

HUMANIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AO PACIENTE POLITRAUMATIZADO EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA: REVISÃO INTEGRATIVA

HUMANIZATION OF NURSING CARE FOR PATIENTS WITH POLYTRAUMA IN THE INTENSIVE CARE UNIT: AN INTEGRATIVE REVIEW

Alexsandro Narciso de Oliveira¹

Alessandra da Silva Nantes²

Kaylaine Verônica Barbosa da Conceição³

Thamires Monteiro Marques⁴

Resumo: Objetivo: analisar criticamente as evidências contemporâneas sobre humanização da assistência de enfermagem ao paciente politraumatizado em unidade de terapia intensiva, com ênfase no raciocínio clínico, segurança e gestão da qualidade. Método: revisão integrativa orientada por Whitemore e Knafl e Mendes, Silveira e Galvão, com busca em PubMed/MEDLINE, LILACS, SciELO e Biblioteca Virtual em Saúde, entre 2021 e 29 de agosto de 2026. A pergunta foi estruturada pela estratégia PICO e a seleção relatada conforme PRISMA 2020. Resultados: 32 estudos compuseram a síntese, organizados em quatro categorias: pessoa e família; dor, sedação, delirium, sono e mobilização; politrauma e neurotrauma; gestão e indicadores. Conclusão: a humanização do politrauma crítico constitui estratégia clínica e gerencial de segurança, dependente de competências de enfermagem,

¹ Mestrado em Gestão de Cuidados da Saúde Pela Universidade da Amazônia ORCID: <https://orcid.org/0009-0001-7023-7092>

² Graduanda em Enfermagem pela Universidade de Mogi das Cruzes – UMC. ORCID: <https://orcid.org/0009-0000-4275-5493> -

³ Graduanda em Enfermagem pela Universidade de Mogi das Cruzes – UMC. ORCID: <https://orcid.org/0009-0007-2486-4806> -

⁴ Graduanda em Enfermagem pela Universidade de Mogi das Cruzes – UMC. ORCID: <https://orcid.org/0009-0006-8850-0051>



protocolos, dimensionamento e monitoramento de resultados.

Palavras-chave: Humanização da Assistência; Unidades de Terapia Intensiva; Traumatismo Múltiplo; Enfermagem de Cuidados Críticos; Cuidado Centrado no Paciente.

Abstract: Objective: to critically analyze contemporary evidence on the humanization of nursing care for polytraumatized patients in intensive care units, emphasizing clinical reasoning, safety, and quality management. Method: an integrative review guided by Whittemore and Knafl and by Mendes, Silveira, and Galvão, with searches in PubMed/MEDLINE, LILACS, SciELO, and the Virtual Health Library for studies published from 2021 to August 29, 2026. The review question was structured using the PICO strategy, and study selection was reported according to PRISMA 2020. Results: thirty-two studies were included and organized into four categories: person- and family-centered care; pain, sedation, delirium, sleep, and mobilization; polytrauma and neurotrauma; and management and quality indicators. Conclusion: humanizing critical polytrauma care is a clinical and managerial safety strategy that depends on nursing competencies, evidence-based protocols, adequate staffing, and systematic outcome monitoring.

Keywords: Humanization of Assistance; Intensive Care Units; Multiple Trauma; Critical Care Nursing; Patient-Centered Care.

INTRODUÇÃO

A Unidade de Terapia Intensiva (UTI) concentra elevada densidade tecnológica, vigilância contínua e decisões em curto intervalo, necessárias à sustentação da vida de pessoas com instabilidade orgânica. No paciente politraumatizado, essa complexidade é ampliada pela coexistência de lesões em diferentes sistemas, necessidade de reavaliação seriada e possibilidade de deterioração súbita. Nesse cenário, humanizar não significa reduzir rigor técnico ou substituir prioridades de ressuscitação por atitudes exclusivamente relacionais.



Significa integrar segurança, comunicação, dignidade, conforto, autonomia possível, participação da família e decisões proporcionais às necessidades do paciente, preservando sua condição de pessoa mesmo quando consciência, fala e capacidade decisória estão temporariamente comprometidas (Secunda; Kruser, 2022; Hwang et al., 2025).

No contexto brasileiro, a Política Nacional de Humanização propõe transversalidade, corresponsabilização, acolhimento e valorização dos sujeitos envolvidos na produção do cuidado. Essa perspectiva é especialmente pertinente à terapia intensiva, ambiente em que tecnologia, urgência e fragmentação de tarefas podem favorecer despersonalização. Aplicada ao politrauma, a humanização deve ocorrer simultaneamente ao controle de ameaças à vida e à prevenção de lesões secundárias, articulando abordagem sistemática do trauma, comunicação compreensível e continuidade assistencial (Brasil, 2013).

A carga epidemiológica do trauma mantém o tema como prioridade de saúde pública. A Organização Mundial da Saúde estima cerca de 1,16 milhão de mortes anuais decorrentes de lesões no trânsito e ressalta o impacto desproporcional sobre pessoas jovens e economicamente ativas (World Health Organization, 2026). No Brasil, Souza et al. (2025) demonstraram aumento das internações por acidentes de transporte terrestre entre 2001 e 2021, enquanto Malta et al. (2023) evidenciaram heterogeneidade municipal e regional da mortalidade por lesões no transporte. O perfil brasileiro do Global status report on road safety 2023 complementa essa contextualização ao situar o país no monitoramento internacional da segurança viária (World Health Organization, 2024). Esses achados reforçam a necessidade de redes capazes de articular atendimento pré-hospitalar, emergência, centro cirúrgico, UTI, reabilitação e seguimento após a alta.

A sobrevivência, entretanto, não constitui o único desfecho relevante. Pacientes críticos podem apresentar dor não reconhecida, delirium, fraqueza adquirida na UTI, alterações do sono, sofrimento psicológico, memórias fragmentadas e sintomas de estresse pós-traumático. Familiares também podem desenvolver ansiedade, depressão e sintomas de estresse relacionados à internação. Friberg et al. (2024) observaram persistência de sintomas de estresse pós-traumático em sobreviventes de UTI durante o primeiro ano, e Gravante et al. (2024) demonstraram repercussões da síndrome pós-cuidados intensivos sobre qualidade de

vida de pacientes e familiares. No politrauma, esses fenômenos podem coexistir com fraturas, lesão cerebral traumática, amputações, estomas, perda funcional, alteração da imagem corporal e incerteza prognóstica.

A enfermagem ocupa posição estratégica nessa trajetória. O enfermeiro permanece junto ao leito durante todo o ciclo de instabilidade, interpreta tendências fisiológicas, reconhece sinais de deterioração, organiza prioridades, executa e reavalia intervenções e coordena a comunicação entre paciente, família e equipe. Estudos específicos de trauma demonstram que o cuidado de enfermagem abrange neuro monitorização, manejo da dor, posicionamento, mobilidade, prevenção de lesões por pressão e aspiração, cuidado de feridas, balanço hídrico, nutrição, higiene, autocuidado e preparação para a transição assistencial (Ferreira et al., 2023; Figueiredo; Castro; Fernandes, 2024).

Apesar desse papel, a humanização ainda é frequentemente tratada como dimensão subjetiva dissociada dos indicadores assistenciais. Essa separação cria falsa oposição entre tecnologia e cuidado centrado na pessoa. Evidências recentes mostram que comunicação estruturada, presença familiar orientada por critérios clínicos, avaliação sistemática da dor, sedação com alvo explícito, rastreamento de delirium, mobilização segura, preservação do sono e planejamento pós-UTI podem ser acompanhados por medidas de processo e desfecho (Sosnowski et al., 2023; Barr et al., 2024; Lewis et al., 2025). Portanto, a humanização pode ser incorporada à governança clínica e à gestão da qualidade da UTI.

A lacuna que fundamenta esta revisão reside na dispersão das evidências. Há literatura consistente sobre cuidado centrado na pessoa e família, bundle ABCDEF, comunicação, neurotrauma, trauma múltiplo e síndrome pós-UTI, mas são menos frequentes estudos que integrem simultaneamente humanização, politrauma, UTI e decisão de enfermagem. Para enfrentar essa limitação sem atribuir ao politrauma evidências que não lhe pertencem diretamente, a presente revisão distinguiu evidência específica de trauma, evidência contextual epidemiológica e evidência transversal de UTI com aplicabilidade clínica ao paciente politraumatizado.

Diante disso, formulou-se a seguinte pergunta de pesquisa: quais evidências científicas recentes orientam a humanização da assistência de enfermagem ao paciente adulto

politraumatizado em UTI e quais implicações clínicas e gerenciais podem ser derivadas para segurança, qualidade e continuidade do cuidado? O estudo justifica-se pela necessidade de organizar um referencial capaz de apoiar protocolos, rounds interprofissionais, comunicação com familiares, prevenção de delirium, analgesia e sedação, mobilização, neuroproteção, planejamento de alta e indicadores de qualidade. O objetivo foi analisar criticamente as evidências publicadas entre 2021 e agosto de 2026 sobre humanização da assistência de enfermagem ao paciente politraumatizado em UTI, destacando raciocínio clínico, tomada de decisão baseada em evidências, segurança assistencial e implicações para a gestão hospitalar.

METODOLOGIA

DELINEAMENTO E REFERENCIAL METODOLÓGICO

Trata-se de revisão integrativa da literatura, de natureza crítico-analítica. O método foi escolhido por permitir a integração de estudos com diferentes delineamentos e por favorecer síntese aplicável à prática de enfermagem. A condução foi fundamentada no referencial de Whitemore e Knafl (2005) e nas etapas descritas por Mendes, Silveira e Galvão (2008): identificação do problema e formulação da pergunta; definição da estratégia de busca e amostragem; estabelecimento das informações a serem extraídas; avaliação crítica dos estudos; interpretação dos resultados; e apresentação da síntese. O PRISMA 2020 foi utilizado como referência de transparência para relatar identificação, triagem, elegibilidade e inclusão, sem caracterizar esta revisão integrativa como revisão sistemática (Page et al., 2021).

O recorte temporal compreendeu 1º de janeiro de 2021 a 29 de agosto de 2026. Estudos metodológicos clássicos utilizados para fundamentar o método de revisão não foram submetidos a esse recorte, pois sua função foi metodológica e não compôs a síntese clínica dos 32 estudos. Documentos institucionais da Organização Mundial da Saúde, American Heart Association e Ministério da Saúde foram empregados como fontes normativas ou epidemiológicas complementares e não foram contabilizados na amostra científica principal.



ESTRUTURAÇÃO DA PERGUNTA DE PESQUISA

A pergunta foi estruturada pela estratégia PICO, apropriada para questões de interesse clínico e contexto: P (população) = pacientes adultos com politrauma, trauma grave ou lesão cerebral traumática; I (fenômeno de interesse) = humanização da assistência de enfermagem, incluindo cuidado centrado na pessoa e família, comunicação, dignidade, dor, sedação, delirium, sono, mobilização, segurança e continuidade do cuidado; Co (contexto) = Unidade de Terapia Intensiva. A pergunta norteadora foi: quais evidências científicas recentes orientam a humanização da assistência de enfermagem ao paciente adulto politraumatizado em UTI e quais implicações clínicas e gerenciais podem ser derivadas para segurança, qualidade e continuidade do cuidado?

FONTES DE INFORMAÇÃO E ESTRATÉGIA DE BUSCA

As buscas foram realizadas em PubMed/MEDLINE, Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Scientific Electronic Library Online (SciELO) e Biblioteca Virtual em Saúde (BVS). A BVS foi tratada como portal de recuperação de múltiplas fontes, inclusive com possibilidade de sobreposição com LILACS; por essa razão, os registros foram consolidados e deduplicados antes da triagem. Foram empregados descritores DeCS/MeSH e termos livres em português e inglês, combinados com AND e OR. Além do núcleo humanização-UTI-trauma, realizou-se busca complementar de domínios transversais relevantes à humanização do politrauma crítico, como ABCDEF, dor, sedação, delirium, sono, mobilização precoce e síndrome pós-UTI.



Quadro 1 – Estratégias de busca empregadas na revisão

Base	Estratégia
PubMed/MEDLINE	((("Intensive Care Units"[MeSH] OR "Critical Care"[MeSH] OR ICU[tiab]) AND ("Patient-Centered Care"[MeSH] OR "family-centered care"[tiab] OR humanization[tiab] OR humanisation[tiab] OR dignity[tiab] OR communication[tiab]) AND ("Multiple Trauma"[MeSH] OR polytrauma[tiab] OR trauma[tiab] OR "traumatic brain injury"[tiab]) AND (nursing[tiab] OR "Critical Care Nursing"[MeSH])) AND (2021:2026[pdat]))
BVS/LILACS	("Unidades de Terapia Intensiva" OR "Cuidados Críticos") AND ("Humanização da Assistência" OR "Cuidado Centrado no Paciente" OR família OR comunicação OR dignidade) AND ("Traumatismo Múltiplo" OR politrauma OR trauma OR "Traumatismo Encefálico") AND (enfermagem OR "Enfermagem de Cuidados Críticos")
SciELO	("unidade de terapia intensiva" OR UTI) AND (humanização OR humanizado OR família OR comunicação) AND (trauma OR politrauma OR crítico) AND enfermagem
Busca complementar	(ICU OR intensive care) AND (ABCDEF OR pain OR delirium OR sedation OR sleep OR early mobilization OR post-intensive care syndrome) AND (nursing OR family OR patient-centered) AND 2021–2026

Fonte: elaboração própria, 2026.

CRITÉRIOS DE ELEGIBILIDADE E TRANSFERIBILIDADE DAS EVIDÊNCIAS

Foram incluídos artigos científicos publicados entre 2021 e 29 de agosto de 2026, em português, inglês ou espanhol, envolvendo adultos em UTI ou evidências com aplicação clínica justificável ao adulto crítico, desde que abordassem pelo menos um dos seguintes domínios: humanização; cuidado centrado na pessoa ou família; comunicação; dignidade; dor, analgesia, sedação, delirium, sono ou mobilização; síndrome pós-UTI; assistência de



enfermagem ao trauma múltiplo; lesão cerebral traumática; indicadores de gravidade do trauma; ou gestão da qualidade relacionada ao cuidado crítico. Diretrizes publicadas em periódicos foram elegíveis quando baseadas em processo formal de síntese e graduação de evidências.

Para reduzir extrapolações indevidas, a aplicabilidade dos estudos foi definida a priori em três grupos: a) evidência direta, quando a população incluía trauma múltiplo, trauma grave ou lesão cerebral traumática; b) evidência transversal transferível, quando o estudo envolvia adultos em UTI geral e investigava processos cuja aplicabilidade ao politrauma não dependia de uma doença específica, como comunicação, dignidade, delirium, sedação, sono e presença familiar; e c) evidência contextual, utilizada exclusivamente para dimensionar epidemiologia e organização de redes de trauma. Recomendações específicas para politrauma e neurotrauma foram sustentadas prioritariamente pelo grupo de evidência direta.

Foram excluídos estudos exclusivamente neonatais ou pediátricos, trabalhos sem aplicabilidade à UTI adulta, publicações anteriores a 2021 destinadas à síntese clínica, editoriais, opiniões, literatura comercial, relatos exclusivamente técnicos sem implicação para enfermagem ou humanização, e publicações sem informação suficiente para caracterizar método e resultados. Documentos normativos e metodológicos foram mantidos apenas como referências complementares.

PROCESSO DE SELEÇÃO E FLUXOGRAMA PRISMA

A seleção foi conduzida pelo pesquisador responsável em duas etapas sequenciais: leitura de títulos e resumos e, posteriormente, leitura integral dos textos potencialmente elegíveis. Os critérios de inclusão e exclusão foram aplicados de forma padronizada e os motivos de exclusão em texto completo foram registrados. A matriz consolidada utilizada no estudo preservou 44 registros únicos após a consolidação e deduplicação das buscas. Sete foram excluídos por título e resumo, 37 seguiram para leitura integral e cinco foram excluídos nessa etapa, sendo dois por população fora do escopo, dois por ausência de desfecho pertinente e um por incompatibilidade metodológica. A amostra final foi composta por 32

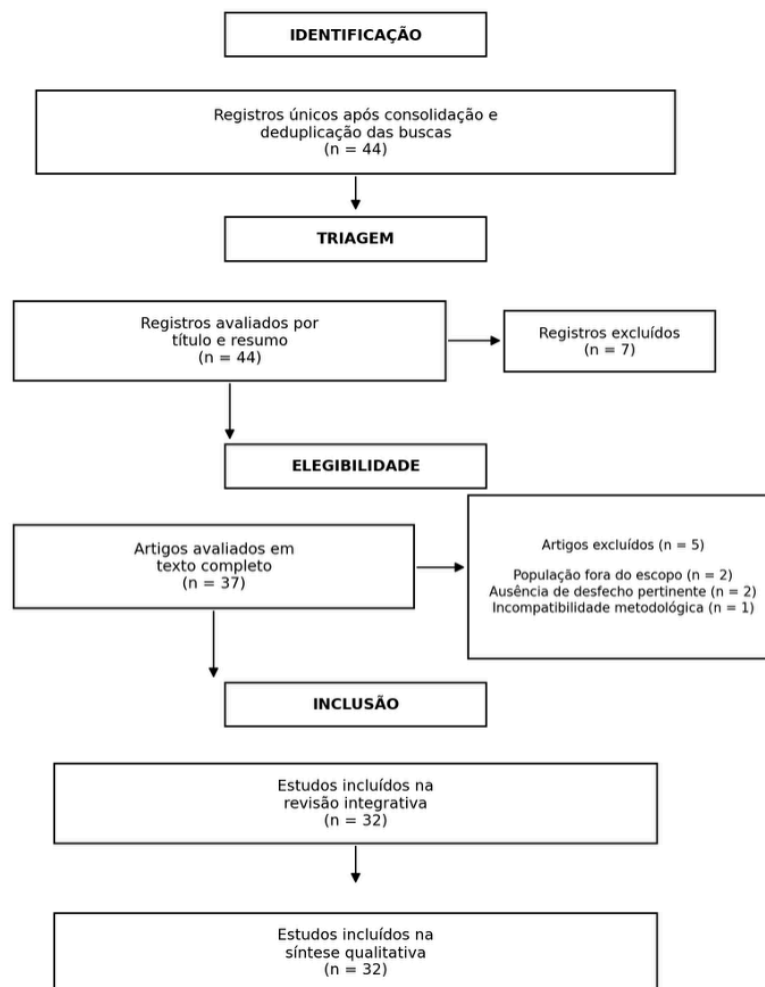


estudos.

O arquivo de busca disponível para esta versão preservou os registros já deduplicados, mas não conservou o número bruto recuperado separadamente em cada fonte nem a quantidade de duplicatas eliminadas antes da triagem. Por integridade metodológica, esses valores não foram reconstruídos retrospectivamente nem estimados. Assim, o fluxograma apresenta os 44 registros únicos efetivamente submetidos à triagem. Essa decisão evita atribuir ao processo números não documentados e é reconhecida como limitação de rastreabilidade da etapa de identificação.



Figura 1 – Fluxo de seleção dos estudos, adaptado do PRISMA 2020



Fluxo de seleção adaptado do PRISMA 2020

Fonte: elaboração própria com base no PRISMA 2020 (Page et al., 2021).

EXTRAÇÃO DOS DADOS E APRECIÇÃO CRÍTICA

Para cada estudo foram extraídos: autor e ano; contexto ou país; delineamento;



população ou amostra; fenômeno ou intervenção; principais resultados; e aplicabilidade ao paciente politraumatizado. A apreciação crítica foi orientada pelos domínios metodológicos descritos pelo JBI, considerando adequação do delineamento à pergunta, clareza dos critérios de seleção, coerência entre métodos e análise, controle de vieses quando pertinente, consistência dos resultados e sustentação das conclusões. Diante da heterogeneidade dos delineamentos, essa apreciação foi utilizada para subsidiar a interpretação crítica dos achados e não para gerar escore global de qualidade ou hierarquização numérica dos estudos (Aromataris et al., 2024).

O delineamento de cada publicação foi preservado como informação descritiva e considerado na interpretação dos resultados. Revisões sistemáticas, metanálises, diretrizes, ensaios, estudos observacionais, pesquisas qualitativas, revisões de escopo e revisões integrativas respondem a perguntas distintas e produzem tipos diferentes de evidência. Por esse motivo, não foram criadas categorias próprias de superioridade metodológica. A análise considerou conjuntamente a coerência interna de cada estudo, a natureza do delineamento e a aplicabilidade direta, transferível ou contextual dos achados ao politrauma crítico.

SÍNTESE E ANÁLISE TEMÁTICA

A heterogeneidade de populações, intervenções e desfechos inviabilizou metanálise própria. Os dados foram organizados em matriz comparativa e submetidos à síntese temática. Quatro categorias foram definidas: 1) humanização, dignidade, comunicação e participação da família; 2) segurança, conforto e liberação da UTI, incluindo dor, sedação, delirium, sono e mobilização; 3) politrauma, neurotrauma e raciocínio clínico de enfermagem; e 4) gestão hospitalar, indicadores e continuidade do cuidado. Na discussão, achados convergentes, complementares e divergentes foram confrontados segundo a natureza da evidência e sua aplicabilidade direta ou transferível ao politrauma.



ASPECTOS ÉTICOS

Por se tratar de revisão de literatura baseada em estudos publicados e documentos de acesso público, sem recrutamento, intervenção ou coleta de dados identificáveis de participantes, não houve pesquisa direta com seres humanos. Foram observados princípios de integridade científica, rastreabilidade das fontes, citação adequada e não fabricação de dados metodológicos ausentes. Foram utilizados dados de sites governamentais, disponíveis em rede.

RESULTADOS

Foram incluídos 32 estudos publicados entre 2022 e 2026. Em relação à aplicabilidade ao objeto, sete estudos focalizaram diretamente trauma múltiplo, trauma grave ou lesão cerebral traumática; dois estudos epidemiológicos foram utilizados para contextualização do trauma no Brasil; e 23 estudos forneceram evidências transversais de UTI consideradas transferíveis ao politrauma para domínios como dignidade, comunicação, família, dor, sedação, delirium, sono, mobilização e síndrome pós-UTI.

A distribuição metodológica incluiu revisões sistemáticas e metanálises, metassíntese qualitativa, diretrizes de prática clínica, ensaio clínico, coortes, estudos de implementação, estudos qualitativos, revisões de escopo e integrativas, série temporal e estudo ecológico. Essa composição permitiu examinar simultaneamente desfechos clínicos, experiência do paciente e família, implementação de bundles, práticas de enfermagem e organização do cuidado, preservando a distinção entre evidência específica de trauma e evidência transversal de terapia intensiva.

A síntese identificou quatro núcleos recorrentes: cuidado centrado na pessoa e família; redução de sofrimento e iatrogenia por meio de analgesia, sedação, prevenção de delirium, sono e mobilização; prevenção de lesões secundárias no trauma e neurotrauma; e condições organizacionais necessárias para transformar humanização em prática mensurável. O Quadro 2 apresenta os estudos e sua contribuição para a revisão.



Quadro 2 – Caracterização dos 32 estudos incluídos e contribuição para a síntese

Estudo	Delineamento/contexto	Síntese do achado	Aplicabilidade ao politrauma / natureza da evidência
Sili et al., 2023	Qualitativo, 15 profissionais de enfermagem em UTI	Humanização entendida como visão integral, empatia, vínculo, família e individualização; recursos e capacitação são determinantes.	Transferível. Base conceitual do cuidado humanizado e papel organizacional.
Cezar; Del Castanhel; Grosseman, 2023	Qualitativo/exploratório, 92 familiares	Clareza, escuta, linguagem acessível e ambiente adequado modulam experiência e sofrimento familiar.	Transferível. Comunicação estruturada como intervenção assistencial.
Secunda; Kruser, 2022	Revisão clínica	Cuidado centrado na pessoa e família é parte da qualidade e enfrenta barreiras em ambientes de alta tecnologia.	Transferível. Integração entre tecnologia, valores e decisão compartilhada.
Hwang et al., 2025	Diretriz SCCM/GRADE	Recomenda presença familiar liberalizada, educação, comunicação estruturada, participação e redução de barreiras.	Transferível. Referência contemporânea para política de família na UTI.
Reifarth; Borrega; Kochanek, 2023	Scoping review	Mapeia estratégias de comunicação com familiares e requisitos de implementação.	Transferível. Padronização de reuniões e comunicação multiprofissional.
Gunnlaugsdóttir et al., 2024	Revisão sistemática de revisões qualitativas	Famílias necessitam informação, proximidade, participação, acolhimento emocional e suporte prático.	Transferível. Família como unidade de cuidado e parceira de recuperação.
Li et al., 2025	Revisão sistemática/metanálise de ECR	Intervenções de comunicação reduziram ansiedade, depressão e sintomas de TEPT em familiares, com pequeno efeito sobre permanência.	Transferível. Evidência de efeito para programas estruturados de comunicação.

Barreto de Souza et al., 2024	Ensaio clínico cluster-crossover, 36 UTIs brasileiras	Visitação flexível associou-se a menor prevalência de sintomas de estresse pós-traumático em familiares em 12 meses.	Transferível. Sustenta políticas de presença familiar quando seguras.
Crossfield et al., 2025	Revisão sistemática	Telecomunicação pode ampliar acesso e apoiar famílias, mas depende de desenho, equidade e integração ao cuidado.	Transferível. Complementa presença física e continuidade informacional.
Sun et al., 2024	Metassíntese qualitativa	Dignidade envolve integridade humana, autonomia, igualdade e suporte ambiental.	Transferível. Privacidade e autonomia possível são desfechos de qualidade.
Sili et al., 2024	Qualitativo	Relações interpessoais e equipe multiprofissional facilitam humanização; escassez de pessoal e materiais dificulta.	Transferível. Conecta humanização a dimensionamento e gestão.
Correya et al., 2025	Qualitativo com enfermeiros de UTI	Persistem lacunas no uso integrado de escalas de dor, delirium e sedação.	Transferível. Necessidade de treinamento, políticas, lembretes e auditoria.
Lewis et al., 2025	Diretriz de prática clínica/GRADE	Atualiza recomendações de ansiedade, sedação, delirium, imobilidade e sono no adulto crítico.	Transferível. Estrutura avaliação sistemática e redução de iatrogenia.
Leong et al., 2025	Revisão sistemática/metanálise	Dor, analgesia e delirium se inter-relacionam; avaliação e tratamento adequados são essenciais.	Transferível. Analgesia baseada em avaliação e vigilância de delirium.
Sosnowski et al., 2023	Revisão sistemática/metanálise	Bundle ABCDE/ABCDEF completo associa-se a melhores desfechos de delirium e função em diferentes estudos.	Transferível. Humanização operacionalizada em bundle multimodal.



Barr et al., 2024	Coorte multicêntrica de implementação	ABCDEF reduziu dias de ventilação e permanência; mobilidade e engajamento familiar foram componentes mais difíceis de sustentar.	Transferível. Mostra importância de liderança, dados e sustentabilidade.
Wang et al., 2023	Revisão sistemática/metanálise	Mobilização precoce em ventilados reduziu tempo de UTI e ventilação em análises, com necessidade de vigilância de eventos adversos.	Transferível. Mobilidade exige critérios de segurança e individualização.
Daum et al., 2024	Revisão sistemática/network meta-analysis	Mobilização nas primeiras 72 h pode reduzir complicações e permanência, com heterogeneidade entre estratégias.	Transferível. Apoia início precoce quando fisiologicamente viável.
Lee; Kim; Lee, 2025	Revisão sistemática/metanálise	Programas com participação de enfermeiros reduziram permanência em UTI; papel profissional ainda pouco especificado.	Transferível. Enfermeiro como triador de segurança e coordenador da mobilidade.
Gorecki; Prasun, 2024	Projeto de melhoria da qualidade	Bundle de promoção do sono avaliou delirium, agitação, contenção e permanência.	Transferível. Ambiente noturno e sono entram no plano humanizado.
Andrade et al., 2025	Scoping review	Identificou intervenções autônomas, não farmacológicas e interdependentes para reduzir risco de TEPT pós-UTI.	Transferível. Humanização deve prevenir trauma psicológico além da lesão física.
Gravante et al., 2024	Revisão sistemática	PICS e PICS-F comprometem mobilidade, autocuidado, saúde mental e qualidade de vida.	Transferível. Planejar alta e reabilitação desde a UTI.
Friberg et al., 2024	Estudo multicêntrico longitudinal	Sintomas elevados de estresse pós-traumático persistiram e aumentaram numericamente até 12 meses em parte dos sobreviventes.	Transferível. Justifica rastreio e referência pós-UTI.

Figueiredo; Castro; Fernandes, 2024	Scoping review em TCE crítico	Intervenções de enfermagem incluem neuromonitorização, terapêutica, vigilância laboratorial, educação e apoio familiar.	Direta. Prevenção de lesão secundária no neurotrauma.
Muliira et al., 2024	Scoping review	Famílias de pessoas com TCE apresentam necessidades informacionais, emocionais e práticas ao longo da recuperação.	Direta. Alta e educação familiar devem começar precocemente.
Högvall et al., 2026	Qualitativo, TCE sobreviventes/familiares	Diário escrito por enfermeiros ajudou a preencher lacunas de memória e humanizar a experiência da UTI.	Direta. Recurso opcional para reconstrução narrativa e continuidade.
Ferreira et al., 2023	Revisão integrativa, múltiplos traumas	Mapeou intervenções de enfermagem para mobilidade, eliminação, imobilidade, nutrição, conforto e autocuidado.	Direta. Amplia plano de cuidados do politraumatizado.
Ferreira et al., 2024	Estudo descritivo com dados de centro de trauma brasileiro	Dados interoperáveis NANDA-I/NIC/NOC apoiaram planejamento de cuidados de mobilidade e prevenção de complicações.	Direta. Decisão baseada em dados e padronização de enfermagem.
Fernandes et al., 2025	Coorte retrospectiva, 151 adultos com trauma	ISS e NISS apresentaram boa discriminação para internação e admissão em UTI.	Direta. Estratificação de gravidade apoia priorização e gestão de fluxo.
Hickey; White; Gantz, 2024	Revisão integrativa	Traumas relacionados à violência exigem suporte emocional, preservação forense, prevenção de revitimização e suporte à equipe.	Direta. Humanização inclui segurança psicossocial e cuidado sensível ao trauma.
Souza et al., 2025	Série temporal brasileira, 2001–2021	Internações por acidentes de transporte aumentaram e mantiveram predomínio masculino.	Contextual epidemiológica. Dimensiona demanda potencial de trauma grave e reabilitação.



Malta et al., 2023	Estudo ecológico brasileiro	Mortalidade por lesões no transporte variou conforme município, região e porte populacional, com destaque para motociclistas.	Contextual epidemiológica. Reforça desigualdades e necessidade de redes regionais de trauma.
--------------------	-----------------------------	---	--

Fonte: elaboração própria a partir dos estudos incluídos, 2026.

HUMANIZAÇÃO, DIGNIDADE, COMUNICAÇÃO E PARTICIPAÇÃO DA FAMÍLIA

Os estudos qualitativos, revisões e diretrizes identificaram humanização como reconhecimento da pessoa para além do diagnóstico e dos dispositivos. Sili et al. (2023) associaram o cuidado humanizado à integralidade, empatia, vínculo, família e individualização; Sun et al. (2024) identificaram autonomia, igualdade, integridade e suporte ambiental como componentes da dignidade. Em conjunto, os estudos descreveram privacidade, explicação de procedimentos, linguagem compreensível e reconhecimento de preferências como elementos recorrentes do cuidado centrado na pessoa.

A comunicação com familiares apresentou associação com experiência e saúde mental. Cezar, Del Castanhel e Grosseman (2023) identificaram necessidade de clareza, escuta e linguagem acessível; Reifarth, Borrega e Kochanek (2023) mapearam estratégias estruturadas de comunicação; Li et al. (2025) observaram redução de ansiedade, depressão e sintomas de estresse pós-traumático em intervenções de comunicação; e Hwang et al. (2025) recomendaram presença familiar liberalizada, educação e participação quando clinicamente factíveis. Em UTIs brasileiras, Barreto de Souza et al. (2024) encontraram menor prevalência de sintomas de estresse pós-traumático em familiares após estratégia de visita flexível.

SEGURANÇA, CONFORTO, DOR, SEDAÇÃO, DELIRIUM, SONO E MOBILIZAÇÃO

As evidências transversais de UTI mostraram interdependência entre dor, sedação,



delirium, imobilidade e sono. Lewis et al. (2025) atualizaram recomendações para esses domínios, enquanto Correya et al. (2025) identificaram barreiras à utilização integrada de escalas de dor, delirium e sedação. Leong et al. (2025) demonstraram associação entre dor, exposição analgésica e delirium, reforçando a necessidade de avaliação sistemática e reavaliação após intervenções.

O bundle ABCDEF reuniu avaliação de dor, despertar e respiração espontâneos, escolha de sedação, prevenção e manejo do delirium, mobilização e engajamento familiar. Sosnowski et al. (2023) identificaram benefícios do bundle em delirium e funcionalidade, e Barr et al. (2024) observaram redução de dias de ventilação e permanência após implementação em larga escala, embora mobilidade e engajamento familiar tenham apresentado maior dificuldade de sustentação.

Revisões sobre mobilização precoce apontaram redução de tempo de ventilação ou permanência em parte das análises, com heterogeneidade entre protocolos e necessidade de monitoramento de eventos adversos (Wang et al., 2023; Daum et al., 2024; Lee; Kim; Lee, 2025). Gorecki e Prasun (2024) incluíram sono, delirium, agitação, contenção e permanência em projeto de melhoria da qualidade voltado à promoção do sono.

POLITRAUMA, NEUROTRAUMA E INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM

Nos estudos diretamente relacionados ao trauma, Figueiredo, Castro e Fernandes (2024) mapearam intervenções de enfermagem no traumatismo cranioencefálico crítico, incluindo neuromonitorização, terapêutica, vigilância laboratorial, formação da equipe e apoio familiar. Ferreira et al. (2023) identificaram intervenções para mobilidade, eliminação, nutrição, conforto e autocuidado em pacientes com múltiplos traumas, enquanto Ferreira et al. (2024) demonstraram utilidade de dados de enfermagem interoperáveis para planejamento de cuidados e prevenção de complicações.

Fernandes et al. (2025) observaram capacidade discriminatória dos índices ISS e NISS para hospitalização e admissão em UTI. Muliira et al. (2024) identificaram necessidades informacionais, emocionais e práticas de famílias de pessoas com lesão cerebral traumática.



Högvall et al. (2026) descreveram o uso de diários escritos por enfermeiros como recurso para reconstrução narrativa após TCE. Hickey, White e Gantz (2024) acrescentaram necessidades de cuidado sensível ao trauma em lesões decorrentes de violência.

GESTÃO HOSPITALAR E INDICADORES DE QUALIDADE ASSISTENCIAL

Os estudos mostraram que recursos humanos, materiais, trabalho interprofissional e capacitação condicionam a implementação de práticas humanizadas. Sili et al. (2024) identificaram escassez de profissionais e materiais como barreiras, e Barr et al. (2024) evidenciaram que a sustentabilidade de bundles depende de liderança, integração ao fluxo de trabalho e monitoramento de dados.

A partir da síntese, os indicadores foram organizados segundo estrutura, processo e resultado. Estrutura incluiu disponibilidade de protocolos, escalas, capacitação e ambiente para comunicação; processo incluiu avaliação de dor, meta de sedação, rastreo de delirium, mobilidade, comunicação familiar, revisão de contenções e planejamento de transição; resultados incluíram eventos de segurança, tempo de ventilação e permanência, readmissão, experiência, funcionalidade e sintomas pós-UTI.

Quadro 3 – Indicadores sugeridos para gestão da humanização da assistência ao paciente politraumatizado em UTI

Dimensão	Indicador	Definição operacional sugerida
Estrutura	Disponibilidade de protocolos e escalas validadas	Percentual de leitos com acesso padronizado a NRS/CPOT/BPS, RASS, CAM-ICU/ICDSC e protocolos de trauma.
Estrutura	Capacitação da equipe	Cobertura anual de treinamento em humanização, trauma, comunicação, delirium e mobilização segura.
Estrutura	Ambiente e família	Existência de área de comunicação privada, política de presença familiar e recursos de telessaúde.



Processo	Dor	Percentual de pacientes elegíveis com dor avaliada e reavaliada após intervenção no intervalo institucional.
Processo	Sedação	Percentual de ventilados com alvo de sedação definido e concordância RASS-meta documentada.
Processo	Delirium	Percentual de pacientes elegíveis rastreados ao menos por turno conforme protocolo institucional.
Processo	Mobilidade	Percentual de pacientes elegíveis com nível de mobilidade diário definido e progressão documentada.
Processo	Família	Percentual de famílias com comunicação estruturada e registro de necessidades nas primeiras 24–48 h.
Processo	Contenção	Prevalência de contenção física e percentual de reavaliações de necessidade.
Processo	Transição	Percentual de sobreviventes de trauma grave com plano de reabilitação, educação e seguimento antes da alta.
Resultado	Segurança	Lesões por pressão, extubação não planejada, quedas, eventos de dispositivos e infecções relacionadas à assistência.
Resultado	Eficiência clínica	Dias de ventilação mecânica, permanência na UTI/hospital e readmissão precoce.
Resultado	Experiência	Satisfação do paciente/família, compreensão do plano terapêutico e percepção de dignidade.
Resultado	Recuperação	Funcionalidade, dor persistente e rastreio de sintomas de ansiedade, depressão ou TEPT pós-UTI.

Fonte: proposta do autor a partir da síntese das evidências. Metas numéricas devem ser definidas localmente segundo perfil assistencial, elegibilidade clínica, recursos e risco.



DISCUSSÃO

HUMANIZAÇÃO COMO COMPONENTE DA QUALIDADE E SEGURANÇA

A síntese demonstra que humanização não constitui dimensão paralela ao tratamento intensivo, mas componente de sua qualidade. Secunda e Kruser (2022) situam o cuidado centrado na pessoa e família como atributo da assistência, enquanto Sili et al. (2023) enfatizam integralidade, empatia e individualização. Sun et al. (2024) ampliam essa compreensão ao demonstrar que dignidade envolve autonomia, igualdade e integridade. A convergência desses achados desloca a humanização de uma noção de cordialidade para um princípio organizador das decisões sobre risco, informação, conforto e preferências.

Lewis et al. (2025) reforçam essa interpretação ao incorporar dor, sedação, delirium, imobilidade e sono a diretrizes clínicas baseadas em evidências. Se dor não reconhecida, delirium não identificado e sedação desnecessariamente profunda produzem sofrimento e podem modificar desfechos, avaliá-los sistematicamente é simultaneamente uma ação técnica e humanizadora. Correya et al. (2025), entretanto, mostram que conhecimento sobre escalas não garante sua implementação, indicando que a lacuna se desloca da disponibilidade de evidência para capacidade organizacional de incorporá-la ao cuidado.

No politrauma, qualquer estratégia humanizadora deve respeitar a prioridade fisiológica. Choque hemorrágico, hipertensão intracraniana, ventilação complexa ou necessidade de múltiplos procedimentos podem exigir condutas incompatíveis com metas usuais de mobilização ou sedação leve. A humanização baseada em evidências não consiste em aplicar intervenções de maneira uniforme, mas em justificar sua indicação, reconhecer contraindicações, reavaliar diariamente e retirar iatrogenias quando deixam de ser necessárias.

FAMÍLIA E COMUNICAÇÃO COMO PROCESSOS CLÍNICOS

Hwang et al. (2025) recomendam presença familiar e comunicação estruturada quando seguras e factíveis. Cezar, Del Castanhel e Grosseman (2023) demonstram, no contexto brasileiro, que familiares valorizam clareza, coerência e possibilidade de



participação. Reifarth, Borrega e Kochanek (2023) complementam esses achados ao indicar que a qualidade da comunicação depende de organização e periodicidade, e Li et al. (2025) demonstram efeitos mensuráveis sobre sofrimento psicológico familiar.

Essas evidências indicam que o boletim isolado é insuficiente em situações de politrauma complexo. O processo comunicacional deve possuir referência profissional, periodicidade, linguagem acessível e espaço para dúvidas. A enfermagem ocupa posição privilegiada para identificar lacunas de compreensão, explicar procedimentos sob sua competência e comunicar mudanças à equipe. Barreto de Souza et al. (2024) acrescentam evidência de benefício de visita flexível, mas Hickey, White e Gantz (2024) lembram que trauma decorrente de violência pode exigir avaliação de segurança, privacidade e risco de revitimização. Portanto, flexibilidade deve ser individualizada, e não confundida com ausência de critérios.

DOR, SEDAÇÃO, DELIRIUM E SONO: REDUÇÃO DE SOFRIMENTO EVITÁVEL

Leong et al. (2025) demonstram inter-relação entre dor, analgesia e delirium, e Lewis et al. (2025) recomendam abordagem estruturada desses fenômenos. Para a enfermagem, o processo decisório deve considerar capacidade de autorrelato, seleção de instrumento apropriado, intervenção, reavaliação, meta de sedação e rastreamento de delirium. Em pacientes incapazes de comunicar dor, instrumentos comportamentais validados, como CPOT ou BPS, podem ser utilizados segundo protocolo institucional; a sedação pode ser acompanhada por RASS e o delirium por CAM-ICU ou ICDSC quando aplicável.

Sosnowski et al. (2023) e Barr et al. (2024) convergem ao indicar que o ABCDEF operacionaliza esse raciocínio em uma estratégia interprofissional. O estudo de implementação de Barr et al. evidencia, contudo, que os componentes relacionais e de mobilidade são mais difíceis de sustentar. Essa diferença entre eficácia potencial e implementação real justifica auditoria por componente, discussão de barreiras e adaptação do fluxo de trabalho.

Gorecki e Prasun (2024) incluem o sono nesse sistema. No politrauma,



monitorização não deve ser reduzida, mas interrupções evitáveis podem ser agrupadas e ruído, iluminação e alarmes podem ser gerenciados. O princípio é distinguir vigilância necessária de perturbação sem benefício clínico.

MOBILIZAÇÃO E FUNCIONALIDADE: PRECOCIDADE CONDICIONADA À SEGURANÇA

Wang et al. (2023), Daum et al. (2024) e Lee, Kim e Lee (2025) demonstram benefícios potenciais da mobilização precoce sobre permanência ou ventilação em diferentes populações críticas, mas também heterogeneidade e necessidade de vigilância de eventos adversos. No politrauma, o conceito de precoce deve ser subordinado à estabilidade hemodinâmica, neurológica e ortopédica, às restrições de carga, aos dispositivos e às metas de neuroproteção.

Ferreira et al. (2023) mostram que mobilidade se articula a eliminação, nutrição, conforto e autocuidado. Ferreira et al. (2024) demonstram que dados padronizados podem conectar diagnósticos, intervenções e resultados. Esses achados reforçam que mobilização deve integrar o processo de enfermagem com critério de elegibilidade, objetivo, resposta e reavaliação documentados. A presença contínua do enfermeiro permite reconhecer tanto mudanças que tornam a mobilização insegura quanto situações em que a restrição já não se justifica.

NEUROTRAUMA, CONSCIÊNCIA E DIGNIDADE

Figueiredo, Castro e Fernandes (2024) demonstram que o cuidado de enfermagem no TCE crítico envolve prevenção de lesões secundárias por meio de monitorização e intervenção precoce. Isso inclui vigilância de oxigenação, perfusão, pupilas, nível de consciência, temperatura, posicionamento, sedação e variáveis intracranianas quando disponíveis. A avaliação deve ser seriada e interpretada em tendência, pois alterações decorrentes de sedativos, dor, hipoxemia, hipercapnia, choque ou distúrbios metabólicos



podem simular ou mascarar deterioração neurológica.

Pacientes com consciência reduzida apresentam risco adicional de despersonalização. Sun et al. (2024) sustentam que dignidade se relaciona à forma como corpo e identidade são tratados mesmo quando autonomia plena está suspensa. Procedimentos devem ser anunciados, privacidade preservada, exposição corporal minimizada e instrumentos de dor adaptados à incapacidade de comunicação. Högvall et al. (2026) e Muliira et al. (2024) mostram que necessidades narrativas e familiares persistem após a fase crítica, reforçando o planejamento precoce da transição.

INTEGRAÇÃO COM ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR, OMS E AHA

A humanização do politraumatizado começa antes da UTI. Ferramentas de atendimento de emergência da Organização Mundial da Saúde incluem avaliação sistemática, comunicação estruturada e checklists de transferência, elementos compatíveis com continuidade entre atendimento pré-hospitalar, emergência, centro cirúrgico e UTI (World Health Organization, 2025). Um handoff de qualidade deve preservar mecanismo do trauma, intervenções prévias, resposta hemodinâmica, via aérea, ventilação, perdas sanguíneas, hemocomponentes, achados neurológicos, imobilizações, alergias, medicamentos e eventos adversos.

As diretrizes de ressuscitação da American Heart Association de 2025 atualizam suporte básico e avançado de vida e sistemas de cuidado (American Heart Association, 2025). Em parada traumática, porém, o raciocínio deve permanecer etiológico e integrado a protocolos específicos de trauma, com prioridade para causas reversíveis como hemorragia, hipóxia e mecanismos obstrutivos. A AHA, portanto, complementa, mas não substitui, a abordagem trauma-específica.

IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA DE ENFERMAGEM E GESTÃO HOSPITALAR

Para a assistência, os achados sustentam quatro movimentos complementares:

estabilizar e reconhecer risco; reduzir sofrimento e iatrogenia; manter paciente e família informados e participantes dentro dos limites clínicos; e planejar transição e recuperação desde a admissão. O primeiro movimento inclui monitorização hemodinâmica, ventilatória e neurológica, controle de hemorragia, prevenção de hipotermia e identificação de deterioração. O segundo inclui dor, sedação, delirium, contenções, sono, pele, posicionamento e mobilidade.

Para a gestão, humanização deve ser incorporada à governança clínica por meio de protocolos, responsabilidades, educação permanente, documentação e indicadores. O painel proposto permite combinar experiência, segurança e eficiência. Por exemplo, maior adesão ao rastreio de delirium deve ser interpretada juntamente com prevalência de delirium, sedação profunda, contenção e tempo de ventilação, evitando indicadores isolados sem significado clínico.

Sili et al. (2024) demonstram que falta de recursos humanos e materiais limita práticas humanizadas, enquanto Barr et al. (2024) mostram que sustentabilidade de bundles depende de liderança e integração ao fluxo de trabalho. Esses achados reforçam que comportamento individual não compensa indefinidamente um sistema subdimensionado. A liderança de enfermagem deve acompanhar carga de trabalho, capacitação, disponibilidade de protocolos e condições reais de execução.

LIMITAÇÕES DO ESTUDO

A primeira limitação é a escassez de estudos que integrem, no mesmo desenho, politrauma, UTI, humanização e enfermagem. Por isso, a revisão combinou sete estudos diretamente relacionados ao trauma ou TCE, dois estudos epidemiológicos contextuais e 23 estudos transversais de UTI. Embora critérios de transferibilidade tenham sido explicitados, recomendações derivadas de UTI geral devem ser aplicadas ao politrauma com julgamento clínico e respeito às especificidades hemodinâmicas, neurológicas e ortopédicas.

A segunda limitação é a heterogeneidade de delineamentos, populações e desfechos, que impediu metanálise própria. A apreciação crítica foi guiada por domínios metodológicos

do JBI, sem atribuição de escore global ou hierarquia própria entre delineamentos. A terceira limitação é a realização da triagem pelo pesquisador responsável, sem seleção independente por dois revisores, o que pode aumentar o risco de viés de seleção.

A quarta limitação refere-se à rastreabilidade da identificação. A matriz disponível preservou 44 registros únicos após consolidação e deduplicação, mas não conservou o total bruto por fonte nem o número de duplicatas removidas antes da triagem. Esses valores não foram estimados retrospectivamente. A quinta limitação é a predominância de evidências internacionais. Por se tratar de revisão integrativa, e não de revisão sistemática, não foi realizado registro de protocolo no PROSPERO; essa característica deve ser considerada ao comparar o presente estudo com revisões sistemáticas protocoladas. Estudos brasileiros multicêntricos específicos para politrauma em UTI permanecem necessários.

CONCLUSÃO

O objetivo foi alcançado ao integrar evidências contemporâneas sobre humanização da assistência de enfermagem ao paciente politraumatizado em UTI e demonstrar que humanizar, no cuidado crítico, constitui estratégia clínica, ética e gerencial. A assistência de qualidade combina abordagem sistemática do trauma e prevenção de lesões secundárias com analgesia baseada em avaliação, sedação orientada por alvo, rastreamento de delirium, promoção do sono, mobilização condicionada à estabilidade, comunicação compreensível, participação familiar individualizada e preservação da dignidade.

A enfermagem ocupa posição central porque transforma dados contínuos em decisões, reconhece sofrimento que nem sempre pode ser verbalizado e coordena intervenções e transições. Protocolos devem apoiar, e não substituir, julgamento clínico. No politrauma, metas de sedação, mobilidade e presença familiar precisam ser individualizadas segundo choque, neuroproteção, procedimentos, restrições ortopédicas e resposta ao tratamento.

Para a gestão hospitalar, recomenda-se incorporar a humanização ao sistema de qualidade com indicadores de estrutura, processo e resultado, dimensionamento adequado, educação permanente, rounds interprofissionais e linhas de reabilitação. Pesquisas futuras



devem testar bundles adaptados ao trauma e relacionar indicadores de humanização a desfechos clínicos, econômicos, funcionais e de experiência, incluindo o seguimento da síndrome pós-UTI.

REFERÊNCIAS

AMERICAN HEART ASSOCIATION. 2025 American Heart Association Guidelines for CPR and Emergency Cardiovascular Care. Dallas: AHA, 2025. Disponível em: <https://cpr.heart.org/en/resuscitation-science/cpr-and-ecc-guidelines>. Acesso em: 29 ago. 2026.

ANDRADE, Débora de Fátima Sousa et al. Nursing interventions to prevent posttraumatic stress disorders in people in intensive care: a scoping review. *Dimensions of Critical Care Nursing*, v. 44, n. 1, p. 36-43, 2025. DOI: 10.1097/DCC.0000000000000677.

AROMATARIS, Edoardo; LOCKWOOD, Craig; PORRITT, Kylie; PILLA, Balaji; JORDAN, Zoe (ed.). *JBIM Manual for Evidence Synthesis*. Adelaide: JBI, 2024. DOI: 10.46658/JBIMES-24-01. Disponível em: <https://synthesismanual.jbi.global>. Acesso em: 30 ago. 2026.

BARR, Juliana et al. Improving outcomes in mechanically ventilated adult ICU patients following implementation of the ICU Liberation (ABCDE) Bundle across a large healthcare system. *Critical Care Explorations*, v. 6, n. 1, e1001, 2024. DOI: 10.1097/CCE.0000000000001001.

BARRETO DE SOUZA, Jennifer Menna 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. DOI: 10.1007/s00134-024-07577-3.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Humanização: PNH. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013.

CEZAR, Augusto Garcia de; DEL CASTANHEL, Flávia; GROSSEMAN, Suely. Necessidades de familiares de pacientes em terapia intensiva e sua percepção da comunicação médica. *Critical Care Science*, v. 35, n. 1, p. 73-83, 2023. DOI: 10.5935/2965-2774.20230374-pt.

CORREYA, Anu et al. Nurses' perceptions of patient pain, delirium, and sedation assessments in the intensive care unit: a qualitative study. *Australian Critical Care*, v. 38, n. 1, 101076, 2025. DOI: 10.1016/j.aucc.2024.05.013.



CROSSFIELD, Claire; OZAVCI, Guncag; DIGBY, Robin; BUCKNALL, Tracey. A systematic review on the effect of telehealth communication with intensive care unit families on patient and family outcomes. *Australian Critical Care*, v. 38, n. 1, 101094, 2025. DOI: 10.1016/j.aucc.2024.06.013.

DAUM, Nils et al. Early mobilisation within 72 hours after admission of critically ill patients in the intensive care unit: a systematic review with network meta-analysis. *Intensive & Critical Care Nursing*, v. 80, 103573, 2024. DOI: 10.1016/j.iccn.2023.103573.

FERNANDES, Lillian Caroline et al. Predictive capacity of trauma indices for hospitalization and intensive care unit admission. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, v. 59, e20250092, 2025. DOI: 10.1590/1980-220X-REEUSP-2025-0092pt.

FERREIRA, Ráisa Camilo et al. Nursing interventions and activities for patients with multiple traumas: an integrative review. *International Journal of Nursing Knowledge*, v. 34, n. 4, p. 254-275, 2023. DOI: 10.1111/2047-3095.12401.

FERREIRA, Raísa Camilo et al. Using interoperable nursing care data to improve outcomes for multiple traumas patients with Impaired Physical Mobility. *Journal of Clinical Nursing*, v. 33, n. 7, p. 2562-2577, 2024. DOI: 10.1111/jocn.17140.

FIGUEIREDO, Rita; CASTRO, Cidália; FERNANDES, Júlio Belo. Nursing interventions to prevent secondary injury in critically ill patients with traumatic brain injury: a scoping review. *Journal of Clinical Medicine*, v. 13, n. 8, 2396, 2024. DOI: 10.3390/jcm13082396.

FRIBERG, Klara et al. Patient characteristics associated with posttraumatic stress symptoms in intensive care unit survivors during a one-year follow-up: a multicenter study. *Heart & Lung*, v. 66, p. 1-8, 2024. DOI: 10.1016/j.hrtlng.2024.02.011.

GORECKI, Nicole M.; PRASUN, Marilyn A. Intensive Care Unit Sleep Promotion Bundle: impact on sleep quality, delirium, and other patient outcomes. *Critical Care Nurse*, v. 44, n. 4, p. 11-18, 2024. DOI: 10.4037/ccn2024972.

GRAVANTE, Francesco et al. Quality of life in ICU survivors and their relatives with post-intensive care syndrome: a systematic review. *Nursing in Critical Care*, v. 29, n. 4, p. 807-823, 2024. DOI: 10.1111/nicc.13077.

GUNNLAUGSDÓTTIR, Thora et al. How can family members of patients in the intensive care unit be supported? A systematic review of qualitative reviews, meta-synthesis, and novel recommendations for nursing care. *International Journal of Nursing Studies Advances*, v. 7, 100251, 2024. DOI: 10.1016/j.ijnsa.2024.100251.

HICKEY, Johannah; WHITE, Mackenzie; GANTZ, Sarah. Best practices in the nursing care of patients with injuries from violence: an integrative review. *Critical Care Nurse*, v. 44, n. 5,



p. 32-41, 2024. DOI: 10.4037/ccn2024639.

HÖGVALL, Lisa Maria et al. Creating a shared narrative: a qualitative study on the impact of nurse-written ICU diaries for TBI-survivors and their family caregivers. *Neuropsychological Rehabilitation*, p. 1-21, 2026. DOI: 10.1080/09602011.2026.2684576.

HWANG, David Y. et al. Society of Critical Care Medicine Guidelines on Family-Centered Care for Adult ICUs: 2024. *Critical Care Medicine*, v. 53, n. 2, p. e465-e482, 2025. DOI: 10.1097/CCM.0000000000006549.

LEE, Jungmin; KIM, Yeonju; LEE, Hyun Joo. Nurse-involved early mobilization in the intensive care unit: a systematic review and meta-analysis. *Nursing in Critical Care*, v. 30, n. 2, e13278, 2025. DOI: 10.1111/nicc.13278.

LEONG, Amanda Y. et al. The association between pain, analgesia, and delirium among critically ill adults: a systematic review and meta-analysis. *Intensive Care Medicine*, v. 51, n. 2, p. 342-352, 2025. DOI: 10.1007/s00134-025-07784-6.

LEWIS, Kimberley et al. A focused update to the clinical practice guidelines for the prevention and management of pain, anxiety, agitation/sedation, delirium, immobility, and sleep disruption in adult patients in the ICU. *Critical Care Medicine*, v. 53, n. 3, p. e711-e727, 2025. DOI: 10.1097/CCM.0000000000006574.

LI, ZhiRu et al. Effectiveness of family-provider communication interventions on family's psychological health, communication quality, and health care utilization in the ICU: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Intensive & Critical Care Nursing*, v. 91, 104166, 2025. DOI: 10.1016/j.iccn.2025.104166.

MALTA, Deborah Carvalho et al. Mortality by road transport injury in Brazilian municipalities between 2000 and 2018. *Public Health*, v. 220, p. 120-126, 2023. DOI: 10.1016/j.puhe.2023.04.013.

MENDES, Karina Dal Sasso; SILVEIRA, Renata Cristina de Campos Pereira; GALVÃO, Cristina Maria. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Texto & Contexto - Enfermagem*, v. 17, n. 4, p. 758-764, 2008. DOI: 10.1590/S0104-07072008000400018.

MULIIRA, Joshua K. et al. The needs of families caring for patients with traumatic brain injury: a scoping review. *Disability and Rehabilitation*, v. 46, n. 20, p. 4586-4594, 2024. DOI: 10.1080/09638288.2023.2278178.

PAGE, Matthew J. et al. The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ*, v. 372, n. 71, 2021. DOI: 10.1136/bmj.n71.



REIFARTH, Eyleen; BORREGA, Jorge Garcia; KOCHANNEK, Matthias. How to communicate with family members of the critically ill in the intensive care unit: a scoping review. *Intensive & Critical Care Nursing*, v. 74, 103328, 2023. DOI: 10.1016/j.iccn.2022.103328.

SECUNDA, Katharine E.; KRUSER, Jacqueline M. Patient-centered and family-centered care in the intensive care unit. *Clinics in Chest Medicine*, v. 43, n. 3, p. 539-550, 2022. DOI: 10.1016/j.ccm.2022.05.008.

SILI, Eurico Mateus et al. Cuidado de enfermagem humanizado em terapia intensiva em Angola: facilidades e dificuldades desveladas. *Texto & Contexto Enfermagem*, v. 33, e20230111, 2024. DOI: 10.1590/1980-265X-TCE-2023-0111pt.

SILI, Eurico Mateus et al. Cuidado humanizado na Unidade de Terapia Intensiva: discurso dos profissionais de enfermagem angolanos. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 76, n. 2, e20220474, 2023. DOI: 10.1590/0034-7167-2022-0474pt.

SOSNOWSKI, Kellie et al. The effect of the ABCDE/ABCDEF bundle on delirium, functional outcomes, and quality of life in critically ill patients: a systematic review and meta-analysis. *International Journal of Nursing Studies*, v. 138, 104410, 2023. DOI: 10.1016/j.ijnurstu.2022.104410.

SOUZA, Edinilsa Ramos de et al. Magnitude e evolução temporal das lesões e mortes no trânsito no Brasil, 2001 a 2021. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 30, n. 10, e15372025, 2025. DOI: 10.1590/1413-812320253010.15372025.

SUN, Xianghong et al. The meaning of respect and dignity for intensive care unit patients: a meta-synthesis of qualitative research. *Nursing Ethics*, v. 31, n. 4, p. 652-669, 2024. DOI: 10.1177/09697330231222598.

WANG, Lijie et al. The effects of early mobilization in mechanically ventilated adult ICU patients: systematic review and meta-analysis. *Frontiers in Medicine*, v. 10, 1202754, 2023. DOI: 10.3389/fmed.2023.1202754.

WHITEMORE, Robin; KNAFL, Kathleen. The integrative review: updated methodology. *Journal of Advanced Nursing*, v. 52, n. 5, p. 546-553, 2005. DOI: 10.1111/j.1365-2648.2005.03621.x.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Emergency care toolkit. Geneva: WHO, 2025. Disponível em: <https://www.who.int/tools/emergency-care-toolkit>. Acesso em: 29 ago. 2026.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Global status report on road safety 2023: Brazil country profile. Geneva: WHO, 2024.



WORLD HEALTH ORGANIZATION. Road traffic injuries. Geneva: WHO, 20 jul. 2026.
Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/road-traffic-injuries>.
Acesso em: 29 ago. 2026.

