








## **CUIDADO DE ENFERMAGEM HUMANIZADO EM TERAPIA INTENSIVA EM ANGOLA: FACILIDADES E DIFICULDADES DESVELADAS**

**Eurico Mateus Sili<sup>1</sup>**   
**Eliane Regina Pereira do Nascimento<sup>2</sup>**   
**Luciana Bihain Hagemann de Malfussi<sup>2</sup>**   
**Patrícia Madalena Vieira<sup>3</sup>**   
**Daniele Delacanal Lazzari<sup>2</sup>**   
**Fernanda Forster<sup>2</sup>**   
**Arlene Lohn<sup>2</sup>** 

<sup>1</sup>Instituto Superior Politécnico da Caála-Huambo. Caála, Angola.

<sup>2</sup>Universidade Federal de Santa Catarina, Programa de Pós-graduação em Enfermagem. Florianópolis, Santa Catarina, Brasil.

<sup>3</sup>Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis. Florianópolis, Santa Catarina, Brasil.

### **RESUMO**

**Objetivo:** descrever as facilidades e dificuldades dos profissionais de enfermagem no cuidado humanizado em terapia intensiva em Angola.

**Método:** pesquisa descritiva, qualitativa, realizada em Unidade de Terapia Intensiva de um hospital geral de Huambo, Angola, África, com 15 profissionais de enfermagem, no ano de 2020, por meio de entrevista semiestruturada. Utilizou-se o Discurso do Sujeito Coletivo para análise dos dados; e para a organização, o *software* QualiquantiSoft.

**Resultados:** emergiram dos depoimentos cinco ideias centrais: duas envolvendo as facilidades; e três, as dificuldades em oferecer um cuidado humanizado. As facilidades referem-se ao envolvimento da equipe multiprofissional no cuidado e às relações interpessoais da equipe de enfermagem. As dificuldades estão atreladas à falta de recursos materiais, equipamentos e insumos; recursos humanos escassos e pouco preparo especializado da equipe de enfermagem.

**Conclusão:** na humanização dos cuidados de enfermagem, as facilidades estão relacionadas ao comportamento e relações profissionais, enquanto as dificuldades, na sua maioria, envolvem aspectos de gestão que não estão sob a governabilidade dos profissionais, requerendo atenção dos gestores da instituição.

**DESCRITORES:** Humanização da assistência. Unidades de terapia intensiva. Cuidados críticos. Assistência ao paciente. Cuidados de enfermagem. Enfermagem. Enfermagem de cuidados críticos.

**COMO CITAR:** Sili EM, Nascimento ERP, Malfussi LBH, Vieira PM, Lazzari DD, Forster F, Lohn A. Cuidado de enfermagem humanizado em terapia intensiva em Angola: facilidades e dificuldades desveladas. *Texto Contexto Enferm* [Internet]. 2024 [acesso MÊS ANO DIA]; 33:e20230111. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2023-0111pt>

# HUMANIZED NURSING CARE IN AN INTENSIVE CARE UNIT IN ANGOLA: FACILITATING AND HINDERING FACTORS REVEALED

## ABSTRACT

**Objective:** to describe the aspects that facilitate and hinder the work of nursing professionals regarding the humanized care in an intensive care unit in Angola.

**Method:** descriptive, qualitative research, conducted in an Intensive Care Unit of a general hospital in Huambo, Angola, Africa, with 15 nursing professionals, in 2020, through semi-structured interviews. The Collective Subject Discourse to analyze the data was used; and to organize the data, the QualiquantiSoft software was used.

**Results:** five central ideas emerged from the statements: two involving the facilitating factors; and three involving the difficulties in providing humanized care. The facilitating factors refer to the involvement of the multidisciplinary healthcare team and the interpersonal relationships of the nursing team. The hindering factors are linked to the lack of material resources, equipment, and supplies; the scarcity of human resources; and the poor specialized skills of the nursing team.

**Conclusion:** when referring to the humanization of nursing care, its facilitating factors are linked to behavior and professional relationships, while the difficulties, for the most part, involve management aspects that are not under the professionals' responsibility, thus requiring attention from the managers of the institution.

**DESCRIPTORS:** Humanization of the assistance provided. Intensive care units. Critical care. Patient care. Nursing care. Nursing. Critical care nursing.

# ATENCIÓN HUMANIZADA DE ENFERMERÍA EN CUIDADOS INTENSIVOS EN ANGOLA: FACILIDADES Y DIFICULTADES REVELADAS

## RESUMEN

**Objetivo:** describir las facilidades y dificultades de los profesionales de enfermería en la atención humanizada en cuidados intensivos en Angola.

**Métodos:** investigación descriptiva, cualitativa, realizada en la Unidad de Cuidados Intensivos de un hospital general de Huambo, Angola, África, con 15 profesionales de enfermería en 2020, mediante entrevistas semiestructuradas. Se utilizó el Discurso Sujeto Colectivo para el análisis de los datos y el software QualiquantiSoft para su organización.

**Resultados:** de los enunciados se desprenden cinco ideas centrales: dos se refieren a las facilidades y tres a las dificultades para ofrecer cuidados humanizados. Las facilidades se refieren a la implicación del equipo multiprofesional en los cuidados y a las relaciones interpersonales del equipo de enfermería. Las dificultades están relacionadas con la falta de recursos materiales, equipos y suministros; los escasos recursos humanos; y la falta de formación especializada del equipo de enfermería.

**Conclusión:** en la humanización de los cuidados de enfermería, las facilidades están relacionadas con el comportamiento y las relaciones profesionales, mientras que las dificultades involucran, en su mayoría, aspectos de gestión que no están bajo el control de los profesionales, requiriendo la atención de los gestores de la institución.

**DESCRIPTORES:** Humanización de los cuidados. Unidades de cuidados intensivos. Cuidados críticos. Cuidados al paciente. Cuidados de enfermería. Enfermería. Enfermería de cuidados críticos.

## INTRODUÇÃO

As Unidades de Terapia Intensiva (UTI) ocupam áreas hospitalares destinadas ao atendimento de pacientes críticos que necessitam de cuidados complexos e especializados. Possuem características específicas, sendo responsáveis por alta concentração de recursos humanos, materiais e tecnológicos no ambiente hospitalar. Esses elementos são fundamentais para o atendimento a pacientes graves que exigem assistência contínua, para que se possa realizar a correta observação e monitorização das condições vitais, assim como rápida intervenção em situações de descompensações clínicas<sup>1</sup>.

As UTIs são ambientes com alta complexidade tecnológica e assistencial. Têm em seu processo de construção histórico-político-social a configuração de ser um local onde a técnica é considerada prioridade no tocante aos aspectos pertinentes ao cuidado e à densa tecnologia disposta nesse ambiente. Por consequência, os profissionais que assistem o paciente tendem a priorizar esses recursos, postergando, assim, o cuidado humanizado, o que desperta debates acerca desse atendimento<sup>2</sup>.

Todavia, sabe-se que a humanização da assistência de enfermagem deve ser realizada de forma integral por todos os profissionais que prestam assistência ao paciente e aos familiares<sup>3</sup>. A literatura assevera que os principais desafios para a implementação da humanização no ambiente intensivo estão relacionados à pluralidade de significados do conceito de humanização, condições de trabalho dos profissionais, quantitativo de recursos humanos e estruturais, formação e atualização dos profissionais envolvidos no cuidado, além de aspectos relativos à gestão na organização do processo de trabalho<sup>4-5</sup>.

Dessa perspectiva, entende-se que o cuidado de enfermagem é a essência do processo de trabalho e deve estar intimamente ligado à parte gerencial do cuidado e da administração da assistência em saúde da equipe, bem como a atividades de educação em saúde<sup>6-7</sup>. Em países subdesenvolvidos, como Angola, a humanização da assistência ainda é um desafio importantíssimo, pois se trata de uma população com grandes desigualdades das condições de vida e de trabalho em sua totalidade; e, conseqüentemente, essas desigualdades interferem na humanização da assistência prestada aos pacientes<sup>8</sup>.

Sobre o contexto angolano, é importante também destacar que o Sistema Nacional de Saúde (SNS) teve sua organização em meio a um cenário de grande vulnerabilidade política, resultante do conflito interno que levou à guerra civil. Essa situação ocasionou, no país, problemas em todos os níveis de atenção à saúde, como financiamento insuficiente, escassez de unidades e serviços de saúde, grandes demandas, insuficiência de recursos humanos e materiais<sup>9</sup>.

Ainda, ressalta-se que a temática da humanização da assistência em Angola é pouco explorada na literatura nacional e internacional. Em estudo que investigou a percepção dos profissionais de enfermagem de uma UTI angolana a respeito de cuidados humanizados e recursos necessários para sua implementação, reportou-se que, apesar de avanços nessa área, ainda é vista a necessidade de melhorias, principalmente no âmbito da infraestrutura, recursos humanos e materiais, além de capacitação profissional para efetivar o cuidado<sup>10</sup>.

Diante do exposto, considerando a relevância e a escassez de publicação sobre o tema no contexto de Angola, elaborou-se a seguinte questão norteadora: “quais os elementos facilitadores e dificultadores para realização do cuidado humanizado em terapia intensiva em Angola?” Nesse sentido, o presente estudo tem o objetivo de descrever as facilidades e dificuldades dos profissionais de enfermagem no cuidado humanizado em terapia intensiva em Angola.

## MÉTODO

Trata-se de um estudo descritivo com abordagem qualitativa, desenvolvido na UTI Adulto do Hospital Geral da província de Huambo, em Angola, África. Foi redigido conforme o guia internacional *Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research* (COREQ)<sup>11</sup>.

A referida UTI atende a população de 11 municípios da província de Huambo e está configurada com 7 leitos de terapia intensiva de todas as especialidades clínicas. Conta com 26 profissionais de enfermagem, sendo 9 enfermeiros e 17 técnicos. Participaram do estudo 15 profissionais, considerando-se como critérios de inclusão: ser profissional de enfermagem da UTI. Foram excluídos aqueles profissionais que estavam em férias ou licença de qualquer natureza. Desse modo, excluíram-se 11 profissionais: 6 por motivo de férias e 5 afastados por pertencerem ao grupo de risco para a covid-19 e estarem em licença-saúde. A amostragem foi intencional.

Os dados foram coletados no período de junho a outubro de 2020 por meio de entrevista semiestruturada, guiada por um roteiro elaborado para este estudo. Foi solicitado aos profissionais que falassem sobre as facilidades e dificuldades encontradas para realizar o cuidado humanizado na UTI; e foram realizadas perguntas relativas à caracterização sociodemográfica dos participantes.

As entrevistas foram agendadas previamente conforme disponibilidade dos participantes e ocorreram de forma individual, presencial, em ambiente privativo escolhido por eles. Todas foram gravadas em áudio e transcritas na íntegra pelo pesquisador principal em um documento de texto no Microsoft Word®, respeitando os critérios de fidelidade da transcrição e transcrição; e tiveram duração média de 30 minutos.

Como as entrevistas foram realizadas durante a pandemia de Covid-19, respeitaram-se todas as medidas de proteção, como afastamento necessário, uso de máscaras e de álcool em gel. Não se empregou a estratégia da devolução das entrevistas para validação pelos participantes. O término da coleta de dados ocorreu quando todos os profissionais que atenderam os critérios de elegibilidade foram entrevistados.

Para a análise dos dados, utilizou-se a técnica do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC)<sup>12</sup>, que compreende quatro figuras metodológicas: Expressões-Chave (ECh); Ideias Centrais (IC); Ancoragem (AC); e o Discurso do Sujeito Coletivo (DSC) propriamente dito. As EChs são trechos literais mais significativos dos depoimentos e expressam a essência do conteúdo. Quanto às ICs, retratam o sentido de cada conjunto homogêneo de EChs presentes nos depoimentos; e a AC ocorre quando o sujeito, para dar sentido ao seu depoimento, se apoia em um conhecimento preexistente. Por fim, o DSC propriamente dito refere-se à união das EChs que têm ICs ou ACs com o mesmo significado ou significado complementar, sendo redigido na primeira pessoa do singular<sup>12</sup>. Neste estudo, não foram identificadas ACs.

Os dados foram organizados por meio do *software* QualiQuantSoft, versão 1.3c, com base nas entrevistas transcritas. No *software*, primeiramente foi realizado o cadastramento da pesquisa. Na sequência, cada pergunta adicionada e os conteúdos das respostas de cada participante foram transferidos. O passo seguinte consistiu em identificar, em cada resposta, as EChs e, baseando-se nestas, posteriormente identificar e nomear as ICs. Depois, foram agrupadas e denominadas as ICs com sentido equivalente ou complementares, elaborando-se categorias. O último passo foi a construção do DSC pautando-se nas EChs com mesma IC e correspondentes a cada categoria. O *software* possibilitou ainda identificar o quantitativo de participantes representados em cada discurso.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética do Instituto Superior Politécnico de Caála/Huambo. Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Para preservar a identidade, os profissionais foram identificados pela letra “P”, de participantes, seguida do número correspondente à ordem de realização das entrevistas (P1, P2, P3...).

## RESULTADOS

Dos 15 profissionais participantes do estudo, havia 10 técnicos de enfermagem (66,7%) e 5 enfermeiros (33,3%), sendo a maioria do sexo feminino (n = 11;73,3%). A idade média foi 42 anos (variação de 32 a 51 anos). O tempo médio de atuação em terapia intensiva foi de nove anos (variou

de 3 a 22 anos). Quanto ao turno de trabalho, oito profissionais desempenhavam suas atividades no período noturno, cinco no matutino e dois no vespertino.

Dos depoimentos, emergiram cinco ICs, e cada uma originou um DSC. A síntese das ICs extraídas dos depoimentos individuais está apresentada na Tabela 1.

**Tabela 1** – Síntese das ideias centrais acerca das facilidades e dificuldades dos profissionais de enfermagem angolanos no cuidado humanizado em terapia intensiva, extraídas dos depoimentos individuais (n=15). Huambo, Angola, África, 2020.

Ideias Centrais	n	%
IC: Relação interpessoal da equipe de enfermagem como facilitadora da humanização do cuidado	7	46,6
IC: A atuação da equipe multiprofissional favorece a humanização	8	53,3
IC: Dimensionamento de enfermagem insuficiente como dificultador do cuidado humanizado	5	33,3
IC: Falta de recursos materiais, equipamentos e insumos	13	86,6
IC: A falta de qualificação especializada de enfermagem dificulta o cuidado na UTI	5	33,3

### **IC: Relação interpessoal da equipe de enfermagem como facilitadora da humanização do cuidado**

**DSC 1:** *Considero como um fator positivo para que ocorra a humanização do cuidado a relação da equipe de enfermagem, a relação interpessoal que nós temos, o respeito mútuo e a colaboração entre nós. Eu acho que aqui na UTI tem uma união. E é essa dinâmica de trabalho em equipe no nosso dia a dia que promove uma relação muito positiva; e é o paciente o maior beneficiado disso. Por trabalharmos juntos como equipe, pode haver estresse de trabalho, mas essa relação pessoal entre nós é muito boa, não temos problemas de comunicação entre nós.* (P4, P6, P8, P9, P10, P12, P15)

### **IC: A atuação da equipe multiprofissional favorece a humanização**

**DSC 2:** *Eu acho que o trabalho que a gente faz em equipe, não apenas a classe de enfermagem, mas também com a classe médica, trabalhadores de base, quando estamos todos juntos em volta de um paciente, sentimos que realmente existe um trabalho facilitado, um trabalho de humanização. Tem havido uma entrega pela equipe, porque tanto os enfermeiros como os médicos formam uma equipe multiprofissional a fim de resolver ou dar soluções aos problemas dos nossos pacientes que internam na UTI.* (P1, P2, P4, P9, P10, P13, P14, P15)

### **IC: Dimensionamento de enfermagem insuficiente como dificultador do cuidado humanizado**

**DSC 3:** *As dificuldades que a gente atravessa na nossa UTI são várias, em prestar uma assistência humanizada a um paciente, mas nos falta principalmente recursos humanos. A classe de enfermagem é pouca, então tudo aquilo que é nosso objetivo, às vezes, fica nulo, não atingimos na íntegra. Às vezes, o técnico de enfermagem é um para três ou quatro doentes, o que é muito cansativo. O enfermeiro não chega a realizar ou concretizar todos os seus planos com o paciente, porque são muitos pacientes à espera dele. Aqui são sete pacientes; e, às vezes, somos apenas duas enfermeiras e não temos como nos organizar melhor se ficamos sozinhas com dois doentes em ventilação mecânica; às vezes, um doente ventilado mecanicamente precisa de dois enfermeiros, e aí não temos como dar aquela assistência como deve ser.* (P1, P2, P4, P6, P10)

### **IC: Falta de recursos materiais, equipamentos e insumos**

**DSC 4:** *No dia a dia, o que compromete em prestar uma assistência humanizada a um paciente na UTI é quando queremos fazer alguns cuidados ou quando queremos executar algum procedimento*

*e encontramos dificuldade de usar algum aparelho por não ter o equipamento ou não ter recursos materiais nem pessoal de limpeza, uniformes disponíveis o suficiente para prestarmos estes cuidados. Às vezes, falta medicação, pois nem sempre a farmácia tem medicamentos suficientes indicados para as patologias que nós atendemos aqui na UTI. Quando o paciente precisa de alguns medicamentos e não temos na UTI, o médico prescreve para que os familiares ou os acompanhantes consigam. Algumas vezes, nos faltam coisas simples como um aspirador, monitores, cateter de oxigênio, dificultando assim uma melhor ventilação ao paciente. (P1, P3, P5, P6, P7, P8, P9, P10, P11, P12, P13, P14, P15)*

### **IC: A falta de qualificação especializada de enfermagem dificulta o cuidado na UTI**

**DSC 5:** *Na UTI, precisamos estar qualificados nas técnicas, precisamos conhecer as drogas necessárias e como usar os aparelhos tecnológicos; e, às vezes, o trabalho é dificultado por falta de técnicos de enfermagem especializados. Aqui na UTI, 90% dos enfermeiros que prestam serviço não são especialistas, e isso tem dificultado o melhor tratamento aos doentes e a atenção fornecida aos acompanhantes ou familiares. (P2, P11, P12, P13, P14)*

## **DISCUSSÃO**

Este estudo revelou a relevância do bom entrosamento da equipe, com repercussões positivas para pacientes e profissionais, configurando-se como elemento facilitador para a humanização da assistência. A valorização das relações interpessoais melhora a qualidade do trabalho, já que, se os profissionais de saúde mantiverem um relacionamento participativo, a produção do cuidado de enfermagem passará a ser agradável e potencializada<sup>13</sup>. Ademais, é primordial que a equipe assistencial reconheça a importância de tecer amistosos vínculos interpessoais, desenvolvidos por meio da reorganização conjunta na forma de agir, dialogar e atuar, visto que a intensidade dessas ações têm influência direta no cuidado realizado ao paciente<sup>14</sup>.

Um estudo americano no contexto dos cuidados intensivos investigou a relação entre membros de equipes e reportou que as relações interpessoais são amparadas pela complexidade do ambiente de cuidado no qual está inserido os profissionais. Acredita-se que um ambiente no qual se promova confiança mútua, colaboração e engajamento dos membros da equipe é essencial para melhorar os desfechos de pacientes em todos os cuidados<sup>15</sup>.

Na assistência de enfermagem, é dever de toda a equipe desempenhar suas atribuições de forma humanizada para com o paciente, observando situações que possam atenuar ou prejudicar esse ato. Todos devem exercer a empatia, olhando o paciente de forma holística e respeitando suas particularidades<sup>16</sup>.

O presente estudo também evidenciou que a atuação da equipe multiprofissional favorece a humanização da assistência, pois todos os profissionais se envolvem na resolução dos problemas do paciente. Por conceito, "equipe multiprofissional" diz respeito a profissionais de variadas áreas da saúde, que trabalham em conjunto, permitindo um atendimento global conforme as necessidades dos pacientes<sup>17</sup>.

Os benefícios dessa prática para os profissionais que a executam são o aumento da confiança e da satisfação no trabalho, incentivo do desenvolvimento profissional, promoção da segurança do paciente, aumento da produtividade, diminuição da rotatividade dos profissionais e do absenteísmo da equipe<sup>18</sup>. A atuação multiprofissional garante ainda o acolhimento do paciente com sua família e seus acompanhantes, melhora a comunicação entre os elementos da tríade equipe-família-pacientes, contribuindo, assim, para dados de grande relevância, como redução da mortalidade e tempo de hospitalização<sup>17</sup>.

É importante destacar que, no contexto de Angola, após a independência do país no ano de 1975, ainda são sentidas assimetrias na oferta de profissionais devido ao deslocamento deles para centros urbanos, além de desigualdades e baixo quantitativo nas oportunidades de acesso de estudantes que buscam formação profissional em todo seu território<sup>8,19</sup>. Essa migração de profissionais qualificados, considerando as inúmeras demandas de saúde pública não contempladas, situa a África no centro de uma crise global relacionada à escassez de recursos humanos da área de saúde, de modo que a assistência sanitária e a humanização do cuidado tornam-se insatisfatórias<sup>20</sup>. Apesar disso, a atuação da equipe multiprofissional no cenário angolano do presente estudo revelou-se um facilitador do cuidado humanizado na terapia intensiva de adultos.

As falas dos profissionais no DSC 3 convergem para as dificuldades vivenciadas por eles na implementação de um cuidado humanizado, sobretudo em razão do dimensionamento da equipe de enfermagem. Sob esse prisma, a literatura mostra que a falta de profissionais de enfermagem dificulta a efetivação do cuidado humanizado, pois aumenta a carga de trabalho da equipe, ocasionando piores resultados entre indicadores de qualidade assistenciais e gerenciais dos serviços de enfermagem<sup>21-22</sup>.

Na UTI, as equipes assistenciais lidam, constantemente, com situações sensíveis, relativas às condições de trabalho, como a sobrecarga, quantitativo insuficiente de recursos humanos, falta de materiais, dentre outras. Essas situações influenciam, negativamente, suas emoções, gerando estresse e impacto na saúde mental de todos os profissionais<sup>23</sup>.

Nesse aspecto, no contexto brasileiro para o ambiente intensivo, a categoria de Enfermagem ainda permanece com quantitativo menor do que o recomendado às necessidades de cuidados<sup>24</sup>. Em Angola, a Ordem Nacional dos Enfermeiros orienta o dimensionamento de enfermagem, sendo preconizado um enfermeiro geral ou com graduação para a assistência de dois pacientes, ou, ainda, um enfermeiro auxiliar para assistir a cada seis pacientes<sup>25</sup>.

Quanto à falta de recursos materiais e de insumos para uma assistência humanizada, elemento retratado na maioria das falas dos participantes, em um estudo cujo objetivo foi dimensionar o quadro de profissionais da categoria de enfermagem de uma UTI, mediante a aplicação do *Nursing Activities Score* (NAS), constatou-se que a falta desses recursos propicia obstáculos e fonte de desgaste na assistência humanizada. A má gestão dos recursos humanos e materiais resulta na inadequada assistência, impactando a disponibilidade da atenção dos profissionais diante das demandas dos pacientes e familiares que acompanham a internação<sup>24</sup>.

No quinto discurso (DSC 5), evidenciou-se que a falta de qualificação especializada por parte dos profissionais atuantes na UTI foi reportada como uma dificuldade para a realização do cuidado humanizado. Nesse sentido, a UTI caracteriza-se como um local de trabalho complexo, o qual demanda dos profissionais habilidades técnicas avançadas no cuidado ao paciente crítico, adquiridas mediante qualificação profissional especializada<sup>26</sup>. Vale colocar em relevo que, em Angola, o profissional da área da saúde, ao ingressar no SNS, aprimora-se por meio de programas de educação permanente e de pós-graduação, de caráter profissionalizante e restrito aos enfermeiros licenciados<sup>27</sup>.

Destarte, em Angola ainda é notável a escassez de recursos humanos na área da saúde, mas esforços têm sido empregados no sentido de amenizar esse problema. O Ministério da Saúde de Angola (MINSa) realiza articulações com o Ministério do Ensino Superior para fomentar parcerias com institutos a fim de formar profissionais de saúde, especialmente médicos e enfermeiros. Com isto, pretende-se formar profissionais devidamente capacitados para a atenção à saúde de toda a população do território angolano<sup>28</sup>. Ademais, o Plano de Desenvolvimento de Recursos Humanos (PDRH), com vistas a reforçar a capacidade institucional do SNS, apontou a relevância de formar gestores em diferentes esferas<sup>27</sup>.

Ressalta-se que este estudo limitou-se às percepções apenas dos profissionais de enfermagem acerca da humanização da assistência no ambiente da UTI em um hospital geral de Angola. Porém, os

achados contribuem no fomento de novas práticas mais humanizadoras no contexto crítico angolano, já que retrata as dificuldades para realizar o cuidado humanizado, entendidas como desafios a serem superados. Acredita-se que este estudo tenha propiciado aos profissionais a reflexão sobre a humanização; e sugerem-se novos trabalhos sobre o tema, incluindo outras categorias profissionais e instituições hospitalares para aprofundar a compreensão sobre o fenômeno reportado no país.

## CONCLUSÃO

O estudo revelou fatores que facilitam a humanização da assistência de enfermagem e que estão relacionados aos esforços tanto individuais quanto coletivos envolvendo a equipe de enfermagem e multiprofissional; no entanto, verificou que não há iniciativas da gestão da UTI ou hospitalar para tornar o cuidado mais humanizado e acolhedor nesse cenário. Também foram evidenciados elementos que dificultam a implementação de uma assistência humanizada, representados pela falta de recursos humanos, materiais, insumos; e de profissionais de enfermagem mais especializados. Embora esses fatores negativos sejam mais relacionados ao gerenciamento da UTI, podem colocar em risco a qualidade assistencial praticada pela enfermagem na terapia intensiva. Por isso, é necessária rápida resolução visando a um cuidado humanizado ao paciente crítico.

## REFERÊNCIAS

1. Martins FR, Morini MS, Olinda AG, Barros FHV, Silva LO, Roseno MASG. Qualification needs of the work process of nursing in pediatric ICU. *Id on Line Rev Mult Psic* [Internet]. 2019 [acesso 2023 Maio 18];13(43):322-8. Disponível em: <https://doi.org/10.14295/idonline.v13i43.1524>
2. Nascimento FJ. Humanization and soft technologies applied to nursing care in the intensive care unit: A systematic review. *Nursing* [Internet]. 2021 [acesso 2023 Maio 18];24(279):6035-44. Disponível em: <https://doi.org/10.36489/nursing.2021v24i279p6035-6044>
3. Kvande ME, Angel S, Højager Nielsen A. Humanizing intensive care: A scoping review (HumanIC). *Nurs Ethics* [Internet]. 2022 [acesso 2023 Maio 18];29(2):498-510. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/09697330211050998>
4. Pacheco MDA, Palmeira IP, Matos WDV, Assunção MCC, Ribeiro AFO, Pacheco VH, et al. Humanization of critically ill patients in Brazil: Integrative review. *Res, Soc Dev* [Internet]. 2022 [acesso 2023 Maio 18];11(5):e10211527932. Disponível em: <https://doi.org/10.33448/rsd-v11i5.27932>
5. Ternus BF, Wollmann I. Implementation of the humanization policy in the Intensive Care Units: An integrative review. *Rev SBPH* [Internet]. 2021 [acesso 2023 Maio 18];24(2):76-88. Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1516-08582021000200007&lng=pt](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582021000200007&lng=pt)
6. Mendes WP, Gomes TB, Nunes JS, Rodrigues TF, Gomes GV, Ferreira SS, et al. Nurse managerial skills in the hospital environment: A narrative review. *Res Soc Dev* [Internet]. 2022 [acesso 2023 Maio 18];11(4):e13811426742. Disponível em: <https://doi.org/10.33448/rsd-v11i4.26742>
7. Barrientos MCP, Pires DEP, Machado RR. Nursing work: Nurses and users' point of view. *Texto Contexto Enferm* [Internet]. 2020 [acesso 2023 Maio 18];29(Spe):e20190277. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2019-0277>
8. Torres AL. História da Enfermagem no mundo e em Angola. *PortalesMedicos.com* [Internet]. 2021 [acesso 2023 Maio 18];16(20):970. Disponível em: <https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/historia-da-enfermagem-no-mundo-e-em-angola>
9. Caneca AMJ, Chaximbe OCM, Sarreta FO. Health system in Angola: Contextualization, principles and challenges. *Rev Ang Ciênc Saúde* [Internet]. 2021 [acesso 2023 Maio 18];3(2). Disponível em: <https://doi.org/10.54580/R0302.05>



10. 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* [Internet]. 2023 [acesso 2023 Maio 19];76(2):e20220474. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2022-0474pt>
11. Souza VR, Marziale MH, Silva GT, Nascimento PL. Translation and validation into Brazilian Portuguese and assessment of the COREQ checklist. *Acta Paul Enferm* [Internet]. 2021 [acesso 2023 Maio 19];34:eAPE02631. Disponível em: <https://doi.org/10.37689/acta-ape/2021AO02631>
12. Lefèvre F. Discurso do sujeito coletivo: Nossos modos de pensar, nosso eu coletivo. São Paulo, SP(BR): Andreoli; 2017.
13. Thofehrn MB, Fernandes HN, Porto AR, Sena CA, Borel MGC, Amestoy SC, et al. Interpersonal relationships in the management team nursing: Factors for the formation of healthy professional bonds. *ReTEP* [Internet]. 2018 [acesso 2023 Maio 19];10(4):3-11. Disponível em: <http://www.coren-ce.org.br/wp-content/uploads/2020/01/Rela%C3%A7%C3%B5es-interpessoais-na-equipe-de-enfermagem-fatores-para-forma%C3%A7%C3%A3o-de-v%C3%ADnculos-profissionais-saud%C3%A1veis.pdf>
14. Fernandes HN, Thofehrn MB, Porto AR, Amestoy SC, Jacondino MB, Soares MR. Interpersonal relationships in work of multiprofessional team of family health unit. *J Res: Fundam Care* [Internet]. 2015 [acesso 2023 Maio 19];7(1):1915-26. Disponível em: <https://doi.org/10.9789/2175-5361.2015.v7i1.1915-1926>
15. Hendricks S, LaMothe VJ, Halstead JA, Taylor J, Ofner S, Chase L, et al. Fostering interprofessional collaborative practice in acute care through an academic-practice partnership. *J Interprof Care* [Internet]. 2018 [acesso 2023 Maio 19];32(5):613-20. Disponível em: <https://doi.org/10.1080/13561820.2018.1470498>
16. Barbosa IEB, Mota BS, Fonseca AR, Siqueira DSG, Melo FS, Lira FCF, et al. Factors that spread in humanized nursing care in the intensive care unit. *REAS* [Internet]. 2021 [acesso 2023 Maio 19];13(4):e7082. Disponível em: <https://doi.org/10.25248/reas.e7082.2021>
17. Silva AFP, Soares ALS, Conceição TP, Sousa VRM, Costa LRN, Monteiro LC. The integration of the multiprofessional team in the intensive therapy unit: Systematic review. *Rev CPAQV* [Internet]. 2019 [acesso 2023 Maio 19];11(3):1-6. Disponível em: <https://doi.org/10.36692/cpaqv-v11n3-15>
18. Rosengarten L. Teamwork in nursing: Essential elements for practice. *Nurs Manag (Harrow)* [Internet]. 2019 [acesso 2023 Maio 19];26(4):36-43. Disponível em: <https://doi.org/10.7748/nm.2019.e1850>
19. Tavares EA de O, Pinheiro MT de SF, José HMG. Community intervention in the Nursing education: Experience report. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2018 [acesso 2023 Maio 19];71(4):1774-8. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0351>
20. Oliveira MS, Artmann E. Characteristics of the medical workforce in the Province of Cabinda, Angola. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2009 [acesso 2023 Maio 19];25(3):540-50. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/MQ66WVChTgRMvxmX6yJwRvp/?format=pdf&lang=pt>
21. Santos LC, Nascimento EBB. Qualidade de vida dos profissionais de enfermagem que atuam em UTI: Uma revisão bibliográfica. *Rev Artigos.com* [Internet]. 2019 [acesso 2023 Maio 19];2:e1200. Disponível em: <https://acervomais.com.br/index.php/artigos/article/view/1200/531>
22. Kaw N, Murray J, Lopez AJ, Mamdani MM. Nursing resource team capacity planning using forecasting and optimization methods: A case study. *J Nurs Manag* [Internet]. 2020 [acesso 2023 Maio 19];28(2):229-38. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/jonm.12905>
23. Gil RB, Chaves LDP, Laus AM. Management of material resources with a focus on technical complaints. *Rev Eletr Enferm* [Internet]. 2015 [acesso 2023 Maio 19];17(1):100-7. Disponível em: <https://doi.org/10.5216/ree.v17i1.27544>

24. Souza VS, Inoue KC, Oliveira JLC, Magalhães AMM, Martins EAP, Matsuda LM. Sizing of the Nursing staff in adult intensive therapy. *REME – Rev Min Enferm* [Internet]. 2018 [acesso 2023 Maio 19];22:e-1121. Disponível em: <https://doi.org/10.5935/1415-2762.20180056>
25. Ordem Nacional dos Enfermeiros (PT). Decreto Executivo Nº 53. Regras Básicas para o Quadro do Pessoal dos Recursos Humanos da Saúde [Internet]. Diário da República; 2001 [acesso 2023 Maio 19]. 6 p. Disponível em: <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>
26. Linn AC, Caregnato RCA, Souza EM. Clinical simulation in nursing education in intensive therapy: An integrative review. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2019 [acesso 2023 Maio 19];72(4):1061-70. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0217>
27. Queza AJ. Historical evolution of Angolan National Health System. *Rev Ang Ciênc Saúde* [Internet]. 2020 [acesso 2023 Maio 18];1(1):6-11. Disponível em: <https://www.racsauade.com/index.php/racsauade/article/view/18/14>
28. Ferrinho P, Guimarães N, Fronteira I, Freitas H, Fresta M. Initial training in health sciences in Angola: Comparison of profiles of students from different courses (medicine, nursing and allied health workers), in different levels of education (basic, medium and higher). *An Inst Hig Med* [Internet]. 2020 [acesso 2023 Maio 18];19:87-6. Disponível em: <https://doi.org/10.25761/anaisihmt.360>

## NOTAS

### ORIGEM DO ARTIGO

Extraído da dissertação – Humanização do cuidado em terapia intensiva do Hospital Geral do Huambo em Angola: discursos da equipe de enfermagem, apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Universidade Federal de Santa Catarina, em 2021.

### CONTRIBUIÇÃO DE AUTORIA

Concepção do estudo: Sili EM, Nascimento ERP.

Coleta de dados: Sili EM.

Análise e interpretação dos dados: Sili EM, Nascimento ERP, Malfussi LBH.

Discussão dos resultados: Sili EM, Nascimento ERP, Malfussi LBH, Vieira PM, Lazzari DD.

Redação e/ou revisão crítica do conteúdo: Sili EM, Nascimento ERP, Malfussi LBH, Vieira PM, Lazzari DD, Forster F, Lohn A.

Revisão e aprovação final da versão final: Sili EM, Nascimento ERP, Malfussi LBH, Vieira PM, Lazzari DD, Forster F, Lohn A.

### FINANCIAMENTO

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

### APROVAÇÃO DE COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

Aprovado no Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto Superior Politécnico da Caála-Huambo, parecer n. 35/2020-2021.

### CONFLITO DE INTERESSES

Não há conflito de interesses.

### EDITORES

Editores Associados: Leticia de Lima Trindade, Ana Izabel Jatobá de Souza.

Editor-chefe: Elisiane Lorenzini.

### HISTÓRICO

Recebido: 19 de maio de 2023.

Aprovado: 18 de outubro de 2023.

### AUTOR CORRESPONDENTE

Eurico Mateus Sili

euricomateus2015@gmail.com

