanos, o cuidado são duas vias, no qual o profissional e cliente criam uma relação entre cuidado e o cuidador.

Outro ponto levantado é a família como coadjuvante no tratamento do paciente. (PNHAH, 2003) refere que grandes partes dos pacientes, internados em uma UTI, sentem-se impotentes pela falta de controle sobre si e por terem pessoas ao seu redor ativas e ocupadas, o que intensifica os sentimentos de isolamento e ansiedade. Como representa a fala do profissional de enfermagem “C”:

*“Tratar o paciente com dignidade e respeito tornando os dias neste setor o mais tranquilo possível. E mesmo que por poucas horas a presença da família é importante para evolução do paciente.”*

Já nos pontos negativos temos a relação disciplinar, ou seja, a relação entre a própria equipe. Apesar dos técnicos de enfermagem e enfermeiros trabalharem em prol da assistência ao paciente, os profissionais disseram haver intolerância entre eles ficando evidente na pesquisa, e nas observações. Como o exemplo do profissional de enfermagem “D” ao relatar:

*“Há falta de humanização de certos colegas de trabalho. Enfermagem é continuidade. Porém, só é gratificante quando é feito com amor ao próximo”.*

E, ainda, do profissional de enfermagem “E” que relatou:

*“Falta de RH, Estruturas Físicas, Recursos e Insumos, bem como cursos de capacitação e relações interpessoais Coordenação.”*

(WALDOW, 2004) evidencia que a desunião das enfermeiras e a falta de cooperativismo entre a classe, cria uma situação de competitivismo desleal levando ao desrespeito e falta de companheirismo.

Outro ponto negativo é a estrutura física e a falta de material na unidade conforme o relato dos profissionais de enfermagem: trabalhar num lugar insalubre e com falta de material para prestar uma assistência de qualidade gera insatisfação e desânimo afinal num lugar onde o imprevisto é algo que precisa para garantir a assistência pode prejudicar na

qualidade do atendimento ofertado ao paciente. O profissional de enfermagem “F” deixa bem claro ao relatar:

*“Maior dificuldades são faltas de alguns materiais na unidade. Temos que improvisar, ou não realizamos, tipo balde para banho de leito e várias medicações que não tem...”*

Com base na percepção dos profissionais de enfermagem, onde os pontos negativos superam os positivos, ficou evidenciado que estes não conseguem aplicar a humanização na unidade, pois há mais contra do que pró neste processo. Chegamos à conclusão que os profissionais de enfermagem não sabem reconhecer ou compreender o sentido de humanizar, pois em suas percepções nos evidenciaram a humanização como processo que se tem investimento tanto em materiais, como do conhecimento, e não focaram no sentido de ouvir as necessidades dos pacientes tentando propiciar o bem estar físico, mental e espiritual, embora ainda que os tenha o desejo de realizar a humanização nas suas ações.

Contudo (VILA & ROSSI, 2002) apontam que humanizar deve ser parte reflexiva da enfermagem, onde as estruturas físicas e materiais não têm mais valor que a essência humana, neste sentido o enfermeiro deveria direcionar seus pensamentos e ações.

(VENUSO, 2001) explica a ação do Humanizar quando refere que é dar atenção, acolher, ouvir sem discriminação, respeitando e valorizando em todos os aspectos e conseguir orientar de forma que todos compreendam tentando prestar na medida do possível as ações de acordo com o processo de equidade.

## **CATEGORIA II. PERCEPÇÃO ATRAVÉS DA OBSERVAÇÃO SOBRE A HUMANIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM**

Ao observarmos os profissionais de enfermagem em seu ambiente e compararmos com as suas respostas nas entrevistas, conseguimos compreender que eles não conhecem ou compreendem o que é humanização, embora seja bastante discutido nos dias de hoje, o processo de humanizar ainda está subentendido em seus pensamentos, pois aplicam superficialmente o que acreditam ser humanização. Como apontado na fala do profissional de enfermagem “G”:

*“Falta de Rh, estrutura física, recursos e insumos, bem como curso de capacitação e relações interpessoais coordenadas.”*

Questionamo-nos o porquê dessa falta de compreensão da humanização desses profissionais de enfermagem, acreditamos ser devido ao longo tempo de exercício de profissão e formação, pois, não era discutida a humanização em seus cursos sendo naquela época o modelo biomédico fortemente utilizado. E a falta de investimento da instituição nos profissionais como relatou o profissional de enfermagem “H”:

*“Nesta unidade prestadora do SUS falta muitos materiais, medicações e até mesmo mão de obra, falta de cursos de qualificação de qualificação, atualização, se quisermos temos que ir busca de conhecimento, fora do sistema.”*

(WALDOW, 2004) afirma que assistências da enfermagem tradicional eram focadas em desempenhar técnicas e procedimentos, onde o ser humano deveria ser tratado com distanciamento, toda a assistência dos profissionais de enfermagem era direcionado em tarefas e não ao cuidado.

Entretanto, há falta da busca de conhecimento e atualização destes profissionais de enfermagem desatualizados para a nova realidade encontrada, ou seja, pacientes ainda sendo vistos e assistidos no modelo biomédico sem pensar ou colocar a pratica do humanizar. (LAZZARI, 2012) e (SILVA, 2011) evidenciam que há pouco investimento e que existem falhas na formação no quesito humanização nos cursos de graduação.

Outro fator evidenciado é que quando acontece à visita dos familiares, os profissionais de enfermagem se afastam e relatam que é a função do médico de conversar com os familiares. Sabemos que é a função do médico conversar com a família esclarecendo as dúvidas em relação ao quadro clínico que o ente se encontra no momento e como esta sendo o tratamento e a evolução, mas os profissionais de enfermagem não podem esquecer ou simplesmente deixar de lado o fato de conversar com a família para compreender o cotidiano e coletar informações sobre o cliente para que possamos planejar uma melhor assistência, ainda tendo em vista o próprio familiar, tentando sanar duvidas, principalmente como estão suas percepções, seus anseios, sendo o foco o de estabelecer um vínculo com o familiar, ou seja, acolher o familiar e o paciente. Apontando por 40% dos profissionais no questionário, como o relatado pelo profissional de enfermagem “I”:

*“Trabalho sim, mas em outra área, na educação como merendeira.”*

(GIORDANI, 2008) afirma que os profissionais de saúde não se atentam para os detalhes dos clientes, ou seja, só consideram informações relevantes quando conseguem visualizar os sinais. A autora refere que quando criamos uma relação com o outro, conseguimos conhecer peculiaridades que podem reforçar o proposito de oferecer uma assistência com qualidade e sensibilidade. Tratando de compreender os sentimentos nem sempre verbalizados pelo cliente, afirma que esta sensibilidade precisa ser trabalhada frequentemente nos profissionais, ainda que a fina relação entre profissionais e pacientes no dia a dia tem possibilitados de desempenhar um cuidado assistencial melhor quando levado nos embasamentos dos métodos científicos.

Outro fator evidenciado fortemente na nossa visita são os profissionais de enfermagem desmotivados, cansados e com sobrecarga de trabalhos. Muitos trabalham em outros lugares para poderem completar a renda familiar, pois o que ganham não é suficiente para manter as suas necessidades, com isso a dupla jornada de serviço acarreta consigo o cansaço físico e mental, e o estresse impossibilitando desempenhar um cuidado com qualidade e dedicação conforme a necessidade de cada cliente.

(BATISTA et al., 2005) defende a necessidade de uma organização da enfermagem para buscar valorização e reconhecimento, desenvolvendo o senso valorização e lutas por melhor condições de trabalho.

(GIORDANI, 2008) vai além da afirmação acima dizendo que a desvalorização da enfermagem ocorre por um sentimento de inferiorização e temor da figura médica, onde as ordens tem que ser aceita sem discutir perdendo a sua autonomia. A enfermagem ainda se mostra despreparada para as funções que lhes cabem e não acredita na sua capacidade, este perfil é reforçado junto à clientela.

Esta imagem deve ser mudada e reformada através de uma enfermagem atualizada, mostrando autonomia, capacidade de liderar e gerenciar as ações que lhes competem, pois tem o conhecimento científico determinado de sua área para exercer funções de sua competência.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Compreendemos que os profissionais de enfermagem não conhecem o significado e nem as políticas de humanização do Ministério da Saúde e, ainda, que para haver um cuidado humanizado dentro de uma unidade de terapia intensiva adulta, são vários os fatores que interferem em sua aplicabilidade, cabem ao profissional de enfermagem ter a consciência que o objeto de trabalho é um ser humano acometido por uma comorbidade que o restringiu àquele setor, que diferentemente da sua rotina de enfermagem, para o cliente, esta é uma situação inóspita e aterrorizante; Ainda é obrigação do profissional estar atualizado tanto de conhecimento quanto de prática e apto conforme diz o código de ética de enfermagem, apoiar o aprimoramento profissional e a defesa dos direitos e interesses da enfermagem e sociedade. O profissional de enfermagem tem que ser justo, compromissado, dar resolutividade, dignidade entre outros.

Os profissionais devem compreender que o ato de humanizar independe além de investimento, estruturas físicas entre outros. Para haver humanização depende da dedicação, vontade, capacitação e iniciativa dos profissionais de enfermagem,

gerentes e da instituição, deste modo transversal conseguiram aplicar os cuidados humanizados, e transformar a unidade para uma UTI humanizada.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICA

BATISTA, A.A.V; VIEIRA, M.J; CARDOSO, N.C.S; CARVALHO, G.R.P. Fatores de motivação e insatisfação no trabalho do enfermeiro. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v39n1/a11v39n1.pdf>> Acessado: 25/5/2017.

BERTHELSEN, P.G.; CRONQVIST, M. The first intensive care unit in the world: Copenhagen 1953. *Acta Anaesthesiol Scand* 2003; 47(10): 1190-5.

GIORDANI, Anecy Tojeiro. Humanização da Saúde e do Cuidado. São Caetano do Sul: Difusão Editora, 2008.

HOGA, Luiza Akiko komura. A dimensão subjetiva do profissional na Humanização da assistência à Saúde: uma reflexão. *Rev. Escola Enfermagem da USP*, 2004.

LAZZARI DD, Jacobs LG, Jung W. Humanização da assistência na enfermagem a partir da formação acadêmica. *Rev. enferm. UFSM*. 2012 jan/abr;2(1):116-24.

LINO, M.M.; SILVA, S.C. Enfermagem na Unidade de Terapia Intensiva: a história como explicação de uma prática. *Nursing*, 2001.out. 41(4):25-29 .

MALIK, Ana Maria. Humanização E Qualidade. Disponível em:<[www.opsa.org.br/servico/Arquivos/Sala3520.ppt](http://www.opsa.org.br/servico/Arquivos/Sala3520.ppt)> Acesso em: 01/10/2016.

MANZINI, E. J. A entrevista na pesquisa social. *Didática*, São Paulo, v. 26/27, p. 149-158, 1990/1991.

SAÚDE, Ministério Da. Política Nacional de Humanização. Brasil: Cartilha da Política Nacional de Humanização. Disponível em: < [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno\\_textos\\_cartilhas\\_politica\\_humanizacao.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_textos_cartilhas_politica_humanizacao.pdf)> Acesso em: 12/10/2016.

SAÚDE, Ministério Da. Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar. Disponível em: < [http://www.saude.sp.gov.br/resources/ses/perfil/gestor/homepage/auditoria/manuais/manual\\_pnhah.pdf](http://www.saude.sp.gov.br/resources/ses/perfil/gestor/homepage/auditoria/manuais/manual_pnhah.pdf) > Acesso em: 25/5/2017.

Silva FD, Chernicharo IM, Ferreira MA. A humanização na ótica de professores e acadêmicos: estado da arte do conhecimento da enfermagem. *Cienc. cuid. saude*. 2011 abr/jun;10(2):381-88

VENUSO, Leonarda. Humanização em hospitais. Fortaleza: Premius, 2001.

VILLA, V. da S. C.; ROSSI, L. A. O significado cultural do cuidado humanizado em unidade de terapia intensiva: “muito falado e pouco vivido”. *Rev. Latino americana de Enfermagem*. v. 10, n.º 02, p. 137 – 144, 2002

WALDOW, Vera Regina. Cuidado na Saúde. Petrópolis: Vozes, 2004.

YOUNES, R; As UTI's no Brasil. Disponível em: <<http://www.cartacapital.com.br/saude/as-utis-no-brasil>> Acessado em: 29/8/2016. Carta Capital, 2011. Mai.