



# ACOLHIMENTO MULTIPROFISSIONAL EM UNIDADE DE CUIDADOS INTERMEDIÁRIOS

Marcelo Gonçalves da Silva <sup>a</sup>, Ana Carla Tamisari Pereira <sup>b</sup>, Robson Adriani Roques Dauzacker <sup>b</sup>, Wanaline Fonseca <sup>b</sup>, Jaqueline Bernal <sup>b</sup>, Viviane Silva Santos <sup>b</sup>, Eloy Aparecido Maciel Garcia <sup>c</sup>, Sandra Lopes Luzi <sup>d</sup>, Nádia Dan Bianchi de Souza <sup>e</sup>, Maria Carolina Costa de Almeida Cabral <sup>f</sup>.

<sup>a</sup> Psicólogo Especialista em Saúde Materno-Infantil Dourados – MS

<sup>b</sup> Unidade de Atenção à Saúde da Criança e do Adolescente, HU/UFGD. Dourados - MS

<sup>c</sup> Unidade de Saúde Mental HU/UFGD, Unidade SAE/CTA – Secretaria Municipal de Saúde - Dourados – MS

<sup>d</sup> Graduada em Radiologia pelo Centro Universitário da Grande Dourados – UNIGRAN

<sup>e</sup> Unidade de Atenção Multiprofissional, HU/UFGD. Dourados – MS

<sup>f</sup> Unidade de Terapia Intensiva Adulto – UTI, HU/UFGD. Dourados - MS

## RESUMO

**Introdução:** A ausência de compreensão frente à doença permaneceu estática durante muito tempo e o movimento médico para aliviar os pesares dos afetados, era nulo e a estes, restava o sofrimento, a exclusão social dada o medo de contágio, e a morte. Tais atitudes, tendem a desencorajar a formação de vínculos significativos que mediante os quais se nutrem as forças de invenção e de resistência que constroem nossa própria humanidade. **Objetivo:** trazer um processo reflexivo frente aos mecanismos de organização de uma unidade de cuidados intermediários e dos reflexos da política nacional de humanização dentro dela. **Metodologia:** Realizou-se uma busca sistemática nos indexadores eletrônicos Scielo, Biblioteca Virtual em Saúde e Repositório da Fiocruz. A partir disso, pode-se construir uma revisão bibliográfica, que tem como “vantagem principal permitir ao pesquisador a cobertura de fenômenos muito mais amplo do que aquela que poderia diretamente”. **Resultados:** O serviço oferecido por uma unidade de cuidados intermediários é direcionado a pacientes com necessidades de monitorização contínua e cuidados da equipe multidisciplinar especializada. Nesse sentido, a humanização ganha destaque como ferramenta de acolhida e atribuição de sentidos a condição de saúde e doença. **Conclusão:** A acolhida multiprofissional deve contemplar o todo do sujeito, uma vez que este reflete dimensões biopsicossociais, e a qualidade da assistência nesse sentido, os processos de humanização denotam a possibilidade de que o doente tenha compreensão de sua condição física e biológica, além da viabilização da ressignificação das condições da doença.

**Palavras-chave:** Política nacional de humanização. Acolhimento; Cuidado em saúde.

## ABSTRACT

**Introduction:** The lack of understanding of heavy and heavy illness to alleviate medical movements, in the face of long age, suffering, exclusion from social exclusion, and these times death. Such attitudes tended to desire the formation of bonds, which are anchors through which they are nourished as a force of invention and resistance that build our own humanity. **Objective:** to bring a reflexive process towards the mechanisms of organization of a care unit and the reflexes of the national humanization policy within it. **Methodology:** A systematic search was carried out in the electronic indexes Scielo, Virtual Health Library and Fiocruz Repository. Based on this, a bibliographic review can be constructed, which has the “main advantage of allowing the researcher to have a much broader coverage of phenomena than he could directly”. Results: The service provided by a specialized services unit is directed to a team of continuous monitoring and care of the multidisciplinary team. In this sense, the humani. **Conclusion:** The multiprofessional reception must contemplate the whole of the subject, since it reflects biopsychosocial dimensions, and the quality of care in this sense, the humanization processes denote the possibility that the patient has an understanding of his condition physical and biological, in addition to enabling the redefinition of disease conditions.

**Key-words:** National policy of humanization. Reception; Health care.

\***Autor correspondente:** Marcelo Gonçalves da Silva, Especialista em Saúde Materno-Infantil. (67) 99268- 5770 E-mail:

[celogsil@gmail.com](mailto:celogsil@gmail.com)

<https://doi.org/10.51161/rem/3356>

Editora IME© 2021. Todos os direitos reservados.

## 1 INTRODUÇÃO

Os constituintes da ciência envolvem agrupamentos de saberes frente aos fenômenos da realidade cuja expressão se dá pelo rigor técnico da linguagem que se estabelece e, meios passíveis de sistematização e mensuração de validade científica, passível de uso, reprodução e aprimoramento. O mesmo ocorre com as ciências humanas cujo objeto de estudo é o homem; ser passível de movimento e mudanças (BOCK, 2019). Vale acrescentar que a ciência, estabelece um processo de autoridade, logo assume-se, implícita ou explicitamente, que por detrás desse sucesso existe um “método” especial, uma “receita” que, quando seguida, redundará em conhecimento certo, seguro (CHIBENI, 2012). O progresso científico-tecnológico, modifica-se conforme o movimento histórico-social de uma sociedade, e vale indicar também, que a atribuição de significado aos serviços hospitalares também sofre transformações (CARMONA; ÉVORA, 2012).

A ausência de compreensão frente à doença permaneceu estática durante muito tempo e o movimento médico para aliviar os pesares dos afetados, era nulo e a estes, restava o sofrimento, a exclusão social dada o medo de contágio, e a morte.

O avanço técnico - científico do século XX propiciou o surgimento de “promissores tratamentos surgidos, ainda no início do século, começaram a se sofisticar, se mostrando mais eficazes, ao mesmo tempo em que a prevenção pelo diagnóstico precoce entrou na ordem do dia da medicina (TEIXEIRA; FONSECA, 2017), ideia reforçada no desenvolvimento da clínica médica, onde o olhar o corpo ganhou destaque pois a análise de sintomas e escuta ativa da queixa, tornaram-se ferramentas para a avaliação médica (FERREIR; CASTRO-ARANTES, 2014).

A partir do século XX, no contexto do médico, há destaque para o modelo de atendimento técnico assistencial, como prática norteadora para o estabelecimento do cuidado em saúde. O modelo reflete o olhar do campo de conhecimentos da biologia e as práticas interventivas frente aos problemas de saúde. Tal prática fixou o relacionamento entre o “procedimento com

qualidade na assistência” logo, o usuário dos serviços de saúde, sob tal premissa, busca o “procedimento e não o cuidado” (ANDRADE, *et al.* 2007).

Em contrapartida trazendo para o contexto atual e adentrando no tema da presente pesquisa, a premissa da humanização pode ser compreendida como “inclusão das diferenças nos processos de gestão e de cuidado. Tais mudanças são construídas (...) de forma coletiva e compartilhada” (BRASIL, 2013). Colocar o trabalhador diante do processo de gestão do cuidado é de suma importância para que estes possam refletir e reinventar suas práticas profissionais a fim de que este se torne uma mola propulsora das diante das modificações do trabalho em saúde. Assim, o processo de inclusão do usuário e de seus familiares, tornam-se um poderoso recurso para a ampliação da corresponsabilização no cuidado de si (BRASIL, 2019).

Neste sentido como importante instrumento dessa vertente, o processo de acolhimento envolve posturas de aceitação, escuta, atendimento, admissão e olhar. Expressa também, as ações do estar junto de alguém e o ato de inclusão deste, em algum contexto. Em suma, trata do estabelecimento de uma relação com algo ou alguém”, assim, “nesse sentido, de ação de “estar com” ou “estar perto de”, que queremos afirmar o acolhimento como uma das diretrizes de maior relevância ética/estética/política da Política Nacional de Humanização do SUS (BRASIL, 2010).

Assim como ponto de estudo desse processo pode-se observar as Unidades de Cuidado Intermediário - UCI que podem ser definidas como uma unidade de internação destinada a pacientes semicríticos/potencialmente críticos, que requerem atenção de enfermagem contínua, com recursos humanos especializados, materiais específicos e outras tecnologias destinadas ao diagnóstico e terapia (BECK *et al.*, 2017).

A partir de discussões e da necessidade de organização dos serviços de saúde, o acolhimento torna-se uma ferramenta capaz de reorganizar os trabalhos na saúde; descoloca-se dos moldes assistenciais para as práticas norteadas pela Política de Humanização do

Ministério da Saúde, que toma o processo de atenção ao usuário desde sua entrada no serviço logo, “acolher significa humanizar o atendimento” (COUTINHO; BARBIERI; SANTOS, 2016). Esse acolhimento e humanização deve ser considerado em vários espaços, como importantes formas de atendimento, considerado o paciente como indivíduo dotado de particularidades que precisam ser consideradas, esse processo mostra-se de grande valia dentro das UCI.

A UCI presta assistência a pacientes a partir de 14 anos, proporcionando atendimento humanizado e minimizando os riscos dos métodos preliminares e terapêuticos. Desta forma, os pacientes da UCI e da UTI são atendidos com a dedicação e atenção adequada, favorecendo a racionalização do uso dos leitos, particularmente das unidades críticas, otimizando custos e favorecendo o bem-estar dos usuários (BECK *et al.*, 2017).

É importante ressaltar que através do processo de acolhida pode-se colocar em prática os princípios da equidade e universalidade norteadores do Sistema Único de Saúde, o acolhimento torna-se ferramenta para o atendimento de qualidade e pode aprimorar a relação entre usuário e equipe de saúde (SANTOS; WEINRICH, 2016).

Assim, o objetivo deste estudo é trazer um processo reflexivo frente aos mecanismos de organização de uma unidade de cuidados intermediários e dos reflexos da política nacional de humanização dentro dela.

## 2 METODOLOGIA

Este trabalho trata-se de uma revisão bibliográfica, de forma que é despertado o interesse pelo tema e o espírito indagador e crítico acerca de múltiplas dimensões de uma dada realidade” (CARVALHO, 1991). Mascarenhas e Rodrigues (2017), ao referenciar o trabalho de Gil (2008), salientam que a pesquisa bibliográfica tem como vantagem principal permitir ao pesquisador a cobertura de fenômenos muito mais amplo do que aquela que poderia diretamente.

Realizou-se uma busca sistemática nos indexadores eletrônicos *Scielo*, Biblioteca Vir-

tual em Saúde e Repositório da Fiocruz. Utilizaram-se como critérios de inclusão artigos escritos em língua portuguesa, espanhola e inglesa; indexados entre 2001 até junho de 2021; tipos de estudos: casuística, levantamento epidemiológico; artigos pertinentes ao tema que traziam as temáticas de acolhida nas unidades de tratamento intermediárias. Adotou-se como critério de exclusão: artigos de revisão, relatos de caso, cartas e artigos que não se enquadrassem no objetivo proposto, publicações repetidas nas bases de dados escolhidas.

Para a extração dos dados, os títulos obtidos foram rastreados e os artigos lidos tiveram seus dados extraídos e categorizados em uma planilha segundo autor, ano de publicação, título do artigo, país de origem do estudo, objetivos, procedimentos, resultados /discussões e conclusões de cada estudo.

Na plataforma *Scielo*, com o uso das palavras-chave “Política nacional de humanização” AND “Acolhimento”, foram encontrados 25 artigos e dentre estes, para compor a reflexão deste texto, foram selecionados 10: onde os artigos abordam temáticas do acolhimento diante da prática no trabalho hospitalar além de tratar dos processos de formação na Política Nacional de Humanização, também, retoma a importância das práticas da humanização nos ambientes de atendimento à saúde humana. Ainda na mesma plataforma, com a inserção unidade de cuidados intermediários: “Política nacional de humanização” AND “Acolhimento” AND “Unidade de cuidados intermediários”, a plataforma não trouxe nenhum artigo.

Na página da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), com o cruzamento das palavras “Acolhimento AND Saúde” foram escolhidas quatro cartilhas do Ministério da Saúde que tratam dos processos de acolhida e da implantação do SUS. Já no repositório Institucional da Fiocruz, com o uso das palavras-chave “Unidade de cuidados intermediários”, foram escolhidos dois textos: uma tese de mestrado e um trabalho de conclusão de curso, e uma cartilha do Ministério da saúde que trata do processo de humanização no SUS. Foram consultadas nas páginas do google, através da exibição dos resultados buscados com a palavra-chave “unidade de cuidados intermediários”, quatro artigos e uma

portaria regulamentadora do SUS. Deste modo, a partir das leituras dos artigos selecionados, é possível delimitar parâmetros que oferecem caminhos para a construção deste texto.

### 3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os estudos encontrados, mostram que os serviços de uma UCI- Unidade de Cuidado Intermediário – são destinados a pacientes em situação de risco moderado, cuja demanda de cuidado pede monitorização contínua e acesso a “equipamentos e equipe multidisciplinar especializada”, as unidades acolhem desde adultos a neonatos (BRASIL, 2019).

Cruz-Filho (2005), ressalta que os critérios de admissão em uma UCI, tem o seguinte cenário: os pacientes recebidos na UTI poderiam ter sido atendidos em uma UCI, “que disporia dos recursos necessários para o atendimento ao paciente crítico com a mesma qualidade de uma UTI, associados a otimização dos recursos humanos, tecnológicos e de custeio. O autor também acrescenta que o processo de admissão do paciente em uma UCI é condicionado a análise e descrição dos critérios de admissão de pacientes em Unidades de Cuidados Intermediários deve ser guiada a partir de “distúrbios fisiológicos, relacionados aos seus respectivos sistemas de órgãos. Esses parâmetros estão contemplados dentro dos guias, nos quais estão estabelecidos os critérios de admissão e alta que auxiliam na triagem de pacientes para admissão em UCIs (TEIXEIRA E FONSECA, 2017).

Vale acrescentar também que segundo Cruz-Filho (2015):

A concentração de pacientes graves sujeitos a mudanças abruptas quanto ao seu estado geral, a constante expectativa de situações de emergência e a quebra súbita das atividades normais pelas urgências médicas criam uma atmosfera emocionalmente comprometida, onde o estresse está presente, tanto nas pessoas que atuam na unidade como nos pacientes. A sucessão de emergências, as frequentes oscilações do estado geral dos pacientes, a falta de comunicação paciente-profissional e o retorno do paciente ao quarto, tão logo seja possível, tornam o ambiente de UTI um tanto impessoal, e por isso um trabalho comportamental deve ser desenvolvido

com a equipe, e discussões interdisciplinares devem ser estimuladas.

O funcionamento e a implantação das Unidades de cuidado Intermediário exercem influência na dinâmica de movimento “dos leitos hospitalares”, pois compõe uma abordagem de serviço hospitalar que oferta a população ferramentas que propiciam eficiência frente ao estabelecimento dos processos diagnósticos e das abordagens terapêuticas. Dessa forma a contribuição dos serviços de uma UCI abrange o processo associativo entre” do exame clínico com os cuidados intensivos de enfermagem, estabelecendo-se um diagnóstico imediato dos distúrbios clínicos que podem ocorrer durante a evolução natural de uma doença (CRUZ-FILHO, 2015).

Entende-se que os estágios de compreensão da doença envolve o adiamento, a dor e o sofrimento psíquico, contudo quando se percebe estabilidade emocional do doente, considera-se que ele está na fase da aceitação”, o sentir serenidade, irá sustentar o enfrentamento, logo faz-se necessário criar espaços nos quais se possa encontrar solidariedade e a ajuda para enfrentar a doença do próprio indivíduo ou de uma pessoa significativa do seu meio (DOMINGUES, *et al*, 2013).

A partir deste cenário, vale frisar que a humanização no ambiente dos serviços de saúde torna-se uma ferramenta que possibilita o resgate do cuidado humanístico ao indivíduo que vivencia o estar saudável e o estar doente e a sua família (COSTA, 2019).

Entende-se por humanização o processo de ofertar condição humana a alguma ação ou atitude. Quanto aos aspectos do cuidado, vale considerar que este compõe o processo interacional contínuo entre cuidador e o sujeito que recebe o cuidado, “porém esse mesmo cuidado precisa estar fundamentado em princípios científicos e, sobretudo, em ações práticas e humanitárias de valorização e repercussão mútuas (MASCARENHAS; RODRIGUES, 2017).

Os profissionais acreditam que as políticas humanas podem fornecer uma visão mais holística dos pacientes, ou, como eles dizem, potencialmente vê-los como “um todo”. Lendo nas entrelinhas desse discurso, compreende-se

que humanizar significa uma forma de superação do modelo hegemônico de serviços de saúde, a partir do desenvolvimento de um cuidado holístico e humanizado ao paciente e sua família (COSTA; FIGUEREDO; CHAURICH, 2009).

Mascarenhas e Rodrigues (2017), fazem referência em seu texto ao documento do Ministério da Saúde, do ano de 2008 que trata da Política Nacional de Humanização, a partir disso, os autores frisam que o documento e os processos decorrentes de sua aplicação, implantam atitudes que:

Transversaliza todo sistema, das rotinas nos serviços às instâncias e estratégias de gestão, criando operações capazes de fomentar trocas solidárias, em redes multiprofissionais e interdisciplinares; implicando gestores, profissionais e usuários em processos humanizados de produção dos serviços, a partir de novas formas de pensar e cuidar da saúde e de enfrentar seus agravos (MASCARENHAS; RODRIGUES, 2017, p. 20).

Um importante ponto a ser destacado e que pode ajudar a implantação de formas de acolhimento e humanização é a atuação multiprofissional, onde os profissionais através de ações multidisciplinares relacionam a humanização em saúde como uma política que propicia o resgate de características humanas durante o ato de cuidar, como a empatia, a fim de melhor compreender o que este outro vivencia, experiencia e sente, tem sido uma importante característica destacada pelos profissionais, juntamente com a responsabilidade, a ética e a sensibilidade (BECK *et al.*, 2017; AMESTOY, SCHWARTZ, THOFEHRN, 2016).

Tem-se como pressuposto que se os profissionais tiverem a oportunidade de aprofundar o conhecimento sobre o acolhimento em UTI, suas práticas de cuidado estarão alicerçadas no respeito e na subjetividade dos sujeitos envolvidos e sentirão que o cuidado oferecido é integral e eficaz (MAESTRI *et al.*, 2012).

No contexto hospitalar é função da equipe multidisciplinar atuar no processo compreensivo dos impactos emocionais resultantes das alterações de saúde no doente, assim, poderá propiciar aos envolvidos alívio e elaboração do sofrimento desses profissionais, possibilitando a humanização dos cuidados (DOMINGUES, *et*

*al.*, 2013).

Nota-se que muitos aspectos considerados positivos, e que são provenientes da necessidade de adaptação das instituições de saúde para a implementação da Política Nacional de Humanização - PNH, estão relacionados a mudanças e (re)organizações da estrutura física e das rotinas dos serviços (COSTA; FIGUEREDO; SCHAURICH, 2009).

É importante salientar que “além das mudanças internas nos trabalhadores, são necessárias, concomitantemente, alterações no ambiente de trabalho e nas relações interpessoais” (AMESTOY, SCHWARTZ, THOFEHRN, 2016), o que vem sendo percebido pelos profissionais da enfermagem.

Com base nos estudos, percebe-se que os profissionais da equipe consideram que a humanização em saúde vai além de um outro modo de escutar, dialogar, cuidar. Entendem que ela preconiza, ainda, uma valorização dos próprios trabalhadores da saúde, das estruturas físicas dos serviços e da organização destas instituições (BECK *et al.*, 2017; BOLELA, JERICÓ, 2016; FALK *et al.*, 2016; CASATE, CORRÊA, 2015).

Dessa forma, pode-se compreender a complexidade de fatores que influenciam a efetiva humanização da saúde, que vão desde questões relacionadas aos pacientes e familiares (maior privacidade, ar condicionado) até questões relacionadas às equipes de saúde (profissionais suficientes, relacionamento entre a equipe), passando por questões estruturais das instituições (iluminação natural, postos de atendimento centralizado, educação continuada) e redefinição de normas e rotinas (flexibilidade de horários de visitas, garantia de visitas diárias) (COSTA; FIGUEREDO; SCHAURICH, 2009).

Isto é, para humanizar o cuidado é necessária a implementação de várias medidas, como: diminuir o tempo de espera (em filas), melhorar os espaços destinados à equipe e aos pacientes e familiares, fornecer informações compreensíveis e adequadas, rever certas normas e rotinas, entre outras (BECK *et al.*, 2017; BOLELA, JERICÓ, 2016; FALK *et al.*, 2016; CASATE, CORRÊA, 2015).

Em suma, a rotatividade adquire desta-

que positivo, dado o fato de que oferta a comunidade facilitação do atendimento a uma faixa de população que necessita de monitorização clínica, continuidade de investigação diagnóstica e cuidados intensivos de enfermagem, com boa relação custo-benefício (CRUZ-FILHO, 2015).

A prática assistencial em UTI se mostra incontestável a necessidade de acolhimento aos usuários, tendo em vista as suas fragilidades. Os enfermeiros, por realizarem o gerenciamento da assistência de enfermagem, são vistos pelos demais trabalhadores da equipe de enfermagem como modelos e referência para o cuidado técnico, estes devem desenvolver habilidades e atitudes para a construção de uma relação terapêutica enfermeiro-paciente e enfermeiro-família, refletindo sobre as habilidades instrumentais, cognitivas, afetivas, sociais e culturais no processo de cuidar nos serviços de saúde e no contexto domiciliar (MAESTRI *et al.*, 2012).

## CONCLUSÃO

Conclui-se que a acolhida multiprofissional deve contemplar o todo do sujeito, uma vez que este reflete dimensões biopsicossociais, e a qualidade da assistência nesse sentido, deve ofertar ao doente bem-estar diante do processo de restabelecimento de sua saúde. Os profissionais devem pautar seu trabalho em práticas que considerem além dos cuidados médicos, os aspectos e necessidades biopsicossociais do paciente.

Tais atitudes diante do processo de acolhida, ofertarão ao paciente mais facilidade para aceitação do processo de reestabelecimento de sua saúde, mesmo diante das adversidades que compõem toda a contingência da vivência hospitalar. Em suma, os processos de humanização denotam a possibilidade de que o doente tenha compreensão de sua condição física e biológica, além da viabilização da ressignificação das condições da doença.

De acordo com a análise realizada, este estudo torna-se pertinente para outros pesquisadores, sejam eles da área da saúde, ou outros profissionais de áreas a fins, que busquem informações sobre a importância do acolhimen-

to multiprofissional tanto nas UCI, UCI -Neonatal e Unidade de Terapia Intensiva - UTI, ou que estudem a referida temática identificando outros fatores que possam contribuir positivamente para o processo de acolhimento. A pesquisa poderá ainda contribuir enquanto referência teórica para pesquisadores, para que posteriormente possam aprofundar ou reformular a referida linha de pesquisa.

## CONFLITO DE INTERESSE

Não há conflito de interesse na pesquisa.

## REFERÊNCIAS

AMESTOY, S. C.; SCHWARTZ, E.; THOFEHRN, M. B. A humanização do trabalho para os profissionais de enfermagem. **Acta Paul. Enferm.** v.19, n.4, p.444-9, 2016.

ANDRADE, C. S; FRANCO, T. B; FERREIRA, V. S. C. Acolhimento: uma experiência de pesquisa-ação na mudança do processo de trabalho em saúde. **Revista APS**, v.10, n.2, p. 106-115, jul./dez. 2007.

BACKES, D. S.; LUNARDI FILHO, W. D.; LUNARDI, V. L. A construção de um processo interdisciplinar de humanização à luz de Freire. **Texto Contexto Enferm.**, v.14, n.3, p.427-34, 2015.

BALLARIN, M. L. G. S; CARVALHO, F. B; FERIGATO, S. H. Os diferentes sentidos do cuidado: considerações sobre a atenção em saúde mental. **Mundo saúde**, 34(4): 444-450 out./dez. 2011.

BECK, C. L. C; GONZALES, R. M. B; DENARDIN, J. M; TRINDADE, L. L; LAURERT, L. A humanização na perspectiva dos trabalhadores de enfermagem. **Texto Contexto Enferm.**, v.16, n.3, p.503-10, 2017.

BOCK, A. M. B. **Psicologias: uma introdução ao estudo de Psicologia**. Saraiva: São Paulo, 2019, p.19-21.

BOLELA, F.; JERICÓ, M. C. Unidade de terapia

intensiva: considerações da literatura acerca das dificuldades e estratégias para sua humanização. **Esc. Anna Nery**, v.10, n.2, p.301-8, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Acolhimento nas práticas de produção de saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização**. – 2. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Humanização**. Brasília, 2013. Disponível em: <<https://tinyurl.com/y5p79h73>>. Acesso em 08 de dezembro de 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **PORTARIA Nº 895, DE 31 DE MARÇO DE 2017**. Disponível em: <<https://tinyurl.com/yyf53z9m>>. Acesso em 05 de março de 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Acolhimento nas práticas de produção de saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização**. – 2. ed. 5. reimp. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. **O SUS no seu município: garantindo saúde para todos / Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Departamento de Apoio à Descentralização**. 2. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

CARMONA, L. M. P; ÉVORA, Y. D. M. Sistema de classificação de pacientes: aplicação de um instrumento validado. **Rev. esc. enferm. USP** [online]. 2012 vol.36, n.1, pp.42-49.

CARVALHO, J. S, MARTINS, A. M. A morte no contexto hospitalar: revisão de literatura nacional sobre a atuação do Psicólogo. **Rev. SBPH**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 2, p. 129-142, dez. 2015.

CARVALHO, M. C. M. **Metodologia Científica Fundamentos e Técnicas**: construindo o saber. 3ª ed. Campinas, SP: Papirus, 1991.

CASATE, J. C.; CORRÊA, A. K. Humanização do atendimento em saúde: conhecimento veiculado na literatura brasileira de enfermagem. **Rev. Latino-am. Enferm.**, v.13, n.1, p.105-11, 2015.

CHIBENI, S. S. **A visão comum da ciência**. Departamento de Filosofia - IFCH – Unicamp, 2012.

COSTA, S. C; FIGUEIREDO, M. R. B; SCHAURICH, D. Humanização em Unidade de Terapia Intensiva Adulto (UTI): compreensões da equipe de enfermagem. **Interface - Comunic., Saúde, Educ.**, v.13, supl.1, p.571-80, 2019.

COUTINHO, L. R. P; BARBIERI, A. R; SANTOS, M. L. M. Acolhimento na Atenção Primária à Saúde: revisão integrativa. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 105, p. 514-524, June 2015.

CRUZ-FILHO, A. D. Unidade de cuidados intermediários pediátricos do Instituto Fernandes Figueira. **Um estudo para proposta de normatização de critérios de admissão**. 2015. 111 f. Dissertação (Mestrado em Saúde da Criança e da Mulher) -Instituto Fernandes Figueira, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2015.

DOMINGUES, G. R, *et al*. A atuação do psicólogo no tratamento de pacientes terminais e seus familiares. **Psicol. hosp.** (São Paulo), São Paulo, v. 11, n. 1, p. 02-24, jan. 2013.

FALK, M. L. R; RAMOS, M. Z; SALGUEIRO, J. B; GOBBI, A. Contextualizando a Política Nacional de Humanização: a experiência de um hospital universitário. **Bol. Saúde**, v.20, n.2, p.135-44, 2006.

FERREIRA, D. M; CASTRO-ARANTES, J. M. Câncer e corpo: uma leitura a partir da psicanálise. **Analytica**, São João del Rei, v. 3, n. 5, p. 37-71, dez. 2014.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisas sociais**. São Paulo: Editora Atlas, 2008.

MAESTRI, E.; NASCIMENTO, E. R. P.; BERTONCELLO, K. C. G.; MARTINS, J. J. Avaliação das estratégias de acolhimento na Unidade de Terapia Intensiva. **Rev Esc Enferm USP**; 46(1):75-81, 2012.

MASCARENHAS, M. O; RODRIGUES, J. M. Os Benefícios do Cuidado Humanizado na Unidade de Tratamento Intensivo em uma Perspectiva Holística. **Rev. Saúde em Foco**, Teresina, v. 4, n. 1, jan./jun.2019.

SANTOS, M; WEINRICH, V. **Processo de acolhimento em unidades básicas de saúde: uma revisão de literatura**. UNIEDU: Estado de Santa Catarina, 2016.

TEIXEIRA, L. A; FONSECA, C. O. **Doença desconhecida a problema de saúde pública: o INCA e o controle do Câncer no Brasil**. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, 2017.