

# Cuidado humanizado na Unidade de Terapia Intensiva: discurso dos profissionais de enfermagem angolanos

*Humanized care in the Intensive Care Unit: discourse of Angolan nursing professionals*  
*Atención humanizada en la Unidad de Cuidados Intensivos: discurso de los enfermeros angoleños*

**Eurico Mateus Sili<sup>I</sup>**

ORCID: 0000-0002-0466-853X

**Eliane Regina Pereira do Nascimento<sup>II</sup>**

ORCID: 0000-0003-2215-4222

**Luciana Bihain Hagemann de Malfussi<sup>III</sup>**

ORCID: 0000-0002-3199-9529

**Patrícia Madalena Vieira Hermida<sup>III</sup>**

ORCID: 0000-0002-7969-357X

**Ana Izabel Jatobá de Souza<sup>II</sup>**

ORCID: 0000-0003-3843-6144

**Daniele Delacanal Lazzari<sup>II</sup>**

ORCID: 0000-0003-1788-866X

**Marisa da Silva Martins<sup>II</sup>**

ORCID: 0000-0002-1495-1232

<sup>I</sup>Instituto Superior Politécnico da Caála-Huambo.  
Caála, Angola.

<sup>II</sup>Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis,  
Santa Catarina, Brasil.

<sup>III</sup>Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis. Florianópolis,  
Santa Catarina, Brasil.

## Como citar este artigo:

Sili EM, Nascimento ERP, Malfussi LBH, Hermida PMV, Souza AIJ, Lazzari DD, et al. Humanized care in the Intensive Care Unit: discourse of Angolan nursing professionals. Rev Bras Enferm. 2023;76(2):e20220474. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2022-0474pt>

## Autor Correspondente:

Eurico Mateus Sili

E-mail: euricomateus2015@gmail.com



EDITOR CHEFE: Antonio José de Almeida Filho  
EDITOR ASSOCIADO: Anabela Coelho

Submissão: 27-08-2022

Aprovação: 21-11-2022

## RESUMO

**Objetivos:** analisar a percepção dos profissionais de enfermagem de uma Unidade de Terapia Intensiva em Angola sobre cuidados humanizados e identificar recursos necessários para sua implementação. **Métodos:** estudo qualitativo, descritivo, realizado com 15 profissionais em junho-outubro/2020, em Unidade de Terapia Intensiva de Angola. Os dados foram coletados mediante entrevista semiestruturada; análise baseada na técnica do Discurso do Sujeito Coletivo. **Resultados:** emergiram cinco ideias centrais: três referentes à percepção do cuidado humanizado (“Da visão integral e empatia a um conjunto de ações em todos os momentos do cuidado”, “Humanizar é estender cuidado aos familiares e acompanhantes”, “Assistência humanizada requer estabelecimento de vínculo de confiança e garantia de cuidado individualizado”); e duas sobre os recursos necessários para esse cuidado (“Necessidade de infraestrutura – recursos humanos e materiais”, “Capacitação profissional e cuidado humanizado estão interligados”). **Considerações Finais:** o cuidado humanizado envolve objetividade e subjetividade; inclui os familiares. Há necessidade de infraestrutura adequada para proporcioná-lo.

**Descritores:** Humanização da Assistência; Cuidados de Enfermagem; Equipe de Enfermagem; Unidade de Terapia Intensiva; Enfermagem.

## ABSTRACT

**Objectives:** to analyze the perception of nursing professionals in an intensive care unit in Angola about humanized care and identify resources necessary for its implementation. **Methods:** a qualitative, descriptive study conducted with 15 professionals in June-October/2020 in intensive care unit in Angola. The data were collected through semi-structured interviews; analysis based on the collective subject discourse technique. **Results:** five central ideas emerged: three related to the perception of humanized care (“From integral vision and empathy to a set of actions in all phases of care”, “Humanizing is extending care to family members and companions”, “Humanized care requires the establishment of a bond of trust and guarantee of individualized care”); and two on the resources necessary for this care (“Need for infrastructure – human and material resources”, “Professional training and humanized care are interconnected”). **Final Considerations:** humanized care involves objectivity and subjectivity; it includes family members. An adequate infrastructure can provide it.

**Descriptors:** Humanization of Assistance; Nursing Care; Nursing, Team; Intensive Care Units; Nursing

## RESUMEN

**Objetivos:** analizar percepción de enfermeros de una Unidad de Cuidados Intensivos en Angola sobre atenciones humanizadas e identificar recursos necesarios para su implementación. **Métodos:** estudio cualitativo, descriptivo, realizado con 15 profesionales en junio-octubre/2020, en una Unidad de Cuidados Intensivos de Angola. Los datos fueron recolectados mediante entrevista semiestructurada; análisis basado en técnica del Discurso del Sujeto Colectivo. **Resultados:** emergieron cinco ideas centrales: tres referentes a la percepción de la atención humanizada (“De la visión integral y empatía a un conjunto de acciones en todos los momentos de la atención”, “Humanizar es extender atención a familiares y acompañantes”, “Atención humanizada implica establecimiento de vínculo de confianza, garantía de atención individualizada”); y dos sobre los recursos necesarios para esa atención (“Necesidad de infraestructura – recursos humanos y materiales”, “Capacitación profesional y atención humanizada están interconectados”). **Consideraciones Finales:** la atención humanizada involucra objetividad y subjetividad; incluye familiares. Hay necesidad de infraestructura adecuada para proporcionarlo.

**Descriptorios:** Humanización de la Atención; Atención de Enfermería; Grupo de Enfermería; Unidades de Cuidados Intensivos; Enfermería.

## INTRODUÇÃO

A Unidade de Terapia Intensiva (UTI) é um ambiente hospitalar destinado a pacientes graves, que requer uma diversidade de recursos tecnológicos e equipe qualificada para realizar avaliação clínica multiprofissional de forma constante<sup>(1-2)</sup>. Essas unidades se desenvolveram no decorrer dos anos, visando oferecer os melhores recursos humanos, organizacionais e tecnológicos aos pacientes, com o objetivo de reduzir a mortalidade. Tiveram grande visibilidade no enfrentamento da pandemia de covid-19 diante das necessidades de adaptação a um contexto inédito, lidando com o desconhecido<sup>(3)</sup>. Ainda que essa doença não seja o foco deste estudo, considerou-se importante mencioná-la haja vista a sua repercussão no cenário da UTI.

Apesar dos avanços científicos e tecnológicos significativos ocorridos em terapia intensiva, os pacientes na UTI podem ter experiências desconfortáveis e perda de controle, o que tem gerado debates relevantes sobre como humanizar esse cenário do cuidado. Entende-se a humanização do cuidado como o cuidado holístico, uma atitude geral dos profissionais em relação aos pacientes e familiares e um ideal organizacional que abrange todos os sujeitos do sistema de saúde<sup>(4)</sup>. Humanizar é, ainda, buscar a excelência da assistência do ponto de vista multidimensional, abordando todas as facetas de uma pessoa, e não apenas a clínica, a fim de propiciar maior aproximação do profissional com o paciente<sup>(5)</sup>.

A humanização da assistência no contexto intensivo é explorada na literatura nacional e internacional. Sabe-se que cuidar de forma humanizada nesse cenário pode ser uma ação complexa, já que os recursos tecnológicos aumentam cada vez mais e podem dificultar as relações humanas; dessa forma, proporcionam a supremacia da técnica sobre o aspecto afetivo situacional, o que caracteriza uma abordagem tecnicista e favorece o esquecimento de que se está cuidando de pessoas<sup>(6)</sup>.

Vale citar os resultados de uma revisão de escopo, sobre humanização da assistência em terapia intensiva, que compreendeu o período de 1999 a 2020, realizada nas bases de dados CINAHL, Embase, PubMed e Scopus. Foram evidenciadas diferenças geográficas e uma gama de estudos da Espanha e do Brasil refletindo o crescente interesse em humanizar os cuidados intensivos nesses países, bem como uma escassez de publicações sobre o cuidado humanizado em outras partes do mundo<sup>(4)</sup>.

Destaca-se que, em países subdesenvolvidos, como Angola, a humanização em saúde impõe desafios aos profissionais de enfermagem e se constitui em um processo reflexivo acerca dos valores e princípios norteadores da prática profissional. Por outro lado, deve haver uma consciência voltada ao critério vocacional dos profissionais no desempenho da sua profissão, de modo que esta seja exercida de forma deliberada e humanizada, e não obrigatória e mecanizada<sup>(7)</sup>.

Nesse sentido, alguns fatos devem ser considerados: a enfermagem em Angola mudou radicalmente nas últimas décadas, dado o avanço tecnológico que permitiu a informação e comunicação em tempo real e o aumento do nível acadêmico e cultural das pessoas<sup>(8)</sup>; e há evidência de uma lacuna de investigações acerca da humanização da assistência de enfermagem no contexto da terapia intensiva nesse país<sup>(4)</sup>. Sendo assim, justifica-se a realização

deste estudo, para ampliar discussões e reflexões sobre tal temática e subsidiar ações que poderão integrar programas de educação continuada adaptados à realidade angolana.

## OBJETIVOS

Analisar a percepção dos profissionais de enfermagem de uma Unidade de Terapia Intensiva em Angola a respeito de cuidados humanizados; e identificar os recursos necessários para sua implementação.

## MÉTODOS

### Aspectos éticos

O estudo teve a aprovação do Conselho de Ética do Instituto Superior Politécnico da Caála/Huambo – Angola. Para garantir o sigilo da identidade dos participantes, estes foram identificados com a letra “P”, seguida do número de ordem de realização das entrevistas (P1, P2...). Todos eles assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

### Tipo de estudo

Trata-se de um estudo descritivo com abordagem qualitativa, relatado em consonância com os critérios presentes no *Consolidated criteria for reporting qualitative research* (COREQ)<sup>(9)</sup>, de modo a aumentar o rigor e a qualidade do estudo realizado.

### Cenário do estudo

O cenário do estudo foi a UTI Adulto do Hospital Geral do Huambo, em Angola, que é referência para 11 municípios da província de Huambo, a saber: Huambo, Bailundo, Ecuinha, Caála, Cachiungo, Londuimbale, Longonjo, Mungo, Chicala-Choloanga, Chindjenje e Ucuma. A referida UTI possui sete leitos e atende pacientes de todas as especialidades clínicas. Atuam nesta Unidade 26 profissionais de enfermagem, sendo 9 enfermeiros e 17 técnicos de enfermagem. No período do estudo, 11 profissionais estavam afastados por motivos de férias ou licença-saúde.

### Fonte de dados

Consideraram-se como critérios de inclusão: ser enfermeiro ou técnico de enfermagem; e estar atuando na UTI nos turnos matutino, vespertino ou noturno durante o período de coleta de dados. Todos os profissionais foram convidados a participar da pesquisa por meio de contato pessoal e telefônico pelo pesquisador principal, ocasião em que foram apresentados os objetivos do estudo e fornecidas informações sobre a coleta dos dados.

### Coleta e organização dos dados

Os dados foram coletados nos meses de junho a outubro de 2020, por meio de entrevista semiestruturada, norteadas por um roteiro elaborado pelo pesquisador principal com base na literatura consultada sobre humanização no ambiente intensivo. Questionou-se sobre a concepção de cuidado humanizado, ações

que refletem esse cuidado, recursos necessários à sua realização, além de perguntas relativas à caracterização dos participantes (sexo, idade, categoria profissional, tempo de atuação na instituição e na UTI, bem como formação de pós-graduação).

As entrevistas, agendadas conforme a disponibilidade dos participantes, ocorreram de forma individual e presencial, em uma antessala privativa localizada próxima da UTI. Todas foram gravadas, tendo duração média de 30 minutos; e foram imediatamente transcritas em um documento de texto no *Microsoft Word* pelo pesquisador que as conduziu. Para a organização dos dados, utilizou-se o *software* QualiQuantiSoft® (versão 1.3.c).

### **Análise dos dados**

Na análise dos dados, se aplicou a técnica do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC)<sup>(10)</sup>, que consiste no processamento dos depoimentos individuais obtidos dos participantes estudados, originando discursos únicos, capazes de representar as ideias centrais expressas pela coletividade.

A técnica do DSC consiste em quatro figuras metodológicas: Expressões-Chave (EC) – trechos literais do depoimento, selecionados pelo pesquisador e representativos da essência do conteúdo; Ideias Centrais (IC) – descrições resumidas e objetivas dos sentidos de cada um dos depoimentos; Ancoragem (AC) – contém traços linguísticos de manifestações da crença do sujeito, nem sempre presentes nos depoimentos; e DSC propriamente dito – união das ECs presentes nos depoimentos, que têm ICs ou ACs com o mesmo significado ou significado complementar<sup>(10)</sup>. Neste estudo, a figura metodológica AC não foi identificada nos depoimentos dos profissionais.

## **RESULTADOS**

Dos 15 participantes, eram 5 enfermeiros e 10 técnicos de enfermagem, sendo 11 mulheres e 4 homens. A idade variou de 32 a 51 anos, com média de 42 anos e desvio-padrão de 6 anos. O tempo de atuação em UTI oscilou de 3 a 22 anos, e a média foi de 9 anos com desvio-padrão de 5 anos. Quanto ao turno de trabalho, oito desempenhavam suas atividades no período noturno, cinco no matutino e dois no vespertino.

Obtiveram-se cinco ICs com seus respectivos DSCs: três referentes à percepção dos profissionais sobre o cuidado humanizado (“Da visão integral e empatia a um conjunto de ações em todos os momentos do cuidado”, “Humanizar é estender o cuidado aos familiares e acompanhantes”, “Assistência humanizada requer estabelecimento de vínculo de confiança e garantia de cuidado individualizado”); e duas sobre os recursos necessários (“Necessidade de infraestrutura – recursos humanos e materiais para uma assistência humanizada” e “Capacitação profissional e cuidado humanizado estão interligados”). Os DSCs foram constituídos pelos depoimentos de 12, 3, 12, 10 e 5 profissionais, respectivamente.

### **IC1 – Da visão integral e empatia a um conjunto de ações em todos os momentos do cuidado**

*Eu acho que a humanização da assistência de enfermagem é a consideração do ser humano não olhando apenas suas necessidades biológicas, mas também as necessidades fisiológicas, sociais e*

*espirituais. Para fazermos humanização da assistência, primeiro temos que ser humanos, tentar se colocar no lugar do doente, é ter empatia. É a conversa com o paciente, conhecer o seu nome, idade e seu tratamento, além do aconchego. Eu acho que é um conjunto de ações que prestamos desde a recepção do paciente, sua permanência, até a sua recuperação. (P1, P2, P3, P5, P6, P7, P8, P9, P10, P12, P13, P15)*

### **IC2 – Humanizar é estender o cuidado aos familiares e acompanhantes**

*Eu penso que a humanização da assistência não é feita só com o paciente, mas também dar atenção para a família e acompanhante do paciente. É um conjunto de ações que engloba cuidados desde o ambiente físico e recursos materiais até cuidados dos pacientes e seus familiares. (P4, P11, P14)*

### **IC3 – Assistência humanizada requer estabelecimento de vínculo de confiança e garantia de cuidado individualizado**

*Considero oferecer uma assistência humanizada quando estabeleço uma interação eficaz, uma aproximação, ofereço segurança, confiança, carinho e tento acalmar o doente, atenuar o estresse, o sofrimento do paciente, garantindo-lhe um maior conforto [...] quando trato a pessoa pelo nome, quando dou os cuidados necessários, sabendo que cada doente é um doente, cada um com seus cuidados individualizados, quando mantenho a observação. (P1, P2, P3, P4, P5, P6, P7, P9, P11, P12, P13, P15)*

### **IC4 – Necessidade de infraestrutura – recursos humanos e materiais para uma assistência humanizada**

*Eu diria que, para a assistência humanizada, é preciso recursos humanos e materiais, principalmente o humano. Os recursos humanos sou eu própria, eu mesma enquanto instrumento de trabalho assistencial e humanizado. Às vezes, você tem vontade de fazer mais, de se entregar, mas os recursos humanos são escassos e alguns materiais também; e aí, nós fizemos até onde dá, prestamos assistência até onde der, podemos ter desejo de fazer, mas se a equipe não está completa, não é possível fazer uma humanização. E, além disso, é necessário insumos e infraestrutura como medicamentos, ventiladores, monitores, aspiradores, recursos materiais básicos da UTI para a assistência. (P1, P2, P3, P4, P5, P6, P9, P10, P12, P14)*

### **IC5 – Capacitação profissional e cuidado humanizado estão interligados**

*Para prestar o cuidado humanizado, é indispensável ter conhecimentos por meio da capacitação, ampliar nosso conhecimento por meio de formação, tomando consciência dos valores do ser humano e dos princípios que norteiam nossa ação. Na UTI, precisamos estar qualificados nas técnicas, no suporte avançado da vida, conhecer os fármacos necessários e os aparelhos tecnológicos. (P2, P7, P11, P14, P15)*

## **DISCUSSÃO**

O DSC1 evidencia que a concepção de humanização do cuidado envolve aspectos da tecnologia leve do cuidado, representados pela visão integral do ser humano, pela comunicação e relacionamento

empático, bem como pelo acolhimento e sensibilidade na atenção dispensada à pessoa sob cuidado profissional. Em consonância, a literatura sustenta que a humanização na enfermagem significa prestar uma assistência de excelência e busca salvaguardar o respeito à vida pelo relacionamento humano, resgate dos aspectos biológicos, fisiológicos e subjetivos das pessoas cuidadas. Ainda, ressalta-se que, no processo de atendimento humanizado, é importante que os profissionais sejam empáticos<sup>(11)</sup>.

Isto posto, ser empático é estar disposto a conectar-se com o outro sentimentalmente e ser um agente social de empatia, buscando a essência humana, o cuidado. Profissionais empáticos são necessários para compreender a situação do outro e fornecer cuidados da melhor forma possível<sup>(12)</sup>.

Estudo de revisão sobre o atendimento humanizado em contexto crítico de emergência revelou que o profissional de enfermagem empreende mais atenção para o manuseio do equipamento do que para a própria pessoa atendida, tornando a prática assistencial mecanicista; e, dessa maneira, sentimentos e crenças são pouco levados em consideração no cuidado<sup>(13)</sup>. Tendo em vista o respeito à dignidade da pessoa humana, o padrão-ouro da humanização, o Projeto Internacional de Pesquisa para a Humanização das Unidades de Terapia Intensiva (Proyecto HU-CI) foi desenvolvido com o objetivo de mudar o paradigma atual para um modelo de atenção centrado no ser humano<sup>(14)</sup>.

Em convergência, uma pesquisa revelou a necessidade de remover as barreiras que limitam o avanço do cuidado humanizado, pois há demanda urgente de que profissionais de saúde, sobretudo os atuantes em ambientes críticos, reforcem seu papel humanizador ao compartilharem experiências de saúde cordiais e empáticas, respeitando costumes e crenças dos pacientes durante a hospitalização<sup>(4)</sup>. Destaca-se que, se por um lado a literatura sinaliza a necessidade de uma mudança de paradigma no sentido de se alcançar a humanização do cuidado, por outro os profissionais de enfermagem revelam no seu discurso (DSC1) uma percepção de cuidado humanizado já alinhada com esse novo paradigma.

A humanização em ambiente de terapia intensiva perpassa a relação com a ética e acolhimento dos familiares e pessoas cuidadas, assim como respeito aos seus direitos. No entanto, esse cuidado demanda uma assistência para além do dimensionamento biológico, uma assistência integral, tratando a pessoa cuidada como ser humano, com respeito, afetividade e dedicação<sup>(11)</sup>.

As falas do DSC2 configuram o entendimento de que o cuidado humanizado envolve a atenção aos familiares e acompanhantes, os quais também precisam ser atendidos em suas necessidades. Estudo corrobora que o cuidado humanizado de enfermagem à pessoa em situação crítica na UTI busca atender às necessidades do paciente e de seus familiares<sup>(15)</sup>. Ainda, uma revisão de escopo apresenta a humanização do cuidado como o cuidado holístico, uma atitude geral dos profissionais em relação aos pacientes e familiares e um ideal organizacional que envolve todos os sujeitos do sistema de saúde<sup>(4)</sup>.

A internação de um familiar em uma UTI é um momento de extrema vulnerabilidade para a família. Por isso, a equipe multidisciplinar que presta os cuidados precisa considerar as necessidades da família diante de tais situações estressantes e estabelecer um plano de cuidados. O conforto que a família e o paciente recebem da equipe possibilita-os canalizar energias

para a solução dos conflitos e problemas que podem ocorrer durante o período de internação<sup>(16)</sup>.

O cuidado humanizado passa pela individualidade da atenção dispensada, como retrata o DSC3, no qual os profissionais de enfermagem consideram o cuidado humanizado quando realizam uma assistência com segurança, com alívio do sofrimento, medidas de conforto; quando respeitam a identidade do paciente; enfim, quando individualizam a assistência e estão atentos às necessidades do paciente. Todavia, estudo destaca que a falta de políticas institucionais não permite promover mudança de comportamento nos profissionais dos serviços de saúde, de modo que seguem rotulando o paciente com número de leito e diagnóstico, por exemplo<sup>(17)</sup>.

Outro aspecto ressaltado no DSC3 como requisito do cuidado humanizado é o estabelecimento do vínculo de confiança, salientado pela literatura como necessário para responder às necessidades terapêuticas básicas. A produção desse cuidado exige disposição para cuidar e compartilhar sentimentos e emoções durante o atendimento — um relacionamento entre cuidador e o ser cuidado<sup>(17)</sup>.

Pesquisa realizada no Brasil corrobora, no discurso de profissionais de saúde, que a humanização do cuidado envolve a noção de vínculo entre profissional e paciente, assim como a adequação do atendimento de acordo com cada caso<sup>(18)</sup>, aspectos traduzidos na IC3 do presente estudo.

Nesse sentido, a assistência humanizada vista na forma da observação e/ou vigília do usuário é aspecto abordado pela literatura, sobretudo mediante a avaliação e controle da dor, sedação adequada, prevenção e manejo do *delirium* no ambiente intensivo<sup>(19)</sup>. A dor e o sofrimento devem ser minimizados por meio de todos os recursos disponíveis<sup>(20)</sup>.

Este estudo evidenciou que os recursos necessários para a humanização envolvem profissionais comprometidos com o cuidado e em número suficiente, além de infraestrutura adequada, conforme retratado no DSC4. Porém, uma pesquisa demonstra que a pouca participação dos profissionais nas decisões, a falta de reposição de materiais danificados, a escassez de mão de obra qualificada e o pouco investimento na educação continuada dos profissionais são indicativos para gestores investirem em condições de trabalho adequadas e em política clara de qualificação e valorização do profissional como requisito para a assistência mais humanizada<sup>(21)</sup>. Inclusive, nas Unidades de Terapia Intensiva (UTI) as constantes inovações tecnocientíficas requerem qualificação permanente da equipe multiprofissional.

No Brasil, o quantitativo de profissionais de enfermagem para os serviços em que são realizadas atividades de enfermagem é estabelecido pelo Conselho Federal de Enfermagem (Cofen)<sup>(22)</sup>. No ambiente intensivo, a proporção profissional/paciente nos diferentes turnos de trabalho é de um 1 profissional de enfermagem para 1,33 paciente, sendo que 52% do total de profissionais de enfermagem para a UTI devem ser enfermeiros; e os demais, técnicos de enfermagem.

Em Angola, a normatização fica por parte da Ordem Nacional dos Enfermeiros, sendo um 1 profissional enfermeiro geral ou graduado para cada 2 pacientes ou 1 enfermeiro auxiliar para cada 6 pacientes<sup>(23)</sup>. Vale destacar que, com a independência de Angola no ano de 1975, o país vivenciou um abandono maciço de profissionais



formados nas escolas de enfermagem durante o período colonial. Atualmente, no país, a formação profissional é assegurada por cinco escolas e quatro institutos superiores<sup>(7-8)</sup>. Esse impacto é sentido ainda hoje, quando muitas cidades não conseguem satisfazer os recursos humanos mínimos adequados para a assistência, com déficits tanto nas áreas rurais quanto nas periurbanas<sup>(7)</sup>.

Nesse sentido, sabe-se que os recursos humanos e materiais em número adequado na UTI influenciam quantitativa e qualitativamente a forma de prestação de cuidados humanizados, e isso se deve às características das pessoas assistidas nessas unidades; tais fatores são considerados componentes básicos para um bom funcionamento do setor<sup>(24)</sup>.

Conforme retratado no DSC 5, para que ocorra o cuidado humanizado, é necessário que os profissionais tenham conhecimento sobre a tecnologia e sobre o ser humano. A esse respeito, o avanço do conhecimento nas diversas disciplinas em saúde tem gerado intervenções mais complexas, que exigem interação entre os profissionais com atuações menos centralizadas no paciente<sup>(25)</sup>.

De acordo com a Associação Brasileira de Medicina Intensiva (AMIB), a UTI é uma unidade que requer atenção profissional especializada contínua, materiais específicos e tecnologias necessárias ao diagnóstico, monitorização e terapia<sup>(26)</sup>. Outro aspecto a ser destacado é a necessidade de qualificação permanente da equipe multiprofissional<sup>(27)</sup>.

Ainda, os profissionais nesse ambiente precisam reconhecer a singularidade e a fragilidade emocional, física e psíquica do ser humano, desenvolvendo atitudes que os habilitem enquanto lidam com o processo de adoecimento do paciente<sup>(28)</sup>. No tocante aos desafios vivenciados pela enfermagem angolana na era da globalização para dispor de recursos humanos, sobretudo especializados, é fundamental levar em conta os níveis epidemiológicos e demográficos, considerados parâmetros para a organização das políticas de saúde e da formação dos profissionais<sup>(7)</sup>.

### Limitações do estudo

Neste estudo, não se empregou a estratégia de devolução das transcrições das entrevistas para validação dos sujeitos participantes. Ademais, o fato de a investigação envolver somente a ótica de uma categoria profissional, e em uma UTI, pode fragilizar as generalizações. Todavia, julga-se que os resultados são relevantes para a implementação de melhorias na enfermagem de terapia intensiva angolana e contextos similares.

### Contribuições para a Área da Enfermagem

Acredita-se que este estudo despertou reflexões individuais e coletivas na equipe de enfermagem atuante em uma UTI de Angola no que se refere à humanização do cuidado de enfermagem e recursos para tal. Os resultados poderão subsidiar ações de educação continuada dos profissionais, a fim de qualificar a assistência prestada e responder aos desafios que a enfermagem angolana enfrenta. Cabe, ainda, recomendar novos estudos ligados também à realidade da humanização em Angola com outros profissionais de saúde em outros contextos.

### CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os profissionais participantes do estudo entendem que a humanização da assistência envolve o cuidado físico, o procedimento técnico aliado à empatia, a comunicação, e que ela deve ser estendida aos familiares e acompanhantes.

Eles reconhecem que a humanização está atrelada à necessidade de recursos materiais, insumos e recursos humanos em quantidade e qualidade suficientes, e que a falta de recursos humanos sobrecarrega os profissionais, interferindo na qualidade do cuidado. Compreendem ainda a necessidade de qualificação para o cuidado humanizado por meio da educação permanente.

Constata-se que, para além dos profissionais de enfermagem envolvidos nos cuidados, faz-se necessário empenho dos gestores da instituição em prover os recursos materiais e humanos em quantidade e qualidade para que ocorra o cuidado humanizado.

### FOMENTO

O presente trabalho contou com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) - Código de Financiamento 001.

### CONTRIBUIÇÕES

Sili EM e Nascimento ERP contribuíram com a concepção ou desenho do estudo/pesquisa. Sili EM, Malfussi LBH, Hermida PMV, Souza AIJ, Lazzari DD e Martins MS contribuíram com a análise e/ou interpretação dos dados. Nascimento ERP, Malfussi LBH, Hermida PMV, Souza AIJ, Lazzari DD e Martins MS contribuíram com a revisão final com participação crítica e intelectual no manuscrito.

### REFERÊNCIAS

1. Mastrogianni M, Galanis P, Kaitelidou D, Konstantinou E, Fildissis G, Katsoulas T. Factors affecting adult intensive care units costs by using the bottom-up and top-down costing methodology in OECD countries: a systematic review. *Intensive Crit Care Nurs.* 2021;66:103080. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2021.103080>
2. Linn AC, Caregnato RCA, Souza EM. Clinical simulation in nursing education in intensive therapy: an integrative review. *Rev Bras Enferm.* 2019;72(4):1061-70. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0217>
3. Ribeiro JF, Andrade JMF, Melo KAS, Bandeira FLF, Silva PS, Pinho MAB. Nursing professionals in the ICU and their role in the pandemic: Legacies of Covid-19. *J Contemp Nurs.* 2021;10(2):347-65. <https://doi.org/10.17267/2317-3378rec.v10i2.3423>
4. Kvande ME, Angel S, Højager Nielsen A. Humanizing intensive care: a scoping review (HumanIC). *Nurs Ethics.* 2022;29(2):498-510. <https://doi.org/https://doi.org/10.1177/09697330211050998>

5. Pan American Health Organization (PAHO). Expanding the Roles of Nurses in Primary Health Care. Washington, D.C.: OPAS; 2018.
6. La Calle GH, Martin MC, Nin N. Seeking to humanize intensive care. *Rev Bras Ter Intensiva*. 2017;29(1):9-13. <https://doi.org/10.5935/0103-507X.20170003>
7. Costa MJP, Dorticós MA. Desafios à enfermagem na era da globalização: importância da formação (Original). *Roca* [Internet]. 2021 [cited 2022 Aug 3];18(2):127-46. Available from: <https://revistas.udg.co.cu/index.php/roca/article/view/3007>
8. Torres AL. História da Enfermagem no mundo e em Angola. *PortalesMedicos.com* [Internet]. 2021 [cited 2022 Aug 3];16(20):970. Available from: <https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/historia-da-enfermagem-no-mundo-e-em-angola>
9. Souza VR, Marziale MH, Silva GT, Nascimento PL. Translation and validation into Brazilian Portuguese and assessment of the COREQ checklist. *Acta Paul Enferm*. 2021;34:eAPE02631. <https://doi.org/10.37689/acta-ape/2021AO02631>
10. Lefèvre F. *Discurso do Sujeito Coletivo: nossos modos de pensar, nosso eu coletivo*. São Paulo: Andreoli; 2017.
11. Luiz FF, Caregnato RCA, Costa MR. Humanization in the Intensive Care: perception of family and healthcare professionals. *Rev Bras Enferm*. 2017;70(5): 1040-47. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0281>
12. Zuchetto MA, Engel FD, Medeiros LSP, Hammerschmidt KSA, Schoeller SD. Empathy in the nursing care process under the recognition theory approach: a reflective synthesis. *Rev Cuid*. 2019;10(3):e624. <https://doi.org/10.15649/cuidarte.v10i3.624>
13. Vasconcelos MFG, Selow MLC. Atendimento humanizado pela equipe de enfermagem nas unidades de urgência e emergência. *Vitrine Prod Acad* [Internet]. 2016 [cited 2022 Aug 3];4(2):205-20. Available from: <https://docplayer.com.br/53346323-Atendimento-humanizado-pela-equipe-de-enfermagem-nas-unidades-de-urgencia-e-emergencia.html>
14. Bueno JMV, La Calle GH. Humanizing Intensive Care: from theory to practice. *Crit Care Nurs Clin North Am*. 2020;32(2):135-47. <https://doi.org/10.1016/j.cnc.2020.02.001>
15. Castro LP, Araujo AHIM, Mendes MIOI. Role of the health manager in the humanization of care in the intensive care unit (icu): an integrative review. *Rev JRG Est Acad*. 2021;4(8):86-96. <https://doi.org/10.5281/zenodo.4603153>
16. Carrias FMS, Sousa GM, Pinheiro JDS, Lustosa MA, Pereira MCC, Guimarães AEV et al. Humanized visit in an intensive care unit: a multidisciplinary look. *Tempus, Actas Saúde Colet*. 2018;11(2):103-12. <https://doi.org/10.18569/tempus.v10i4.1966>
17. La-Riva MEM, Suyo-Veja JÁ, Fernández-Bedoya VH. Humanized care from the nurse-patient perspective in a hospital setting: a systematic review of experiences disclosed in Spanish and Portuguese scientific articles. *Front Public Health*. 2021;9:737506. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2021.737506>
18. Ferreira LR, Artmann E. Pronouncements on humanization: professionals and users in a complex health institution. *Ciênc Saúde Colet*. 2018;23(5):1437-50. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018235.14162016>
19. Devlin JW, Skrobik Y, Gélinas C, Needham DM, Slooter AJC, Pandharipande PP. Clinical practice guidelines for the prevention and management of pain, agitation/sedation, delirium, immobility, and sleep disruption in adult patients in the ICU. *Crit Care Med*. 2018;46(9):e825-e873. <https://doi.org/10.1097/CCM.0000000000003299>
20. Ouchi JD, Lupo APR, Alves BO, Andrade RV, Fogaça MB. O papel do enfermeiro na Unidade de Terapia Intensiva diante de novas tecnologias em saúde. *Saúde Foco* [Internet]. 2018 [cited 2022 Aug 3];10:412-28. Available from: [https://portal.unisepe.com.br/unifia/wp-content/uploads/sites/10001/2018/07/054\\_o\\_papel\\_do\\_enfermeiro\\_na\\_unidade\\_de\\_terapia\\_intensiva.pdf](https://portal.unisepe.com.br/unifia/wp-content/uploads/sites/10001/2018/07/054_o_papel_do_enfermeiro_na_unidade_de_terapia_intensiva.pdf)
21. Souza VS, Inoue KC, Oliveira JLC, Magalães AMM, Martins EAP, Matsuda LM. Sizing of the nursing staff in adult intensive therapy. *Rev Min Enferm*. 2018;22:e-1121. <https://doi.org/10.5935/1415-2762.20180056>
22. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução N. 543/2017. [Internet]. 2017 [cited 2022 Aug 3]. Available from: [http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-5432017\\_51440.html](http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-5432017_51440.html)
23. Ordem Nacional dos Enfermeiros. Decreto Executivo N° 53. Regras Básicas para o Quadro do Pessoal dos Recursos Humanos da Saúde [Internet]. 2001 [cited 2022 Aug 3]. Available from: <https://ordenfa.org/wp-content/uploads/2020/07/Decreto-Executivo-N%C2%BA-53-Regras-B%C3%A1sicas-para-o-Quadro-do-Pessoal-do-Recursos-Humanos-da-Sa%C3%BAde.pdf>
24. Araújo EJM, Ponte KMA, Araujo LM, Farias MS. Family members' satisfaction with humanization of care at the ICU. *Sanare* [Internet]. 2016 [cited 2022 Aug 3];18(1):6-11. Available from: <https://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/download/1300/681>
25. Lima AA, Jesus DS, Siva TL. Technological density and humanized care in nursing: the reality of two health services. *Physis*. 2018;28(03):e280320. <https://doi.org/10.1590/S0103-73312018280320>
26. Associação de Medicina Intensiva do Brasil (AMIB). Programa de Competências em Medicina Intensiva (PROCOMI): Matriz de competência. [Internet]. 2020 [cited 2022 Aug 3]. Available from: [https://www.amib.org.br/fileadmin/user\\_upload/Matriz\\_de\\_Competencias\\_finalizada\\_2019.pdf](https://www.amib.org.br/fileadmin/user_upload/Matriz_de_Competencias_finalizada_2019.pdf)
27. Malfussi LBH, Nascimento ERP, Baptista RCN, Lazzari DD, Martini JG, Hermida PMV. In situ simulation in the permanent education of the intensive care nursing team. *Texto Contexto Enferm*. 2021;30:e20200130. <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2020-0130>
28. Viana RAPP, Vargas MAO, Carmagnani MIS, Tanaka LH, Luz KR, Schmitt PH. Profile of an intensive care nurse in different regions of
29. Brazil. *Texto Contexto Enferm*. 2014;23(1):151-59. <https://doi.org/10.1590/S0104-07072014000100018>