

ARTIGO ORIGINAL

## UTI humanizada: estratégias empregadas e perspectiva profissional

*Humanized ICU: strategies employed and professional perspective*

Gabriela de Oliveira Salazar<sup>1</sup>, José Ícaro Nunes Cruz, Jamison Vieira de Matos Júnior, Alice Mascarenhas dos Santos, Viviane Moreira de Camargo, Ricardo Ferreira Leite, Guilherme do Espírito Santo Silva

1. Acadêmica de medicina. Universidade Federal de Sergipe, Aracaju SE.

---

### RESUMO

**Introdução:** A unidade de terapia intensiva (UTI) tornou-se, inevitavelmente, um dos ambientes mais hostis para o paciente e equipe de saúde. **Objetivo:** Descrever as estratégias adotadas em uma UTI humanizada, bem como avaliar a percepção da equipe de saúde acerca deste modelo de serviço. **Métodos:** Estudo observacional, transversal, descritivo. Foi descrito a UTI humanizada do local de estudo e aplicado um questionário para 35 profissionais, com respostas descritas em frequências absolutas. **Resultados:** A UTI humanizada apresenta leitos separados por paredes, quadros com características e desejos dos pacientes, além da possibilidade de acompanhante em tempo integral. A maioria dos entrevistados concordou que a presença de acompanhante em tempo integral, bem como a presença de paredes separando leitos, melhoram o bem-estar do paciente. Além disso, concordaram que as características da UTI humanizada afetam positivamente o prognóstico e a saúde mental do doente. No entanto, os profissionais acreditam que a presença do acompanhante poderia aumentar os riscos de infecção hospitalar. A maioria discordou que a presença de acompanhante 24 horas por dia afeta negativamente o trabalho da equipe, que se sente desconfortável realizando o

cuidado com a presença da família no leito, que a presença da família reduz a carga de trabalho e que a separação por leitos reduz a capacidade de monitoração dos leitos. **Conclusão:** Estratégias como as descritas tornam a UTI mais humanizada. A maioria dos profissionais entrevistados acredita que este modelo apresenta benefícios importantes, como a melhora do bem-estar do paciente e impacto positivo sobre seu prognóstico.

**Palavras-chave:** Unidades de Terapia Intensiva; Equipe de Assistência ao Paciente; Assistência Centrada no Paciente; Qualidade da Assistência à Saúde; Gestão de Cuidados ao Paciente

## **ABSTRACT**

*Introduction: The Intensive Care Unit (ICU) has inevitably become one of the most hostile environments for the patient and the healthcare team. Objective: To describe the strategies adopted in a humanized ICU, as well as to evaluate the perception of the health team about this service model. Methods: Observational, cross-sectional, descriptive study. The humanized ICU at the study site was described and a questionnaire was applied to 35 professionals, with responses described in absolute frequencies. Results: The humanized ICU has beds separated by walls, pictures with characteristics and wishes of patients, in addition to the possibility of a full-time companion. Most respondents agreed that the presence of a full-time companion, as well as the presence of walls separating beds, improve the patient's well-being. In addition, they agreed that the characteristics of the humanized ICU positively affect the patient's prognosis and mental health. However, professionals believe that the presence of a companion could increase the risk of hospital infection. The majority disagreed that the presence of a companion 24 hours a day negatively affects the work of the team, that they feel uncomfortable performing care with the presence of the family in the bed, that the presence of the family reduces the workload and that the separation by beds reduces the monitoring capacity of beds. Conclusion: Strategies such as those described make the ICU more humanized. Most professionals interviewed believe this model has important benefits, such as improving patient well-being and having a positive impact on their prognosis.*

**Keywords:** Intensive care unit; Patient Care Team; Patient-Centered Care; Quality of Health Care; Patient Care Management.

---

## **INTRODUÇÃO**

As unidades de terapia intensiva (UTIs) foram criadas com a finalidade de melhorar o prognóstico de pacientes em estado crítico de saúde<sup>1</sup>. Entretanto,

gradualmente, tornou-se local de reprodução do modelo biomédico cartesiano, em que a técnica se sobrepõe ao cuidado<sup>2</sup>, de modo que se constituiu em um dos ambientes mais tensos, traumatizantes e agressivos do hospital<sup>3,4,5</sup>. Tais características notavelmente são resultantes das experiências vividas pelo paciente como estar despido, ter tubos inseridos em múltiplos orifícios, medo da morte iminente, pela falta de privacidade, ausência da família, presença de ruídos externos, delírios e distúrbios do sono, afastamento do ambiente externo, dentre outros<sup>6,7,8</sup>.

Diante deste cenário de UTI, o paciente sofre um processo de perda de identidade pessoal, são reduzidos às doenças<sup>6</sup>, desenvolvem estresse pós-traumático, fadiga física e emocional, tensão, ansiedade, depressão, além do impacto negativo no prognóstico<sup>6,9,10</sup>. Sob essa óptica, discute-se a humanização deste ambiente hospitalar, processo que inclui a administração hospitalar, bem como o comportamento dos profissionais, com o objetivo de proporcionar ao enfermo um local físico e social o mais agradável possível<sup>11</sup>.

Dentre as diversas estratégias de humanização do cuidado, destaca-se a mudança do desenho arquitetônico, o alívio da dor, a redução de ruídos, a mudança de comportamento da equipe responsável pelo cuidado e a presença de familiares<sup>1,8,12,13,14,15</sup>. A adoção dessas medidas pode aumentar o engajamento do enfermo ao tratamento, proporcionar maior assistência comprometida com a ética, diálogo e autonomia do paciente, além de propor maior participação da família no cuidado<sup>6</sup>.

Embora seja um tema debatido na literatura científica, os estudos são mais restritos à discussão acerca dos conceitos teóricos da humanização e menos às estratégias da sua implementação<sup>12</sup>. Portanto, o presente artigo visa descrever as estratégias adotadas em uma UTI humanizada de um hospital privado e a percepção da equipe de saúde quanto ao modelo de serviço prestado.

## **MÉTODOS**

Estudo observacional, transversal, de caráter descritivo, com dados coletados entre outubro de 2020 e novembro de 2021. Foi aplicado um questionário para profissionais de saúde de uma unidade de terapia intensiva com estrutura e cuidados humanizados, a fim de obter um panorama acerca da perspectiva desses indivíduos sobre o serviço ofertado. O estudo foi realizado na UTI cirúrgica humanizada de um hospital privado em Aracaju (Sergipe, Brasil). Foi realizado análise descritiva dos dados.

### **Questionário e amostra**

O questionário foi aplicado para 35 profissionais de saúde que integravam quadro fixo da UTI cirúrgica humanizada no período estudado - 02 nutricionistas, 03 fisioterapeutas, 03 médicos, 08 enfermeiros e 19 técnicos em

enfermagem. Foi abordada a perspectiva dos profissionais acerca do impacto do modelo de UTI avaliado sobre a saúde do paciente, além das consequências da UTI humanizada sobre o trabalho dos profissionais.

O instrumento possui dez itens estruturados em escala Likert<sup>16</sup>. Para fins de interpretação dos dados, considerou-se a seguinte escala numérica: (1) Discordo totalmente; (2) Discordo; (3) Indeciso; (4) Concordo; (5) Concordo totalmente.

### **Aspectos éticos**

O estudo foi conduzido após aprovação por Comitê de Ética em Pesquisa local, reconhecido pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP).

## **RESULTADOS**

### **UTI humanizada - estratégias adotadas no centro de saúde estudado**

Na unidade em estudo, o sistema de visitação permite acompanhante do paciente em tempo integral, bem como visitação em 2 turnos. Além disso, os leitos da UTI humanizada são mais amplos que os convencionais, separados por paredes e portas que garantem maior privacidade para o paciente quando comparado às cortinas presentes em leitos de UTI convencional (Figura 1). Cada leito possui acomodação para acompanhante (Figura 2).



**Figura 1.** Parte externa do leito da UTI cirúrgica humanizada, individualizado por paredes.



**Figura 2.** Parte interna do leito da UTI cirúrgica humanizada, com acomodação para visitante.

Há, ainda, a presença de um quadro de Planejamento do Cuidado em cada leito, que expõe informações acerca do perfil clínico do paciente, tais como dieta, riscos específicos, alergias, estratificação da intensidade e localização da dor, recomendações para o dia, identificação da equipe responsável pelo cuidado do paciente, metas multidisciplinares de cuidado e desejos específicos expressos pelo paciente - os quais são atendidos pela equipe, sempre que possível (Figura 3).

**Planejamento do Cuidado**

Data: / / Seg Ter Qua Qui Sex Sáb Dom

Nome do paciente: \_\_\_\_\_

Referências do Cuidado

Médico Responsável: \_\_\_\_\_

Enfermeiro Plantão: ( ) Manhã ( ) Tarde ( ) Noite

Téc. Enfermagem Plantão: ( ) Manhã ( ) Tarde ( ) Noite

Procedimentos e exames - Preparo: \_\_\_\_\_

Recomendações para o dia: \_\_\_\_\_

Meta Multidisciplinar de Cuidado: \_\_\_\_\_

Data Provável de Alta: / /

Etapas para Segurança do Paciente

1. Identificação correta 2. Comunicação efetiva 3. Monitoramento de sinais vitais 4. Segurança em procedimentos 5. Prevenção de quedas 6. Prevenção de erros de medicação

Data de nascimento: / /

Dieta: \_\_\_\_\_

Alimentação alimentar

Pontos de Atenção

Alergia: \_\_\_\_\_

Risco de Queda (pac. de alto ou caminhar somente acompanhado / Manter grades elevadas)

Risco de Lesão de Pele (atentar para mudança de decúbito)

Risco de broncoaspiração (manter cabeceira elevada)

Controle de Glicemia

Outros: \_\_\_\_\_

Avaliação da Dor

Sem Dor Leve Moderada Intensa Insuportável

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Hora da última avaliação da dor: \_\_\_\_\_

Local da dor: \_\_\_\_\_

O que é importante para você hoje? \_\_\_\_\_

Orientações gerais:  
 - Não permitir que nenhum profissional toque em você sem a autorização de você.  
 - Todo profissional deve chegar ao quarto completo e sair de lá somente após de você autorizar.  
 - Sua participação no cuidado é fundamental para sua recuperação.

**Figura 3.** Quadro de Planejamento do Cuidado da UTI cirúrgica humanizada.

### A UTI humanizada e os impactos sobre a saúde do paciente

Quando apresentados à afirmação “A presença de acompanhante 24h/dia melhora o bem-estar do paciente.”, 25 participantes concordaram totalmente (71,4%), 8 participantes concordaram (22,9%) e 2 mostraram-se indecisos (5,7%) (Tabela 1).

Sobre o modelo de visitação aberta durante as 24 horas do dia, os profissionais ainda foram questionados se tal característica aumenta os riscos de infecção hospitalar para os pacientes, dos quais 19 concordaram (54,3%), 9 discordaram (25,7%), 1 discordou totalmente (2,9%) e 6 mostraram-se indecisos (17,1%) (Tabela 1).

Ao serem indagados se a individualização dos leitos por paredes melhora o bem-estar do paciente, todos os profissionais concordaram em algum grau com a afirmação, tendo 27 concordado totalmente (77,1%) e 8 somente concordado (22,9%) (Tabela 1).

Quando questionados se as características da UTI humanizada afetam positivamente o prognóstico dos pacientes, 16 participantes concordaram (45,7%), 18 concordaram totalmente (51,4%) e 1 discordou (2,9%). Os profissionais ainda foram questionados se tais características afetam positivamente a saúde mental dos pacientes internados, tendo a maioria concordado totalmente (23; 65,7%) ou somente concordado (9; 25,7%),

enquanto 2 profissionais discordaram (5,7%) e 1 mostrou-se indeciso (2,9%) (Tabela 1).

**Tabela 1.** Frequências das respostas ao questionário relacionadas aos impactos da UTI humanizada sobre a saúde dos pacientes.

<b>A presença de acompanhante 24h/dia melhora o bem-estar do paciente:</b>				
Discordo totalmente	Discordo	Indeciso	Concordo	Concordo totalmente
0 (0,0%)	0 (0,0%)	2 (5,7%)	8 (22,9%)	25 (71,4%)
<b>Um acompanhante 24h/dia pode aumentar os riscos de infecção hospitalar para o paciente:</b>				
Discordo totalmente	Discordo	Indeciso	Concordo	Concordo totalmente
1 (2,9%)	9 (25,7%)	6 (17,1%)	19 (54,3%)	0 (0,0%)
<b>A individualização de leitos através da separação por paredes melhora o bem-estar do paciente:</b>				
Discordo totalmente	Discordo	Indeciso	Concordo	Concordo totalmente
0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	8 (22,9%)	27 (77,1%)
<b>As características da UTI humanizada afetam positivamente o prognóstico do paciente:</b>				
Discordo totalmente	Discordo	Indeciso	Concordo	Concordo totalmente
0 (0,0%)	1 (2,9%)	0 (0,0%)	16 (45,7%)	18 (51,4%)
<b>As características da UTI humanizada afetam positivamente a saúde mental do paciente:</b>				
Discordo totalmente	Discordo	Indeciso	Concordo	Concordo totalmente
0 (0,0%)	2 (5,7%)	1 (2,9%)	9 (25,7%)	23 (65,7%)

### **A UTI humanizada e as consequências sobre o trabalho da equipe profissional**

Os profissionais foram questionados se o modelo de visitação aberta possui influência negativa sobre o trabalho dos profissionais de saúde, tendo 24 participantes discordado da afirmação (68,6%), 5 discordado totalmente (14,3%), 4 concordado (11,4%) e 2 demonstrado indecisão (5,7%) (Tabela 2).

Quando questionados se a presença da família no leito os deixa desconfortáveis para realizar o cuidado do paciente, 17 profissionais discordaram (48,6%), 13 discordaram totalmente (37,1%), 2 demonstraram-se indecisos (5,7%), 2 concordaram (5,7%) e 1 profissional concordou totalmente com a afirmação (2,9%) (Tabela 2).

Ao serem apresentados à seguinte afirmação: “O auxílio da família no cuidado reduz a carga de trabalho para a equipe profissional.”, 15 profissionais discordaram (42,9%), 11 concordaram (31,4%), 4 discordaram totalmente (11,4%), 4 foram indecisos (11,4%) e 1 concordou totalmente (2,9%) (Tabela 2).

Quando questionados se a separação dos leitos de UTI por paredes reduz a capacidade de monitoramento do paciente pela equipe profissional, 19 profissionais discordaram (54,3%), 12 discordaram totalmente (34,3%), 2 concordaram (5,7%), 1 profissional demonstrou indecisão (2,9%) e 1 concordou totalmente (2,9%) (Tabela 2).

**Tabela 2.** Distribuição das frequências das respostas ao questionário relacionadas às consequências da UTI humanizada sobre o trabalho dos profissionais.

<b>A presença de acompanhante 24h/dia afeta negativamente o trabalho da equipe profissional:</b>				
Discordo totalmente	Discordo	Indeciso	Concordo	Concordo totalmente
5 (14,3%)	24 (68,6%)	2 (5,7%)	4 (11,4%)	0 (0,0%)
<b>Eu me sinto desconfortável realizando o cuidado do paciente com a família no leito:</b>				
Discordo totalmente	Discordo	Indeciso	Concordo	Concordo totalmente
13 (37,1%)	17 (48,6%)	2 (5,7%)	2 (5,7%)	1 (2,9%)
<b>O auxílio da família no cuidado reduz a carga de trabalho para a equipe profissional:</b>				
Discordo totalmente	Discordo	Indeciso	Concordo	Concordo totalmente
4 (11,4%)	15 (42,9%)	4 (11,4%)	11 (31,4%)	1 (2,9%)
<b>A separação de leitos por paredes reduz a capacidade de monitoramento do paciente pela equipe profissional:</b>				
Discordo totalmente	Discordo	Indeciso	Concordo	Concordo totalmente
12 (34,3%)	19 (54,3%)	1 (2,9%)	2 (5,7%)	1 (2,9%)

## DISCUSSÃO

O emprego deste modelo de UTI humanizada é defendido há pelo menos três décadas<sup>1</sup>. No entanto, apesar das vantagens deste tipo de serviço, muitos centros permanecem com o modelo tradicional “porta fechada”, com restrições de visitas e estruturalmente desagradável<sup>15</sup>. Alguns obstáculos podem explicar esse cenário, como crenças equivocadas e ceticismo quanto aos benefícios



apresentados por esse modelo de serviço<sup>17</sup>. A maioria dos profissionais entrevistados, por exemplo, acreditam que a presença de um acompanhante em tempo integral aumenta o risco de infecção hospitalar para o doente (54,3%). No entanto, há evidências de que tal crença é infundada<sup>18,19</sup>. Além disso, alguns estudos demonstram que os profissionais deste ambiente hospitalar alegam dificuldades pela interferência de familiares na rotina de cuidado<sup>14,18,20,21,22</sup>, embora os profissionais entrevistados nesse estudo discordem disso (82,9%). Em um dos estudos citados, 87,5% dos profissionais informaram que a presença de familiares no ambiente de cuidados intensivos aumentou a sobrecarga física e psicológica da equipe e 94,4% eram contra a política de visita aberta em UTI<sup>22</sup>.

Em contrapartida, 97,1% dos entrevistados afirmaram que a natureza da UTI humanizada impacta positivamente no prognóstico do enfermo. Há estudos que também defendem essa afirmativa<sup>6,10,23</sup>. Do ponto de vista fisiológico, o aumento de cortisol durante o estresse agudo e crônico provoca efeitos diabetogênico, aterogênico, imunodepressor e trombogênico<sup>24,25,26</sup>. Além dos efeitos orgânicos, os sentimentos de estresse e ansiedade experimentados nas UTI afetam negativamente a saúde mental dos pacientes e de suas famílias, o que gera estresse pós-traumático e depressão após internação, condição patológica denominada “Síndrome Pós-Terapia Intensiva” (*PICS*, do inglês *Post-intensive care syndrome*)<sup>27,28</sup>. Em oposição, o bem-estar físico e emocional são responsáveis pela liberação de neurotransmissores como a dopamina, serotonina, e endorfinas, que promovem melhora cognitiva, além de possuírem efeito analgésico, sacietógeno e regulador do sono<sup>29,30,31</sup>. Deste modo, a redução dos níveis de cortisol e aumento destes neurotransmissores poderia influenciar o prognóstico do paciente.

Ademais, a maioria dos profissionais consideram que a presença do acompanhante em tempo integral poderia representar benefícios para a saúde mental do enfermo (91,4%), e profissionais de outros estudos compartilham do mesmo ponto de vista<sup>22</sup>. A maioria dos profissionais acredita ainda que a presença da família tem impacto positivo no prognóstico (97,1%), também em concordância com outros trabalhos<sup>32</sup>. Além disso, a ampliação do papel da família no cuidado poderia reduzir a carga sobre a equipe de atendimento<sup>18,20</sup>, embora os profissionais entrevistados nesse estudo discordem (54,3%).

Quanto à estrutura física, dentre as principais queixas registradas pelos pacientes, pode-se citar a falta de privacidade, ruídos externos e problemas de ansiedade<sup>8</sup>, o que pode ser resolvido com estratégias simples adotadas na UTI em questão, como separação de leitos por paredes e portas, presença de relógio na parede e de quadro que expresse os desejos do enfermo.

Por fim, sob uma perspectiva global, entende-se que ainda há resistência em adotar essa modalidade de serviço. Tal resistência é sustentada muitas vezes por teorias não fundamentadas cientificamente e pela falta de conhecimento acerca dos benefícios ao paciente, à sua família e à equipe. Dentro deste contexto, é necessário disponibilizar UTIs com infraestrutura apropriada, além de estabelecer diretrizes que orientem profissionais acerca deste modelo humanizado de assistência em terapia intensiva, a fim de promover maior conhecimento e, desta forma, tornar este modelo de UTI mais disseminado<sup>17,33</sup>.

## CONCLUSÃO

Estratégias relativamente simples, como as adotadas no serviço avaliado, podem tornar a UTI um ambiente mais agradável e confortável para pacientes e família, sobretudo a oportunidade de ter um acompanhante em tempo integral e a maior privacidade com leitos individualizados por paredes. Apesar da resistência de muitos centros em adotar esta modalidade de UTI, a maioria dos profissionais entrevistados em nosso centro compreendem os benefícios desse tipo de serviço e acreditam que a humanização da UTI com as ferramentas adotadas pode melhorar o bem-estar do paciente e impactar positivamente no prognóstico. Portanto, esse trabalho evidencia a importância de algumas mudanças na UTI convencional, a fim de oferecer um serviço mais moderno e confortável no contexto do cuidado intensivo.

## REFERÊNCIAS

1. Souza M, Possari JF, Mugaiar KHB. Humanização da abordagem nas unidades de terapia intensiva. Rev Paul Enferm. 1985 abr; 5(2):77-9.
2. Silva RC da, Ferreira M de A. Clínica do cuidado de enfermagem na terapia intensiva: aliança entre técnica, tecnologia e humanização. Revista da Escola de Enfermagem da USP. 2013 dez 1;47(6):1325-32. <https://doi.org/10.1590/S0080-623420130000600011>.
3. Arias-Rivera S, M. Sánchez-Sánchez M. ¿Es necesario “humanizar” las Unidades de Cuidados Intensivos en España? Enfermería Intensiva. 2017 jan;28(1):1-3. <https://doi.org/10.1016/j.enfi.2017.02.002>.
4. Alonso-Ovies Á, Heras La Calle G. ICU: a branch of hell? Intensive Care Medicine. 2015 set 4;42(4):591-2. <https://doi.org/10.1007/s00134-015-4023-7>.
5. Ortiz LMP, Moncada YAH, Morales JMM, Plata GZ, Sánchez C. Latido de vida: vivencias del paciente con enfermedad cardiovascular en una unidad de cuidado intensivo.: Life heartbeat: experiences of patients with cardiovascular disease in an intensive care unit. Revista Ciencia y Cuidado [Internet]. 2019 mai;16(2):46-58. <https://doi.org/10.22463/17949831.1607>.
6. Wilson ME, Beesley S, Grow A, Rubin E, Hopkins RO, Hajizadeh N, et al. Humanizing the intensive care unit. Critical Care. 2019 jan 28;23(1). <https://doi.org/10.1186/s13054-019-2327-7>.
7. Holanda Peña MS, Ots Ruiz E, Domínguez Artiga MJ, García Miguez A, Ruiz Ruiz A, Castellanos Ortega A, et al. Medición de la satisfacción de los pacientes ingresados en unidad de cuidados intensivos y sus

- familiares. *Medicina Intensiva* [Internet]. 2015 Jan 1;39(1):4-12. <https://doi.org/10.1016/j.medin.2013.12.008>.
8. Lombardo V, Vinatier I, Baillot M-L, Franja V, Bourgeon-Ghittori I, Dray S, et al. How caregivers view patient comfort and what they do to improve it: a French survey. *Annals of Intensive Care*. 2013;3(1):19. <https://doi.org/10.1186/2110-5820-3-19>.
  9. Jones C, Griffiths RD, Humphris G, Skirrow PM. Memory, delusions, and the development of acute posttraumatic stress disorder-related symptoms after intensive care. *Critical Care Medicine*. 2001 mar;29(3):573-80. <https://doi.org/10.1097/00003246-200103000-00019>.
  10. Davydow DS, Gifford JM, Desai SV, Bienvenu OJ, Needham DM. Depression in general intensive care unit survivors: a systematic review. *Intensive Care Medicine*. 2009 jan 23;35(5):796-809. <https://doi.org/10.1007/s00134-009-1396-5>.
  11. Mezomo JA. O que é humanização no hospital? Circular 02/80 apresentada no 1º Congresso Brasileiro de Humanização do Hospital e da Saúde; 1980; São Paulo (SP), Brasil.
  12. Vila V da SC, Rossi LA. O significado cultural do cuidado humanizado em unidade de terapia intensiva: “muito falado e pouco vivido.” *Revista Latino-Americana de Enfermagem* [Internet]. 2002 abr;10(2):137-44.
  13. Biancofiore G, Bindi LM, Barsotti E, Menichini S, Baldini S. Open intensive care units: a regional survey about the beliefs and attitudes of healthcare professionals. *Minerva Anestesiologica* [Internet]. 2010 fev 1;76(2):93-9. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20150849/>.
  14. Giannini A. The “open” ICU: not just a question of time. *Minerva Anestesiologica* [Internet]. 2010 fev 1;76(2):89-90. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20150847/>.
  15. Escudero D, Martín L, Viña L, Quindós B, Espina MJ, Forcelledo L, et al. Política de visitas, diseño y confortabilidad en las unidades de cuidados intensivos españolas. *Revista de Calidad Asistencial* [Internet]. 2015 set 1;30(5):243-50. <https://doi.org/10.1016/j.cali.2015.06.002>.
  16. Likert, R. A technique for the measurement of attitudes. *Archives of Psychology*. 1932; 140, 5-55.
  17. Ning J, Cope V. Open visiting in adult intensive care units - A structured literature review. *Intensive and Critical Care Nursing* [Internet]. 2019 out;102763. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2019.102763>.
  18. Burchardi H. Let's open the door! *Intensive Care Medicine*. 2002 out 1;28(10):1371-2. <https://doi.org/10.1007/s00134-002-1401-8>.
  19. Berwick DM, Kotagal M. Restricted Visiting Hours in ICUs. *JAMA*. 2004 ago 11;292(6):736. <https://doi.org/10.1001/jama.292.6.736>.

20. Calle GHL, Martin MC, Nin N. Seeking to humanize intensive care. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*. 2017;29(1).  
<https://doi.org/10.5935/0103-507X.20170003>.
21. Riley BH, White J, Graham S, Alexandrov A. Traditional/Restrictive vs Patient-Centered Intensive Care Unit Visitation: Perceptions of Patients' Family Members, Physicians, and Nurses. *American Journal of Critical Care*. 2014 jul 1;23(4):316-24. <https://doi.org/10.4037/ajcc2014980>.
22. Athanasiou A, Papathanassoglou EDE, Patiraki E, McCarthy MS, Giannakopoulou M. Family Visitation in Greek Intensive Care Units: Nurses' Perspective. *American Journal of Critical Care* [Internet]. 2014 jul 1;23(4):326-33. <https://doi.org/10.4037/ajcc2014986>.
23. Fumagalli S, Boncinelli L, Lo Nostro A, Valoti P, Baldereschi G, Di Bari M, et al. Reduced Cardiocirculatory Complications With Unrestrictive Visiting Policy in an Intensive Care Unit. *Circulation*. 2006 fev 21;113(7):946-52.  
<https://doi.org/10.1161/CIRCULATIONAHA.105.572537>.
24. Adam EK. Emotion-cortisol transactions occur over multiple time scales in development: implications for research on emotion and the development of emotional disorders. *Monographs of the Society for Research in Child Development*. 2012 mai 17;77(2):17-27.  
<https://doi.org/10.1111/j.1540-5834.2012.00657.x>.
25. Fantidis P, Eladio S, Ibrahim T, Tomas P, Antonio CJ, Ramón GJ. Is there a Role for Cortisol in the Accumulation of Lipids in the Intima a Crucial Step of Atherogenesis? *Current Vascular Pharmacology* [Internet]. 2015;13(5):587-93.  
<https://doi.org/10.2174/1570161112666141127163307>.
26. Suarez MG, Stack M, Hinojosa-Amaya JM, Mitchell MD, Varlamov EV, Yedinak CG, et al. Hypercoagulability in Cushing Syndrome, Prevalence of Thrombotic Events: A Large, Single-Center, Retrospective Study. *Journal of the Endocrine Society*. 2019 dez 15;4(2).  
<https://doi.org/10.1210/jendso/bvz033>.
27. Matt B, Schwarzkopf D, Reinhart K, König C, Hartog CS. Relatives' perception of stressors and psychological outcomes - Results from a survey study. *Journal of Critical Care*. 2017 jun;39:172-7.  
<https://doi.org/10.1016/j.jcrc.2017.02.036>.
28. Fumis RRL, Ferraz AB, de Castro I, Barros de Oliveira HS, Moock M, Junior JMV. Mental health and quality of life outcomes in family members of patients with chronic critical illness admitted to the intensive care units of two Brazilian hospitals serving the extremes of the socioeconomic spectrum. *PloS One* [Internet]. 2019;14(9):e0221218.  
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0221218>.

29. Navratilova E, Morimura K, Xie JY, Atcherley CW, Ossipov MH, Porreca F. Positive emotions and brain reward circuits in chronic pain. *Journal of Comparative Neurology*. 2016 fev 3;524(8):1646-52.  
<https://doi.org/10.1002/cne.23968>.
30. Oishi Y, Lazarus M. The control of sleep and wakefulness by mesolimbic dopamine systems. *Neuroscience Research*. 2017 mai;118:66-73.  
<https://doi.org/10.1016/j.neures.2017.04.008>.
31. Voigt J-P, Fink H. Serotonin controlling feeding and satiety. *Behavioural brain research* [Internet]. 2015;277:14-31.  
<https://doi.org/10.1016/j.bbr.2014.08.065>.
32. Al Mutair A, Plummer V, Paul O'Brien A, Clerehan R. Attitudes of healthcare providers towards family involvement and presence in adult critical care units in Saudi Arabia: a quantitative study. *Journal of Clinical Nursing*. 2013 dez 20;23(5-6):744-55. <https://doi.org/10.1111/jocn.12520>.
33. Kozub E, Scheler S, Necoechea G, O'Byrne N. Improving Nurse Satisfaction with Open Visitation in an Adult Intensive Care Unit. *Critical Care Nursing Quarterly*. 2017;40(2):144-54.  
<https://doi.org/10.1097/CNQ.000000000000151>.

---

**Recebido:** 01 de maio de 2022. **Aceito:** 26 de junho de 2022

**Correspondência:** Gabriela de Oliveira Salazar. **E-mail:** gabrielasalazar103@gmail.com

**Conflito de Interesses:** o autor declarara não haver conflito de interesses

© This is an Open Access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License, which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited