

Artigo científico

Humanização do cuidado na UTI: perspectivas de profissionais de saúde

Humanization of care in the ICU: perspectives of health professionals

Humanización de la atención en la UCI: perspectivas de los profesionales de la salud

Cielly Batista Vieira da Silva¹, Milena Andrade Maciel², Maxswélia Simone do Nascimento Matias³, Geane Silva Oliveira⁴, Renata Lúvia Silva Fonseca Moreira de Medeiros⁵ e Maria Raquel Antunes Casimiro⁶

¹Graduanda em Enfermagem pelo Centro Universitário Santa Maria, Cajazeiras, Paraíba. ORCID: 0009-0007-4468-1812. E-mail: elly_silva2@hotmail.com;

²Graduanda em Enfermagem pelo Centro Universitário Santa Maria, Cajazeiras, Paraíba. ORCID: 0009-0002-1170-3222. E-mail: milencz9@gmail.com;

³Especialista em Obstetrícia e Neonatologia pelo Centro Universitário Santa Maria, Cajazeiras, Paraíba. ORCID: 0009-0002-5794-1226. E-mail: maxswelia_simone@hotmail.com;

⁴Mestre em Enfermagem pela Universidade Federal da Paraíba. Professora no Centro Universitário Santa Maria, Cajazeiras, Paraíba. ORCID: 0000-0002-9500-2863. E-mail: geane32.silva@gmail.com;

⁵Docente pelo Centro Universitário Santa Maria, Cajazeiras, Paraíba. ORCID: 0000-0002-9913-4863. E-mail: renaliviamoreira@hotmail.com;

⁶Docente pelo Centro Universitário Santa Maria, Cajazeiras, Paraíba. ORCID: 0000-0002-1655-7845. E-mail: raquelcasimiro2018@gmail.com.

RESUMO: Introdução: A humanização no cuidado em saúde, sobretudo nas Unidades de Terapia Intensiva (UTIs), busca conciliar os avanços tecnológicos com a preservação da dignidade e do bem-estar dos pacientes. Apesar do suporte multiprofissional, o ambiente da UTI tende a gerar isolamento, dor e despersonalização, intensificados por fatores como ruídos, iluminação artificial e restrições de contato familiar. Paralelamente, a sobrecarga de trabalho e o desgaste das equipes podem resultar em atendimentos impessoais, levando pacientes a vivenciarem experiências de desrespeito e perda de autonomia. **Objetivo:** Analisar como os profissionais de saúde percebem e implementam a humanização em Unidades de Terapia Intensiva. **Metodologia:** Revisão bibliográfica de natureza qualitativa e caráter exploratório, realizada em setembro de 2025 nas bases SciELO, BVS e Lilacs. Utilizaram-se os descritores “Humanização da Assistência”, “Unidade de Terapia Intensiva” e “Profissionais de Saúde”. Foram incluídos artigos publicados entre 2019 e 2025, em português e inglês, resultando em 27 estudos selecionados para análise. **Resultados e Discussões:** Os achados apontam que a humanização em UTIs envolve dimensões fundamentais como comunicação empática, bem-estar do paciente, integração familiar e suporte psicológico à equipe. Iniciativas internacionais, como o Proyecto HU-CI, reforçam práticas voltadas à valorização dos vínculos humanos e à prevenção do esgotamento profissional. Intervenções organizacionais e individuais demonstraram impacto positivo na redução do burnout e na melhoria da qualidade assistencial. **Conclusão:** Conclui-se que a humanização é um processo contínuo e multidimensional, essencial para qualificar a assistência e fortalecer o protagonismo dos profissionais de saúde. Promover práticas humanizadas nas UTIs significa investir em dignidade, segurança e sentido ao cuidado em contextos críticos.

Palavras-chave: Cuidados intensivos. Humanização da assistência. Profissionais de saúde. UTI.

ABSTRACT: Introduction: Humanization in healthcare, especially in Intensive Care Units (ICUs), seeks to reconcile technological advances with the preservation of patients' dignity and well-being. Despite multidisciplinary support, the ICU environment tends to generate isolation, pain, and depersonalization, intensified by factors such as noise, artificial lighting, and restrictions on family contact. At the same time, work overload and staff burnout can result in impersonal care, leading patients to experience disrespect and loss of autonomy. **Objective:** To analyze how healthcare professionals perceive and implement humanization in Intensive Care Units. **Methodology:** A qualitative and exploratory literature review was conducted in September 2025 in the SciELO, BVS, and Lilacs databases. The descriptors “Humanization of Care,” “Intensive Care Unit,” and “Health Professionals” were used. Articles published between 2019 and 2025, in Portuguese and English, were included, resulting in 27 studies selected for analysis. **Results and Discussions:** The findings indicate that humanization in ICUs involves fundamental dimensions such as empathic communication, patient well-being, family integration, and psychological support for the team. International initiatives, such as Proyecto HU-CI, reinforce practices aimed at valuing human bonds and preventing professional burnout. Organizational and individual interventions have demonstrated a positive impact on reducing burnout and improving the quality of care. **Conclusion:** It is concluded that humanization is a continuous and multidimensional process, essential for improving care and strengthening the role of healthcare professionals. Promoting humanized practices in ICUs means investing in dignity, safety, and meaning in critical care contexts.

Keywords: Intensive care. Humanization of care. Healthcare professionals. ICU.



RESUMEN: Introducción: La humanización en la atención sanitaria, especialmente en las unidades de terapia intensiva (UTI), busca conciliar los avances tecnológicos con la preservación de la dignidad y el bienestar de los pacientes. A pesar del apoyo multiprofesional, el entorno de la UTI tiende a generar aislamiento, dolor y despersonalización, intensificados por factores como el ruido, la iluminación artificial y las restricciones al contacto familiar. Paralelamente, la sobrecarga de trabajo y el desgaste de los equipos pueden dar lugar a una atención impersonal, lo que lleva a los pacientes a experimentar situaciones de falta de respeto y pérdida de autonomía. **Objetivo:** Analizar cómo los profesionales de la salud perciben e implementan la humanización en las Unidades de Terapia Intensiva. **Metodología:** Revisión bibliográfica de naturaleza cualitativa y carácter exploratorio, realizada en septiembre de 2025 en las bases SciELO, BVS y Lilacs. Se utilizaron los descriptores «Humanización de la asistencia», «Unidad de Terapia Intensiva» y «Profesionales de la salud». Se incluyeron artículos publicados entre 2019 y 2025, en portugués e inglés, lo que dio como resultado 27 estudios seleccionados para su análisis. **Resultados y discusiones:** Los hallazgos apuntan a que la humanización en las UCI implica dimensiones fundamentales como la comunicación empática, el bienestar del paciente, la integración familiar y el apoyo psicológico al equipo. Iniciativas internacionales, como el Proyecto HU-CI, refuerzan las prácticas orientadas a la valorización de los vínculos humanos y la prevención del agotamiento profesional. Las intervenciones organizativas e individuales han demostrado tener un impacto positivo en la reducción del agotamiento y la mejora de la calidad de la asistencia. **Conclusión:** Se concluye que la humanización es un proceso continuo y multidimensional, esencial para mejorar la calidad de la atención y fortalecer el protagonismo de los profesionales de la salud. Promover prácticas humanizadas en las UCI significa invertir en dignidad, seguridad y sentido de la atención en contextos críticos.

Palabras clave: Cuidados intensivos. Humanización de la atención. Profesionales de la salud. UCI.

1 CONSIDERAÇÕES INICIAIS

A humanização no atendimento é fundamental para garantir o bem-estar durante os processos de cuidado nos sistemas de saúde. O ambiente hospitalar é marcado por uma carga emocional intensa, refletindo o sofrimento e a ansiedade tanto do paciente quanto de seus familiares. Incorporar a humanização na rotina dos profissionais de saúde significa reafirmar o direito universal à saúde, sem qualquer tipo de distinção (Trinidad; Pascual; García, 2019; Bueno; La Calle, 2020).

A Unidade de Terapia Intensiva (UTI) é um setor hospitalar destinado ao cuidado de pacientes com doenças graves e potencialmente fatais, que muitas vezes requerem ventilação mecânica e sedação. Apesar do suporte avançado de vida, garantido por tecnologias sofisticadas, protocolos rigorosos e uma equipe multiprofissional capacitada, o tratamento intensivo pode ser uma experiência aterrorizante, na qual o paciente se sente isolado, solitário e à mercê de estranhos, além de enfrentar dor, dificuldade para respirar, dormir e pensar com clareza (Nygaard et al., 2023; Renner et al., 2023; Doherty et al., 2024).

A estrutura da UTI, marcada por ruídos constantes, iluminação artificial, procedimentos invasivos e restrições de contato com familiares, pode acentuar a desumanização do cuidado. Infelizmente, os progressos tecnológicos que aumentaram as taxas de sobrevivência nem sempre foram acompanhados por avanços equivalentes nos aspectos mais humanos do tratamento intensivo, o que reforça a necessidade de incorporar práticas que promovam a humanização nesse contexto (Heras La Calle; Martin; Nin, 2017).

A necessidade de humanização é uma questão amplamente debatida em diversos cenários, tanto na vida privada quanto no ambiente profissional, e embora se manifeste em muitas áreas, é na saúde que se torna mais sensível, isso ocorre porque a vulnerabilidade e o sofrimento são quase inerentes ao processo da doença, tornando essencial um cuidado mais humanizado (Galvin et al., 2020).

As transformações na área da saúde nas últimas décadas intensificaram o debate sobre essa abordagem, ressaltando a importância de um atendimento que vá além do tratamento de sinais e sintomas (Chen; Guan; Zhuang, 2024).

Os profissionais de saúde desempenham um papel essencial na humanização dos cuidados, ao promoverem a compaixão, a empatia e uma abordagem holística no atendimento aos pacientes. Há décadas, esses debates ressaltam a importância de integrar o humanismo à prática clínica. Por exemplo, Charon (2008), ao explorar a medicina narrativa, enfatiza a necessidade de compreender os aspectos emocionais do atendimento e as tensões dramáticas que influenciam as decisões clínicas.

A UTI, por sua vez, conta com uma equipe multidisciplinar composta por médicos intensivistas, profissionais de prática clínica avançada, farmacêuticos, fisioterapeutas, enfermeiros, terapeutas ocupacionais, fonoaudiólogos e terapeutas respiratórios. Cada profissional contribui com conhecimentos específicos para o cuidado integral do paciente crítico. Atuam no monitoramento, tratamento e reabilitação dos pacientes, realizando procedimentos complexos e promovendo a recuperação funcional (Taylor; Sherry; Sing, 2016).

No Brasil, a Política Nacional de Humanização (PNH), criada pelo Ministério da Saúde em 2003, tem como objetivo integrar a humanização como um princípio central na gestão e no atendimento do Sistema Único de Saúde (SUS). Baseada em diretrizes como a valorização das pessoas, a promoção do acolhimento e a corresponsabilidade no cuidado, a PNH desenvolve ações para aprimorar a comunicação entre profissionais e pacientes, estimular a autonomia dos usuários e melhorar as condições de trabalho das equipes de saúde. Nas UTIs, essa política desempenha um papel fundamental ao incentivar práticas que garantam o respeito e a dignidade dos pacientes, tornando o atendimento mais humanizado, mesmo diante dos desafios do cuidado críticos (Brasil, 2003).

No ambiente das UTI, os pacientes encontram-se em condição de extrema vulnerabilidade, tornando-se

suscetíveis à falta de humanização no cuidado (Alonso-Ovies; Heras La Calle, 2016; Wilson et al., 2019). As equipes de saúde, frequentemente submetidas a altas cargas de trabalho e exaustão, podem, ainda que de forma não intencional, adotar uma abordagem impessoal no atendimento a pacientes em estado crítico (Ziaei et al., 2015; Al Ma'mari; Sharour; Al Omari, 2020).

Relatos indicam que alguns indivíduos se sentiram tratados como meros objetos, especialmente devido à limitação na comunicação e à impossibilidade de expressar suas necessidades. Além disso, há registros de experiências marcadas pelo desrespeito por parte das equipes médicas (Geller et al., 2016; Law et al., 2019). Em contraste, muitos pacientes e familiares ressaltam que um cuidado humanizado, fundamentado no respeito, na empatia e na personalização do atendimento, contribui significativamente para a preservação da dignidade e da individualidade dos pacientes (Cook et al., 2015; Sinclair et al., 2016).

Portanto, a pesquisa justifica-se pela relevância da humanização no cuidado em UTI, uma vez que essa abordagem está diretamente associada a benefícios significativos para pacientes, familiares e profissionais de saúde. Para que intervenções eficazes sejam desenvolvidas, é fundamental identificar os obstáculos à humanização nesse ambiente e criar estratégias que ofereçam suporte direto aos profissionais de saúde. Esse apoio pode contribuir para a construção de um ambiente mais empático e acolhedor, promovendo interações mais humanizadas e impactando positivamente a qualidade do atendimento prestado.

Diante desse cenário, o estudo tem como objetivo analisar, por meio de uma revisão bibliográfica, as perspectivas dos profissionais de saúde acerca da humanização do cuidado em UTIs. A partir dessa proposta, estabelece-se a seguinte questão norteadora: como a humanização do cuidado é percebida e implementada em unidades de terapia intensiva sob a ótica dos profissionais de saúde?

2 METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão bibliográfica, compreendida como um tipo de revisão da literatura que busca reunir, analisar e discutir os achados de diferentes estudos, permitindo ao pesquisador sintetizar os principais resultados e perspectivas sobre determinado tema sem comprometer a originalidade das abordagens teóricas e metodológicas empregadas nas pesquisas de origem (Soares et al., 2014).

Do ponto de vista metodológico, esta investigação

insere-se no campo da pesquisa qualitativa, com caráter exploratório, orientada à construção de compreensões, reflexões e interpretações a partir da leitura crítica das evidências disponíveis, mais do que à validação de hipóteses prévias (Cardano, 2017). Nessa perspectiva, a pesquisa exploratória visa favorecer o levantamento de questionamentos, a explicitação do problema e o aprimoramento conceitual do tema em estudo, permitindo a ampliação da visão sobre o fenômeno analisado (Levorci Neto; Jacobus, 2016).

A pergunta norteadora foi definida nos seguintes termos: Como a humanização do cuidado é percebida e implementada nas Unidades de Terapia Intensiva (UTIs) sob a ótica dos profissionais de saúde?

Para respondê-la, foi realizada, em setembro de 2025, uma busca sistematizada nas bases de dados Scientific Electronic Library Online (SciELO), Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (Lilacs). Utilizaram-se como descritores os termos: “Humanização da Assistência”, “Unidade de Terapia Intensiva” e “Profissionais de Saúde”, combinados pelo operador booleano AND, a fim de refinar a busca e assegurar a relevância temática dos resultados.

Os critérios de inclusão compreenderam artigos publicados entre 2019 e 2025, disponíveis em português e inglês, de acesso gratuito e disponíveis na íntegra, que abordassem de forma direta a humanização do cuidado em UTIs sob a perspectiva dos profissionais de saúde. Foram excluídos os estudos redigidos em espanhol, duplicados, dissertações, monografias, artigos incompletos ou que não apresentassem relação direta com o objetivo proposto.

Após a aplicação dos critérios, foram identificados e selecionados 27 artigos, os quais compuseram o corpus analítico da pesquisa, servindo de base para a sistematização das evidências e discussão dos resultados apresentados.

Por não se tratar de um estudo que envolva seres humanos e por ser realizado em bases de dados de acesso coletivo, não foi preciso submetê-lo ao Comitê de Ética e Pesquisa.

3 ANÁLISE DOS RESULTADOS E DISCUSSÃO

Para melhor elucidar os resultados obtidos, apresentam-se dois quadros que sintetizam os estudos selecionados. O Quadro 1 contempla a identificação dos manuscritos, reunindo as colunas Manuscrito, Autores/Ano, Título do artigo e Periódico. Enquanto o Quadro 2 reúne as informações referentes aos objetivos, metodologia e síntese dos resultados de cada estudo analisado.

Quadro 1 – Identificação dos manuscritos abordando: autor, ano de publicação, título e periódico.

Manuscrito	Autores / Ano	Título do artigo	Periódico
1	Adam et al., 2023	Intervenções para reduzir o estresse e prevenir o burnout em profissionais de saúde com apoio de aplicativos digitais: uma revisão de escopo	Frontiers in Public Health
2	Ahmad et al., 2023	Humanizando a UTI: perspectivas de pacientes e familiares sobre o quadro “Conheça-me”	Journal of Patient Experience
3	Azoulay et al., 2024	HELLO: protocolo de ensaio randomizado em cluster para aprimorar relações interpessoais e coesão de equipe entre profissionais de UTI	Intensive Care Medicine Experimental



4	Bhatt et al., 2025	Impacto da tomada de decisão compartilhada na satisfação familiar com os serviços de UTI: “Compartilhar com cuidado” ganha novo significado	American Journal of Hospice and Palliative Medicine®
5	Boots et al., 2020	Higiene circadiana no ambiente da UTI (estudo CHIE)	Critical Care and Resuscitation
6	Briciu et al., 2023	Burnout, depressão e fatores de estresse ocupacional em profissionais de saúde de hospital dedicado à COVID-19 após dois anos de pandemia	International Journal of Environmental Research and Public Health
7	Cohen et al., 2023	Intervenções no local de trabalho para melhorar o bem-estar e reduzir o burnout em profissionais de saúde: revisão sistemática	BMJ Open
8	Gareau; Oliveira; Gallani, 2022	Humanização do cuidado para pacientes adultos em UTI: protocolo de revisão de escopo	JBIC Evidence Synthesis
9	Imbulana; Davis; Prentice, 2021	Intervenções para reduzir o sofrimento moral em clínicos que trabalham em UTIs: revisão sistemática	Intensive and Critical Care Nursing
10	Jaber et al., 2025	Estratégias de combate ao burnout, gatilhos, implicações e mecanismos de enfrentamento entre enfermeiros na Arábia Saudita: estudo multicêntrico e misto	BMC Nursing
11	Kesecioglu et al., 2024	Diretrizes europeias sobre cuidados paliativos e de fim de vida em UTIs	Intensive Care Medicine
12	Li et al., 2024	Burnout em enfermeiros e sua relação com segurança, satisfação e qualidade do cuidado: revisão sistemática e meta-análise	JAMA Network Open
13	Liu et al., 2022	Tomada de decisão compartilhada entre família e clínicos em UTIs: ensaio clínico randomizado em cluster na China	Patient Education and Counseling
14	Naef et al., 2021	Impacto de uma intervenção liderada por enfermeiros para suporte familiar na satisfação e bem-estar psicológico de familiares de pacientes críticos	Australian Critical Care
15	Naef et al., 2025	Intervenção liderada por enfermeiros para apoio a famílias de pacientes críticos: ensaio clínico randomizado em cluster (FICUS Trial)	JAMA Internal Medicine
16	Nascimento, 2021	Humanização e tecnologias leves aplicadas ao cuidado de enfermagem na unidade de terapia intensiva: revisão sistemática	Nursing (São Paulo)
17	Nouvel et al., 2025	Limitação de tratamentos de suporte à vida em pacientes que morrem nas primeiras 48h após admissão na UTI: estudo francês multicêntrico	Critical Care Explorations
18	Renner et al., 2023	Diretriz sobre reabilitação multimodal para pacientes com síndrome pós-cuidados intensivos	Critical Care
19	Rosa et al., 2019	Efeito da visita familiar flexível sobre o delirium em pacientes de UTI: ensaio clínico randomizado ICU Visits	JAMA
20	Silva et al., 2024	Fatores motivacionais para profissionais de saúde em projeto colaborativo de melhoria da qualidade em larga escala no Brasil: estudo qualitativo	BMC Health Services Research
21	Souza et al., 2024	Efeitos de longo prazo da visita familiar flexível na UTI sobre a saúde mental de familiares: resultados em 12 meses de ensaio clínico	Intensive Care Medicine
22	Tiruvoipati; Mulder; Haji, 2020	Melhoria do sono em unidades de terapia intensiva: panorama de opções diagnósticas e terapêuticas	Journal of Patient Experience
23	Tilburgs et al., 2025	Associação entre domínios físicos, cognitivos e mentais da síndrome pós-UTI e qualidade de vida: estudo longitudinal multicêntrico	Critical Care Medicine
24	Vaeza; Delgado; La	Humanizando a terapia intensiva: em direção a um modelo de UTI centrado no ser humano	Critical Care Medicine



	Calle, 2020		
25	Williamson et al., 2021	Lesão moral: efeitos sobre a saúde mental e implicações para o tratamento	The Lancet Psychiatry
26	Wubben et al., 2021	Tomada de decisão compartilhada na UTI sob a perspectiva de médicos, enfermeiros e pacientes: estudo qualitativo	BMJ Open
27	Yin et al., 2024	Relação entre fadiga por compaixão e resiliência moral no sofrimento moral de enfermeiros de UTI: estudo transversal	Frontiers in Public Health

Fonte: elaborado pelas autoras (2025)

Quadro 2 – Identificação dos manuscritos abordando: objetivos, metodologia, e síntese dos resultados encontrados.

Manuscrito	Objetivos	Metodologia	Síntese dos resultados encontrados
1	Mapear intervenções digitais para redução do estresse e prevenção do burnout em profissionais de saúde.	Revisão de escopo (2017–2022) em quatro bases; inclusão de estudos clínicos com componentes digitais em países de alta renda.	Apenas 7 estudos incluídos; uso de mindfulness, TCC e terapias híbridas; eficácia parcial e necessidade de apoio organizacional.
2	Explorar percepções de pacientes e familiares sobre o uso do quadro Get to Know Me (GTKMB) em UTIs.	Estudo qualitativo com entrevistas estruturadas com 38 pacientes e 60 familiares em ambiente hospitalar.	O GTKMB foi amplamente valorizado por reforçar a humanidade do paciente, melhorar a comunicação e fortalecer vínculos com a equipe.
3	Avaliar a eficácia do <i>Hello Bundle</i> na redução do burnout e fortalecimento das relações interpessoais entre profissionais de UTI.	Ensaio clínico randomizado em cluster com 73 UTIs afiliadas à ESICM (~7.300 participantes), comparando grupos intervenção e controle.	O protocolo propõe seis ações de comunicação e apoio social; espera-se melhora na coesão da equipe, satisfação no trabalho e redução do burnout.
4	Avaliar o impacto da tomada de decisão compartilhada na satisfação familiar com os serviços de UTI.	Estudo prospectivo com 336 familiares de pacientes internados (>72h), utilizando o questionário FS-ICU 24R.	Consistência e honestidade das informações, além da comunicação frequente com médicos, foram os principais preditores de maior satisfação familiar.
5	Investigar como fatores ambientais da UTI afetam o ritmo circadiano de pacientes internados.	Estudo prospectivo de 30 dias em UTI terciária com 28 pacientes; medição de luz, ruído, temperatura, umidade e temperatura corporal central.	A UTI apresentou baixa luminosidade, ruídos constantes e interrupções noturnas por cuidados; 36% mantiveram ritmo circadiano, sem relação com gravidade clínica.
6	Investigar níveis de burnout, depressão e estresse ocupacional em profissionais de um hospital dedicado à COVID-19.	Estudo transversal com 114 profissionais na Romênia; aplicação de MBI, CBI, Karasek e PHQ-9.	Burnout em 100% dos participantes (56,1% moderado/grave) e depressão em 63,1%; maior impacto em médicos residentes e jovens com <10 anos de experiência.
7	Avaliar intervenções destinadas a reduzir o burnout e melhorar o bem-estar de profissionais de saúde.	Revisão sistemática (Medline, Embase, CINAHL, PsycInfo, 2022) com 33 estudos que mediram resultados pré e pós-intervenção.	29 estudos relataram melhora em bem-estar, engajamento e resiliência; mindfulness foi a intervenção mais frequente; limitações metodológicas reduziram robustez dos achados.
8	Mapear evidências sobre a humanização do cuidado em UTIs com base em um arcabouço conceitual.	Revisão de escopo (Embase, PubMed, CINAHL; 2010–presente) considerando sete dimensões da humanização em pacientes adultos.	Propõe sistematizar literatura dispersa e identificar lacunas em comunicação, bem-estar, envolvimento familiar e ambiente físico, orientando políticas e práticas futuras.
9	Avaliar a eficácia de intervenções para reduzir o sofrimento moral em profissionais de saúde de UTIs.	Revisão sistemática (PubMed, EBSCO, Scopus) com 12 estudos, incluindo ECRs, quase-experimentos e observacionais.	Identificadas intervenções como empoderamento moral, treinamentos e debriefings; evidências fracas e alto risco de viés impedem conclusões firmes sobre eficácia.

- 10 Identificar fatores desencadeantes, implicações e estratégias de enfrentamento do burnout entre enfermeiros na Arábia Saudita. Estudo de métodos mistos com 1.747 enfermeiros (questionário e entrevistas semiestruturadas) em hospitais e centros de saúde. Alta prevalência de burnout; principais causas ligadas à sobrecarga e gestão; medidas eficazes incluem melhoria das condições de trabalho e apoio institucional.
- 11 Elaborar diretrizes baseadas em evidências para cuidados paliativos e de fim de vida em pacientes críticos. Revisão sistemática e consenso internacional multidisciplinar sob coordenação da ESICM. Oito recomendações e 19 pareceres enfatizam integração precoce dos cuidados paliativos, respeito à autonomia, comunicação estruturada e suporte à equipe da UTI.
- 12 Avaliar a associação entre burnout de enfermeiros e indicadores de segurança, satisfação e qualidade do cuidado. Revisão sistemática e meta-análise (85 estudos; 288.581 enfermeiros em 32 países) seguindo PRISMA 2020. Burnout associou-se a menor segurança, maior incidência de erros e eventos adversos, menor satisfação do paciente e pior qualidade assistencial percebida.
- 13 Avaliar os efeitos da intervenção de tomada de decisão compartilhada entre familiares e clínicos (FCSDM) em UTIs. Ensaio controlado em seis UTIs chinesas com 548 pacientes, 548 familiares e 387 profissionais; reuniões estruturadas de decisão compartilhada. A intervenção aumentou a satisfação e reduziu a depressão dos familiares, melhorou a colaboração da equipe e reduziu o tempo de internação na UTI.
- 14 Avaliar o efeito de uma intervenção de suporte familiar liderada por enfermeiros sobre satisfação e bem-estar de familiares de pacientes críticos. Estudo quase experimental antes e depois, com entrevistas qualitativas em hospital universitário suízo (2018–2019). A intervenção aumentou a satisfação familiar e o envolvimento nas decisões, embora não tenha reduzido o sofrimento psicológico; familiares relataram sentir-se mais cuidados e informados.
- 15 Co-desenhar uma intervenção de suporte familiar liderada por enfermeiros para pacientes oncológicos e seus familiares. Pesquisa participativa com método *Experience-Based Co-Design* em hospital espanhol (2024–2025), envolvendo enfermeiros, pacientes e familiares. Foram definidas três dimensões centrais — Engajar, Apoiar e Empoderar —, destacando a comunicação e a confiança como pilares da intervenção; requer avaliação futura de eficácia.
- 16 Analisar a aplicação de tecnologias leves e práticas de humanização no cuidado de enfermagem em UTIs. Revisão sistemática da literatura nacional sobre humanização e tecnologias relacionais em cuidados intensivos. Evidenciou a importância da escuta, empatia e vínculo profissional-paciente como ferramentas essenciais à humanização do cuidado de enfermagem.
- 17 Determinar a proporção e os fatores associados a decisões de limitação de suporte de vida (LST-L) em pacientes que morreram até 48h após admissão na UTI. Estudo retrospectivo, observacional e multicêntrico em 12 UTIs francesas (2022–2023), com 100 pacientes incluídos. 62% dos óbitos ocorreram após decisão de LST-L; idade avançada e comorbidades foram preditores; faltaram protocolos e consideração dos desejos do paciente.
- 18 Desenvolver diretrizes multiprofissionais baseadas em evidências para reabilitação de pacientes com síndrome pós-cuidados intensivos (PICS). Grupo de 15 especialistas elaborou recomendações segundo metodologia GRADE e análise de 10 questões PICO. Emitidas 12 recomendações e 4 opções terapêuticas; enfatizam mobilização precoce, reabilitação cognitiva e suporte psicológico contínuo.
- 19 Avaliar se a política de visita familiar flexível reduz a incidência de delirium em pacientes de UTI. Ensaio clínico randomizado em cluster (36 UTIs brasileiras; 1.685 pacientes, 1.295 familiares e 826 profissionais). A visita flexível (12h/dia) não reduziu o delirium, mas diminuiu significativamente ansiedade e depressão entre familiares.
- 20 Explorar barreiras e facilitadores que influenciam a motivação de profissionais em projetos Estudo qualitativo com entrevistas semiestruturadas (28 profissionais de 12 hospitais brasileiros); análise Motivação aumentada por resultados tangíveis e apoio gerencial; resistência à mudança e sobrecarga foram barreiras centrais.

	colaborativos de melhoria da qualidade em UTIs.	de conteúdo via NVivo e modelo COM-B.	
21	Avaliar efeitos de longo prazo da visita flexível na prevalência de sintomas de estresse pós-traumático, ansiedade e depressão em familiares.	Análise de seguimento (12 meses) do ensaio multicêntrico de visita flexível em 36 UTIs brasileiras.	Após 1 ano, familiares apresentaram menor prevalência de sintomas de estresse pós-traumático, sem diferença significativa em ansiedade ou depressão.
22	Revisar evidências sobre qualidade do sono e estratégias de melhoria em pacientes internados em UTI.	Revisão narrativa de estudos clínicos e experimentais sobre sono em UTIs, com ênfase em intervenções farmacológicas e não farmacológicas.	Pacientes em UTI apresentam sono fragmentado e de má qualidade; evidências sobre intervenções (como tampões auriculares, máscaras e sedativos) ainda são inconclusivas, exigindo novos estudos.
23	Investigar a associação entre os domínios físico, cognitivo e mental da síndrome pós-cuidados intensivos (PICS) e as mudanças na qualidade de vida (HRQoL) após a alta da UTI.	Estudo longitudinal, prospectivo e multicêntrico (4.092 pacientes, 7 UTIs holandesas); acompanhamento em 3 e 12 meses com regressão linear multivariada.	Todos os domínios da PICS apresentaram correlação negativa com a qualidade de vida; o domínio mental teve o maior impacto em 3 meses, e físico e mental em 12 meses.
24	Descrever o movimento internacional “Proyecto HUCI” e suas áreas de atuação para humanização das UTIs.	Estudo descritivo e reflexivo baseado em evidências e na experiência multicêntrica de implementação em mais de 200 UTIs na Espanha e América Latina.	O projeto define eixos como comunicação, bem-estar do paciente e equipe, infraestrutura humanizada, cuidados de fim de vida e prevenção da síndrome pós-UTI; relatou adesão média de 40–60% às boas práticas. Lesão moral associa-se a PTSD, depressão e suicidabilidade; mensuração ainda limitada fora do meio militar. Tratamentos promissores incluem abordagens focadas em auto-perdão, aceitação/compaixão e, quando pertinente, suporte espiritual; expor-se apenas pode ser inadequado sem processamento de culpa e vergonha. Recomenda-se mais evidência em populações civis.
25	Discutir o conceito de “lesão moral”, seus impactos em saúde mental e implicações terapêuticas.	Comentário/narrativa baseada em evidências (síntese crítica de estudos e meta-análises prévias).	Médicos relataram incerteza e sobrecarga; pacientes e famílias sentiram-se pouco incluídos; enfermeiros destacaram potencial para integrar aspectos humanos e valores dos pacientes no processo decisório.
26	Identificar percepções e necessidades sobre a tomada de decisão compartilhada (SDM) na UTI entre médicos, enfermeiros, pacientes e familiares.	Estudo qualitativo em dois centros terciários holandeses, com 19 entrevistas e 29 participantes.	Três perfis de fadiga identificados; maior fadiga reduziu a resiliência e aumentou o sofrimento moral. Fatores como idade, sexo e satisfação salarial influenciam o risco; intervenções devem integrar apoio emocional e organizacional.
27	Investigar como a fadiga por compaixão afeta a relação entre resiliência moral e sofrimento moral em enfermeiros de UTI.	Estudo transversal nacional com 612 enfermeiros chineses; análise de perfis latentes e moderação estatística.	

Fonte: elaborado pelas autoras (2025)

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

4.1 HUMANIZAÇÃO EM UTI: DIRETRIZES E DIMENSÕES DE ATUAÇÃO

A humanização do cuidado em UTIs emerge como

um desafio e, ao mesmo tempo, como uma necessidade diante da complexidade dos contextos críticos. Nesses ambientes, em que a tecnologia e os protocolos clínicos frequentemente assumem protagonismo, cresce a demanda por práticas que considerem tanto o tratamento biomédico, como também os aspectos emocionais, relacionais e



organizacionais envolvidos no processo de cuidado (Nascimento, 2021; Ahmad et al., 2023). Nesse cenário, compreender as diretrizes e dimensões de atuação propostas por iniciativas internacionais oferece subsídios relevantes para analisar como os profissionais de saúde percebem, incorporam e ressignificam a humanização em sua prática cotidiana.

De acordo com Gareau, Oliveira e Gallani (2022), o desenvolvimento do cuidado em saúde pode ser compreendido como um processo que tem início no cuidado centrado no paciente (Patient-Centered Care), cujo foco está nas necessidades e preferências individuais do paciente em relação à sua condição médica. Em um segundo momento, amplia-se a perspectiva para o cuidado centrado na pessoa (Person-Focused Care), no qual o indivíduo é considerado em sua integralidade, como sujeito com uma história própria, contemplando não apenas o tratamento da doença, mas também a promoção da saúde e a prevenção, ao longo de seu curso de vida. Por fim, esse processo culmina na humanização do cuidado (Humanization of Care), que envolve todos os atores participantes do processo assistencial e suas interações, abrangendo dimensões relacionais, organizacionais e estruturais.

Nesse sentido, a humanização do cuidado em saúde, especialmente no contexto das UTIs, tem sido objeto de iniciativas internacionais que buscam traduzir tais princípios em práticas concretas. Por meio de uma iniciativa multicêntrica, o Proyecto HU-CI propõe dimensões de atuação voltadas à transformação das UTIs, contemplando aspectos relacionados ao paciente, à família, aos profissionais de saúde e à própria organização dos serviços (Proyecto HU-CI, 2020). Complementarmente, diferentes diretrizes e estudos reforçam tais perspectivas, consolidando a humanização como eixo estruturante do cuidado intensivo.

Um dos eixos fundamentais é a política de portas abertas, que amplia a presença familiar no ambiente hospitalar. Além de reforçar o vínculo afetivo entre pacientes e familiares, essa medida tem sido associada a benefícios psicológicos na família (Vaeza; Delgado; La Calle, 2020). O ICU Visits Study, ensaio multicêntrico conduzido no Brasil, avaliou um modelo de visita flexível (até 12 h/dia) versus visita restrita e mostrou que, embora não tenha reduzido a incidência de delírium nos pacientes, a visita flexível diminuiu de forma significativa os escores médios de ansiedade e depressão entre os familiares durante a internação (Rosa et al., 2019). Estudos de seguimento com os mesmos participantes demonstraram efeitos benéficos de longo prazo: na análise de 12 meses, a visita flexível foi associada a menor prevalência de sintomas de pós-trauma (PTSD) entre os familiares, ainda que as diferenças em prevalência de ansiedade e depressão aos 12 meses não tenham sido estatisticamente significativas (Souza et al., 2024).

A comunicação figura como elemento central para a qualidade da assistência. O Proyecto HU-CI destaca a importância da comunicação empática e do uso de ferramentas alternativas quando necessário (Vaeza; Delgado; La Calle, 2020). Evidências recentes reforçam esse papel: o FICUS Trial, conduzido em UTIs suíças, demonstrou que uma intervenção de suporte à família

liderada por enfermeiros, com componentes interprofissionais, aumentou significativamente a satisfação das famílias com os cuidados da UTI, especialmente no que tange ao envolvimento nas decisões, além de melhorar a qualidade da comunicação entre equipe e familiares e o suporte emocional/cognitivo oferecido (Naef et al., 2025). Experimentos quasi-experimentais semelhantes também identificaram que famílias se sentem mais bem informadas, com comunicação mais clara e envolvimento maior quando existe uma trajetória estruturada de suporte familiar liderada por enfermeiros (Naef et al., 2021).

Outro pilar refere-se ao bem-estar integral do paciente, abrangendo tanto manejo clínico, como também o conforto psicológico, espiritual e ambiental (Vaeza; Delgado; La Calle, 2020). Nesse sentido, diversas evidências recentes destacam a importância de medidas que promovam autonomia, privacidade, equilíbrio do ciclo sono-vigília e suporte espiritual. Estudos sobre higiene circadiana em UTIs apontam que ambientes com luz artificial constante, ruído elevado, interrupções noturnas frequentes e condições físicas (temperatura, umidade) fora de padrões contribuem para distúrbios no sono e impacto negativo no bem-estar psicológico (Boots et al., 2020). Intervenções simples como controle de luz, horários silenciosos, minimização de procedimentos noturnos e estratégias para conforto ambiental têm se mostrado eficazes (Tiruvoipati; Mulder; Haji, 2020).

No que concerne à família, ressalta-se sua participação ativa em cuidados primários e decisões compartilhadas. Esse protagonismo está associado à redução da ansiedade e de sintomas de depressão nos familiares, fortalecimento da confiança na equipe de saúde e maior satisfação com o cuidado (Vaeza; Delgado; La Calle, 2020). Intervenções de tomada de decisão compartilhada (como reuniões estruturadas entre clínicos e famílias) demonstraram melhorias significativas na satisfação familiar, menor depressão e melhor colaboração entre equipe e familiares em UTIs na China (Liu et al., 2022). Estudos qualitativos na Holanda revelam que familiares desejam ser mais incluídos nas decisões, particularmente com informação clara sobre prognóstico e limites de tratamento, o que aponta para a importância de práticas de decisão compartilhada desde cedo no curso da internação (Wubben et al., 2021).

Em relação aos profissionais de saúde, reconhece-se sua centralidade no processo terapêutico. O plano enfatiza a necessidade de prevenção e monitoramento da síndrome de burnout, ampliando o conhecimento sobre seus impactos e sobre fatores correlatos, como engajamento, satisfação, ansiedade e depressão. Valorizar o bem-estar da equipe significa também investir em práticas institucionais que reconheçam suas demandas e criem um ambiente de trabalho mais sustentável (Vaeza; Delgado; La Calle, 2020). Nesse contexto, estudos recentes evidenciam que programas estruturados de suporte psicológico, jornadas flexíveis e incentivo a práticas de autocuidado estão associados à redução significativa de burnout e melhora do desempenho clínico (Briciu et al., 2023; Jaber et al., 2025).

Outro eixo estratégico é o enfrentamento da síndrome pós-cuidados intensivos (PICS), que compromete

significativamente a recuperação após a alta. As diretrizes do Projecto HU-CI sugerem detecção precoce e acompanhamento contínuo (Vaeza; Delgado; La Calle, 2020). Estudos mais recentes corroboram essa abordagem: revisão narrativa publicada em 2023 apontou que muitos sobreviventes de UTI manifestam déficits persistentes físicos, cognitivos e mentais até 12 meses após alta, com impacto negativo substancial na qualidade de vida (Liu et al., 2022; Tilburgs et al., 2025). Além disso, a literatura recente recomenda que o acompanhamento de pacientes liberados da UTI inclua não apenas avaliação clínica regular, mas intervenções estruturadas (como reabilitação física precoce, suporte psicológico, uso de diários da UTI, programas de reabilitação cognitiva) para atenuar ou prevenir sequelas duradouras (Liu et al., 2022; Renner et al., 2023).

Por fim, os cuidados de fim de vida (EOL) e de suporte de vida (LST) são tratados com especial atenção. O Projecto HU-CI orienta a elaboração de protocolos específicos e o respeito à autonomia do paciente (Vaeza; Delgado; La Calle, 2020). Mais recentemente, as diretrizes da European Society of Intensive Care Medicine consolidaram recomendações voltadas à integração de cuidados paliativos, ao controle rigoroso de sintomas físicos e ao suporte emocional e espiritual de pacientes e familiares (Kesecioglu, 2024). Nesse sentido, decisões relacionadas ao suporte de vida devem ser pautadas em evidências científicas e tomadas de forma compartilhada entre equipe, pacientes e familiares. Estudos recentes reforçam que a adoção de protocolos claros de limitação de suporte de vida e a inserção precoce da equipe de cuidados paliativos estão associadas a maior satisfação familiar e melhora da qualidade percebida do cuidado no fim de vida (Bhatt et al., 2024; Nouvel et al., 2025).

4.2 PERSPECTIVAS DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE

A humanização do ambiente da UTI não se refere apenas aos pacientes e familiares, mas também aos profissionais de saúde envolvidos na prestação de cuidados. Esses profissionais trabalham em contextos de alta pressão, nos quais os riscos são frequentemente de vida ou morte. Como resultado, são expostos a situações emocionalmente carregadas que podem levar ao esgotamento, à fadiga por compaixão e ao sofrimento moral. Não raro, sentem-se divididos entre a necessidade de manter o distanciamento clínico e o desejo de se conectar com seus pacientes em um nível humano (Williamson et al., 2021).

Para tornar essa prioridade operacional, recomenda-se a implementação de um pacote integrado de medidas — organizacionais (adequação do dimensionamento de pessoal, escalas e pausas protegidas, políticas laborais justas), estruturais (acesso contínuo a apoio psicológico, supervisão clínica e espaços de decompressão) e individuais (capacitação em estratégias de resiliência, programas breves de mindfulness e grupos de suporte entre pares). Revisões recentes indicam que intervenções combinadas (organizacionais + individuais) apresentam maior efeito na redução do burnout do que ações isoladas (Adam et al., 2023; Cohen et al., 2023).

Nesse contexto, estudos apontam que enfermeiros e médicos de UTI frequentemente lutam contra o esgotamento e o sofrimento moral, sobretudo quando se percebem incapazes de agir em consonância com suas convicções éticas devido a restrições institucionais ou protocolos médicos. Para lidar com isso, muitas UTIs têm buscado melhorar o bem-estar da equipe por meio de sessões de esclarecimento, suporte à saúde mental e modelos de atendimento em equipe, estratégias que favorecem um ambiente mais colaborativo e menos hostil (Imbulana; Davis; Prentice, 2021).

Complementarmente, Yin et al. (2024), em estudo transversal com enfermeiros de UTI na China, demonstraram que níveis elevados de fadiga por compaixão intensificam o sofrimento moral, sobretudo em profissionais com baixa resiliência moral, enquanto aqueles com maior resiliência apresentaram menor vulnerabilidade, ainda que sob impacto limitado diante de elevada exaustão.

Em outra perspectiva, uma pesquisa qualitativa conduzida no Brasil revelou as percepções de profissionais de saúde envolvidos em projetos colaborativos de melhoria da qualidade em UTIs, destacando como barreiras a resistência às mudanças, a sobrecarga de trabalho e a falta de apoio institucional, mas também ressaltando como facilitadores o trabalho em equipe, a liderança engajada e a visibilidade de resultados concretos, reforçando que a motivação dos profissionais é central para a sustentabilidade dessas iniciativas (Silva et al., 2024).

Além disso, há evidências consistentes de que níveis elevados de burnout entre profissionais se associam a pior qualidade assistencial, menor segurança do paciente e menor satisfação dos usuários, isso reforça que cuidar da equipe é também cuidar da qualidade do cuidado (Li et al., 2024). Organizações internacionais de cuidados intensivos têm priorizado esse tema e disponibilizado orientações práticas para reconhecimento precoce do estresse, intervenções direcionadas e promoção da resiliência coletiva, como a abordagem 3R: Recognise, Reverse, Resilience (ESICM, 2024).

Finalmente, protocolos de implementação e estudos de avaliação em contexto de UTI (incluindo projetos de intervenção em cluster) demonstram que programas bem estruturados podem reduzir medidas de exaustão e despersonalização quando combinam mudanças organizacionais com suporte psicológico e formação continuada. Isso reforça a necessidade de políticas institucionais avaliáveis, sustentadas por indicadores de saúde ocupacional e qualidade assistencial (Adam et al., 2023; Azoulay et al., 2024). Ao promover um ambiente que apoia tanto a excelência clínica quanto a conexão emocional, as UTIs ajudam os profissionais de saúde a preservar seu senso de humanidade enquanto prestam atendimento de alta qualidade.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Em síntese, a literatura analisada confirma que a humanização em UTIs além de ser uma diretriz ética, também é um componente prático e mensurável de qualidade assistencial. Portanto, conclui-se que a

humanização do cuidado em UTIs é um processo contínuo, que exige engajamento coletivo, políticas institucionais sustentáveis e protagonismo dos profissionais de saúde. Ao investir em estratégias que conciliem excelência técnica e vínculo humano, amplia-se a qualidade da assistência, a dignidade e o sentido da prática em saúde nos cenários críticos

Entretanto, algumas limitações precisam ser reconhecidas. A maioria dos estudos revisados apresenta heterogeneidade metodológica, diferenças culturais e contextuais, além de predomínio de pesquisas realizadas em países desenvolvidos, o que pode restringir a generalização dos achados. Ademais, ainda há lacunas na avaliação longitudinal dos impactos da humanização, sobretudo no que diz respeito aos efeitos sobre os profissionais e sobre indicadores objetivos de qualidade assistencial, como segurança do paciente, redução de eventos adversos e eficiência organizacional.

REFERÊNCIAS

ADAM, Daniela et al. Interventions to reduce stress and prevent burnout in healthcare professionals supported by digital applications: a scoping review. **Frontiers in public health**, v. 11, p. 1231266, 2023.

AHMAD, Sumera R. et al. Humanizing the intensive care unit: perspectives of patients and families on the get to know me board. **Journal of Patient Experience**, v. 10, p. 23743735231201228, 2023.

AL MA'MARI, Qasim; SHAROUR, Loai Abu; AL OMARI, Omar. Fatigue, burnout, work environment, workload and perceived patient safety culture among critical care nurses. **British journal of nursing**, v. 29, n. 1, p. 28-34, 2020.

ALONSO-OVIES, Ángela; HERAS LA CALLE, Gabriel. ICU: a branch of hell?. **Intensive care medicine**, v. 42, n. 4, p. 591-592, 2016.

AZOULAY, Elie et al. HELLO: a protocol for a cluster randomized controlled trial to enhance interpersonal relationships and team cohesion among ICU healthcare professionals. **Intensive Care Medicine Experimental**, v. 12, n. 1, p. 90, 2024.

BHATT, Margiben Tusharbai et al. Impact of Shared Decision-Making on Family Satisfaction With Intensive Care Services: 'Share With Care' has a New Meaning in ICU. **American Journal of Hospice and Palliative Medicine®**, v. 42, n. 9, p. 889-898, 2025.

BLEAKLEY, Alan. Patient-centred medicine in transition. **The Heart of the Matter**, v. 1, 2014.

BOOTS, Rob et al. Circadian hygiene in the ICU environment (CHIE) study. **Critical Care and Resuscitation**, v. 22, n. 4, p. 361-369, 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Humanização: HumanizaSUS**. Brasília, 2003. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/aceso-a-informacao/acoes-e-programas/humanizasus>. Acesso em: 25 mar. 2025.

BRICIU, Violeta et al. Burnout, depression, and job stress factors in healthcare workers of a Romanian COVID-19 dedicated hospital, after two pandemic years. **International journal of environmental research and public health**, v. 20, n. 5, p. 4118, 2023.

BUENO, José Manuel Velasco; LA CALLE, Gabriel Heras. Humanizing intensive care: from theory to practice. **Critical Care Nursing Clinics**, v. 32, n. 2, p. 135-147, 2020.

CARDANO, M. Manual de pesquisa qualitativa. **Uma contribuição da teoria da argumentação Petrópolis: Vozes**, 2017.

CHARON, Rita. **Narrative medicine: Honoring the stories of illness**. Oxford University Press, 2008.

CHEN, Min; GUAN, Qing; ZHUANG, Jianmin. Patient-centered lean healthcare management from a humanistic perspective. **BMC Health Services Research**, v. 24, n. 1, p. 1261, 2024.

COHEN, Catherine et al. Workplace interventions to improve well-being and reduce burnout for nurses, physicians and allied healthcare professionals: a systematic review. **BMJ open**, v. 13, n. 6, p. e071203, 2023.

COOK, Deborah et al. Personalizing death in the intensive care unit: the 3 Wishes Project: a mixed-methods study. **Annals of internal medicine**, v. 163, n. 4, p. 271-279, 2015.

DOHERTY, Christine et al. Easing suffering for ICU patients and their families: evidence and opportunities for primary and specialty palliative care in the ICU. **Journal of intensive care medicine**, v. 39, n. 8, p. 715-732, 2024.

ESICM. European Society of Intensive Care Medicine. **ICU professionals mental health care**. 2024. Disponível em: www.esicm.org/resources/mental-health/. Acesso em: 14 set. 2025.

GALVIN, Kathleen T. et al. A lifeworld theory-led action research process for humanizing services: improving "what matters" to older people to enhance humanly sensitive care. **International journal of qualitative studies on health and well-being**, v. 15, n. 1, p. 1817275, 2020.

GAREAU, Stéphanie; OLIVEIRA, Éleine Machado; GALLANI, Maria Cecilia. Humanization of care for adult ICU patients: a scoping review protocol. **JBI evidence synthesis**, v. 20, n. 2, p. 647-657, 2022.



GELLER, Gail et al. ICU-RESPECT: an index to assess patient and family experiences of respect in the intensive care unit. **Journal of critical care**, v. 36, p. 54-59, 2016.

HERAS LA CALLE, G.; MARTIN, M. C.; NIN, N. Seeking to humanize intensive care. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**, v. 29, n. 1, p. 9-13, 2017.

HISER, Stephanie L. et al. Síndrome pós-terapia intensiva (PICS): atualizações recentes. **Journal of intensive care**, v. 11, n. 1, p. 23, 2023.

IMBULANA, Dilini I.; DAVIS, Peter G.; PRENTICE, Trisha M. Interventions to reduce moral distress in clinicians working in intensive care: a systematic review. **Intensive and Critical Care Nursing**, v. 66, p. 103092, 2021.

JABER, Mohammad J. et al. Burnout combating strategies, triggers, implications, and self-coping mechanisms among nurses working in Saudi Arabia: a multicenter, mixed methods study. **BMC nursing**, v. 24, n. 1, p. 590, 2025.

KESECIOGLU, Jozef et al. European Society of Intensive Care Medicine guidelines on end of life and palliative care in the intensive care unit. **Intensive care medicine**, v. 50, n. 11, p. 1740-1766, 2024.

LAW, Anica C. et al. Failures in the respectful care of critically ill patients. **The Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety**, v. 45, n. 4, p. 276-284, 2019.

LEVORCI NETO, Antonio; JACUBUS, Artur Eugênio. **Práticas de gestão do conhecimento em instituições federais de ensino superior**: uma pesquisa exploratória. 2016.

LI, Lambert Zixin et al. Nurse burnout and patient safety, satisfaction, and quality of care: a systematic review and meta-analysis. **JAMA network open**, v. 7, n. 11, p. e2443059-e2443059, 2024.

LIU, Xinchun et al. Family-clinician shared decision making in intensive care units: Cluster randomized trial in China. **Patient Education and Counseling**, v. 105, n. 6, p. 1532-1538, 2022.

NAEF, Rahel et al. Impact of a nurse-led family support intervention on family members' satisfaction with intensive care and psychological wellbeing: A mixed-methods evaluation. **Australian Critical Care**, v. 34, n. 6, p. 594-603, 2021.

NAEF, Rahel et al. Nurse-led family support intervention for families of critically ill patients: the FICUS cluster randomized clinical trial. **JAMA Internal Medicine**, 2025.

NASCIMENTO, Francisco Junio. Humanização e tecnologias leves aplicadas ao cuidado de enfermagem na unidade de terapia intensiva: uma revisão

sistemática. **Nursing (São Paulo)**, v. 24, n. 279, p. 6035-6044, 2021.

NOUVEL, Aurélie et al. Life-Supporting Treatment Limitations in Patients Who Die Within 48 Hours After ICU Admission: A French, Multicenter, Observational, Exploratory Study. **Critical Care Explorations**, v. 7, n. 8, p. e1300, 2025.

NYGAARD, Anne Mette et al. Interprofessional care for the ICU patient's family: Solitary teamwork. **Journal of Interprofessional Care**, v. 37, n. 1, p. 11-20, 2023.

PROYECTO HU-CI: **Humanizando los cuidados intensivos**. 2020. Disponível em: <http://humanizandoloscuidadosintensivos.com/es/inicio/>. Acesso em: 14 set. 2025.

RENNER, Caroline et al. Guideline on multimodal rehabilitation for patients with post-intensive care syndrome. **Critical care**, v. 27, n. 1, p. 301, 2023.

ROSA, Regis Goulart et al. Effect of flexible family visitation on delirium among patients in the intensive care unit: the ICU visits randomized clinical trial. **Jama**, v. 322, n. 3, p. 216-228, 2019.

SHAPIRO, Johanna et al. Medical humanities and their discontents: definitions, critiques, and implications. **Academic Medicine**, v. 84, n. 2, p. 192-198, 2009.

SILVA, Eliane Pereira et al. Motivational drivers for health professionals in a large quality improvement collaborative project in Brazil: a qualitative study. **BMC Health Services Research**, v. 24, n. 1, p. 183, 2024.

SINCLAIR, Shane et al. Compassion: a scoping review of the healthcare literature. **BMC palliative care**, v. 15, p. 1-16, 2016.

SOARES, C. B. et al. Revisão integrativa: conceitos e métodos utilizados na enfermagem. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 48, n.2, p. 335-345, 2014.

SOUZA, Jennifer Menna Barreto et al. Long-term effects of flexible visitation in the intensive care unit on family members' mental health: 12-month results from a randomized clinical trial. **Intensive care medicine**, v. 50, n. 10, p. 1614-1621, 2024.

TAYLOR, D. A.; SHERRY, S.; SING, R. F. The Multidisciplinary ICU Team. **Interventional Critical Care: A Manual for Advanced Care Practitioners**, p. 3-6, 2016.

TILBURGS, Bram et al. Associations between physical, cognitive, and mental health domains of post-intensive care syndrome and quality of life: A longitudinal multicenter cohort study. **Critical Care Medicine**, v. 53, n. 1, p. e74-



e86, 2025.

TIRUVOIPATI, Ravindranath; MULDER, Juan; HAJI, Kavi. Improving sleep in intensive care unit: an overview of diagnostic and therapeutic options. **Journal of Patient Experience**, v. 7, n. 5, p. 697-702, 2020.

TRINIDAD, Miriam Fernández; PASCUAL, Juan Luis González; GARCÍA, Marta Rodríguez. Perception of caring among nursing students: Results from a cross-sectional survey. **Nurse education today**, v. 83, p. 104196, 2019.

VAEZA, Nicolas Nin; DELGADO, María Cruz Martin; LA CALLE, Gabriel Heras. Humanizing intensive care: toward a human-centered care ICU model. **Critical Care Medicine**, v. 48, n. 3, p. 385-390, 2020.

WILLIAMSON, Victoria et al. Moral injury: the effect on mental health and implications for treatment. **The Lancet Psychiatry**, v. 8, n. 6, p. 453-455, 2021.

WILSON, Michael E. et al. Humanizing the intensive care unit. **Critical Care**, v. 23, p. 1-3, 2019.

WUBBEN, Nina et al. Shared decision-making in the ICU from the perspective of physicians, nurses and patients: a qualitative interview study. **BMJ open**, v. 11, n. 8, p. e050134, 2021.

YIN, Jin et al. Understanding the interplay of compassion fatigue and moral resilience on moral distress in ICU nurses: a cross-sectional study. **Frontiers in Public Health**, v. 12, p. 1402532, 2024.

ZIAEI, Mansour et al. Level of workload and its relationship with job burnout among administrative staff. **International journal of occupational hygiene**, v. 7, n. 2, p. 53-60, 2015.

