



Perspectiva do usuário quanto a humanização na unidade de terapia intensiva.

Carolina de Oliveira Alves¹; Leonária Fernandes da Costa², Nádia Maria Silva Montello³, Tailon Gustavo Küster Azeredo⁴

ARTIGO ORIGINAL

RESUMO

Objetivo avaliar de acordo com a percepção de usuários que estiveram hospitalizados na UTI, se a Política Nacional de Humanização PNH está ou não implantada na realidade foco do estudo. A formulação da pergunta de pesquisa foi estruturada a partir da estratégia PVO (acrônimo para população; variável e desfecho), sendo a PNH o contexto estudado, através das percepções dos usuários. Para a fundamentação teórica foi realizada pesquisa bibliográfica de artigos publicados entre 2004 e 2022, disponíveis nas bases de dados, SciELO, PePSIC e BVSMS localizados através de palavras-chaves onde foram utilizados os descritores :“Psicologia hospitalar”, “Humanização”, e “Unidade de Terapia Intensiva”. Conclui-se que na unidade hospitalar onde a pesquisa foi realizada, existe a implementação da PNH, sendo necessário poucos ajustes para a adequação total. As modificações para a prática da humanização com excelência, requerem que a gestão hospitalar instrua seus colaboradores e pacientes acerca de seus direitos

Palavras-chave: Psicologia hospitalar, Humanização, Unidade de Terapia Intensiva.

User perspective regarding humanization in the intensive care unit.

ABSTRACT

Objective to evaluate, according to the perception of users who were hospitalized in the ICU, whether or not the National Humanization Policy PNH is implemented in the reality of the study. The formulation of the research question was structured based on the PVO strategy (acronym for population; variable and outcome), with the PNH being the studied context, through the users' perceptions. For the theoretical foundation, a bibliographical research was carried out of articles published between 2004 and 2022, available in the databases, SciELO, PePSIC and BVSMS located through keywords where the descriptors were used: "Hospital Psychology", "Humanization", and "Intensive care unit". It is concluded that in the hospital unit where the research was carried out, there is the implementation of the PNH, requiring few adjustments for total adequacy. Modifications to the practice of humanization with excellence require that hospital management instruct its employees and patients about their rights

Keywords: Hospital psychology, Humanization, Intensive Care Unit.

Instituição afiliada – ¹ Egressa do PRMS do Hospital Regional de Cacoal (HRC). ² Preceptora do PRMS do Hospital Regional de Cacoal (HRC). ³ Tutora em psicologia do PRMS do Hospital Regional de Cacoal (HRC). ⁴ Mestrando do PPG de Bioestatística na Universidade Estadual de Maringá-UEM.

Dados da publicação: Artigo recebido em 30 de Junho, aceito para publicação em 12 de Julho e publicado em 07 de Agosto de 2023.

DOI: <https://doi.org/10.36557/2674-8169.2023v5n4p311-337>

Autor correspondente: *Carolina de Oliveira Alves* E-mail: carolinacrts.psi@gmail.com



This work is licensed under a [Creative Commons Attribution 4.0 International License](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).



INTRODUÇÃO

A elaboração da Política Nacional de Humanização (PNH) caracteriza-se em uma proposta norteadora para uma nova práxis, visando melhorias para os usuários e colaboradores inseridos neste contexto, por meio da participação de ambos no processo de gestão, do respeito aos direitos do paciente, e da predominância da visão holística do homem. A PNH apresenta seguimentos afim de aperfeiçoar a relação e comunicação entre usuários, gestores e profissionais de saúde, buscando a melhoria da assistência através da valorização dos direitos do paciente, reconhecimento de sua subjetividade e cultura, e fortalecendo a assistência à saúde (FRANZON et al., 2022).

Para Nascimento et al (2021), as iniciativas de humanização frente a prestação de assistência desempenham a importância em discutir e rever a qualidade dos cuidados prestados aos usuários dos serviços de saúde, trata-se ainda de uma empreitada social e política de transformação no modo de fazer saúde através da crítica às condutas automatizadas, buscando modos de gestão mais inclusivos, incentivando a comunicação transversal entre a equipe multidisciplinar e unidades de saúde, considerando a integralidade do sujeito biopsicossocial e priorizando sua autonomia.

Tratando-se de uma Unidade de Terapia Intensiva (UTI), há o manuseio de inúmeras tecnologias, aparelhos, uma vez que se sabe que os usuários ali internados apresentam condições graves de saúde e por isso a adesão à assistência humanizada é primordial. Da mesma forma, os profissionais atuantes nesse cenário, se deparam com grandes desafios ao conviver diariamente com a diáde da luta constante pela manutenção da vida e inevitabilidade da morte. Assim, sendo primordial a implantação de ações humanizadoras do cuidado (BARBOSA et al., 2021).

Apona-se que os avanços tecnológicos, a precariedade nas condições de trabalho e o contato constante com indivíduos fragilizados, são fatores que favorecem uma postura mecanicista e impessoal na oferta de cuidados. Gareau , et al (2022), apontam o avanço e a presença de diversos recursos tecnológicos, associados ao contexto crítico da unidade, como catalisadores do processo de “desumanização”, através da valorização exclusiva às intervenções tecnológicas e invasivas.

Neste sentido, Galvin e Bao, (2018), adicionam a discussão o prejuízo cognitivo e

motor como propulsores ao processo de desumanização dos pacientes, bem como a presença dos equipamentos de proteção individual (EPIs) que dificultam a identificação e personalização do profissional envolvido no cuidado. Contrariando o explicitado, tratando-se da UTI, a utilização de equipamentos tecnológicos, o comprometimento físico e cognitivo dos pacientes e a obrigatoriedade da utilização de EPIs são fatores inerentes à sua proposta (SILVA et al., 2019).

Neste contexto, além do comprometimento de funções físicas e cognitivas importantes, um a cada cinco pacientes que sobrevivem à internação em ambiente intensivo, apresentam sintomas de estresse pós-traumático como ansiedade e depressão (GAREAU et al., 2022). Em virtude disso a humanização da assistência é necessária para a amenizar o sofrimento da experiência hospitalar, uma vez que o tecnicismo e a despersonalização do cuidado podem gerar prejuízos a todos os envolvidos no cuidado, em especial no contexto intensivo, onde há um arcabouço tecnológico importante e a exposição contínua a situações de extrema vulnerabilidade (GALVIN e BAO , 2018; SILVA et al. 2019).

A luz desta perspectiva a cartilha do Humaniza SUS sinaliza a importância de se considerar a realidade em que vivemos e como nos organizamos diante dela para que se possa cuidar da saúde Frente a tal apontamento, e ao supra referido, lança-se o questionamento: como tem se dado a humanização da assistência à saúde no ambiente da UTI?. Considerando a realidade e fatos apresentados, o presente estudo teve como objetivo avaliar de acordo com a percepção de usuários que estiveram hospitalizados na UTI, se a PNH está ou não implantada na realidade foco do estudo.

METODOLOGIA

O presente estudo trata-se de uma pesquisa de campo do tipo transversal exploratório e tem por finalidade compreender a perspectiva do usuário frente à adesão dos critérios de humanização da assistência em saúde. Adotou-se a utilização do guia internacional *Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology* (STROBE, 2010) na preparação do presente estudo.

A formulação da pergunta de pesquisa foi estruturada a partir da estratégia PVO (acrônimo para população; variável e desfecho), sendo a PNH o contexto estudado,

através das percepções dos usuários, visando a observação dos resultados fornecidos pelo grupo. Para a fundamentação teórica foi realizada pesquisa bibliográfica de artigos publicados entre 2004 e 2022, disponíveis nas bases de dados, SciELO, PePSIC e BVSMS localizados através de palavras-chaves onde foram utilizados os descritores :“Psicologia hospitalar”, “Humanização”, e “Unidade de Terapia Intensiva” para embasamento científico amplo e mais complexo de variáveis foi necessário realizar buscas nas bases de dados levando em consideração os últimos 20 anos.

A pesquisa foi realizada em um Hospital de média e alta complexidade, localizado em Cacoal, no interior do estado de Rondônia. Foram incluídos na pesquisa os usuários que estiveram internados na unidade de terapia intensiva e receberam alta para a enfermaria no período de 01 de outubro de 2022 até 30 de novembro de 2022, compreendendo 60 dias de coleta. Com base no cálculo amostral, considerando um erro de 5%, uma população de 139 pessoas com um perfil populacional mais homogêneo, a amostra seria de 90 pessoas. Porém, considerando os critérios de exclusão da pesquisa foram excluídos os pacientes que não consentiram com a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), pacientes transferidos para outras unidades hospitalares, pacientes que permaneceram na UTI durante um período inferior a 48 horas e pacientes que apresentaram déficit neurológico e/ou condições clínicas desfavoráveis para a resposta do formulário. A aptidão para participação no estudo foi definida com base no diagnóstico clínico estabelecido e a avaliação psicológica padrão das funções psíquicas, realizada pelos profissionais psicólogos da instituição proponente, ao longo da internação, com isto 21 pacientes foram elegíveis para participar do estudo.

Os dados foram obtidos através da aplicação de um formulário estruturado com base nos critérios apresentados no artigo Vaitzman e Andrade (2005) intitulado “Satisfação e responsividade: formas de medir a qualidade e a humanização da assistência à saúde”, contando com 21 questões ao todo, sendo 20 questões em relação a ocorrência das práticas que correspondem ao processo de humanização e uma questão em relação à satisfação com a assistência ofertada. Para o alcance do objetivo proposto foi utilizada escala tipo Likert em relação a concordância com os enunciados.

Tabela 1 – Critérios avaliados em referência às práticas humanizadas, Cacoal –

RO, 2022.

Dignidade	Você foi bem recebido e identificado pelo nome?
Confidencialidade	Sua privacidade física, clínica e documental foi preservada?
Autonomia	Você foi informado sobre os procedimentos, pôde discuti-lo com os profissionais e influenciar na terapêutica adotada?
Apoio Social	Houve acesso aos familiares, artigos pessoais e práticas religiosas?
Comunicação	Foram fornecidas informações adequadas e compreensíveis sobre o diagnóstico e tratamento?
Agilidade	Suas demandas foram atendidas rapidamente?
Instalações	O ambiente e equipamentos utilizados possuíam condições favoráveis?
Escolha	Houve a possibilidade de escolha entre os profissionais e procedimentos realizados?
Aspectos Interpessoais	Os profissionais o trataram com respeito e cortesia?
Competência	Você foi exposto a riscos desnecessários e erros médicos?
Conveniência	O acesso à unidade, atendimento, e profissionais foi facilitado?
Finanças	Foi disponibilizado o acesso às contas detalhadas dos custos de sua internação?
Eficácia	A equipe demonstrou resolutividade frente às demandas apresentadas?
Continuidade	Foram realizados os devidos encaminhamentos e orientações para a continuidade do cuidado e recuperação?
Viabilidade	Os profissionais e recursos assistenciais foram disponibilizados em quantidade adequada?
Confiabilidade	Os profissionais estavam habilitados e foram capazes de solucionar a demanda de cuidado?
Empatia	A atenção foi individualizada, buscando a equidade e respeito à integralidade do sujeito?
Garantia	Os serviços prestados alinharam cortesia e bom desempenho?
Receptividade	Suas solicitações foram atendidas ou justificadas de prontidão?
Gestão Participativa	A unidade de saúde garantiu a participação dos usuários, profissionais e comunidade na gestão?

Fonte: Alves CO, et al., 2022.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Entre os 21 pacientes que compuseram a amostra, o tempo médio de internação na UTI variou entre dois e 23 dias, sendo a mediana de 4 dias e a média de 6,71 dias. Quanto às variáveis referentes a ao perfil sociodemográfico está descrita na **tabela 2**, enquanto tangente aos resultados obtidos no questionário frente aos critérios de atendimento humanizados podem ser observados na **Tabela 3**, respectivamente.

Tabela 2 - Perfil sociodemográficos dos pacientes atendidos na Unidade de Terapia Intensiva, Cacoal - RO, 2022.

VARIÁVEL	N	%
Cor/ Raça		
Branca	11	52,4
Parda	8	38,1
Preta	2	09,5
Faixa etária		
19-29	1	04,8
30-39	1	04,8
40-49	2	09,5
50-59	8	38,1
60-69	7	33,4
70-79	2	09,5
Escolaridade		
Fundamental completo	4	19,0
Fundamental incompleto	6	28,6
Médio completo	3	14,3
Médio Incompleto	2	09,5
Sem escolaridade	3	14,3
Superior completo	1	04,8
Superior incompleto	2	09,5
Ocupação		
Autônomo	1	04,8
Caminhoneiro	1	04,8
Cobrador	1	04,8
Dona de casa	3	14,3
Empresário	1	04,8
Estudante	1	04,8
Faqueira	1	04,8
Mecânico	1	04,8
Padeiro	1	04,8
Pedreiro	2	09,5

Trabalhador rural	6	28,6
Zeladora	1	04,8
Funcionária do lar	1	04,8

Tabela 3 – Resultados obtidos nos critérios de avaliação da assistência humanizada, Cacoal - RO, 2022.

VARIÁVEL	N	%
Dignidade		
Não	1	04,8
Parcialmente	1	04,8
Sim	19	90,5
Confidencialidade		
Parcialmente	3	14,3
Sim	18	85,7
Autonomia		
Não	2	9,5
Parcialmente	3	14,3
Sim	16	76,2
Apoio Social		
Não	2	09,5
Parcialmente	2	09,5
Sim	17	81,0
Comunicação		
Não	2	09,5
Parcialmente	2	09,5
Sim	17	81,0
Agilidade		
Não	1	04,8
Parcialmente	6	28,6
Sim	14	66,7
Instalações		
Não	4	19,0
Parcialmente	5	23,8
Sim	12	57,1
Escolha		
Não	17	81,0
Parcialmente	1	04,8
Sim	3	14,3



Aspectos interpessoais		
Não	3	14,3
Parcialmente	4	19,0
Sim	14	66,7
Competência		
Não	15	71,4
Parcialmente	4	19,0
Sim	2	09,5
Conveniência		
Não	2	09,5
Parcialmente	3	14,3
Sim	16	76,2
Finanças		
Não	20	95,2
Sim	1	4,8
Eficácia		
Não	4	19,0
Parcialmente	3	14,3
Sim	14	66,7
Continuidade		
Não	1	04,8
Parcialmente	4	19,0
Sim	16	76,2
Viabilidade		
Não	9	42,9
Parcialmente	4	19,0
Sim	8	38,1
Confiabilidade		
Não	1	04,8
Parcialmente	1	04,8
Sim	19	90,5
Empatia		
Não	4	19,0
Parcialmente	1	04,8
Sim	16	76,2
Garantia		
Parcialmente	3	14,3
Sim	18	85,7
Receptividade		

Parcialmente	9	42,9
Sim	12	57,1
<hr/>		
Gestão Participativa		
Não	19	90,5
Parcialmente	1	04,8
Sim	1	04,8

Neste estudo, o tempo médio de internação dos usuários na UTI foi relativamente pequeno. Esse achado reforça os resultados de outras pesquisas em que o tempo médio de internação também esteve na casa dos seis dias (RODRIGUEZ et al., 2016; TOLEDO et al., 2020). Demarca-se que um dos principais ganhos decorrentes da PNH, são melhores resultados em saúde, e especificamente no ambiente da UTI, esses resultados tem como desfecho o menor tempo de permanência na internação (FETTERMAN et al., 2019). Logo, reforça-se tanto a importância da PNH, quanto do presente estudo, que avalia em ambiente de UTI e visa sua disseminação.

Com relação a idade, o presente estudo, ao apresentar a maioria da população em meia idade, contraria achados de outros estudos, os quais apresentavam principalmente idosos como pacientes da UTI (TOLEDO et al., 2021). Contudo, sinaliza-se que se teve, uma boa representação da população idosa nos dados analisados.

Naturalmente o processo de envelhecimento tem relação com o surgimento de alterações de ordens fisiológicas (senescência) ou patológicas (senilidade), que podem acarretar desestabilizações nos indivíduos, as quais desencadeiam importantes comprometimentos, que podem inviabilizar o autocuidado (SILVA, 2022). Cabendo ressaltar, portanto, que os profissionais de saúde devem compreender as peculiaridades e necessidades específicas dessa fase vital, com vistas a ofertar a melhor assistência possível, pautada na humanização, na excelência e na ética. (SILVA, 2022; VERAS e OLIVEIRA, 2018).

Com relação a cor/raça dos participantes, os dados confluem para o que é sinalizado em outros estudos realizados em UTI, onde se teve majoritariamente pacientes declarados brancos (TOLEDO et al., 2020; FRANÇA et al., 2021). Tal fato pode ter relação com a conformação social do estado de Rondônia, onde 35% da população autodeclara-se branca, sendo a segunda maior taxa dentre as cores/raça do estado



(IBGE, 2010). Não foram encontrados na literatura dados mais recentes referente a cor/raça dentro do estado de Rondônia

No tocante a ocupação, os achados do presente estudo, ao apontar a maioria dos participantes como atuantes em atividades laborais rurais, se distingue de outros estudos, os quais apontaram maior quantitativo de aposentados, em atividades administrativas, dentre outras atividades na área urbana (DIAS, 2019). Acredita-se que tal fato, tenha relação ao local onde o estudo foi realizado, portanto, sugere-se que pesquisas futuras ao analisarem o perfil dos pacientes internados em UTI, considerem a natureza da atividade laboral e a zona geográfica em que ela se dá, sobretudo pelas diferenças existentes entre os riscos à saúde presentes no campo e na cidade.

Tratando-se da escolaridade, um estudo realizado em Belo Horizonte, demonstrou que a maioria dos pacientes em ambiente de UTI, possuíam ensino médio completo. A autora do estudo em questão, sinaliza que isso é decorrente dos avanços educacionais que ocorreram no Brasil, e que muito provavelmente, o baixo nível educacional tende a não mais fazer parte do perfil dos pacientes, visto que, a população se encontra com grau de conhecimento cada vez mais elevado (DIAS, 2019).

Sinaliza-se que tal, é benéfico para a população, visto que, a baixa escolaridade possui forte relação com menor acesso à assistência à saúde, maior dificuldade em compreender orientações de profissionais da saúde, baixa adesão ao tratamento e piores desfechos em saúde (CASTRO et al., 2019; DIETRICH, 2019). Ademais, no que diz respeito à humanização, é fundamental que enquanto o cenário explicitado acima não seja uma realidade concreta nacionalmente, que as equipes de saúde, pautadas na equidade, atendam os usuários conforme as suas condições e necessidades (CARVALHO et al., 2020).

Com relação aos achados sobre a humanização, demarca-se que a UTI ao apresentar 16 questões em conformidade, está em conformidade com a PNH (NASCIMENTO et al., 2021), devendo adequar apenas alguns critérios, para o alcance da excelência na humanização. Dentre essas adequações, se encontram as questões de escolha, finanças, viabilidade e gestão participativa.

No tocante a escolha, em virtude do ambiente UTI ser onde há assistência contínua a pacientes graves, em quadro de instabilidade ou estabilidade, muitas vezes

pouco responsivos e com a autonomia e independência prejudica, o poder de escolha/decisão desses usuários é limitado. Assim, entende-se a importância de fomentar diálogos e a disseminação das diretivas antecipadas de vontade (decisões com relação aos cuidados e tratamentos que um paciente deseja receber se incapacitado de expressar sua vontade (GUIRRO et al., 2022).

Outra estratégia importante, seria considerar a história narrada pelos familiares, com relação aos gostos e preferências dos usuários, e com base no respeito, na ética e possibilidades, incrementar tais aspectos na assistência do paciente (CRUZ et al., 2021). Ademais, sugere-se a realização de análises na literatura, sobre a o conceito escolha no ambiente UTI, bem como o desenvolvimento de estudos metodológicos que construam e avaliem estratégias que superem o dilema supra referido.

No quesito finanças, tem-se um fator muito semelhante ao apontado nas frases acima, onde o quadro do indivíduo muitas vezes o limita. Contudo, ressalta-se a importância de as Instituições serem transparentes com seus gastos, tanto para melhor compreensão dos pacientes, quanto para solidificação de dados, colaborando com a gerência e gestão dos serviços de saúde (CARVALHO, 2020).

Acrescenta-se ainda, que é um direito do paciente “ter acesso às contas detalhadas referentes ao seu tratamento, internação e outros procedimentos” (CREMESPE, 2009). Logo, as instituições precisam se adequar a tal realidade, principalmente na era digital, onde através de smartphone, sites, aplicativos, dentre outros meios, essas informações poderiam estar em posse dos pacientes/familiares (QUEIROZ LM, 2022). Sugere-se que estudos vindouros se debruçam sobre tal temática, e estruturam análises que viabilizem uma melhor compreensão das finanças em UTI.

Sobre a viabilidade, é importante demarcar a Emenda Constitucional 75/2016, referente aos tetos de gastos em saúde, bem como o sucateamento crônico do Sistema Único de Saúde. Tais fatores tem relação com a falta de recursos materiais e humanos (MENEZES et al., 2020). Sinaliza-se ainda, que especificamente na UTI, o quantitativo de pessoal é baixo.

Nesta perspectiva, aponta-se a importância de se mensurar as demandas dos pacientes, e estratificá-los de acordo com a gravidade do quadro, melhorando a distribuição de profissionais/paciente, e fortalecendo o trabalho em equipe (SALGADO

et al., 2020). Sugere-se também a construção de novos estudos, os quais podem ter como foco, a percepção dos profissionais com relação a UTI, e as opiniões dos familiares destes, para que se tenha possibilidades de avançar na assistência à saúde.

Por fim, no que diz respeito a gestão participativa, outros estudos realizados em ambiente de UTI, demarcaram a ausência dessa gestão na prática (MEDEIROS, et al., 2016). Frente a tal fato, Michelan e Spiri, (2018) apontaram que para o alcance da humanização, faz-se imprescindível alterar os processos gerenciais inefetivos/obsoletos, privilegiando o modelo de gestão participativa como um caminho para transformar a teoria em prática e valorizar concomitantemente o trabalhador e o usuário.

Por outro lado, ressalta-se que a UTI é um setor prevalentemente dinâmico e imprevisível, logo, para se pensar no desenvolvimento de ações que reúnam/envolvam profissionais e usuários, o planejamento é imprescindível, principalmente para que se tenha, a efetiva cobertura assistencial durante a realização das ações dialogadas (GAREAU, 2022). Ainda nessa perspectiva, sugere-se a realização de novos estudos nesse recorte em específico, a partir da percepção dos gestores hospitalares.

Com relação a significância encontrada no qui-quadrado, aponta-se que ela é oposta à literatura, uma vez que, sinaliza que a agilidade da equipe está associada a baixa escolaridade (VAITSMAN e ANDRADE , 2005). Logo, apresentam-se duas possíveis justificativas, a primeira, diz respeito pequena amostra do estudo, que pode acarretar vieses. E em segundo, atitudes de empatia e compaixão da equipe, culminando em maior desejo e vontade no cuidado (TORRES et al.,2020).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Conclui-se que na unidade hospitalar onde a pesquisa foi realizada, existe a implementação da PNH, sendo necessário poucos ajustes para a adequação total. As modificações para a prática da humanização com excelência, requerem que a gestão hospitalar instrua seus colaboradores e pacientes acerca de seus direitos relacionados à escolha, finanças, viabilidade e gestão participativa. Considerando que os demais, estão em conformidade dentro da percepção dos pacientes, com avaliação de adequação superior a 57%. Frente aos relevantes achados, e ineditismo do trabalho, vislumbra-se desdobramentos que contribuirão para a efetivação da humanização na prática clínica no ambiente da UTI.



Cabe ressaltar que em virtude do ineditismo do presente estudo no tocante ao uso de uma escala de avaliação da humanização na UTI, bem como a escassa literatura sobre o tema em análise, teve-se dificuldade na comparação com outras realidades. Logo, sugere-se, a replicação do presente estudo em outras UTI brasileiras e do exterior, para melhor elucidação da aplicação da humanização nesse ambiente.

Entre as limitações do estudo, destaca-se o tamanho amostral, logo, para estudos futuros, sugere-se uma análise de maiores períodos temporais ou estudos multicêntricos, envolvendo mais de uma UTI, para maior captação de participantes. Ademais, aponta-se que a generalização dos resultados é limitada, uma vez que o cenário do estudo compreende uma única instituição hospitalar, de uma realidade específica. Contudo, tal fato não minimiza o potencial do presente estudo, mas sim reafirma a necessidade de fomentos de estudos dentro desta temática e explicita questões ainda não tão bem elucidadas e aspectos a serem investigados.

REFERÊNCIAS

- 1 BARBOSA, Italo Everton Bezerra et al. Fatores que difundem a assistência de enfermagem humanizada na unidade de terapia intensiva. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. 13, n. 4, p. e7082-e7082, 2021.
- 2 BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar / Ministério da Saúde, Secretaria de Assistência à Saúde. Brasília: Ministério da Saúde. 2001.
- 3 BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização. Formação e intervenção / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Política Nacional de Humanização. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.
- 4 BRASIL. Ministério da Saúde. Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde. Sobre Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa envolvendo seres humanos, 2012.
- 5 BRASIL. Resolução nº 196, de 10 de outubro de 1996. Dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, 16 out. 1996.
- 6 CARVALHO VC. O princípio da transparência e seus desafios na aplicabilidade orçamentária, e breves considerações sobre o Covid-19. *Revista eletrônica DA PGE-RJ*. 2020; 3(2).
- 7 CARVALHO AM, et al. A equidade no trabalho cotidiano do SUS: representações sociais de profissionais da Atenção Primária à Saúde. *Ciênc. Saúde Colet. (Impr.)*. 2020; 28:590-8.
- 8 CASTRO CM, et al. Influência da escolaridade e das condições de saúde no trabalho remunerado de idosos brasileiros. *Ciênc. Saúde Colet. (Impr.)*. 2019; 24: 4153-62.
- 9 CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SÃO PAULO. Direito do Paciente, 2009. Lei no 10.241 do Estado de São Paulo.
- 10 CRUZ RD, et al. Avaliação da anamnese de enfermagem de pacientes internados em uma unidade intensiva de cuidados coronarianos. *Clinical and biomedical research*. Porto Alegre. 2021.
- 11 DIAS CG. Perfil sociodemográfico e clínico dos pacientes atendidos no cti cardiológico de um hospital geral de Belo Horizonte - Minas Gerais. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Enfermagem em Cardiologia e Hemodinâmica) - Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem. 2019.
- 12 FRANZON, Andrieli et al. A humanização da assistência em enfermagem no cuidado ao paciente: percepção dos enfermeiros de dois hospitais do interior do estado do Rio Grande do Sul. **Research, Society and Development**, v. 11, n. 1, p. e41111121656-e41111121656, 2022.



- 13 GALVIN IM, BAO BC. Humanization of critical care-psychological effects on healthcare professionals and relatives: a systematic review. *Can J Anesth.* 2018; 65: 1348-71.
- 14 GAREAU, et al. Humanization of care for adult ICU patients: a scoping review protocol. *JBI Evidence Synthesis.* 2022; 20(2):647-57.
- 15 INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. População residente por cor ou raça e religião - Tabela 2094. Rio de Janeiro: IBGE, 2010.
- 16 MENEZES AP, et al. O futuro do SUS: impactos das reformas neoliberais na saúde pública—austeridade versus universalidade. *Saúde em debate.* 2020; 43: 58-70.
- 17 MICHELAN VC, SPIRI WC. Percepção da humanização dos trabalhadores de enfermagem em terapia intensiva. *Rev. bras. enferm.* 2018; 71: 372-8.
- 18 NASCIMENTO, Elayne Alves do et al. As dificuldades da equipe de enfermagem frente à assistência humanizada na unidade de terapia intensiva. **Brazilian Journal of Development**, v. 7, n. 2, p. 17262-17272, 2021.
- 19 RANÇA NMA, et al. Síndrome Respiratória Aguda Grave por Covid-19: perfil clínico e epidemiológico dos pacientes internados em unidades de terapia intensiva no Brasil. *The Brazilian Journal of Infectious Diseases.* 2021; 25: 101147.
- 20 RODRIGUEZ AH, et al. Características epidemiológicas e causas de óbitos em pacientes internados em terapia intensiva. *Rev. bras. enferm.* 2016; 69: 229-34.
- 21 SALGADO , et al. Carga de trabajo de enfermería requerida por los pacientes durante la hospitalización en una UCI: estudio de cohorte. *Enferm. glob.* 2020; 19(59) :450-78.
- 22 SILVA CR, et al. Percepção dos profissionais de enfermagem intensivistas sobre a tecnologia dura no cuidado. *Ciênc. cuid. saúde.* 2019; 18(3).
- 23 SILVA JV. Envelhecimento Humano: abordagens interdisciplinares e contemporâneas. São Paulo: Dialética, 2022.
- 24 TOLEDO LV, et al. Déficit no autocuidado para banho: caracterização do diagnóstico de Enfermagem em pacientes críticos. *Revista Eletrônica Acervo Saúde.* 2020(43): e3284.
- 25 TOLEDO LV, et al. Diferentes tipos de banho em pacientes críticos e fatores associados ao banho no leito. *REME-Revista Mineira de Enfermagem.* 2021; 25(1).
- 26 TORRES JD, et al. Fatores associados à fadiga por compaixão em profissionais de saúde, no contexto hospitalar: uma revisão na literatura. *Temas em Saúde.* 2020; 20: 178-93.
- 27 VAITSMAN J, ANDRADE GR. Satisfação e responsividade: formas de medir a qualidade e a humanização da assistência à saúde. *Ciênc. Saúde Colet.* (Impr.). 2005; 10(3): 599-613.
- 28 VERAS RP, OLIVEIRA M. Envelhecer no Brasil: a construção de um modelo de cuidado. *Ciênc. Saúde Colet.* (Impr.). 2018; 23: 1929-36.