



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
MESTRADO EM ENFERMAGEM

Eurico Mateus Sili

**Humanização do Cuidado em Terapia Intensiva do Hospital Geral do Huambo
em Angola: discursos da equipe de enfermagem**

Florianópolis, SC
2021

Eurico Mateus Sili

**Humanização do Cuidado em Terapia Intensiva do Hospital Geral do Huambo
em Angola: discursos da equipe de enfermagem**

Dissertação submetida ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Área de Concentração: Filosofia e Cuidado em Saúde e Enfermagem.

Linha de Pesquisa: Cuidado em Saúde e Enfermagem nas Situações Agudas e Crônicas de Saúde.

Orientadora: Prof.(a). Eliane Regina Pereira do Nascimento, Dr.(a)

Florianópolis/SC

2021

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor,
através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária da UFSC.

Sili, Eurico Mateus

Humanização do Cuidado em Terapia Intensiva do Hospital
Geral do Huambo em Angola : discursos da equipe de
enfermagem / Eurico Mateus Sili ; orientador, Eliane
Regina Pereira do Nascimento, 2021.

83 p.

Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Santa
Catarina, , Programa de Pós-Graduação em , Florianópolis,
2021.

Inclui referências.

1.Unidade de Terapia Intensiva. 2. Humanização da
Assistência. 3. Enfermagem. 4. Angola. I. Nascimento,
Eliane Regina Pereira do. II. Universidade Federal de
Santa Catarina. Programa de Pós-Graduação em . III.
Título.

Eurico Mateus Sili

**Humanização do Cuidado em Terapia Intensiva do Hospital Geral do Huambo
em Angola: discursos da equipe de enfermagem**

O presente trabalho em nível de **Mestrado** foi avaliado e aprovado por banca
examinadora composta pelos seguintes membros:

Prof.(a). Daniele Delacanal Lazzari, Dr.(a).
Universidade Federal de Santa Catarina

Enf.(a) Luciana Bihain Hagemann de Malfussi, Dr.(a).
Universidade Federal de Santa Catarina

Enf.(a) Arilene Lohn, Ma.
Universidade Federal de Santa Catarina

Certificamos que esta é a **versão original e final** do trabalho de conclusão que foi
julgado adequado para obtenção do título de **Mestre em Enfermagem**.

Prof.(a) Mara Ambrosina de Oliveira Vargas, Dr. (a).
Coordenadora do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem

Prof. (a). Eliane Regina Perreira do Nascimento, Dr.(a).
Orientadora

Florianópolis/SC, 05 de novembro de 2021.

*Dedico este trabalho aos meus Pais Agostinho Canjamba
(in memoriam) e Severina Essenje (in memoriam), pelos
seus ensinamentos de humanidade;
A minha esposa, Adelina Canjuluca Slli e aos meus filhos,
José F. C. Sili, Rafael B. C. Sili, Manuel M. C. Sili, Hipólito
M. C. Sili, França M. C. Sili, Carolina S. C. Sili, Jemima M.
C. Sili e Celina M.C. Sili, pelo apoio e incentivo que
sempre prestaram-me;
Aos meus irmãos, com destaque a Paulina Jambela
Canjamba NGunga pelo apoio incansável que sempre deu
a minha esposa;
Aos meus sobrinhos Helder Lucas Chipindo, pelo
incentivo para que eu pudesse ir à busca de novos
conhecimentos na formação em mestrado e;
A Orlando Justo Chipindo assim como Adália Edna
Fernando Chipindo, pelo apoio que sempre prestaram-me
durante a formação.*

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus pelo dom da vida, pela proteção e por tudo o quanto sou e, que seja sempre “Ele” o meu guia.

À minha orientadora, Prof. (a) Dr. (a). Eliane Regina Pereira do Nascimento, por ter me mostrado o caminho da pesquisa, e fazer tornar para mim mais uma realidade em termos de experiência em Mestrado.

Aos Professores do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina (PEN/UFSC), pelo total empenho e dedicação que sempre tiveram na transmissão de conhecimentos nas variadíssimas disciplinas por eles ministradas.

À minha querida esposa Adelina Canjuluca Sili, e aos meus filhos.

Aos meus parentes que em silêncio ou em palavras e ações me apoiaram para a realização desta empreitada, especialmente o Eng. Alberto Sili Mateus e Guiomar Mateus.

À Direção do Instituto Superior Politécnico da Caála, em especial à pessoa do Prof. Dr. Hélder Lucas Chipindo, pela orientação aos meus primeiros passos na investigação científica e pela tramitação da minha deslocação ao exterior do País, concretamente à Universidade Federal de Santa Catarina, em Florianópolis, Santa Catarina, Brasil, para realizar o Mestrado.

Ao Mestre Professor Orlando Justo Chipindo que sempre me incentivou e apoiou com o seu saber.

Às Mestras Adália Edna Fernando Chipindo, Calende Calivala, Ilda, Nicole, Patrícia; à Jurista Adelina do Gabinete Provincial de Saúde do Huambo pelo apoio moral e, também a Zeferino Hobado Henriques José.

Aos meus irmãos.

Aos meus colegas, companheiros de luta, estou muito grato por tudo.

Aos membros da Banca examinadora de qualificação e sustentação Dr. (a). Daniele Delacanal Lazzari, Dr. (a). Sabrina Guterres da Silva Galetto, Dr. (a). Luciana Bihaim Hagemann de Malfussi, Dr. (a). Maria Lígia dos Reis Bellaguarda, Dr. (a). Ana Izabel Jatobá de Souza e a Doutoranda Arilene Lohn, pelas

contribuições e sugestões, visando ao aprimoramento do trabalho, complementando-o com seus conhecimentos.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES/MEC), pelo apoio financeiro cedido.

E por fim, o meu muito obrigado à Universidade Federal de Santa Catarina e ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (PEN/UFSC).

SILI, Eurico Mateus. **Humanização do Cuidado em Terapia Intensiva do Hospital Geral do Huambo em Angola**: discursos da equipe de enfermagem. 2021. 83f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis/SC, 2021.

Área de Concentração: Filosofia e Cuidado em Saúde e Enfermagem.

Linha de Pesquisa: Cuidado em Saúde e Enfermagem nas Situações Agudas e Crônicas de Saúde.

Orientadora: Prof. (a). Eliane Regina Pereira do Nascimento, Dr. (a).

RESUMO

A Unidade de Terapia Intensiva, contexto deste estudo, caracterizada por inúmeros recursos tecnológicos, pacientes graves e ou instáveis, com necessidade de monitorização contínua, ruídos constantes, isolamento social, dentre outros, requer estudos voltados a humanização do cuidado. Apesar da existência de vários estudos com esse tema, e do avanço em medidas para humanizar a assistência nesse ambiente, ainda prevalece o cuidado mais biologicista, mais voltado para a doença e para o aparato tecnológico. O presente estudo teve como objetivo analisar, como os profissionais de Enfermagem da Unidade de Terapia Intensiva do Hospital Geral do Huambo em Angola, percebem a prática do cuidado humanizado. Considerando o objetivo utilizou-se para o seu desenvolvimento a abordagem qualitativa, exploratória e descritiva. O estudo foi desenvolvido na Unidade de Terapia Intensiva do Hospital Geral do Huambo, com 15 profissionais de enfermagem, dos três turnos (matutino, vespertino e noturno), destes, cinco enfermeiros e 10 técnicos. Para a coleta de dados utilizou-se entrevista semiestruturada, individual e gravada. Foi perguntado o que conheciam sobre humanização, quais as ações refletiam o cuidado humanizado, os recursos necessários para que ocorresse, e as facilidades e fragilidades no cuidado. Os dados foram analisados por meio da técnica do Discurso do Sujeito Coletivo e utilizou-se o Software QualiQuantiSoft®. Como resultado, emergiram das entrevistas 10 ideias centrais com seus respectivos discursos coletivos apresentados em dois manuscritos. O primeiro manuscrito intitulado “Cuidado humanizado na Unidade de Terapia Intensiva: discurso dos profissionais de enfermagem angolanos”, teve como objetivos conhecer o que os profissionais de enfermagem entendem por cuidado humanizado, identificar como evidenciam os cuidados humanizados oferecidos aos pacientes e quais recursos consideram necessários para a humanização do cuidado. Os resultados apontaram que a compreensão sobre cuidado humanizado envolve cuidados físicos e subjetivos, envolve a empatia e diálogo em todos os momentos do cuidado, e deve ser estendido aos familiares e acompanhantes. Referiram que a humanização se dá quando realizam o cuidado com segurança, quando aliviam o sofrimento, quando prestam conforto, respeitam a identidade do paciente, individualizam a assistência, quando as ações estão atentas às necessidades do paciente. Como recursos necessários citaram pessoal suficiente, capacitação profissional e recursos materiais. O segundo Manuscrito “Facilidades e dificuldades na humanização da assistência em enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva: discurso do sujeito coletivo”, objetivou conhecer quais as potencialidades e fragilidades encontradas pelos profissionais de enfermagem em oferecer a assistência humanizada na Unidade de Terapia Intensiva. Os participantes apontaram como facilidades o

relacionamento interpessoal e o trabalho em equipe. Quanto as dificuldades, o quantitativo insuficiente de pessoal, a falta de capacitação profissional, materiais e insumos insuficientes. Conclui-se que os participantes compreendem o que é cuidado humanizado e quais os recursos necessários para que ocorra, entretanto, além dos esforços individuais e coletivos dos profissionais da unidade, faz-se necessário maior atenção do gestor do setor e da instituição em prover melhores condições de trabalho que impactem na humanização da assistência.

Palavras-chave: Unidade de Terapia Intensiva. Humanização da Assistência. Enfermagem. Angola.

ABSTRACT

The Intensive Care Unit, context of this study, characterized by numerous technological resources, severe and or unstable patients, with the need for continuous monitoring, constant noise, social isolation, among others, requires studies aimed at humanization of care. Despite the existence of several studies on this topic, and the advance in measures to humanize care in this environment, the most biologicist care still prevails, more focused on the disease and the technological apparatus. The present study aimed to analyze how the Nursing professionals of the Intensive Care Unit of the Hospital Geral do Huambo in Angola perceive the practice of humanized care. Considering the objective, a qualitative, exploratory and descriptive approach was used for its development. The study was developed at the Intensive Care Unit of the General Hospital of Huambo, with 15 nursing professionals, from the three shifts (morning, afternoon and night), of these, five nurses and 10 technicians. For data collection, semi-structured, individual and recorded interviews were used. They were asked what they knew about humanization, what actions reflected humanized care, the resources needed for it to occur, and the facilities and weaknesses in care. Data were analyzed using the Collective Subject Discourse technique and QualiQuantiSoft® software was used. As a result, 10 Central Ideas emerged from the interviews with their respective collective discourses presented in two manuscripts. The first manuscript entitled "Humanized care in the Intensive Care Unit: discourse of Angolan nursing professionals", to know what nursing professionals understand by humanized care, to identify how they evidence the humanized care offered to patients and which resources they consider necessary for humanization of care. The results showed that the understanding of humanized care involves physical and subjective care, involves empathy and dialogue at all times of care, and should be extended to family members and companions. They reported that humanization takes place when they provide care safely, when they relieve suffering, when they provide comfort, respect the patient's identity, individualize care, when the actions are attentive to the patient's needs. As necessary resources, they cited sufficient personnel, professional training and material resources. The second Manuscript "Facilities and difficulties in the humanization of nursing care in the Intensive Care Unit: collective subject discourse", aimed to know the strengths and weaknesses found by nursing professionals in offering humanized care in the Intensive Care Unit. Participants pointed out interpersonal relationships and teamwork as facilities. As for the difficulties, the insufficient number of personnel, the lack of professional training, insufficient materials and supplies. It is concluded that the participants understand what humanized care is and what resources are necessary for it to occur, however, in addition to the individual and collective efforts of the unit's professionals, greater attention from the sector manager and the Institution is necessary to provide better working conditions that impact the humanization of care.

Keywords: Intensive Care Unit. Humanization of Assistance. Nursing. Angola.

RESUMEN

La Unidad de Cuidados Intensivos, contexto de este estudio, caracterizada por numerosos recursos tecnológicos, pacientes graves y/o inestables, con necesidad de acompañamiento continuo, ruido constante, aislamiento social, entre otros, requiere estudios encaminados a la humanización del cuidado. A pesar de la existencia de varios estudios sobre este tema, y del avance en medidas para humanizar el cuidado en este medio, aún prevalece el cuidado más biológico, más centrado en la enfermedad y el aparato tecnológico. El presente estudio tuvo como objetivo analizar cómo los profesionales de Enfermería de la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Geral do Huambo en Angola perciben la práctica del cuidado humanizado. Considerando el objetivo, se utilizó un enfoque cualitativo, exploratorio y descriptivo para su desarrollo. El estudio se desarrolló en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital General de Huambo, con 15 profesionales de enfermería, de los tres turnos (matutino, vespertino y nocturno), de estos, cinco enfermeros y 10 técnicos. Para la recolección de datos se utilizaron entrevistas semiestructuradas, individuales y grabadas. Se les preguntó qué sabían sobre la humanización, qué acciones reflejaban el cuidado humanizado, los recursos necesarios para que ocurriera, las facilidades y debilidades en el cuidado. Los datos fueron analizados mediante la técnica del Discurso del Sujeto Colectivo y se utilizó el software QualiQuantiSoft®. Como resultado, de las entrevistas surgieron 10 Ideas Centrales con sus respectivos discursos colectivos presentados en dos manuscritos. El primer manuscrito titulado "Cuidado humanizado en la Unidad de Cuidados Intensivos: discurso de los profesionales de enfermería angoleños", para conocer lo que los profesionales de enfermería entienden por cuidado humanizado, identificar cómo evidencian el cuidado humanizado ofrecido a los pacientes y qué recursos consideran necesarios para la humanización de lo cuidado. Los resultados mostraron que la comprensión del cuidado humanizado involucra el cuidado físico y subjetivo, involucra la empatía y el diálogo en todo momento del cuidado, y debe extenderse a los familiares y acompañantes. Refirieron que la humanización ocurre cuando brindan cuidados con seguridad, cuando alivian el sufrimiento, cuando brindan consuelo, respetan la identidad del paciente, individualizan el cuidado, cuando las acciones están atentas a las necesidades del paciente. Como recursos necesarios citaron personal suficiente, formación profesional y recursos materiales. El segundo Manuscrito "Facilidades y dificultades en la humanización del cuidado de enfermería en la Unidad de Cuidados Intensivos: discurso del sujeto colectivo", tuvo como objetivo conocer las fortalezas y debilidades encontradas por los profesionales de enfermería al ofrecer cuidados humanizados en la Unidad de Cuidados Intensivos. Los participantes señalaron como facilidades las relaciones interpersonales y el trabajo en equipo. En cuanto a las dificultades, el número insuficiente de personal, la falta de formación profesional, materiales e insumos insuficientes. Se concluye que los participantes entienden qué es el cuidado humanizado y qué recursos son necesarios para que ocurra, sin embargo, además del esfuerzo individual y colectivo de los profesionales de la unidad, es necesaria una mayor atención por parte del gestor del sector y de la institución para brindar una mejor condiciones de trabajo que impactan en la humanización del cuidado.

Palabras clave: Unidad de Cuidados Intensivos. Humanización de la Asistencia. Enfermería. Angola.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Província de Huambo, Angola.....	29
Figura 2: Municípios da Província de Huambo, Angola.....	30

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABC	- Agência Brasileira de Cooperação
AMIB	- Associação de Medicina Intensiva Brasileira
AC	- Ancoragem
CEP	- Comitê de Ética em Pesquisa
CEPSH	- Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos
DSC	- Discurso do Sujeito Coletivo
FIOCRUZ	- Fundação Oswaldo Cruz
EC	- Expressões chaves
ICs	- Ideias Centrais
ISP/CAÁLA	- Instituto Superior Politécnico da Caála
MINSÁ	- Ministério da Saúde
PNH	- Política Nacional de Humanização
PNHAH	- Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar
SNS	- Sistema Nacional de Saúde
SUS	- Sistema Único de Saúde
TCLE	- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TL	- Tecnologias leves
UFSC	- Universidade Federal de Santa Catarina
UH	- Unidades Hospitalares
UNITA	- União Nacional para a Independência Total de Angola
UTI	- Unidade de Terapia Intensiva

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	13
1.1	OBJETIVOS.....	15
1.1.1	OJetivo Geral	15
1.1.2	ObJetivos Específicos	16
2	SUSTENTAÇÃO TEÓRICA	17
2.1	UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA.....	17
2.2	EQUIPE DE ENFERMAGEM NA UTI.....	19
2.3	HUMANIZAÇÃO NA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM EM UTI	20
3	POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO NO BRASIL E ANGOLA	23
4	METODOLOGIA	28
4.1	DELINEAMENTO DO ESTUDO	28
4.2	TIPO DE ESTUDO	28
4.3	LOCAL DO ESTUDO.....	28
4.4	PARTICIPANTES DO ESTUDO	30
4.5	COLETA DE DADOS.....	31
4.6	ORGANIZAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS	32
4.7	ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA.....	33
5	RESULTADOS E DISCUSSÃO	35
5.1	MANUSCRITO 1: CUIDADO HUMANIZADO NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA: DISCURSO DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM ANGOLANOS	35
5.2	MANUSCRITO 2: FACILIDADES E ENTRAVES NA HUMANIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA EM ENFERMAGEM EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA: DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO	50
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS	65
	REFERÊNCIAS	67
	APÊNDICE A: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	78
	APÊNDICE B: Termo de Autorização para Gravação de Voz	80
	APÊNDICE C: Instrumento de Coleta de Dados	81
	ANEXO A: Declaração de Autorização da Instituição	82
	ANEXO B: Parecer Comitê de Ética do Instituto Superior Politécnico CAÁLA	83

1 INTRODUÇÃO

Quando se analisa estudos relacionados a humanização, nota-se que não há, um consenso a respeito da melhor definição, assim embora o conceito de humanização tenha sido popularizado, por meio da concepção de que humanizar é cuidar do paciente como um todo, englobando o contexto social, respeitando os seus valores, aspectos culturais e as preocupações, a literatura a respeito do tema indica uma evolução da definição, uma ressignificação, no sentido de perceber suas várias dimensões: organização e estrutura física das instituições de saúde públicas e privadas, a formação biomédica, as relações de trabalho e sua lógica de produção, a cultura organizacional, entre outras (BECCARIA *et al.*, 2018).

Humanizar nos serviços de saúde possui o significado de cuidar, tendo em conta os princípios básicos da ética e dos direitos do paciente, sendo que a humanização busca envolver vários atores, tanto profissionais de saúde, pacientes, família e as instituições na qual tutelam os processos de Saúde (CANGUSSU; SANTOS; FERREIRA, 2020).

A humanização no seu eixo central prioriza como estratégia de trabalho a obtenção da qualidade da atenção e satisfação do usuário, aliado as questões relacionadas aos profissionais de Saúde como o cuidar como um todo, respeito pela vida e não só a empatia no cuidar, e acima de tudo a boa comunicação na interação entre profissional e paciente, que por sua vez são responsáveis pelas decisões em equipes, a fim de garantir a resolução dos problemas de saúde dos pacientes (FERREIRA; ARTMANN, 2018).

Para Bolela e Jericó (2016), a humanização pode ser traduzida como uma busca incessante do conforto físico, psíquico e espiritual do paciente, família e equipe. No entanto, humanizar significa proporcionar ao paciente um ambiente físico e social tão agradável quanto possível.

A humanização é considerada como um processo vivencial e procura dar ao paciente o tratamento que merece como pessoa humana, e não só dentro das circunstâncias peculiares em que se encontra em cada momento. Humanização não se faz de forma mágica, mas sim como uma filosofia, na qual deve ser trabalhada e desenvolvida de acordo com os interesses de um grupo ou de uma pessoa, onde na verdade a tarefa de cuidar passa a ser um dever do ser humano e não somente de

uma classe profissional como a enfermagem (BECCARIA *et al.*, 2018).

De acordo com Lopes (2015), o enfermeiro é um ser humano que cuida de outro ser, e, por isso, é um agente integrante na humanização com todas as suas dimensões, potencialidades, restrições, alegrias e frustrações, assim no compromisso humanístico se engaja o verdadeiro papel da enfermagem.

Esse tema tem sido objeto de diversos debates nacionais e internacionais ao longo de quatro décadas, com a finalidade de aperfeiçoar a qualidade da assistência em saúde (STELMAK; MAZZA; FREIRE, 2017).

Refletir em torno de uma prática assistencial com qualidade nos remete ao desenvolvimento de técnicas assistenciais que valorizam pacientes e seus familiares como seres humanos dotados de sentimentos próprios e opiniões, esse fato constitui uma prioridade desafiadora quanto à humanização em Unidade de Terapia Intensiva (UTI) (LUIZ; CAREGNATO; COSTA, 2017).

A assistência na UTI requer um monitoramento constante por profissionais qualificados e preparados, devido à gravidade do quadro clínico dos pacientes, que necessitam que a assistência vá além dos aspectos técnicos, que sejam tratados com respeito, afetividade e dedicação (BACKS; ERDMANN; BUSCHER, 2016).

Dentro do processo assistencial um elemento indispensável à humanização é a comunicação. A esse respeito, para Beccaria *et al.* (2018), a comunicação verbal e não-verbal está intimamente ligada à humanização, sendo que ela facilita o vínculo com o paciente, e por meio dela podemos, compreender seu modo de sentir e agir, é também uma necessidade humana básica; é através da comunicação que se consegue conversar, tocar e ouvir, que por sua vez constituem poderosos instrumentos de cura, e muitas vezes são o próprio remédio.

No que se refere a UTI, por conta do domínio operacional dos aparelhos e da realização dos procedimentos técnicos, os profissionais e o paciente parecem estar afastados daquela que seria a real comunicação com o paciente, por vezes o processo comunicativo é reduzido em gestos e não só, ou seja, existe uma grande limitação tendo em conta também o estado do paciente, e que de certa forma a família na maioria dos casos passa a ser parte do processo de comunicação e interação com os profissionais. Nos casos em que o paciente não tem família este processo acaba por se tornar bastante complexo, mas por outro lado é necessário criar estratégias para que humanização se faça presente, e constitui um desafio para os profissionais, em especial para a enfermagem, que permanece a beira leito, 24

horas por dia (FERREIRA *et al.*, 2019).

Humanizar a assistência em UTI é integrar, ao conhecimento científico e técnico, a interação, a sensibilidade, a ética e a solidariedade no cuidado. É alívio ao sofrimento, respeito a dignidade do outro e a sua autonomia. É valorizar a subjetividade do ser humano e não somente a sua condição clínica (FERREIRA *et al.*, 2019).

Diante disto, e apesar de não ter experiência profissional nesta área de cuidado, justifica-se o interesse na humanização do cuidado de enfermagem no ambiente de terapia intensiva, com a reflexão de leituras sobre esse tema, e em especial na UTI, por ser um dos ambientes de cuidado que mais requer a humanização da assistência pelas razões já apresentadas. Aliado ao interesse em saber como se dá a humanização na UTI em um país do continente africano.

Pretendeu-se, com este estudo, dar voz aos profissionais de enfermagem na compreensão que eles possuem sobre o cuidado humanizado voltado aos pacientes da UTI. Com isto, acredita-se poder contribuir para que reflitam sobre os cuidados oferecidos aos pacientes, bem como com possíveis estratégias para que os gestores da instituição, onde o estudo foi realizado, propiciem condições para ações humanizadas no cotidiano da assistência em terapia intensiva.

Destaca-se ainda a importância da divulgação dos resultados deste estudo na província de Huambo, em Angola, para o aumento da produção científica no país, em especial na área da enfermagem. Investigações como estas podem permitir melhorias no sistema de saúde, subsidiando com dados para investimentos na qualidade dos serviços assistenciais de enfermagem e saúde, especialmente nos atendimentos em UTI.

Neste sentido, o estudo teve como pergunta norteadora “**Como os profissionais de enfermagem da Unidade de Terapia Intensiva do Hospital Geral do Huambo em Angola percebem o cuidado humanizado?**”.

1.1 OBJETIVOS

1.1.1 Ojetivo Geral

Analisar a percepção dos profissionais de Enfermagem da Unidade de Terapia Intensiva do Hospital Geral de Huambo em Angola, sobre a prática do cuidado humanizado.

1.1.2 ObJetivos Específicos

- Conhecer o significado de cuidado humanizado dos profissionais de enfermagem da UTI;
- Identificar como realizam os cuidados humanizados aos pacientes;
- Conhecer os recursos dos profissionais de enfermagem para realizarem uma assistência humanizada na UTI;
- Descrever as facilidades e dificuldades dos profissionais de enfermagem em oferecer a assistência humanizada na UTI.

2 SUSTENTAÇÃO TEÓRICA

Este capítulo, contempla os conceitos centrais que dão sustentação teórica à problemática investigada. Portanto, organizou-se o texto com os seguintes tópicos: 1) Unidade de Terapia Intensiva, 2) Equipe de Enfermagem na UTI, 3) Humanização da Assistência de Enfermagem em UTI e 4) Políticas de humanização no Brasil e em Angola. Os conteúdos apresentados foram extraídos de artigos publicados na íntegra sobre o tema, livros, dissertações, teses e portarias.

2.1 UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA

A UTI é um ambiente dentro de uma unidade hospitalar voltada ao tratamento de pacientes em estado crítico. Considerado um espaço de alta complexidade, com pacientes com quadros clínicos caracterizados por grande instabilidade e possível risco de morte (SILVEIRA *et al.*, 2014). De acordo com a Associação Brasileira de Medicina Intensiva (AMIB), a UTI é uma unidade destinada à internação de pacientes graves, que requerem atenção profissional especializada contínua, materiais específicos e tecnologias necessárias ao diagnóstico, monitorização e terapia (AMIB, 2019/2020).

As UTIs são classificadas quanto a faixa etária em: neonatal (de 0 a 28 dias), pediátrica (entre 29 dias e 14 anos) e adultos (acima de 18 anos). Além disso, são consideradas de acordo com a incorporação de tecnologias, especialização da equipe e área física disponível, em UTI do Tipo I, II e III. As do tipo I (nível médio-baixo) têm como foco atenção a pacientes que necessitam monitorização por risco de desenvolver uma ou mais falências agudas, ou que estão se recuperando de condições críticas. A do tipo II pertence a um nível de atenção alto atende pacientes com falência aguda dos órgãos vitais ou em risco de desenvolvê-la. E a do tipo III, constitui o nível mais alto, destina-se a atendimento de pacientes com múltiplas falências agudas de órgãos vitais (SOUZA, V. S. *et al.*, 2018).

Na UTI são necessárias equipes altamente treinadas, equipamentos com tecnologia moderna, insumos imprescindíveis para a assistência, manutenção do tratamento e recuperação de pacientes críticos (FREIRE *et al.*, 2014; LUVISARO *et*

al., 2017). Essa unidade deve oferecer um suporte contínuo para pacientes graves (SOUZA, N. S. *et al.*, 2018), instáveis e/ou agudamente doentes que dependem de uma assistência avançada para ter a oportunidade de sobreviver. Desta maneira, requer equipes multiprofissionais altamente capacitadas, como médicos e profissionais de enfermagem, dedicados à medicina intensivista (NOVARETTI; QUITÉRIO; SANTOS, 2015).

Neste ambiente, as visitas são limitadas, a área é reservada e os pacientes ficam em monitoramento constante e vigilância 24 horas (SANTOS, 2016). Em virtude da gravidade que envolve os quadros clínicos dos pacientes, a UTI apresenta-se como um ambiente gerador de ansiedade, angústias, tristeza e estresse, portanto, os pacientes ficam expostos a situações difíceis do ponto de vista emocional (EULÁLIO *et al.*, 2016).

Devido o atendimento em UTI necessitar do emprego de tecnologias avançadas, o uso dessa tecnologia acaba por promover o afastamento do profissional em relação ao paciente, tornando o cuidado mecanicista (SOUZA, N. S. *et al.*, 2018). Nesse sentido, as tecnologias leves (TL), que são as tecnologias das relações, propõem processos de trabalho que valorizam a relação entre profissional de enfermagem e paciente, sendo importante fator na promoção da humanização no cuidado, impactando diretamente na prática assistencial.

As TL estão inseridas nos valores norteadores da Política Nacional de Humanização (PNH), sendo que nos últimos anos, tem-se observado um crescimento e aperfeiçoamento de políticas e ações que promovam a humanização da assistência, não só na UTI, mas no contexto de atenção à saúde como um todo, dentre estas ações, podemos citar o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH), e a PNH (MARINHO *et al.*, 2016).

Por outro lado, todos estes aspectos resultam em melhoria no atendimento em saúde pelo estabelecimento de uma relação efetiva entre o profissional de enfermagem e o paciente, por meio da implementação de ações acolhedoras. Ressalta-se, portanto, o reconhecimento dos aspectos psicológicos, sociais, emocionais e espirituais, tornando a assistência não-tecnista (MARINHO *et al.*, 2016).

2.2 EQUIPE DE ENFERMAGEM NA UTI

Os cuidados realizados pela equipe de profissionais na UTI são fundamentais para que o tratamento do paciente aconteça com qualidade, agilidade e presteza necessária (BACKES; ERDMANN; BUSCHER, 2016; SILVEIRA *et al.*, 2014).

Os profissionais atuantes em UTI são possuidores de grande aporte de conhecimento, habilidades e destreza para a realização dos procedimentos necessários (INOUE; MATSUDA, 2016). Devido ao quadro crítico dos pacientes, que estão sujeitos às constantes alterações hemodinâmicas e iminente risco de morte, são exigidos dos profissionais de enfermagem cuidados complexos, atenção ininterrupta e tomada de decisões imediatas (MEDEIROS *et al.*, 2016).

O trabalho em equipe dos profissionais de enfermagem na UTI é fundamental para a efetiva qualidade da assistência aos pacientes, inclusive dos familiares, e o enfermeiro é responsável pelas atividades de gerenciamento e supervisão do processo de assistência à saúde a ser desenvolvida com o paciente (ARAÚJO *et al.*, 2016).

A UTI, devido às suas características, já citadas, impõe atividades que necessitam componentes cognitivos complexos, tornando-se um local estressante, cansativo e com sobrecarga de trabalho (LUCENA; CROSSETTI, 2004; MEDEIROS *et al.*, 2016). A dinâmica de trabalho nessa unidade dificulta momentos de reflexão, nos quais os profissionais de enfermagem possam ser mais bem orientados, inclusive nas relações. Porém, compete a esses profissionais fazer uso de estratégias que viabilizem a humanização (PEREIRA; GERMANO; CÂMARA, 2014).

Deste modo, o acolhimento fortalece a construção de relação de confiança, compromisso e vínculo entre os profissionais de saúde e os pacientes. Por meio da escuta qualificada é possível garantir aos usuários a adequada efetividade das práticas de saúde, assegurando que todos sejam atendidos com prioridade (CHAGAS; PEREIRA; CASTRO, 2021).

Para atingir o objetivo da integralidade e da humanização na UTI, deve-se respeitar o planejamento da assistência nesse ambiente, o desenvolvimento de esforços coordenados e integrados para a melhoria da assistência e da segurança, implicando, dessa forma, no atendimento das necessidades dos usuários, profissionais e familiares (MEDEIROS *et al.*, 2016).

2.3 HUMANIZAÇÃO NA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM EM UTI

A humanização da assistência em saúde é um conceito abrangente, refere-se a uma iniciativa que compreende e valoriza a eficiência na qualidade do cuidado, considerando os aspectos relacionados à subjetividade do usuário e do profissional, as referências culturais e o direito à saúde. Assim, a humanização está relacionada a uma maneira de perceber o paciente no contexto dos serviços de saúde, enfocando o paciente como um todo (ARAÚJO *et al.*, 2016).

A humanização constitui um conjunto que engloba o ambiente físico, o cuidado dos pacientes e seus familiares e as relações entre a equipe de saúde. As interações que ocorrem dentro da UTI visam tornar efetiva a assistência ao indivíduo doente, considerando-o como um todo biopsicossocioespíritual, porém, o simples ato de tocar, ouvir e conversar pouco é realizado devido a complexa rotina que os profissionais enfrentam diariamente na UTI, predominando nesse cenário o arsenal tecnológico. Assim, o profissional enfermeiro dotado de conhecimento técnico científico deve fazer valer as práticas éticas e bioéticas respeitando o doente com seus valores, crenças, princípios éticos e morais e a autonomia. A dor e o sofrimento devem ser minimizados utilizando todos os recursos disponíveis (OUCHI *et al.*, 2018).

Nesse sentido, o cuidado de enfermagem ao paciente acontece de forma objetiva mediante técnicas e procedimentos padronizados, e de forma subjetiva baseada em sensibilidade (ARAÚJO *et al.*, 2016).

A questão da humanização em saúde depende também da valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de atenção à saúde, que são precisamente, o usuário profissional de saúde e gestores, todos devem ter autonomia, protagonismo, corresponsabilidade, estabelecimento de vínculo solidário e a participação coletiva no processo de gestão (MICHELAN; SPIRI, 2018). Os autores ainda defendem a ideia de que o processo de trabalho da enfermagem em UTI, embasado na ciência e na prática do cuidado, é uma condição de direito, pois esse trabalho implica na respeitabilidade do outro, no trato, ou seja, na ética, para que haja promoção da saúde.

Desse modo, o diálogo entre pacientes, familiares e gestores favorece um entendimento ampliado das individualidades humanas, e permite a sinergia necessária para o atendimento das demandas apresentadas. Diante dos

equipamentos tecnológicos e o número de procedimentos a que os pacientes são submetidos na UTI, este ambiente é considerado um dos mais traumatizantes e agressivos tanto para os pacientes como para os profissionais de saúde. Isso ocorre, pois, as UTIs são detentoras de profissionais com práticas mecanicistas, voltadas para o biológico para a melhor recuperação do paciente (LEITE; VILA, 2005).

Assim sendo, os profissionais atuantes em UTI têm sido orientados para a necessidade de resgatar o humano nessas unidades, e a refletir sobre quem é o paciente por eles atendido, para que a assistência transcenda o corpo físico e biológico (PUPULIM; SAWADA, 2002) e torne-se também humanizada, por meio da relação interpessoal profissional-paciente. Além do que, o vínculo entre os profissionais de enfermagem e pacientes pode contribuir para reduzir o tempo de internação nessa unidade (LIMA; BRÊTAS, 2016).

Em alguns casos, a comunicação com o paciente e seus familiares pode ser dificultada na UTI, devido a severidade da doença, complicações médicas, elevado risco de óbito e do limitado conhecimento médico acerca da importância da família. Portanto, a boa comunicação é fundamental na prática assistencial na UTI (COELHO; YANKASKAS, 2017).

Vale ressaltar que o trabalho de enfermagem nas diversas Unidades de Terapia Intensiva a nível mundial, passa por processos estressores, por se tratar de ambientes cruciais em hospitais para tratar populações cada vez mais graves e senis. Esses profissionais de enfermagem, em seu processo de trabalho, estão expostos a todas as cargas, sendo o desgaste psíquico mais intenso que o físico, refletindo em insatisfação com a atividade laboral e repercussão na saúde física dos trabalhadores, Considerando as características peculiares que permeiam o contexto das UTIs e por ser um setor no qual se realiza cuidado específico e complexo, destaca-se que não basta dominar o conhecimento junto a alta tecnologia existente nelas, é necessário deter atenção particular na integralidade do cuidado (MICHELAN; SPIRI, 2018).

Para Martins *et al.*, (2019), o profissional de enfermagem que atua em terapia intensiva é desafiado pelas especificidades dessa assistência, onde encontra-se pacientes fragilizados na perspectiva das suas condições de saúde, demandante de múltiplos cuidados e sujeitos a uma série de intercorrências que exige ações rápidas e efetivas das equipes multiprofissional, e na sua maioria são também pacientes

fragilizados emocionalmente pelas limitações, temores, distância da família e pelo próprio ambiente da UTI.

Segundo Ouchi *et al.*, (2018), estudos apontam que não somente o paciente, mas a família também está inserida nesse contexto de humanização, pois o familiar também se encontra num estado de fragilidade, o profissional deve ter a sensibilidade de reconhecer que o familiar faz parte do processo saúde-doença. A família necessita ser comunicada sobre todo o processo terapêutico para que possa se sentir mais segura da assistência prestada.

Compartilhamos que humanizar é buscar a excelência da assistência, do ponto de vista multidimensional abordando todas as facetas de uma pessoa e não apenas a clínica, propiciando maior aproximação do profissional com o paciente (LA CALLE; MARTIN; NIN, 2017).

A humanização do atendimento em saúde envolve a criação de espaços de cuidado com a valorização da dignidade tanto do paciente como do trabalhador (PERBONI; SILVA; OLIVEIRA, 2019). Entretanto, muitos profissionais estão despreparados para atuar de forma humanizada. Essa fragilidade na assistência pode estar relacionada à formação acadêmica, que prioriza principalmente a conduta mecanicista, e, nessa direção, torna-se necessário o debate constante sobre a humanização, além de atividades de educação permanente para que os profissionais de saúde se sintam estimulados a realizar práticas humanizadas (MONGIOVI *et al.*, 2014).

3 POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO NO BRASIL E ANGOLA

No Brasil, por volta do início do século XXI, o Ministério da Saúde lançou o PNHAH, que por sua vez resultou em 2003 na criação da PNH, com o *slogan* Humaniza-SUS (SOUZA, N. S. *et al.*, 2018).

Essa política foi lançada como eixo norteador para as práticas de gestão e assistência, elencando a participação e responsabilização dos sujeitos envolvidos nos diversos processos de trabalho em saúde. Dentre eles o usuário, trabalhadores de saúde e gestores, inseridos em um ambiente de cultura de valores ligados a autonomia, protagonismo, corresponsabilidade, vínculo solidário e participação coletiva (SOUZA, N. S. *et al.*, 2018).

Ainda, de acordo com Souza, N. S. *et al.*, (2018) a PNH constitui uma Política Pública transversal, trata o processo de trabalho em Saúde como um todo, acoplando a assistência e gestão, com finalidade de garantir o protagonismo dos sujeitos e coletivos, passando pela oferta de serviços, tecnologias de cuidados, bem como a criação de ambientes seguros, harmoniosos e que resultem na oferta de bem-estar aos usuários.

Em alguns Países Africanos ainda é notável a escassez de recursos humanos e infraestruturas sanitárias, o que restringe o acesso à assistência médica e tecnológica necessária para a oferta dos serviços de saúde de qualidade. Ao que concerne a Angola, trata-se de um país localizado na costa ocidental, na região sudoeste do continente africano. Colônia de Portugal, Angola conquistou sua independência em 1975, após a qual ocorreu uma guerra civil que durou quase três décadas e terminou no ano de 2002 (UCAN, 2013; 2017; USAID, 2010).

Durante este período, o país sofreu consequências negativas no Sistema Nacional de Saúde (SNS), tais como a destruição de Unidades Hospitalares (UH) de grande porte, a dificuldade na formação de quadros em Saúde, incremento de pacientes com traumas pós-guerra, todos estes aspectos e muito mais levaram ao executivo a traçar planos estratégicos a fim de diminuir os estragos da guerra e contrapor aos danos a nível do sistema de saúde com intuito de repor o normal funcionamento das Unidades de Saúde no SNS de Angola (UCAN, 2013; 2017; USAID, 2010).

No ano de 2014, surge a Programa Nacional de Humanização da Assistência

na Saúde em Angola, visando o alargamento do conceito de humanização nas instituições hospitalares mediante a implementação de uma cultura organizacional diferenciada sobre o respeito, à solidariedade e ao desenvolvimento da autonomia e da cidadania dos profissionais de saúde e dos pacientes (CHAXMBE, 2019).

Angola é um país que no contexto da humanização está na fase embrionária (CHAXMBE, 2019). Os serviços de saúde em Angola são promovidos pelo setor público, privado, e entidades sem ou com fins lucrativos, sendo o principal prestador dos cuidados de saúde a nível nacional o setor público. O SNS de Angola divide-se em três níveis: assistência primária, secundária e terciária. A assistência primária compreende os postos de saúde, centros de saúde e Hospitais Municipais. A assistência secundária compreende os hospitais gerais e Provinciais. Por último, a assistência terciária abrange os hospitais de referência e especializados (REPÚBLICA DE ANGOLA, 2016; QUEZA, 2010).

Após a instauração do SNS, em 1992, houve modernização no setor de saúde, sendo observado aumento no número de serviços, principalmente nos hospitais municipais, centros e postos de saúde (VITONGUE, 2015; SIMÕES *et al.*, 2012). Quanto ao setor privado, a acessibilidade da população aos serviços de saúde ainda é limitada, estando concentrada nos principais centros urbanos do país (SIMÕES *et al.*, 2012).

Em 2002, houve a necessidade de convocar profissionais de saúde anteriormente pertencentes às forças da União Nacional para a Independência Total de Angola (UNITA), com treinamento em escolas de saúde, estes foram alocados em todas as províncias do país, suprimindo quantitativamente a necessidade de recursos humanos. Nesse período, o Ministério da Saúde de Angola (MINSa) intensificou a formação de profissionais de enfermagem nas províncias, onde havia tradicionalmente esta formação (QUEZA, 2010).

No entanto, em Angola ainda há escassez de recursos humanos na área da saúde (WHO, 2016), e estruturação que permita acesso generalizado da população aos cuidados de saúde (SIMÕES *et al.*, 2012). Apesar disso, o governo, por meio do MINSa, realiza articulações com o Ministério do Ensino Superior para fomentar parcerias com institutos para formação de profissionais no campo da saúde, especialmente para formação de médicos e profissionais de enfermagem (REPÚBLICA DE ANGOLA, 2016). Essa iniciativa visam a formação de profissionais na área da saúde devidamente capacitados para atuação na assistência de toda a

população do território de Angola (THOMÁS, 2016). Isso é importante, tendo em vista a desigualdade na distribuição dos recursos humanos, no campo da saúde, entre as áreas rurais e urbanas (USAID, 2010).

Vale destacar que Angola sempre teve, em suas linhas de orientação, a questão da humanização dos serviços de Saúde. Nesse sentido, a lei de bases do Sistema Nacional de Saúde de Angola, alínea b, no artigo 2º, frisa que a política de saúde obedece, entre outros requisitos, a promoção da igualdade dos cidadãos no acesso aos cuidados de saúde, seja qual for a sua condição econômica e onde quer que vivam (REPÚBLICA DE ANGOLA, 2016).

A descentralização da autoridade e do orçamento do Ministério da Saúde para os hospitais de cuidados terciários, os institutos e os hospitais provinciais/gerais e municipais, deram mais poder de decisão quanto às políticas a serem aplicadas para cada instituição, a atenção tanto para aqueles que procuram mais bem cuidados de Saúde, como para os prestadores de cuidado, teve, de certo modo, uma melhoria qualitativa quanto às condições de trabalho (OLIVEIRA, 2010). Dentro do plano de desenvolvimento sustentável, um dos objetivos a serem alcançados pelo Ministério da Saúde é o acesso à Saúde de qualidade (INE, 2018; OMS, 2019).

Chaxmbe (2019), relata que a política nacional de saúde de Angola, com intuito de responder ao plano Nacional de humanização, possui um novo paradigma, tendo em conta a atuação e cobertura assistencial com enfoque para a municipalização dos serviços de saúde. Essa política visa dar cobertura assistencial às populações por intermédio da descentralização dos serviços, bem como a ampliação de mais infraestruturas hospitalares, para ampliar a cobertura das necessidades de saúde dos cidadãos. É pela associação desses elementos que o sistema de saúde de Angola defende a interdisciplinaridade, termo este que ganhou maior força com o conceito de saúde ampliada definida pela Organização Mundial da Saúde, sendo o estado de bem-estar físico, mental e social, e não apenas ausência de doença.

Brasil e Angola possuem cooperações, principalmente por meio da Agência Brasileira de Cooperação (ABC), órgão vinculado ao Ministério das Relações Exteriores brasileiro. Por meio dessa cooperação, entre os anos de 2006 a 2016, foram realizados conjuntamente com o Governo de Angola, Projetos de Cooperação Sul-Sul para fins de capacitação, promoção da saúde e combate às endemias no

país. Com relação à formação de recursos humanos, essa cooperação tem o objetivo de fortalecer a capacidade de formação em saúde pública por meio da implantação de escolas voltadas à saúde pública, com auxílio de ações desenvolvidas sob a coordenação da Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ). A partir dessa cooperação entre Brasil e Angola, observa-se a aproximação dos países de língua portuguesa e a expertise do Brasil para atuar no processo de fortalecimento de sistemas de saúde (ALVES *et al.*, 2017).

Dentre as ações de cooperação, o PNH realizou visitas em Angola com o objetivo de formar pontes de humanização no país, por meio de encontros e palestra para alunos, professores e gestores da saúde, além de rodas de conversas com gestores. As atividades dessa cooperação foram específicas e voltadas para promover as práticas de exercício temático de humanização, incluindo trabalhadores, usuários e gestores da saúde (BRASIL, 2015).

Outrossim, a cooperação internacional entre Brasil e Angola realizada nos anos de 2006 a 2016 resultou na implementação em projetos de capacitação, promoção da saúde e combate às doenças endêmicas no país. Quanto à formação de recursos humanos, destaca-se o acordo de cooperação visando o fortalecimento do Sistema Nacional de Saúde de Angola (BRASIL, 2010). Em decorrência desta, o governo brasileiro ofertou estágios de curta duração feitos no Brasil, fomentando o desenvolvimento da capacidade técnica e reforçando a formação de profissionais de enfermagem (ALVES *et al.*, 2017).

Entretanto, Angola ainda precisa incrementar esforços nos serviços de saúde humanizados (WHO, 2016). A formação permanente de recursos humanos de saúde no país prevê, além da capacitação, que os serviços de saúde ofereçam assistência de forma humanizada, estimulando um sistema de saúde com uma performance de qualidade, integrado, resiliente, humanizado e centrado nas pessoas (REPÚBLICA DE ANGOLA, 2016).

Como já mencionado, o principal prestador dos serviços de saúde em Angola é o poder público, e apesar do princípio de universalidade que norteia o SNS do país, há carência de capacitação e estruturação para os cuidados à saúde (SIMÕES *et al.*, 2012), como consequência do longo período de guerra civil no país (ALVES *et al.*, 2017).

Além da falta de profissionais para atuar na saúde, o país possui poucas instituições voltadas para a formação de profissionais nessa área, além de

quantitativo insuficiente de profissionais qualificados para atuar no processo de formação e supervisão de novos profissionais. Para suprir essa necessidade nos cuidados à saúde, o governo de Angola tem firmado diversos projetos de cooperação com a finalidade de incrementar sua política de recursos humanos (ALVES *et al.*, 2017).

Porém, pouco a pouco a humanização vai se tornando um desafio que se constitui como um processo reflexivo acerca dos valores e princípios que norteiam a prática profissional. Face à questão da COVID-19, enfrentamos um desafio complexo sobretudo perante as crises financeiras existentes na atualidade, as quais resultam em constantes revisões orçamentárias, adiando cada vez mais projetos e investimentos voltados ao setor da saúde. Por outro lado, deve haver uma consciência voltada ao critério vocacional dos profissionais no exercício da sua profissão, de modo que ela seja exercida de forma deliberada e humanizada, e não obrigatória e mecanizada (CHAXMBE, 2019).

4 METODOLOGIA

4.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO

Considerando o objetivo do estudo utilizou-se para o seu desenvolvimento a abordagem qualitativa. A pesquisa qualitativa visa compreender os fenômenos sob as perspectivas dos atores sociais e historicamente envolvidos, envolve pesquisa de campo, descrição profunda de processos, sentidos e conhecimentos. Nas pesquisas qualitativas, considera-se o pesquisador como instrumento primário da coleta de dados (RAUEN, 2015).

4.2 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de uma pesquisa exploratória e descritiva que tem como objetivo descrever características de grupos, conhecer processos, levantar opiniões, atitudes e crenças de uma população específica para servir de embasamento para o desenvolvimento de pesquisas posteriores (FLICK, 2013).

A coleta de dados é o instrumento utilizado para atingir os objetivos da pesquisa descritiva determinando as características de uma população específica. Esta coleta de dados pode ser realizada por meio de questionários, entrevistas e observação sistemática do local (OLSEN, 2015).

4.3 LOCAL DO ESTUDO

Este estudo foi desenvolvido na UTI do Hospital Geral do Huambo (Figura 1), em Angola. Huambo é a capital da província do Huambo, localiza-se na região central de Angola. Esta província possui uma população estimada em 2.161.692 habitantes (INE, 2018).

Figura 1: Província de Huambo, Angola.



Fonte: INE, Angola, (2018).

A escolha da instituição se deu por ser um hospital público que atende a população de onze municípios da província de Huambo: Huambo, Bailundo, Ecunha, Caála, Cachiungo, Longuimbale, Longonjo, Mungo, Chicala-Choloanga, Chindjenje e Ucuma (Figura 2). Além disso, a facilidade de acesso contribuiu para a escolha dessa instituição.

O hospital tem como gestores: um diretor geral, diretor clínico, diretor de enfermagem, diretor para questões científicas e pedagógicas e um administrador geral. Tem 982 trabalhadores, entre enfermeiros, médicos e outros técnicos de apoio hospitalar.

Este hospital possui serviço de urgência adulto, pediátrico, maternidade, UTIs neonatal, pediátrica e de adulto, consultas externas com banco de urgência adulto, pediátrico, maternidade. Funciona ainda com um bloco operatório, um laboratório, oftalmologia, hemoterapia, otorrinolaringologia, Raio X, urologia, medicina para homens e mulheres, ortopedia, pediatria, maternidade, oncologia, psiquiatria, odontologia e outras secções de apoio hospitalar. O hospital possui 800 leitos e atende, em média, 850 pacientes externos por dia.

Figura 2: Municípios da Província de Huambo, Angola.



Fonte: Huambo, Google Maps (2021).

A UTI adulto do Hospital Geral do Huambo tem sete leitos, e atende pacientes em todas as especialidades. Atuam na unidade onze médicos, dos quais sete internos e quatro especialistas. Os quatro especialistas estão distribuídos da seguinte forma: três em cuidados intensivos e um cardiologista funcionam em três turnos (matutino, vespertino e noturno). Médicos de outras áreas assim como psicólogos, nutricionistas e outros profissionais, são solicitados de acordo a necessidade de momento. Atuam nessa unidade nove (9) enfermeiros licenciados e dezessete (17) técnicos médios, distribuídos também nos três turnos, sendo que cada turno é composto por três enfermeiros e cinco técnicos médios de enfermagem, ficando dois técnicos de enfermagem em regime de trabalho diário (das 8h às 15h) de segunda à sexta-feira.

4.4 PARTICIPANTES DO ESTUDO

Foram convidados a participar do estudo todos os profissionais de enfermagem que estavam escalados a trabalhar durante o período em que decorreu

a pesquisa, e nos três turnos de trabalho (matutino, vespertino e noturno). Estavam afastados nesse período 11 profissionais (férias, licença saúde). Utilizou-se como critério de inclusão enfermeiros e técnicos de enfermagem com escala de trabalho fixa na UTI. Foram excluídos os profissionais que estavam afastados no período de coleta de dados.

4.5 COLETA DE DADOS

A coleta de dados ocorreu no período de junho a outubro de 2020. Os participantes foram convidados por meio de contato pessoal ou telefônico, e nesse momento foi apresentado o objetivo do estudo, e como seria a coleta dos dados. Diante do aceite, foi agendada data, local e horário para a coleta de dados, determinada em comum acordo entre pesquisador e participantes.

Para escolha do local da coleta de dados, levou-se em consideração a garantia da privacidade e sigilo, ausência de ruídos e/ou possíveis interrupções, e em horário que não interferisse nas atividades do participante. Para acesso ao local do estudo, foi apresentada a declaração de autorização da instituição (Anexo A) para o desenvolvimento da pesquisa e o parecer do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos do Instituto Superior Politécnico da Caála (CEPSH-ISP/CAÁLA) (Anexo B).

Inicialmente foi apresentado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice A). A técnica utilizada foi a entrevista semiestruturada, realizada pelo pesquisador, foi individual e gravada com o consentimento dos participantes (Apêndice B).

A entrevista contemplou questões referentes a caracterização dos participantes (sexo, idade, categoria profissional, tempo de atuação na instituição, tempo de atuação na UTI, curso de pós-graduação em que área). Foi perguntado o que entendiam sobre humanização, quais os cuidados humanizados realizados no cotidiano da prática, recursos necessários para a realização do cuidado humanizado e aspectos considerados positivos e frágeis para a realização de práticas humanizadas na UTI (Apêndice C).

O tempo de duração da entrevista foi em média trinta minutos. Como as entrevistas foram realizadas durante a Pandemia pela Covid-19, respeitou-se todas

as medidas de proteção, uso de máscaras, afastamento, e uso do álcool gel.

A finalização da coleta de dados deu-se quando todos os profissionais elegíveis (15), foram entrevistados. As entrevistas após transcritas pelo pesquisador, foram lidas pelos entrevistados para validação do que foi informado e modificação se houvesse a necessidade. Todos concordaram com o conteúdo transcrito.

4.6 ORGANIZAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS

A análise em pesquisa qualitativa objetiva penetrar nos significados mais profundos e amplos dos dados. Envolve a identificação, descrição, compreensão e interpretação de um material denso e bruto. Sendo assim, exige um processo contínuo (MINAYO, 2013).

Para organização e análise dos dados, optou-se pela técnica do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC). Essa técnica consiste no processamento dos depoimentos individuais obtidos através dos participantes, originando discursos únicos, capazes de representar as ideias centrais expressas pela coletividade. Esse processo metodológico é embasado na Teoria das Representações Sociais, idealizada por Moscovici, em 1976 (LEFEVRE, F.; LEFEVRE, A. M. C., 2012).

O DSC é uma técnica para organizar e tabular os dados de uma pesquisa qualitativa onde são analisados depoimentos individuais capazes de expressar o pensamento de uma coletividade. Em síntese juntando os discursos individuais cria-se o pensamento de uma coletividade. Portanto, após sua construção o discurso coletivo é expresso na primeira pessoa do singular, e passam a expressar à representação social de uma coletividade (LEFEVRE, F.; LEFEVRE, A. M. C., 2012).

A técnica do DSC compreende quatro figuras metodológicas conforme Lefevre, F.; Lefevre, A. M. C., (2012): Expressões chaves (EC): São pedaços, trechos ou transcrições literais do discurso, selecionado pelo pesquisador e que representam a essência do conteúdo da questão em análise. Com o conteúdo das EC é construído o DSC. Ideias Centrais (ICs): São descrições resumidas e objetivas dos sentidos de cada um dos depoimentos analisados. Devem ser concisas e respeitar o conteúdo e o sentido da resposta emitida pelo agente social, capazes de identificar a/as ideias que ela expressa. Ancoragem (AC): É uma figura metodológica que contém traços linguísticos explícitos de manifestação da crença do sujeito que

discursiva e que estão internalizados no mesmo. DSCs propriamente dito: Reunião das EC presentes nos depoimentos, que têm ICs ou ACs com o mesmo significado de pensamento.

O software possibilitou o registro da descrição das características dos entrevistados, categorização das ICs por perguntas realizadas, o quantitativo de participantes que aderiram a cada uma IC e a construção do DSC por questão e por IC (LEFEVRE, F.; LEFEVRE, A. M. C., 2012).

O primeiro passo na utilização do software foi o cadastro da pesquisa, seguido do cadastro dos participantes do estudo com as suas características sociodemográficas. Posterior ao cadastro dos participantes foram registradas as perguntas conforme o roteiro de entrevista. Em seguida foi incluída a transcrição total das respostas de cada participante por pergunta.

O primeiro passo da análise propriamente dita foi identificar e apontar, em cada um dos discursos, as ECs. O segundo passo foi identificar e nomear as ICs e as ACs se estivessem presentes, a partir das ECs. O terceiro passo consistiu em distinguir e reunir as ICs que possuíam o mesmo sentido. O quarto passo foi a separação em grupos (A, B, C, entre outros) e a criação de uma ideia central para cada grupo, expressa em todas ICs de sentidos iguais. O quinto e último passo foi a construção do DSC (LEFEVRE, F.; LEFEVRE, A. M. C., 2012).

A discussão dos DSCs foi amparada em estudos realizados e publicados sobre o tema da pesquisa.

4.7 ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA

Esta pesquisa seguiu os trâmites estabelecidos pelo Ministério da Saúde de Angola, obtendo aprovação da Direção do Hospital Central do Huambo. A coleta de dados foi realizada somente após aprovação do Conselho de Ética do Instituto Superior Politécnico da Caála/Huambo, Protocolo nº 35/2020-2021 (Anexo B).

Os dados coletados foram organizados com o auxílio do software Qualiquantisoft® do DSC, versão 1.3c. Esse software permite o registro das quatro figuras metodológicas descritas anteriormente.

Para preservar o anonimato dos participantes, todos foram identificados com a letra P (Participantes) seguido do número correspondente a ordem de sequência

das entrevistas (P1, P2,). Cada participante teve total liberdade de interrogar quanto a qualquer dúvida, além do direito de desistência em qualquer etapa de desenvolvimento do estudo. Uma cópia assinada do TCLE ficou com o participante e outra com o pesquisador responsável.

Antes do início da coleta de dados, os participantes receberam orientações sobre o objetivo da pesquisa e a importância da sua participação para a qualidade da assistência ao paciente em UTI. Na pesquisa, foram previstos os riscos mínimos, sobretudo os relacionados à possível lembrança de momentos vividos na assistência.

Os resultados do estudo serão apresentados aos profissionais da UTI e gestores da instituição. Além disso, pretende-se apresentar os resultados em eventos científicos e publicação em artigos científicos indexados.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Este capítulo compreende dois manuscritos, conforme Instrução Normativa 01/PEN/2016 que altera os critérios para elaboração e o formato de apresentação dos trabalhos de conclusão dos Cursos de Mestrado e de Doutorado em Enfermagem da UFSC.

O primeiro manuscrito intitulado: “**Cuidado humanizado na unidade de terapia intensiva: discurso dos profissionais de enfermagem angolanos**” teve como 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.

O segundo manuscrito “**Facilidades e entraves na humanização da assistência em enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva: discurso do sujeito coletivo**” objetivou conhecer quais as potencialidades e fragilidades encontradas pelos profissionais de enfermagem em oferecer a assistência humanizada na UTI.

5.1 MANUSCRITO 1: CUIDADO HUMANIZADO NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA: DISCURSO DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM ANGOLANOS

Cuidado humanizado na Unidade de Terapia Intensiva: discurso dos Profissionais de Enfermagem Angolanos

Resumo: O estudo teve como 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. Pesquisa qualitativa, descritiva, realizada na Unidade de Terapia Intensiva do Hospital Geral do Huambo em Angola, com quinze profissionais. A entrevista individual foi a técnica utilizada para a coleta de dados com enfermeiros e técnicos, no período de junho a outubro de 2020. O método de análise de dados foi

o Discurso do Sujeito Coletivo e para organização utilizou-se o software QualiQuantiSoft®. Como resultados emergiram três ideias centrais referentes a percepção do cuidado humanizado: empatia e diálogo em todos os momentos do cuidado; humanizar é estender o cuidado aos familiares e acompanhantes/famíliaes; estabelecimento de vínculo de confiança e garantia do cuidado individualizado; e duas idéias centrais sobre os recursos necessários: importância de recursos humanos e materiais, capacitação profissional e cuidado humanizado estão interligados. Conclui-se que para os profissionais o cuidado humanizado envolve objetividade e subjetividade, incluem os familiares, reconhecem a necessidade de melhor infraestrutura.

Palavras-Chave: Humanização. Assistência de Enfermagem. Unidade de Terapia Intensiva. Enfermagem.

Abstract: The study aimed to analyze the perception of nursing professionals from an Intensive Care Unit in Angola regarding humanized care, and to identify the necessary resources for its implementation. Qualitative, descriptive research, carried out in the Intensive Care Unit of the General Hospital of Huambo in Angola, with fifteen professionals. The individual interview was the technique used to collect data with nurses and technicians, from June to October 2020. The data analysis method was the Collective Subject Discourse and the QualiQuantiSoft® software was used for organization. As a result, three central ideas emerged regarding the perception of humanized care: empathy and dialogue at all times of care; to humanize is to extend care to family members and companions/families; establishment of a bond of trust and guarantee of individualized care; and two central ideas about the necessary resources: importance of human and material resources, professional training and humanized care are interconnected. It is concluded that, for professionals, humanized care involves objectivity and subjectivity, including family members, recognizing the need for better infrastructure.

Keywords: Humanization. Nursing Care. Intensive Care Unit. Nursing.

Resumen: El estudio tuvo como objetivo analizar la percepción de los profesionales de enfermería de una Unidad de Cuidados Intensivos de Angola sobre el cuidado humanizado, e identificar los recursos necesarios para su implementación. Investigación cualitativa, descriptiva, realizada en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital General de Huambo en Angola, con quince profesionales. La entrevista individual fue la técnica utilizada para la recolección de datos con enfermeros y técnicos, de junio a octubre de 2020. El método de análisis de datos fue el Discurso del Sujeto Colectivo y se utilizó el software QualiQuantiSoft® para la organización. Como resultado, surgieron tres ideas centrales sobre la percepción del cuidado humanizado: la empatía y el diálogo en todo momento del cuidado; humanizar es extender el cuidado a los familiares y acompañantes/familias; establecimiento de un vínculo de confianza y garantía de atención individualizada; y se interrelacionan dos ideas centrales sobre los recursos necesarios: importancia de los recursos humanos y materiales, la formación profesional y el cuidado humanizado. Se concluye que, para los profesionales, el cuidado humanizado implica objetividad y subjetividad, incluyendo a los familiares, reconociendo la necesidad de una mejor infraestructura.

Palabras Clave: Humanización. Cuidados de Enfermería. Unidad de Cuidados Intensivos. Enfermería.

INTRODUÇÃO

A Unidade de Terapia Intensiva (UTI) é um ambiente hospitalar destinado a pacientes graves, porém recuperáveis, que requerem monitoramento constante, tecnologia e equipe qualificada (OLIVEIRA *et al.*, 2018).

Essas unidades se desenvolveram no decorrer dos anos visando oferecer os melhores recursos humanos, organizacionais e tecnológicos aos pacientes graves, com o objetivo de reduzir sua mortalidade (DESAI; LAW; NEEDHAM, 2011; NEEDHAM *et al.*, 2012).

Porém, é nesse ambiente, que ocorrem as complexas relações do paciente com o tratamento de suporte de vida, (ventilação mecânica, sedativos, hemodiálise), com os inúmeros procedimentos invasivos e não invasivos, interrupção frequente do sono, iluminação artificial frequente, imposição de rotinas, muitas vezes, rígidas,

como a restrição do contato do paciente com seus familiares, desta feita, sobreviver a doença crítica, pode não representar qualidade de cuidado na UTI (DESAI; LAW; NEEDHAM, 2011; NEEDHAM *et al.*, 2012).

Porém, para que isso aconteça os recursos tecnológicos disponibilizados e indispensáveis ao tratamento, e que tanto atraem os profissionais da área, não devem se sobrepor as relações de quem cuida com quem é cuidado, ou seja a relação não deve ser dicotômica entre máquinas e procedimentos técnicos e humanização, pois relacionamento com o paciente deve ir além dos aparelhos que o monitoram (DESAI; LAW; NEEDHAM, 2011; NEEDHAM *et al.*, 2012).

Com frequência, os pacientes encontram-se fragilizados emocionalmente pelas limitações, temores, distância da família e pelas características do ambiente UTI (MARTINS *et al.*, 2019).

No entanto, para alguns pacientes. os sentimentos e as sensações desagradáveis que possuem maior relevância, não estão relacionados às rotinas assistenciais nem as tecnologias empregadas nessa unidade e sim a solidão, a saudade da família e o reconhecimento da vulnerabilidade e do limite da vida humana. Assim, os fatores determinantes de uma assistência humanizada referem-se mais, a capacidade de empatia que o profissional demonstra, a individualização do cuidado prestado e a habilidade em empregar técnicas resolutivas e efetivas ao tratamento (PINA; LAPCHINSK; PUPULIM, 2015).

Consideramos como definição de humanização da assistência, a que envolve a relação do profissional com o paciente e com os familiares, o ambiente em que ocorre o cuidado, os recursos humanos e materiais, as práticas administrativas para tornar o ambiente de cuidado favorável para o processo de humanização.

Neste sentido adotou-se como definição de humanização ou cuidado humanizado a assistência empática, acolhedora e sensibilizada à singularidade do paciente visando o respeito e a sua dignidade, priorizando todos os meios éticos necessários para se atingir o seu conforto físico, psíquico, social e espiritual (MACHADO; SABETZKI, 2017).

Humanizar é aliar o cuidado técnico-científico, os avanços tecnológicos ao acolhimento, visando à assistência de qualidade. Para a assistência humanizada, um aspecto que torna as relações humanas difíceis, é o avanço da tecnologia e da ciência, que influenciam com grande impacto as profissões e as práticas na área de saúde. A implementação desse progresso na realidade do profissional de saúde

exige preparo e domínio por quem o utiliza, para que a técnica esteja aliada aos valores humanísticos (SANCHES *et al.*, 2016).

Compartilhamos que humanizar é buscar a excelência da assistência, do ponto de vista multidimensional abordando todas as facetas de uma pessoa e não apenas a clínica, propiciando maior aproximação do profissional com o paciente (LA CALLE; MARTIN; NIN, 2017).

Assim, este estudo teve como 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.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo, qualitativo, desenvolvido na UTI Adulto do Hospital Geral do Huambo, em Angola. A escolha da instituição se deu por ser um hospital público que atende a população de onze municípios da província de Huambo, nomeadamente: Huambo, Bailundo, Ecunha, Caála, Cachiungo, Londuimbale, Longonjo, Mungo, Chicala-Choloanga, Chindjenje e Ucuma. A UTI adulto do Hospital Geral do Huambo, tem sete leitos, atende pacientes de todas as especialidades. Dos 26 profissionais de enfermagem da UTI, nove são enfermeiros e dezessete (17) são técnicos. No período do estudo 11 profissionais estavam afastados por diferentes motivos (férias, licença saúde).

Foram convidados a participar deste estudo todos os profissionais elegíveis (quinze), que atuavam nos turnos matutino, vespertino e noturno. O convite se deu por meio de contato pessoal ou telefônico, e nesse momento foi apresentado os objetivos do estudo, e sobre a coleta dos dados. Considerou-se como critério de inclusão estar atuando na UTI no período de coleta de dados.

Diante do aceite do participante foi agendada data, local e horário para a realização da entrevista individual e presencial. As entrevistas ocorreram em ambiente privativo da UTI. Todas foram gravadas, tiveram duração média de 30 minutos e ocorreram nos meses de junho a outubro de 2020. Os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. A entrevista contemplou questões referentes a caracterização dos participantes (sexo, idade, categoria

profissional, tempo de atuação na instituição, tempo de atuação na UTI, curso de pós-graduação em que área), sobre concepção de cuidado humanizado, e recursos utilizados para a realização dos cuidados humanizados.

O projeto teve a aprovação do Conselho de Ética do Instituto Superior Politécnico da Caála/Huambo, protocolo nº 35/2020-2021 (Anexo B). Para garantir o sigilo da identidade, os participantes foram identificados com a letra “P” de participante, seguido do número de ordem de realização das entrevistas (P1, P2, ...). A finalização da coleta de dados se deu quando todos 15 profissionais considerados elegíveis foram entrevistados.

Os dados foram organizados e analisados por meio da técnica do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC), a qual emprega depoimentos individuais para construir um depoimento único, coletivo, elaborado na primeira pessoa do singular. Ao término das transcrições, os depoimentos foram transferidos para o Software QualiquantiSoft versão 1.3c.

A técnica do DSC consiste em quatro figuras metodológicas: Expressões Chaves (EC) - trechos literais do depoimento, selecionados pelo pesquisador e que representam a 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 EC presentes nos depoimentos, que têm IC ou AC com o mesmo significado ou significado complementar (LEFÈVRE, 2017). Nesse estudo não foi identificado nos depoimentos dos profissionais a figura metodológica AC.

RESULTADOS

Do total de 26 profissionais de enfermagem da UTI, participaram da pesquisa, cinco enfermeiros e 10 técnicos em enfermagem. Dos 11 profissionais que não participaram do estudo, seis estavam em férias, dois de cada turno, e cinco estavam afastados por serem do grupo de risco para a COVID-19. Dos 15 participantes, 11 são mulheres e quatro homens. A idade variou de 32 a 51 anos, a média de 42 anos. O tempo de atuação em UTI variou de 3 a 22 anos, média 9 anos. Quanto ao turno de trabalho, oito desempenhavam suas atividades no período noturno, cinco

no matutino, e dois no turno vespertino.

Das entrevistas emergiram 10 ICs com seus respectivos DSC. Nesse manuscrito serão apresentados e discutidos cinco ICS. A IC 1 “Empatia e diálogo em todos os momentos do cuidado”, correspondente ao discurso individual de 12 profissionais; e a IC2 “Humanizar é estender o cuidado aos familiares e acompanhantes”, teve a participação de três profissionais. As duas IC correspondem a pergunta 1 do instrumento acerca do entendimento dos profissionais quanto a humanização da assistência. A IC 3 “Estabeleço vínculo de confiança e garanto cuidado individualizado” é relativa à pergunta 2, sobre situações que o profissional considerava ter oferecido uma assistência de enfermagem humanizada, representam a resposta de 13 profissionais. A IC4” Importância de recursos humanos e materiais” e a IC5 “Capacitação profissional e cuidado humanizado estão interligados” correspondem a 11 e cinco participantes respectivamente, e estão relacionadas a pergunta 3, sobre os recursos necessários para prestar uma assistência de enfermagem humanizada.

IC 1- Empatia e diálogo em todos os momentos do cuidado

DSC 1 - 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, necessidades 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 acolhimento. 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).

IC 2 - Humanizar é estender o cuidado aos familiares e acompanhantes

DSC 2 - Eu penso que a humanização da assistência não é feita só com o paciente, mas também dar atenção para a família e o acompanhante do paciente. É um conjunto de ações que englobam cuidados desde o ambiente físico e recursos materiais até cuidados dos pacientes e seus familiares. (P4, P11, P14).

IC 3 - Ofereço uma assistência humanizada quando estabeleço vínculo de confiança e garanto cuidado individualizado

DSC 3 - 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 o paciente pelo nome, quando dou os cuidados necessários, sabendo que cada doente é um doente, cada um com seus cuidados individualizados, quando mantenho a observação. Quando me compadeço com a dor do paciente ou dos familiares. Quando vejo a família satisfeita (P1, P2, P3, P4, P5, P6, P7, P9, P11, P12, P13, P15).

IC4 - Importância de recursos humanos e materiais

DSC 4 - 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 recursos materiais também e aí, nós fizemos até onde dá, prestamos assistência até onde der, mas com a falta de recursos humanos não é possível fazer uma humanização, podemos ter desejo, mas se a equipe não está completa não vai ser possível fazer uma humanização. E, além disso, é necessário insumos e infraestrutura como medicamentos, ventiladores, monitores, aspiradores, recursos materiais básicos na UTI, necessários para assistência (P1, P2, P3, P4, P5, P6, P9, P10, P12, P14).

IC 5 - Capacitação profissional e cuidado humanizado estão interligados

DSC 5 - Para prestar o cuidado humanizado é necessário ter conhecimento. Os conhecimentos necessários são através da capacitação. É necessário ampliar nosso conhecimento através 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 as drogas necessárias e sobre os aparelhos tecnológicos (P2, P7, P11, P14, P15).

DISCUSSÃO

O DSC1 evidencia que a concepção de humanização do cuidado envolve aspectos tecnológico do cuidado, relacionamento, empatia e sensibilidade, que confere com a definição encontrada em alguns estudos. Para Luiz; Caregnato e Costa (2017), humanização na enfermagem significa prestar a assistência ao paciente com excelência, abrangendo o aspecto biopsico-espiritual.

Humanização é entendida como uma medida que busca resgatar o respeito à vida humana. Envolve relacionamento humano, resgate dos aspectos biológicos, fisiológicos e subjetivos do paciente. (LUIZ; CAREGNATO; COSTA, 2017). No processo de atendimento humanizado, é importante que os profissionais sejam empáticos (LUIZ; CAREGNATO; COSTA, 2017).

Autores inferem que 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. E, que profissionais empáticos são necessários para compreender a situação do outro e fornecer cuidados da melhor forma possível (ZUCHETTO *et al.*, 2019).

Estudo mostrou que o profissional de enfermagem empreende mais atenção para o manuseio do equipamento do que ao próprio paciente, tornando a prática assistencial mecanicista, podendo-se dizer até mesmo fria, de modo que valores, sentimentos, crenças são pouco levados em consideração no cuidado. O profissional enfermeiro dotado de conhecimento técnico científico, deve fazer valer as práticas éticas e bioéticas, respeitando o doente com seus valores, crenças, princípios éticos e morais e a autonomia (VASCONCELO; SELOW, 2016).

Corroborando com isto, Luiz; Caregnato e Costa (2017) referem que a humanização em terapia intensiva perpassa a relação com a ética e o acolhimento dos familiares e pacientes, assim como o respeito aos seus direitos, no entanto esse cuidado demanda não só uma assistência técnica com dimensionamento biológico, mas uma assistência integral com os pacientes, tratando-os como seres humanos, com respeito, afetividade e dedicação.

Sobre o profissionalismo ético e sensível, importa referenciar que os serviços de saúde devem estar preparados para enfrentar situações específicas de cada indivíduo provendo recursos para as diversas experiências, as quais, mesmo que pareçam inusitadas, são peculiares e importantes para quem as vivencia, tanto mais

que as boas práticas na saúde incluem, na sua formulação e desenvolvimento, os fundamentos teóricos (evidências científicas), a compreensão do ambiente, de todo o contexto dos pacientes, das crenças, valores e princípios éticos daqueles que constroem e dos que são alvo das ações e serviços. No entanto a ideia do profissionalismo ético e sensível na humanização da assistência remete a necessidade, iminente, dos profissionais que atuam com os usuários do sistema de saúde em se colocar no lugar destes, pensando como gostariam de ser atendidos, quais ações considerariam importantes para seu tratamento e de que maneira gostariam de ser ouvidos e tratados (LUIZ; CAREGNATO; COSTA, 2017).

No DSC 2 os participantes entendem que o cuidado humanizado envolve também a atenção aos familiares que também precisam ser atendidos, o que converge com Castro *et al.* (2021), quando referem que o cuidado humanizado de Enfermagem ao paciente em UTI busca atender às necessidades do paciente e de seus familiares, efetivando-se na perspectiva da clínica ampliada e da corresponsabilização do cuidado.

Nesse sentido, o cuidado exige dos profissionais a implementação de metodologias que possibilitem que uma melhor atenção seja dispensada ao paciente/familiar. Assim, a humanização do cuidado implica uma otimização da prática de Enfermagem (CASTRO, 2021).

Estudo aponta que vivenciar a internação de um parente em uma UTI requer dos familiares a capacidade de compreender seus próprios sentimentos e elaborar estratégias para o enfrentamento do problema. É um momento de extrema vulnerabilidade para a família. A equipe precisa considerar as necessidades da família diante de situações estressantes e estabelecer um plano de cuidados para que a interação da equipe de enfermagem com os familiares e o paciente será estabelecida através do diálogo e da busca dos significados que as experiências de doença geram em cada pessoa (FELIX *et al.*, 2014).

Conforme retratado no DSC 3 os profissionais de enfermagem consideram que oferecem o cuidado humanizado quando realizam cuidado com segurança, quando aliviam o sofrimento, quando prestam conforto, respeitam a identidade do paciente, individualizam a assistência, quando estão atentas as necessidades do paciente.

A esse respeito, estudo retrata que assistir o paciente de forma humanizada vai muito além de procedimentos, intervenções tecnológicas, farmacológicas, não

basta chamá-lo pelo nome, ter um sorriso nos lábios, assisti-lo de maneira humanizada é tentar ao menos compreender seus medos, anseios, incertezas, dúvida, angústias, seus aspectos sociais, psicológicos espirituais, entender o que lhe aflige para que o profissional o conforte, deixando-o mais seguro. A dificuldade dos profissionais em estabelecer um equilíbrio entre vida e morte, saúde e doença, cura e óbito é uma constante, e faz com que os trabalhadores tenham potencial dificuldade em administrar o trágico. Por isso, pode-se criar um espaço de despersonalização e de afastamento da realidade dos pacientes (PISSAIA; THOMAS, 2019).

O acolhimento dos profissionais é um dos caminhos para a humanização, por meio do respeito e da escuta qualificada dos usuários, responsabilizando-se pela resolução de suas demandas (LUIZ; CAREGNATO; COSTA, 2017). Sendo que a dor e o sofrimento, devem ser minimizados utilizando todos os recursos disponíveis (OUCHI, 2018). Avaliar e controlar a dor, a sedação adequada, a prevenção e manejo do delirium são cuidados indispensáveis para melhorar o conforto dos pacientes (BARR; FRASER; PUNTILLO, 2015).

Os recursos necessários para a humanização envolvem profissionais comprometidos com o cuidado em número suficiente, além de infraestrutura adequada, conforme retratado no DSC 4. No entanto uma outra 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 à educação continuada dos profissionais, são indicativos para que gestores invistam em condições de trabalho adequadas e na existência de uma política clara de qualificação e valorização do profissional como requisito para a assistência mais humanizada (SOUZA, V. S., 2018).

Para Araújo *et al.*, (2016) os recursos humanos e materiais em número adequado na UTI superam quantitativa e qualitativamente a forma de prestação de cuidados humanizados, isso pelas características dos clientes que são assistidos nestas unidades, pois esses fatores são considerados componentes básicos para um bom funcionamento do setor.

Conforme retratado no DSC 5, para alguns participantes, para que o 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 (GOUVEIA-PAULINO; FRANCO, 2008).

Porém, não se pode criticar o desenvolvimento tecnocientífico pois, sem dúvida alguma, trouxe muitos benefícios palpáveis (MACHADO; SABETZKI, 2017) como os encontrados no ambiente de unidade de terapia intensiva.

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 (AMIB, 2019/2020).

Para a atuação em UTIs é recomendado os enfermeiros especialistas em terapia intensiva e que possuam reconhecidas habilidades e/ou conhecimentos específicos acerca deste campo de atividade/saber (VARGAS; RAMOS, 2018). Ainda, estes profissionais, neste ambiente precisam reconhecer a singularidade, a fragilidade emocional, física e psíquica do ser humano, desenvolvendo atitudes que os habilitem, enquanto lidam com o processo de adoecimento do paciente (VIANA *et al.*, 2014).

O impacto da tecnologia no campo da saúde, é evidenciado no cotidiano do trabalho, em especial no cenário de terapia intensiva, onde a curiosidade e o fascínio produzem aproximações do enfermeiro a esse serviço. Assim, esse profissional precisa apresentar-se com múltiplas facetas, no intuito de ser capaz de atender às necessidades de atuação requeridas pôr o cuidado, que é diferenciado e requer diferentes interlocuções, com vários saberes. É um espaço de cuidado que exige do enfermeiro uma postura proativa e autônoma, isto é, ele precisa demonstrar interesse e vontade na busca contínua pelo conhecimento, para que possa aplicar no cuidado ao paciente (SILVA; FERREIRA, 2009).

O enfermeiro precisa saber articular e executar diversas atividades, inclusive toda tecnologia que existe no setor, pois ela só será eficaz se utilizada corretamente, de forma a auxiliar o tratamento do paciente, levando em consideração o seu lado humano, ainda que em situação de extrema gravidade (SILVA *et al.*, 2019).

Aponta-se como limitações deste estudo, o fato de a investigação envolver somente a ótica de uma categoria profissional, e de apenas uma UTI, e o quantitativo de participantes.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

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

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

Entende-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 o ocorra o cuidado humanizado.

REFERÊNCIAS

ARAÚJO, E. J. M. *et al.* Satisfação dos familiares com a humanização da assistência em UTI. **Sanare**, Sobral, v. 18, n. 1, p. 6-11, 2016. Disponível em: <https://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/download/1300/681>. Acesso em: 30 ago. 2019.

ASSOCIAÇÃO DE MEDICINA INTENSIVA DO BRASIL (AMIB). Programa de Competências em Medicina Intensiva (PROCOMI): Matriz de competência. São Paulo, SP: AMIB, 2019/2020. Disponível em: https://www.amib.org.br/fileadmin/user_upload/Matriz_de_Competencias_finalizada_2019.pdf. Acesso em: 01 ago. 2021.

BARR, J.; FRASER, G. L.; PUNTILLO; K. American College of Critical Care Medicine. Clinical practice guidelines for the management of pain, agitation, and delirium in adult patients in the Intensive Care Unit: executive summary. **Am. J. Health Syst. Pharm.** v. 70, n. 1, p. 53-58, 2015. Doi: 10.1093/ajhp/70.1.53.

CASTRO, L. P.; ARAÚJO, A. H. I. M.; MENDES, M. I. O. I. Papel do gestor em saúde na humanização do cuidado em unidade de terapia intensiva. **Rev. JRG Est. Acad.**, Brasília, DF, Ano IV, v. 4, n. 8, p. 86-96, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.5281/zenodo.4603153>. Acesso em: 10 Nov. 2019.

DESAI, S. V.; LAW, T. J.; NEEDHAM, D. M. Long-term complications of critical care. **Crit. Care Med.** v. 39, n. 2, p. 371-379, 2011. Doi: 10.1097/CCM.0b013e3181fd66e5.

FELIX, T. A. *et al.* Prática de Humanização na visita em unidade de terapia intensiva. **Rev. Enferm. Contemp.** Salvador, BA, v. 3, n. 2, p. 143-153, dez. 2014. Doi: <https://doi.org/10.17267/2317-3378rec.v3i2.381>. Disponível em: <https://www5.bahiana.edu.br/index.php/enfermagem/article/view/381>. Acesso em: 01 ago. 2021.

GOUVEIA-PAULINO, F. G.; FRANCO, M. H. P. Humanização do processo assistencial: a família como cuidadora. *In*: KNOBEL, E.; ANDREOLI, P. B. A.; ERLICHMAN, M. R. (Orgs.). **Psicologia da humanização**: assistência aos pacientes graves. São Paulo, SP: Atheneu, 2008. p. 218-229.

LA CALLE, G. H.; MARTIN, M. C.; NIN, N. Buscando humanizar os cuidados intensivos. **Rev. Bras. Ter. Intensiva**, São Paulo, SP, v. 29, n. 1, p. 9-13, jan./mar. 2017. Doi: <https://doi.org/10.5935/0103-507X.20170003>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbti/a/9sDvqzdt5nRP8QStGyGvyxk/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em :06 mar. 2020.

LUIZ, F. F.; CAREGNATO, R. C. A.; COSTA, M. R. Humanization in the Intensive Care: perception of family and healthcare professionals. **Rev. Bras. Enferm.** v. 70, n. 5, p. 1040-1047, sep.-oct. 2017. Disponível: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0281>. Acesso em: 22 Fev. 2021.

MACHADO, C.; SABETZKI, S. **Humanização parapsíquica na UTI**: assistência integral ao paciente crítico. Foz do Iguaçu: Editares, 2017. 368p.

MARTINS, F. R. *et al.* Necessidades de qualificação do processo de trabalho da Enfermagem em UTI pediátrica. **Id on Line Rev. Mult. Psic.** Jaboaão dos Guararapes, PE, v. 13, n. 43, p. 322-328, 2019. Disponível em: <https://idonline.emnuvens.com.br/id/article/view/1524/2261>. Acesso em: 30 jun. 2021.

NEEDHAM, D. M. *et al.* Improving long-term outcomes after discharge from intensive care unit: report from a stakeholders' conference. **Crit Care Med.** V. 40, n. 2, p. 502-509, 2012.

OLIVEIRA, T. T. **Cuidado humanizado na unidade de terapia intensiva**: uma revisão de literatura. 2018. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Enfermagem) - Universidade Vale do Rio Verde de Três Corações (Unincor). Vale do Rio Verde, 2018.

OUCHI, J. D. *et al.* O papel do enfermeiro na unidade de terapia intensiva diante de novas tecnologias em saúde. **Saúde Foco**, Rio de Janeiro, RJ, Edição nº 10, p. 412-428, 2018. Disponível em: <https://portal.unisepe.com.br/unifia/wp->

content/uploads/sites/10001/2018/07/054_O_PAPEL_DO_ENFERMEIRO_NA_UNIDADE_DE_TERAPIA_INTENSIVA.pdf. Acesso em: 25 set. 2020.

PINA, R. Z.; LAPCHINSK, L. F.; PUPULIM, J. S. L. Percepção de pacientes sobre o período de internação em Unidade de Terapia Intensiva. **Cienc. Cuid. Saúde**, Maringá, PR, v. 7, n. 4, p. 503-538, 2015. Doi: <https://doi.org/10.4025/ciencuidsaude.v7i4.6658>. Disponível em : <https://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/6658/3916>. Acesso em: 01 ago. 2021.

PISSAIA, L. F.; THOMAS, J. New emergency and emergency scenarios: intersections with the first Meeting of Nursing Caring in Emergencies of Coren-RS. **Res., Soc. Dev.**, v. 8, n. 5, Art. n. e685938, 2019. Doi: <https://doi.org/10.33448/rsd-v8i5.938>. Disponível em: <https://www.rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/938/799>. Acesso em: 22 nov. 2020.

SANCHES, R. C. N. *et al.* Percepções de profissionais de saúde sobre a humanização em unidade de terapia intensiva adulto. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, RJ, v. 20, n. 1, p. 45-54, jan.-mar. 2016. Doi: <https://doi.org/10.5935/1414-8145.20160007>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ean/a/BW3Gk8qG8BgCj6JG6LdKy9F/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 26 Ago. 2020.

SILVA, A. G. I. *et al.* O papel do Enfermeiro Intensivista no processo de morte: uma revisão integrativa da literatura. **REAS/EJCH**, São Paulo, SP, n. 37, e-1764, nov. 2019. Doi: <https://doi.org/10.25248/reas.e1764.2019>. Disponível em: <https://acervomais.com.br/index.php/saude/article/view/1764>. Acesso em: 01 ago. 2021.

SILVA, R. C.; FERREIRA, M. A. Representações sociais dos enfermeiros sobre a tecnologia no ambiente da terapia intensiva. **Texto Contexto Enferm.** Florianópolis, SC, v. 18, n. 3, p. 489-497, set. 2009. Doi: <https://doi.org/10.1590/S0104-07072009000300012>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tce/a/Sk7n7pnMy8CFtzt45bfC3hS/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 01 ago. 2021.

SOUZA, N. S. *et al.* Repercussões das tecnologias do cuidar nas unidades de terapia intensiva. **Rev. Enferm. UFPE on line**, Recife, PE, v. 12, n. 10, p. 2.864-2.872, out. 2018. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/236449/30274>. Acesso em: 20 set. 2020.

SOUZA, V. S. *et al.* Dimensionamento do pessoal de enfermagem na terapia intensiva adulto. **REME - Rev. Min. Enferm.** Belo Horizonte, MG, v. 22, e-1121, 2018. Doi: <http://www.dx.doi.org/10.5935/1415-2762.20180056>. Disponível em: <https://cdn.publisher.gn1.link/reme.org.br/pdf/e1121.pdf>. Acesso em: 20 set. 2020.

VARGAS, M. A. O.; RAMOS, F. R. S. Tecnobiomedicina: implicações naquilo e daquilo que a enfermagem faz em terapia intensiva. **Texto Contexto Enferm.** Florianópolis, SC, v. 17, n. 1, p. 151-159, Mar. 2018. Doi: <https://doi.org/10.1590/S0104-07072008000100019>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tce/a/XDPDDVV9Pk9BGzgTYNjVrKr/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 01 ago. 2021.

VASCONCELOS, M. F. G.; SELOW, M. L. C. Atendimento humanizado pela equipe de enfermagem nas unidades de urgência e emergência. **Vitrine Prod. Acad.** Curitiba, PR, v. 4, n. 2, p. 205-220, jul./dez. 2016. Disponível em: <https://docplayer.com.br/53346323-Atendimento-humanizado-pela-equipe-de-enfermagem-nas-unidades-de-urgencia-e-emergencia.html>. Acessado em: 01 ago. 2021.

VIANA, R. A. P. P. *et al.* Perfil do enfermeiro de terapia intensiva em diferentes regiões do Brasil. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, SC, v. 23, n. 1, p. 151-159, Jan.-Mar. 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tce/a/hLNSnmqXq7Kct9tsBqCSMGH/?lang=pt&format=pdf>. Acessado em: 01 ago. 2021.

ZUCHETTO, M. A. *et al.* Empatia no processo de cuidado em enfermagem sob a ótica da teoria do reconhecimento: síntese reflexiva. **Rev. Cuid.**, Bucaramanga, v. 10, n. 3, 8p., Sep./Dec. 2019. Doi: <https://doi.org/10.15649/cuidarte.v10i3.624>. Disponível em: <http://www.scielo.org.co/pdf/cuid/v10n3/2346-3414-cuid-10-3-e624.pdf>. Acesso em: 28 jan. 2022.

5.2 MANUSCRITO 2: FACILIDADES E ENTRAVES NA HUMANIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA EM ENFERMAGEM EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA: DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO

Facilidades e entraves na humanização da assistência em enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva: discurso do sujeito coletivo

Resumo: O presente estudo teve como objetivos: descrever as facilidades e dificuldades dos profissionais de enfermagem no cuidado humanizado na Unidade de Terapia Intensiva. **Método:** Pesquisa descritiva, qualitativa, realizada na UTI 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 Quali quantiSoft versão 1.3c. **Resultados:** emergiram dos depoimentos, cinco ideias centrais, duas envolvendo as facilidades e três as dificuldades em oferecer um cuidado humanizado. As facilidades estão relacionadas ao envolvimento da equipe multiprofissional no cuidado, e as relações interpessoais da equipe de enfermagem. As dificuldades estão atreladas a falta de recursos materiais e insumos, poucos recursos humanos, e pouco preparo da equipe de enfermagem. **Conclusão:** Constata-se que as facilidades na humanização estão relacionadas ao comportamento dos profissionais, ao envolvimento nos cuidados, as boas relações, já as fragilidades, na sua maioria, fogem a governabilidade dos profissionais, requer maior atenção dos gestores da instituição.

Palavras-Chave: Humanização. Acolhimento. Unidade de Terapia Intensiva. Assistência. Enfermagem.

Abstract: The present study aimed to: describe the facilities and difficulties of nursing professionals in humanized care in the Intensive Care Unit. **Method:** Descriptive, qualitative research, carried out in the ICU of a general hospital in Huambo/Angola/Africa, with 15 nursing professionals, in the year 2020, through a semi-structured interview. The Collective Subject Discourse was used for data analysis, and Quali quantiSoft Software version 1.3c was used for organization. **Results:** five central ideas emerged from the statements, two involving the facilities and three the difficulties in offering humanized care. The facilities are related to the involvement of the multidisciplinary team in care, and the interpersonal relationships of the nursing team. The difficulties are linked to the lack of material resources and supplies, few human resources, and little preparation of the nursing team. **Conclusion:** It appears that the facilities in humanization are related to the behavior of professionals, involvement in care, good relationships, while the weaknesses, for the most part, are beyond the governance of professionals, requiring greater attention from the institution's managers.

Keywords: Humanization. Reception. Intensive Care Unit. Assistance. Nursing.

Resumen: El presente estudio tuvo como objetivo: describir las facilidades y dificultades de los profesionales de enfermería en el cuidado humanizado en la Unidad de Cuidados Intensivos. **Método:** Investigación descriptiva, cualitativa, realizada en la UTI de un hospital general de Huambo/Angola/África, con 15 profesionales de enfermería, en 2020, por medio de entrevista semiestructurada. Para el análisis de los datos se utilizó el Discurso del Sujeto Colectivo y para la organización se utilizó el Software QualiquantiSoft versión 1.3c. **Resultados:** de los enunciados surgieron cinco ideas centrales, dos referentes a las instalaciones y tres a las dificultades para ofrecer un cuidado humanizado. Las facilidades están relacionadas con la participación del equipo multidisciplinario en el cuidado y las relaciones interpersonales del equipo de enfermería. Las dificultades están ligadas a la falta de recursos materiales e insumos, pocos recursos humanos y poca preparación del equipo de enfermería. **Conclusión:** Parece que las facilidades en la humanización están relacionadas con el comportamiento de los profesionales, involucramiento en el cuidado, buenas relaciones, mientras que las debilidades, en su mayoría, están más allá de la gobernanza de los profesionales, requiriendo mayor atención de los gestores de la institución.

Palabras Clave: Humanización. Recepción. Unidad de Terapia Intensiva. Asistencia. enfermeira.

INTRODUÇÃO

Os serviços de terapia intensiva ocupam áreas hospitalares destinadas ao atendimento de pacientes críticos que necessitem de cuidados complexos e especializados. Esses serviços têm como objetivos: concentrar recursos humanos e materiais para o atendimento de pacientes graves que exigem assistência permanente, além da utilização de recursos tecnológicos apropriados para a observação e monitorização contínua das condições vitais do paciente e para a intervenção em situações de descompensações (MARTINS *et al.*, 2019).

Em virtude da constante expectativa de situações de emergência, da alta complexidade tecnológica e da concentração de pacientes graves, sujeitos a mudanças súbitas no estado geral, o ambiente da Unidade de Terapia Intensiva (UTI) caracteriza-se como estressante e gerador de uma atmosfera emocionalmente

comprometida, tanto para os profissionais como para os pacientes e seus familiares (OUCHI *et al.*, 2018).

Na UTI, a equipe multiprofissional convive com a escassez de recursos materiais (leitos e equipamentos) e de recursos humanos e situações que geram tensão entre os profissionais e, em geral, influenciam negativamente, a qualidade da assistência prestada aos clientes (ZANATA *et al.*, 2016).

Ao entrarem em uma UTI, naturalmente pacientes e familiares, anseiam por atenção, sensibilidade de quem os atende, proximidade, afetividade e empatia. Querem a cura da doença, porém, desejam também o atendimento dos aspectos emocionais e existenciais (MACHADO; SABETZKI, 2017). Desejam que ocorra a humanização na assistência.

No universo dos serviços de saúde, é inquestionável o fato de as UTIs, serem um local de concentração de tecnologia de ponta e conseqüente saber científico especializado e fragmentado. Em função disso, pacientes e familiares acabam, muitas vezes, destituídos de sua humanidade. Assim, dentre outras questões relacionadas ao conceito de humanização, além da sensibilização dos profissionais de saúde ao lidar com o paciente, sabe-se serem importantes a atenção, interação e participação dos familiares, os quais precisam ser acolhidos e inseridos no processo de tratamento do doente; o bem estar dos profissionais para melhor disposição no cuidado ao paciente; as políticas públicas e práticas administrativas voltadas para tornar os ambientes de saúde favoráveis e adequados ao processo de humanização (MACHADO; SABETZKI, 2017).

Nessa perspectiva, a compreensão da realidade vivenciada pela equipe multiprofissional que atua em terapia intensiva requer, entre outros, a identificação dos fatores que dificultam a sua atuação, os quais podem estar contribuindo para a despersonalização do atendimento ao paciente e sua família, gerando o distanciamento, o estresse e o sofrimento da equipe (ARAUJO NETO *et al.*, 2016).

Considerando o exposto, este estudo teve como objetivo descrever as facilidades e dificuldades dos profissionais de enfermagem no cuidado humanizado na Unidade de Terapia Intensiva.

METODOLOGIA

Trata-se de um recorte da dissertação de mestrado do Programa de Pós-Graduação da Universidade Federal de Santa Catarina/UFSC. Estudo descritivo

com abordagem qualitativa, desenvolvido na UTI Adulto do Hospital Geral do Huambo, em Angola/África. A escolha dessa UTI se deve ao fato de estar em um hospital público que atende a população de onze municípios da província de Huambo. Atuam nessa UTI, com sete leitos, o total de 26 profissionais de enfermagem. Utilizou-se como critério de inclusão, estar em prática laboral na UTI, no período de coleta de dados. Participaram do estudo 15 profissionais. Os 11 profissionais que não participaram do estudo tiveram como motivo, férias (seis), e cinco afastados das atividades por serem do grupo de risco para a COVID-19.

A coleta dos dados ocorreu após aprovação do projeto pelo Comitê de Ética do Instituto Superior Politécnico de Caála/Huambo, Protocolo nº 35/2020-2021 (Anexo B). Os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice A). A técnica utilizada foi a entrevista semiestruturada, individual, realizada e transcrita pelo pesquisador principal, nos meses de junho a outubro de 2020, em local privativo da UTI, e tiveram duração média de 30 minutos.

Constava na entrevista caracterização dos participantes e pergunta relacionada as facilidades e dificuldades que encontravam para realizar o cuidado humanizado. Como as entrevistas foram realizadas durante a Pandemia pela COVID-19 respeitou-se todas as medidas de proteção, uso de máscaras, afastamento, e uso do álcool gel. Para preservar o sigilo a identidade, os profissionais foram identificados pela letra “P” de participantes, seguido do número correspondente a ordem de realização das entrevistas (P1, P2, P3,). A finalização 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), que compreende quatro figuras metodológicas: Expressões Chaves (EC), Ideias Centrais (IC) e Ancoragem (AC), Categorização e o Discurso do Sujeito Coletivo (DSC). As EC são trechos literais mais significativos dos depoimentos, expressam a essência do conteúdo; Ideias Centrais (IC) - nome que retrata o sentido de cada conjunto homogêneo de expressão chave, ela difere da EC pois diz respeito aos sentidos do depoimento. Ancoragem (AC) - está presente quando o sujeito, para dar sentido ao seu depoimento, se apoia, em um conhecimento preexistente; Categorização consiste na identificação de depoimentos que apresentam IC ou AC de sentido semelhante, à qual damos um nome. O DSC propriamente dito - união

das ECHs que têm ICs ou ACs com o mesmo significado ou significado complementar e redigido na primeira pessoa do singular (LEFÈVRE, 2017). Nesse estudo não foram identificadas AC.

Os dados foram organizados por meio do Software QualiQuantSoft versão 1.3c, o primeiro passo foi transcrever as entrevistas no Microsoft Word®. O segundo foi o cadastramento da pesquisa no Software. Na sequência, os conteúdos das respostas de cada questão por participante foram transferidos. O passo seguinte consistiu em identificar, em cada resposta, as EC e, posteriormente, identificar e nomear as IC a partir daquelas. Em seguida, foram agrupadas e denominadas as IC com sentido equivalente ou complementares, nomeadas como categoria 1, categoria 2. O último passo foi à construção do DSC construído a partir das EC com a mesma IC e correspondentes a cada categoria. O Software possibilitou ainda identificar o quantitativo de participantes do estudo que aderiram cada categoria.

RESULTADOS

Participaram da pesquisa 15 profissionais de enfermagem, 11 mulheres e quatro homens, idade média de 42 anos (32-51). Quanto à formação, sete são graduados em enfermagem, oito são técnicos, e o tempo de atuação em UTI em média 9 anos (3 a 22).

Os resultados estão atrelados a duas perguntas realizadas nas entrevistas, uma relacionada as facilidades e a outra as dificuldades para o cuidado humanizado aos pacientes. Dos depoimentos emergiram cinco DSC. Cada discurso compreende uma categoria, representando um conjunto de IC de mesmo sentido ou sentido semelhante. O DSC 1 representa o depoimento de seis participantes, no DSC 2 estão envolvidos oito, no DSC 3, cinco, o DSC 4, compreende o depoimento de 13 participantes, e o DSC 5, quatro participantes.

Pergunta 1: Quais facilidades você reconhece no contexto da UTI que favorece a assistência humanizada?

Categoria 1 – A relação interpessoal da equipe de enfermagem

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, é essa dinâmica de trabalho em equipe no nosso dia a dia. Temos uma relação muito positiva, na comunicação não temos problemas, pode haver estresse de trabalho, mas essa relação pessoal entre nós é muito boa (P6, P8, P9, P10, P12, P15).

Categoria 2 - Atuação da equipe multiprofissional favorece a humanização

DSC 2 - As facilidades é o trabalho que a gente faz em equipe, não é apenas a classe de enfermagem, mas sim um envolvimento da classe médica. Quando estamos juntos em volta de um paciente, envolvidos médicos, enfermeiros, trabalhadores de base sentimos que realmente existe um trabalho facilitado, um trabalho de humanização. Eu acho que aqui na UTI tem uma união, 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 nesta UTI, por isso, a equipe tem que trabalhar junto. (P1, P2, P4, P9, P10, P13, P14, P15).

Pergunta 2: Quais dificuldades você identifica no contexto da UTI em oferecer assistência humanizada?

Categoria 3 - quantitativo da equipe de enfermagem

DSC 3 - As dificuldades que a gente atravessa na nossa UTI são várias em prestar uma assistência humanizada a um paciente, nos falta principalmente recursos humanos, a classe de enfermagem é pouca, então tudo aquilo que era nosso objetivo às vezes fica nulo, não atingimos na integra. Às vezes o técnico é um para três ou quatro doentes na UTI que é muito cansativo, assim, o enfermeiro não chega a realizar ou concretizar todos os seus planos com o paciente porque são muitos pacientes a 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 com ventilação mecânica, como sabemos, as vezes um doente ventilado mecanicamente precisa de dois enfermeiros, um médico, e aí não temos como dar aquela assistência como devia ser. (P1, P2, P4, P6, P10).

Categoria 4 - falta de recursos materiais 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 ou não temos recursos materiais nem pessoal de limpeza, uniformes unificados o suficiente para prestarmos estes cuidados. Às vezes falta medicação, pois nem sempre a farmácia tem medicamentos suficientes indicados para as patologias que nós temos aqui na UTI, principalmente para doentes que tem edema agudo do pulmão, traumas, dificuldades dos aparelhos de ventilação. Quando o paciente precisa de alguns medicamentos e não temos na UTI, às vezes o médico prescreve para que os familiares ou os acompanhantes consigam. Algumas vezes nos falta coisas simples como um aspirador, monitores, as vezes uma linha de oxigênio, dificultando assim, em alguns momentos, uma melhor ventilação ao paciente (P1, P3, P5, P6, P7, P8, P9, P10, P11, P12, P13, P14, P15).

Categoria 5 – preparo dos profissionais de enfermagem

DSC 5 - Às vezes o trabalho é dificultado por falta de técnicos especializados. Aqui na UTI, 90% dos Enfermeiros que prestam serviço não são especialistas e isso têm dificultado para o melhor tratamento aos doentes e a atenção aos acompanhantes ou familiares dos pacientes. (P2, P12, P13, P14).

DISCUSSÃO

Para Fernandes *et al.* (2015), a multidimensionalidade do sujeito-trabalhador na enfermagem se faz a partir do reconhecimento da subjetividade, trabalhada através da reconstrução coletiva das formas de interação, de comunicação e ação, fortalecendo tanto o trabalhador quanto o usuário dos serviços de saúde, mediante a valorização das relações, assim é primordial que os profissionais de saúde reconheçam a importância de lidar com as relações interpessoais, pois a intensidade destas acabam por interferir, significativamente no cuidado prestado ao cliente.

Para Barbosa *et al.* (2021), a assistência de enfermagem tendo em conta a multidimensionalidade, constitui um processo que exige uma compreensão que vai além das ações assistenciais prestadas ao paciente, ou seja, abrange de modo geral

os sistemas e o ambiente onde a mesma se encontra, pois cabe a cada profissional de enfermagem se empenhar em prestar uma assistência humanizada, atentando sempre para as questões que podem fragilizar e interferir nessa ação, colocando-se sempre no lugar do paciente, tratando sempre com respeito, vendo o paciente como pessoa humana, não somente como um serviço ou um procedimento que precisa ser realizado.

No que se refere aos fatores que favorecem a humanização da assistência, de acordo com Rodrigues e Calengari (2016), está o trabalho interdisciplinar, que deve respeitar o potencial de cada um. É fundamental, segundo (CANGUSSO *et al.*, 2020; CASTRO *et al.*, 2021), que para ser estabelecida a humanização haja relação harmoniosa entre a equipe que presta o atendimento, ou seja que funcione a tríade equipe, familiares e pacientes, envolvendo a troca clara de informações sobre o estado real dos pacientes e procedimentos a serem realizados, visando a prevenção do impacto negativo da família diante do paciente.

Barbosa *et al.* (2021), também corroboram que quando se considera o cenário hospitalar, é necessário entender que a humanização precisa estar voltada não só ao paciente internado e aos seus familiares, mas também à própria equipe de saúde, uma vez que será pela inter-relação efetiva e afetiva existente entre eles que o cuidado poderá ser desenvolvido de maneira mais humana.

Relativo as dificuldades na ótica dos entrevistados sobre o contexto da UTI em oferecer assistência humanizada, a falta de profissionais de enfermagem e de qualificação dificulta a efetivação do cuidado humanizado, como também a falta de materiais e insumos (SANTOS; NASCIMENTO, 2019). A esse respeito, Gil; Chaves e Laus (2015) referem que os profissionais de saúde que trabalham em UTIs são confrontados diariamente com questões relativas às difíceis condições de trabalho (baixa remuneração, trabalho excessivo, insuficiência de recursos humanos e materiais, entre outros) que interferem diretamente em seus sentimentos, emoções e defesas, podendo ser causas geradoras de estresse, e desta forma o cuidado emocional que é de responsabilidade de toda a equipe de saúde, requer que a equipe esteja com boas condições emocionais para cuidar dos pacientes.

Assim, pesquisa realizada por Souza, V. S. *et al.* (2018), constatou que a falta de recursos materiais propicia obstáculos e fonte de desgaste na assistência humanizada, e muitas vezes a realidade nos mostra que os profissionais lidam com falta de aparelhos essenciais e outros materiais, fazendo com que algumas vezes

tenham que recorrer a outros serviços para empréstimos. Daí é apontada a questão de que os sectores em uma unidade hospitalar devem estar interligados, para que a compra, distribuição e manutenção de recursos materiais estejam vinculadas à administração hospitalar a fim de garantir a prestação e continuidade dos cuidados com qualidade. Ainda Souza, V. S. *et al.* (2018), refere que má gestão dos recursos humanos e materiais resulta na inadequada assistência aos pacientes, bem como a atenção demandada por pacientes e familiares que acompanham a internação, fica prejudicada em função do pouco tempo disponível dos profissionais.

Por outro lado, a inadequação da ambiência prejudica diretamente a prestação dos cuidados interdisciplinares, tanto aos pacientes como aos familiares, resultando no não atendimento as suas demandas, o que requer a criação de ambiente mais prazeroso e seguro para os indivíduos envolvidos na prestação direta do cuidado, assim como para o conforto de pacientes e familiares (TAINTER *et al.* 2016). Portanto, criar um ambiente que favoreça o conforto para o paciente e equipe multiprofissional deve ser preocupação de todos os profissionais envolvidos no contexto da UTI, incluindo gestores (LAZZARI; REISDORFER; BECKER, 2021).

Para Souza, V. S. *et al.* (2018), o dimensionamento de pessoal é conceituado como um processo sistemático que fundamenta o planejamento e a avaliação do quantitativo e qualitativo de profissionais de enfermagem necessário para prover a assistência de acordo com a singularidade dos serviços de saúde, sendo que a provisão em número e nível profissional adequada de profissionais de enfermagem deve ser uma preocupação crescente entre gestores comprometidos, justificada pela aquisição de novas tecnologias no cuidado, mudança do perfil dos pacientes, necessidade de mão de obra especializada e, principalmente, a viabilização da assistência qualificada e segura.

A esse respeito, em virtude da peculiaridade complexa da assistência prestada em Unidade de Terapia Intensiva (UTI), a verificação e a adequação quali-quantitativa da equipe de enfermagem favorecem a oferta de cuidados seguros, visto que a atuação profissional nesse serviço exige prontidão, presteza e tomada de decisões rápidas, as quais são associadas à necessidade de alta competência técnica e científica do capital humano demandada ao tratamento intensivo (FUGULIN; GAIDZINSKI; KURKGANT, 2005).

Souza, N. S. *et al.* (2018), referem que a categoria de Enfermagem ainda permanece com quantitativo menor do que o recomendado às necessidades de

cuidados, no entanto o aumento da carga de trabalho da equipe de enfermagem, comumente associado ao subdimensionamento de pessoal, é responsável por pior resultados entre indicadores de qualidade assistenciais e gerenciais dos serviços de enfermagem.

Para Gil; Chaves e Laus (2015), a escassez de alguns materiais e insumos, considerados imprescindíveis para assistência é um dos pontos que mais afligem os gestores dos serviços de enfermagem e sua equipe. O atendimento as complexidades assistenciais, exigem um nível de atenção cada vez mais elevado por parte dos profissionais de saúde, criando uma demanda crescente por recursos materiais. A esse respeito, Santos *et al.* (2020) referem que a falta de recursos materiais, e procedimentos técnicos complexos e repetitivos dentro da UTI, por vezes tornam a profissão de enfermagem como de risco ocupacional.

Cruz *et al.* (2018), defende a ideia de que com o surgimento de novas tecnologias se tornou possível observar a ocorrência de eventos indesejados e falhas na qualidade e segurança da assistência. Isso porque antes os tratamentos eram simples e seguros, porém ineficazes. Com a modernidade, as terapias se tornaram cada vez mais complexas e eficazes, no entanto, mais perigosas, o que requer muita habilidade dos profissionais, principalmente os que atuam na UTI, por outra, vale ressaltar que a falta de conhecimento e segurança dos profissionais de saúde, fazem com que acabem realizando procedimentos errados, colocando em risco a vida do paciente. Por esse motivo garantir um cuidado seguro tem sido um desafio constante para as organizações de saúde. Corroborando com isto, para Azevedo Filho; Rodrigues e Cimiotti (2018), a UTI é uma unidade especializada, que provê cuidado a pacientes graves e instáveis, e que exige profissionais de enfermagem com alto preparo técnico permanentemente.

Já para Martins *et al.* (2008), a desmotivação profissional pode interferir de modo negativo na prestação do cuidado, uma vez que a humanização e a integralidade da assistência estão baseadas em ouvir e compreender o indivíduo a ser cuidado.

Trazendo a questão de recursos humanos atrelado a humanização, em Angola, ainda é notável a escassez de recursos humanos na área da saúde (ALVES *et al.*, 2017). Mas, esforços têm sido realizados, o governo por meio do Ministério da Saúde de Angola (MINSA) realiza articulações com o Ministério do Ensino Superior para fomentar parcerias com institutos para formação de profissionais no campo da

saúde, especialmente para formação de médicos e profissionais de enfermagem, com isto, pretende-se a formação de profissionais na área da saúde devidamente capacitados para atuação na assistência de saúde de toda a população do território de Angola (FERRINHO *et al.*, 2020), Por outro lado observa-se desigualdade na distribuição dos recursos humanos existentes no campo da saúde, entre as áreas rurais e urbanas (SAMBUNDO, 2020).

Como limitação, destaca-se o fato de ter sido realizado com profissionais de enfermagem apenas de uma UTI.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Foram identificados pelos participantes alguns fatores que facilitam a humanização do atendimento, e que estão relacionados aos esforços tanto individuais quanto coletivos envolvendo a equipe multiprofissional, sem, contudo, contemplar iniciativas da gestão da UTI ou da gestão hospitalar para tornar o cuidado humanizado, acolhedor na UTI. Enquanto que na Identificação dos elementos que dificultam a implementação da assistência humanizada, parte dos entrevistados relataram que a falta de recursos humanos, materiais, insumos e profissionais de enfermagem mais qualificados. Apesar de serem fatores que estão mais relacionadas ao gerenciamento da UTI e em particular da Unidade Hospitalar, podem colocar em risco a qualidade assistencial praticada pelos profissionais de enfermagem na UTI, o que requer rápida resolução para que a assistência humanizada seja praticada.

REFERÊNCIAS

ALVES, S. M. C. *et al.* Cooperação internacional e escassez de médicos: análise da interação entre Brasil, Angola e Cuba. **Ciênc. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, RJ, v. 22, n. 7, p. 2.223-2.235, 2017. Doi: <https://doi.org/10.1590/1413-81232017227.03512017>.

ARAUJO NETO, J. D. *et al.* Profissionais de saúde da unidade de terapia intensiva: percepção dos fatores restritivos da atuação multiprofissional. **Rev. Bras. Promoç. Saúde**, Fortaleza, CE, v. 29, n. 1, p. 43-50, jan./mar. 2016. Disponível em: <https://periodicos.unifor.br/RBPS/article/view/4043/pdf>. Acesso em: 01 ago. 2021.

AZEVEDO FILHO, F. M.; RODRIGUES, M.C.; CIMIOTTI, J. P. Ambiente da prática de enfermagem em unidades de terapia intensiva. **Acta Paul. Enferm.**, São Paulo, SP, v. 31, n. 2, p. 217-223, 2018. Doi: <https://doi.org/10.1590/1982-0194201800031>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ape/a/GTN7jr9bkJMTmMtLBx9N5xz/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 30 ago. 2019.

BARBOSA, E. B. *et al.* Fatores que difundem a assistência de enfermagem humanizada na unidade de terapia intensiva. **REAS**, São Paulo, SP, v. 13, n. 4, Art. n. e7082, abr. 2021. Doi: <https://doi.org/10.25248/reas.e7082.2021>.

CANGUSSU, D. D. D.; SANTOS, J. F. S.; FERREIRA, M. C. Humanização em unidade de terapia intensiva na percepção dos profissionais da saúde. **REVISA**, Valparaíso de Goiás, GO, v. 9, n. 2, p. 167-174, 2020. Doi: <https://doi.org/10.36239/revisa.v9.n2.p167a174>.

CASTRO, L. P.; ARAÚJO, A. H. I. M.; MENDES, M. I. O. I. Papel do gestor em saúde na humanização do cuidado em unidade de terapia intensiva. **Rev. JRG Est. Acad.**, Brasília, DF, Ano IV, v. 4, n. 8, p. 86-96, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.5281/zenodo.4603153>. Acesso em: 10 Nov. 2019.

CRUZ, F. F. *et al.* Segurança do paciente na UTI: uma revisão da literature. **Rev. Cient. FacMais**, Inhumas, GO, v. XII, n. 1, 1º Sem., p. 167-187, abr. 2018.

FERNANDES, H. N.; *et al.* Relacionamento interpessoal no trabalho da equipe multiprofissional de uma unidade de saúde da família. **J. Res.: Fundam. Care.**, Rio de Janeiro, RJ, v. 7, n. 1, p. 1915-1926, jan.-mar. 2015. Doi: 10.9789/2175-5361.2015.v7i1.1915-1926. Disponível em: http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/3361/pdf_1429. Acesso em: 14 jan. 2021.

FERRINHO, P. *et al.* Formação inicial em ciências da saúde em Angola: comparação dos perfis dos alunos de diferentes cursos (medicina, enfermagem e TDT), em diferentes níveis de ensino (básico, médio e superior). **Anais do Instituto de Higiene Tropical**, Lisboa, v. 19: Pandemias, epidemias e crises humanitárias: proteger os recursos humanos em saúde, p. 87-96, 2020. DOI: <https://doi.org/10.25761/anaisiht.360>. Disponível em: <https://anaisiht.com/index.php/ihmt/article/view/360/294>. Acesso em: 14 jan. 2021.

FUGULIN, F. M. T.; GAIDZINSKI, R. R.; KURKGANT, P. Sistema de classificação de pacientes: identificação do perfil assistencial dos pacientes das unidades de internação do HU-USP. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, SP, v. 13, n. 1, p. 72-78, fev. 2005. Doi: <https://doi.org/10.1590/S0104-11692005000100012>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rlae/a/C5p9kcnnFkxV3Cm3JJfVQjx/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 15 Nov. 2020.

GIL, R. B.; CHAVES, L. D. P.; LAUS, A. M. Gerenciamento de recursos materiais com enfoque na queixa técnica. **Rev. Eletr. Enf.**, Goiânia, GO, v. 17, n. 1, p. 100-107, 2015. Doi: 10.5216/ree.v17i1.27544. Disponível em: <https://revistas.ufg.br/fen/article/view/27544>. Acesso em: 15 Nov. 2020.

LAZZARI, D. D.; REISDORFER, N.; BECKER, A. Ambiência em terapia intensiva: desafios e fortalezas do trabalho. *In*: Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn). **Programa de Atualização em Enfermagem: Terapia Intensiva (PROENF-TI)**. Porto Alegre: Artmed Pan-americana, 2021.

LEFÈVRE, F. **Discurso do sujeito coletivo**: nossos modos de pensar, nosso eu coletivo. São Paulo: Andreoli, 2017.

MACHADO, C.; SABETZKI, S. **Humanização parapsíquica na UTI**: assistência integral ao paciente crítico. Foz do Iguaçu: Editares, 2017. 368p.

MARTINS, F. R. *et al.* Necessidades de qualificação do processo de trabalho da Enfermagem em UTI pediátrica. **Id on Line Rev. Mult. Psic.** Jaboatão dos Guararapes, PE, v. 13, n. 43, p. 322-328, 2019. Disponível em: <https://idonline.emnuvens.com.br/id/article/view/1524/2261>. Acesso em: 30 jun. 2021.

MARTINS, J. J. *et al.* O acolhimento à família na Unidade de Terapia Intensiva: conhecimento de uma equipe multiprofissional. **Rev. Eletr. Enf.** Goiânia, GO, v. 10, n. 4, p. 1091-1101, 2008. Doi: 10.5216/ree.v10.46816. Disponível em: <https://revistas.ufg.br/fen/article/view/46816/22970>. Acesso em: 10 Nov. 2020.

OUCHI, J. D. *et al.* O papel do enfermeiro na unidade de terapia intensiva diante de novas tecnologias em saúde. **Saúde Foco**, Rio de Janeiro, RJ, Edição nº 10, p. 412-428, 2018. Disponível em: https://portal.unisepe.com.br/unifia/wp-content/uploads/sites/10001/2018/07/054_O_PAPEL_DO_ENFERMEIRO_NA_UNIDADE_DE_TERAPIA_INTENSIVA.pdf. Acesso em: 25 set. 2020.

RODRIGUES, A. C.; CALENGARI, T. C. Humanização da assistência na unidade de terapia intensiva pediátrica: perspectiva da equipe de enfermagem. **REME - Rev. Min. Enferm.** Belo Horizonte, MG, v. 20, e-933, 2016. Doi: <http://www.dx.doi.org/10.5935/1415-2762.20160003>. Disponível em: https://cdn.publisher.gn1.link/reme.org.br/pdf/e933_en.pdf. Acesso em: 22 nov. 2020.

SAMBUNDO, A. D. J. **Angola**: organização da atenção primária a saúde e atuação do enfermeiro. 2020. F. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Enfermagem)- Curso de Enfermagem, Centro Universitário de Anápolis, GO, UniEvangélica, Anápolis, GO, 2020. Disponível em: repositorio.aee.edu.br. Acesso em: 26 mar. 2021.

SANTOS, E. L. *et al.* Assistência humanizada: percepção do enfermeiro intensivista. **Rev. Baiana Enferm.** Salvador, BA, v. 32, Art. n. e-23680, 2020. Doi:

10.18471/rbe.v32.23680. Disponível em:
<https://periodicos.ufba.br/index.php/enfermagem/article/view/23680/15925>. Acesso em: 20 set. 2020.

SANTOS, L. C.; NASCIMENTO, E. B. B. Qualidade de vida dos profissionais de enfermagem que atuam em UTI: uma revisão bibliográfica. **Rev. Artigos.com**, São Paulo, SP, v. 2, Art. n. e1200, 2019. Disponível em:
<https://acervomais.com.br/index.php/artigos/article/view/1200/531>. Acesso em: 20 set. 2020.

SOUZA, V. S. *et al.* Dimensionamento do pessoal de enfermagem na terapia intensiva adulto. **REME - Rev. Min. Enferm.** Belo Horizonte, MG, v. 22, e-1121, 2018. Doi: <http://www.dx.doi.org/10.5935/1415-2762.20180056>. Disponível em:
<https://cdn.publisher.gn1.link/reme.org.br/pdf/e1121.pdf>. Acesso em: 20 set. 2020.

TAINTER, C. R. A. *et al.* Noise levels in surgical ICUs are consistently above recommended standards. **Crit. Care Med.** Baltimore, v. 44, n. 1, p. 147-152, Jan. 2016. Doi: 10.1097/CCM.0000000000001378.

ZANATA, A. M.; ANGELIS, J. OLIVEIRA, F; CAMPOS, R. UTI geral de idosos. **Revista de Ciências da Saúde**, RJ, 2016.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Considerando-se os objetivos propostos neste estudo, no que se refere ao conhecimento do significado de cuidado humanizado, os profissionais, na sua maioria, entendem que humanizar é ter empatia e sobretudo atenção ao paciente de forma integral.

Com relação a identificação do cuidado humanizado que oferecem aos pacientes, referiram que ocorre quando realizam o cuidado com segurança, quando do alívio do sofrimento, no momento do conforto, o fato de respeitarem a identidade do paciente, quando individualizam a assistência, e atendem as suas necessidades.

Quanto aos recursos necessários para prestar uma assistência de enfermagem humanizada, identificou-se nos discursos de alguns entrevistados, que os recursos humanos e materiais são essenciais para prestação de uma assistência humanizada.

Dentre as facilidades em oferecer a assistência humanizada na UTI apontaram dentre outras envolvimento da equipe multiprofissional no cuidado, e as relações interpessoais da equipe de enfermagem.

No que se refere as dificuldades foram identificados: o quantitativo insuficiente de profissionais, e a falta de capacitação promovida pela instituição, aliada à falta e qualidade de materiais e insumos. Esses fatores acabam por colocar em risco a qualidade assistencial praticada pelos profissionais de enfermagem na UTI, o que carece de uma rápida resolução para que a assistência humanizada seja praticada repercutindo na satisfação dos pacientes, familiares e profissionais .

Embora o processo de trabalho da UTI proporcione aos profissionais desgastes e envolva fatores que constituem obstáculos para a oferta da assistência humanizada, a equipe de enfermagem ainda consegue prestar cuidados voltados não somente para a objetividade do ser humano.

Julga-se que este estudo, além de contribuir para a reflexão dos profissionais de enfermagem sobre o cuidado humanizado na UTI, contribui também, para produção do conhecimento de enfermagem em especial em Angola, e poderá subsidiar os gestores da instituição na construção de políticas de recursos humanos e materiais para o cuidado com qualidade na UTI.

Aponto como principais aspectos positivos do mestrado: ampliar meus

conhecimentos na área da pesquisa científica em saúde; contribuir com a qualidade da assistência humanizada, em especial na UTI e em todos os ramos do MINSA em Angola, e com a produção científica relacionada a humanização.

Aposto entre as dificuldades a minha adaptação no País, e no Curso, mas felizmente houve sempre apoio dos meus colegas angolanos e brasileiros, principalmente da minha Orientadora. Algumas dificuldades na realização do estudo estavam relacionadas a pouca produção científica sobre o tema Humanização em UTI por profissionais angolanos com vasta experiência profissional, provavelmente como consequência do pouco incentivo por parte dos gestores das instituições de saúde e de ensino.

REFERÊNCIAS

ALVES, S. M. C. *et al.* Cooperação internacional e escassez de médicos: análise da interação entre Brasil, Angola e Cuba. **Ciênc. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, RJ, v. 22, n. 7, p. 2.223-2.235, 2017. Doi: <https://doi.org/10.1590/1413-81232017227.03512017>.

ARAUJO NETO, J. D. *et al.* Profissionais de saúde da unidade de terapia intensiva: percepção dos fatores restritivos da atuação multiprofissional. **Rev. Bras. Promoç. Saúde**, Fortaleza, CE, v. 29, n. 1, p. 43-50, jan./mar. 2016. Disponível em: <https://periodicos.unifor.br/RBPS/article/view/4043/pdf>. Acesso em: 01 ago. 2021.

ARAÚJO, E. J. M. *et al.* Satisfação dos familiares com a humanização da assistência em UTI. **Sanare**, Sobral, v. 18, n. 1, p. 6-11, 2016. Disponível em: <https://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/download/1300/681>. Acesso em: 30 ago. 2019.

ASSOCIAÇÃO DE MEDICINA INTENSIVA DO BRASIL (AMIB). Programa de Competências em Medicina Intensiva (PROCOMI): Matriz de competência. São Paulo, SP: AMIB, 2019/2020. Disponível em: https://www.amib.org.br/fileadmin/user_upload/Matriz_de_Competencias_finalizada_2019.pdf. Acesso em: 01 ago. 2021.

AZEVEDO FILHO, F. M.; RODRIGUES, M.C.; CIMIOTTI, J. P. Ambiente da prática de enfermagem em unidades de terapia intensiva. **Acta Paul. Enferm.**, São Paulo, SP, v. 31, n. 2, p. 217-223, 2018. Doi: <https://doi.org/10.1590/1982-0194201800031>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ape/a/GTN7jr9bkJMTmMtLBx9N5xz/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 30 ago. 2019.

BACKS, M. T. S.; ERDMANN, A. L.; BUSCHER, A. O ambiente vivo, dinâmico e complexo de cuidados em Unidade de Terapia Intensiva. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, SP, v. 23, n. 3, p. 411-418, 2016. Disponível em: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=281442223008>. Acesso em: 30 ago. 2019.

BARBOSA, E. B. *et al.* Fatores que difundem a assistência de enfermagem humanizada na unidade de terapia intensiva. **REAS**, São Paulo, SP, v. 13, n. 4, Art. n. e7082, abr. 2021. Doi: <https://doi.org/10.25248/reas.e7082.2021>.

BARR, J.; FRASER, G. L.; PUNTILLO; K. American College of Critical Care Medicine. Clinical practice guidelines for the management of pain, agitation, and delirium in adult patients in the Intensive Care Unit: executive summary. **Am. J. Health Syst. Pharm.** v. 70, n. 1, p. 53-58, 2015. Doi: 10.1093/ajhp/70.1.53.

BECCARIA, L. M. *et al.* Visita em Unidades de Terapia Intensiva: concepção dos familiares quanto à humanização do atendimento. **Arq. Cienc. Saúde**, São José do

Rio Preto, SP, v. 15, n. 2, p. 65-69, abr./jun. 2018. Disponível em: https://repositorio-racs.famerp.br/racs_ol/vol-15-2/id%20263.pdf. Acesso em: 30 ago. 2019.

BOLELA, F.; JERICÓ, M. C. Unidades de terapia intensiva: considerações da literatura acerca das dificuldades e estratégias para sua humanização. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, RJ, v. 10, n. 2, p. 301-308, ago. 2006. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ean/a/bzWqL4GBZhk74wJn637bbjB/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 10 Nov. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Rede HumanizaSUS**: documento base para gestores e trabalhadores do SUS. 4. ed. Brasília, DF: MS, 2010. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizasus_documento_gestores_trabalhadores_sus.pdf. Acesso em: 20 set. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Humanização (PNH)**. Brasília, DF: MS, 2015. 16p. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/folder/politica_nacional_humanizacao_pnh_1ed.pdf. Acesso em: 30 Mar. 2021.

CANGUSSU, D. D. D.; SANTOS, J. F. S.; FERREIRA, M. C. Humanização em unidade de terapia intensiva na percepção dos profissionais da saúde. **REVISA**, Valparaíso de Goiás, GO, v. 9, n. 2, p. 167-174, 2020. Doi: <https://doi.org/10.36239/revisa.v9.n2.p167a174>.

CASTRO, L. P.; ARAÚJO, A. H. I. M.; MENDES, M. I. O. I. Papel do gestor em saúde na humanização do cuidado em unidade de terapia intensiva. **Rev. JRG Est. Acad.**, Brasília, DF, Ano IV, v. 4, n. 8, p. 86-96, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.5281/zenodo.4603153>. Acesso em: 10 Nov. 2019.

CHAGAS, D. C.; PEREIRA, D. A.; CASTRO, F. L. M. Qualidade da assistência de enfermagem no setor de urgência de um hospital público de Teresina. **Rev. Interdisciplinar**, Teresina, PI, v. 8, n. 1, p. 26-36, 2015.

CHAXMBE, O. C. M. Política de saúde em Angola e os desafios do serviço social na humanização do atendimento hospitalar em Luanda. *In*: CONGRESSO BRASILEIRO DE ASSISTENTES SOCIAIS, 16; 30 de outubro a 3 de novembro de 2019. **Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais**, Brasília, DF, v. 16, n. 1, 11 p., 2019. Disponível em: <https://broseguini.bonino.com.br/ojs/index.php/CBAS/article/view/833/813>. Acesso em: 10 Nov. 2019.

COELHO, C. B. T.; YANKASKAS, J. R. Novos conceitos em cuidados paliativos na Unidade de Terapia Intensiva. **Rev. Bras. Ter. Intensiva**, São Paulo, SP, v. 29, n. 2, p. 222-230, abr.-jun. 2017. Doi: <https://doi.org/10.5935/0103-507X.20170031>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbti/a/X4nn5V6xc6zVc3qh8SRDXQk/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 01 ago. 2021.

CRUZ, F. F. *et al.* Segurança do paciente na UTI: uma revisão da literature. **Rev. Cient. FacMais**, Inhumas, GO, v. XII, n. 1, 1º Sem., p. 167-187, abr. 2018.

DESAI, S. V.; LAW, T. J.; NEEDHAM, D. M. Long-term complications of critical care. **Crit. Care Med.** v. 39, n. 2, p. 371-379, 2011. Doi: 10.1097/CCM.0b013e3181fd66e5.

EULÁLIO, M. C. *et al.* Unidade de terapia intensiva: significados para pacientes em tratamento. **Cienc. Saúde**, Maringá, PR, v. 9, n. 3, p. 182-189, set.-dez. 2016. Doi:10.15448/1983-652X.2016.3.23990. Disponível em: <https://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/faenfi/article/view/23990/1503>. Acesso em: 01 ago. 2021.

FELIX, T. A. *et al.* Prática de Humanização na visita em unidade de terapia intensiva. **Rev. Enferm. Contemp.** Salvador, BA, v. 3, n. 2, p. 143-153, dez. 2014. Doi: <https://doi.org/10.17267/2317-3378rec.v3i2.381>. Disponível em: <https://www5.bahiana.edu.br/index.php/enfermagem/article/view/381>. Acesso em: 01 ago. 2021.

FERNANDES, H. N.; *et al.* Relacionamento interpessoal no trabalho da equipe multiprofissional de uma unidade de saúde da família. **J. Res.: Fundam. Care.**, Rio de Janeiro, RJ, v. 7, n. 1, p. 1915-1926, jan.-mar. 2015. Doi: 10.9789/2175-5361.2015.v7i1.1915-1926. Disponível em: http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/3361/pdf_1429. Acesso em: 14 jan. 2021.

FERREIRA, L. L. *et al.* Cuidado de enfermagem nas infecções relacionadas à assistência à saúde: *Scoping review*. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, DF, v. 72, n. 2, p. 498-505, mar.-abr. 2019. Doi: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0418>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/ss448xpvyh4jL8hZjNrvxn/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 14 jan. 2021.

FERREIRA, L. R.; ARTMANN, E. Discursos sobre humanização: profissionais e usuários em uma instituição complexa de saúde. **Ciênc. Saúde Colet.** Rio de Janeiro, RJ, v. 23, n. 5, p. 1437-1450, maio 2018. Doi: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018235.14162016>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/T7kRmxV7k8xCP4CgHMyxCDr/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 14 jan. 2021.

FERRINHO, P. *et al.* Formação inicial em ciências da saúde em Angola: comparação dos perfis dos alunos de diferentes cursos (medicina, enfermagem e TDT), em diferentes níveis de ensino (básico, médio e superior). **Anais do Instituto de Higiene Tropical**, Lisboa, v. 19: Pandemias, epidemias e crises humanitárias: proteger os recursos humanos em saúde, p. 87-96, 2020. DOI: <https://doi.org/10.25761/anaisiht.360>. Disponível em: <https://anaisiht.com/index.php/ihmt/article/view/360/294>. Acesso em: 14 jan. 2021.

FLICK, O. **Introdução à Metodologia de Pesquisa**: um guia para iniciantes. Porto Alegre: Penso, 2013. 256 p. (Métodos de pesquisa).

FREIRE, M. E. *et al.* Qualidade de vida relacionada à saúde de pacientes com câncer avançado: uma revisão integrativa. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, SP, v. 48, n. 2, p. 357-367, apr. 2014. Doi: : 10.1590/S0080-623420140000200022.

FUGULIN, F. M. T.; GAIDZINSKI, R. R.; KURKGANT, P. Sistema de classificação de pacientes: identificação do perfil assistencial dos pacientes das unidades de internação do HU-USP. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, SP, v. 13, n. 1, p. 72-78, fev. 2005. Doi: <https://doi.org/10.1590/S0104-11692005000100012>.

Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/rlae/a/C5p9kcnnFkxV3Cm3JJfVQjx/?format=pdf&lang=pt>.

Acesso em: 15 Nov. 2020.

GIL, R. B.; CHAVES, L. D. P.; LAUS, A. M. Gerenciamento de recursos materiais com enfoque na queixa técnica. **Rev. Eletr. Enf.**, Goiânia, GO, v. 17, n. 1, p. 100-107, 2015. Doi: 10.5216/ree.v17i1.27544. Disponível em:

<https://revistas.ufg.br/fen/article/view/27544>. Acesso em: 15 Nov. 2020.

GOUVEIA-PAULINO, F. G.; FRANCO, M. H. P. Humanização do processo assistencial: a família como cuidadora. *In*: KNOBEL, E.; ANDREOLI, P. B. A.; ERLICHMAN, M. R. (Orgs.). **Psicologia da humanização**: assistência aos pacientes graves. São Paulo, SP: Atheneu, 2008. p. 218-229.

HUAMBO - Município, Angola. (22 Dez. 2020). Google Maps. Google. 2021.

Disponível em:

<https://www.google.com.br/maps/search/Munic%C3%ADpios+da+Prov%C3%ADncia+de+Huambo,+Angola/@-12.6700729,15.6168888,9z>. Acesso em: 15 Nov. 2021.

INOUE, K. C.; MATSUDA, L. M. Dimensionamento da equipe de enfermagem da UTI-adulto de um hospital ensino. **Rev. Eletr. Enf.** Goiânia, GO, v. 11, n. 1, p. 55-63, 2016. Doi: <https://doi.org/10.5216/ree.v11.46870>. Disponível em:

<https://revistas.ufg.br/fen/article/view/46870/22993>. Acesso em: 10 Nov. 2020.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA (INE), Angola. Objectivos de Desenvolvimento Sustentável. **Relatório de Indicadores de Linha de Base Agenda 2030**, Angola: Luanda, 2018. Disponível em:

https://www.ao.undp.org/content/dam/angola/docs/Publications/UNDP_AO_Relat%C3%B3rio%20ODS_IND_BASE_FINAL%202018.pdf. Acesso em: 23 dez. 2020.

LA CALLE, G. H.; MARTIN, M. C.; NIN, N. Buscando humanizar os cuidados intensivos. **Rev. Bras. Ter. Intensiva**, São Paulo, SP, v. 29, n. 1, p. 9-13, jan./mar. 2017. Doi: <https://doi.org/10.5935/0103-507X.20170003>. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/rbti/a/9sDvqzdt5nRP8QStGyGvyxk/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em :06 mar. 2020.

LAZZARI, D. D.; REISDORFER, N.; BECKER, A. Ambiência em terapia intensiva: desafios e fortalezas do trabalho. *In: Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn). Programa de Atualização em Enfermagem: Terapia Intensiva (PROENF-TI)*. Porto Alegre: Artmed Pan-americana, 2021.

LEFÈVRE, F. **Discurso do sujeito coletivo**: nossos modos de pensar, nosso eu coletivo. São Paulo: Andreoli, 2017.

LEFEVRE, F.; LEFEVRE, A. M. C. **Pesquisa de representação social**: um enfoque qualiquantitativo: a metodologia do Discurso do Sujeito Coletivo. 2. ed. Brasília, DF: Liber Livro, 2012. 224 p.

LEITE, M. A.; VILA, V. S. C. Dificuldades vivenciadas pela equipe multiprofissional na unidade de terapia intensiva. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, SP, v. 13, n. 2, p. 145-150, mar./abr. 2005. Doi: <https://doi.org/10.1590/S0104-11692005000200003>.

LIMA, R. C.; BRÊTAS, J. R. S. Estudo comparativo entre séries de graduação em enfermagem: representações dos cuidados ao corpo do cliente. **Paul. Enferm.**, São Paulo, SP, v. 19, n. 4, p. 379-386, dez. 2006. Doi: <https://doi.org/10.1590/S0103-21002006000400003>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ape/a/hH943c4MqT9kvGwvtbQWrjc/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 30 ago. 2019.

LOPES, S. M. **Humanização de assistência dos cuidados de enfermagem no atendimento ao doente etílico**. 2015. 73f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Enfermagem) - Escola Superior de Saúde, Universidade do Mindelo, Cabo Verde, São Vicente, 2015. Disponível: <http://www.portaldoconhecimento.gov.cv/handle/10961/4836>. Acesso em: 22 Fev. 2021.

LUCENA, A. F.; CROSSETTI, M. G. O. Significado do cuidar na unidade de terapia intensiva. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, RS, v. 25, n. 2, p. 243-256, ago. 2004. Disponível: <https://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/23524/000504655.pdf?sequence=1>. Acesso em: 22 Fev. 2021.

LUIZ, F. F.; CAREGNATO, R. C. A.; COSTA, M. R. Humanization in the Intensive Care: perception of family and healthcare professionals. **Rev. Bras. Enferm.** v. 70, n. 5, p. 1040-1047, sep.-oct. 2017. Disponível: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0281>. Acesso em: 22 Fev. 2021.

LUVISARO, B. M. O. *et al.* Equivalência conceitual de itens e semântica da versão brasileira do instrumento EORTC QLQ-ELD14 para avaliação de qualidade de vida em idosos com câncer. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, Rio de Janeiro, RJ, v. 20, n. 1, p. 20- 33, 2017. Disponível em: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=403850707003>. Acesso em: 22 Fev. 2021.

MACHADO, C.; SABETZKI, S. **Humanização parapsíquica na UTI**: assistência integral ao paciente crítico. Foz do Iguaçu: Editares, 2017. 368p.

MARINHO, P. M. L. *et al.* Construção e validação de instrumento de avaliação do uso de tecnologias leves em Unidades de Terapia Intensiva. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, SP, v. 24, Art. n. e2816, 2016. Doi: <https://doi.org/10.1590/1518-8345.1002.2816>.

MARTINS, F. R. *et al.* Necessidades de qualificação do processo de trabalho da Enfermagem em UTI pediátrica. **Id on Line Rev. Mult. Psic.** Jaboatão dos Guararapes, PE, v. 13, n. 43, p. 322-328, 2019. Disponível em: <https://idonline.emnuvens.com.br/id/article/view/1524/2261>. Acesso em: 30 jun. 2021.

MARTINS, J. J. *et al.* O acolhimento à família na Unidade de Terapia Intensiva: conhecimento de uma equipe multiprofissional. **Rev. Eletr. Enf.** Goiânia, GO, v. 10, n. 4, p. 1091-1101, 2008. Doi: 10.5216/ree.v10.46816. Disponível em: <https://revistas.ufg.br/fen/article/view/46816/22970>. Acesso em: 10 Nov. 2020.

MEDEIROS, A. C. *et al.* Integralidade e humanização na gestão do cuidado de enfermagem na Unidade de Terapia Intensiva. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, SP, v. 50, n. 5, p. 817-823, sep.-oct. 2016. Doi: <https://doi.org/10.1590/S0080-623420160000600015>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reeusp/a/rNrN8QYGBq65CLXrnQvcSPD/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 26 Ago. 2020.

MICHELAN, V. C. A.; SPIRI, W. C. Percepção da humanização dos trabalhadores de enfermagem em terapia intensiva. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, DF, v. 71, n. 2, p. 397-404, 2018. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0485>.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo, SP: Hucitec, 2013.

MONGIOVI, V. G. *et al.* Reflexões conceituais sobre humanização da saúde: concepção de enfermeiros de Unidades de Terapia Intensiva. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, DF, v. 67, n. 2, p. 306-311, mar./abr. 2014. Doi: <https://doi.org/10.5935/0034-7167.20140042>.

NEEDHAM, D. M. *et al.* Improving long-term outcomes after discharge from intensive care unit: report from a stakeholders' conference. **Crit Care Med**. V. 40, n. 2, p. 502-509, 2012.

NOVARETTI, M. C. Z; QUITÉRIO, L. M.; SANTOS, E. V. Gestão em unidades de terapia intensiva brasileiras: estudo bibliométrico dos últimos 10 anos. **RAHIS**, Belo Horizonte, MG, v. 12, n. 4. p. 16-33, 2015. Doi: <https://doi.org/10.21450/rahis.v12i4.2623>. Disponível em:

<https://revistas.face.ufmg.br/index.php/rahis/article/view/2623/1633>. Acesso em: 25 set. 2020.

OLIVEIRA, M. S. **Processo de descentralização do Serviço Nacional de Saúde de Angola**. 2010. 377 f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2010.

Disponível em:

https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/iciict/2609/1/ENSP_Tese_Oliveira_Miguel_Santos.pdf. Acesso em: 25 set. 2020.

OLIVEIRA, T. T. **Cuidado humanizado na unidade de terapia intensiva: uma revisão de literatura**. 2018. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Enfermagem) - Universidade Vale do Rio Verde de Três Corações (Unincor). Vale do Rio Verde, 2018.

OLSEN, W. K. **Coleta de dados: debates e métodos fundamentais em pesquisa social**. Porto Alegre: Penso, 2015. 231 p.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). Escritório Regional para África. **OMS e Ministério da Saúde de Angola definem prioridades para o novo Ciclo de Cooperação**. Luanda, Angola: Abr. 2019. Disponível em:

<https://www.afro.who.int/pt/news/oms-e-ministerio-da-saude-de-angola-definem-prioridades-para-o-novo-ciclo-de-cooperacao>. Acesso em: 25 set. 2020.

OUCHI, J. D. *et al.* O papel do enfermeiro na unidade de terapia intensiva diante de novas tecnologias em saúde. **Saúde Foco**, Rio de Janeiro, RJ, Edição nº 10, p. 412-428, 2018. Disponível em: https://portal.unisepe.com.br/unifia/wp-content/uploads/sites/10001/2018/07/054_O_PAPEL_DO_ENFERMEIRO_NA_UNIDADE_DE_TERAPIA_INTENSIVA.pdf. Acesso em: 25 set. 2020.

PERBONI, J. S.; SILVA, R. C.; OLIVEIRA, S. G. A humanização do cuidado na emergência na perspectiva de enfermeiros: enfoque no paciente politraumatizado.

Interações, Campo Grande, MS, v. 20, n. 3, p. 959-972, jul./set. 2019. Doi:

<https://doi.org/10.20435/inter.v0i0.1949>. Disponível em:

<https://interacoesucdb.emnuvens.com.br/interacoes/article/view/1949/pdf>. Acesso em: 20 set. 2020.

PEREIRA, M. M. M.; GERMANO, R. M.; CÂMARA, A. G. Aspectos da assistência de enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva. **Rev. Enferm. UFPE on line**, Recife, PE, v. 8, n. 3, p. 545-554, mar., 2014. Doi: <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v8i3a9709p545-554-2014>. Disponível em:

<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/9709/9782>. Acesso em: 20 set. 2020.

PINA, R. Z.; LAPCHINSK, L. F.; PUPULIM, J. S. L. Percepção de pacientes sobre o período de internação em Unidade de Terapia Intensiva. **Cienc. Cuid. Saúde**, Maringá, PR, v. 7, n. 4, p. 503-538, 2015. Doi:

<https://doi.org/10.4025/ciencuidsaude.v7i4.6658>. Disponível em :

<https://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/6658/3916>. Acesso em: 01 ago. 2021.

PISSAIA, L. F.; THOMAS, J. New emergency and emergency scenarios: intersections with the first Meeting of Nursing Caring in Emergencies of Coren-RS. **Res., Soc. Dev.**, v. 8, n. 5, Art. n. e685938, 2019. Doi: <https://doi.org/10.33448/rsd-v8i5.938>. Disponível em: <https://www.rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/938/799>. Acesso em: 22 nov. 2020.

PUPULIM, J. S. L.; SAWADA, N. O. O cuidado de enfermagem e a invasão da privacidade do doente: uma questão ético-moral. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, SP, v. 10, n. 3, p. 433-438, maio/jun. 2002. Doi: <https://doi.org/10.1590/S0104-11692002000300018>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rlae/a/RRn7mD9ShvjmTpzqbcxfRB/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 22 nov. 2020.

QUEZA, A. J. **Sistema de Saúde em Angola**: uma proposta à luz da reforma do Serviço Nacional de Saúde em Portugal. 2010. 81f. Dissertação (Mestrado Integrado em Medicina)- Faculdade de Medicina, Universidade do Porto, Porto, Portugal, 2016.

RAUEN, F. J. **Roteiros de Iniciação Científica**: os primeiros passos da pesquisa científica desde a concepção até a produção e a apresentação. Palhoça, SC: Ed. Unisul, 2015.

REPÚBLICA DE ANGOLA. Ministério da Saúde. **Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário (2012-2025)**. Angola: MS, 2016. Disponível em: <https://www.mindbank.info/item/3460>. Acesso em: 30 ago. 2019.

RODRIGUES, A. C.; CALENGARI, T. C. Humanização da assistência na unidade de terapia intensiva pediátrica: perspectiva da equipe de enfermagem. **REME - Rev. Min. Enferm.** Belo Horizonte, MG, v. 20, e-933, 2016. Doi: <http://www.dx.doi.org/10.5935/1415-2762.20160003>. Disponível em: https://cdn.publisher.gn1.link/reme.org.br/pdf/e933_en.pdf. Acesso em: 22 nov. 2020.

SAMBUNDO, A. D. J. **Angola**: organização da atenção primária a saúde e atuação do enfermeiro. 2020. F. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Enfermagem)- Curso de Enfermagem, Centro Universitário de Anápolis, GO, UniEvangélica, Anápolis, GO, 2020. Disponível em: repositorio.aee.edu.br. Acesso em: 26 mar. 2021.

SANCHES, R. C. N. *et al.* Percepções de profissionais de saúde sobre a humanização em unidade de terapia intensiva adulto. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, RJ, v. 20, n. 1, p. 45-54, jan.-mar. 2016. Doi: <https://doi.org/10.5935/1414-8145.20160007>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ean/a/BW3Gk8qG8BgCj6JG6LdKy9F/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 26 Ago. 2020.

SANTOS, A. C. C. **Sistematização da Assistência de Enfermagem numa UTI Geral**: um contributo para a sua implementação. 2016. 108p. Dissertação (Mestrado em Educação para a Saúde) – Escola Superior de Saúde de Viseu (ESSV), Instituto Superior Politécnico de Viseu (IPV), Viseu, Portugal, 2016. Disponível em: <https://1library.org/document/download/q01e30xz>. Acesso em: 20 set. 2020.

SANTOS, E. L. *et al.* Assistência humanizada: percepção do enfermeiro intensivista. **Rev. Baiana Enferm.** Salvador, BA, v. 32, Art. n. e-23680, 2020. Doi: 10.18471/rbe.v32.23680. Disponível em: <https://periodicos.ufba.br/index.php/enfermagem/article/view/23680/15925>. Acesso em: 20 set. 2020.

SANTOS, L. C.; NASCIMENTO, E. B. B. Qualidade de vida dos profissionais de enfermagem que atuam em UTI: uma revisão bibliográfica. **Rev. Artigos.com**, São Paulo, SP, v. 2, Art. n. e1200, 2019. Disponível em: <https://acervomais.com.br/index.php/artigos/article/view/1200/531>. Acesso em: 20 set. 2020.

SILVA, A. G. I. *et al.* O papel do Enfermeiro Intensivista no processo de morte: uma revisão integrativa da literatura. **REAS/EJCH**, São Paulo, SP, n. 37, e-1764, nov. 2019. Doi: <https://doi.org/10.25248/reas.e1764.2019>. Disponível em: <https://acervomais.com.br/index.php/saude/article/view/1764>. Acesso em: 01 ago. 2021.

SILVA, R. C.; FERREIRA, M. A. Representações sociais dos enfermeiros sobre a tecnologia no ambiente da terapia intensiva. **Texto Contexto Enferm.** Florianópolis, SC, v. 18, n. 3, p. 489-497, set. 2009. Doi: <https://doi.org/10.1590/S0104-07072009000300012>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tce/a/Sk7n7pnMy8CFtzt45bfC3hS/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 01 ago. 2021.

SILVEIRA, R. S. *et al.* A dimensão moral do cuidado em terapia intensiva. **Cienc., Cuid. Saúde**, Maringá, PR, v. 13, n. 2, p. 327-334, abr./jun. 2014. Doi: 10.4025/cienccuidsaude.v13i2.19235. Disponível em: https://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/19235/pdf_170. Acesso em: 20 set. 2020.

SIMÕES, C. M. N. *et al.* **Internacionalização do sector da saúde nacional nos mercados de Angola, Brasil, EUA e Alemanha**. Caderno Suplementar 2: Mercado em análise: Angola. Portugal: Universidade do Minho, 2012. Disponível em: <https://club-k.net/images/pdf/zenu.pdf>. Acesso em: 20 set. 2020.

SOUZA, N. S. *et al.* Repercussões das tecnologias do cuidar nas unidades de terapia intensiva. **Rev. Enferm. UFPE on line**, Recife, PE, v. 12, n. 10, p. 2.864-2.872, out. 2018. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/236449/30274>. Acesso em: 20 set. 2020.

SOUZA, V. S. *et al.* Dimensionamento do pessoal de enfermagem na terapia intensiva adulto. **REME - Rev. Min. Enferm.** Belo Horizonte, MG, v. 22, e-1121, 2018. Doi: <http://www.dx.doi.org/10.5935/1415-2762.20180056>. Disponível em: <https://cdn.publisher.gn1.link/reme.org.br/pdf/e1121.pdf>. Acesso em: 20 set. 2020.

STELMAK, A. P.; MAZZA, V. A.; FREIRE, M. H. S. O valor atribuído pelos profissionais de enfermagem aos cuidados preconizados pelo método Canguru. **Rev. Enferm. UFPE on line**, Recife, PE, v. 11, n. 9, p. 3.376-3.385, set. 2017. Doi: <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v11i9a110236p3376-3385-2017>. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/110236/22167>. Acesso em: 20 set. 2020.

TAINTER, C. R. A. *et al.* Noise levels in surgical ICUs are consistently above recommended standards. **Crit. Care Med.** Baltimore, v. 44, n. 1, p. 147-152, Jan. 2016. Doi: 10.1097/CCM.0000000000001378.

THOMÁS, D. M. **Caracterização organizacional das escolas técnicas profissionais de saúde em Angola: caso do estudo à ETPS de Luanda.** 2016. 156f. Dissertação (Mestrado em Ciências da Educação)- Departamento de Pedagogia e Educação, Universidade de Évora, Évora, 2016. Disponível em: <https://www.proquest.com/docview/2597744664/fulltextPDF/CB4DA8E2A36443EAPQ/1?accountid=26642>. Acesso em: 20 set. 2020.

UNITED STATES AGENCY FOR INTERNATIONAL DEVELOPMENT (USAID). **Avaliação do Sistema de Saúde de Angola: 2010.** Bethesda, MD: Health Systems 20/20, 2010. Disponível em: <https://silo.tips/downloadFile/avaliaao-do-sistema-de-saude-de-angola-2010>. Acesso em: 10 set. 2019.

UNIVERSIDADE CATÓLICA DE ANGOLA (UCAN). Centro de Estudos e Investigação Científica. **Relatório social e econômico de Angola: 2013.** Luanda, Angola: Texto Editores, 2013. Disponível em: <http://www.ceic-ucan.org/wpcontent/>. Acesso em: 12 set. 2019.

UNIVERSIDADE CATÓLICA DE ANGOLA (UCAN). Centro de Estudos e Investigação Científica. **Relatório social de Angola: 2016.** Luanda: Angola Catholic Univrsid Press, junho 2017. Disponível em: https://www.academia.edu/33674752/Apresenta%C3%A7%C3%A3o_do_Relat%C3%B3rio_Econ%C3%B3mico_de_Angola. Acesso em: 12 set. 2019.

VARGAS, M. A. O.; RAMOS, F. R. S. Tecnobiomedicina: implicações naquilo e daquilo que a enfermagem faz em terapia intensiva. **Texto Contexto Enferm.** Florianópolis, SC, v. 17, n. 1, p. 151-159, Mar. 2018. Doi: <https://doi.org/10.1590/S0104-07072008000100019>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tce/a/XDPDDVV9Pk9BGzgTYNjVrKr/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 01 ago. 2021.

VASCONCELOS, M. F. G.; SELOW, M. L. C. Atendimento humanizado pela equipe de enfermagem nas unidades de urgência e emergência. **Vitrine Prod. Acad.**

Curitiba, PR, v. 4, n. 2, p. 205-220, jul./dez. 2016. Disponível em: <https://docplayer.com.br/53346323-Atendimento-humanizado-pela-equipe-de-enfermagem-nas-unidades-de-urgencia-e-emergencia.html>. Acessado em: 01 ago. 2021.

VIANA, R. A. P. P. *et al.* Perfil do enfermeiro de terapia intensiva em diferentes regiões do Brasil. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, SC, v. 23, n. 1, p. 151-159, Jan.-Mar. 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tce/a/hLNSnmqXq7Kct9tsBqCSMGH/?lang=pt&format=pdf>. Acessado em: 01 ago. 2021.

VITONGUE, I. R. D. **Organização do sistema de referência e contrarreferência no contexto do sistema de saúde de Angola**: a percepção de profissionais de saúde do Hospital Geral e do Hospital Municipal do Huambo. 2015. 69f. Dissertação (Mestrado em Gestão de Unidades de Saúde)- Escola de Ciências e Tecnologias da Saúde, Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias, Lisboa, Portugal, 2015.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Regional Office for Africa. **WHO country cooperation strategy 2015-2019: Angola**. WHO, 2016. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/250515>. Acesso em: 12 out. 2019.

ZANATA, A. M.; ANGELIS, J. OLIVEIRA, F; CAMPOS, R. UTI geral de idosos. **Revista de Ciências da Saúde**, RJ, 2016.

ZUCHETTO, M. A. *et al.* Empatia no processo de cuidado em enfermagem sob a ótica da teoria do reconhecimento: síntese reflexiva. **Rev. Cuid.**, Bucaramanga, v. 10, n. 3, 8p., Sep./Dec. 2019. Doi: <https://doi.org/10.15649/cuidarte.v10i3.624>. Disponível em: <http://www.scielo.org.co/pdf/cuid/v10n3/2346-3414-cuid-10-3-e624.pdf>. Acesso em: 28 jan. 2022.

APÊNDICES

APÊNDICE A: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
FLORIANÓPOLIS - SANTA CATARINA**

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, **Eurico Mateus Sili**, mestrando em Enfermagem do Programa de Pós Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC, juntamente com a Profa. Dra. Eliane Regina P. do Nascimento (pesquisadora responsável), estamos desenvolvendo a pesquisa intitulada “**Discursos da equipe de enfermagem sobre a humanização do cuidado aos pacientes em unidade de terapia intensiva**”, que tem como objetivo compreender como se dá a humanização nos cuidados de enfermagem a pacientes internados na unidade de terapia intensiva de um hospital em Angola. Este projeto foi enviado ao Comitê de Ética em Pesquisas com Seres Humanos do Instituto Superior Politécnico da Caála-Huambo para aprovação.

Gostaríamos de convidá-lo (a) a participar do referido estudo por meio deste termo de consentimento. Sua participação na pesquisa ocorrerá por meio de respostas a uma entrevista previamente agendado, com perguntas referentes a caracterização dos participantes (gênero, idade, tempo de formação, tempo de atuação em UTI, especialização em UTI) e percepção das práticas de humanização nos cuidados de enfermagem a pacientes internados em UTI, com duração de aproximadamente 30 minutos. Posteriormente, os dados da entrevista serão analisados por nós, pesquisadores, mas sem que você seja identificado (a) em qualquer tempo do estudo. Em seguida será solicitado a assinatura do participante para confirmação das informações. Os resultados pretendem beneficiar a sociedade, contribuindo com uma análise dos cuidados de enfermagem a pacientes internados em UTI, auxiliando em reflexões sobre as atividades desenvolvidas dos profissionais de enfermagem que atuam em UTI e, conseqüentemente, trazer novos incentivos para a prática humanizada dos cuidados de enfermagem. De forma direta, poderá contribuir com sua reflexão sobre suas atividades. De modo indireto, este estudo contribuirá com o despertar para maior atenção dos gestores de UTIs, que poderão intervir de modo a contribuir para uma melhor efetivação do serviço de enfermagem. Este estudo não apresenta riscos de natureza física a você, exceto a possibilidade

de mobilização emocional relacionado à reflexão sobre o tema, que pode retomar vivências relacionadas ao processo de humanização do cuidado de enfermagem. Contudo, compreendendo este potencial risco, estamos dispostos a ouvi-lo(a), interromper a entrevista, retornando a coletar os dados sob a sua anuência, tão logo você esteja à vontade para continuá-la ou desistir. O material coletado durante as entrevistas poderá ser consultado sempre que você desejar, mediante solicitação. Porém, acrescentamos que, apesar dos esforços e das providências necessárias tomadas pelos pesquisadores, sempre existe a remota possibilidade de quebra de sigilo, ainda que involuntária e não intencional, mesmo assim redobramos os cuidados para que isto não aconteça. Nos resultados deste trabalho o seu nome não será revelado, ou qualquer informação relacionada à sua privacidade. Informamos que tais resultados poderão ser apresentados em eventos ou periódicos científicos, garantindo-lhe o direito ao anonimato e resguardo de sua privacidade. Você poderá desistir em qualquer uma das etapas da pesquisa se assim o desejar bastando informar sua decisão nos endereços de contato conosco no final deste Termo. A recusa ou desistência da participação do estudo não implicará em nenhuma sanção, prejuízo, dano ou desconforto a sua pessoa. A legislação não permite que você tenha qualquer compensação financeira pela sua participação em pesquisa, portanto, ela se dará de forma voluntária. Garantimos que você não terá nenhuma despesa advinda da sua participação. Contudo, caso haja despesas comprovadamente vinculadas a sua participação neste estudo, estaremos dispostos a ressarcí-las. Igualmente, garantimos a você o direito a indenização, desde que comprovadamente vinculadas a participação neste estudo, segundo os rigores da lei. Este documento está redigido em duas vias, rubricado em todas as suas páginas por você e por nós, como pesquisadores responsáveis e no final assinado. Uma das vias ficará com você, guarde-a cuidadosamente, pois é um documento que traz importantes informações de contato e garante os seus direitos como participante da pesquisa. Os aspectos éticos e a confidencialidade das informações fornecidas, relativos às pesquisas com seres humanos, serão respeitados de acordo com as diretrizes e normas regulamentadoras.

Estaremos disponíveis para quaisquer esclarecimentos no decorrer do estudo. Você poderá entrar em contato conosco, pesquisadora e Profa. Dra. Eliane Regina P. do Nascimento e-mail: eliane.nascimento@ufsc.br Poderá também entrar em contato com o pesquisador Eurico Mateus Sili pelo telefone (+244923631472), e-mail: euricomateus2015@gmail.com ou pessoalmente pelo telefone (48) 3721.6094.

Eliane Regina P. do Nascimento
Pesquisadora responsável

Eurico Mateus Sili
Pesquisador principal

Nesses termos e considerando-me livre e esclarecido (a) sobre a natureza e objetivo do estudo proposto, consinto minha participação voluntária, resguardando o autor do projeto a propriedade intelectual das informações geradas e expressando a concordância com a divulgação pública dos resultados, garantido o anonimato.

Local e data.

Nome e assinatura do participante
RG - CPF

Eurico Mateus Sili
Pesquisador principal

APÊNDICE B: Termo de Autorização para Gravação de Voz

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
FLORIANÓPOLIS - SANTA CATARINA**

TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA GRAVAÇÃO DE VOZ

Eu, _____ depois de entender os riscos e benefícios que a pesquisa intitulada “Discursos da equipe de enfermagem sobre a humanização do cuidado aos pacientes em unidade de terapia intensiva”, que tem como objetivo compreender como se dá a humanização nos cuidados de enfermagem a pacientes internados na unidade de terapia intensiva de um hospital em Angola, poderá trazer e, entender especialmente os métodos que serão usados para a coleta de dados, assim como, estar ciente da necessidade da gravação de minha entrevista, AUTORIZO, por meio deste termo, os pesquisadores Eliane Regina P. do Nascimento e Eurico Mateus Sili a realizarem a gravação de minha entrevista sem custos financeiros a nenhuma das partes.

Esta AUTORIZAÇÃO foi concedida mediante o compromisso dos pesquisadores acima citados em garantir-me os seguintes direitos: 1. Poderei ler a transcrição de minha gravação; 2. Os dados coletados serão usados exclusivamente para gerar informações para a pesquisa aqui relatada e outras publicações dela decorrentes, quais sejam: revistas científicas, congressos e jornais; 3. Minha identificação não será revelada em nenhuma das vias de publicação das informações geradas; 4. Qualquer outra forma de utilização dessas informações somente poderá ser feita apenas mediante minha autorização; 5. Os dados coletados serão guardados por 5 anos, sob a responsabilidade do(a) pesquisador(a) coordenador(a) da pesquisa Dra. Eliane Regina Pereira do Nascimento, e após esse período, serão destruídos e, 6. Serei livre para interromper minha participação na pesquisa a qualquer momento e/ou solicitar a posse da gravação e transcrição de minha entrevista.

Local e data.

Nome e assinatura do participante
RG - CPF

Eurico Mateus Sili
Pesquisador principal

APÊNDICE C: Instrumento de Coleta de Dados

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
FLORIANÓPOLIS - SANTA CATARINA**

CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES

1. Identificador: _____
- 2 Nome Completo: _____
3. Idade: ____ (anos completos)
4. Sexo: () Masculino () Feminino
5. Formação: () Graduação em Enfermagem () Técnico em Enfermagem
- 6 Ano de formação: _____
7. Pós-Graduação (maior nível): () Especialização () Mestrado () Doutorado
9. Se especialização, mestrado ou doutorado, em que área? _____
10. Está fazendo algum curso? () Sim Não ()
11. Se sim qual e em que área? _____
12. Tempo de atuação na UTI ano e mês de início: _____
13. Tempo de atuação no hospital (anos): _____
14. Turno de Trabalho: () Matutino () Vespertino () Noturno

SOBRE ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM HUMANIZADA

1. O que você entende por humanização da assistência?
2. Quais os cuidados prestados ao paciente que você considera humanizado.
3. Que recursos são necessários para prestar uma assistência de enfermagem humanizada?
4. Quais facilidades e dificuldades você identifica no contexto da UTI para oferecer a assistência humanizada?

ANEXOS

ANEXO A: Declaração de Autorização da Instituição



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
FLORIANÓPOLIS - SANTA CATARINA**

DECLARAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DA INSTITUIÇÃO

Ao
Hospital Central de Huambo
Huambo, Angola

Prezados senhores(a),

Eu **Eurico Mateus Sili**, mestrando do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina (PEN/UFSC), Brasil, solicito autorização para a realização da pesquisa intitulada “**Discursos da equipe de enfermagem sobre a humanização do cuidado aos pacientes em unidade de terapia intensiva**”, que tem como objetivo compreender como se dá a humanização nos cuidados de enfermagem a pacientes internados na unidade de terapia intensiva de um hospital em Angola.

Salienta-se que, a proposta deste estudo pode ser apresentada aos responsáveis por esta instituição. Firmamos o compromisso formal de divulgar após defesa, os resultados desta pesquisa para esta instituição, bem como uma cópia da Dissertação. Ressalta-se que será garantido o anonimato e a liberdade dos participantes do estudo em continuar ou se retirar da pesquisa.

Huambo (Angola), ____ de _____ de 2020.

Eurico Mateus Sili
Pesquisador principal

De acordo: _____
Carimbo e assinatura do
representante legal

ANEXO B: Parecer Comitê de Ética do Instituto Superior Politécnico CAÁLA



PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE

Protocolo N° 35/2020-2021

Orientador: Eliane Regina Pereira do Nascimento , PhD
Co -orientador:

Equipa: Eurico Mateus Sili

Título: Discursos da equipe de enfermagem sobre a humanização do cuidado aos pacientes em unidade de terapia intensiva em Angola

Este projeto **aprovado** em seus aspectos éticos e metodológicos de acordo com o regulamento de ética do ISPC aos 06 de Junho de 2020.

Obs: Em caso de reprovação, ao ser remetido para análise por esta comissão, o remetente deverá estacar todas as alterações realizadas e sugeridas pelo CE. Para demais dúvidas, contactar o Departamento dos Assuntos Científicos do ISPC.

PARECER DETALHADO

Protocolo: Aprovado

Título do Projeto: Discursos da equipe de enfermagem sobre a humanização do cuidado aos pacientes em unidade de terapia intensiva em Angola

Recomendação:

- Rever os objectivos
- Incluir o termo de consentimento livre e esclarecido
- Esclarecer os riscos mínimos previstos.

OBS: Aprovado

O Presidente do Comité de Ética


 Arlindo da Costa Afonso, Ph.D
 Professor Auxiliar
 DIRECTOR ADJUNTO
 P/Á. CIENTÍFICA