

Perspectiva de familiares acerca da Atenção Multiprofissional em Unidade de Terapia Intensiva

Perspective of family members about Multiprofessional Care in the Intensive Care Unit

Danieli Brum de Souza, Rosângela Marion da Silva,
Jonatan Valmor Pieniz Ferreira, Vanessa Leal Soria,
Maiara Leal da Trindade, Cintia Maria Lovato Flores

Como citar este artigo:

SOUZA, DANIELI B.; SILVA, ROSÂNGELA M.; FERREIRA, JONATAN V. P.; SORIA, VANESSA L.; TRINDADE, MAIARA L.; FLORES, CINTIA M. L.
Perspectiva de familiares acerca da Atenção Multiprofissional em UTI. Revista Saúde (Sta. Maria). 2020; 46 (2).

Autor correspondente:

Nome: Rosângela Marion da Silva
E-mail: cucasma@terra.com.br
Telefone: (55) 3220-8263
Formação Profissional: Doutora em Ciências pela Universidade Federal de São Paulo, SP, Brasil.

Filiação Institucional: Universidade Federal de Santa Maria
Endereço para correspondência:
Av. Roraima n°: 1000
Bairro: Camobi
Cidade: Santa Maria
Estado: Rio Grande do Sul
CEP: 97105-900

Data de Submissão:
03/09/2019

Data de aceite:
15/10/2020

Conflito de Interesse: Não há conflito de interesse



RESUMO

Introdução: O atendimento multiprofissional centrado na integralidade do cuidado é prática prevista nas ações assistenciais, sendo imprescindível a orientação segundo a Política Nacional de Humanização (PNH). **Objetivo:** identificar as percepções de familiares acerca da atenção multiprofissional em Unidade de Terapia Intensiva (UTI). **Método:** Estudo com abordagem qualitativa, do tipo exploratório-descritivo, realizado em uma instituição pública. A coleta de dados ocorreu por meio de uma entrevista semiestruturada e posteriormente analisada pela técnica da análise de conteúdo. **Resultados:** Participaram 12 familiares. A análise das entrevistas possibilitou a criação das categorias: Comunicação como importante prática no cuidado e Atuação Multiprofissional em UTI. Os familiares perceberam como ponto positivo no atendimento a disponibilidade da equipe para esclarecimentos, consideraram que o horário de visita está adequado e identificaram a atuação da equipe multiprofissional no atendimento em UTI. **Conclusão:** O cuidado durante a hospitalização deve prever uma visão holística e valorização do trinômio paciente-equipe-família.

PALAVRAS-CHAVE: Unidade de Terapia Intensiva; Equipe de Assistência ao Paciente; Humanização da Assistência.

ABSTRACT

Introduction: Multiprofessional care centered on comprehensive care is a practice provided for in care actions, and guidance according to the National Humanization Policy (PNH) is essential. **Objective:** to identify family members' perceptions about multiprofessional care in an Intensive Care Unit (ICU). **Method:** Study with a qualitative approach, exploratory-descriptive. It was carried out in a public institution. Data collection took place through a semi-structured interview and subsequently analyzed using the content analysis technique. **Results:** 12 family members participated. The analysis of the interviews enabled the creation of the categories: Communication as an important practice in care and Multiprofessional Practice in the ICU. The family members perceived the team's availability for clarification as a positive point in their care, considered that the visiting hours were adequate and identified the performance of the multiprofessional team in ICU care. **Conclusion:** Care during hospitalization should provide a holistic view and valuing the patient-team-family trinomial.

KEYWORDS: Intensive Care Unit; Patient Assistance Team; Humanization of assistance.

INTRODUÇÃO

A Política Nacional de Humanização (PNH) aborda a gestão participativa e trabalho em equipe referente às práticas de saúde sob a ótica da integralidade do usuário. Essa assistência humanizada deve contemplar o trabalho multiprofissional e incluir profissionais da Medicina, Enfermagem, Psicologia, Nutrição, Terapia Ocupacional, Fisioterapia, Fonoaudiologia e Serviço Social, sendo estes responsáveis pela elaboração das rotinas técnicas, assegurando um atendimento integral.¹

Nesse contexto, a Política Nacional de Atenção ao Paciente Crítico (PNAPC) enfatiza que os cuidados prestados aos usuários internados em Unidade de Terapia Intensiva (UTI) devem estar em conformidade com os princípios de integralidade, equidade, universalidade assistencial, com atenção qualificada e humanizada compatível com sua real necessidade, incorporando o princípio da complexidade progressiva e da linha de cuidado integral, compartilhada por múltiplos profissionais.²

A UTI é um serviço hospitalar destinado ao atendimento de usuários em situação clínica grave, que necessitam de cuidados de forma ininterrupta, durante as 24h do dia, além de equipamentos e equipe especializada.³ Durante a internação de um usuário na UTI, a família precisa se reorganizar para superar as dificuldades que irão surgir. Dessa forma, é imprescindível que se esclareçam os questionamentos dos familiares a fim de minimizar ou sanar os sentimentos negativos, como angústia e preocupação.⁴

Diante do exposto, destaca-se que o cuidado humanizado requer ações diferenciadas, valorizando a subjetividade das pessoas. O uso de tecnologias duras em UTI é eficaz e necessário para o funcionamento do processo de trabalho; no entanto, tecnologias leves podem promover o acolhimento e vínculo entre equipe, paciente e família.⁵ Como exemplo, ressalta-se a proposta denominada “Visita Aberta” cujo objetivo é ampliar o acesso dos visitantes às unidades de internação para preservar a ligação do paciente aos seus familiares.⁶

Assim, ao refletir sobre o trabalho multiprofissional em UTI e considerando o familiar importante elo de comunicação, elencou-se como questão de pesquisa: quais as percepções de familiares acerca da atenção multiprofissional em UTI? O objetivo deste estudo é identificar as percepções de familiares acerca da atenção multiprofissional em UTI.

MÉTODO

Trata-se de uma pesquisa exploratória com abordagem qualitativa. O local de realização do estudo foi a Unidade de Terapia Intensiva Adulto (UTI-A) de um hospital universitário, que atualmente conta com 9 leitos de internação, com funcionamento 24h por dia, em regime de escalas de 6 e/ou 12h. A unidade é composta por médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, nutricionista, fisioterapeutas, psicólogo, assistente social e fonoaudiólogo.

Segundo dados coletados no Setor de Estatística da instituição, no primeiro semestre de 2016 estiveram internados 115 pacientes na UTI-A, sendo que do total de pacientes no mesmo período, 109 foram provenientes de unidades de internação da instituição e quatro pacientes oriundos de outros locais. A unidade apresentou uma taxa de ocupação de 98,02%, sendo que a média de permanência/dia dos pacientes foi de 15,72.

Os participantes da pesquisa foram os familiares de pacientes críticos internados nessa unidade no período de julho a agosto de 2017. Os critérios de inclusão foram familiares com vínculo sanguíneo e/ou social com o paciente. Excluíram-se familiares menores de 18 anos e familiares de pacientes que evoluíram a óbito antes da entrevista. Os mesmos foram acompanhados por estudantes da residência multiprofissional em saúde com atuação na instituição, sendo um enfermeiro, uma psicóloga e uma cirurgiã-dentista, até a alta do paciente. O enfermeiro era responsável pela educação em saúde com os familiares sobre a higienização das mãos nos momentos da visita; a dentista por sensibilizar sobre a continuidade dos cuidados com a cavidade oral pós-alta da UTI; e a psicóloga pela condução da pesquisa.

Os familiares foram identificados nas primeiras 72 horas de internação. As atividades de acolhimento foram realizadas pela psicóloga antes, durante ou após o horário de visita, à beira do leito, conforme disponibilidade e necessidade do familiar. Após, apresentaram-se os objetivos e voluntariedade da pesquisa, garantia do sigilo e anonimato; em seguida, entregou-se o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), em conformidade com a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, para leitura e posterior assinatura em caso de concordância com os termos expostos.⁷

A técnica de coleta de dados foi a entrevista semiestruturada, realizada pela psicóloga, guiada por um roteiro que buscava identificar a percepção sobre o horário de visita, local de espera, informações recebidas, conhecimento sobre os profissionais que estavam acompanhando o paciente durante a internação e sugestões de melhoria.

As entrevistas foram realizadas individualmente em uma sala disponível na unidade e gravadas com o consentimento do participante em material digital, tiveram duração média de 25 minutos e foram transcritas no editor de textos *word*. A finalização ocorreu quando foi identificada homogeneidade nas informações, caracterizando o critério de saturação dos dados.⁸ Convém mencionar que anteriormente à realização efetiva da entrevista, procedeu-se à realização de pré-teste com uma pessoa que não se enquadrava nos critérios de inclusão com o objetivo de identificar a adequação do roteiro, o qual foi mantido sem alterações. Essa etapa foi orientada pela coordenadora responsável pela pesquisa.

A análise ocorreu conforme propõe Minayo⁸, em que o processo operacional da análise temática de conteúdo deve seguir três passos, sendo eles: pré-análise; exploração do material; e tratamento dos resultados obtidos e interpretação. Na pré-análise, houve a leitura flutuante, em que ocorreu o contato direto e intenso com o material, deixando-se impregnar pelo seu conteúdo. A exploração do material consistiu em uma operação classificatória, na qual se buscou encontrar expressões ou palavras que se organizam em categorias, responsável pela especificação dos temas. E por fim, o tratamento e interpretação, momento em que foram propostas inferências e realizadas interpretações.

Ressalta-se que as entrevistas foram identificadas por letra alfabética F (familiar) e um número ordinal sequencial (1, 2, 3...12) para manter o anonimato do participante, levando em conta as considerações éticas.

O projeto obteve aprovação do Comitê de Ética da instituição sob o número do Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE): 67685617.0.0000.5346.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

No período estipulado para a coleta de dados, houve três óbitos de pacientes, portanto três exclusões de familiares. Não houve recusas. Participaram 12 familiares, sendo 8 do sexo feminino e 4 do sexo masculino. Quanto ao grau de parentesco: 3 mães, 2 irmãos, 2 filhos, 3 cônjuges e 1 sobrinha. A partir da análise dos relatos, emergiram as categorias: Comunicação como importante prática de humanização no cuidado e Atuação multiprofissional em UTI.

Comunicação como importante prática de humanização no cuidado:

Nesta categoria, os familiares sinalizaram como um aspecto positivo a comunicação da equipe sobre o quadro do paciente. O empenho na busca pela evolução do quadro dos pacientes e a disponibilidade para esclarecimentos quanto ao estado clínico do paciente crítico foram destaque.

“Tinha enfermeira de plantão dia e noite. É muito legal que quando a gente saía [da UTI] elas conversavam com a gente, explicavam como é que passou [o paciente]. Por isso que eu gostava de vir sempre de tarde, de tarde eu falava com o médico.” (F2)

“Os médicos sempre estão ali, as enfermeiras... Todos sempre dando atenção para a gente, falando como passou, como que está no dia, como que foi o dia dele.” (F11)

“São bem atenciosos com a gente. Agora mesmo conversei bastante com uma enfermeira e ela me explicou a situação dele.” (F8)

“Ponto positivo que a gente vê é a questão do atendimento, de ter alguém para conversar, de explicar a situação.” (F12)

O atendimento aos familiares é um importante conteúdo da avaliação do cuidado de saúde enquanto prática integrante do processo de humanização da assistência, sendo o trabalho interdisciplinar essencial no acolhimento à família dos pacientes enquanto proposta eficiente no que tange ao atendimento das necessidades de informação clínica, orientação e suporte social, clínico e/ou psicológico. A partir disso, torna-se imprescindível a criação de um espaço interdisciplinar para a partilha, a convivência e o estreitamento do vínculo afetivo, a humanização sob a ótica da integralidade do cuidado, gerando vínculo afetivo, reflexão intra e interpessoal, desencadeando ações, tais como o desenvolvimento de elos significativos, os quais tornam as pessoas e as situações preciosas e portadoras de valores éticos.⁹

Na percepção dos familiares, a comunicação sobre o quadro clínico do paciente contribui para amenizar o sofrimento. Sobre isso, cita-se que uma das maiores fontes geradoras de ansiedade nos familiares é a falta de informação ou informação excessiva e contraditória. Sendo assim, os familiares precisam ser mantidos informados sobre o que acontece a partir de uma comunicação clara, honesta e frequente com os membros da equipe que cuidam do paciente.¹⁰ A comunicação é o principal veículo que possibilita a articulação entre os profissionais, constituindo-se ferramenta fundamental para a humanização no atendimento de pacientes e no contato com seus familiares.⁹

Embora a comunicação seja ressaltada como um fator positivo pelos entrevistados, nem sempre é uma tarefa de fácil execução, principalmente pela gravidade do quadro clínico dos pacientes internados. Assim, é importante que os profissionais desenvolvam habilidades de comunicação e escuta para atender pacientes e familiares.¹¹

Nesse contexto, para os profissionais de saúde em UTI, a humanização está desde ambiência, comunicação, manutenção dos materiais para a oferta de um cuidado integral até ao cuidado centrado no humano e o familiar.¹² Há evidências também de quanto o ambiente, o cuidado centrado nas necessidades físicas, sociais e psicológicas influenciam na percepção dos pacientes e familiares sobre um atendimento humano e eficiente em ambiente hospitalar.¹³

Apesar disso, conforme os relatos dos profissionais, a rotina diária somada à alta complexidade da UTI, o uso cotidiano de tecnologias avançadas, principalmente pelo estado de inconsciência dos pacientes, tende a automatizar o trabalho, tornando as ações e estratégias de cuidado contrárias à prática preconizada pela PNH.¹² A implementação da Política de Humanização se faz necessária no sentido de modificar o ambiente de trabalho por meio da escuta e de uma cultura humanista, devendo ser um caminho para transformar a teoria em prática.¹⁴

É essencial, no entanto, humanizar também as condições de trabalho desses profissionais, permitindo espaços de capacitações e momentos de reflexões acerca do cuidado prestado, no sentido de estabelecer sempre uma melhor relação para a oferta do cuidado humanizado. Pensar em humanização na UTI por meio do cuidado integral das pessoas envolve, além das tecnologias diferenciadas, profissionais capacitados e qualificados para conceber a humanização como um conjunto de diferentes dimensões, aspectos, eventos e movimentos que compõem a amplitude de sua conceituação.¹²⁻¹⁵

Assim, os profissionais precisam ter conhecimento e preparação que lhes permitam dar a atenção e o conforto necessário ao paciente, buscando assegurar o direito à dignidade humana durante o período de internação¹¹ e dispender a mesma atenção, com o diálogo acolhedor aos familiares, transmitindo segurança, com esclarecimentos contínuos, possibilitando a criação de vínculos, efetivando, assim, alguns preceitos da humanização do cuidado.⁴

Dessa forma, é possível compreender que é evidente a necessidade da implementação da humanização do cuidado em todas as ações prestadas aos usuários e aos familiares. Ainda há empecilhos para padronizar essa prática em razão da dinâmica complexa de uma UTI, no entanto a comunicação e o acolhimento mostraram-se ferramentas eficazes no cuidado humanizado para a criação de vínculos entre equipe/paciente/família.

Atuação Multiprofissional em UTI

Esta categoria trata das percepções dos familiares quanto ao atendimento multiprofissional. Alguns familiares informaram o desconhecimento sobre quais profissionais atuam no cuidado ao paciente na unidade. O dentista, por exemplo, não foi um profissional reconhecido como trabalhador na UTI, mas a sua presença foi considerada fundamental para a continuidade do tratamento.

“Nunca falta atenção, sempre tem um [profissional] com a gente. Acho que tudo que ele precisar, ele vai ter aqui. Quanto a isso [atendimento], estamos tranquilos. Mas a gente não imaginava que tinha dentista por exemplo”. (F4)

“Ela não tem dentes. Antigamente não era como é hoje. Não tratavam, arrancavam os dentes, daí ela ficou sem. Por isso é importante a presença do dentista aqui”. (F1)

A principal atuação da odontologia no ambiente hospitalar, especialmente na UTI, é a prevenção de infecções locais ou sistêmicas seja por meio da higiene oral, pela remoção de um aparelho ortodôntico para evitar acúmulo de biofilme ou, ainda, por extração dentária ou tratamento periodontal. Estudos apontam a relação entre as complicações causadas por higiene oral deficiente e o aumento da estadia hospitalar entre 6 e 30 dias.¹⁶

As ações interdisciplinares requerem relações horizontais, regidas pela reciprocidade e mutualidade, sem que haja a justaposição dos saberes, diferenciando-se do antigo modelo hegemônico. A atuação interdisciplinar se faz necessária diante da atual complexidade da saúde pública, pois possibilita efetivar a troca de informações e o acolhimento.¹¹ O acolhimento é uma diretriz e um dispositivo da Política de Humanização.¹

Enquanto diretriz, o acolhimento se produz na construção de redes de conversação que afirmam as relações nos processos de produção de saúde; como dispositivo de intervenção tem foco nas relações que ocorrem no processo saúde-doença e se apresenta como uma postura ética, onde não pressupõe hora nem profissional específico para fazê-lo.³

Na área da saúde, o trabalho multiprofissional é considerado um mecanismo indispensável para a atuação dos profissionais, em contraposição ao intenso processo de especialização e fragmentação das ações geradas. A colaboração interprofissional está relacionada à ética do cuidado, aproximando-se de práticas participativas e de relacionamentos pessoais mútuos entre os profissionais de saúde.¹⁷

A equipe multiprofissional deve desenvolver habilidades para a construção de uma relação terapêutica com os pacientes e de forma horizontal com os profissionais, na qual o paciente é visto como um todo, levando-se em consideração o atendimento humanizado. Assim, as demandas do usuário são priorizadas visando seu bem-estar e a manutenção do vínculo usuário-profissional.¹⁸

Sobre isso, cita-se que a PNH contempla a humanização como uma política transversal, em que a prática do acolhimento garante o aumento do grau de responsabilidade dos diferentes atores que constituem o cuidado em saúde.¹ Dessa forma, mesmo que o familiar não reconheça a prática do acolhimento, ele identifica que a atenção dispensada é motivo de gratidão. Os familiares identificaram a participação do psicólogo no tratamento do paciente.

“Sim, a gente recebe sempre do psicólogo e tudo mais. É como eu digo eles fazem o possível [...] a gente só que tem que agradecer porque eles atendem bem, que eu posso falar.” (F10)

“Psicólogo é importante [...] é o emocional da pessoa.” (F12)

A atuação do Psicólogo, em UTI, tem como objetivo oferecer suporte psicológico por meio de uma escuta diferenciada ao paciente, aos familiares e a toda a equipe de saúde que está envolvida, possibilitando, sobretudo, a exteriorização e o enfrentamento do sofrimento, da dor e de questões emergentes, facilitando o esclarecimento de dúvidas e de “fantasias” que provocam desconforto. A família, angustiada e sofrida, que se sente impotente e assustada mediante a ameaça da morte, precisa da atenção do psicólogo, pois o vínculo com os familiares é, muitas vezes, uma das poucas motivações que ele tem para enfrentar o sofrimento. O psicólogo deve facilitar, criar e garantir a comunicação efetiva e afetiva entre paciente/família e equipe, identificando qual membro da família tem melhores condições intelectuais e emocionais para receber as informações sobre o paciente.¹⁰

Nos próximos relatos, identifica-se o reconhecimento de outros profissionais no atendimento da UTI.

“Todos são eficientes, no meu entendimento. Todos da área, médico, enfermeiro, psicóloga, fisioterapeuta”. (F1)

“Além do médico, enfermeiro, o cirurgião plástico, as psicólogas, assistente social. Sempre foram importantes desde que ela entrou aqui”. (F4)

“Aqui ela está sendo acompanhada por uma equipe toda. Tem uma fonoaudióloga que acompanha ela, tem uma psicóloga, médicos, enfermeiros”. (F5)

A PNH busca a inserção do cuidado a ser prestado aos indivíduos ultrapassando a dimensão técnica e incorporando uma assistência individualizada e humanizada à pessoa hospitalizada e sua família, o que requer mudanças institucionais, organizacionais e, principalmente, no modo de pensar dos profissionais.¹

Assim, é importante que os familiares saibam que, além das tecnologias disponíveis na UTI, há uma equipe multiprofissional empenhada na melhora do paciente. Para tanto, é necessário que esses profissionais se façam presentes e atuantes com o paciente e familiar esclarecendo dúvidas e orientando quanto ao desenvolvimento terapêutico.

Com relação ao funcionamento da UTI, constatou-se que a maioria dos familiares concordava com o atual funcionamento da unidade. Porém, alguns acreditavam que deveria ser ofertado um tempo maior com o seu familiar internado. Na época de coleta de dados era disponibilizado horário de visita três vezes ao dia, no período da manhã, tarde e noite, com duração de 30 minutos por turno. Os familiares que referiram satisfação em relação ao tempo de visita, diziam entender a necessidade de tal conduta, relatando o risco de infecções e a exposição dos pacientes.

“Acho que está certo, porque não pode ser muito tempo... Tem que ter um certo resguardo. Acho que está bom, assim mesmo que deve ser.” (F1)

“A UTI tem que ser reservada, tem que ter limite [de tempo], eu entendo [...] eu acho muito pouco tempo, mas eu entendo, que não é só ele que está ali, a gente vem da rua e por mais que a gente colocava as luvas, eu sei que é complicado, o lugar, eu digo que eles ali estão com a imunidade muito baixa.” (F2)

“Acho que não tem que mudar nada. A visita está boa, o horário da visita, porque tem a questão da contaminação também. A gente vem de fora, vem sujo. Muita gente por muito tempo atrapalha também.” (F5)

Outros familiares acreditavam ser necessário um tempo maior de visita para estarem próximos ao familiar internado e presentes na unidade, entendendo melhor os cuidados e práticas dispensados ao mesmo.

“Eu acho que o horário de visita podia ser um pouquinho maior. Eu acho que os médicos podiam falar um pouco mais.” (F3)

“Se tivesse um pouquinho mais de tempo. Só isso. O resto tá tudo muito bom.” (F6)

A implantação da visita aberta está descrita na PNH como um dos dispositivos a ser implantado no caminho da humanização. Essa prática deve ser analisada e implantada com cuidado, visto que pode agregar ou desestabilizar paciente, familiar e equipe. É necessário considerar o contexto individual de cada unidade, criar critérios bem definidos e estabelecer vínculo entre equipe e familiares.¹⁹

A unidade onde o estudo foi realizado prevê a possibilidade de visitação aberta em casos nos quais o paciente está consciente e a presença do familiar se torna terapêutico e auxilia na evolução clínica do mesmo.

“Para mim está bom, eu chego e entro a hora que eu quiser.” (F4)

Por fim, os resultados apontam que a disponibilidade da equipe para esclarecer as dúvidas pode contribuir para amenizar o sofrimento, sendo a restrição do horário de visita essencial para evitar a exposição dos pacientes internados. A partir do exposto, fica explícita a importância de esclarecimento dos familiares quanto às rotinas existentes na unidade e, embora a visita seja fechada, em casos especiais, pode haver a possibilidade de visita estendida, conforme as diretrizes da PNH.¹

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A percepção dos familiares acerca da atenção da equipe multiprofissional na UTI é diversa. Ressalta-se, como ponto positivo no atendimento, a disponibilidade da equipe para esclarecimentos, o horário de visita está adequado e a atuação receptiva da equipe multiprofissional no atendimento em UTI.

O cuidado durante a hospitalização deve prever uma visão holística e valorização do trinômio paciente-equipe-família. Comunicação, acolhimento, estrutura física e ambiente adequados são fundamentais para que o processo de

internação na UTI, que é delicado e sofrido, seja vivenciado de maneira humanizada e que minimize as consequências da internação aos pacientes e familiares.

Por se tratar de um estudo realizado em uma única unidade intensiva, os dados não devem ser generalizados. Sugere-se para as próximas pesquisas avaliar como os profissionais da equipe assistente utilizam as diretrizes descritas na política em suas práticas profissionais.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Humaniza SUS: Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2004.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.071, de 04 de julho de 2005. Política Nacional de Atenção ao Paciente Crítico. Diário Oficial da República Federativa do Brasil; 2005.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 895, de 31 de março de 2017. Institui o cuidado progressivo ao paciente crítico ou grave com os critérios de elegibilidade para admissão e alta, de classificação e de habilitação de leitos de Terapia Intensiva adulto, pediátrico, UCO, queimados e Cuidados Intermediários, adulto e pediátrico no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS. Diário Oficial da República Federativa do Brasil; 2017.
4. Poerschke SSMB, Salbego C, Gomes EM et al. Atuação da Enfermagem Frente aos Sentimentos dos Familiares de Pacientes em Terapia Intensiva. Rev Fund Care Online. 2019; 11(3):771-779.
5. Kotz M, Frizon G, Silva OM, Toniollo CL, Ascari RA. Tecnologias, humanização e o cuidado de enfermagem na unidade de terapia intensiva: uma revisão bibliográfica. 2014;18(3):50-55.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Humaniza SUS: visita aberta e direito a acompanhante/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. – 2. ed. – Brasília: Ministério da Saúde; 2007.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Brasília (DF): Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde; 2012

-
8. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 14ª ed. São Paulo (SP): Hucitec; 2014
 9. Evangelista VC, et al. Multidisciplinary team of intensive therapy: humanization and fragmentation of the work process. *Revista Brasileira de Enfermagem*. 2016; 69(6):40-44.
 10. Araújo JA, Leitão EMP. A psicologia médica no centro de tratamento intensivo no Hospital Universitário Pedro Ernesto. *Rev. HUPE*. 2013;12(3):130-137.
 11. Santos DCL, Silva MM, Moreira MC, Zepeda KGM, Gaspar RB. Planejamento da assistência ao paciente em cuidados paliativos na terapia intensiva oncológica. *Acta Paul Enferm*. 2017; 30(3):295-300.
 12. Sanches RCN, Gerhardt PC, Rêgo AC, Carreira L, Pupulim JSL, Radovanovic CAT. Percepções de profissionais de saúde sobre a humanização em unidade de terapia intensiva adulto *Esc Anna Nery*. 2016;20(1):48-54.
 13. Buffoli M, Bellini E, Dellovo M, Gola M, Nachiero D, Rebecchi A, Capolongo S. Humanization and soft qualities in emergency rooms. *Ann Ist Super Sanita*. 2016;52(1):40-7.
 14. Michelan VCA, Spiri WC. Perception of nursing workers humanization under intensive therapy. *Rev Bras Enferm*. 2018;71(2):372-8.
 15. Sousa KHJ, Damasceno CKCS, Almeida CAPL, Magalhães JM, Ferreira MA. Humanização nos serviços de urgência e emergência: contribuições para o cuidado de enfermagem. *Rev. Gaúcha Enferm*. [Internet]. 2019; 40.
 16. Gaetti-Jardim E, et al. "Atenção odontológica a pacientes hospitalizados: revisão da literatura e proposta de protocolo de higiene oral." *Revista de Atenção à Saúde (antiga Rev. Bras. Ciên. Saúde)*. 2013;11(35).
 17. Araújo Neto JD, Silva ISP, Zanin LE, Andrade AP, Moraes KM. Profissionais de saúde da unidade de terapia intensiva: percepção dos fatores restritivos da atuação multiprofissional. *Rev. Bras. Promoç. Saúde*. 2016 Jan/Mar; 29(1):43-50.

18. Evangelista V. Percepção da equipe multiprofissional sobre o cuidado humanizado nas unidades de terapia intensiva de um hospital escola [dissertação]. São Paulo (SP): Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista; 2013.

19. Eugenio CS, Beck Filho MC, Souza EN. Visita aberta em uti adulto: utopia ou realidade. Rev. Enferm. UFSM 2017; 7(3):539-49.