

Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro
Centro de Ciências Biológicas e da Saúde
Escola de Enfermagem Alfredo Pinto
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem – Mestrado

**O CONFORTO PARA CLIENTES EM VENTILAÇÃO MECÂNICA
NA PERSPECTIVA DAS REPRESENTAÇÕES SÓCIAIS DOS
PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM**

Renata Gomes Rodrigues

Rio de Janeiro
2017

**O CONFORTO PARA CLIENTES EM VENTILAÇÃO MECÂNICA
NA PERSPECTIVA DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DOS
PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM**

Renata Gomes Rodrigues

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem - Mestrado, do Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO), como requisito para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem.

Rio de Janeiro
2017

R696 Rodrigues, Renata Gomes
O conforto para clientes em ventilação mecânica na perspectiva das representações sociais dos profissionais de enfermagem / Renata Gomes Rodrigues. -- Rio de Janeiro, 2017.
138p

Orientador: Carlos Roberto Lyra da Silva.
Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, 2017.

1. Cuidados de Enfermagem. 2. Cuidados Intensivos. 3. Ventilação mecânica. I. Silva, Carlos Roberto Lyra da, orient. II. Título.

**O conforto para clientes em ventilação mecânica na
perspectiva das representações sociais dos profissionais de
enfermagem**

Renata Gomes Rodrigues

Dissertação submetida à Banca Examinadora do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem – Mestrado em Enfermagem - da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO), como requisito final à obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

BANCA EXAMINADORA

Profº Drº Carlos Roberto Lyra da Silva - UNIRIO
Presidente

Profº Drº Thiago Quinellato Louro - UFF
1º Examinador

Profº Drº Roberto Carlos Lyra da Silva - UNIRIO
2º Examinador

Profº Drº Daniel Aragão Machado - UNIRIO
Suplente

Profº Drº Luíz Carlos Santiago - UNIRIO
Suplente

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho à minha mãe Sueli, maior exemplo em minha vida de perseverança e fé e que, mesmo com todas as dificuldades, soube transmitir sabedoria e apoio constantes;

Dedico ao meu esposo Luciano, por suportar minha ausência e por estar sempre ao meu lado demonstrando carinho, apoio e dedicação;

Dedico ao meu filho Miguel, por trazer luz e alegria à minha vida e ser minha maior motivação.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus por permitir mais essa conquista;

Agradeço a minha mãe por sempre me motivar, ao meu esposo por compartilhar de meus sonhos e caminhar a meu lado; ao meu filho por me mostrar todos os dias que existe algo além de tudo isso e a minha irmã, que mesmo distante sempre me incentivou a seguir em frente;

Agradeço ao meu orientador Prof^o Dr^o Carlos Roberto pela dedicação, empenho e por todos os ensinamentos;

À amiga Tatiane Fernandes Florêncio que foi fundamental;

Às amigas da turma de mestrado 2015 por tantos compartilhamentos e ajuda, em especial, à Karina Ribeiro e Fabiane Estevão, a caminhada foi mais prazerosa ao lado de vocês, obrigada pelo apoio emocional, por compartilhar bons e maus momentos;

Aos participantes do grupo de pesquisa NUPEEF;

Aos sujeitos da pesquisa, sem vocês eu não chegaria aqui;

Aos amigos do HUCFF por se colocarem sempre à disposição para ajudar;

Aos amigos do HMHP, principalmente, Cláudia, Fernanda e Marcia, sem a ajuda de vocês tudo isso não seria possível;

Às queridas chefias Miriam (HUCFF), Sandra e Lourdes (HMHP) por todo apoio durante esse período tão delicado;

Aos professores da banca examinadora por todas as contribuições;

Aos docentes e discentes da disciplina Aplicabilidade de métodos e técnicas na produção de conhecimento nos programas de pós-graduação em enfermagem do Rio de Janeiro- Rede Rio por todo aprendizado e pelas contribuições;

À querida Rebeca Rosa pela contribuição nas transcrições.

“Ninguém possui uma compreensão total de todas as coisas, nem mesmo a compreensão total de uma única coisa. Vamos arranhando as coisas passo a passo, momento a momento, descobrindo novos sentidos, ampliando compreensões, penetrando mais a fundo no seu mistério.”

Pedrinho Guareschi

RESUMO

RODRIGUES, Renata Gomes. **O conforto para clientes em ventilação mecânica na perspectiva das representações sociais dos profissionais de enfermagem.** 2017. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Rio de Janeiro, Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro - UNIRIO, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde.

A internação em UTI pode ser algo estressante para o paciente e sua família, isso porque significa gravidade da doença e a permanência em condições que podem remeter à ideia de perda e de desconforto em vários aspectos. Refletindo acerca de unidades de terapia intensiva, sobre todo o maquinário utilizado em favor da vida, dentre os quais, destaca-se o ventilador mecânico artificial, e no cuidado de enfermagem necessário nestas unidades, questiono a promoção do conforto ao paciente dependente de ventilação mecânica. O objeto é o conforto do paciente dependente de ventilação mecânica. O pressuposto foi de que existe, por parte dos profissionais de enfermagem que trabalham na UTI, uma supervalorização do cuidado com o corpo do paciente, em detrimento de um cuidado que priorize o conforto, sobretudo, nos contextos psico-espiritual e social. Os objetivos foram: conhecer e analisar o conforto na perspectiva das representações sociais dos profissionais de enfermagem de cliente em ventilação mecânica e identificar, no discurso dos profissionais de enfermagem, possíveis elementos que influenciam na oferta de conforto aos pacientes em ventilação mecânica. Trata-se de pesquisa descritiva-exploratória, qualitativa. A análise dos dados ocorreu à luz da abordagem das representações sociais. A técnica utilizada foi a análise de conteúdo proposta por Bardin. Para facilitar a arrumação dos dados para a análise, utilizou-se o software Iramuteq Alpha 7.2. O estudo revelou que os profissionais de enfermagem representam o conforto do paciente dependente de prótese ventilatória nos quatro contextos onde o conforto é possível segundo Kolcaba, tais quais: físico, ambiental, psico-espiritual e social. Essa representação se ancora na promoção das necessidades humanas hierarquizadas na Teoria de Maslow. Ressalta-se a valorização do conforto físico pelo profissional de enfermagem. Destaque para a representação do ventilador mecânico como extensão do corpo do paciente. Conclui-se que é necessário transpor o modelo biologicista em busca de uma assistência mais centrada nas necessidades específicas de cada paciente.

Descritores: cuidados de enfermagem, cuidados intensivos, ventilação mecânica.

ABSTRACT

RODRIGUES, Renata Gomes. **The comfort for clients in mechanical ventilation from the perspective of the social representations of nursing professionals.** 2017. Research project (Master of Nursing). Rio de Janeiro, Federal University of the State of Rio de Janeiro - UNIRIO, Center for Biological and Health Sciences.

ICU admission can be stressful for the patient and his family, because it means the severity of the illness and the permanence in conditions that can refer to the idea of loss and discomfort in several aspects. Reflecting on intensive care units, especially the machinery used in favor of life, among which, the artificial ventilator stands out, and in the nursing care required in these units, I question the promotion of patient comfort dependent on mechanical ventilation. The object is the comfort of the patient dependent on mechanical ventilation. The assumption was that, on the part of the nursing professionals working in the ICU, there is an overvaluation of care with the patient's body, to the detriment of a care that prioritizes comfort, above all, in the psycho-spiritual and social contexts. The objectives were: to know and analyze comfort from the perspective of the social representations of the nursing professionals of the client in mechanical ventilation and to identify, in the discourse of nursing professionals, possible elements that influence the offer of comfort to the patients in mechanical ventilation. This is descriptive-exploratory, qualitative research. Data analysis took place in the light of the social representations approach. The technique used was the content analysis proposed by Bardin. To facilitate the data storage for the analysis, Iramuteq Alpha 7.2 software was used. The study revealed that nursing professionals represent the comfort of patients dependent on ventilatory prosthesis in four contexts where comfort is possible according to Kolcaba, such as: physical, environmental, psycho-spiritual and social. This representation is anchored in the promotion of hierarchical human needs in Maslow's Theory. The importance of physical comfort by the nursing professional is emphasized. Highlight the representation of the mechanical ventilator as an extension of the patient's body. It is concluded that it is necessary to transpose the biologist model in search of a care that is more focused on the specific needs of each patient..

Key words: nursing care, intensive care, mechanical ventilation.

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1	Dendograma da classificação hierárquica descendente do corpus textual 1.....	55
FIGURA 2	Dendograma da classificação hierárquica descendente do corpus textual 2.....	64
FIGURA 3	Hierarquia das necessidades humanas sugerida por Maslow.....	74

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1	Tipos de conforto e contextos propostos por Kolcaba	41
QUADRO 2	Tipos de análises possíveis com o Iramuteq.....	48
QUADRO 3	Readaptação Iramuteq.....	48
QUADRO 4	Quadro de termos associados ao tema central.....	53

LISTA DE TABELAS

TABELA 1: Tabela de varáveis.....	52
TABELA 2: Classe 1- corpus textual 1.....	56
TABELA 3: Classe 2- corpus textual 1.....	58
TABELA 4: Classe 5- corpus textual 1.....	59
TABELA 5: Classe 4- corpus textual 1.....	61
TABELA 6: Classe 3- corpus textual 1.....	62
TABELA 7: Classe 6- corpus textual 2.....	64
TABELA 8: Classe 5- corpus textual 2.....	66
TABELA 9: Classe 2- corpus textual 2.....	67
TABELA 10: Classe 7- corpus textual 2.....	68
TABELA 11: Classe 1- corpus textual 2.....	69
TABELA 12: Classe 4- corpus textual 2.....	71
TABELA 13: Classe 3- corpus textual 2.....	72
TABELA 14: Componentes dos cuidados de enfermagem segundo Henderson.....	75
TABELA 15: Tipologia dos 21 problemas de enfermagem de Abdellah.....	76

LISTA DE SIGLAS

ANVISA- Agência Nacional de Vigilância Sanitária

EEAP- Escola de Enfermagem Alfredo Pinto

EUA- Estados Unidos da América

CHD- Classificação Hierárquica Descendente

CTI- Centro de Tratamento Intensivo

mmHg- Milímetro de Mercúrio

NUPEEF- Núcleo de Pesquisa e Experimentação em Enfermagem

PaCO₂- Pressão Parcial de Gás Carbônico

PaO₂- Pressão Parcial de Oxigênio

PH- Potencial Hidrogeniônico

RS - Representações Sociais

RST- Reagrupamento de Segmentos de Texto

ST- Segmento de Texto

TCLE- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TRS - Teoria das Representações Sociais

UC - Unidade de Contexto

UCE- Unidade de Contexto Elementar

UCI- Unidade de Contexto Inicial

UNIRIO- Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro

UTI- Unidade de Terapia Intensiva

SUMÁRIO

1.	INTRODUÇÃO.....	16
1.	Contextualização	16
2.	Objetivos do Estudo.....	21
3.	Relevância do estudo	21
2.	REVISÃO DE LITERATURA.....	24
1.	Florence Nightingale: o cuidado de enfermagem.....	24
2.	Conforto.....	28
3.	História da Unidade de Terapia Intensiva	30
4.	Ventilação Mecânica.....	32
3.	REFERENCIAL TEÓRICO	34
1.	Representações Sociais	34
1.	Abordagem Processual de Denise Jodelet.....	37
2.	Katherine Kolcaba: Teoria do Conforto.....	40
4.	METODOLOGIA	42
1.	Tipo de pesquisa	42
2.	Local e população do estudo	42
3.	Aspectos éticos do estudo	43
4.	Instrumentos e procedimentos para processo de dados.....	44
5.	Tratamento e análise dos dados.....	45
6.	Iramuteq.....	46
7.	Preparo do corpus	49
5.	RESULTADOS E DISCUSSÃO	51
1.	Caracterização dos participantes da pesquisa.....	51
2.	Análise a partir dos termos associados ao tema central.	53
3.	A emergência das Representações Sociais do objeto estudado.....	55
4.	Elementos que influenciam na oferta de conforto aos pacientes em ventilação mecânica.....	63

5. Emergência das categorias de análises.....	73
1. A satisfação das necessidades humanas básicas para a promoção e manutenção do conforto	73
2. O ventilador mecânico como extensão do corpo doente e sua influência na assistência.....	83
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	91
7. REFERÊNCIAS	94
8. APÊNDICE	104
1. Apêndice A.....	104
2. Apêndice B.....	106
3. Apêndice C.....	107
9. ANEXO A.....	138
1. Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos	138

1. INTRODUÇÃO

1. Contextualização

As Unidades de Terapia Intensiva (UTI) se originaram na década de 50 a partir dos avanços tecnológicos na área da saúde que ocorreram no período, com a finalidade de proporcionar uma atenção contínua e uma assistência com suporte avançado. Viana et al (2011) relatam que diante da reorganização hospitalar ocorrida no mundo no pós-guerra o cuidado intensivo surge como categoria de atenção à saúde. No Brasil as primeiras unidades surgiram no Rio de Janeiro e em São Paulo, ainda na década de 60 e se espalharam por todo o país (PADILHA et al, 2010; LINO E SILVA, 2001).

O Ministério da Saúde, por intermédio da Resolução nº 7 de 24 de fevereiro de 2010 define UTI como:

Área crítica destinada à internação de pacientes graves, que requerem atenção profissional especializada de forma contínua, materiais específicos e tecnologias necessárias ao diagnóstico, monitorização e terapia (BRASIL, 2010, p.2).

As UTIs são dotadas de grande aparato tecnológico, particularmente de equipamentos eletromédicos dos quais muitos pacientes são dependentes, como é o caso do ventilador mecânico, fazendo com que os pacientes necessitem uma observação rigorosa, por parte dos profissionais de enfermagem. Por se tratar de uma unidade com essas peculiaridades precisam ter profissionais com o conhecimento científico necessário, de maneira que o ambiente se torne o ideal para prestar assistência especializada. Nessas unidades o processo de trabalho humano é mediado pelo uso de máquinas que contribuem para o cuidado e favorecem a manutenção da vida. Para Merhy (1998) a visão que temos sobre tecnologia se referir a uma máquina dificulta a sua compreensão quando se fala de trabalho em saúde.

Os conhecimentos mobilizados pelo profissional, o que chama de saberes profissionais são tecnologias e refere-se a estas como tecnologias leve-dura. A tecnologia dura está ligada aos equipamentos, procedimentos para tratamentos, exames e a organização de informações, já as tecnologias

leves se referem a qualquer trabalho vivo em ato designando a abordagem assistencial de um profissional de saúde junto ao paciente, havendo assim o estabelecimento de uma relação (MERHY e FEUERWERKER, 2009).

Cecílio e Merhy (2003) consideram que atenção integral a um paciente significa o esforço para uma abordagem completa, essa abordagem implicaria em garantir o consumo de todas as tecnologias disponíveis até a criação de um ambiente que resultasse em conforto e segurança para a pessoa hospitalizada.

Lino e Silva (2001) em seu relato sobre a história da UTI e a prática assistencial da enfermagem nos remete a ideia de que, com o surgimento de novas tecnologias nas décadas de 60-70, incluindo equipamentos e modalidades terapêuticas, as enfermeiras redirecionaram sua atenção para o domínio do instrumental.

Em estudo sobre ambiente e tecnologia Silva, Carvalho e Figueiredo (2010) destacam que quando a enfermagem se capacita para o uso da tecnologia e passa a entendê-la como foco central da assistência ou única preocupação em seus cuidados, isso pode acarretar a anulação do relacionamento com o cliente.

Padilha et al (2010) considera que atualmente o sistema de saúde passa por uma crise de identidade e valores, de forma que os processos e a tecnociência aparentam serem mais valorizados do que o indivíduo. Silva, Porto e Figueiredo (2008) corroboram com o discurso quando consideram que o fato dos profissionais de enfermagem concentrarem suas atenções no uso das tecnologias duras para cuidar dificulta o controle de outras situações e expõe os clientes.

O interesse em realizar essa pesquisa emerge das experiências vividas como enfermeira recém lotada em uma UTI de um hospital universitário da cidade do Rio de Janeiro. Formada há onze anos e especialista em enfermagem obstétrica minha atuação como enfermeira se resumia, até então, em salas de parto e pré-parto, unidades em que punha em prática uma assistência com uso de tecnologias e de cuidados para alívio da dor e desconforto, cotidiana e fisiologicamente, causados pelo trabalho de parto, para tanto, preparava um ambiente favorável ao momento vivido pela parturiente.

Ao iniciar as atividades na UTI, pude perceber que o ambiente físico em que os cuidados e a assistência de enfermagem se concretizavam, com todo o aparato tecnológico característico dessas unidades, somado a complexidade dos cuidados e a gravidade do paciente, pareciam tornar difícil o desenvolvimento de uma assistência de enfermagem que valorizasse o conforto, tal como cuidados essenciais para um paciente crítico. A impressão era de que, proporcionar o conforto ao paciente crítico configurava-se algo inatingível.

A internação em UTI pode ser algo estressante para o paciente e sua família, isso porque significa gravidade da doença e a permanência em condições que podem remeter à ideia de perda e de desconforto em vários aspectos. Para Padilha et al (2010), quando o paciente é internado em uma UTI, ele sofre uma ruptura com seu espaço habitual, suas relações e seu viver diário. No período da internação ele pode estar consciente ou inconsciente e viver a experiência de formas diferentes. A ideia de separar os pacientes mais graves para mantê-los sob observação mais rigorosa, favorecendo o cuidado mais seguro, foi um dos princípios instituídos por Florence ainda na Guerra da Criméia (PADILHA et al, 2010, BARRA et al, 2006).

Florence Nightingale já considerava a observação e conforto pontos importantes no cuidado de enfermagem. Em seu livro “Notes on nursing”, refere-se à observação não como forma de acumular informações diversas sobre o paciente, mas sim, como maneira de melhorar sua saúde e conforto bem como, salvar a vida (NIGHTINGALE, 2010, p.133; NIGHTINGALE, 1860, p.181).

Como se não bastasse o ambiente da UTI como gerador de desconforto, as tecnologias duras nestas unidades também pareciam contribuir para o desconforto. Destaque para o ventilador mecânico artificial, uma tecnologia emblemática e, portanto, condizente com toda uma história de prestação de cuidados médicos a pacientes criticamente enfermos, emblemática também por ter sido, talvez, a tecnologia que mais se desenvolveu em curto espaço de tempo no grupo dos equipamentos eletromédicos, quando se considera os seus primórdios, os pulmões de aço.

O pulmão de aço é considerado um marco no tratamento intensivo, foi utilizado pela primeira vez em 1928 nos Estados Unidos da América. Com a

epidemia de poliomielite sua comercialização se expandiu e nas décadas seguintes com a aquisição de novos conhecimentos sobre fisiologia e a evolução tecnológica, equipamentos modernos foram desenvolvidos e favoreceram a evolução da ventilação mecânica e sua aplicação de forma mais segura e eficiente (VIANA, 2011).

Portanto, oferecer uma assistência que proporcione conforto para clientes internados nessas unidades se constitui um desafio para os profissionais de enfermagem atuantes neste setor tão “complexo”, uma vez que compete à estes profissionais a execução de condutas tão distintas, que vão desde ao considerado “simples” controle de iluminação e temperatura, a “difícil” adaptação de um cliente à prótese ventilatória.

Assim sendo, pressupomos que os profissionais de enfermagem encontram limitações para a oferta de cuidados confortantes para essa clientela, que podem estar diretamente relacionadas com a forma pelas quais eles veem seus clientes, ou ainda, a relação de dependência do cliente com a máquina (ventilador) que o mantém vivo.

Nesta perspectiva o cuidado confortante passa a ser interpretado tão somente no plano físico se contrapondo ao que nos apresenta Kolcaba quando refere que o conforto pode e deve ser oferecido em muitos outros tipos e dimensões em que são por vezes deixados em segundo plano, isso mesmo, quando são lembrados (TOMEY E ALLIGOOD, 2004),

Em que pese as dificuldades e ou limitações para oferta de cuidados confortantes, é preciso compreender para entender como a enfermagem representa esse cuidado, como entende o fenômeno do conforto para os pacientes dependentes de ventilação mecânica. Diante desse contexto emerge como objeto de estudo desta pesquisa: o conforto do paciente dependente de ventilação mecânica na perspectiva das representações sociais dos profissionais de enfermagem.

Silva (2008) em sua tese de doutorado construiu o conceito de conforto no contexto do cuidar em enfermagem:

O conforto é um estado de relaxamento experimentado no corpo seguido de bem-estar – físico, psíquico e social – em razão do cuidado de enfermagem e da satisfação das necessidades sentidas pelo cliente, podendo resultar em qualidade de vida. (SILVA, 2008, p.130)

Van Der Linden e Guimarães (2004,p.2) definiram conforto a partir da opinião de vários especialistas como estado subjetivo, físico e psicológico:

Conforto é uma sensação prazerosa de bem estar físico e mental, que implica na ausência de sensações desagradáveis de dor e estresse, estabelecida no relacionamento com o meio, no cumprimento das mais diversas atividades, situações e sentimentos. (VAN DER LINDEN E GUIMARÃES, 2004, p. 2)

Para Kolcaba "cuidados de conforto é uma arte de enfermagem que envolve o processo de ações reconfortantes realizados por uma enfermeira para um paciente e o resultado do maior conforto que é trazido à existência." (KOLCABA, 1995, p.2). A teórica entende o conforto como resultado das intervenções de enfermagem e que, o aumento do conforto é o resultado desejado.

Kolcaba (1994) citada por Tomey e Alligood (2004) nos leva a compreender o conforto como o estado ou condição verificada nas pessoas que receberam os cuidados ou medidas de conforto. As medidas de conforto são as intervenções de enfermagem aplicadas com finalidade de satisfazer as necessidades de conforto específicas de cada pessoa. Estas sofrem a ação de variáveis que atuam como forças de interação influenciando a percepção do receptor de cuidados. Variáveis como a idade, postura, estado emocional, prognóstico, experiências do receptor, etc, são considerados fatores possíveis de alterar, mas sobre os quais os provedores de cuidados têm pouco controle.

A Teoria das Representações Sociais (TRS) proposta por Serge Moscovici considera que o conhecimento é sempre gerado através da interação e comunicação e, sua expressão relaciona-se aos interesses humanos que estão nele implicados (MOSCOVICI, 2015). Citando Bauer e Gaskell (1999), Moscovici (2015, p.9) esclarece que o conhecimento é um produto da interação de um grupo específico de pessoas diante de circunstâncias específicas.

Para Silva, Camargo e Padilha (2011) as Representações Sociais (RS) são consideradas uma forma de conhecimento socialmente partilhado que contribui para a construção de uma realidade comum a um grupo social, conhecido como saber natural ou senso comum. Este conhecimento é distinto do conhecimento científico, porém, utilizado como objeto de estudo da ciência.

Em estudo sobre a TRS nas pesquisas de enfermagem brasileira Silva, Camargo e Padilha (2011) concluem que a teoria vem sendo utilizada para a investigação de objetos psicossociais relacionado ao cotidiano do cuidar da enfermagem de forma que, o conhecimento das representações sociais (senso comum) venha permitir a compreensão da saúde e cuidados com a saúde e, conseqüentemente, fornecer elementos para a implantação ou aprimoramento do serviço de enfermagem.

Pensando no conforto do paciente em uma UTI e necessitando de ventilação mecânica, considerando as variáveis passíveis de interferir nas intervenções de enfermagem, forma através da qual a equipe de enfermagem proporciona esse conforto, surgem alguns questionamentos:

- 1) Como o conforto dos pacientes em ventilação mecânica é representado pelos profissionais de enfermagem na UTI?
- 2) De que modo as representações sociais influenciam na assistência de enfermagem aos pacientes em ventilação mecânica na UTI?

O pressuposto inicial deste estudo é que existe, por parte dos profissionais de enfermagem que trabalham na UTI, uma supervalorização do cuidado com o corpo do paciente, em detrimento de um cuidado que priorize o conforto, sobretudo, nos contextos psicoespiritual e social.

2. Objetivos do Estudo

Os objetivos desta pesquisa foram: conhecer e analisar o conforto na perspectiva das representações sociais dos profissionais de enfermagem de cliente em ventilação mecânica e, identificar no discurso dos profissionais de enfermagem, possíveis elementos que influenciam na oferta de conforto aos pacientes em ventilação mecânica.

3. Relevância do estudo

A professora Vilma de Carvalho (2004) nos ensina a importância das pesquisas em enfermagem e o quanto se faz necessário consolidar o conhecimento da profissão, considera que “importante são os objetivos e os interesses da profissão, nas circunstâncias das palavras *cuidando*,

pesquisando, ensinando” e acrescenta que, “as respostas ou servirão à pertinência conceitual, ou à conveniência legal e legítima da profissão, e devem ser buscadas nas situações da prática” (CARVALHO, 2004, p. 812).

Desta forma a relevância desta investigação se dá em três aspectos: assistência, pesquisa e ensino. Faz-se relevante, principalmente, pela importância em conhecer as representações sociais dos profissionais de enfermagem sobre o conforto do paciente dependente de ventilação mecânica e a forma pela qual essas representações influenciam a assistência desses profissionais.

No que concerne à assistência se faz relevante uma vez que adquirimos o respaldo científico necessário para desenvolver as práticas assistenciais. O estudo contribui com a assistência na medida em que permite a compreensão do modo como os profissionais de enfermagem representam o conforto do paciente crítico e dependente de ventilação mecânica, uma vez que pode influenciar na assistência de enfermagem. Conhecer essas representações sociais favorece a interpretação de práticas e, poderá subsidiar e orientar uma prática assistencial adequada.

Na pesquisa na medida em que possibilita a construção de conhecimento científico. Bachelard (1996) considera que todo o conhecimento é resposta para uma pergunta, para ele se não existe pergunta não há conhecimento científico. Rocha (2014), citando Cervo e Bervian (1996), elucida que o conhecimento científico surge a partir da vontade do ser humano em não se manter em uma atitude passiva, de espectador de fenômenos, e sim de buscar ação e controle sobre eles, indo além do conhecimento empírico e em busca de conhecer não apenas os fenômenos, mas suas causas e leis (ROCHA, 2014, p.48).

Entendemos que a investigação científica sobre representações sociais nada mais é do que o estudo do senso comum (conhecimento empírico) e nos permite conhecer um fato e/ou fenômeno além dele, ou seja, suas causas e seus efeitos. Wachelke e Camargo (2007) citando Doise (1985) elucidam que a teoria das representações propõe o estudo científico do senso comum e que esse tipo de conhecimento varia conforme inserções específicas num contexto de relações sociais (WACHELKE E CAMARGO, 2007, p.380).

Reitera-se a significância deste estudo por contribuir para o desenvolvimento da temática. Conforme pontuado por Silva (2008), o estado da arte determinado durante a elaboração de sua tese identificou uma precariedade relacionada ao objeto de estudo - conforto, principalmente quando se considera a teoria do conforto de Kolcaba como referencial teórico. Desta forma o estudo surge como contribuição para a temática.

E no ensino porque fornece contribuições reflexivas sobre a atuação da enfermagem na promoção do conforto ao paciente crítico e dependente de ventilação mecânica

Por último e não por fim se justifica pela possibilidade de inserção do tema/problema na Linha de Pesquisa: “Enfermagem: Saberes e Práticas de Cuidar e Ser Cuidado”, como parte do Projeto de pesquisa: “O conforto (im)possível a partir dos cuidados de enfermagem frente às tecnologias pesadas em UTI” , do Núcleo de Pesquisa e Experimentação em Enfermagem Fundamental - NUPEEF do Departamento de Enfermagem Fundamental da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (EEAP/UNIRIO).

2. REVISÃO DE LITERATURA

1. Florence Nightingale: o cuidado de enfermagem

Florence Nightingale nasceu na Itália durante uma viagem à Florença, seus pais eram ingleses. De família rica, Florence teve acesso a uma educação mais rigorosa do que outras jovens da época. Ainda jovem teve um “chamamento” para servir a Deus através do trabalho em hospitais, de forma que se inseriu em ambientes religiosos que cuidavam dos doentes. É considerada a fundadora da enfermagem moderna, sendo-lhe atribuído um marco no ensino e profissionalização da enfermagem. (HADDAD E SANTOS, 2011; LOPES, 2012; LOPES E SANTOS, 2010).

Durante sua atuação na Guerra da Crimeia (1854) expos os problemas ambientais e a relação entre meio ambiente, ser humano e saúde confirmando, assim, sua convicção sobre a relação higiene-doença. Florence passou a compreender o que favorecia ou prejudicava a reabilitação dos soldados através de sua observação. Ela acreditava na doença como um processo reparador, uma forma da natureza remediar um dano causado ao organismo, entendia a atuação da enfermagem como responsável por impedir a interrupção desse processo e fornecer condições para que ocorresse a reparação (COSTA et al, 2009).

Em 1859 Florence publicou seu livro “Notes on nursing”, o livro traz observações e conselhos baseados na sua experiência e conhecimento, Florence considerava que os escritos não eram para enfermeiras ou para quem se tornasse enfermeira, mas para o auxílio de cuidadores domiciliares. No livro Florence aborda as questões do ambiente físico (limpeza, iluminação, ventilação), mas também faz referência a outras questões que considera fundamentais como a alimentação, relação com paciente, auxílio nas questões sociais e psicológicas, além de considerar o cuidador como um ser que também necessita de cuidados (NIGHTINGALE, 2010).

Desenvolveu então, o que conhecemos como Teoria Ambientalista. A teoria de Florence é centrada no ambiente, ela creditava que um ambiente

saudável era imprescindível aos cuidados de enfermagem. Para Florence fornecer um ambiente que estimulasse o desenvolvimento da saúde era essencial para a recuperação do paciente, ela passou a considerar alguns conceitos que envolvia ambiente e componentes físico, social e psicológico ambos estariam inter-relacionados e deveriam ser vistos como um conjunto e não como partes distintas (CAMPONOGARA, 2012; HADDAD E SANTOS, 2011).

Segundo Haddad e Santos (2011), quatro conceitos refletiam a visão de Florence e davam significado à sua teoria, são eles: homem/ indivíduo – que possui poderes reparadores vitais para lidar com a doença; enfermagem – que possuía a meta de colocar o indivíduo na melhor condição à ação da natureza que se dá, basicamente, através do impacto sobre o ambiente; saúde/doença - o foco recai sobre o processo reparador de melhora; sociedade/ambiente - envolve aquelas condições externas que afetam a vida e o desenvolvimento da pessoa, neste conceito o foco incidi sobre a ventilação, o calor, os odores, os barulhos e a iluminação.

Corroborando, Lopes e Santos (2010) comentam que a teoria abrangia três relações: ambiente-doente, enfermeira-ambiente e enfermeira-doente. Para Florence o ambiente era o principal fator de influência sobre o doente, poderia causar doença ou favorecer a saúde. A enfermeira deveria usar de seu conhecimento para manipular o ambiente em favor do doente, de forma que houvesse o menor gasto de energia possível, proporcionando um ambiente favorável à recuperação da saúde. Para a teórica os cuidados de enfermagem estavam relacionados com o emprego de ar puro, luz, calor, limpeza, tranquilidade e a oferta de uma dieta ideal.

Florence definia saúde como um bem-estar e ter condições de utilizar ao máximo todas as capacidades. Para ela a manutenção da saúde era feita através do controle do ambiente e o controle do ambiente era parte da enfermeira. A enfermeira era responsável pelo ambiente fisicamente e administrativamente, o que Florence chamou de "gestão secundária" e foi acrescentado como outro componente de sua teoria (CAMPONOGARA, 2012; TOMEY E ALLIGOOD, 2004).

A teórica escreveu pouco sobre a relação enfermeira-doente, afirmou que as relações interpessoais influenciavam nos processos reparadores e que

as relações deveriam ser baseadas no princípio da confidencialidade, também que a enfermeira deveria buscar conhecer as preferências dos doentes. Florence acreditava que a enfermeira deveria usar o senso comum somado a observação, perseverança e ingenuidade na sua prática (TOMEY E ALLIGOOD, 2004).

No livro “Notes on nursing” Florence considera que o alívio e o conforto experimentado após a higiene pessoal é a observação mais considerada por doentes acamados, porém, considera que o alívio e o conforto obtidos nesta situação não são tudo, eles são apenas um sinal de que os “poderes vitais” foram aliviados através da retirada de algo que os oprimiam, e acrescenta que a enfermeira não deve postergar o atendimento ao paciente quando se trata de higiene pessoal acreditando que será apenas um alívio, porque o resultado não é apenas um simples alívio (NIGHTINGALE, 2010, p.95; NIGHTINGALE, 1860, p. 133).

Outras teóricas da enfermagem também valorizavam o ambiente terapêutico. Para Virginia Henderson o ambiente era o conjunto de todas as condições e influencias externas que afetavam a vida e o desenvolvimento do corpo. Segundo Henderson os indivíduos eram capazes de monitorar o ambiente, porém, a presença da doença poderia impossibilitar esse controle; a teórica considerava que as enfermeiras deveriam ter conhecimento sobre segurança e serem capazes de proteger os doentes de danos mecânicos (TOMEY e ALLIGOOD, 2004).

Na tipologia dos vinte e um problemas de enfermagem de Faye Glenn Abdellah o ambiente aparece como o problema de número dezessete. Ela considera que a enfermagem deve criar e/ou manter um ambiente terapêutico, julga que o doente interage com o ambiente e que a enfermagem é parte deste ambiente, exemplifica citando que se o profissional de enfermagem tiver uma reação hostil ou negativa com o doente, a atmosfera do quarto pode tornar-se hostil ou negativa. Nos modelos de Roper, Logan e Tierney (Os elementos da enfermagem: o modelo de enfermagem baseado num modelo de vida), o ambiente é descrito de forma mais ampliada e engloba tudo que seja fisicamente externo à pessoa, incluindo outras pessoas no ambiente, destacando a interação de fatores psicológico e socioculturais com fatores ambientais (TOMEY e ALLIGOOD, 2004).

Watson em seu modelo de filosofia e ciência do cuidar considera que um ambiente mental, físico, sociocultural e espiritual protetor, corretivo e de apoio deve ser provido para o cuidado. As enfermeiras devem reconhecer a influência que o ambiente interno e externo produz sobre a saúde e doença dos indivíduos. Os pontos importantes do ambiente interno incluem: bem-estar mental e espiritual e as crenças sócio culturais do indivíduo. Já as variáveis externas incluem o conforto, a privacidade, a segurança, e um ambiente limpo e estético, além das variáveis epidemiológicas. (TOMEY e ALLIGOOD, 2004)

Orlando não definiu ambiente em sua teoria do processo de enfermagem onde salienta a relação entre doente e enfermeira, porém, considera que o doente pode reagir com aflição diante de algum aspecto do ambiente, mesmo que seja um ambiente concebido com propósitos terapêuticos, e quando alguma alteração no comportamento é percebida pela enfermagem podemos considerar como um indicativo de angústia (TOMEY e ALLIGOOD, 2004)

Não vale tentar compreender a história da enfermagem, da relação doente-ambiente-enfermagem, das unidades de terapia intensiva, do cuidado e do conforto sem conhecer os passos de Florence. Com seus conhecimentos comprovou a influência do ambiente na saúde do doente, bem como a necessidade de observação, principalmente, dos pacientes mais graves que deveriam estar em unidades onde a observação fosse constante e a assistência intensiva. Em muitas leituras Florence é considerada a idealizadora da ideia de unidade de terapia intensiva como unidade de monitoração de paciente grave.

2. Conforto

A palavra conforto é originada do - Latim CONFORTUS, participio passado de CONFORTARE, significa “fortalecer, conferir força”, de COM-, “junto”, mais FORTIS, “forte, intenso, robusto”; mais tarde, adquiriu o sentido de “aliviar, aplacar, suavizar”- (ORIGEM DA PALAVRA; LINDEN, 2004). No português conforto pode significar o ato ou efeito de confortar; bem-estar; comodidade material, cômodo, aconchego, consolação ou auxílio nas aflições (MICHAELIS, 2012).

Apóstolo (2009) em revisão da literatura sobre o conforto nas teorias de enfermagem menciona que o conforto é assinalado como elemento do cuidado de enfermagem, geralmente o termo é empregado no cotidiano da assistência de enfermagem e, encontra-se associado à origem e desenvolvimento da profissão. Apresenta diferentes significados, por transcender a dimensão do cuidado de enfermagem.

Corroborando Mussi (2005) em seu estudo acerca das concepções teóricas sobre o conforto evidenciou que desde a origem da enfermagem o conforto sempre esteve presente como uma meta do cuidado, porém suas concepções evoluíram com o tempo passando pela salvação da alma com a promoção do conforto espiritual, cuidados com o ambiente físico, até ser entendido como meta absoluta da enfermagem e mais recentemente como estratégia de menor importância para a profissão que assumiu outras atribuições.

A autora conclui que fatores políticos, econômicos e ideológicos desviam o profissional de enfermagem de uma das suas principais funções que seria a promoção do conforto enquanto cuidado de enfermagem e, acrescenta que o conforto/desconforto devem ser tratados como estados subjetivos o que implica centralizar o foco nas relações profissional/paciente.

Revisando as teorias Apóstolo (2009) conclui que os conceitos de conforto aparecem nas teorias de Watson, Leininger, Morse e Kolcaba. Para Watson e Leininger o conforto é um componente do cuidar, já Kolcaba concorda com Morse na intervenção de enfermagem como ação de confortar e

o conforto como resultado dessa intervenção, porém, Morse não se referiu à avaliação dos resultados o que, para Kolcaba, não avaliar os resultados torna o processo incompleto.

Rosa et al (2008) interpretam o conforto como experiência subjetiva que excede a dimensão física já que engloba componentes físicos, psicológicos, social, espiritual e ambiental. Para as autoras a percepção do conforto varia em níveis e é vinculada aos conceitos de espaço, que envolve as relações das pessoas consigo mesma e com o ambiente e de tempo, relacionado com a adaptação e aceitação da situação vivenciada pelo indivíduo.

A prática em promover o cuidado confortante é inerente à profissão de enfermagem, sendo imprescindível ao cuidado humano e de qualidade, contudo, por vezes, é minimizada frente as tecnologias presentes em ambientes complexos como o de uma UTI (POTT et al, 2013).

É relevante entender o sentido de conforto para cada pessoa diante da situação vivenciada. Desta forma se consegue ajustar a assistência de enfermagem buscando a promoção do conforto.

Neste estudo o conforto, é abordado como um fenômeno, entendido como algo percebido pelos sentidos/consciência (MICHAELIS, 2012). E o conforto do paciente dependente de ventilação mecânica torna-se objeto de representações sociais.

3. História da Unidade de Terapia Intensiva

Desde a antiguidade já se falava em observação contínua, porém a intervenção deu-se através das ações de Florence Nightingale, a partir de 1800, durante a Guerra da Crimeia. O modelo surge de uma necessidade logística em manter os pacientes mais graves numa mesma situação, onde o cuidado imediato e a observação constante eram favorecidos (LINO E SILVA, 2001).

O modelo que precedeu a unidade de terapia intensiva foi desenvolvido por Walter Dandy em 1923. Ele criou uma unidade de cuidados pós-operatórios a pacientes da neurocirurgia no Johns Hopkins Hospital, em Baltimore nos Estados Unidos da América (EUA). A iniciativa pôs em prática a ideia de recuperação pós-operatória. Nos anos seguintes o modelo foi aplicado nos conflitos militares. As unidades, denominadas por unidades de choque, envolviam cuidados e manejos iniciais de soldados feridos gravemente. O modelo só foi utilizado para a população civil a partir dos anos 50, favorecendo os resultados positivos nos pacientes submetidos a procedimentos cirúrgicos cardíacos ou oncológicos radicais (VIANA, 2011, LINO E SILVA, 2001).

O atual modelo de unidade de tratamento intensivo, onde profissionais observam e tratam o paciente grave por 24 horas do dia, foi observado pela primeira vez no Hospital Municipal de Copenhague (Dinamarca), Kommunrhospitalet, no ano de 1953, sob o comando do anestesista Bjorn Ibsen. Coincidentemente foi utilizada no momento a aplicação de ventilação manual por pressão positiva através de traqueostomias em pacientes vítimas de poliomielite, fato que mobilizou anestesiólogos, enfermeiros e estudantes de medicina para manter a ventilação manual contínua por vários dias (LINO, 2011).

Lino e Silva (2001) citando Simeão et al (1976), Barbosa (1995) e Bryan-Brow (1992), identificam três fases distintas na evolução da UTI. A primeira surge no final da década de 40, como resultado nos avanços do campo da anestesiologia e cirurgia surgem as salas de recuperação pós-cirúrgica, locais para onde eram encaminhados os soldados graves da II Guerra Mundial e da Coreia. A segunda fase foi marcada pelo desenvolvimento de equipamentos de suporte ventilatório para uso nos pacientes com falência respiratória durante a

epidemia de poliomielite, neste contexto a ventilação mecânica foi desenvolvida.

A terceira fase surge com a criação dos sistemas de monitorização e a desfibrilação por descarga elétrica, usados em pacientes vítimas de infarto agudo do miocárdio. As situações de calamidade que ocasionaram um grande número de mortes e a necessidade de prestar assistência em tempo hábil foram um estímulo ao desenvolvimento de pesquisas em busca de respostas da medicina.

Como podemos concluir, as unidades de terapia intensiva surgiram diante da necessidade de proporcionar assistência contínua e especializada aos pacientes graves. O desenvolvimento da UTI evoluiu juntamente com o avanço tecnológico e, o desenvolvimento de novos equipamentos e formas de tratamento favoreceu o cuidado ao paciente crítico.

4. Ventilação Mecânica

A ventilação mecânica é indicada quando o paciente experimenta uma redução contínua na oxigenação (PaO_2) somada ao aumento de dióxido de carbono (PaCO_2) e a manutenção de uma acidose (PH reduzido). O ventilador mecânico é um equipamento utilizado para substituir a respiração espontânea, de forma parcial ou total, mantendo a ventilação e administração de oxigênio por um logo período, através de pressão positiva ou negativa (VIANA, 2011).

As técnicas de ventilação artificial evoluíram juntamente com as de ressuscitação cardiopulmonar. Segundo Viana (2011), o surgimento da ventilação mecânica antecede aos anos de 1500 com o trabalho de Versalus que descreveu insuflações rítmicas de ar através da traqueia de um animal utilizando o princípio da pressão positiva, sendo o primeiro estudo com ventilação positiva intermitente. Outros experimentos utilizando o mesmo princípio ocorreram entre os séculos XVI e XX.

A partir de 1953, Paracelsus passou a fazer uso de foles de lareira com ventiladores adaptados à boca dos pacientes através de tubos previamente instalados. Este modelo foi usado até 1740. Em 1763, as primeiras cateterizações traqueais com finalidade terapêutica foram iniciadas por Smellie que soprava através dos tubos colocados na traqueia de seus pacientes. Em 1974, Fothergill aperfeiçoou o método fazendo a ventilação com foles de lareira e não como Smellie (LOBATO E ROMALDINI, 1983).

Em 1904, Ferdinand Sauerbruck, estudando o problema da ventilação na presença de pneumotórax aberto construiu uma câmara fechando o tórax do animal. Mantendo a cabeça livre para a atmosfera, ajustou um dispositivo ao redor do pescoço do animal e manteve pressão negativa, constante ao redor de 10mmHg, no interior da câmara. Com este aparelho, Sauerbruck, viu a possibilidade de manter a ventilação e anestesia a despeito das desvantagens do pneumotórax. Ludolph Brauer, em 1905, inverteu o princípio de Sauerbruck, construindo uma câmara que envolvia a cabeça e o pescoço do animal, sob pressão positiva constante, ao redor de 10mmHg, obtendo o mesmo efeito (LOBATO E ROMALDINI, 1983).

Em 1909, Janeway e Green construíram uma cabine similar a de Brauer, porém usando uma variação cíclica de pressão. Em seus primeiros estudos

Green observou que estes métodos frequentemente aboliam os movimentos respiratórios espontâneos, o que hoje conhecemos como de ventilação controlada.

Vários experimentos seguiram-se a estes e, em 1929, Drinker e Shaw desenvolveram um respirador mecânico aplicando o princípio da baixa pressão de Sauerbruck somado à variação cíclica da pressão de Janeway e Green. Foi o famoso pulmão de aço da era poliomielite. Com o reservatório envolvendo o corpo e tórax do paciente, com um dispositivo de borracha como selo no pescoço, um fole mecânico foi capaz de desenvolver pressões dentro da câmara de -60 a +60 cm de água. Novos passos no desenvolvimento dos respiradores mecânicos foram dados durante a epidemia de poliomielite na Europa Ocidental e América do Norte (LOBATO E ROMALDINI,1983).

Os pulmões de aço chegaram ao Brasil ainda na década de 50, coincidente com uma epidemia de poliomielite ocorrida no interior de São Paulo. Nas décadas que se seguiram, a aquisição de novos conhecimentos sobre fisiologia e a evolução tecnológica favoreceram o desenvolvimento de ventiladores mais sofisticados, facilitando a aplicação da ventilação com pressão positiva de forma mais segura e eficiente através da monitorização de parâmetros ventilatórios e aplicação de modalidades ventilatórias distintas (VIANA, 2011).

O ventilador mecânico, amplamente utilizado nas unidades de terapia intensiva, é um equipamento de suporte à vida que necessita de profissional de saúde capacitado para o seu funcionamento adequado de modo que o seu uso de forma incorreta não venha ocasionar complicações no paciente.

3. REFERENCIAL TEÓRICO

1. Representações Sociais

As Representações Sociais tiveram como iniciador Serge Moscovici que, em 1961, retomou o conceito de representações coletivas de Durkheim. Moscovici (2015) considera que as representações sociais indicam fenômenos e não conceitos como nas representações coletivas de Durkheim, isso porque ele entende que as representações sociais não são estáticas como Durkheim colocava, ou seja, para Moscovici as coisas mudam na sociedade, e processos transformam a vida social. O autor considera que as representações são fenômenos relacionados com uma forma particular de compreensão e comunicação, maneira pela qual são criados uma realidade e o senso comum, fenômenos que precisam ser descritos e explicados.

Moscovici nos leva a compreender a existência de dois universos (ou sistemas) de pensamento: consensual e reificado. O universo consensual representa as atividades relacionadas ao senso comum. O reificado representa saberes e conhecimento científico. Porém os dois universos se relacionam e dão forma à nossa realidade (MORAES et al, 2014). Entende-se que o conhecimento científico é apreendido pelo senso comum, e a partir desta apreensão formam-se representações sociais, um conhecimento socialmente constituído e partilhado.

Moscovici (2015) afirma que o mais importante é a natureza da mudança, ou seja, a maneira através da qual as representações sociais são capazes de influenciar o comportamento do indivíduo participante de uma comunidade, ele ainda acrescenta que, quanto menos conscientes estamos dessas representações, quanto menos pensamos nelas, maior se torna sua influencia. Moscovici entende que as representações sociais intervêm e nos orientam na direção do que é visível, definindo a realidade.

Guareschi (1996, 2000) afirma que a teoria das representações sociais (TRS) tenta mostrar um fenômeno novo que nos rodeia e do qual não estamos conscientes, ou não lhe damos a devida atenção. O autor entende que as RS são saberes práticos e como tais, devem ser investigadas nas práticas

rotineiras de diversos grupos sociais, acrescenta que o objetivo do estudo das RS é:

[...] quase que 'descrever', mostrar, evidenciar uma realidade, um fenômeno que existe, mas do qual muitas vezes não nos damos conta, de um lado; e de outro, mostra a necessidade imprescindível de estudá-lo, pois pode dar-se o caso de que é, na verdade, essa realidade a que de fato vai poder 'explicar', ou 'fazer compreender', de uma maneira global e coerente, porque as pessoas fazem o que realmente fazem...porque compram, votam, agem dessa ou daquela maneira[...]. (GUARESSCHI, 1996, p.14).

Moscovici (2015) reconhece duas características nas representações sociais: convencional e prescritiva. As representações convencionalizam objetos, pessoas ou acontecimentos, dando-lhes forma definitiva, classificando em determinada categoria e, gradualmente, como modelo específico, distinto e partilhado por um grupo de pessoas. As convenções nos permitem conhecer o que representa o quê: um determinado sintoma representa uma doença, uma alteração na cor indica mudança de temperatura, um braço erguido pode indicar saudação ou apenas um chamado.

Essas convenções predeterminam uma realidade, e nós vemos apenas o que essas convenções nos permitem ver, de forma, que organizamos nossos pensamentos conforme nossa cultura e nossas representações que nos são impostas. Moscovici (2015, p.36) cita Lewin (1948) quando escreveu: "A realidade é, para a pessoa, em grande parte, determinada por aquilo que é socialmente aceito como realidade". Entendendo aqui a realidade para o sujeito como aquela formada a partir de suas relações sociais e do contexto em que vive, como o resultado de suas experiências e das informações que recebe do meio externo.

Ainda, as representações são prescritivas, pois são impostas sobre as pessoas através da combinação entre a estrutura e a tradição, para Moscovici a estrutura se faz presente antes mesmo do início do pensamento e a tradição decreta o que deve ser pensado. Isso significa que a nossa maneira de pensar depende de tais representações diferentemente do que acreditamos, que nossa maneira de pensar determina as representações que temos de algo. Para Moscovici as representações são impostas e transmitidas, produto de mudanças que ocorrem com o tempo e resultado de sucessivas gerações (MOSCOVICI, 2015).

As RS são geradas a partir de interações humanas, sejam entre grupos ou duas pessoas apenas, não podem ser criadas isoladamente e são capazes de influenciar o comportamento da pessoa integrante de um grupo. Pressupõem-se representações todas as interações humanas, e elas se fazem presentes em todo o lugar em que encontramos pessoas ou coisas com as quais nos familiarizamos. (MOSCOVICI, 2015).

Segundo Moscovici (2015), as RS devem ser entendidas como um modo singular de perceber e exprimir o que sabemos. Para o autor “a representação iguala toda imagem a uma ideia e toda ideia a uma imagem”. (MOSCOVICI, 2015, p.46). O autor considera que a finalidade da representação social é tornar familiar algo que não é familiar. E acrescenta que as representações sociais constituem um tipo de realidade, e que elas “corporificam ideias” em experiências coletivas e interações em comportamento. Moscovici considera que as representações sociais surgem como um modo de compreensão de um objeto particular e também como forma do sujeito (indivíduo ou grupo) adquirir capacidade de definição e função de identidade. Ele define uma representação como:

Um sistema de valores, ideias e práticas, com uma dupla função: primeiro, estabelecer uma ordem que possibilitará às pessoas orientar-se em seu mundo material e social e controlá-lo; e, em segundo lugar, possibilitar que a comunicação seja possível entre os membros de uma comunidade, fornecendo-lhes um código para nomear e classificar, sem ambiguidade, os vários aspectos de seu mundo e da sua história individual e social. (MOSCOVICI, 2015, p. 21).

Quatro funções das representações sociais são apresentadas por Abric (2000) e citadas por Moraes (2014). São elas: a função de saber que permite a compreensão da realidade e favorece a comunicação, a função identitária que possibilita a proteção da especificidade dos grupos, define a identidade e exerce papel no controle social; a função de orientação que direciona os comportamentos, as práticas sociais adequando-as às várias situações e funciona como seleção e filtro de informações e por fim, a função justificadora que permite, posteriormente, explicar e justificar as condutas e tomadas de decisão dos atores (MORAES, 2014, p.28).

Moscovici (2015) esclarece que dois processos geram as representações sociais, isso porque, para transformar ideias não familiares em

familiares é necessário ancorar (ancoragem) a ideia estranha num contexto familiar e unir com a realidade (objetivação). Desta forma os dois processos, ancoragem e objetivação, podem ser assim entendidos:

Ancoragem: é o ajuste que sofre um determinado objeto ou ideia para se enquadrar em uma categoria, ou seja, converter algo estranho em algo que acreditamos ser apropriado, é classificar e dar nome ao objeto, categorizá-lo.

Objetivação: é a reprodução de um conceito em uma imagem, é tornar o abstrato em algo concreto, o subjetivo em objetivo e o intangível em algo tangível.

Moraes et al (2014) considera que as representações sociais são teorias do senso comum através das quais se constrói uma realidade social, complementa esclarecendo que “ as representações sociais se comunicam entre si; são dinâmicas e refletem um determinado modo de compreender o mundo e de ver a vida” (MORAES, 2014, p.22).

Segundo Sá (1998) a grande teoria das representações sociais se dividi em três correntes teóricas complementares: a corrente de abordagem processual conduzida por Denise Jodelet e considerada a mais devota à teoria original; a corrente da abordagem estrutural, liderada por Jean-Claude Abric que ressalta a dimensão cognitivo estrutural das representações e a abordagem societal liderada por Willem Doise com uma concepção mais sociológica. Para Sá não se tratam de abordagens incompatíveis já que se originam da mesma matriz básica.

1. Abordagem Processual de Denise Jodelet

Neste estudo faremos uso da abordagem processual proposta por Denise Jodelet. Denise Jodelet é considerada a principal colaboradora de Moscovici, pois assumiu a tarefa de sistematização do campo e contribuiu para o aprofundamento teórico, melhorando o entendimento dos conceitos e processos formadores de representações sociais (MAZZOTTI, 2008). Na vertente processual de Jodelet busca-se o conteúdo da representação, ou seja, o processo de formação, como ela nasce, como se dissemina socialmente e qual o seu efeito.

Para Denise Jodelet (1993) as representações sociais são construídas porque se faz necessário compreender o mundo em que vivemos, ajustando, conduzindo, localizando física ou intelectualmente, identificando e resolvendo problemas que ele nos apresenta. São sociais porque compartilhamos o mundo com as pessoas e são importantes porque nos auxiliam na compreensão e interpretação de nossa realidade cotidiana. Jodelet considera que as representações sociais são de fácil observação, pois se fazem presentes nos discursos, nas palavras, nas mensagens e imagens veiculadas, nas condutas cristalizadas, etc.

Jodelet (1989) reforça que para compreender as RS deve-se considerar o funcionamento do cognitivo e aparelho psíquico, bem como, do sistema social, dos grupos e das interações. Doise (1986) citado por Jodelet (1989, p.8) afirma que:

Não se pode eliminar da noção de representação social as referências aos múltiplos processos individuais, interindividuais, intergrupais e ideológicos que frequentemente reagem mutuamente uns aos outros e cujas dinâmicas de conjunto resultam nessas realidades vivas, que são, em última instância, as representações sociais (DOISE, 1986, p.19).

Jodelet (1989) considera um esquema de base para o estudo das representações sociais, no qual a representação é caracterizada como uma forma de saber prático ligando um sujeito a um objeto. São elementos importantes do esquema:

A representação social é sempre uma representação de alguma coisa (objeto) e de alguém (sujeito). As características do sujeito e do objeto terão uma incidência sobre o que ela é. A representação social está com seu objeto numa relação de "simbolização", ela toma seu lugar, e de "interpretação", ela lhe confere significações. Forma de saber, a representação apresenta-se como uma "modelização" do objeto diretamente legível em, ou inferido de, diversos suportes linguísticos, comportamentais ou materiais. Todo estudo de representação passará por uma análise das características ligadas ao fato de que ela é uma forma de conhecimento. Qualificar esse saber de "prático" se refere à experiência a partir da qual ele se produz, aos quadros e condições nos quais se insere, e sobretudo ao fato de que a representação serve para agir sobre o mundo e o outro, o que esclarece suas funções e sua eficácia sociais. (JODELET, 1989, p.9)

A abordagem processual de Jodelet inclui os dois processos de formação das representações sociais revelados por Moscovici, ancoragem e objetivação. Jodelet afirma que esses processos explicam o social como representação do conhecimento (JODELET, 1998).

Para Marcondes e Souza (2003) a abordagem processual tem como foco a gênese das representações sociais analisando os processos de sua formação considerando a historicidade e o contexto de produção. São estudados dois processos formadores das representações: a objetivação e a ancoragem, que têm uma relação dialética entre si e permitem a construção de um núcleo figurativo que se apresenta com uma estrutura figurativa e simbólica.

2. Katherine Kolcaba: Teoria do Conforto

Katharine Kolcaba nasceu em Cleveland, Ohio. Formou-se em Enfermagem em 1965, em 1987 licenciou-se em enfermagem com especialização em gerontologia, nesse período foi chefe em uma unidade para tratamento de pessoas com demência, período em que iniciou seus pensamentos teóricos sobre o conforto (TOMEY E ALLIGOOD, 2004).

Tomey e Alligood (2004) relata que Kolcaba definiu os tipos de conforto a partir de teorias de enfermagem dos três primeiros teóricos da disciplina. A teórica agrupou as ideias de Orlando, Henderson e Paterson e Zderad. Desta forma Kolcaba definiu ao **alívio, a tranquilidade e transcendência** como tipos de conforto alcançados e, a partir de estudos sobre o holismo, elucidou as necessidades de cuidados de saúde e desenvolveu os contextos nos quais o conforto é experimentado: **físico, psico-espiritual, ambiental e social**. Para a teórica o principal estímulo da teoria do conforto é trazer de volta para a enfermagem a prática centrada nas necessidades dos doentes.

Kolcaba (1995) citando Morse, Bottorff, & Hutchinson (1994) e Kolcaba (1992) refere cuidados de conforto como "uma arte de enfermagem que envolve o processo de ações reconfortantes realizados por uma enfermeira para um paciente e o resultado do maior conforto que é trazido à existência" (Kolcaba, 1995, p.288). A teórica entende o conforto como resultado das intervenções de enfermagem e que, o aumento do conforto é o resultado desejado.

A teórica define o conforto como o estado ou condição verificada nas pessoas que receberam os cuidados de conforto. Para Kolcaba é o momento no qual se consegue satisfazer os três tipos de conforto dentro dos quatro contextos existentes. As medidas de conforto são as intervenções de enfermagem aplicadas com finalidade de satisfazer as necessidades de conforto específicas de cada pessoa. Estas medidas sofrem a ação de variáveis que agem como forças de interação influenciando à percepção do receptor de cuidados. Variáveis como a idade, postura, estado emocional, prognóstico, experiências do receptor, etc, são considerados fatores possíveis

de alterar, mas sobre os quais os provedores de cuidados têm pouco controle (TOMEY E ALLIGOOD, 2004).

Segundo Tomey e Alligood (2004) Kolcaba acrescentou dois conceitos a sua teoria: comportamentos de busca por saúde e integridade institucional. O primeiro significa a busca pela saúde feita pelo paciente; e o segundo, identifica qualquer instituição que possua qualidade, ou seja, que atue com a prática de valores orientado para os receptores de cuidado.

Kolcaba entende que com a melhora no estado de conforto do paciente ele responde de forma mais adequada ao compromisso com comportamentos de busca pela saúde. Para a teórica estes comportamentos podem ser internos, externos ou em busca de uma morte pacífica, como exemplos, redução no tempo de internação, melhor resposta à terapia, cura mais rápida e aumento na satisfação do doente. Ela acrescenta que o comprometimento do doente com os comportamentos de saúde levam diretamente a melhoria na integridade institucional, na medida em que mais pessoas estão satisfeitas por terem sido curadas, fortalecidas e motivadas para uma vida saudável (TOMEY E ALLIGOOD, 2004).

Quadro 1. Definições de tipos de conforto e contextos propostos por Kolcaba

<p style="text-align: center;">Tipos de conforto:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Alívio: condição de uma pessoa que viu satisfeita uma necessidade específica;2. Tranquilidade: o estado de calma ou contentamento;3. Transcendência: condição na qual o indivíduo supera seus problemas/sofrimentos; <p style="text-align: center;">Contextos:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Físico: relacionado às sensações do corpo;2. Psicoespiritual: pertencente à consciência interna de si próprio (auto-estima, sexualidade, conceito de si mesmo, significado de vida; relação com ordem ou ser mais elevado);3. Ambiental: pertencente ao meio, às condições e influências externas;4. Social: pertencente às relações interpessoais, familiares e sociais.

Fonte: Reprodução Tomey e Alligood, 2004, p. 485

4. METODOLOGIA

1. Tipo de pesquisa

Tratou-se de pesquisa descritiva-exploratória de abordagem qualitativa. Deslandes et al (1999) refere que a pesquisa qualitativa responde a questões particulares, trabalha com dados que não podem ser quantificados, como significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes; correspondendo a um espaço mais profundo das relações. Flick (2009) comenta que:

A pesquisa qualitativa usa o texto como material empírico, parte da noção da construção social das realidades em estudo, está interessada nas perspectivas dos participantes, em suas práticas do dia a dia e em seu conhecimento cotidiano relativo a questão em estudo (FLICK, 2009, p.16).

Segundo Gil (2008) a pesquisa exploratória visa desenvolver, esclarecer e modificar conceitos e ideias. Seu principal objetivo é proporcionar uma aproximação do objeto estudado, favorecendo posteriores estudos mais aprofundados. Já as pesquisas descritivas têm como principal objetivo descrever características de determinado grupo ou fenômeno. “A pesquisa descritiva é, juntamente com a pesquisa exploratória, a mais habitualmente realizada pelos pesquisadores sociais preocupados com a atuação prática” (GIL, 2008, p.28).

2. Local e população do estudo

O cenário da pesquisa foram unidades de terapia intensiva de um hospital universitário da cidade do Rio de Janeiro. O hospital escolhido possui três unidades de terapia intensiva, sendo uma dentro da especialidade de cardiologia, outra da clínica e uma cirúrgica. No período de coleta de dados, a unidade de cardiologia contava com 6 leitos operantes, da clínica com 4 leitos e da cirurgia com 6 leitos, totalizando 16 leitos de terapia intensiva na instituição.

O acesso aos campos de pesquisa se deu após autorização da administração do hospital e aprovação da pesquisa pelo Comitê de Ética. Além disso, identificou-se as lideranças dos setores para favorecer o acesso aos

demais sujeitos da pesquisa. Todas as informações solicitadas foram esclarecidas aos administradores e participantes da pesquisa.

Foram sujeitos participantes da pesquisa trinta e um profissionais de enfermagem que atuam nos cuidados dos pacientes dependentes de ventilação mecânica nas UTIs. A coleta de dados se deu nos meses de dezembro de 2015 e janeiro, fevereiro e março de 2016.

No período da coleta de dados faziam parte da equipe assistencial de enfermagem 39 enfermeiros e 89 técnicos e auxiliares de enfermagem que se revezavam na assistência, em escalas de 12x60 horas e plantões diurnos e noturnos, totalizando uma população inicial de 128 sujeitos. Utilizamos como critérios de inclusão para o estudo: profissionais de enfermagem incluídos em uma das três categorias de enfermagem, a saber: enfermeiros, técnicos de enfermagem e auxiliares de enfermagem, de ambos os sexos, que possuíssem idade entre 18 e 65 anos, e atuassem em uma das unidades de terapia intensiva do hospital no período da coletada de dados, independentemente do tempo de experiência profissional.

3. Aspectos éticos do estudo

O estudo atendeu as exigências do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde sobre a pesquisa envolvendo seres humanos e encontra-se baseado na Resolução nº 466/2012. O projeto foi submetido aos Comitês de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro e do hospital universitário em questão. O projeto foi aprovado em 22 de outubro de 2015 sob o nº CAAE 48302815.8.0000.5285 (Anexo A).

Os participantes receberam todas as informações pertinentes à pesquisa e a garantia de privacidade, anonimato e direito de desistência a qualquer momento, sem prejuízo para o próprio em qualquer etapa do estudo conforme descrito no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido- TCLE (Apêndice A) que foi assinado por cada participante.

Os participantes também foram notificados de que, como voluntário da pesquisa, não haveria nenhum custo ou benefício financeiro para o mesmo e que a participação no estudo irá contribuir para a construção de conhecimento

científico sobre o objeto de estudo. Quantos aos riscos foram informados sobre a possibilidade de riscos mínimos tais como: constrangimento, desconforto psicológico ou emocional diante de algum questionamento, sensação de perda de tempo e de perda de privacidade, desta forma, esclarecemos que cada participante poderia optar por não responder quaisquer perguntas que o fizessem sentir-se incomodado e que, caso desejassem, poderiam deixar de participar do estudo a qualquer momento. Todas as informações constam no TCLE.

A pesquisa foi desenvolvida sem o auxílio de instituições fomentadoras de projetos, todas as despesas foram custeadas pelos pesquisadores.

A princípio, não se pode determinar os benefícios do estudo, entretanto, os resultados poderão contribuir para a compreensão e entendimento mais abrangentes acerca da assistência de enfermagem que privilegie o conforto para os clientes necessitados de prótese ventilatória.

4. Instrumentos e procedimentos para processo de dados

A coleta de dados se deu por meio de entrevista parcialmente estruturada. As entrevistas parcialmente estruturadas proporcionam uma flexibilidade durante a mesma, isso porque, é passível de retirar ou acrescentar alguma questão, bem como, alterar a ordem da arguição, o que favorece uma maior expressão do verdadeiro pensamento do entrevistado. Segundo Laville e Dionne (1999) essa técnica permite um contato mais íntimo entre entrevistador e entrevistado, e a sua flexibilidade favorece:

“[...] a exploração em profundidade de seus saberes, bem como de suas representações, de suas crenças e valores... em suma, tudo o que reconhecemos, desde o início, como o objeto das investigações baseadas no testemunho” (LAVILLE E DIONNE, 1999, p. 189).

Após o consentimento (assinatura do TCLE) as entrevistas foram agendadas. As entrevistas foram gravadas, seguiu-se um roteiro previamente elaborado (Apêndice B).

5. Tratamento e análise dos dados

A análise dos dados se deu à luz da Teoria das Representações Sociais que por sua vez é considerada uma forma de investigar cientificamente o senso comum sobre um dado fenômeno, ou seja, as explicações e interpretações sobre um objeto específico que moldam a prática. A abordagem utilizada será a processual desenvolvida por Denise Jodelet, para a autora a representação é uma forma de conhecimento prático e conecta um sujeito a um objeto. Investigar esse conhecimento implica em conhecer os referenciais e condições em que ele é produzido (Moscovici, 2015, p.21).

Moscovici (2015) refere-se às Representações Sociais como semelhantes a teorias que:

Ordenam ao redor de um tema uma série de proposições que possibilita que coisas ou pessoas sejam classificadas, que seus caracteres sejam descritos, seus sentimentos e ações sejam explicados e assim por diante (MOSCOVICI, 2015, p.209-210).

A técnica utilizada foi a de análise de conteúdo proposta por Bardin. A autora descreve a inferência como uma dedução lógica, ou seja, o pesquisador ou analista deduz de maneira lógica sobre o emissor ou sobre o seu meio a partir da mensagem que recebe o tratamento (BARDIN, 2011).

A análise de conteúdo é uma forma de analisar os discursos. Bardin define a análise de conteúdo como:

Um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição de conteúdo das mensagens indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) dessas mensagens (BARDIN, 2011, p.48).

Bardin (2011) afirma que na análise de conteúdo o pesquisador pode fazer o uso de uma ou mais operações complementares de modo a melhorar os resultados. A partir do tratamento das mensagens que manipula, o pesquisador pode inferir conhecimentos sobre o emissor da mensagem ou seu meio. Para Bardin:

Se a descrição é a primeira etapa necessária e se a interpretação é a última fase, a inferência é o procedimento intermediário, que vem permitir a passagem, explícita e controlada, de uma à outra (BARDIN, 2011, p. 45)

Segundo Bardin a análise de conteúdo precisa considerar diferentes fases, estas se organizam em três polos: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados e interpretações. A pré-análise é a fase de organização, engloba escolha de documentos, formulação de hipóteses e objetivos, elabora indicadores sirvam para a fundamentação da interpretação final. A exploração do material engloba operações de codificação, de composição ou enumeração. Na fase de tratamento dos resultados e interpretações o analista propõe inferências e interpreta os resultados retornando ao referencial teórico (BARDIN, 2011).

Para facilitar a arrumação dos dados para a análise, utilizou-se o software Iramuteq Alpha 7.2. Trata-se de uma ferramenta da tecnologia da informação bastante utilizada em investigações sobre representações sociais.

Segundo Camargo e Justo (2013) o Iramuteq é um software gratuito e com fonte aberta, que foi desenvolvido por Pierre Ratinaud (2009). Trata-se de um programa que se baseia no software R e permite diferentes formas de análises estatísticas sobre corpus textuais. Foi desenvolvido na língua francesa e começou a ser utilizado no Brasil em 2013. Os autores nos levam a compreender que a análise textual é um tipo de análise de dados onde fazemos uso de textos que podem ser provenientes de entrevistas transcritas, documentos, redações, respostas a questionários, etc. Acrescentam que esses dados se mostram expressivos quando se trata de estudos sobre representações sociais.

6. Iramuteq

A utilização de software para análise de dados textuais vem ocorrendo com maior frequência nos últimos anos, principalmente nas Ciências Sociais onde o volume de texto a ser analisado é extenso. Os estudos nos mostram que desde a década de 70 os trabalhos de lexicografia contribuem para a análise quantitativa de dados textuais, e nos últimos anos vários programas informáticos evoluíram seu desempenho favorecendo esse tipo de análise

(CAMARGO E JUSTO, 2013; LOUBÈRE E RATINAUD, 2013; CAMARGO, 2005).

O Iramuteq é um software livre (gratuito e de fonte aberta) e licenciado pela GNU GPL v2. Desenvolvido por Pierre Ratinaud (2009) o Iramuteq faz uso do mesmo algorítmico do Alceste (REINERT, 1990) para realizar análises estatísticas de textos, é indicado para análise de textos e tabelas de dados. O programa utiliza o software R para o processamento da análise e está escrito sobre a linguagem de programação Python (CAMARGO E JUSTO, 2013; LOUBÈRE E RATINAUD, 2013).

No software Iramuteq as análises podem ser realizadas de duas formas: 1) a partir de um grupo de textos a respeito de uma determinada temática (*corpus* textual) reunidos em um único arquivo de texto; 2) a partir de matrizes com indivíduos em linha e palavras em coluna, organizadas em planilhas, como exemplo temos os bancos de dados construídos a partir de testes de evocações livres. O Iramuteq prepara os dados e escreve os scripts, estes serão posteriormente lidos e analisados pelo software R (CAMARGO E JUSTO, 2013; LOUBÈRE E RATINAUD, 2013).

A análise textual ou análise lexical é parte da análise de conteúdo, considerada um tipo específico de análise de dados faz uso da linguagem escrita ou transcrita, ou seja, textos produzidos de várias formas: originalmente escritos, transcrições de entrevistas, documentos, etc. (CAMARGO E JUSTO, 2013; LOUBÈRE E RATINAUD, 2013; CAMARGO, 2005).

Devido ao fato da análise textual utilizar dados “que são compostos essencialmente pela linguagem, os mesmos mostram-se relevantes aos estudos sobre pensamentos, crenças, opiniões – conteúdo simbólico produzido em relação a determinado fenômeno” (CAMARGO E JUSTO, 2013, p.514).

Camargo e Justo (2013) citando Chartier e Meunier (2011) e Lahlou (2012) chamam a atenção para as críticas que o uso de programas informáticos para análise textual tem recebido, já que possibilita ao pesquisador negligenciar o seu papel na análise de dados textuais. Bardin (2011) também se refere a essa questão quando reforça que alguns programas só dizem respeito a uma parte do processo, sendo necessário que se faça a complementação manualmente.

Quadro 2. Tipos de análises possíveis com o Iramuteq

Tipos de análises possíveis com o Iramuteq	
Análises sobre corpus textuais:	
1)	Estatísticas textuais clássicas.
2)	Pesquisa de especificidades a partir de segmentação definida do texto (análise de contraste de modalidades de variáveis).
3)	Classificação Hierárquica Descendente (CHD) conforme o método descrito por Reinert (1987 e 1990).
4)	Análise de similitude de palavras presentes no texto.
5)	Nuvem de palavras.
Análises sobre tabelas indivíduos / palavras:	
1)	CHD conforme algoritmo proposto por Reinert (1987)
2)	CHD por matrizes de distância.
3)	Análise de similitude (por exemplo, de palavras resultantes de evocações livres).
4)	Nuvem de palavras.
5)	Descrição e χ^2 .

Fonte: Tutorial para uso do software de análise textual Iramuteq (2013)

Faz-se necessário algumas observações por razões de direitos de propriedade intelectual o vocabulário do método de Reinert foi readaptado, relativamente ao software Alceste, conforme observado no manual Iramuteq (LOUBÈRE E RATINAUD, 2013). Segue o quadro com informações:

Quadro 3. Readaptação Iramuteq

Alceste	Método Reinert
UCI: Unidade de contexto Inicial	TEXTO
UCE: Unidade de contexto elementar	ST: segmentos de texto
UC: Unidade de contexto	RST: reagrupamento de segmentos de texto

Fonte: Reprodução Manual Iramuteq (2013)

Na análise dos dados do presente estudo utilizou-se a Classificação pelo Método de Reinert. Esta análise propõe uma classificação hierárquica descendente (CHD) segundo o método descrito por Reinert. Esta classificação é proposta segundo três modalidades: Classificação simples sobre o texto,

Classificação simples sobre o segmento do texto, a classificação incide sobre os segmentos de texto (ST) e Classificação dupla sobre os (RST). Optou-se pela análise simples sobre ST, esta análise visa obter classes de segmentos de textos (ST) que, ao mesmo tempo, apresentam vocabulário semelhante entre si, e vocabulário diferente dos segmentos das outras classes. A partir dessa análise o software organiza a análise dos dados em um **dendograma** que ilustra as relações entre as classes (CAMARGO E JUSTO, 2013; LOUBÈRE E RATINAUD, 2013).

Camargo e Justos (2013) citando Veloz, Nascimento-Schulze e Camargo (1999) em estudos da área de psicologia social, principalmente nos interessados no estudo do senso comum, “estas classes podem indicar representações sociais ou campos de imagens sobre um dado objeto, ou somente aspectos de uma mesma representação social” (CAMARGO E JUSTO, 2013, p.11).

Para a análise de dados foram apresentados os dendogramas resultantes e uma tabela com informações resumidas dos respectivos perfis de cada classe. Estas informações referem-se à: frequência que representa o número de ST desta classe contendo pelo menos uma vez a forma; Pvalor que é o nível de confiança associado ao χ^2 e, χ^2 que exprime a força de ligação entre a forma e a classe (LOUBÈRE E RATINAUD, 2013). As tabelas contendo informações dobre o Pvalor e χ^2 são utilizadas, tão somente, para configurar a análise textual, sem que sejam feitas análises inferenciais. As formas analisadas foram aquelas em que o Pvalor foi $<0,0001$.

7. Preparo do corpus

As entrevistas foram transcritas na íntegra gerando um corpus textual que foi configurado conforme as orientações descritas no tutorial para uso do software Iramuteq. Visando conformidade com o software procedeu-se a definição de variáveis que foram decodificadas conforme observado no exemplo de linha de comando: **** *n_31 *s_2 *i_2 *r_1 *cp_1 *ne_2 *tf_4 *ta_3 *tt_2 *s_1

As variáveis definidas para o estudo foram: sujeitos participantes da pesquisa (*n_1 até *n_31) sexo (*s_1= masculino e *s_2= feminino), idade (*i_1=21 a 30 anos, *i_2=31 a 40 anos, *i_3= 41 a 50 anos e *i_4= 51 a 60 anos ou mais), religião (*r_1= católica, *r_2= evangélica, *r_3= espírita, *r_4= outra), categoria profissional (*cp_1= enfermeiro e *cp_2= técnico de enfermagem), número de empregos (*ne_1= 1, *ne_2= 2, *ne_3= 3, *ne_4= 4 ou mais), tempo de formação (*tf_1= <1 a 5 anos, *tf_2= 6 a 10 anos, *tf_3= 11 a 15 anos, *tf_4= 16 a 20 anos ou mais), tempo de atuação em UTI (*ta_1= <1 a 5 anos, *ta_2= 6 a 10 anos, *ta_3= 11 a 15 anos, *ta_4= 16 a 20 anos ou mais), turno de trabalho (*tt_1= serviço diurno e *tt_2= serviço noturno) e satisfação profissional (*s_1= muita, *s_2=,média *s_3= pouca).

A exploração do corpus em sua totalidade originou um quadro de termos associados ao tema central: Conforto. Esses termos foram agrupados em subtemas representados pelos contextos onde, segundo Kolcaba, é possível experimentar o conforto.

Após o preparo optou-se por dividir o corpus visando buscar as respostas para os objetivos da pesquisa. O corpus foi dividido em corpus textual 1 e corpus textual 2, formados a partir da seleção das questões específicas do roteiro de entrevista.

As questões 3, 4, 8 e 10 do roteiro de entrevista elaborado para a coleta de dados, todas relacionadas ao conforto do paciente dependente de prótese ventilatória formaram o corpus textual 1 e, as respostas às questões 5, 6, 7 e 9 relacionadas à assistência ao paciente em prótese ventilatória, formaram o corpus textual 2.

Para melhor visualização o conteúdo final do corpus que permitiu a análise das representações emergentes encontra-se no apêndice C.

5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

1. Caracterização dos participantes da pesquisa

Participaram da pesquisa trinta e um (31) profissionais de enfermagem que atuavam nas unidades de terapia intensiva do hospital universitário onde se deu a coleta de dados. A escolha foi por conveniência e a partir do aceite em participar do estudo. Entre os participantes não houve nenhum dentro da categoria de auxiliar de enfermagem já que, na instituição onde se deu a coleta de dados, esses profissionais não atuam na assistência direta ao paciente.

O encerramento das entrevistas deu-se considerando o conceito de saturação teórica. Segundo Fontanella, Ricas e Turato (2008): “o conceito encontra respaldo científico no pressuposto da constituição social do sujeito, que na TRS, reflete-se no conceito da determinação social das representações individuais” (FONTANELLA, RICAS E TURATO, 2008, p.25) Observamos também a afirmação de Moscovici (2015) quando diz que as representações sociais são geradas a partir de interações humanas sejam entre grupos ou duas pessoas apenas.

Dos trinta e um (31) participantes, vinte e sete (27) eram do sexo feminino totalizando 87% da amostra e, apenas 04 do sexo masculino correspondendo a 13% da amostra. Esse resultado está de acordo com vários estudos onde a feminização é prevalente quando se trata de gênero na enfermagem, como é no caso do estudo de Lopes e Leal (2005), apontando que “a profissão se mantém feminina em todos os níveis” (LOPES E LEAL, 2005, p. 124). Em relação à idade o sujeito da pesquisa mais jovem tinha 25 anos e o mais velho 61 anos, a média da idade do grupo estudado foi de 39,64 anos; a maioria encontrava-se na faixa etária de 31 a 40 anos, totalizando 64,5% da amostra, ou seja, vinte (20) participantes encontravam-se nessa faixa etária.

No que se refere à categoria profissional dezoito (18) participantes eram técnicos de enfermagem e treze (13) enfermeiros correspondendo a,

respectivamente, 58% e 42% da amostra. Em relação ao tempo de formação profissional temos a maioria (16) dos profissionais formados entre 16 a 20 anos ou mais, totalizando 51,6% de profissionais nessa categoria, a média do tempo de formação do grupo estudado foi de 17,7 anos. Já no tempo de atuação em unidades de terapia intensiva a maioria dos profissionais possui entre 11 a 15 anos de experiência em UTI, o correspondente a 32,2% da amostra, a média do tempo de atuação em UTI foi de 13 anos.

Tabela 1: Tabela de variáveis utilizadas no corpus

VARIÁVEIS															
SEXO		FAIXA ETÁRIA				CATEGORIA PROFISSIONAL		TEMPO DE FORMAÇÃO (ANOS)				TEMPO DE ATUAÇÃO EM UTI (ANOS)			
1	2	1	2	3	4	1	2	1	2	3	4	1	2	3	4
M	F	21-30	31-40	41-50	51-60 ou +	Enf.	Tec. Enf.	<1-5	6-10	11-15	16-20 ou +	<1-5	6-10	11-15	16-20 ou +
13%	87%	6,5%	64,5%	16%	13%	42%	58%	13%	16%	19,4%	51,6%	19,4%	19,4%	32,2%	29%

Fonte: dados da pesquisa; RODRIGUES, 2017.

Evidenciou-se predominância de profissionais com formação e tempo de atuação em unidades de terapia intensiva superior a dez anos. É importante destacar que características como, tempo de formação e experiência em unidade tão específica com a UTI, podem influenciar no posicionamento e conduta do profissional, na sua relação com o paciente e a família e, fornecer subsídios para melhorar a qualidade da assistência prestada, visto que, profissionais menos experientes na terapia intensiva, tendem a se preocupar um pouco mais com o aparato tecnológico do que com o paciente. Tal preocupação pode favorecer a construção do discurso de desumanização, como destacado por Silva e Louro (2010):

Atualmente não são raros os questionamentos acerca da utilização de tecnologias duras para cuidar e assistir clientes críticos em terapia intensiva, tanto do ponto de vista de sua indicação, eficiência, resolutividade e possível causadora de iatrogenia, mas também como algo que distancia o profissional do cliente, favorecendo dessa forma a desumanização (SILVA E LOURO, 2010, p 1558)

2. Análise a partir dos termos associados ao tema central.

Após a exploração do corpus textual e, utilizando como tema central a palavra **Conforto**, obtiveram-se termos associados, conforme proposto por Bardin (2011). Esses termos que podem estar associados ao discurso de conforto para os profissionais de enfermagem foram agrupados sistematicamente de acordo com os contextos nos quais o conforto é experimentado segundo a Teoria do Conforto de Kolcaba (1995). No quadro a seguir apresentamos o termo e o valor ao seu lado corresponde ao número de ocorrências no corpus.

Quadro 4: Termos associados ao tema central: Conforto

Físico	Ambiental	Psico-espiritual	Social
Sedar (71) Sedação (37)	Parâmetros (24)	Falar (128) Conversar (29) Conversa (6) Verbalizar (5) Dialogar (2)	Depender (41) Dependente (21) Dependência (4)
Sentir (37) Sensação (13)	Barulho (20) Volume (3) Som (3) Silêncio (2)	Olhar (44)	Família (35) Visita (11) Familiar (11) Parente (3)
Aspirar (33) Aspiração (19) Secreção (19) Secretivo (2)	Tranquilo (16) Tranquilidade (4)	Deus (17) Religião (9) Oração (4) Religiosidade (3)	Segurança (6) Confiança (3)
Ventilação (31) Ventilatória(o) (21)	Alarmar (9) Alarme (8)	Medo (12) Morrer (12)	Acompanhante (3) Acompanhar (2)
Decúbito (30) Mudança (23) Mobilizar (18) Mobilização (7) Mover (2) Movimentar (2) Movimento (2)	Monitor (7) Monitorização (5)	Comunicação (8)	
Posição (26) Posicionamento (15) Posicionar (9)	Recurso (6) Instituição (5) Econômico (4)	Realidade (6) Estimular (6) Orientar (4)	

		Conectar (2)	
Banho (26) Oral (13) Higienização (7) Higienizar (2)	Luz (6) Luminosidade (2) Meia Luz (1)	Apoio (5)	
Dor (25)	Adaptar (6) Adaptação (2)	Calma (o) (10)	
Fixação (22) Fixar (7)	Limpeza (5)	Tocar (3) Toque (1)	
Face de dor (8) Face (7) Facial (4) Face tranquila (1) Facezinha de dor (1) Fáceis de dor (1) Apresentação facial (1)	Arrumar (3) Arrumado (3) Arrumação (1)		
Sereno (5)	Música (3)	Intimidade (2)	
Estética (4) Esteticamente (4)	Temperatura (2) Hipotérmico (1)	Paz (2)	
Saturação de oxigênio (3)	Hotelaria (2)		
Relaxado (2) Relaxamento do corpo (1)	Hostil (2)		
Hidratação (2) Alimentação (1) Eliminar (1) Eliminação (1)			
Massagem (1) Massagear (1)			

Fonte: dados da pesquisa, RODRIGUES, 2017.

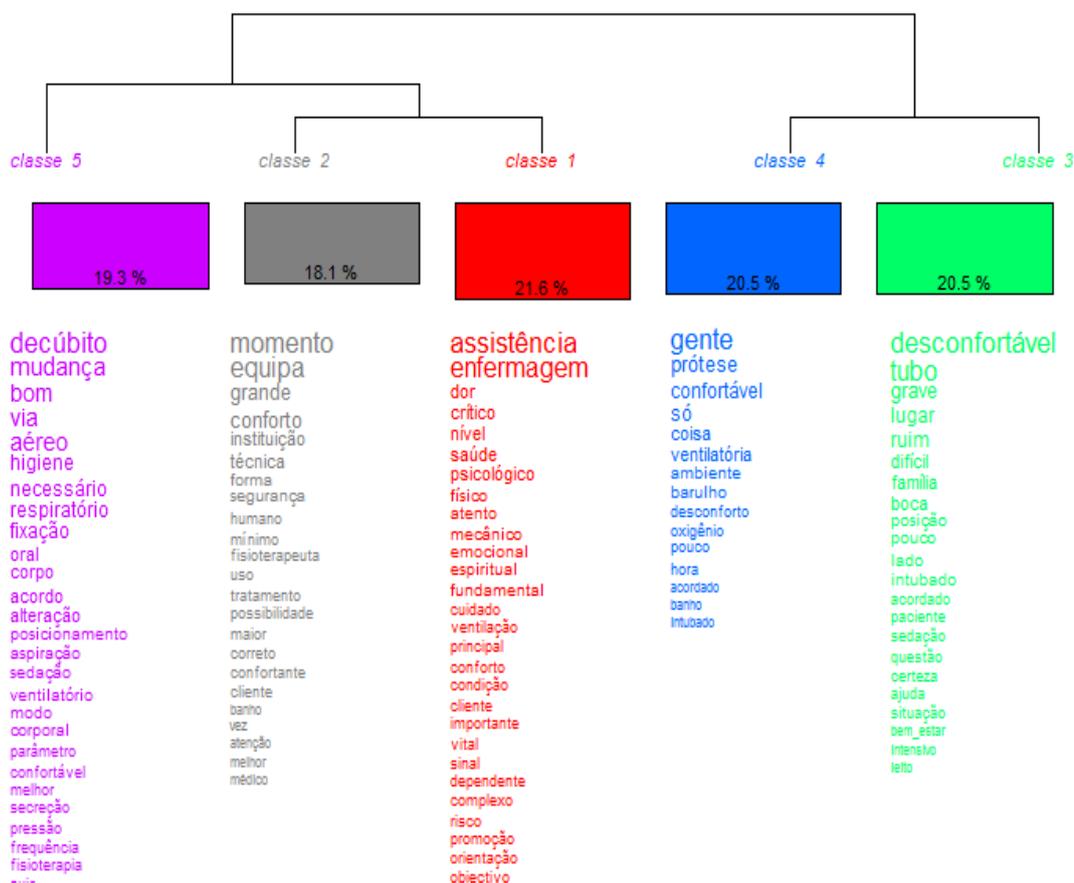
A partir da análise e extração dos termos associados ao tema central, pode-se, razoavelmente admitir, que os profissionais de enfermagem representam o conforto do paciente dependente de prótese ventilatória nos quatro contextos propostos por Kolcaba tais como: físico, ambiental, psico-espiritual e social porém, é notória a valorização do conforto no contexto físico, visto que na análise do discurso dos profissionais pode-se observar que o conforto está relacionado, na maioria das vezes, com técnicas e procedimentos que visam a priori, promoção do conforto físico.

3. A emergência das Representações Sociais do objeto estudado

Neste momento serão apresentados os resultados obtidos a partir da análise do corpus textual 1 pelo software Iramuteq, o corpus textual 1 foi preparado a partir das respostas às questões 3,4,8 e 10 do roteiro de entrevista. A análise encontrou 201 segmentos de texto, sendo 171 (85.07%) desses segmentos classificados e analisados na classificação hierárquica descendente (CHD).

A CHD dividiu o corpus em 5 classes. Em um primeiro momento dividiu o corpus em dois subcorpus agrupando as classes 1, 2 e 5 separadas das classes 3 e 4, num segundo momento separou as classe 1 e 2 da classe 5, gerando o resultado representado no dendograma da **Figura 1**.

Figura 1 - Dendograma da classificação hierárquica descendente do corpus textual 1.



Observando o dendograma apresentado na Figura 1 podemos perceber que a classe com maior percentual de segmentos de textos analisados (ST) foi a classe 1 (21,6%). Nesta classe a variável que pode ser considerada é a *tf_3 que se relaciona ao tempo de formação dos sujeitos e varia entre 11-15 anos, indicando que a experiência profissional favorece a promoção do conforto em vários contextos como podemos observar na análise. Esta classe mostra uma forte relação com a classe 2 e pouca ou nenhuma com a classe 5.

A classe 1 representada pelos elementos **assistência** ($\chi^2 55,22$), **enfermagem** ($\chi^2 49,36$), **dor** ($\chi^2 18,65$) e **crítico** ($\chi^2 18,65$), podem indicar que a assistência de enfermagem é fundamental para a oferta e manutenção do conforto e alívio da dor no paciente crítico. Outros elementos como **físico** ($\chi^2 12,83$), **psicológico** ($\chi^2 14,83$), **emocional** ($\chi^2 10,67$) e **espiritual** ($\chi^2 10,35$) indicam que o profissional busca, também, a promoção do conforto em outros contextos, inclusive, o psicoespiritual. A palavra **dor** revela uma valorização do conforto físico, o termo surgiu no corpus textual em questão vinte e três (23) vezes.

Tabela 2: Classe 1 - corpus textual 1

Palavra	Frequência	P valor	Chi ²
Assistência	14	< 0,0001	55.22
Enfermagem	16	< 0,0001	49.36
Dor	5	< 0,0001	18.65
Crítico	5	< 0,0001	18.65
Nível	4	0.00011	14.83
Saúde	4	0.00011	14.83
Psicológico	4	0.00011	14.83
Físico	7	0.00047	12.23
Atento	5	0.00108	10.67
Mecânico	5	0.00108	10.67

Emocional	5	0.00108	10.67
Espiritual	4	0.00129	10.35
Fundamental	4	0.00129	10.35
Cuidado	13	0.00381	8.37
Ventilação	4	0.00639	7.44
Principal	3	0.00872	6.88
Conforto	22	0.00963	6.7
Condição	3	0.03448	4.47
Cliente	4	0.04599	3.98
Importante	4	0.04599	3.98
Vital	2	NS (0.05601)	3.65
Sinal	2	NS (0.05601)	3.65
Dependente	2	NS (0.05601)	3.65
Complexo	2	NS (0.05601)	3.65
Risco	2	NS (0.05601)	3.65
Promoção	2	NS (0.05601)	3.65
Orientação	2	NS (0.05601)	3.65
Objetivo	2	NS (0.05601)	3.65
Médico	2	NS (0.05601)	3.65
Atenção	3	NS (0.08587)	2.95
Necessidade	4	NS (0.08779)	2.91
Profissional	4	NS (0.08779)	2.91

Fonte: Análise Iramuteq, RODRIGUES, 2017.

Dando prosseguimento à análise dos resultados a classe 2, com 18,1% dos ST analisados apresenta elementos que desvelam o conforto como algo momentâneo e dependente da atuação de uma equipe multiprofissional e das

condições da instituição. Esta classe apresentou as seguintes palavras relevantes: **momento** (chi² 41,06), **equipe** (chi² 36,96), **conforto** (chi² 20,84) e outras com representação menor, contudo contribuindo para a construção da classe: **instituição, técnica, segurança, humano e fisioterapeuta.**

Tabela 3: Classe 2- corpus textual 1

Palavra	Frequência	P valor	Chi ²
Momento	14	< 0,0001	41.06
Equipe	9	< 0,0001	36.96
Grande	5	< 0,0001	23.26
Conforto	24	< 0,0001	20.84
Instituição	3	0.00020	13.79
Técnica	4	0.00026	13.28
Forma	7	0.00266	9.02
Segurança	3	0.00281	8.93
Humano	2	0.02769	4.85
Uso	2	0.02769	4.85
Tratamento	2	0.02769	4.85
Possibilidade	2	0.02769	4.85
Mínimo	2	0.02769	4.85
Fisioterapeuta	2	0.02769	4.85
Maior	3	0.03911	4.26
Correto	2	NS (0.09408)	2.8
Confortante	2	NS (0.09408)	2.8
Cliente	3	NS (0.14520)	2.12

Fonte: Análise Iramuteq, RODRIGUES, 2017.

Esta classe se refere ao conforto como algo momentâneo, efêmero e dependente de outros fatores, dentre os quais, o aparato tecnológico/tecnologia e as técnicas somadas à presença de uma equipe bem treinada e capaz de transmitir segurança ao paciente

Por sua vez, a classe 5 com 19,3% dos ST analisados expressa a valorização do conforto físico pelo profissional de enfermagem. Apesar de muito se falar em integralidade da assistência e de boa parte dos sujeitos da pesquisa citar características de conforto em contextos variados, o contexto físico foi o mais sobressalente, isso evidencia a valorização do cuidado com o corpo doente, e também sugere que a promoção do conforto dentro do contexto físico é mais acessível para os profissionais de enfermagem.

Os elementos desta classe que se destacaram foram: **decúbito** (chi² 48,19), **mudança** (chi² 38,9), **via e aérea** (chi² 30,52) e **higiene** (chi² 22,52), esses termos nos remetem ao cuidado físico em busca da promoção do conforto.

Tabela 4: Classe 5- corpus textual 1

Palavra	Frequência	P valor	Chi ²
Decúbito	14	< 0,0001	48.19
Mudança	12	< 0,0001	38.9
Bom	8	< 0,0001	35.1
Via	7	< 0,0001	30.52
Aéreo	7	< 0,0001	30.52
Higiene	9	< 0,0001	22.52
Necessário	8	< 0,0001	21.55
Respiratório	5	< 0,0001	21.54
Fixação	7	< 0,0001	20.86
Oral	4	< 0,0001	17.13
Corpo	6	0.00021	13.69

Acordo	3	0.00035	12.77
Alteração	3	0.00035	12.77
Posicionamento	4	0.00048	12.19
Aspiração	6	0.00077	11.3
Sedação	7	0.00238	9.23
Ventilatório	3	0.00428	8.16
Modo	3	0.00428	8.16
Corporal	3	0.00428	8.16
Parâmetro	4	0.00957	6.71
Confortável	9	0.02201	5.24
Melhor	5	0.02305	5.16
Secreção	4	0.02420	5.08
Limpo	2	0.03595	4.4
Sujo	2	0.03595	4.4
Saturação	2	0.03595	4.4
Pressão	2	0.03595	4.4
Frequência	2	0.03595	4.4
Fisioterapia	2	0.03595	4.4
TOT	2	0.03595	4.4
Confortante	2	NS (0.11538)	2.48
Hora	5	NS (0.14927)	2.08

Fonte: Análise Iramuteq, RODRIGUES, 2017.

A classe 2 está diretamente relacionada a classe 1, e ambas se conectam, com menor intensidade, com a classe 5. As classes são constituídas por elementos que destacam a importância da atuação da equipe de

enfermagem na promoção do conforto ao paciente dependente de ventilação mecânica e a valorização do conforto no contexto físico.

A classe 4 representa 20,5% dos ST, nela a equipe é simbolizada pelo substantivo feminino **gente** ($\chi^2_{38,35}$), juntamente com esse elemento, surgem outros que remetem a ideia da equipe (multiprofissional) como principal responsável por promover o conforto e manter confortável o paciente dependente de prótese ventilatória, como pode-se observar com as palavras **prótese** ($\chi^2_{22,69}$) e **confortável** ($\chi^2_{17,88}$).

Tabela 5: Classe 4- corpus textual 1

Palavra	Frequência	P valor	Chi ²
Gente	20	< 0,0001	38.35
Prótese	11	< 0,0001	22.69
Confortável	13	< 0,0001	17.88
Só	5	0.00010	15.1
Coisa	9	0.00019	13.88
Ventilatória	3	0.00057	11.87
Ambiente	6	0.00377	8.39
Barulho	4	0.00429	8.15
Desconforto	4	0.03396	4.5
Oxigênio	2	0.04540	4.0
Pouco	4	NS (0.06700)	3.35

Fonte: Análise Iramuteq, RODRIGUES, 2017.

A classe 3 representada por 20,5% dos ST, tem forte relação com a classe 4. Seus principais elementos foram: **desconfortável** ($\chi^2_{36,91}$), **tubo** ($\chi^2_{34,14}$), **grave** ($\chi^2_{20,01}$), **lugar** ($\chi^2_{15,92}$), **ruim** ($\chi^2_{15,92}$), **difícil** ($\chi^2_{12,46}$) ilustra a dificuldade em manter o paciente dependente de prótese ventilatória confortável. Outro elemento constituinte dessa classe é o termo

família ($\chi^2_{11,64}$) que nos traz a ideia do isolamento social, já que nestas unidades, a presença da família é restrita aos horários de visitas e a quantidade reduzida de visitantes.

Tabela 6: Classe 3- corpus textual 1

Palavra	Frequência	P valor	Chi ²
Desconfortável	9	< 0,0001	36.91
Tubo	20	< 0,0001	34.14
Grave	5	< 0,0001	20.01
Lugar	4	< 0,0001	15.92
Ruim	4	< 0,0001	15.92
Difícil	6	0.00041	12.46
Família	5	0.00064	11.64
Boca	4	0.00081	11.21
Posição	7	0.00425	8.17
Pouco	5	0.00735	7.18
Lado	4	0.01405	6.03
Intubado	5	0.01705	5.69
Acordado	3	0.02617	4.94
Paciente	27	0.02652	4.92
Sedação	6	0.03023	4.7
Questão	4	0.03396	4.5
Certeza	2	0.04540	4.0
Ajuda	2	0.04540	4.0
Situação	2	NS (0.13851)	2.19

Fonte: Análise Iramuteq, RODRIGUES, 2017.

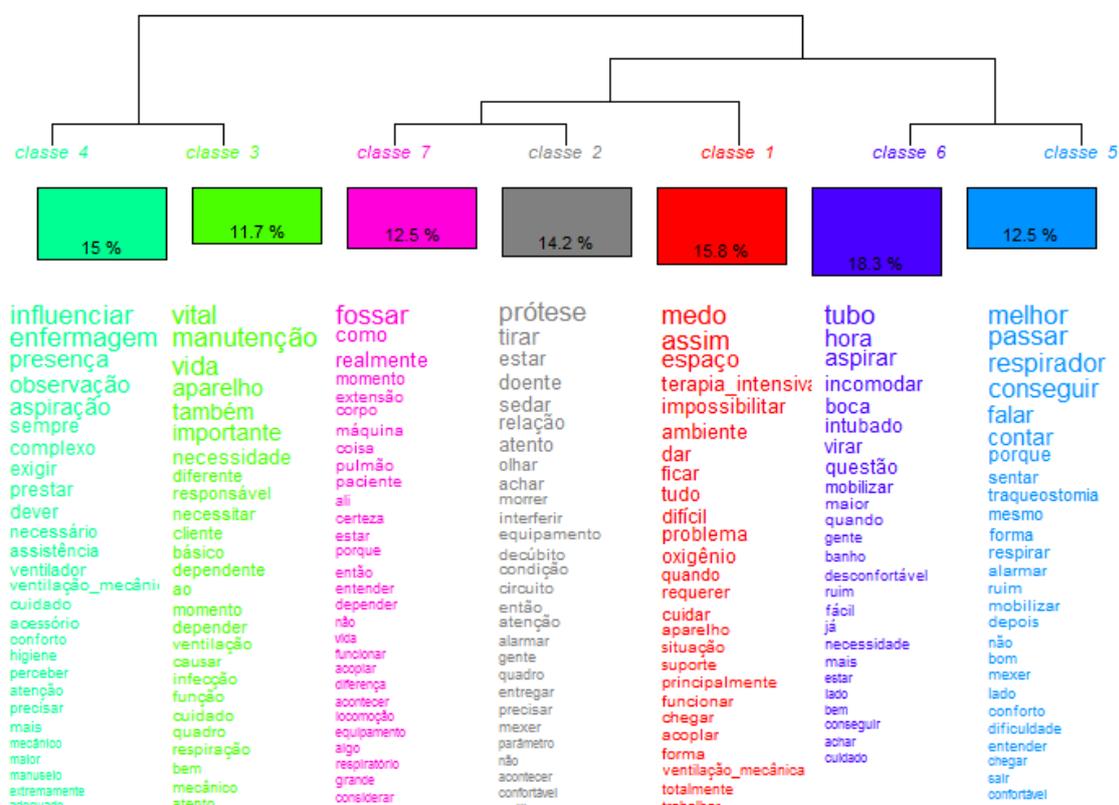
A análise do corpo textual 1 nos permite considerar que os sujeitos do estudo julgam a promoção do conforto físico fundamental na assistência ao cliente dependente de ventilação mecânica.

4. Elementos que influenciam na oferta de conforto aos pacientes em ventilação mecânica

O corpus textual 2 foi preparado a partir das respostas às questões 5, 6,7 e 9 do roteiro de entrevista. A análise realizada pelo software Iramuteq gerou 140 segmentos de texto, sendo 120 (85.71%) desses segmentos classificados e analisados na classificação hierárquica descendente (CHD).

A CHD dividiu o corpus em 7 classes. Em um primeiro momento as classes 4 e 3 apresentam uma relação muito forte, no entanto, pouca ou nenhuma com as demais, classes 1, 2, 5, 6 e 7. Num segundo momento foram separadas as classes 6 e 5, e 7 e 2, que da mesma forma que as classes 4 e 3, estão fortemente relacionadas entre si. A divisão das classes gerou o resultado representado no dendograma da **Figura 2**.

Figura 2. Dendograma da classificação hierárquica descendente do corpus textual2.



Fonte: Análise Iramuteq, RODRIGUES, 2017.

No dendograma apresentado na figura 2 a classe 6 aparece com maior percentual de ST analisados (18,3%), nesta classe os elementos com maior representação são : **tubo** ($\chi^2 33,43$), **hora** ($\chi^2 27,39$), **aspirar** ($\chi^2 22,54$), **incomodar** ($\chi^2 18,43$) e **boca** ($\chi^2 18,43$).

Tabela 7: Classe 6- corpus textual 2

Palavra	Frequência	Pvalor	Chi ²
Tubo	10	< 0,0001	33.43
Hora	7	< 0,0001	27.39
Aspirar	6	< 0,0001	22.54
Incomodar	4	< 0,0001	18.43
Boca	4	< 0,0001	18.43

Intubado	3	0.00021	13.71
Virar	3	0.00021	13.71
Questão	4	0.00027	13.25
Mobilizar	5	0.00269	9.0
Maior	4	0.00624	7.48
Quando	8	0.00997	6.64
Gente	5	0.02767	4.85
Banho	2	0.02844	4.8
Desconfortável	2	NS (0.09596)	2.77
Fácil	2	NS (0.09596)	2.77
Ruim	2	NS (0.09596)	2.77

Fonte: Análise Iramuteq, RODRIGUES, 2017.

Esses elementos sugerem o cuidado e a preocupação com o tubo endotraqueal. Ainda nessa classe aparecem elementos que descrevem a dificuldade para a mobilização desse paciente possivelmente pelo medo de desconectar o tubo do ventilador ou mesmo ocasionar extubação acidental (**virar e mobilizar**), o que poderia colocar a vida do paciente em risco.

A classe 6 está diretamente conectada com a classe 5 composta por 12,5% dos ST analisados. Os principais elementos que constituem essa classe são: **melhor** (chi² 21,73), **passar**(chi² 21,73), **respirador**(chi² 19,59), **conseguir** (chi² 19,57) e **falar** (chi² 16,94). Esta classe nos remete a ideia de que, apesar de ser considerado um tratamento necessário, que pode trazer a melhora do paciente e que, em algum momento, o desconforto chegará ao fim, a presença do respirador dificulta a expressão através da fala. Com a ausência de comunicação verbal torna-se mais complexa a promoção do conforto para esses pacientes.

Tabela 8: Classe 5 - corpus textual 2

Palavra	Frequência	Pvalor	Chi²
Melhor	4	< 0,0001	21.73
Passar	4	< 0,0001	21.73
Respirador	5	< 0,0001	19.59
Conseguir	6	< 0,0001	19.57
Falar	4	< 0,0001	16.94
Contar	3	0.00012	14.78
Porque	10	0.00092	10.98
Sentar	2	0.00406	8.25
Traqueostomia	2	0.00406	8.25
Mesmo	5	0.00519	7.81
Respirar	4	0.00602	7.54
Forma	4	0.00602	7.54
Ruim	2	0.02107	5.32
Alarmar	2	0.02107	5.32
Mobilizar	3	0.04942	3.86
Depois	2	NS (0.05752)	3.61
Não	11	NS (0.09694)	2.76
Mexer	2	NS (0.11339)	2.51
Lado	2	NS (0.11339)	2.51
Bom	2	NS (0.11339)	2.51
Conforto	3	NS (0.12007)	2.42

Fonte: Análise Iramuteq, RODRIGUES, 2017.

As classes 2 e 7 representam, respectivamente, 14,2% e 12,5% dos ST analisados, elas estão conectadas e nos remetem a ideia da prótese ventilatória como extensão do corpo do paciente, a valorização da prótese pelo profissional devido a relação de dependência do doente com a mesma. Os principais elementos constituintes das classes são: na classe 2 **prótese** (χ^2 26,89), **tirar** (χ^2 18,64), **estar** (χ^2 14,96) e **doente** (χ^2 14,32); e na classe 7 **fosse** (χ^2 44,08), **como** (χ^2 22,61), **realmente** (χ^2 21,73), **momento** (χ^2 12,02) e **extensão** (χ^2 11,11). Podemos observar na fala dos profissionais essa relação de homem-máquina representada pela dependência que o paciente tem da mesma. Pode-se exemplificar com os termos que surgem em destaque: **pulmão** e **vida** (F=8) e **linha devida e cordão umbilical**, ambos hápax no corpus textual analisado.

Tabela 9: Classe 2 - corpus textual 2

Palavra	Frequência	Pvalor	Chi ²
Prótese	9	< 0,0001	26.89
Tirar	3	< 0,0001	18.64
Estar	15	0.00010	14.96
Doente	4	0.00015	14.32
Sedar	5	0.00021	13.71
Relação	3	0.00038	12.59
Atento	4	0.00077	11.29
Olhar	3	0.00267	9.01
Achar	6	0.00403	8.27
Equipamento	2	0.00826	6.97
Morrer	2	0.00826	6.97
Interferir	2	0.00826	6.97
Decúbito	2	0.00826	6.97

Condição	2	0.00826	6.97
Circuito	2	0.00826	6.97
Então	6	0.01142	6.4
Atenção	5	0.01389	6.05
Alarmar	2	0.03658	4.37
Gente	4	0.04474	4.03
Quadro	2	NS (0.09061)	2.86
Entregar	2	NS (0.09061)	2.86
Precisar	4	NS (0.10006)	2.7

Fonte: Análise Iramuteq, RODRIGUES, 2017.

Tabela 10: Classe7- corpus textual 2

Palavra	Frequência	Pvalor	Chi²
Fossar	7	< 0,0001	44.08
Como	1	< 0,0001	22.61
Realmente	2	< 0,0001	21.73
Momento	3	0.00052	12.02
Extensão	4	0.00085	11.11
Máquina	5	0.00090	11.02
Corpo	6	0.00090	11.02
Coisa	7	0.00258	9.08
Pulmão	8	0.00437	8.12
Paciente	14	0.00700	7.27
Ali	10	0.02688	4.9
Certeza	11	NS (0.05752)	3.61
Estar	12	NS (0.07135)	3.25

Porque	13	NS (0.13210)	2.27
--------	----	--------------	------

Fonte: Análise Iramuteq, RODRIGUES, 2017.

A classe 1 apresenta 15,83% dos ST, ela está representada pelos elementos **medo** (chi² 27,73), **espaço** (chi² 22), **terapia intensiva** (chi² 16,36), **impossibilitar** (chi² 16,36), **ambiente** (chi² 16,12). Nesta classe uma variável a ser considerada é *ta_1 relacionada ao tempo de atuação em UTI no período de 1 – 5 anos. A classe agrupou segmentos de texto elaborados, em sua maioria, por profissionais menos experientes em UTI, estes salientam o medo durante a assistência ao paciente em prótese ventilatória, bem como a influência do ambiente da UTI que, para os sujeitos, pode ser o responsável por impossibilitar muitos cuidados.

Tabela 11: Classe 1- corpus textual 2

Palavra	Frequência	P valor	Chi ²
Medo	5	< 0,0001	27.73
Assim	5	< 0,0001	27.73
Espaço	4	< 0,0001	22.0
Terapia_intensiva	3	< 0,0001	16.36
Impossibilitar	3	< 0,0001	16.36
Ambiente	4	< 0,0001	16.12
Dar	6	< 0,0001	15.97
Ficar	6	0.00022	13.62
Tudo	5	0.00068	11.52
Difícil	3	0.00097	10.87
Problema	3	0.00097	10.87
Oxigênio	3	0.00097	10.87
Quando	8	0.00209	9.47

Requerer	3	0.00571	7.64
Cuidar	4	0.00614	7.51
Aparelho	4	0.01449	5.98
Situação	2	0.01458	5.97
Suporte	2	0.01458	5.97
Principalmente	2	0.01458	5.97
Funcionar	2	0.01458	5.97
Chegar	2	0.01458	5.97
Acoplar	2	0.01458	5.97
Forma	4	0.02877	4.78
Ventilação_mecânica	4	NS (0.05033)	3.83
Totalmente	2	NS (0.05692)	3.62
Trabalhar	2	NS (0.05692)	3.62
Prótese_ventilatória	2	NS (0.05692)	3.62
Comunicação	2	NS 0.05692)	3.62
Redobrado	2	NS (0.05692)	3.62
Ainda	2	NS (0.05692)	3.62
VeZ	4	NS (0.08003)	3.06
Ali	3	NS (0.08227)	3.02
Paciente	15	NS (0.09127)	2.85
Depois	2	NS (0.13050)	2.29

Fonte: Análise Iramuteq, RODRIGUES, 2017.

As classes 4 e 3 estão diretamente conectadas entre si e ligadas a todas as outras classes, constituem respectivamente, 15% e 11,7% dos ST, seus termos principais são: **influenciar** (chi² 35,79), **enfermagem** (chi² 35,34), **presença** (chi² 29,57%), **observação** (chi² 23,45), **aspiração** (chi² 23,45) e;

vital (χ^2 23,3), **manutenção** (χ^2 23,3), **vida** (χ^2 21,49), **aparelho** (χ^2 18,19).

Tabela 12: Classe 4- corpus textual 2

Palavra	Frequência	Pvalor	Chi ²
Influenciar	6	< 0,0001	35.79
Enfermagem	7	< 0,0001	35.34
Presença	5	< 0,0001	29.57
Observação	4	< 0,0001	23.45
Aspiração	4	< 0,0001	23.45
Sempre	3	< 0,0001	17.44
Complexo	4	< 0,0001	17.29
Prestar	4	< 0,0001	17.29
Exigir	4	< 0,0001	17.29
Dever	5	< 0,0001	15.17
Necessário	4	0.00027	13.22
Ventilador	6	0.00034	12.81
Assistência	6	0.00034	12.81
Ventilação_mecânica	5	0.00299	8.81
Cuidado	10	0.01027	6.59
Acessório	2	0.01114	6.44
Conforto	4	0.03733	4.33
Higiene	2	NS (0.10976)	2.56
Perceber	2	NS (0.10976)	2.56
Atenção	4	NS (0.13025)	2.29
Precisar	4	NS (0.13025)	2.29

Fonte: análise Iramuteq, RODRIGUES, 2017.

Tabela 13: Classe 3- corpus textual 2

Palavra	Frequência	Pvalor	Chi ²
Vital	3	< 0,0001	23.3
Manutenção	3	< 0,0001	23.3
Vida	5	< 0,0001	21.49
Aparelho	5	< 0,0001	18.19
Também	3	< 0,0001	16.11
Importante	3	< 0,0001	16.11
Necessidade	3	0.00058	11.83
Responsável	2	0.00265	9.03
Diferente	2	0.00265	9.03
Cliente	2	0.00265	9.03
Necessitar	2	0.00265	9.03
Básico	2	0.00265	9.03
Dependente	4	0.00355	8.5
Momento	4	0.00742	7.17
Ao	4	0.00742	7.17
Depender	3	0.00807	7.02
Ventilação	4	0.01372	6.07
Infecção	2	0.01513	5.9
Função	2	0.01513	5.9
Causar	2	0.01513	5.9
Cuidado	8	0.01837	5.56
Quadro	2	0.04380	4.06

Respiração	2	0.04380	4.06
Bem	3	NS (0.09069)	2.86
Parâmetro	2	NS (0.15107)	2.06
Mecânico	2	NS (0.15107)	2.06
Atento	2	NS (0.15107)	2.06

Fonte: Análise Iramuteq, RODRIGUES, 2017.

A análise do corpus textual 2 nos mostra que a relação de dependência entre o doente e a máquina, muito valorizada pelo profissional, tanto influencia como sofre influência da assistência de enfermagem, a máquina é percebida como uma extensão do corpo doente.

5. Emergência das categorias de análises

Após a apresentação dos resultados obtidos na pesquisa passa-se à emergência da categorização. A categorização tem como “primeiro objetivo fornecer por condensação uma representação simplificada dos dados brutos” (BARDIN, 2011, p.148-149). Seguindo esta determinação as palavras mais relevantes foram reunidas em duas categorias temáticas as quais passamos a discutir.

1. A satisfação das necessidades humanas básicas para a promoção e manutenção do conforto

Refletindo a partir dos conceitos de Moscovici (2015) e Jodelet (1989), pode-se considerar que, quando o profissional de enfermagem (sujeito) pensa no conforto do paciente dependente da ventilação mecânica (objeto), ele gera representações sobre o fenômeno (conforto). Essas representações orientam as ações e comportamentos do indivíduo e do grupo e constituem um saber prático.

Observou-se na apresentação dos resultados que a representação social do conforto do paciente dependente de ventilação mecânica pelos profissionais de enfermagem está firmada na valorização do conforto físico, manifestada pela satisfação das necessidades básicas conforme proposta de Maslow em sua teoria. Abraham Maslow (1908-1970) desenvolveu a teoria baseada na ideia de necessidades humanas, essas necessidades são dispostas de forma hierarquizada em cinco grupos, como podemos observar na **Figura 3** (MAXIMINIANO, 2007).

Figura 3: Hierarquia das Necessidades Humanas segundo Maslow



Fonte: reprodução de Maximiano, 2007, p.185

Segundo Maslow as necessidades básicas se manifestam em primeiro lugar, e as pessoas procuram satisfazê-las antes de se preocupar com as de nível mais elevado. De acordo com a teoria de Maslow uma necessidade da categoria anterior deve ser atendida antes que a necessidade da categoria seguinte se manifeste (MAXIMINIANO, 2007).

As necessidades básicas ou fisiológicas comportam necessidades de alimento, abrigo, repouso, exercício, sexo e outras necessidades orgânicas. As

necessidades de segurança se referem à proteção contra ameaças, riscos à integridade física e à sobrevivência; necessidades sociais estão relacionadas à amizade, afeto, interação e aceitação na sociedade; necessidades de estima relacionam-se a auto-estima e estima por parte dos outros e, por fim, necessidades de auto-realização que englobam autodesenvolvimento e realização pessoal (MAXIMINIANO, 2007).

Em se tratando de teorias da enfermagem Henderson identificou quatorze (14) necessidades básicas do doente, estas necessidades compreendem os componentes dos cuidados de enfermagem, Henderson não reconheceu teóricos mas declarou que sua definição envolvia necessidades fundamentais do ser humano e sua relação de componentes dos cuidados de enfermagem inicia com as necessidades físicas e progride para os componentes psico-sociais o que leva a crer que Maslow foi influência para a sua observação (TOMEY E ALLIGOOD, 2004).

Tabela 14- Componentes dos cuidados de enfermagem segundo Henderson

14 componentes dos cuidados de enfermagem segundo Henderson	
1- Respirar normalmente.	8- Manter o corpo limpo e cuidado e os tegumentos protegidos.
2- Comer e beber de forma adequada.	9- Evitar os riscos do ambiente e evitar lesar outros.
3- Eliminar os resíduos corporais.	10- Comunicar-se com os demais, expressando emoções, necessidades, temores e opiniões.
4- Movimentar-se e manter a postura correta.	11- Realizar práticas religiosas segundo a fé de cada um.
5- Dormir e descansar.	12- Trabalhar de modo a sentir-se realizado.
6- Escolher a roupa, vestir-se e despir-se.	13- Jogar ou participar em diversas formas de recreação.
7- Manter a temperatura corporal dentro dos valores normais mediante a seleção de roupa e a modificação do ambiente.	14- Aprender, descobrir ou satisfazer a curiosidade de modo a conduzir a um desenvolvimento e a uma saúde normais e utilizar os recursos de saúde disponíveis.

Fonte: Reprodução Tomey e Alligood, 2004, p.114.

Abdellah concebeu a tipologia dos vinte e um (21) problemas de enfermagem, a teórica foi influenciada pelos componentes de Henderson e também pela Teoria de Maslow (TOMEY E ALLIGOOD, 2004).

Tabela 15- Tipologia dos 21 Problemas de Enfermagem de Abdellah

Tipologia dos 21 Problemas de Enfermagem de Abdellah
<ol style="list-style-type: none"> 1. Manter a higiene e o bem estar físico. 2. Promover a atividade ótima: exercício, repouso e sono. 3. Promover a segurança através da prevenção do acidente, lesão ou outro trauma e impedindo o alastrar da infecção. 4. Manter uma boa mecânica corporal e impedir e corrigir deformações. 5. Facilitar a manutenção do fornecimento de oxigênio às células do corpo. 6. Facilitar a manutenção da nutrição das células do corpo. 7. Facilitar a manutenção da eliminação. 8. Facilitar a manutenção do equilíbrio dos fluídos e dos eletrólitos. 9. Reconhecer as respostas fisiológicas do corpo às condições de doença-patológica, psicológica e compensatória. 10. Facilitar a manutenção de mecanismos e funções reguladoras. 11. Facilitar a manutenção da função sensorial. 12. Identificar e aceitar as expressões positivas e negativas, sentimentos e reações. 13. Identificar e aceitar a inter-relação entre emoções e doença orgânica. 14. Facilitar a manutenção de comunicação verbal e não verbal eficaz. 15. Promover o desenvolvimento de relações interpessoais produtivas. 16. Facilitar o avanço no sentido da realização e de objetivos espirituais pessoais. 17. Criar ou manter um ambiente terapêutico. 18. Facilitar a consciência de si próprio enquanto indivíduo com necessidades físicas, emocionais e de desenvolvimento que variam. 19. Aceitar os objetivos ótimos possíveis de acordo com as limitações físicas e emotivas. 20. Usar os recursos da comunidade como auxílio para a resolução de problemas derivados da doença. 21. Compreender o papel dos problemas sociais enquanto fatores de influencia na causa da doença.

Fonte: reprodução Tomey e Alligood, 2004, p.130.

Na revisão de literatura sobre o conforto constatou-se que ele é entendido como uma necessidade humana e considerado imprescindível no cuidado de enfermagem e desde a origem da profissão esteve presente como propósito do cuidado. Kolcaba é a teórica que na atualidade se preocupa com a questão do conforto, ela utilizou três teóricas (Orlando, Henderson e Paterson e Zderad) para sintetizar os tipos de conforto (alívio, tranquilidade e transcendência) e baseada em estudos holísticos definiu os contextos no qual

o conforto é experimentado. De certa sua forma sua teoria também parece ter sido influenciada pela teoria de Maslow.

No âmbito hospitalar e, principalmente, na unidade de terapia intensiva as ações da enfermagem estão direcionadas ao cuidado com o corpo doente e nem sempre priorizam as necessidades dos clientes de forma a alcançar as categorias sociais e psico-espirituais. Isso ocorre porque se faz necessário priorizar a vitalidade do paciente, antes de cuidar das necessidades psico-socio-espirituais é necessário que se mantenha a vida do paciente, o que nos leva ao cuidado mais objetivo tão característico destas unidades. Maslow em sua teoria hierarquiza as necessidades e as necessidades biológicas são as primeiras que devem ser satisfeitas.

No discurso dos profissionais de enfermagem, promover conforto ao paciente é visto como uma meta a ser alcançada, como missão a ser cumprida. Se a assistência for realizada adequadamente, é bastante provável que o resultado seja compatível com um paciente confortável, entretanto, apesar de, neste estudo, os profissionais apontarem o cuidado confortante em contextos variados e sua promoção como objetivo da assistência, eles destacaram alguns impedimentos como, por exemplo, o acúmulo de tarefas pelo profissional e um possível despreparo para atuar em contextos que diferem do contexto físico.

“...é promover o conforto seja espiritual seja o conforto físico com a mudança de decúbito com assistência de enfermagem mesmo a gente consegue promover esse conforto a esse paciente é essa a nossa missão maior.” (n_1).

“...e assistência psicológica se puder falar conseguir atrair a atenção e fazer com que se solte relaxe conversar dar uma assistência total tanto física quanto espiritual pra ele.” (n_8).

“...promover o conforto é uma visão lúdica seria sinônimo de uma assistência adequada se promovemos o conforto efetivamente temos alguns objetivos da assistência de enfermagem alcançados porque o conforto vem com a ausência da dor.” (n_9).

“... você tá com dor você tá com desconforto e aí tentar melhorar conforto físico dele naquele momento porque às vezes o emocional a gente não vai conseguir porque envolve outros parâmetros outras necessidades.” (n_19).

“...o doente crítico é a hora que ele mais precisa de cuidado é quando ele tá no leito e tá dependendo da gente em todos os aspectos tanto na parte psicológica como na parte corporal é um momento que ele depende.” (n_20).

“...penso que o conforto na assistência de enfermagem está presente nos cuidados mais simples aos mais complexos sendo os mais simples aqueles cuidados de rotina a manutenção da higiene do paciente o controle da dor a orientação quanto ao seu quadro clínico e prognóstico.” (n_27).

“...o aspecto humano do cuidado de enfermagem é quase que esquecido o tanto de tarefas necessárias para atuar porém procuro estar sempre atenta a isso dando conforto ao cliente em vários aspectos físico ambiental e emocional.” (n_29).

“...o paciente crítico exige do profissional de enfermagem um cuidado intenso e atento visando seu restabelecimento e conforto durante toda sua permanência na uti.” (n_31).

Pode-se observar que os depoimentos delineiam uma assistência do profissional de enfermagem voltada para a promoção do conforto físico, quando se pensa em mudança de decúbito, higiene e remoção de secreções, seguem alguns extratos do corpus:

“...eu valorizo vai ter que promover a mudança de decúbito tem a questão da aspiração traqueal das vias aéreas é um paciente que precisa além de não ter o auto cuidado é totalmente dependente ele depende das necessidades básicas.” (n_1).

“...mudança de decúbito quando tem condições aspiração das vias aéreas higiene acho que o primordial nisso tudo é a higiene.” (n_6).

“...acho que a mudança de decúbito é fundamental porque ele fica pressionando muito a parte do corpo então é mobilizar e ver o lado que ele se sente mais confortável em que a briga fica menor.” (n_8).

“...pela boa condição de higiene corporal alimentação oferecida seja oral enteral ou parenteral e viabilização das eliminações fisiológicas aspirações sondagens e extrações mecânicas evitar iatrogenia é a prioridade para mim todos os cuidados para viabilizar e desobstruir as vias aéreas.” (n_9).

“...ele está limpo você vê que ele realmente está confortável a higiene é o principal não está com aquele aspecto de sujo largado você vê que ele está confortável na posição principalmente na hora do banho.” (n_18).

“...no tubo aspirar vias aéreas superiores e realizar higiene bucal com solução antisséptica e promover mudança de decúbito se não houver restrições.” (n_30).

Melo et al (2014) em estudo sobre os cuidados de enfermagem aos pacientes em ventilação mecânica encontram a mudança de decúbito entre os cuidados mais realizados em uma unidade de terapia intensiva. O cuidado é destacado no estudo como essencial para a prevenção de úlceras por pressão juntamente com a avaliação da integridade da pele.

A mudança de decúbito parece ocupar posição de destaque, visto sua ocorrência no corpus textual, muito embora, a realização de tal cuidado não tenha a promoção de conforto como objetivo primeiro. A mudança de decúbito é referenciada como forma de prevenção de úlceras por pressão, porém seus benefícios não se restringem somente à prevenção dessas lesões, mas também, à prevenção da síndrome por desuso muscular, ao conforto, e à interferência no padrão respiratório, com a otimização da relação ventilação/perfusão (SILVA E NASCIMENTO, 2012). Cabe aqui uma ressalva que poderá contribuir para uma reflexão crítica acerca da mudança de decúbito neste contexto. Como seria a realidade diante do objetivo primeiro: mudança de decúbito para ofertar/promover conforto? Como seria a estatística da lesão por pressão?

Em estudo sobre a mobilização terapêutica como um cuidado de enfermagem Silva e Nascimento (2012), concluem que a avaliação é fundamental para a prescrição de enfermagem relativa à mudança de decúbito, as autoras consideram que a mudança de decúbito pode alterar a mecânica pulmonar, trazendo, inclusive resultados negativos.

A ideia de uma equipe multiprofissional responsável pelo cuidado do paciente crítico é antiga. Em 1978 Kamada publicou artigo onde destacou as várias especialidades necessárias para um bom atendimento ao paciente de terapia intensiva bem como, a inter-relação entre os sujeitos da equipe como favorável ao processo do cuidar.

Para os sujeitos da pesquisa, apesar do profissional de enfermagem ser o que permanece maior tempo dedicando cuidados ao paciente em prótese ventilatória, mantê-lo confortável não depende somente de sua atuação, sendo importante a relação com a equipe da unidade

Dentro deste cenário observamos que para os profissionais de enfermagem, a sedação é vista como fator primordial para promoção do conforto (físico) ao paciente necessitado de prótese ventilatória. Não podemos deixar de ressaltar que o fato do paciente estar sedado e/ ou analgesiado não significa que ele esteja completamente confortável fisicamente, ele pode apenas ter suas sensações dolorosas e de desconforto minimizadas. Apesar de muito valorizada pelo profissional de enfermagem a sedação é apenas parte do cuidado e dependente da atuação do profissional médico.

“...sem sedação acho quase impossível muito sufocante a posição do paciente a posição do tubo a secreção.” (n_4).

“...acho um absurdo o paciente estar sem sedação... o tubo na boca e você estar rodando ele de um lado para o outro um paciente desse tem que estar bem sedado porque é muito desconfortável e também dolorido.” (n_5).

“...acho a sedação importante para dar o bem estar para o paciente quem tem o poder de mudar é o médico e você não pode fazer nada acho muito desconfortável por mais que você dependa desse mecanismo ele incomoda muito ruim agressivo.” (n_7).

“...paciente que está entregue está curarizado está sedado ele está confortável.” (n_14).

“...conforto é possível sim com cuidado básico o paciente em prótese a gente pensa que o melhor é estar sedado para não perceber não sentir não sofrer...” (n_15).

“...fica muito difícil a gente manter um paciente em prótese ventilatória confortável sem sedação.” (n_25).

“...possível o conforto até é mas é difícil... ele não tem que ficar acordado sabendo que está na prótese é desconfortável é desesperador.” (n_26).

Além da mudança de decúbito, cuidado em destaque no discurso dos sujeitos, outros cuidados com o corpo físico são evidentes como cuidados com as vias aéreas, fixação do tubo endotraqueal e higiene oral e corporal.

Os profissionais descrevem o desconforto ocasionado pela presença do tubo endotraqueal e a necessidade da sedação para minimizar esse desconforto, além disso, o desconforto causado pelas próprias características do ambiente de terapia intensiva incluindo o barulho ocasionado pelos equipamentos e pela própria equipe e o isolamento social. Os profissionais consideram ainda que fatores institucionais podem interferir no conforto do paciente:

“...podemos valorizar um pouquinho mais a família e esse contato.” (n_4).

“...o tubo na boca e você estar rodando ele de um lado para o outro um paciente desse tem que estar bem sedado porque é muito desconfortável e também dolorido.” (n_5).

“...acho muito desconfortável por mais que você dependa desse mecanismo ele incomoda muito ruim agressivo... muito desconfortável essa situação de estar intubado.” (n_7).

“...uma coisa desconfortável no ponto de vista físico o incômodo do tubo na garganta e o paciente que não entende não sabe como foi

parar ali do ponto de vista emocional...depende muito do momento econômico da instituição também a parte do conforto... vai depender da instituição que ele está da quantidade de acesso à tecnologia... vai depender também do suporte técnico que a equipe completa está dando os médicos o fisioterapeuta fonoaudiólogo... já tem várias técnicas e vários materiais que hoje são feitos para melhorar a parte do conforto físico mas vai depender também desse momento da equipe como que a equipe está treinada e como que as pessoas que estão na equipe vão manusear esse equipamento do paciente.” (n_19).

“...nós somos muito barulhentos o paciente que está ali entregue mesmo sedado eles escutam muito bem nós somos muito barulhentos falamos alto rimos e isso incomoda tem que estar sempre atento pra fazer do CTI um lugar agradável sinto como se fosse uma agressão isso me dói.” (n_26).

“...é difícil são pacientes graves que precisam de atenção redobrada sempre trabalho buscando esse bem estar agora se ele está confortável ou não a certeza nós não temos.” (n_28).

A preocupação que surge nos profissionais relacionadas à presença do tubo endotraqueal é justificada pela possibilidade de lesões ocasionadas pelo tubo. Se faz necessário a conscientização da equipe para o cuidado e manejo adequado do paciente em ventilação mecânica associada a tubo endotraqueal a fim de se evitar lesões laríngeas e traqueais (MOTA, 2012).

No discurso de pacientes que vivenciaram a internação em UTI o barulho na unidade é considerado como fator estressante, gerador de ansiedade e medo, além de interferir diretamente na qualidade do sono (RIBEIRO, SILVA E MIRANDA, 2005). Observa-se na fala dos sujeitos da pesquisa, que existe o reconhecimento da enfermagem como agente produtor de dor e desconforto ao paciente.

Entre todos os fatores causadores de desconforto em UTI a dor é percebida como o principal. Considerado por James Campbell em 1996 o quinto sinal vital, a dor em UTI está associada a procedimentos invasivos como aspiração traqueal, mudança de decúbito, troca de curativos, presença do tubo e cânula de traqueostomia, punções, presença de cateteres, sondas e drenos. É uma experiência individual e relacionada não somente a fatores físicos, mas também emocionais e culturais de cada um (VIANA, 2011).

A maioria dos pacientes internados em UTI experimenta dor, medo e ansiedade, geralmente relacionados a procedimentos e presença de lesões. O alívio da dor é considerado fundamental para a recuperação do paciente, para isso utilizam-se analgésicos e sedativos. A complexidade no cuidado está na

avaliação da dor e do nível de sedação que muitas vezes torna-se difícil pela impossibilidade de comunicação do paciente, outro fator importante que pode implicar na promoção e manutenção do conforto em pacientes com prótese ventilatória. (SAKATA, 2010).

Neste sentido é possível compreender os motivos pelos quais, o profissional relaciona o alívio da dor com a oferta de conforto, de fato, a assistência aos pacientes criticamente enfermos, é por si só, uma prática que provoca dor e gera desconforto, tudo isso, em sua grande maioria, pela própria condição clínica do paciente. Talvez, esta condição possa contribuir para a justificção da valorização do conforto físico e da sedação no paciente dependente de prótese ventilatória.

Nascimento e Trentini (2004) consideram que mesmo dentro do ambiente de terapia intensiva, estando o paciente exposto a todo o aparato tecnológico, este poderá sentir-se melhor se a sua relação com os cuidadores e familiares auxiliá-lo a encontrar sentido para a vida e para a situação vivida. Para as autoras seguindo a teoria humanística de Paterson e Zderad, a equipe de enfermagem se faz presente ao ser cuidado, pela competência técnica, por um olhar carinhoso, um afago, um ouvir com atenção, um tom de voz amável, dentre outros. Elas acreditam que é necessário romper paradigmas, que nas unidades de terapia intensiva são concentrados em técnico e direcionar a atenção ao ser cuidado.

Somado a outros fatores, o isolamento social imposto em grande parte das UTI, contribuem para o desconforto do paciente. Além de toda a gravidade do estado de saúde, o paciente está sujeito a regras e rotinas da unidade, isso inclui horários, curtos períodos para visitas, restrição da quantidade de pessoas por dia e limites de idade para os visitantes. Mezzaroba, Freitas e Kochla (2011) consideram a família fundamental no processo de recuperação do paciente, reforçando que os cuidados devem atender às necessidades físicas e emocionais do paciente crítico, para tanto, a enfermagem deve fortalecer o vínculo com o familiar.

Segundo Nascimento e Trentini (2004) a unidade de terapia intensiva é um ambiente conturbado, desconfortável, repleto de aparelhos, impessoalidade, falta de privacidade, dependência tecnológica e isolamento social. Os autores entendem que “tanto o bem estar quanto o estar melhor

devem ser os objetivos da enfermagem na UTI” (NASCIMENTO E TRENTINI, 2004, p.255) e, ainda assim, consideram que os cuidados de enfermagem intensivos, ainda estão orientados pelo modelo biomédico, cuja atenção está voltada para a doença e não para o doente.

É possível constatar que a representação do conforto do paciente dependente de ventilação mecânica pelo grupo estudado ancora-se em teorias que envolvem as necessidades humanas e, mesmo percebendo a apropriação de um discurso mais centrado no modelo biomédico de assistência, com valorização da doença e do corpo doente, percebe-se que a assistência segue uma graduação de cuidados, onde, na UTI o cuidado principal envolve manter o paciente vivo e, portanto, torna-se significativo a priorização do conforto físico onde se enquadram necessidades básicas fisiológicas que possibilitam a manutenção da vitalidade.

A objetivação, processo de formação das representações sociais que reproduz o conceito e o torna real se refere a cada cuidado específico destinado a satisfazer essas necessidades humanas.

Com a teoria das representações sociais é possível explicar esse fenômeno onde existe a reprodução de saberes compartilhados entre um grupo e que direcionam a prática, como Moscovici (2015) salienta as representações sociais possuem duas funções: a primeira de convencionalizar os objetos, pessoas ou acontecimentos, categorizando e mantendo-os como modelo partilhado por um grupo e, uma função de prescrever, impondo sobre o grupo uma “tradição”.

2. O ventilador mecânico como extensão do corpo doente e sua influência na assistência

Analisando o dendograma da figura 2 resultante da análise do corpus textual 2, no discurso dos sujeitos do estudo o ventilador mecânico não é visto apenas como uma máquina, como uma tecnologia onde só importa o seu desempenho mecânico. Dentro do contexto desse estudo o ventilador passa a ser entendido como uma extensão do corpo do paciente e como parte desse corpo também necessita ser cuidada.

A percepção pelo profissional do ventilador mecânico como extensão do corpo do paciente pode ser explicada pelo avanço biotecnológico atual. Os sistemas simbióticos como são conhecidos na área tecnológica ou apenas o homem-máquina representam uma tecnologia invasiva em busca da evolução da espécie. As funções do corpo humano estão sendo ampliadas ou substituídas com o avanço da tecnologia, e não é diferente quando se pensa na ventilação mecânica. O ventilador permite ao paciente uma “segunda chance”, substitui total ou parcialmente as funções de um órgão por um período de tempo até que seu organismo possa retomar suas funções. Com relação à invasão tecnológica no corpo humano Sterlac nos diz:

Miniaturizada e biocompatível, a tecnologia pousa sobre o corpo. Embora não anunciada, é um dos eventos mais importantes da história humana- enfocando a mudança física em cada indivíduo. A tecnologia não é apenas presa ao corpo, mas é também implantada. Tendo sido anteriormente um contêiner, a tecnologia agora se torna um componente do corpo (STERLAC, 2003, p.55).

Segundo Silva e Louro (2010) essa hibridização que aflora na área da saúde requer cuidados mais específicos para esse cliente híbrido, cuidados que busquem atender as reais necessidades do cliente. E acrescentam “Essas ferramentas tecnológicas também necessitam ser assistidas e cuidadas para que seja possível extrair o melhor desempenho (SILVA E LOURO, 2010, p. 1559).

Coaduna-se com essas reflexões Viana (2011) quando ressalta que o cuidado dispensado à tecnologia é considerado como parte do cuidado com o paciente dado que, para manter o equipamento em condições adequadas ao uso em benefício deste faz-se necessário o cuidado com a máquina.

Podemos observar em algumas respostas essa percepção do ventilador como parte do paciente e a sua valorização por relacionar-se com a vitalidade do corpo:

“...ali naquele momento sem ele o paciente não sobrevive então realmente é como se fosse extensão.” (n_4).

“...pra mim é uma extensão como se fosse uma extensão do paciente do corpo dele.” (n_7).

“...se você olha para o ventilador é como se fosse o pulmão do paciente então tem que ter cuidado.” (n_8).

"...é uma extensão do paciente é como se fosse um cordão umbilical... tem que olhar pra prótese como uma extensão ... sabe é a linha de vida do doente, então a gente tem que estar muito atento a isso." (n_26).

"...acredito que por um momento é parte do paciente algo que está dentro dele e se exterioriza e precisamos cuidar dele como se fosse o paciente...ele é a vida do paciente naquele momento." (n_28).

"...é uma extensão do cliente porque nesse momento ele necessita desse aparelho para executar uma função vital." (n_29).

Os sujeitos da pesquisa também revelaram que existe certo contraste quando se trata da influência da prótese na qualidade da assistência prestada. Enquanto alguns profissionais, os mais experientes, referem que o fato do paciente estar conectado a mesma não influencie na qualidade do cuidado, outros, menos experientes (classe1), nos apontam o medo e a dificuldade na comunicação e na mobilização, fatores que por si só já influenciam na promoção de cuidados confortantes, apesar de não impedi-los. Esse fato é interessante quando se pensa na qualificação profissional para atuação em uma unidade específica como a UTI.

"...sem discutir sua importância e sem demérito a prótese ventilatória vem a dificultar a realização da higiene oral, ocupa espaço no box acho mesmo que prótese ventilatória deveria ser menor e ficar pendurada ou fixada na parede de forma a não atrapalhar." (n_9).

"...cuidar de paciente na ventilação mecânica dá um medo." (n_21).

"...é difícil no início quando você não tem a experiência no setor você fica com medo de tudo, medo de prejudicar ao invés de ajudar, medo de errar..." (n_28).

Cabe aqui pontuar que a falta de conhecimento e domínio sobre a tecnologia, no caso o ventilador mecânico, gera sentimentos de medo e insegurança durante o manuseio da mesma (SOARES et al, 2012). Em estudo sobre conhecimento dos enfermeiros sobre ventilação mecânica nas unidades de terapia intensiva Rodrigues et al (2012) concluíram que o profissional necessita ampliar o seu conhecimento em ventilação mecânica, e os programas de treinamentos nesta área devem ser incentivados pelas instituições de trabalho, no intuito de qualificar a assistência de enfermagem a estes pacientes.

Para Silva e Louro a incorporação das tecnologias duras na assistência de enfermagem exige dos profissionais:

[...] novas habilidades, novas destrezas e novas formas de pensar o cuidado, seus doentes e o ambiente e as relações que se estabelecem no cotidiano de cuidar quando seres humanos e máquinas se encontram envolvidos, sem contudo, deixar de considerar que, na nova configuração do ser humano, as máquinas tornar-se-ão partes integrantes dos organismos humanos (SILVA E LOURO, 2010, p. 1559).

Silva e Ferreira (2011) em estudo sobre a representação da tecnologia no cuidado de enfermagem, concluíram que os profissionais de enfermagem acreditam que a qualidade da assistência está relacionada com o uso de aparatos tecnológicos sofisticados. Os autores concluíram ainda, que o modo como o cuidado se processa é dependente da representação que os sujeitos produzem sobre a tecnologia, no estudo em questão, duas concepções foram elaboradas: uma se refere ao cuidado tecnológico que articula saber tecnológico e cuidado de enfermagem e a outra refere-se a ação tecnológica onde existe supremacia do saber tecnológico.

Os estudos desses autores vêm ao encontro de nossos anseios, no sentido de mostrar que o maquinário presente no ambiente de terapia intensiva deve ser concebido como parte coadjuvante do cuidado ao paciente criticamente enfermo, exige qualificação, conhecimento técnico e científico do profissional para manuseá-lo. Em que pese a importância do aparato tecnológico, a objetividade do cuidado em UTI não deve se sobrepor às necessidades humanas do paciente, a tecnologia deve ser usada em favor da vida e associada aos cuidados de enfermagem.

Percebe-se nos discursos que a assistência de enfermagem influencia diretamente na relação de dependência que o paciente tem com a máquina e o inverso também pode ser observado quando consideram que a presença do ventilador dificulta alguns cuidados. Se considerarmos uma assistência de enfermagem segura, competente e respeitosa, pode-se supor que a assistência de enfermagem tem influência direta na relação de dependência entre o paciente e a máquina, através da relação profissional-paciente pode-se transformar a relação homem-máquina mais simples ou compreensível, o que favorece a adaptação à prótese.

Ribeiro, Silva e Miranda (2005) relacionaram fatores capazes de abrandar esse momento de permanência na UTI, entre esses fatores a comunicação e a segurança na equipe de saúde se destacam. As autoras acreditam que na medida em que o paciente interage com o ambiente e a equipe, é respeitado em suas opiniões, medos e sensações ele passa a sentir-se menos só, o que influencia diretamente na dinâmica do tratamento e proporciona uma recuperação mais eficaz.

“...com certeza o ventilador influencia em vários pontos da assistência de enfermagem.” (n_1).

“...usar devidamente as técnicas que aprendemos ou até as melhorar para dar maior conforto.” (n_2).

“...a comunicação com o paciente sem ventilação mecânica é menos dificultada não considero que a presença do ventilador mecânico influencie a assistência....procuro transmitir confiança e sempre tentando o estimular a participar do cuidado procurando sempre fazer com que ele encontre a paz e segurança em mim e na equipe como cuidadores.” (n_10).

“...uma coisa complexa que exige ainda mais atenção e observação um paciente dependente de ventilação mecânica precisa de atenção redobrada porque é um paciente que precisa de aspiração adaptação a uma prótese para mim a presença do ventilador não influencia no cuidado prestado.” (n_11).

“...exige mais cuidado e atenção um paciente dependente de ventilação precisa de mais atenção porque precisa de aspiração não acho que a presença do ventilador influencie a assistência não entendo muito de ventilação mecânica mas se o paciente é dependente do mesmo qualquer descuido é fatal.” (n_12).

“...o conforto é gerado no momento em que você consegue desenvolver o seu melhor através das técnicas corretas depositando o máximo de sua dedicação ao realizar... o conforto na ventilação depende da ação conjunta de toda a equipe multiprofissional.” (n_13).

“...ter uma segurança no seu trabalho aí fecha a questão do conforto com esse cliente porque ele vai entender que apesar de estar fazendo uso daquilo é importante naquele momento que tem um profissional capacitado que tem uma pessoa que está apta a estar manipulando aquilo ele começa a acreditar na possibilidade de sair dali... aquilo vai auxiliar a saída dele daquele momento isso passa uma segurança maior para o paciente e a segurança traz conforto”. (n_24).

“...não sei se influencia na qualidade do cuidado acho que não tento prestar uma assistência de qualidade independentemente das condições do paciente mas o ventilador dificulta alguns cuidados a mobilização é um deles transportar e mover um paciente na prótese é mais chato.” (n_28).

“...a presença do ventilador mecânico pode influenciar no cuidado prestado pelo profissional de enfermagem exigindo zelo e maior atenção com a finalidade de evitar qualquer iatrogenia porém não deve ser fator que impeça a promoção do conforto devendo o profissional de enfermagem atuar de forma eficaz garantindo o cuidado e segurança ao paciente crítico.” (n_31).

A ausência ou ineficiência da expressão verbal por parte do paciente dificulta a prática em busca de cuidados confortantes. Essa ausência de expressão verbal está relacionada tanto à presença do tubo endotraqueal ou cânula de traqueostomia bem como, ao nível de sedação do cliente.

Benedet e Brasil (2012) consideram que o processo de enfermagem fica prejudicado com a ausência de comunicação e que se faz necessário de forma urgente estabelecer algum método de comunicação com esse cliente intubado, fato que requer paciência e sensibilidade por parte da equipe de enfermagem, para que o cliente consiga expressar seus desejos e sentimentos. As autoras sugerem cartões com palavras frequentes (dor, vire-me, etc.), escrita e leitura de lábios. Seguem alguns discursos dos profissionais:

“...é ruim para o paciente impede de várias formas de conforto de higienização é desconfortável até mesmo a fixação é desconfortável machuca ele não consegue falar essas coisas são desconfortáveis é uma fase passa é um período.” (n_14).

“...no início os pacientes começam a reclamar porque não conseguem falar mas depois que eles aprendem a tocar a traqueostomia e ver que o som sai que eles conseguem falar aquilo passa a ser um anexo positivo porque faz com que ele respire melhor elimine melhor a secreção e ventile melhor.” (n_20).

“...dificulta porque ele não fala essa coisa de não poder falar o que precisa é ruim.” (n_28).

A ventilação mecânica é um procedimento invasivo e está associada a complicações que podem comprometer a evolução clínica em pacientes graves. As complicações podem ocorrer no momento da intubação (exodontia, lesão de lábio, língua e faringe lacerações em epiglote, pregas vocais, esôfago e traqueia, hematomas e avulsão de pregas vocais, deslocamento e luxação de cartilagens aritenóideas) ou ser secundárias a esta (ulcerações de mucosa, estenoses e granulomas relacionadas diretamente a presença do tubo endotraqueal, e outras como a predisposição às infecções como pneumonia, sinusite e otite, causar dor e desconforto, impedir alimentação via oral e a fala) (MOTA, CAVALHO E BRITO, 2012; RAHAL, 2005).

Supõe-se que o destaque atribuído, pelos sujeitos da pesquisa, ao tubo, sua fixação e cuidados como a aspiração estejam relacionados com a necessidade de prevenir complicações como as que foram relatadas em alguns trechos do discurso nos dados produzidos.

“...o cuidado é bem maior com certeza é trabalhoso não é questão de dificultar é que o trabalho é um pouco maior diferenciado do paciente que não tá no respirador o posicionamento do paciente como vai virar como vai pegar pra mobilizar.” (n_5).

“...você tem que aspirar esse doente com frequência porque é um corpo estranho dentro do brônquio do doente é o tubo orotraqueal e normalmente quando você tem um corpo estranho a produção de muco é maior a produção de secreção é maior.” (n_20).

“...de fixar o tubo fixar a traqueostomia tem a questão de aspirar vias aéreas é complicado eu vou te dizer que dificulta, dificulta porque a gente não consegue essa comunicação então isso é ruim... para mobilizar para você transportar o paciente para algum lugar.” (n_21).

“...cuidar dele limpar boca aspirar não me incomoda não o que me incomoda mesmo é na hora de mobilizar o paciente ...é de segurar o tubo eu fico segurando o tubo porque quando eu estou mobilizando o paciente de um lado pra o outro eu fico com muito receio porque uma é que ele dependente daquilo ali ... o que me incomoda mais é na hora que eu estiver mobilizando o paciente de tubo é que eu observo essas coisas eu fico muito ansiosa eu tenho muito cuidado.” (n_22).

A presença do ventilador mecânico influencia a assistência na medida em que impede uma comunicação verbal eficiente e dificulta a mobilização desse paciente. Apesar disso, a sua presença não deve ser considerada como impedimento para a realização de cuidados de enfermagem baseados nas reais necessidades do cliente.

Viana (2011) pontua alguns cuidados importantes e primordiais frente à manutenção da ventilação mecânica, entre eles a aspiração traqueal, a fixação do tubo ou traqueostomia e a mobilização do paciente. A autora reforça a importância do planejamento da assistência específica para cada paciente e o cuidado que o profissional deve ter durante o manejo do mesmo, de forma que seja possível prestar assistência de qualidade com segurança.

Nesse sentido, Silva e Louro (2010) nos levam a refletir sobre nossas ações e interações no contexto dos serviços de saúde:

[...] o que, como e quando falar; o que, como e quando olhar; como se posicionar; o ato de tocar, não apenas manusear o outro; procurar compreender atentamente a mensagem que o outro tenta transmitir, verbal ou não

verbalmente, atendendo suas necessidades enquanto pessoa, não de uma simples patologia (SILVA E LOURO, 2010, p.1563).

Assim, entendemos que o cuidar do paciente em ventilação mecânica não deve ser somente o cuidar do corpo físico híbrido, o profissional deve compreender o cuidar como “essência da prática de enfermagem” conforme exposto por Watson (TOMEY E ALLIGOD, 2004, p.165) e valorizar a satisfação das necessidades humanas nos contextos físico, psico-espiritual, social e ambiental.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo buscou conhecer e analisar o conforto do cliente em ventilação mecânica na perspectiva das representações sociais dos profissionais de enfermagem e, identificar no discurso dos profissionais de enfermagem possíveis elementos que influenciam na oferta de conforto aos pacientes em ventilação mecânica. O pressuposto inicial deste estudo era de que existe uma valorização do cuidado com o corpo e a não priorização do conforto em outros contextos.

O estudo das representações sociais nos permite conhecer o outro, o grupo e compreender suas ações. A pesquisa permitiu compreender melhor a assistência de enfermagem em busca da promoção do conforto para os pacientes dependentes de prótese ventilatória.

Frente aos conteúdos apresentados nos resultados e considerando o referencial teórico utilizado pode-se inferir que os membros da equipe de enfermagem representam o conforto do paciente em ventilação mecânica dentro dos contextos apresentados por Kolcaba, tais como: físico, ambiental, psico-espiritual e social. Essa representação se ancora na promoção das necessidades humanas consideradas na Teoria de Maslow e reproduzidas entre teóricos da enfermagem.

Ressalta-se a valorização do conforto físico, do cuidado com o corpo doente e da sedação pelo profissional de enfermagem, características de um cuidado mais objetivo que acontece dentro das unidades de terapia intensiva, ambiente repleto de maquinários que acaba por distanciar os profissionais do paciente. Cabe acrescentar que por mais técnico que pareça, o cuidado com a tecnologia nos sugere cuidado com o paciente, já que se faz necessário um equipamento em boas condições de funcionamento para permitir um cuidado adequado.

Verificamos que há uma tendência em perceber o ventilador mecânico como extensão do corpo do paciente, influenciada pelos avanços biotecnológicos na atualidade que permitiu a hibridização entre o homem e a máquina. Essa forma de assimilação nos permite concluir que os profissionais representam a máquina como parte do paciente, que necessita cuidados tanto

quanto o próprio, e que gera sentimentos que envolvem o profissional e podem de certa forma, influenciar na assistência prestada.

Essa representação pode dificultar a prática de cuidados confortantes, tanto pela condição clínica do cliente, quanto por questões profissionais, já que a prótese é vista como vital à manutenção da vida, o que contribui para o medo do manuseio tanto do doente quanto da prótese.

Por outra perspectiva podemos inferir que a relação de dependência que o cliente desenvolve com a máquina também sofre influência direta da assistência de enfermagem. Os profissionais consideram que um paciente dependente de prótese necessita observação e cuidados constantes e diante de uma assistência adequada, que forneça segurança e tranquilidade ao paciente a adaptação à prótese é favorecida.

A análise nos traz um ponto significativo, questões institucionais como fatores que contribuem para o conforto/ desconforto do paciente. Para os sujeitos do estudo fatores institucionais que envolvam aquisição de equipamentos, insumos e recursos humanos adequados interferem diretamente na promoção do conforto.

A pesquisa aponta para a importância da observação do paciente, do uso de escalas para avaliar a dor, do uso/elaboração de protocolos para a promoção do conforto em vários contextos, para a motivação/interação familiar.

Faz-se importante destacar as limitações da pesquisa. A pesquisa foi realizada em uma instituição universitária pública específica que sofre com a crise na saúde e educação, no momento da coleta de dados alguns leitos de CTI estavam desativados por falta de recursos ou problemas estruturais, alguns profissionais estavam sendo constantemente remanejados fato que dificultou a realização de entrevistas.

Outra limitação importante refere-se à baixa participação do profissional de enfermagem nas pesquisas, foram numerosas recusas em participar da pesquisa. É direito do sujeito da pesquisa decidir por participar ou não da mesma, porém, se faz necessário a divulgação constante da importância da participação em pesquisas para o desenvolvimento da enfermagem como ciência.

Com base no exposto faz-se necessário transpor esse modelo biologicista de assistência onde existe a valorização da doença e do corpo

doente, e buscar um olhar mais subjetivo para o paciente, estreitando laços e fortalecendo a relação profissional - doente, desta forma será mais favorável a captação das reais necessidades do doente e com isso a aplicabilidade de cuidados direcionados e específicos.

Espera-se com este estudo contribuir para a construção de conhecimento em relação aos cuidados com o paciente dependente de prótese ventilatória, favorecendo a promoção do conforto em contextos que ultrapassem o cuidado com o corpo. Faz-se necessário compreender que o cuidar não deve se resumir em cuidados técnicos direcionados ao contexto físico, e sim, considerar outros contextos nos quais o cuidado e o conforto possam ser oferecidos.

Destaca-se a possibilidade de ampliação dos estudos acerca do conforto do paciente dependente de ventilação mecânica com a elaboração e implementação de protocolos e escalas tais como: escala de dor, escala de sedação, e até mesmo, a construção de uma escala para a mensuração do conforto de pacientes dependentes de prótese ventilatória. Acredita-se que o uso de escalas de avaliação seja imprescindível para uma melhoria na qualidade da assistência.

7. REFERÊNCIAS

- ABBAGNANO, N. **Dicionário de Filosofia**. Trad da 1º ed: Alfredo Bossi, Revisão: Ivone Castilho Benedetti. 5º Ed- São Paulo: Martins Fontes, 2007. Disponível em: <http://www.filoczar.com.br/Dicionarios/Dicionario-de-Filosofia.pdf>
- ABRÃO, F.M.S. et al. Sentimentos do paciente durante a permanência em unidade de terapia intensiva **Rev enferm UFPE on line.**, Recife, 8(3):523-29, mar., 2014. Disponível em: www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/download/.../8596
- APOSTOLO, J.L.A. O conforto nas teorias de enfermagem- análise do conceito e significados teóricos. Artigo de Revisão. **Revista Referência**. II série- nº 9- março,2009, p. 61-67 Disponível em : http://esenfc.pt/rr/index.php?module=rr&target=publicationDetails&pesquisa=&id_artigo=2133&id_revista=4&id_edicao=26 Acesso em 18/02/2015
- BACHELARD, Gaston. **A formação do espírito científico: contribuição para uma psicanálise do conhecimento**. Tradução de Estela dos Santos Abreu. Rio de Janeiro: Contraponto, 1996, 5ª reimpressão, 316p. Tradução de: **La formation de l'esprit scientifique: contribution a une psychanalyse de la connaissance**. Paris/França: Librairie Philosophique J. Vrin, 1938.
- BARBOSA, L.B. et all. **Resenha: Notas sobre Enfermagem: um guia para cuidadores na atualidade**. Tradução: Telma Ribeiro Gracia. RJ: Elsevier, 2010. Disponível em: www.abennacional.org.br/centrodememoria/here/vol4num2resenha.pdf Acesso em 20/04/2015.
- BARCELLOS, P.A.O et al. As representações sociais dos profissionais e alunos da escola municipal Karla Patrícia, Recife, Pernambuco, sobre o manguezal. **Ciência e Educação**. Bauru, maio-ago V.11,n2, p 213-222, 2005. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1516-73132005000200005&script=sci_arttext Acesso em: 16/05/2015.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Tradução: Luis Antero Reto e Augusto Pinheiro. São Paulo: Edições 70, 2011.
- BARRA, D. C. C.; NASCIMENTO, E. R. P.; MARTINS, J. J.; ALBUQUERQUE, G. L.; ERDMANN, A. L. Evolução histórica e impacto da tecnologia na área da saúde e da enfermagem. **Revista eletrônica de Enfermagem**, v. 08, n. 03, p. 422-430, 2006. Disponível em: [HTTP://www.fen.ufg.br/revista8_3/v8n3a13.htm](http://www.fen.ufg.br/revista8_3/v8n3a13.htm). Acesso em 15/05/2015.
- BENEDET, S. A.; BRASIL, N. A sistematização da assistência de enfermagem e as necessidades de cuidados de pacientes internados em terapia intensiva. **Gestão e Saúde**, Brasília,DF. Brasil, v. 3, n. 2, p. 522-537, set. 2012. ISSN

1982-4785. Disponível em:

<<http://gestaoesaude.unb.br/index.php/gestaoesaude/article/view/169>>. Acesso em: 11 Jul. 2016.

BOCK, L.F. et all. A teoria ambientalista de Florence Nightingale: reflexos nas práticas de cuidado na atualidade. In: **61º Congresso Brasileiro de Enfermagem- Transformação social e sustentabilidade ambiental**. Trabalho 3123-1/4. 07 a 10 de dezembro de 2009. Fortaleza, Ce.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Ciência e Tecnologia em Saúde / **Conselho Nacional de Secretários de Saúde**. – Brasília: CONASS, 2007. 166 p. (Coleção Progestores – Para entender a gestão do SUS, 4).

BRASIL. Portaria nº 1707, 4 de julho de 2005. **Dispõe sobre a política nacional de atenção ao paciente crítico**. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, Seção.1, p.1, 8 jul. 2005. Disponível em: <http://www.sobrati.com.br/ms-politica-critico.htm>

BRASIL, **Portaria nº 2510** do Gabinete do Ministro, de 19 de dezembro de 2005. Institui a Comissão para Elaboração da Política de Gestão Tecnológica na âmbito do Sistema Único de Saúde – CPGT – Ministério da Saúde, 2005. Disponível: <http://ftp.rgesus.com.br/legislacoes/gm/1132-2510.html>. Acesso em 22/04/2015.

BRASIL. Resolução nº 7 de 24 de fevereiro de 2010 - Ministério da Saúde. **Dispõe sobre os requisitos mínimos para o funcionamento de Unidades de Terapia Intensiva e dá outras providências**. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2010/res0007_24_02_2010.html Acesso: 25/04/2015.

CALDEIRA, S. Cuidado espiritual: rezar como intervenção de enfermagem. **Cuidarte Enfermagem**. Catanduva-SP. 3:2 (2009) 157-164. Disponível em <http://repositorio.ucp.pt/handle/10400.14/14975>

CAMARGO, B. V. ALCESTE: Um programa informático de análise quantitativa de dados textuais. In A. S. P. Moreira, B. V. Camargo, J. C. Jesuíno, & S. M. Nóbrega (Eds.), **Perspectivas teórico-metodológicas em representações sociais** (pp. 511-539). João Pessoa, PB: Editora UFPA, 2005. Disponível: http://www.laccos.com.br/pdf/Camargo2005_alc.pdf. Acesso: 15/06/15.

CAMARGO, B.V.; JUSTO, A. M. **Tutorial para uso do software de análise textual IRAMUTEQ**. Laboratório de Psicologia Social da Comunicação e Cognição – LACCOS Universidade Federal de Santa Catarina, Brasil (2013). Disponível em: <http://www.iramuteq.org/documentation/fichiers/tutoriel-en-portugais> Acesso em: 24/06/15.

_____ IRAMUTEQ: Um Software Gratuito para Análise de Dados Textuais Resenha do software: Ratinaud, P. (2009). IRAMUTEQ: Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires [Computer software]. Retrieved from <http://www.iramuteq.org>. **Temas em**

Psicologia – 2013, Vol. 21, nº 2, 513-518 Disponível em:
<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/tp/v21n2/v21n2a16.pdf> Acesso em: 24/06/15.

CAMPONOGARA, S. Saúde e meio ambiente na contemporaneidade: o necessário resgate do legado de Florence Nightingale. **Esc. Anna Nery Rev. Enferm**; 16(1): 178-184, mar. 2012. Disponível em:
<http://www.scielo.br/pdf/ean/v16n1/v16n1a24.pdf>

CARVALHO, V. Cuidando, pesquisando e ensinando: acerca de significados e implicações da prática da enfermagem. **Rev Latino Americana Enfermagem** 2004 setembro-outubro; 12(5):806-15. Disponível em:
<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v12n5/v12n5a15.pdf> Acesso em : 02/08/2015.

CECILIO, L.C.O.; MERHY, E.E. **Integralidade do cuidado como eixo da gestão hospitalar**. Campinas, março/2003. Disponível em:
[WWW.hc.ufmg.br/gids/interalidade.pdf](http://www.hc.ufmg.br/gids/interalidade.pdf) Acesso em 17/04/15.

COSTA, R. et al. O legado de Florence Nightingale: uma viagem no tempo. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, 2009 Out-Dez; 18(4): 661-9. Disponível em: www.scielo.br/pdf/tce/v18n4/07.pdf Acesso em 23/03/15.

CONASS. **Nota técnica 22/2007** Ciência, tecnologia e inovação em saúde. Disponível: http://www.crf-mt.org.br/args/materia/1228_a.pdf Acesso em 22/04/2015.

DESLANDES, S.F.; NETO, O.C.; MINAYO, C.S. **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade**. Petropolis, RJ: Vozes, 1994.

FLICK, U. **Desenho da pesquisa qualitativa**. Coleção Pesquisa Qualitativa (Coordenação de Uwe Flick) . Porto Alegre: Bookman, Artmed, 2009.

FONTANELLA, B.J. RICAS, J.; TURATO, E.R. (2008). Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. **Caderno de Saúde Pública**, 24 (1), 17-27. Jan/ 2008. Disponível em:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2008000100003

GIL, A.C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 6º Ed. São Paulo: Atlas, 2008

GREGORIM, C.O. (coord) **Michaelis Moderno Dicionário da Língua Portuguesa** Disponível em
<http://michaelis.uol.com.br/moderno/portugues/index.php?typePag=sobre&languageText=portugues-portugues> Editora Melhoramentos, São Paulo, 2012. Ltda.SP ISBN 978-85-06-06953-0 (digital)

GUARESCHI, P.A. Representações Sociais: Alguns comentários oportunos. In: NASCIMENTO-SCHOLZE, C. **Novas Contribuições para a Teorização e Pesquisa em Representação Social**. Florianópolis : Coletâneas da ANPEPP

10, 1996. Disponível em :

<http://www.infocien.org/Interface/Colets/v01n10a003.pdf>

Acesso em 27/08/15.

_____ Representações Sociais: avanços teóricos e epistemológicos. **Temas em psicologia da SBP**. Ribeirão Preto, 2000, v.08n03, 249-256 Disponível em :
<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/tp/v8n3/v8n3a04.pdf>. Acesso em: 19/08/15.

HADDAD, V. C. N.; SANTOS, T. C. F. A teoria ambientalista de Florence Nightingale no ensino da escola de enfermagem Anna Nery (1962-1968). **Esc. Anna Nery, Rio de Janeiro**, v. 15, n. 4, p. 755-761, 2011. Disponível em :
<http://www.scielo.br/pdf/ean/v15n4/a14v15n4>

HUNGLER, B. P.; BECK, C.T.; POLIT, D.F. **Fundamentos da pesquisa em enfermagem- métodos, avaliação e utilização**. ARTMED. Porto Alegre, 5º Ed, 2004.

KAMADA, C.. Equipe multiprofissional em unidade de terapia intensiva. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília , v. 31, n. 1, p. 60-67, 1978 . Available from http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71671978000100060&lng=en&nrm=iso>. access on 10 set. 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/0034-716719780001000009>.

KOLCABA, K. A theory of holistic comfort for nursing. **Journal of Advanced Nursing**, 19, 1178-1184. 1994.

_____ The art of comfort care. Image: **Jounal os Kursing Scholarship**, 1995; 27 (4), 287-289. 1995. Disponível em:
www.thecomfortline.com/files/pdfs/1995%20-%20the%20art%20of%20comfort%20care.pdf. Acesso em 05/03/2015.

LAVILLE, C; DIONNE, J. **A construção do saber: manual de metodologia da pesquisa em ciências humanas**. Tradução: Heloisa Monteiro e Francisco Settineri. Ed: UFMG- Belo Horizonte; Ed: ARTMED- Porto Alegre, 1999.

LINDEN, J.C.S. V., **Um modelo descritivo da percepção de conforto e de risco em calçados femininos**. Tese (doutorado). UFRGS, Porto Alegre, 2004. Disponível em:
<http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/36349/000795295.pdf?sequence=1>

LINO, M.M.; SILVA, S.C. Enfermagem na unidade de terapia intensiva: a história como explicação de uma prática. **Revista Nursing**. São Paulo, 2001 out.;4(41):25-29.

LOBATO, J.E.; ROMALDINI, H. Ventilação mecânica. **Jornal de pneumologia**. São Paulo. 9 (2): 84-92, 1983. Disponível em:
<https://books.google.com.br/books>

LOPES, M. Florence Nightingale. Algumas Reflexões- **Enfermagem: de Nightingale aos dias de hoje- 100 anos**. Ed: Unidade de investigação da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra- Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. Coimbra, 2012. Disponível em: <https://www.esenfc.pt/event/nightingale100anos/>

LOPES, L. M. M.; SANTOS, S. M. P. História e Memória: **Florence Nightingale – Apontamentos sobre a fundadora da Enfermagem Moderna**. *Revista de Enfermagem Referência – III - n.º2–2010*, p.181-189. Disponível em: www.scielo.mec.pt/pdf/ref/vserIIIIn2/serIIIIn2a19.pdf

LOPES, M.J.M.; LEAL, S.M.C. A feminização persistente na qualificação profissional da enfermagem brasileira **Cad. Pagu- Núcleo de Estudos de Gênero - Pagu** n.º.24 , pp.105-125. Campinas Jan./Jun 2005

LOUBÈRE, L.; RATINAUD, P., Manual Iramuteq. In: **Documentation Iramuteq**, disponível <http://www.iramuteq.org>.(2013) Tradução Baltazar Fernandes. Disponível: www.academia.edu/9312034/Manual_Iramuteq Acesso em: 22/06/15.

JODELET, D. Représentations sociales: um domaine em expansion. In **D. Jodelet (Ed) Les représentations sociales**. Paris: PUF, 1989, PP. 31-61. Tradução: tarso Bonilha Mazzotti. Revisão Técnica: Alda Judith Alvez Mazzotti. UFRJ- Faculdade de Educação, dez, 1993. Disponível em: portal.estacio.br/media/3432753/jodelet-drs-um-dominio-em-expansao.pdf. Acesso em 13/10/15.

JODELET, D. (1998) La representación social: Fenómenos, concepto y teoría. In: MOSCOVICI, S. e ots.(1998) **Psicología Social I. Pensamiento y vida social. Psicología social y problemas sociales**. Barcelona, Buenos Aires, México: Paidós. Cap 13, p. 469-494. Disponível em: <https://sociopsicologia.files.wordpress.com/2010/05/rsociales-djodelet.pdf> Acesso em 29/05/16.

MARCONDES, A. P. E SOUZA, C. P. **Parcerias de abordagens metodológicas no estudo de representações sociais da avaliação institucional**. Reunião Anual da ANPED, 26, Caxambu, 2003. GT 20: Psicologia da Educação, 2003. Disponível em: <http://www.anped.org.br/26/posteres/anamericapradomarcondes.rtf> Acesso em 29/05/16.

MAZZOTTI, A.J.A; GEWANDSZNAJDER, F. **O método nas ciências naturais e sociais: pesquisa quantitativa e qualitativa**. Ed Pioneira. São Paulo, 1998.

MAZZOTTI, A.J.A. **REPRESENTAÇÕES SOCIAIS: ASPECTOS TEÓRICOS E APLICAÇÕES À EDUCAÇÃO**. Revista Múltiplas Leituras, v.1, n. 1, p. 18-43, jan. / jun. 2008, Disponível em: <https://www.metodista.br/revistas/revistas-ims/index.php/ML/article/viewFile/1169/1181> Acesso: 18/10/15

MELO, E. M. et al . Nursing care of hospitalised patients receiving mechanical ventilation in intensive care units. **Rev. Enf. Ref.**,Coimbra , v. serIV, n. 1, p. 55-63, mar. 2014 . Disponível em <http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0874-02832014000100007&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 25 out. 2016.

MERHY, E.E. A perda dimensão cuidadora na produção da saúde: uma discussão do modelo assistencial e da intervenção no seu modo de trabalhar a assistência. In: CAMPOS C. R. et al. (Org.): **O Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte- reescrevendo o público**. Ed Xamã, São Paulo, 1998, p.103-120. Disponível em: WWW.uff.br/saudecoletiva/professores/capitulos-10.pdf. Acesso em 17/04/15

MERHY E.E., FEUERWERKER L.C.M. **Novo olhar sobre as tecnologias de saúde: uma necessidade contemporânea**. In: Mandarin ACS, Gomberg E, organizadores. Leituras de novas tecnologias e saúde. São Cristóvão(SE): Editora UFS; 2009. Disponível em: <http://www.uff.br/saudecoletiva/professores/merhy/capitulos-25.pdf>. Acesso em 18/04/2015.

MEZZARROBA, R. M. ; FREITAS, V. . DE; KOCHLA, K. R. A. O cuidado de enfermagem ao paciente crítico na percepção da família.Cogitare Enferm. [online] jul-set 2009; 14(3): 499-505. [citado em 13 nov 2011], 42 p. Disponível em: < <http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/cogitare/article/download/16180/10699>>.

MOTA, L. A. A.; CAVALHO, G. B.; BRITO, V. A. Complicações laringeas por intubação orotraqueal: revisão da literatura. **Int. Arch. Otorhinolaryngol.**, São Paulo , v. 16, n. 2, p. 236-245, June 2012 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-48642012000200014&lng=en&nrm=iso>. access on 03 set. 2016.

MORAES, P.R. et al A Teoria das Representações Sociais. **Direito em foco- revista eletrônica**. UNISEPE, Amparo- SP, 2014. Disponível em: http://unifia.edu.br/revista_eletronica/revistas/direito_foco/artigos/ano2014/teoria_representacoes.pdf Acesso em: 16/05/15.

MOSCOVICI, S. **Representações Sociais: investigações em psicologia social**. Tradução: Pedrinho A. Guareschi, 11° Ed- Petrópolis, RJ: Vozes, 2015. MUSSI, F. C. Conforto e lógica hospitalar: análise a partir da evolução histórica do conceito conforto na enfermagem. **Acta paulista de Enfermagem**. 2005; 18 (1): 72-81. Disponível em: www.scielo.br/pdf/apl/v18n1/a10v18n1.pdf. Acesso em 18/02/15.

NASCIMENTO, E. R. P. Do; TRENTINI, M. O cuidado de enfermagem na unidade de terapia intensiva (UTI): teoria humanística de Paterson e Zderad. **Rev Lat-Am Enfermagem**, 2004, março-abril; 12 (2), p250-257. Disponível em: www.eerp.usp.br/rlaenf

NIGHTINGALE, F. **Notas sobre enfermagem: um guia para cuidadores na atualidade.** International Council of Nurses (ICN). Tradução: Telma Ribeiro Gracia. Rio de Janeiro: Elsevier, 2010.

NIGHTINGALE, F. **Notes on Nursing: what it is, and what it is not.** London: Harrison, 59, Pall Mall, 1860. Bookseller to the Queen.

Origem da palavra- **Site de etimologia**

<http://origemdapalavra.com.br/site/palavras/conforto/> Acesso em 22/06/15.

PADILHA, K.G. et al (org). **Enfermagem em UTI: cuidando do paciente crítico.** Barueri, SP: Manole, 2010.

PONTE, K.M.A., SILVA, L.F. Conforto como resultado do cuidado de enfermagem: revisão **Rev. pesqui. cuid. fundam. (Online)**; 7(3): 2603-2614, jul.-set. 2015. tab, ilus Disponível em: <http://pesquisa.bvs.br/brasil/resource/pt/lil-767348>

POTT, F. S. et al . Medidas de conforto e comunicação nas ações de cuidado de enfermagem ao paciente crítico. **Rev. bras. enferm.**, Brasília , v. 66, n. 2, p. 174-179, Apr.2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672013000200004&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 03 Set. 2016.

PROENÇA, M.O.; AGNOLO, C. M. D. Internação em unidade de terapia intensiva: percepção de pacientes. **Rev. Gaúcha Enferm. (Online)**, Porto Alegre, v.32, n.2, p.279-286, June 2011. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472011000200010&lng=en&nrm=iso>. access on 05 Jul. 2016.

RAHAL, L.; GARRIDO, A. G.; CRUZ J. R, RUY J. Ventilação não-invasiva: quando utilizar?. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, São Paulo , v. 51, n. 5, p. 245-246, Oct. 2005. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42302005000500007&lng=en&nrm=iso>. access on 03 Nov. 2016

RIBEIRO G. C; SILVA, C.V.N, MIRANDA, M.M. O paciente crítico em uma unidade de terapia intensiva: uma revisão da literatura. **REME Rev Min Enferm.** 2005;9(4):371-77. <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/487>

RODRIGUES, Y. C. S. J. et al . Ventilação mecânica: evidências para o cuidado de enfermagem. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro , v. 16, n. 4, p. 789-795, Dec. 2012 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452012000400021&lng=en&nrm=iso>. access on 03 Nov. 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-81452012000400021>.

ROCHA, L. F. Teoria das Representações Sociais: a ruptura de paradigmas das correntes clássicas das teorias psicológicas. **Psicologia: ciência e profissão.** Universidade Paulista, SP. 2014 (1), 46-65. Disponível em: WWW.scielo.br/pdf/pcp/v34n1a05.pdf. Acesso em 02/09/2015

ROCHA, S.M.M.; ALMEIDA, M.C.P.de. O processo de trabalho da enfermagem em saúde coletiva e a interdisciplinaridade. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.8, n.6, p.96-101, dez/2000. Disponível em: WWW.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=50104-11692000000600014 Acesso em 17/04/15.

ROSA, L.M. et al As faces do conforto: visão de enfermeiras e pacientes com câncer. **Revista de Enfermagem UERJ**. Rio de Janeiro, 2008. Jul/Set; 16 (3): 410-414. Disponível em www.facenf.uerj.br/v16n3/v16n3a19.pdf Acesso em 18/02/15.

SÁ, C. P. **A construção do objeto de pesquisa em representações sociais**. Rio de Janeiro: EdUERJ, 1998. Disponível em: http://www.mazzotti.pro.br/resources/SA_A_Construcao_do_objeto_de_pesquisa_em_representacoes_sociais.pdf Acesso em: 20/09/15.

SAKATA, R. K.. Analgesia e sedação em unidade de terapia intensiva. **Rev. Bras. Anesthesiol.**, Campinas, v. 60, n. 6, p. 653-658, Dec. 2010 Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-70942010000600012&lng=en&nrm=iso>. access on 25 Oct. 2016.

SANTOS, G. C.; PASSOS, R.; SOUZA, R.G. (Col). **Percursos científicos: guia prático para elaboração da normatização científica e orientação metodológica**. Campinas, SP: Arte escrita, 2012.

SILVA, C.R.L. **O conceito de conforto da perspectiva de clientes e enfermeiras em unidades de internação hospitalar**. Tese de Doutorado, EEAN/UFRJ. RJ, 2008.

Disponível em:

http://objdig.ufrj.br/51/teses/EEAN_D_CarlosRobertoLyraDaSilva.pdf

SILVA, C.R.L. ; CARVALHO, V.; FIGUEIREDO, N.M.A. Ambiente e Tecnologia: uma reflexão acerca do cuidado de enfermagem e conforto no ambiente hospitalar. **Rev. de Pesq.: cuidado é fundamental Online** 2010. abr/jun.2(2) :883-888 disponível em:

http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/viewFile/313/pdf_23 Acesso em: 12/09/14.

SILVA, R.C.; FERREIRA, M.A. A dimensão da ação nas representações sociais da tecnologia no cuidado de enfermagem. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem** 2011jan-mar; 15(1): 140-8. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452011000100020

SILVA, R., LOURO, T.. The incorporation of the hard technologies in the care of nursing in intensive therapy and the development of the speech of the humanization. **Journal of Nursing UFPE on line**, Recife(PE), 4, jun. 2010. Available

at: <http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/1070>. Date

accessed: 14 Feb. 2017

SILVA, R.C.L., PORTO, I.S., FIGUEIREDO, N.M.A. Reflexões acerca da assistência de enfermagem e o discurso de humanização em terapia intensiva. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem** 2008 mar; 12(1): 156-9. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v12n1/v12n1a24.pdf> Acesso em: 05/05/15.

SILVA, R. F. A.; NASCIMENTO, M. A. L. Mobilização terapêutica como cuidado de enfermagem: evidência surgida da prática. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 46, n. 2, p. 413-419, Apr. 2012. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342012000200020&lng=en&nrm=iso>. access on 03 Set. 2016.

SILVA, S.E.D.; CAMARGO, B.V.; PADILHA, M.I. A Teoria das Representações Sociais na pesquisa da enfermagem brasileira. **Rev Bras Enfermagem**, Brasília, 2011 Set-out; 64 (5): 947-51. Disponível em [WWW.scielo.br/pdf/reben/v64n5/a22v64n5.pdf](http://www.scielo.br/pdf/reben/v64n5/a22v64n5.pdf) Acesso em : 27/08/2015.

SOARES, F. R. R. et al. Mechanical ventilation: technical and scientific knowledge of nursing professionals in intensive care units. **Journal of Nursing UFPE on line [JNUOL/DOI: 10.5205/01012007/Impact factor: RIC: 0, 9220]**, v. 6, n. 4, p. 735-741, 2012. Disponível em: <http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/viewArticle/2351>

STELARC. Das estratégias psicológicas às ciberestratégias: a protética, a robótica e a existência remota, in DOMINGUES, Diana (org.). **A arte no século XXI: a humanização das tecnologias**. São Paulo: Ed. Unesp, 1997.

TOMEY, A. M.; ALLIGOOD, M. R. **Teóricas de Enfermagem e a Sua Obra** (modelos e teorias de enfermagem) Trad Ana Rita Albuquerque. 5ª ed. Lusociência: Loures, 2002.

VAN DER LINDEN, J. C. S.; GUIMARÃES, L. B. M. O conceito de conforto a partir da opinião de especialistas. In: **Congresso de Ergonomia dos Países de Língua Oficial Portuguesa**, 2004, Funchal (Ilha da Madeira). Anais do Congresso de Ergonomia dos Países de Língua Oficial Portuguesa, 2004. Disponível em www.producao.ufrgs.br/.../101_o%20conceito%20de%20conforto.pdf Acesso em: 12/09/14.

VIANA, R.A.P.P. **Enfermagem em Terapia Intensiva**: práticas baseadas em evidências. São Paulo, SP: Atheneu, 2011.

VILA, V.S.C.; ROSSI, L. A. O significado cultural do cuidado humanizado em unidade de terapia intensiva: "muito falado e pouco vivido". **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 10, n. 2, p. 137-144, Apr. 2002. Available

from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692002000200003&lng=en&nrm=iso>. access on 07 Set. 2016.

WACHELKE, J. F. R.; CAMARGO, B. V. Representações sociais, representações individuais e comportamento. **Interam. j. psychol.**, Porto Alegre , v. 41, n. 3, p. 379-390, dez. 2007 . Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-96902007000300013&lng=pt&nrm=iso>. acesso em 11 fev. 2016.

WEBER, L.C.; OLIVEIRA, S.L.C.B.; VILLAÇA, L.M.S. O enfermeiro no atendimento humanizado em UTI. **I Jornada Interdisciplinar**. Faculdades do Vale do Juruena-Juína. Maio/ 2014. Artigo Científico. Disponível em : <http://www.site.ajes.edu.br/jornada/arquivos/20140711205835.pdf>

ZINN,G.R., SILVA, M.J.P., TELLES, S.C.R. Comunicar-se com o paciente sedado: vivência de quem cuida. **Rev Latino-am Enfermagem** 2003 maio-junho; 11(3):326-32. Disponível em : <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v11n3/16542>

8. APÊNDICE

1. Apêndice A



UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO – UNIRIO
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA – CEP-UNIRIO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO – UNIRIO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado (a) Senhor (a):

Nós, Renata Gomes Rodrigues e Carlos Roberto Lyra da Silva, respectivamente mestrandas e docentes do curso de Mestrado acadêmico da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO), estamos desenvolvendo a pesquisa intitulada: **“Representações Sociais dos profissionais de enfermagem sobre o conforto do paciente dependente de ventilação mecânica”**, junto aos profissionais de enfermagem desta instituição.

Os objetivos desta pesquisa são conhecer e analisar as representações sociais de enfermeiros sobre o conforto dos pacientes em ventilação mecânica e identificar, no discurso dos enfermeiros, possíveis elementos que influenciam a assistência aos pacientes em ventilação mecânica. Você tem o direito de não participar deste estudo. Estamos coletando informações para elucidar como as representações sociais dos profissionais de enfermagem que atuam em UTI influenciam na assistência. Se você não quiser participar do estudo, isto não irá interferir na sua vida profissional.

Se você decidir integrar este estudo, você participará de uma entrevista individual que durará aproximadamente 40 minutos, bem como utilizaremos seu trabalho final como parte do objeto de pesquisa. Todas as entrevistas serão gravadas em áudio. As gravações serão ouvidas por mim e serão marcadas com um número de identificação durante a gravação e seu nome não será utilizado. O documento que contém a informação sobre a correspondência entre números e nomes permanecerá trancado em um arquivo. Os arquivos de gravações serão utilizados somente para coleta de dados. Se você não quiser ser gravado em áudio, você não poderá participar deste estudo.

Você pode achar que determinadas perguntas incomodam a você, porque as informações que coletamos são sobre suas experiências pessoais. Assim você pode escolher não responder quaisquer perguntas que o façam sentir-se incomodado. Como participante voluntário desta pesquisa, não haverá nenhum custo ou benefício financeiro para você. Sua entrevista contribuirá para a construção de conhecimento científico sobre o objeto de estudo, mas não será, necessariamente, para seu benefício direto.

Como foi dito acima, seu nome não aparecerá nas gravações de áudio, bem como em nenhum formulário a ser preenchido por nós. Nenhuma publicação partindo destas entrevistas

revelará os nomes de quaisquer participantes da pesquisa. Sem seu consentimento escrito, os pesquisadores não divulgarão nenhum dado de pesquisa no qual você seja identificado.

Esta pesquisa encontra-se baseada na Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde, que dispõe sobre a pesquisa envolvendo seres humanos. Possui vínculo com a Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro – UNIRIO através do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem sendo a aluna Renata Gomes Rodrigues a pesquisadora principal, sob a orientação do Prof. Dr. Carlos Roberto Lyra da Silva. Os investigadores estão disponíveis para responder a qualquer dúvida que você tenha. Caso seja necessário, contacte os responsáveis pelo projeto: (21)972818785/ e-mail: profunirio@gmail.com (orientador); (21) 969626484/ e-mail: renatarodrigues2003@hotmail.com. Rua Gregório de Castro Moraes, 453, AP 202, Jardim Guanabara, Rio de Janeiro, RJ. Caso você tenha dificuldade em entrar em contato com o pesquisador responsável, comunique o fato ao Comitê de Ética em Pesquisa, CEP-UNIRIO no telefone 2542-7796 ou e-mail cep.unirio09@gmail.com. Você terá uma via deste consentimento para guardar com você. Você fornecerá nome e telefone de contato apenas para que a equipe do estudo possa lhe contactar em caso de necessidade.

Eu concordo em participar deste estudo.

Nome: _____ Tel: _____

Assinatura: _____ Data: _____

Assinatura (Pesquisador): _____

Comitê de Ética em Pesquisa CEP-UNIRIO
Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro – UNIRIO
Avenida Pasteur, 296 – Urca – Rio de Janeiro – RJ – Cep: 22290-240.
Telefones: 21- 25427796 E-mail: cep.unirio09@gmail.com

2. Apêndice B

Roteiro para Entrevista

Questões objetivas:

Sexo () M () F Idade: ____anos Religião: _____

Categoria Prof: () Enf () TEnf () AuxEnf

Nº empregos: () 1 () 2 () 3 () 4 ou mais Tempo de formação:____ anos

Turno de Trabalho na UTI: () SD () SN ()M () T

Tempo de atuação em UTI:____anos Qualificação: _____

Satisfação na unidade (UTI): ()muita ()média () pouca () nenhuma

Questões para entrevista

1. Como é para você atuar na UTI?
2. Como é para você cuidar do paciente criticamente enfermo?
3. Como você considera o conforto no contexto da assistência de enfermagem?
4. Você valoriza o cuidado confortante na sua assistência?
5. Como é cuidar de pacientes dependentes de ventilação mecânica?
6. Existe diferença entre cuidar de pacientes dependentes de ventilação mecânica e em ventilação espontânea? Quais seriam essas diferenças?
7. A presença do ventilador mecânico pode influenciar no cuidado prestado? De que forma? Quais seriam essas influências?
8. Você considera ser possível a promoção do conforto aos pacientes dependentes de ventilação mecânica? Como? Quais os cuidados que realiza objetivando o conforto?
9. Você entende que o ventilador mecânico é uma extensão do paciente (justifique-se)?
10. Descreva como você representa o conforto do cliente dependente de ventilação mecânica.

3. Apêndice C

Corpus textual completo

**** *n_1 *s_1 *i_2 *r_1 *cp_1 *ne_2 *tf_4 *ta_3 *tt_2 *s_1

Eu gosto de paciente grave porque... principalmente do paciente em pós-operatório, porque a gente vê toda a evolução, o paciente chega grave e agente consegue fazer reabilitação e o paciente sai entendeu?! Prefiro assim do que paciente crônico, prefiro paciente agudo, trabalhar com paciente agudo porque você vê todo né, processo de saúde doença. Eu acho importantíssimo porque é uma das nossas maiores funções... é essa né? É promover o conforto, seja espiritual, seja o conforto físico, com a mudança de decúbito, com assistência de enfermagem mesmo a gente consegue promover esse conforto a esse paciente, é essa a nossa missão maior. Eu valorizo. É, o cuidado ele tem que ser redobrado, né?! Principalmente na questão da monitorização dos sinais vitais. Paciente em assistência ventilatória, você tem que estar de olho na saturação, na avaliação das extremidades, porque é um paciente que você tem que olhar com olhar mais atento, melhor diferenciado, melhor focado pro nível de oxigenação desse paciente. Influências na questão do conforto? É importante a questão da... porque normalmente o paciente em assistência ventilatória ele tá sedado, e o paciente sedado ele não tem os estímulos né?! Tanto em relação de auto defesa, então se o paciente ele não... a gente vai ter que estimular mudança de decúbito, estimular não, a gente vai ter que promover no caso, se o paciente estiver completamente sedado ou em coma. Então vai ter que promover a mudança de decúbito, tem a questão da aspiração traqueal das vias aéreas; é um paciente que precisa, por isso que você tá promovendo, paciente além de não ter o auto cuidado é totalmente dependente; ele depende das necessidades básicas, entendeu? Por isso que eu falei que tem ter um olhar mais atento, pensando nesse conforto desse paciente. É assim, por isso que é importante a atuação da gente na hora da visita também; tem a visita, por isso que as visitas do profissional em relação à religião desse paciente, a gente tem o cuidado de estar autorizando, eu acredito nisso, eu acredito que deus tá ali, que precisa, percebo isso como conforto com certeza, principalmente no cti, principalmente paciente grave. Com certeza o ventilador influencia em vários pontos da assistência de enfermagem. Percebo essa tecnologia como uma extensão, sim, sim, por um tempo, até enquanto houver necessidade sim. É isso que eu já tinha falado, uma assistência voltada para mudança de decúbito, pra variação da oxigenação desse paciente, é... a massagem de conforto; é a higienização, hidratação dessa pele para promover, para impedir né lesões ou pelo menos prevenir as lesões né, minimizar o surgimento dessas lesões, o mais é isso. Pensando numa palavra você quis dizer? Pensa aqui... é... digno, um paciente com uma assistência digna, então a gente vai ter dignidade, uma assistência digna para esse paciente, humanizar.

**** *n_2 *s_2 *i_2 *r_2 *cp_2 *ne_1 *tf_1 *ta_1 *tt_1 *s_1

Gratificante saber que estou disposta a cuidar e prestar conforto a alguém que realmente precisa de meus cuidados no momento. Acho muito importante num momento da vida que estamos fragilizados ter alguém que cuide do doente com muita atenção e carinho. Em alguns momentos com algumas falhas pois às vezes podemos, como profissionais, dar um conforto mas escolhemos não fazer. Sim, valorizo o cuidado confortante, pois acho que o conforto faz parte do tratamento do paciente. No início do meu contato com esses tipos de pacientes quase não mexia neles pois achava que causaria algo, que tiraria o conforto dele, mas agora entendo o quanto eles precisam do nosso olhar atento a eles e precisam do mesmo carinho e atenção que os outros que não estão. Sim existe diferença, o paciente que não está em ventilação mecânica conseguimos um contato direto e através de trocas de informações conseguimos oferecer o conforto necessário, já o em ventilação oferecemos o conforto que, aos nossos olhos, parece satisfatório e claro que, os confortos técnicos, pois considero os mais importantes. Acho que sim, seria possível dar um conforto a mais. Sim é uma extensão do paciente, pois sabemos que naquele momento é de muita importância a sua respiração pois, daquele aparelho depende a sua vida. O conforto do paciente eu acho algo super importante, prestar atenção, olhar atentamente para ele, tentar promover o seu conforto, pois isso faz parte do seu tratamento, tocá-lo, movimentá-lo, usar devidamente as técnicas que aprendemos ou até melhorá-las para dar maior conforto.

**** *n_3 *s_2 *i_2 *r_1 *cp_2 *ne_1 *tf_1 *ta_1 *tt_1 *s_1

Eu acho que para mim é na verdade eu tô aqui pra aprender né?! Eu acho que pra mim é como se eu tivesse estudando e cada coisa, cada coisa que eu vejo de diferente durante os

dias, os plantões pra mim só vai melhorar na minha qualificação. É muito bom cuidar aqui do paciente de terapia intensiva porque você tem umas peculiaridades que não tem na enfermaria então acho que pra mim isso engrandece muito o profissional. Ah então! Primeiro aqui é muito bom porque a gente tem o paciente monitorizado, se ele tiver algum desconforto de qualquer forma a gente consegue perceber isso, então assim... e também no cuidado direto, também é...banho, um banho adequado que é o único momento de conforto, de relaxar que ele tem pra mim um deles é o banho, e aí durante o dia a gente procura manter ele confortável e , assim... também o barulho a gente faz com que... com que tenha menos barulho possível pra mim isso traz muito desconforto. Então, eu quando via o paciente acoplado à ventilação mecânica eu tinha um pouco de medo mas depois eu percebi que para cuidar do paciente assim acho que a atenção tem que ser redobrada, porque tem o manejo e e aí você tem que saber algumas coisas sobre o parâmetro ventilatório, apesar de que essa resposta... aqui dentro do cti o fisioterapeuta fica um pouco com essa responsabilidade mas, bacana que a gente tenha um pouco de conhecimento em relação a isso; e o manejo também porque a gente tem que ter um pouco mais de cuidado com o paciente intubado. Eu acho que a diferença mesmo foi a que eu falei anteriormente, que é o cuidado com o manejo e se você puder ter alguma noção do ventilador é bacana. No nosso cuidado? Assim, acho que o primeiro de tudo é a locomoção. Que assim, se for uma coisa muito grave, uma coisa que precise é... deslocar o paciente tem que ir acompanhando do ventilador e tudo mais; se o paciente não tiver na ventilação mecânica pra gente é um pouco mais fácil, pode até encaminhar para um banho de aspersão, alguma coisa assim; mas o paciente na ventilação mecânica é, como eu falei? é... a locomoção! A locomoção fica impossibilitada totalmente. Hum...Na hora do manejo é difícil, deixa eu ver mais o quê... pra mim mais é a locomoção, manejo, é todo um cuidado diferenciado não é, eu acho que não é fácil. É eu acho que fica pra nós como enfermagem observar se esse... se ele está bem acoplado à ventilação mecânica, se o tubo está né bem colocado onde deve estar, porque tem paciente que eles não ficam bem acoplado à prótese então... e muitas das vezes passa despercebido, como não ficamos 24 horas ali, eu acho que seria... Então o conforto no geral... eu acho que assim , é observar né?! Observar, ver se ele está bem acoplado à prótese, se tá vendo alguma oscilação e eu acho que é isso. Eu acho que sim. Eu acho que sim porque ele está dependente daquilo entendeu? Se ele está acoplado à ventilação é porque realmente precisa, e que se aquilo faltar pode vir até causar o óbito dele, é como eu falei, se não for extensão dele não precisaria dele numa locomoção então, pra mim, eu considero uma extensão do paciente o ventilador. Eu acho que o ventilador, assim... eu acho que o ventilador ele faz um pouco de barulho, não sei; acho que aquilo ali 24, 36, 48 horas; ali o tempo todo, acho que isso não traz conforto, acho que de repente um pouco mais de silêncio no ambiente né?! É... luz... acabaram os procedimentos se puder apagar a luz, deixar à meia -luz, que assim pra ele já é tenso; ele tem procedimento a noite toda, ali do lado dele e conforme eu falei...barulho... então se a gente puder fazer humanização, fazer tudo né... o cuidado no todo e depois terminar tudo e buscar um pouco de silêncio, buscar um ambiente mais tranquilo para ele acho que seria ideal.

**** *n_4 *s_2 *i_2 *r_1 *cp_1 *ne_2 *tf_4 *ta_3 *tt_1 *s_1

Olha, é uma coisa que eu gosto de fazer. Eu gosto bastante da assistência de paciente grave, de... É estressante, né, você tem que estar atento a várias coisas mas é uma coisa que eu gosto muito. É a minha preferência, eu não consigo me ver trabalhando em outro lugar. Ah, é uma das coisas primordiais, né? Você ver realmente como um todo, tentar priorizar tudo, não só o paciente no monitor porque em uti a gente acaba olhando sempre pro monitor, né? Mas antes disso, da máquina, a gente tem o paciente ali, que é o nosso principal objetivo é realmente olhar, no caso ouvir, ver os sinais, principalmente paciente que não fala ou às vezes tá sedado, não tem como expressar pra você o que ele tá sentindo então a gente tem que ainda ir além porque a gente tem que olhar tudo, cada detalhe, do lençol esticado, da posição do braço, da perna, de tudo pra tentar deixar o máximo de conforto possível, né. Ah, eu procuro valorizar sim, sempre. Eu acho que a gente tem falhas, né, até porque a gente tem muitas atribuições, às vezes acaba falhando mas sempre que possível eu tento observar isso. Ah, eu acho que é bem diferente porque, pra começar, é isso, ele não tá falando, ele não vai poder falar com você então você tem que ter o olhar pra todos os outros sinais que ele possa te dar, uma tosse, ou uma expressão, é... qualquer coisa e o ventilador fica apitando, você tem que conhecer também, você tem que saber o que pode estar levando àquilo, se é secreção, é muito mais complexo esse paciente com relação ao outro que não está no ventilador, justamente pela comunicação. Eu acho que a influência seria essa. Porque você tem que estar muito mais atento pra ele e pra aquele equipamento, aí sim, o equipamento vai te dar muito parâmetro,

que o paciente às vezes não tá te dando porque ele tá sedado. Às vezes ele não vai reagir a alguma coisa que esteja acontecendo porque ele tá muito sedado mas aí a máquina tá te mostrando: Ó, ele não tá ventilando, olha aí o que que aconteceu de errado, porque o paciente em si não vai te falar. Então acho que a diferença, principalmente, é essa. Ah, eu imagino sim porque ali naquele momento, sem ele o paciente não sobrevive, né? Então realmente é como se fosse... Ah, é bem difícil. Eu acho que só com o paciente sedado, mesmo. Só com o paciente sedado, quando começa a acordar eu acho que é desesperador. Então eu entendo, às vezes a gente fala: Ah, o paciente não para, mas gente, se a gente se colocar no lugar da pessoa ali, tipo, agora mesmo eu tava falando da dona Marta, o pessoal tinha passado que ela tava precisando conter e não sei o quê, que ela tava tirando... não é nem por mal, ela começa a mexer, é instinto, você: Perai, que isso? Isso aqui não é meu..., entendeu? Tira isso daqui!, acho que é bem difícil. É bem difícil mesmo, eu não imagino, acho que é desesperador. Eu acho que conforto pro paciente é só quando ele tá sedado. Sem sedação, eu acho quase impossível, assim, muito sufocante, eu nunca passei por essa experiência mas imagino que deva ser uma coisa muito, muito, muito ruim. E é muito subjetivo também porque você vê pacientes que ficam tranquilos que você tenta dialogar: Olha, procura ficar calmo, isso vai ficar aí, a pessoa olha, te entende e atende. Isso acontece, mas a maioria não tá nem aí pro que cê tá tentando falar, não ouve, tá querendo tirar, tá querendo mexer. Eu não sei, o que eu imagino... Ah, tá bem posicionado o tubo, essas coisas todas. A posição do paciente, a posição do tubo, é... com relação a secreção, se tem ou se não tem que não deveria ter, é... e... se... aí tem os dois momentos, né, o momento em que ele não tem a mínima possibilidade de sair daquela prótese, então ele tem que estar sedado com certeza. Cem por cento sedado. Porque também cada um seda de um jeito, né? Tem gente que seda com qualquer coisinha e tem gente que não seda. Tem que botar aquilo e mais aquilo. Agora eu acho mais difícil pro paciente que a gente tá na fase de desmame que você tem que tirar essa sedação, então não tem como manter a sedação porque ele tem que acordar pra tirar o tubo, aí mais uma vez ressaltar isso tudo: posicionamento, limpeza da cavidade oral, retirada de secreção e estar sempre com ele tentando falar, mostrar, estar junto ali, ter paciência, saber ouvir, saber... Não sei, acho difícil você poder quantificar isso. Bem difícil... ah, é uma coisa muito maior, eu acho. Não sei se eu posso dizer que eu consigo promover alguma coisa desse tipo, por mais que a gente tente, né? Até porque às vezes, nós somos humanos também, já trazemos coisas nossas, né, cê já não tá bem por algum motivo, por alguma coisa, cê leva, né, pra todos os lugares você está levando, então é difícil. E tem a diversidade de religiões, enfim, você não sabe no que a pessoa acredita ou não. Eu acho que nesse momento, o paciente tá assim, intubado, sedado, o que a gente de repente pode valorizar um pouquinho mais é a família. E esse contato, assim, que cê diz, acho que é mais com a família, de tentar conversar, explicar, tentar pedir uma ajuda, perguntar se ele acredita, Ah, eu acho que faria bem pra ele, que eu conheço ele, vou deixar esse santinho aqui, eu sei que ele não vai ver mas eu posso?, Pode, pode porque vai estar fazendo bem pra família, pro paciente quando depois ele souber, de repente aquilo pra ele é importante e isso a gente tem que valorizar, né? Então eu deixo tudo.

**** *n_5 *s_2 *i_2 *r_2 *cp_2 *ne_1 *tf_3 *ta_3 *tt_1 *s_1

É um paciente que com certeza requer um cuidado maior, uma atenção também e, assim, o meu lado, foi como você falou, em relação ao conforto, de um modo geral, de uma atenção mais especial porque ele tá ali totalmente à mercê, sob a sua responsabilidade porque ele não fala, não se expressa, não diz se está com dor, se está... entendeu? Então isso tem muitos limites, por ele estar daquele jeito, você tem que dar uma atenção muito maior. Em geral, é tanto conforto físico, no sentido de ele, por exemplo, de lençol, né, não deixar o lençol muito enrugado, deixar ele numa posição que você veja que não tá muito desconfortável, ver se o paciente está bem sedado, principalmente na hora que a gente for fazer o banho, que eu acho um absurdo o paciente estar sem sedação, com aquele tubo na boca, né e você estar rodando ele de um lado pro outro, então, pra mim, eu acho que um paciente desse tipo tem que estar bem sedado porque realmente, é muito desconfortável e também dolorido pra ele. Entendeu Valorizo. Então, é exatamente isso que eu to te falando, tem que ter um cuidado maior mesmo, num contexto geral, como o paciente não tem como se expressar, você não tem como saber onde ele sente dor, sente incômodo, nervoso... Como assim uma extensão? Que tem que ter um cuidado a mais com ele? É, com certeza é porque se não fosse ele muitas vezes você sabe que o paciente não vai estar ali nunca, então você tem que ter um cuidado muito grande ali. O cuidado é bem maior, com certeza. É trabalhoso, mais, é, mas não é questão de dificultar, é simplesmente que o trabalho é um pouco maior, diferenciado do paciente que não tá no respirador, entendeu? É o que eu to te falando, o posicionamento do

paciente, é como você vai virar, como você vai pegar, no caso, né, pra...Mobilizar, entendeu? O tubo também, como está na hora de virar, às vezes quando viram deixam tudo jogado, eu não gosto, eu deixo tudo arrumadinho, justamente esse cuidado que você tá falando, pra traquéia não pesar, pro tubo não sair porque já aconteceu isso várias vezes aqui dentro do hospital. Com cuidado, eu viro pra um lado, levo tudo pra um lado, depois levo tudo pro outro, justamente com esse cuidado porque é uma extensão mesmo, foi o que você falou, tem que ter cuidado, não tem jeito. A questão social, não vejo como a gente vai influenciar. É o que falam, não sei se é verdade ou não, que o paciente escuta o que a gente fala, sedado, né, isso realmente, você tem que ter cuidado com o que você vai falar, de repente até na hora do banho dar uma palavra de conforto, por mais que ele esteja sedado, né, porque é relevante isso, se eles realmente escutam o que a gente tá falando? Muitas das vezes a gente tem que, também, se policiar muito nesse sentido, eu acho que é isso. No espiritual acho que não tem como envolver. Não, se por acaso a família chegar e perguntar alguma coisa, por mais que a gente não possa falar, dependendo da aflição, eu chego a falar assim: Fica calmo! Porque tá demorando, porque a família não vai só esperar o médico falar, às vezes pergunta, a gente responde o que que tá acontecendo, também pra esclarecer um pouquinho, pra confortar mais mas no mais, não tem mais como a gente lidar.

**** *n_6 *s_2 *i_2 *r_1 *cp_2 *ne_2 *tf_4 *ta_3 *tt_1 *s_1

Bom, pra quem gosta de trabalhar com paciente nesse nível... pra mim eu fico satisfeita; ainda mais quando você vê que o paciente tá tão grave e você acha que ele não vai sair dali e ele acaba tendo melhora de um quadro e consegue reverter a situação. Ainda mais quando volta, depois de ter alta, pra dizer como está, andando, falando, bem... eu fico muito satisfeita. O básico que todo mundo faz; né, a gente... depende, às vezes o paciente não tem condições, você não vai fazer além do que você pode. Entendeu? Mas assim, a gente procura fazer o básico, acho que não mais do que isso. Mudança de decúbito, quando tem condições de ser feita, aspiração das vias aéreas, quando também tem condições, é... higiene, que mais? Acho que é isso. É meio complexo, né, porque de repente tem paciente que tá precisando do respirador mas que ele tá lúcido, tem outros que estão desorientados, então de repente mete a mão e tira, aí é aquela correria, ou falta energia, você sabe que não tá entrando o gerador, isso causa um certo desconforto, entendeu? Agora eu já acostumei bem com essa situação mas no começo me assustava muito o ventilador, sim; pra quem não conhece, qualquer barulhinho você já fica assim meio receosa, né, do que pode estar acontecendo. Tem horas que sim porque... não sei em outras situações mas aqui, como a gente tá trabalhando... o material que a gente tá é muito precário: o braço não funciona, às vezes o circuito é curto, tem vários problemas que às vezes dificultam, realmente. Com certeza. Ainda mais quando o paciente tá muito dependente, né? Que aí você sabe que soltou um pouquinho a traquéia, você já fica assustada com a situação. Primeiro, o posicionamento da traquéia porque, eu não sei, eu me sinto incomodada, me vejo na situação daquela traquéia com um tubo... na traqueostomia acho que nem tanto, mas com o tubo, fica uma coisa meio assustador, de você olhar aquele troço saindo da boca e de repente tracionar, não se sabe que tem dentro do balão, pode causar várias lesões, né? Mas... ah, eu acho que é isso mesmo, acho que é mais isso. Assim, o aspecto, em geral, quando você olha, é assustador. Eu acho que o primordial nisso tudo é a higiene, realmente. Mesmo porque aqui quando a gente faz a mudança de decúbito a gente prima muito isso: mudou de decúbito você vai sempre passar um cremezinho, um oleozinho, alguma coisa e ali você já tá massageando o corpo do paciente, também. Acho que isso também é importante. Eu sou muito chata com a organização da bancada do paciente. Eu gosto de chegar, olhar e ver o que tem e não chegar e estar tudo lá revirado e chegar na hora você não encontrar nada. Então eu costumo arrumar, ajeitar pra se eu olhar, eu saber o que que eu tenho ali, o que eu vou precisar e o que eu não vou precisar e o que eu não vou precisar pegar se eu precisar; porque às vezes você entra, tem muita gaze lá na bancada, tem cadarços sobrando, que não tem necessidade, a gente sabe que tá bem precária a situação e não dá pra estar desperdiçando material dessa forma. Entendeu? Então eu prezo muito isso, avaliar o que que eu vou precisar naquele momento e no decorrer do plantão, pra não deixar o leito desarrumado, o box desarrumado e com material acessível. Se não estiver sedado a gente vê pela característica física mesmo então ele vai ter uma aparência boa. Quando ele não tá confortável, ele fica se mexendo muito e aí você vê que alguma coisa tá indo errada, ou é a respiração, ou é alguma coisa, você mudou de decúbito, tá no respirador, ele vai ficar puxando mais e você vai saber que é aquilo ali que tá fazendo ele ficar daquele jeito. Aí já é mais difícil porque a maneira que você põe, ele vai ficar. Então muitas vezes, até você demora mais a mudar de decúbito, quando você vira, você começa a ver as vermelhidões no corpo, as lesões

que ficaram sendo formadas. E até mesmo, não sei, porque às vezes eu to tão cansada que eu durmo em casa de um lado só; quando eu acordo, chega a estar pegando fogo a orelha, dolorida. Aí eu me ponho no lugar dos pacientes aqui quando a gente demora um pouco mais pra mudar e, assim, não tem como se comunicar e aí aquilo ali fica ali mais tempo fazendo lesão.

**** *n_7 *s_1 *i_2 *r_2 *cp_2 *ne_4 *tf_2 *ta_2 *tt_1 *s_1

Vamos dizer, é satisfatório. Eu não vejo diferença de dificuldade. Eu não sei se é a sua pergunta, o que você tá querendo achar mas um exemplo, se tiver um paciente tranquilo, basal e um paciente grave eu não vejo aquela coisa de deixar de ficar tranquilo, pra mim eu encaro numa boa, se é isso que você quer, não sei qual é a intenção...E nem, se é a parte emocional também...Não me abala, não. Eu acho importante. Eu acho importante porque... pra dar o bem-estar, né? Pro paciente. Um exemplo, assim, tem o... o meu paciente agora, eu to me sentindo mal com ela... porque a sedação não tá boa, ela tá acordada, tá agoniada, isso... pra mim, eu não acho legal porque isso deixa o paciente insatisfeito, ele tá desconfortável. E, assim, quem tem o poder de mudar é o médico e você não pode fazer nada. É. Pra mim ela tinha que estar sedada dormindo. Você não vai estudar, não vai fazer nenhum processo de desmame, ela tá ali abandonada. Acho ruim esse lado, até, essa coisa do conforto em relação a isso de ver que o paciente não tá bem, né e... não é bom pra mim, eu fico incomodado com isso. Pra mim é uma extensão, como se fosse uma extensão, como você falou, do paciente, do corpo dele. Tem. Quando tá com ventilação, os riscos, né, de questão infecção na área respiratória, essa é a diferença. Tem um grau de dificuldade pra trabalhar com o paciente, quando tá com suporte ventilatório. E eu acredito que com o suporte atrapalha o progresso do paciente na questão da geração de contaminação dele, né? Através da, da... de estar dependente ali. No caso, assim, na minha parte seria uma fixação correta do... no caso seria o quê? É tubo, é traqueostomia, é o quê? Independente...Da fixação da prótese respiratória, se essa fixação não está incomodando na questão de machucar, né? Com relação a machucar e com a questão até do próprio tracionamento, de estar pesando, estar repuxando; da minha parte eu vejo em relação a isso daí, da fixação, se essa fixação não está machucando e a questão do posicionamento, ver se não está puxando, se não está caindo, se não está forçando. A parte respiratória, aquela coisa, assim, se está bem adaptado ao volume, essas coisas assim Eu imagino, quando os pacientes estão graves, no sentido, até intubados, pra mim, na minha cabeça né, eu tenho aquela fantasia, é o momento dele com deus ali, de que deus tá trabalhando na vida dele, como, assim, conversando com ele em particular, qual vai ser o destino eu não sei mas acredito que é o momento dele não porque ele tá no tubo, né mas a gravidade, assim, que não interage com ninguém, que falta essa interação, eu acredito que é um momento que deus tá ali como se fosse em reservado com ele conversando. Eu, particularmente, vejo mais o técnico, essa parte emocional eu deixo mais pros outros. Aquela coisa de... a sensibilidade em si, né? Eu acho muito desconfortável, né? Por mais que você dependa desse mecanismo eu acho um mecanismo muito... que incomoda muito, assim, muito ruim, como se fosse agressivo. Eu acho que deve ser muito desconfortável essa situação de estar intubado. Traqueostomizado eu nem sei o quanto interfere mas a questão do tubo em si, eu acho uma questão muito chata pro paciente, deve incomodar, deve ser agonizante, por mais que essa... está dando suporte mas creio que ele se sinta até com falta de ar no sentido de que, né? É uma coisa meio agonizante, né. Então eu acredito assim. Dá uma sensação ruim. Então, essa parte aí que é agonizante, que a pessoa tá totalmente ali, assim, incomodada com aquela situação, é uma coisa que incomoda muito, que deve agonizar, que deve dar uma fobia, né, pra ele. Então eu vejo aquilo ali, me dá agonia, porque a pessoa tá ali agoniada; no caso dela assim, não vai fazer o desmame, então ela tá ali desconfortável, não tá sedada adequadamente, assim, deve ser muito agonizante, muito desconfortável, creio também que deve irritar, machucar, né, onde tá introduzido... No caso, assim, na parte... assim, na minha parte... só aquela coisa de higiene mesmo mas pra mim ali depende mesmo da sedação. Que pra mim é a sedação, a questão médica. Não sei se tem algum mecanismo que possa fazer pra amenizar essa agonia, né? O desconforto. Pra mim, ali é a questão médica pra sedação. Assim, devia existir uma coisa mais fácil, né, assim mais... por exemplo, eu acho a questão da... material em si, né, que às vezes não fica na forma que a gente quer, então eu acho difícil não dizer isso. Poderia ser uma coisa mais maleável que tivesse mais flexibilidade, aqui por exemplo, não sei em particular com o que você trabalhou mas aquelas, as... garrinhas que seguram não funcionam então nunca fica adequado, então você quer deixar aquela forma, assim, direitinho, é impossível porque... no hospital não sei mas aqui é impossível, então, aqui em particular eu acho que o material já

desfavorece pra você deixar uma posição do tubo ou até da traqueostomia mais, mais... mais confortável, assim e aquele material não favorece.

**** *n_8 *s_2 *i_1 *r_2 *cp_2 *ne_1 *tf_3 *ta_2 *tt_1 *s_1

Pra mim é a oportunidade de cuidar do paciente como um todo; você pega ele num estágio mais grave que ele precisa de mais atenção e você dá assistência plena. Tanto eu, eu cristã, eu dou tanto uma assistência espiritual, eu auxilio ele nas medidas de conforto, de higiene, de... com relação a todos os cuidados. Conforto? Melhor posicionamento na cama, mobilização, é... comunicar quando necessário pra mexer nos parâmetros do respirador, pra dar um melhor conforto respiratório pra ele, estar sempre atento às infusões, pra ver se houve ou uma alteração de pressão ou alguma coisa pra prejudicar o conforto dele e assistência psicológica também; de acordo com... se eles puderem falar, você conseguir atrair a atenção dele e fazer com que ele se solte, que ele relaxe, conversar, dar uma assistência total, então, tanto física quanto espiritual pra ele. Como um todo. Ainda mais terapia intensiva, você fica de um a dois pacientes, então eu acho que o mínimo que você deve fazer, é fazer o todo com o paciente, já que você tem só dois pacientes, você consegue dar o cuidado pra eles, mesmo que ele seja trabalhoso ou não, você tem condições e tempo suficiente pra isso. Pra mim eu não vejo dificuldade nenhuma no fato de ele estar no respirador ou não. Eu acho que isso até, pra mim, é uma medida até melhor de conforto porque quando você mobiliza ele, um paciente que tá fora do respirador, ele pode apresentar uma dessaturação, alguma coisa e você consegue mexer nos parâmetros do respirador, jogar cem por cento ou diminuir os parâmetros dele pra poder proporcionar o melhor conforto. Eu acho que é até melhor o paciente em ventilação porque você consegue... tá nas suas mão, tanto a saturação quanto qualquer tipo de parâmetro que precise entrar pra ele porque se ele estivesse ventilando sem o respirador, você precisaria de um auxílio por fora pra isso, ou de repente modificar ele de decúbito e deixar até ele estabilizar e ele no respirador você consegue manusear isso. Acho que requer mais atenção, né, com relação, a estar desconectado, a você mexer num parâmetro ou de repente, é... acho que é mais com relação a atenção mesmo. Uma extensão, com certeza. Se você olha pro ventilador é como se fosse o pulmão do paciente então tem que ter cuidado em relação a isso, tanto a puxar, o lado que eu vou posicionar, ou ficar pra poder não estender muito e não deslocar ou puxar demais o tubo, é o pulmão do paciente, uma extensão. Conforto com relação ao respirador? Acho que a aspiração. Visualizar bem com relação àquela crítica da secreção, se tá muito seca, muito espessa, se quando você aspira, tá com a presença de sangue ou não, é... tem momentos que deve-se evitar aspirar pra não sair grande presença de sangue, isso aí pra mim é conforto. Eu já estive entubada e pra mim, o fato de ser aspirada era um conforto muito grande porque eu sentia como se meu pulmão estivesse mais leve, como se o ar entrasse com mais facilidade, apesar de eu saber que eu estava totalmente controlada pelo respirador, né? É... acho que com relação mais à aspiração, à limpeza, né, ainda mais paciente que está traqueostomizado, está saindo mais secreção pelo óstio, e esses momentos de dessaturação, briga, quando você muda de psv pra pcv, esse momento de briga do paciente com o respirador ali é um grande desconforto, eu também senti isso quando estava intubada, senti um desconforto muito grande, o ventilador manda pressão pro seu pulmão e você ao mesmo tempo começa a brigar com ele porque você quer respirar junto, esse é um momento de desconforto. Então no momento em que o respirador alarmou, não se deve olhar como somente um alarme mas vai até o respirador e veja o que que ele está te alertando; porque pra mim isso era um desconforto muito grande, a minha briga do meu pulmão com o respirador. Acho que depois que eu passei pelo cti eu passei a prestar mais atenção nesse tipo de coisa, porque isso me incomodava muito. Até então, eu escutava o respirador, ia lá, olhava, falava assim: Ah, tá, o paciente tá brigando e quando eu comecei a sentir aquela pressão entrando, hoje eu dou muito mais valor a isso. Eu escuto, eu vou lá, eu aspiro, eu converso com o fisioterapeuta, ver se dá pra mexer em alguma coisa pra ele se sentir confortável. Acho que a mudança de decúbito é fundamental porque ele fica pressionando muito a parte do corpo; dependendo do paciente, quanto tempo ele esteja no ventilador também, tem a mudança de decúbito também, às vezes, pro lado direito ou pro lado esquerdo, ele fica num desconforto muito grande, então é você mobilizar e ver o lado que ele se sente mais confortável, em que a briga fica menor; há sim uma dificuldade em mobilizar o paciente com a ventilação mecânica, muitos não gostam por conta disso porque às vezes num posicionamento o respirador alarma muito, aí você sente o desconforto dele e você passa a mobilizar o paciente segundo, é... passa a mobilizar ele tentando dar uma medida melhor de conforto e de certa forma o respirador alarmando você vai saber como... qual o lado que ele se sente melhor, mais confortável. Você vê pela saturação do paciente, você vê pelo modo do posicionamento dele;

acho que é mais com relação a isso, mudança de decúbito, aspiração, a mobilização no leito, acho que é isso. Com certeza. Normalmente o paciente extremamente sedado, normalmente ele já tá no controlado, né? Então já quando passa pra fase do desmame da sedação, aí o paciente passa a brigar mais com o respirador. Aí já são dois tipos de cuidado totalmente diferentes. O paciente totalmente entregue, é mais fácil se cuidar porque você mobiliza, você... quando ele já tá com sedação e analgésico, você não consegue já visualizar tanto, nem tanto quanto a briga no respirador e nem tanto quanto a questões faciais, de dor, expressão, essas coisas. Quando ele já tá saindo do desmame da sedação, aí realmente você vê que já fica... aí o respirador começa a alarmar mais, você começa a visualizar mais a questão de característica de dor na face, existe uma diferença com relação à sedação ou não do paciente. Acho que é isso. É, eu acho que primeiro – eu não sei se todo mundo faz isso – normalmente quando o fisio colhe uma gasometria, eu pergunto quanto que deu, como é que tá porque eu comecei a fazer fisioterapia, então ele fala: a gente vai tentar mudar o modo dela ventilatório, não vai; ó, ela tá dessaturando, a gente vai ter que mexer. Então ali, de acordo com o que ele vai me falar, que vai mexer no respirador, eu procuro estar sempre, é... se por acaso ele for modificar naquele momento, eu procuro não mobilizar o paciente porque eu sei que vai causar um esforço muito grande pra ele, físico. Então se ele modificou, agora, os parâmetros, pelo menos, assim, na época que eu fui fazer fisioterapia... assim, você deve demorar mais ou menos trinta minutos pro corpo se adequar àquele módulo respiratório pra você poder fazer uma mobilização, então pelo menos isso eu fico atenta porque eu comecei a faculdade de fisio e... acho que é mais isso, aguardo, vejo, mobilizo ele e de acordo com o que... se o respirador, se ele estiver em desmame, estiver com uma sedação, se eu ver que a pressão começou a cair muito com relação... aí já observo o que tá acontecendo, se está muito sedado, se a pressão tá caindo muito, se ele está brigando com o respirador, aí a gente comunica à parte médica, comunica ao fisioterapeuta, tenta ajeitar, mobiliza ele bem, no leito... acho que é mais o cuidado de prestar atenção e passar essa informação pra quem vai resolver a situação. Se você não tá atento, o médico não vai chegar até aquele momento. Você precisa passar, informar e resolver segundo a prescrição. Tanto por expressão facial, com relação ao alarme também, que ele não tá tendo briga, quanto a pressão, a frequência cardíaca, todos os sinais vitais dele, estão estáveis, você vê que ele não tá tendo nenhuma situação de desconforto, ele pode não ter expressão facial mas pode ter uma hipertensão e o respirador estar fazendo picos altos de... esqueci o nome que se fala, fugiu da minha cabeça; ele pode estar apresentando desconforto e fazendo uma hipertensão por conta de estar mal posicionado no leito, ou por conta de estar mal sedado, ou por conta de estar mal ventilado, ou de repente uma oclusão que o respirador te passa a informação ou a face do paciente então o melhor é posicionar ele, observar todos os sinais vitais dele e... acho que é assim. Eu acho que hoje eu tenho uma nova visão da enfermagem depois que eu passei a ser paciente grave, né? Eu acho que o psicológico do paciente no momento que ele vai ser intubado. Eu acho que no desespero, na tentativa do profissional tentar salvar a vida do paciente, não é comunicado o que vai acontecer, o que vai ser feito pelo... às vezes uma situação de emergência não dá tempo de você comunicar, você precisa só socorrer, só que aí de repente o paciente se vê semi_sedado e ele se olha e fala: Nossa, eu to respirando por essa máquina e a sensação de desespero. Então eu acho que o... sempre conversar com o paciente por mais que ele esteja sedado e de olhos fechados ele escuta porque eu escutava, eu não conseguia ter coerência no raciocínio, eu não sabia direito o que as pessoas estavam me dizendo ou quem estava falando comigo mas eu entendia o que estava acontecendo, então acho que sempre a orientação: Vou dar uma aspirada... estou te aspirando; às vezes, a sensação de que eu estava dormindo e eu sentia alguém enfiando alguma coisa na minha garganta e de repente o ar cortava naquele momento e eu tava ouvindo, então se a pessoa tivesse me comunicado: Eu estou te aspirando eu estaria mais tranquila: Ah, esse negócio que estão enfiando na minha garganta, eles estão aspirando o tubo. A sensação que eu tinha era de que eu ia morrer, eu queria abrir os olhos e não conseguia por causa da sedação forte, então eu acho que isso, é... na comunicação, eu observei isso nesse final de semana, o paciente da frente começou a rir porque eu falei pra dona... uma paciente que está intubada, grave, aí eu falei pra ela: Dona Ana, eu vou aspirá-la, aí ele olhou assim, ele: Ela tá dormindo e ele ficou rindo e eu fiquei pensando: Você que pensa, então, assim, eu senti ela mais calma, normalmente quando você aspira, ela tá semi_sedada então tá em fase de desmame da sedação e às vezes ela toca na sua mão quando você aspira numa tentativa de tentar tirar mas ela não tem força e eu sei mais ou menos o que ela tá sentindo e não vai tirar essa sensação de sufocamento, dessa perda de oxigênio; e o tempo da aspiração também, eu aspiro mais rápido e mais vezes do que antes, eu aspirava mais

demorado e eu sei que a falta de ar que você sente apesar de estar no aspirador é absurda, você sente como se o mundo estivesse acabando, então eu passei a ter um cuidado muito mais... a tudo, a... com relação ao paciente, um cuidado muito mais integral, e... com relação também aos sinais vitais: às vezes eu tava com a pressão muito alta e depois eu recebi os meus... porque eu fiz questão porque eu processei o hospital porque eu fui ao cti por erro médico e eu comecei a prestar atenção nas minhas pressões, estavam super altas e ninguém prestou atenção nisso no cti, eu estava em ventilação controlada, com uma pressão muito alta e simplesmente fizeram medicação pra controle, aqui ali era um desconforto meu, que eu estava querendo avisar que estava acordada, que eu estava com dor no glúteo, que eu estava com dor nas costas, muito mal sedada, desconfortável e aquela minha pressão não era por estar com algum problema cardíaco mas por desconforto e eu tentava avisar e por estar sedada eu não conseguia comunicar; então isso tudo eu presto muita atenção, uma pressão alta, sem necessidade e em momento isolado, eu já observo isso e já mudo o paciente e faço a aspiração e se eu não vejo alguma melhora, aí sim eu comunico ao médico pra ver se precisa entrar com alguma medicação. É isso.

**** *n_9 *s_2 *i_4 *r_3 *cp_1 *ne_1 *tf_4 *ta_3 *tt_1 *s_1

Amo o que eu faço, e o espaço físico da uti, ao meu ver, favorece a execução da assistência. Ter o cliente monitorizado em um box suprido adequadamente facilita em muito a atuação do profissional. Outro fator importante na uti, é a priorização da informação, prima-se pelo trabalho em equipe. Avaliação objetiva e os resultados de exames on line. Sem falar no ambiente climatizado. Embora exaustivo, é muito gratificante atuar junto ao cliente entregue, nos faz aguçar nossa observação e exige um dimensionamento de nossas ações na execução do cuidado. Promover o conforto é uma visão lúdica, seria sinônimo de uma assistência adequada. Se promovemos o conforto efetivamente, temos alguns objetivos da assistência de enfermagem alcançados. Porque o conforto vem com a ausência da dor. Pela boa condição de higiene corporal; alimentação oferecida, seja oral, enteral ou parenteral; e sem dúvida, por vezes, viabilização das eliminações fisiológicas aspirações, sondagens e extrações mecânicas. Sim. Escolher o tipo de material e a maneira de adequá-lo ao procedimento. Evitar iatrogenia é a prioridade para mim. A ventilação mecânica como elemento de manutenção da vida, implica também em ser um corpo estranho e, como tal, faz com que possamos usufruir do lado bom mas também agride e expõe à infecções: o cuidado de aumentar o número de vezes da higiene oral; aspiração sempre que necessário da cavidade oral e vias aéreas; posicionamento adequado de tqt e tot; fixação de tqt e tot; monitorização da frequência respiratória e saturação de oxigênio. Todos são cuidados imprescindíveis à boa assistência de enfermagem no cliente em questão. Sim. O cliente em prótese ventilatória exige uma sistematização da assistência voltada para o fazer o profissional. O cliente em ventilação espontânea requer observação quanto a broncoaspiração, requer orientações mais voltadas aos cuidados de si. Sim. Sem discutir sua importância e sem demérito, a prótese ventilatória, na maioria das vezes, vem a dificultar a realização da higiene oral, ocupa espaço no box, acho mesmo que prótese ventilatória deveria ser menor e ficar pendurada ou fixada na parede de forma a não atrapalhar. Sim. Primeiramente o resultado eficaz, implica em dizer que o cliente já está bem acoplado à prótese logo, está confortável na prótese, estabelecer o modo ventilatório e como resultado, saturação adequada. Todos os cuidados para viabilizar e desobstruir as vias aéreas já listados anteriormente. Se estamos falando do cliente grave, sedado, ou até mesmo curarizado, sim, entendo como sendo a prótese ventilatória uma extensão do mesmo, ou melhor, um fator que garante a manutenção da vida do meu cliente; e conseqüentemente a ausência desse fator acarretará a morte do meu cliente. Cliente eupneico em prótese ventilatória com saturação de oxigênio 100 por cento.

**** *n_10 *s_1 *i_3 *r_2 *cp_2 *ne_1 *tf_4 *ta_4 *tt_1 *s_1

Sempre atuei em terapia intensiva com prazer é para mim um ministério que recebi de Deus. Um desafio vencido e cumprido a cada plantão. Vibro com cada momento acertivo na atuação e sofro com os erros que infelizmente, por vezes, acontecem. É como um benitivo para a dor desse cliente. Sempre. Cumprir uma missão. Claro que existe, a comunicação com o paciente sem ventilação mecânica é menos dificultada. Não considero que a presença do ventilador mecânico influencie a assistência. Sim, conhecendo o cliente e sua história, traçando prioridade neste atendimento. Sempre tentando uma comunicação com esse cliente e entendendo que esse cliente tem hábitos próprios que devem ser respeitados. Procuro trazer esse cliente o mais próximo possível da realidade que ele conhece, sempre comunicando-me com ele. Procuro transmitir confiança e sempre tentando estimulá-lo à participar do cuidado procurando sempre fazer com que ele encontre a paz e segurança em mim e na equipe como

cuidadores. Não uma extensão, mas um complemento na assistência, durante um tempo, isso não quer dizer que não devo conhecer e/ou dominar o manuseio da máquina para que a assistência e o conforto seja possível.

**** *n_11 *s_2 *i_4 *r_1 *cp_2 *ne_2 *tf_4 *ta_4 *tt_1 *s_1

Para mim é uma satisfação. Ajudar meu semelhante é muito gratificante, procuro dar o melhor de mim, para cuidar daquele que naquele momento, encontra-se impossibilitado de cuidar de si mesmo, tento fazer o melhor. Uma coisa indispensável, manter um ambiente confortável e aconchegante, e uma paz espiritual. O cuidado confortante é uma coisa que não pode faltar. Uma coisa complexa que exige ainda mais atenção e observação. Sim. Um paciente dependente de ventilação mecânica precisa de atenção redobrada, porque é um paciente que precisa de aspiração, adaptação à uma prótese. O paciente em ventilação espontânea já vai ter uma atenção menos rigorosa, mas não vai deixar de ter atenção necessária ao seu quadro. Para mim a presença do ventilador não influencia no cuidado prestado. Sim. Fazendo sua higiene corporal e oral, fazendo as mudanças de decúbito, arrumando o ambiente em torno do mesmo. Sim porque se o paciente é dependente do ventilador, qualquer descuido no manuseio do mesmo pode causar danos ao paciente. Promovendo os cuidados necessários ao seu bem estar, como higiene, mudanças de decúbito, arrumação do ambiente em torno do mesmo.

**** *n_12 *s_2 *i_2 *r_2 *cp_2 *ne_2 *tf_2 *ta_1 *tt_1 *s_1

Para mim é uma satisfação e muita alegria. Ajudar um paciente para mim é muito gratificante. Procuro dá o meu melhor de mim, para cuidar daquele momento tão difícil para o paciente. Uma coisa muito boa. Manter um ambiente confortável e muito gratificante. Valorizo muito isso, jamais pode faltar. Exige mais cuidado e atenção. Sim. Um paciente dependente de ventilação precisa de mais atenção, porque precisa de aspiração. Paciente em ventilação espontânea já vai ter uma atenção menos rigorosa. Não acho que a presença do ventilador influencie a assistência. Sim. Cuidando de sua higiene corporal e oral sem medo, fazendo as mudanças de decúbito. Sim. Não entendo muito de ventilação_mecânica mas se o paciente é dependente do mesmo qualquer descuido é fatal.

**** *n_13 *s_2 *i_2 *r_4 *cp_2 *ne_2 *tf_4 *ta_3 *tt_2 *s_1

Bastante confortável. Gosto de trabalhar com clientes graves e com alto grau de dependência. Cuidar do paciente grave ou criticamente enfermo sempre fez com que eu me realize profissionalmente. Me sinto realmente útil. Onde posso desenvolver a prática e a teoria de forma mais ampla. Porém hoje, sinto o peso emocional e o desgaste físico depois desses anos. O conforto é gerado no momento em que você consegue desenvolver o seu melhor através das técnicas corretas, depositando o máximo de sua dedicação ao realizá-lo. Valorizo sim, tento fazer sempre o possível. Não tenho dificuldades. Até prefiro pacientes em uso de ventilação_mecânica. As diferenças são inúmeras. Mas acho que todas partem do princípio de que o paciente em prótese_ventilatória depende totalmente dos cuidados e gerenciamento da equipe. A equipe se torna responsável por manter a ventilação efetiva. Enquanto no paciente com ventilação_espontânea você somente auxilia com medidas simples de suporte. Sim. A presença do ventilador como de outras medidas de suporte à vida gerenciam o cuidado prestado. O paciente se torna vulnerável aos cuidados da equipe. As influências podem ser exemplificadas através de falhas nas técnicas básicas como: aspirar, posicionar, funcionamento dos aparelhos (frequência versus pressão) entre outras. Qualquer falha não identificada pode causar dano definitivo, fatal ao paciente. Considero possível sim promover o conforto do paciente. Através da sedação adequada, fixação confortável, aspiração do tot de acordo e sempre que necessário, posicionamento no leito, entre outras. Realizo cuidados possíveis pela enfermagem. Todos citados acima, exceto a sedação adequada que depende diretamente da avaliação de outro profissional, médico mas, se prescrito, o cuidado se baseia em garantir a administração correta conforme prescrição. Sim. Ele desenvolve uma função vital no momento em que o paciente não pode executar o ato de respirar sozinho. Por isso nossa responsabilidade é tão grande, nosso cuidado depende da manutenção da vida. O conforto na ventilação depende da ação conjunta de toda a equipe multiprofissional. Na minha opinião os pontos chaves são: manter via_aérea_pérvea, tranquilidade através de uma prótese bem adaptada, com parâmetros e modo ventilatório de acordo com a clínica do paciente, bom posicionamento no leito, fixações confortáveis, sedação quando necessária e fisioterapia_respiratória efetiva com objetivo de recuperar e favorecer o desmame o mais precoce.

**** *n_14 *s_2 *i_3 *r_2 *cp_2 *ne_1 *tf_4 *ta_4 *tt_1 *s_1

Ah, é gratificante. Eu gosto. Ah, eu gosto de cuidar do paciente que tá em prótese ventilatória, me identifico, gosto de ajudar, assim, não sei se é... não, eu prefiro, é preferência mesmo, eu prefiro cuidar desse paciente crítico, que tá em prótese, até mesmo pra fazer um desmame, pra ver se... a percepção dele, né, que muitas vezes ele tá em prótese mas está acordadinho... eu gosto. Difícil essa pergunta, né? Se dificulta? Não, se for pensar nisso, é ruim pro paciente, né, impede de várias formas de, de... conforto você fala, assim, de higienização...É desconfortável, até mesmo a fixação é desconfortável, machuca, entendeu? Ele não consegue falar, essas coisas são desconfortáveis mas faz parte já tô acostumada, sei que é uma fase, sei que passa, é um período, só. Deixar ele da melhor forma possível. Eu penso em higiene, penso em conforto da, da... da postura na cama, das posições na cama, da orientação, porque muitas vezes, principalmente a gente que trabalha com cirurgia cardíaca, o paciente, ele acorda muito, assim... não desorientado, mas muito angustiado, sem conseguir falar, sem conseguir se expressar, que muitas vezes não são preparados para a cirurgia, assim: Quando você sair da cirurgia você vai estar intubado, você vai estar com a ventilação mecânica, muitas vezes eles não são preparados pra isso. Então eu penso que a gente tem que dar um conforto, tipo, orientação: a cirurgia já acabou, esse tubo já vai sair, entendeu? Dessa forma. É importante porque muitas vezes, sem esse apoio emocional, eles ficam descompensados a ponto de não conseguir a extubação porque acaba ficando muito agitado, tendo que sedar e com um paciente tranquilo é muito mais fácil trabalhar para a retirada dessa ventilação mecânica. Não muito, não muito. Um pouco, porque se der algum problema, aí tem que haver a troca, aí é como se o pulmão não estivesse ventilando de forma adequada, né? Mas eu não vejo de forma tão natural a ponto de que é extensão do paciente. Que ele está confortável na prótese? Ah, ele estando acordado, operando da forma ventilatória tipo espontânea, entendeu? Isso seria confortável. Também tem pacientes que, quando ele tá entregue, né, ele tá curarizado, ele está sedado também, ele tá confortável... Apesar de a gente saber que ele está sedado, passa pra gente um conforto. Por mais que você não misture as coisas, você sempre faz. Pelo menos eu. Sempre quando eu vou ver, às vezes até mesmo em oração, entendeu? Às vezes eu tô cuidando daquele... tipo da vez que eu fui remanejada. Da vez eu fui remanejada eu fui, assim, chateada por causa desse remanejamento mas quando eu cheguei lá, tinha um paciente intubado que as pessoas não tinham... a menina não tinha tato pra lidar, entendeu? Não tinha experiência, então deixou o banho por último, então tava toda enrolada. Aí eu fui e me ofereci – porque a minha enfermagem não era aquela – aí fui, me ofereci, falei: Olha, deixa eu te ajudar e tal, e foi, acabou que eu fiz sozinha, fui fazendo porque pra mim é uma coisa natural, muito tranquilo. O paciente tinha sido intubado naquela noite, tava acordado, assim, mais ou menos, a família tava presente, porque era na enfermagem, a família estava presente, fui fazendo as coisas, ele mesmo foi me ajudando, tipo: Ah, levanta a cabeça, deixa eu amarrar o tubo e tal, vira pra lá, vira pra cá ele foi me ajudando e depois eu acabei agradecendo a deus por eu estar ali, entendeu? Porque ela ficou assim, tão: Ai, obrigada!, entendeu? A família: Nossa, você é da onde?, Ai, que bom!.

**** *n_15 *s_2 *i_3 *r_1 *cp_1 *ne_2 *tf_4 *ta_1 *tt_1 *s_1

Pra mim está sendo muito gratificante porque desde formada eu trabalhava em clínica médica com paciente grave, paciente intubado e sem recurso, sem médico presente, sem... muitas das vezes o paciente sem monitor, a gente tendo que verificar a pressão manualmente de hora em hora... então, assim, ter acesso ao monitor, ter acesso hoje em dia a pressão arterial média, essa é a diferença daqui que tem e lá de Itaboraí que não tem, a diferença que é pro bem-estar do paciente pra detectar a necessidade dele então, assim, pra mim tá sendo gratificante. Um pouquinho complicado porque o conforto pra mim, pode não ser pra ele, né? Fico vendo, às vezes, a mudança de decúbito: você faz a mudança de decúbito por uma necessidade, aí esse paciente tem... a pressão arterial sobe, a saturação cai, às vezes a pressão arterial desce, acontece alguma alteração ali nele que a gente acha que ele está confortável, a gente sabe que é pro bem dele mas assim, ele mesmo não está se sentindo, ele por estar sedado, por estar intubado, traqueostomizado, coitado, ele não pode expressar o sentimento dele. Ficar dorsal a vida inteira às vezes é o confortável pra ele mas não é o certo, não é o correto, aí a gente vai fazer aquilo que a gente acha que é o melhor mas pro paciente não é, então isso me incomoda. Valorizo, com certeza. Eu vejo assim, sempre fico procurando ver, né: Ah, põe a perninha assim, põe a perninha assado, muda pra cá, muda pra lá, entendeu? Você vê que o paciente às vezes tá comprometido, ó, esse leito dois, ele tava com o pulmão esquerdo... direito comprometido, a gente mudava de decúbito e não ficava bem, só respirava bem daquele lado, então você tem que estar atento a tudo isso. Com certeza é uma extensão do corpo porque ali, a respiração o ar dele, que a gente respira, o principal pra

nossa vida, tá dependendo da gente então... Já presenciei o caso lá em Itaboraí que eu cheguei de manhã, falei: O paciente não tá bem, não tá bem adaptado, aí quando as meninas foram passando eu falei: Não tá bem, não tá legal, chamamos a fisioterapia, quando viu, o tubo tava dobrado. Então, quer dizer, se ninguém percebe, ela ia parar ali, entendeu? Ninguém ia perceber... se você não tem cuidado, na hora de um banho você dobra aquele tubo; você tem que prestar atenção no kuff; questão de aspirar a boca porque quando tá com o cano, tá prendendo na garganta, aquela sialorréia vai juntando ali na garganta, se você não aspirar vai virar uma sinusite, vai virar... fazer lesão de boca por causa do tubo e a pessoa não tem como se defender. Às vezes, o paciente da prótese, eu esqueço um pouco de falar com ele. E o paciente fora, você já fala, já conversa, já interage, que todo mundo fala que: Ah, o paciente tá perturbando demais, tá enjoado demais, dá comida na boca, sei que o paciente precisa de ter seu auto_domínio, voltar a ter seu auto_cuidado mas assim, às vezes... hoje, o Marco... ih, falei o nome do paciente! As meninas brigavam que ele precisava comer sozinho mas gente, ele precisava de atenção! No outro dia ele tava indo embora, eu falei pra ele, ele: Selma, Selma, Selma..., falei assim: Desapega, que eu já fiquei 24 horas contigo, ele chorou, aí eu comecei a chorar também. Então assim, aquela coisa de ver que eles têm a necessidade de estar com a gente ali, de gostar então, assim, pra mim é uma descoberta estar lidando com o paciente com a prótese mas, assim, lidar com o paciente que fala, que pede as coisas, não tenho problema de ter que ir lá, de dar comida, de dar água, de brincar...- Não. Eu acho que não, acho que ele realmente vai necessitar de um cuidado especial, assim como outro que ainda não foi pra prótese, às vezes tá até necessitando de um cuidado maior do que aquele pra tentar não ir ou verificar a necessidade de ir de imediato, mas não, assim, não me assusta, não; já teve época que me assustou lidar com paciente na enfermaria com prótese, aquilo tudo mas agora, assim,, aqui não, aqui você tem os parâmetros, tem uma equipe maior, mais concentrada, as coisas tão mais, sabe, sob o seu olhar? Então hoje em dia não me assusta, não. Já me assustou. Conforto como assim? Isso é possível sim porque... com um cuidado básico... A princípio o paciente em prótese a gente pensa logo que o melhor seria ele estar sedado sempre pra ele não estar percebendo, não estar sentindo, não estar sofrendo aquela angústia de estar com aquele tubo, impossibilitando ele de falar, de se mover. Mas às vezes é preciso tirar até pra começar o desmame. Acho que ali tem que ter uma equipe bem preparada pra estar conversando, dialogando, igual o paciente da cardíaca que teve agora, ele ficou quase doze horas com o tubo, sem sedação, pra explicar pra ele: Calma, já vai sair, a gente já vai retirar, você já vai começar a respirar normalmente, até pra depois que ele for pra macro, que tirar, ele não sentir, fisiologicamente, tanta diferença de uma respiração com auxílio e dele mesmo buscando isso; acho que a conversa, o preparo emocional, o posicionamento correto, são formas de estar oferecendo esse conforto. Acho que o parâmetro, né, do ventilador, é... se ele puder estar sedado, uma dose mínima que fosse mas ele estar, é... estar vivenciando aquilo ali, ele sedado seria um conforto e um posicionamento correto. Eu sempre passo nas macas, aqui não tem isso, eu aprendi isso, acho que foi até num treinamento que eu fiz, que independente de o paciente estar de dieta ou não, você não pode deixar a cabeceira dele menos de trinta graus; aqui em Itaboraí também eu vejo muito, o paciente não está com dieta, não tem preocupação com a cabeceira, não, você tem que estar elevando a cabeceira dele no mínimo em trinta graus pra deixar ele mais confortável, na questão de pulmão, na questão de posicionamento do tubo, e... risco também de bronco aspiração de algum tipo de secreção, estar sempre aspirando, não aspirar mais, ah, que antigamente as prescrições eram: Aspirar de duas em duas horas, não, aspirar sempre que aquele paciente tiver necessidade, ter o cuidado de auscultar pra saber como está o pulmão, pra estar aspirando pra não trazer trauma pro paciente, acho que é por aí. Acho que hoje, até pelo o que eu passei recentemente, a gente aqui a gente todo mundo, né, não tenho que apontar dedo nem pra um, nem pra outro tem que pensar assim, que às vezes, aquele paciente tá ali, ele tá ouvindo tudo que a gente fala, né; eu sempre falava com as meninas que a paciente do leito sete, ela... que foi pro décimo terceiro, se eu fosse ela, quando eu ouvisse o barulho do carrinho entrando, eu já ia ficar desesperada porque sabia que ela sentia muita dor no banho e todo mundo entra com aqueles carrinhos, aquela carreata de carrinhos fazendo aquele barulho todo. Eu ficava pensando: Gente, entra devagar, eu fico imaginando a angústia que deve ser pra ela estar ouvindo porque eles associam: Começou o barulho, vai começar o banho, vai começar meu sofrimento, vira pra cá, mexe pra lá, então assim, a gente ter mais cuidado, o paciente tá em prótese, tá sedado mas até onde está essa audição dele, o que falar, entendeu? O que ouvir... o que eles vão ouvir da gente, entendeu? A gente tem que ouvir mesmo, se não a gente vai ficar doente igual a eles mas ter o cuidado de que aquele que tá ali, ele tá, é... vulnerável a

qualquer coisa, ele não sabe o que vai acontecer com ele, ele não sabe com quem ele tá lidando. É todo mundo. Minha mãe fala assim: Gente, como vocês comem! porque na época que ela ficou na coronária, ela falou que o pessoal da enfermagem falava em comida 24 horas! Falou assim: Vocês comem o tempo inteiro, a impressão de quem tá deitado lá é que a gente come o tempo inteiro porque não tá percebendo. Quando meu pai, internado, que a gente ficou discutindo com o médico, conversando, conversando e ele naquele rolo todo, aí durou muito aquilo, aí uma técnica entrou, falou: Ai meu pai, botou a mão no coração, aquilo dali me agrediu de uma forma, que eu acho que essa garota foi até mandada embora porque eu não pedi a cabeça dela mas eu queria conversar com ela pela falta de respeito que ela teve com a gente da família e principalmente com o meu pai que estava em cima de uma cama. Aí a coordenadora dela falou que já ia conversar com ela e tal, falei: Eu queria conversar com ela mas ela não deixou e depois eu não vi mais essa garota lá, falei: Ai meu deus, será que a garota foi mandada embora?; mas, assim, foi um azar dela muito grande porque ela fez um gesto que me agrediu muito, agrediu muito meu pai. Ah, o paciente tá sedado mas quem garante até onde ele tá ouvindo... Paciente intubado é mega difícil de sedar, ela não sedou, ela não curarizou, entendeu, as filhas delas vêm a gente vai conversar com elas, uma delas vem, fica debruçada em cima dela, eu presto atenção, ela já fica confortável. Agora tem uma que tem medo de encostar, que grita, aí ela faz apneia, agora a outra que vem e se debruça em cima dela, ela fica tranqüilinha. Ela se sente confiante com alguém ali do lado.

**** *n_16 *s_2 *i_2 *r_2 *cp_2 *ne_2 *tf_4 *ta_4 *tt_2 *s_1

Eu gosto muito do meu trabalho, eu gosto do que faço. Eu acho que o paciente de terapia_intensiva, ele é extremamente dependente do profissional de saúde, seja ele nível médio ou nível superior. E a qualidade de serviço, a assistência, é fundamental. Então estar atento ao conforto do paciente, às necessidades básicas dele, é muito importante. O apoio psicológico, o lidar com o paciente, com a parte emocional, física, é... condições gerais desse paciente, de estar atento à hemodinâmica desse paciente, os parâmetros vitais, o conforto dele no leito, as condições gerais de saúde, os exames laboratoriais e todo o aparato_mecânico, todo o aparato_de_maquinário também é importante você estar atento. Sem dúvida nenhuma a ventilação_mecânica, a prótese, o aparato todo da parte ventilatória é de fundamental importância pro paciente, pro conforto dele, desde que ele esteja bem adaptado, esteja bem medicado, bem tratado, isso pode fazer uma diferença no prognóstico e na melhora dele do quadro. Na realidade, é um conjunto de fatores que pode estar ajudando o paciente a sair daquela situação de paciente crítico e voltar pra vida dele normal, né, dependendo do prognóstico dele. Um paciente dependente de ventilação mecânica, sim, é uma extensão do corpo, você tem que estar atento a todos os parâmetros, aos cuidados necessários para que esse paciente esteja bem_adaptado a essa prótese, pra que ele possa desenvolver bem o quadro dele. Fazer a toaleta brônquica, estar aspirando ele com frequência, em média de duas em duas horas, às vezes até mais quando se faz necessário. Aqui no hu a gente tem essa condição de ter recursos materiais, até então nós temos recursos pra estar trabalhando, né, equipamento de proteção individual, temos máscaras, luvas, sondas de respiração, tem o traquear que é um circuito fechado, que te dá um conforto maior pra você estar trabalhando; então você pode fazer uma higiene adequada desse paciente e estar mobilizando ele de forma que ele possa estar bem, é... amparado por esse recurso_ventilatório, né? É importante também estar atento ao modo ventilatório, aos parâmetros, é... estar atento à hemodinâmica dele pra ver se há necessidade de mudança por parte dos médicos e dos fisioterapeutas. Sim! Eu acho fundamental você dar a assistência desse paciente da cabeça aos pés. Desde a parte emocional, a parte espiritual, até a parte física mesmo. Se você está bem_humorado, se você está de bem com a vida, você consegue passar esse conforto pra esse paciente. Eu sou aquele tipo de pessoa que gosta de dar banho com uma música instrumental, nem sempre isso é possível, mas quando me é conveniente, quando me permitem, eu gosto de botar uma música ambiente, gosto de conversar com esse paciente e tratar ele como se ele fosse uma coisa única mesmo, faz parte do seu dia, do seu cotidiano. Quando ele está com um semblante sereno, tranqüilo, ou quando durante uma conversa ele consegue esboçar um sorriso, consegue falar alguma coisa do dia_a_dia dele ou até mesmo do hospital com naturalidade, com tranqüilidade. O bem_estar dele, ele passa pra mim através da expressão facial. Eu acho que ventilação_mecânica, pros pacientes que são dependentes dela, ela é fundamental; quando ele tá bem_adaptado, quando ele tá bem cuidado pela equipe, pela rotina de serviço, a gente consegue ver a melhora desse paciente sem dúvida nenhuma, mas tudo vai depender do trabalho de equipe e da continuidade desse serviço. Eu me sinto bem nessa profissão, já trabalho há quase vinte anos com enfermagem, trabalho em outros serviços, trabalho dando

aula pro corpo de bombeiros, trabalho como fisioterapeuta fora do hu mas jamais eu largaria essa função de técnico de enfermagem, que é o momento que eu sinto que realmente eu tenho contato com o paciente, né, com o indivíduo, pessoa, com aquela pessoa dependente, fragilizada, que precisa de ajuda.

**** *n_17 *s_2 *_l_4 *r_3 *cp_2 *ne_2 *tf_4 *ta_4 *tt_2 *s_1

Bom, como eu vejo, eu vejo assim, vou falar do trabalho nosso aqui, né, mas aqui até eu acho que a gente dá um certo conforto na medida do possível, mas pode melhorar, principalmente na parte de fisioterapia, tá? Porque quando eu entrei aqui nós não tínhamos fisioterapia, éramos nós mesmos da enfermagem que fazíamos, e gente fazia com mais intensidade do que eu tenho visto agora. A gente até intercala: não tem, a gente faz, ou ele já fez daqui a pouco a gente volta e faz de novo porque eu acho um absurdo a gente ter que ficar toda hora chamando a fisioterapia pra fazer... já que você sabe fazer, aí o tempo que você perde atrás deles, você está resolvendo, entendeu? Então, na realidade, ultimamente eu não vejo tanto conforto para o paciente em relação a isso. Eu acho que a fisioterapia tá deixando muito a desejar. Mas na enfermagem, a gente tenta fazer, pelo que eu vejo, a gente tenta fazer o que a gente pode e eu acho que a gente tem dado suporte até bem. Eu considero, principalmente, a gente vendo o parâmetro_respiratório dele e tentando fazer a nossa toaleta oral uma coisa que eu vejo, voltando um pouquinho, que eu vejo pecar um pouquinho, é em relação à higiene oral do paciente, só porque ele tá intubado, porque ele tá com traqueostomia, eu vejo que as pessoas não observam muito a parte oral do paciente, tá? Então, assim, fazer a higienização... eu vejo assim, esse conforto, da higienização, de ele estar com um bom hálito, de ele estar com uma boca bem lubrificada e quando tem, na parte de traqueostomia, fazer a higienização do local toda vez que tá sujo de sangue, ou tá sujo de secreção, entende? E a gente às vezes tenta esse recurso porque a gente vai até um certo ponto, outro ponto às vezes tem que ser o médico dando uma olhadinha por que que tá sangrando tanto, por que que tá com tanta secreção, né? Mas muitos deles parece que acham que aquilo é normal, entende? E a gente vai tentando. Então eu acho horrível. Também tem paciente homem, né, que tem bigode, que tem barba, tem família que não deixa retirar, gente! Eu acho isso super anti_higiênico! Um paciente com tubo, com bigode? Ou com barba? Sempre quando eu vejo um paciente que pode tirar, que ele já não tem ou que tá crescendo, a gente faz, seja a hora que for mesmo que seja tarde da noite, a gente faz porque é muito feio. Aí eu acho muito anti_higiênico. E não dá o conforto que deveria dar. A mobilidade do paciente quando tá com o tubo, de estar observando de não tracionar, se está anatomicamente bem pra aquele paciente, o lábio não estar sendo repuxado pro lado, é... a parte de fixação, como é que tá, se não tá repuxando, né? É... de ele estar direcionado conforme a posição do paciente, se ele tá pra um lado, tentar botar o tubo também, né, acompanhando o paciente, ok? A aspiração sempre que necessário, não porque tá marcado lá que é de duas em duas horas, três em três horas mas sempre que for necessário, ainda mais quando o paciente é muito secreto. E quando o paciente está no tubo, que às vezes ele tá fazendo a mordedura e às vezes até machuca o lábio, a gente está usando a guedel, hoje então que eu nem vejo mais guedel, não sei onde que anda essa guedéis... mas é porque tem o tamanho também porque às vezes você tem um tamanho que não dá na boca do paciente, entendeu? Então eu não vejo muita utilização delas hoje em dia. E às vezes a gente vê e a gente avisa: Ó, o paciente tá mordendo a língua, O paciente tá com um machucado no cantinho da boca e a gente vai tentando fazer na medida do possível. Então acho que também essa parte de lesões que faz, né? A gente estar sempre... porque aquilo deve doer muito! Gente, qualquer feridinha na boca já incomoda, né? Imagina o paciente que tá sedado. Olha, até uma certa parte, creio que sim. Na outra não dá. Porque eu fico me imaginando com um tubo daquele na boca, deve ser horrível. E por outro lado, eu acho que a gente consegue minimizar isso. Acho que o conforto cem_por_cento vai ser difícil, tá? Vai ser muito difícil. Mas eu acho que pelo menos minimizar esse conforto... esse desconforto, a gente consegue, é só ter umas tecniczinhas, tentar observar... porque não parece nada, não mas às vezes ele nos responde justamente na respiração, ou justamente ficar mais calmo, um pouco, apesar de estar sedado, porque tem paciente que está na sedação mas não é uma sedação tão profunda assim, e o paciente ainda se queixa, ainda você vê alguma reação dele, a mudança de decúbito principalmente, ou quando tá muito secreto... então aí eu creio que você consiga, nesse tipo de paciente, você fazer uma mudança de decúbito ou mexer um pouquinho ali no tubo, que de repente tá tracionando, alguma coisa, às vezes ele te dá uma resposta justamente no comportamento dele, entendeu? Mas cem_por_cento, realmente, é difícil. Eu creio que deva ser difícil. É... ao meu ver, eu não vejo. Eu vejo como um complemento, um acessório_do_corpo do paciente mas que é necessário pra ele, entendeu?

É... outra coisa também, os barulhos que fazem as máquinas. Eu acho isso um desconforto imenso! Entendeu? Tanto pro paciente que está, quanto pros pacientes ao redor, porque tem paciente que tá lúcido, não tá usando nenhum tipo de respirador e fica ouvindo aquele barulho, principalmente quando ele tá alarmando muito porque paciente está em desconforto, está precisando de uma sedação maior e isso aí não depende só da enfermagem, o médico tem que estar ali presente e às vezes a gente não consegue, né, esse feito; e fica aquilo, aquilo a gente acha que é uma agonia, imagina o paciente que tá ali, entende? Eu, sinceramente, não vejo ele como uma extensão do corpo do paciente, não, vejo como um acessório_necessário. Ele é um facilitador para o paciente mas muitas das vezes uma dificuldade pra nós, dependendo ainda mais do ambiente, né; como o ambiente requer um espaço bom, a gente até trabalha com ele ali, sem problema nenhum mas quando você trabalha num espaço menor, né, então isso vai interferir e muito, tá? Porque nós mesmos temos o nosso ambiente aqui que alguns boxes são bons, outros já não são, entende? E aí você tem as dificuldades que não é só ele, né, que aí entra a equipe do... o suporte do soro, aí entra o monitor, aí daqui a pouco entra a máquina de hemodiálise e acaba ficando um ambiente super_desconfortável para nós trabalharmos. Mas quando o ambiente requer um espaço bem confortável, não tem... não chega a dificultar tanto assim. Principalmente quando o aparelho tá funcionando, correspondendo à respiração do paciente, você que não tem os alarmes, que todo parâmetro que foi posto ali tá correspondendo ao paciente e em termos de secreção, em termos de fixação... então eu vejo que esse paciente está relaxado, independente do, do... independente do... da sedação, tá? Independente da sedação. Por quê? Porque esse paciente, ele, eu pelo menos sinto isso, que ele demonstra nas feições do rosto, tá? No relaxamento_do_corpo, tá? Então eu acho que quando ele tá ali, que ele fica, que ele se acomoda, eu acho que ele tá bem posicionado, que tá tudo correndo conforme. E quando não, o paciente fica um pouco mais agitado ou ele faz umas caras, umas feições de quem tá pedindo Pelo amor de deus, me ajuda, não é assim que eu quero, né? Então eu vejo mais por esse lado. Sabe, a parte realmente das feições do paciente, do comportamento dele, eu acho que ele demonstra pra gente se ele está bem instaladinho ou não. Eu, pela minha religiosidade, né, eu já fui católica, tá? E eu vejo assim, não precisa você falar alto, não, muitas das vezes com o paciente que eu estiver ou mesmo que eu não esteja com ele ali dando assistência mas tá no ambiente, eu sempre faço uma oração pra ele, até mesmo os que vêm a óbito, sabe? Mas eu faço uma coisa bem de mim, eu não sei nem se eu já demonstrei a alguém que eu estou fazendo isso, entende? Mas eu faço, às vezes eu fico olhando e pedindo a deus que ou tire daquele sofrimento, né, de alguma forma, ou melhorando, ou levando, isso aí é ele que vai decidir, mas eu tenho isso já faz muito tempo, isso não é de agora, não, sempre fiz e... esperando que um dia façam comigo assim! E eu também faço esse conforto espiritual, né, que eu falei e faço em termos de físico mesmo. Eu, por exemplo, quando eu tô nesse horário, que é o meu horário de... que a gente fica... do descanso, entre aspas, no meu horário eu procuro tentar tirar o máximo de barulho possível mas não é tirar um barulho tirando o alarme, não é isso. É tentando botar no parâmetro que tá ali pedindo; porque eu acho que se você tá com o paciente, tá numa frequência que tá abaixo daquilo que tá lá, no limite, porque que você não diminui, então? O paciente não vai chegar naquele limite ali e você tira esse barulho infernal que pros paciente que estão lúcidos, né, é horrível. Então eu tento fazer isso, tá? Mas eu não diminuo alarme, eu não tiro alarme, eu só tento é botar tudo nos seus parâmetros para que não fique uma coisa... muito incomodado, entende? Mas às vezes a gente não consegue porque não depende só de nós, né? Por exemplo: no lance do respirador, às vezes o paciente tá... você tá vendo que ele tá brigando, aí tem que chamar médico, tem que chamar fisioterapeuta pra tentar colocar um parâmetro bom pra aquele paciente; mas no que tá no nosso alcance, pelo menos eu tento fazer. Não sou perfeita, pelo amor de deus! Mas eu tento porque até me incomoda – não é o barulho em mim porque já são trinta anos de cti que os barulhos já nem me incomodam mais – mas eu fico incomodada com o paciente, falei: Gente, pelo amor de deus, como é que pode um paciente que tá aqui com outros problemas, não precisa estar no respirador mas está com problema cardíaco, o paciente que tá aqui e tá pensando lá fora, nos problemas dele, então tentar dar um pouquinho de conforto aqui dentro, né? Então eu tento fazer isso, pelo menos. É, tem uma coisinha, que assim, eu acho que as pessoas deixaram um pouquinho de lado, que isso mexe com o conforto do paciente, que é a intimidade de cada paciente, entende? Então, por exemplo, quando eu venho que tem uma senhora aqui no nosso setor, vou falar do nosso setor que é mais prático, uma senhora que está de frente pra um senhor, estão lúcidos, coisa e tal, eu tento botar um biombozinho na frente, porque é chato, porque ela de repente, às vezes, se mexe, ainda mais que os nossos pacientes geralmente ficam nus, né? Então às vezes a

mulher se mexe, aí aparece o seio, coisa e tal, então eu tento fazer isso mas eu não sei por que que aqui não tá tendo mais esse cuidado, sabe? Então pelo menos no meu plantão eu tento fazer isso: pego um biombozinho, boto, deixo na frente de um, ou de outro, tá? Pra não ficar assim. Ou então às vezes um paciente está mais lúcido com uma paciente que tá mais grave, entendeu? Lógico que as pessoas não são obrigadas a ficar vendo isso, sabe? Não é o dia_a_dia delas, nosso é mas pra elas não são. Quando nós tínhamos os setores separados, de cardiologia e de coronária, da cardíaca e da coronária, era mais prático fazer isso, né? Porque geralmente os pacientes ou estavam todos ruins, ou estavam todos lúcidos. Mas aqui não, agora e a gente tem essa... não é bem mistura, né mas nós estamos trabalhando com esses dois tipos de paciente e eu não vejo tanto cuidado em relação a isso, sabe E eu não sei se de repente um paciente que é só cardíaco isso possa piorar pra ele, vendo aquela situação ou se aquilo vai lembrar dele, de algum familiar que ele viu, que já teve nesse estado... então eu acho isso muito desconfortável pro paciente, acho que não é legal pra ele. Então eu tento, geralmente, fazer isso. Que nem naquele leito quatro: quem tá no leito seis, cara, tá vendo tudinho! Fica extremamente incomodado. Fica extremamente... entendeu? Que nem hoje, um senhor e uma senhora, aí eu puxei um biombo e coloquei ali mas eu já vi que já tiraram o biombo de lá! Então eu acho isso muito desconfortável. Então eu acho que é isso que está faltando as pessoas perceberem um pouquinho mais isso porque eu garanto que quando for um parente, vai perceber isso, entendeu? E eu acho isso muito chato, só olhar pros seus, né? Olha e volta e vê: o que que eu ia estar gostando, o que que eu não ia. A gente pode não acertar tudo mas alguma coisa a gente vai acertar. Vou te falar uma coisa, que às vezes eu mesma me pego fazendo isso em casa. Eu tento deitar de alguma... de algum modo, como se eu fosse um paciente. Como é que a gente põe aqui? Lateraliza pra um lado, lateraliza pra cá mas será que é confortável botar todo retinho? Todo coisa assim? Aí em casa eu fico como? Me fazendo. Eu deito na minha cama e fico, às vezes. Aí eu falei: Hum mas o braço assim dói! Ah, não, o braço tem que ficar assim, então eu tento com o paciente botar do jeito que eu já vi em casa... Que eu já testei, que a gente aqui põe achando que tá confortável, sabe? E muitas das vezes, não. Então, por exemplo, a gente quer botar o paciente todo retinho, de lado. Gente! É horrível. Dá uma curvadinha, ai aconchega mais... sabe? Então às vezes, em casa, eu me pego fazendo isso. Falei: Ai, eu tô ficando doída! Não é possível! Mas eu já me peguei várias vezes fazendo isso. Ficando numa posição, por exemplo, deitado de barriga pra cima: quanto tempo eu consigo ficar de barriga pra cima; gente, em casa eu não consigo ficar nem dez minutos! Fico vendo os pacientes tudo de barriga pra cima, assim, muito tempo, a coluna deve... Se é bom o travesseiro, sabe? Então eu já me peguei fazendo isso muitas vezes. E aqui a gente tenta às vezes, né, fazer isso. Às vezes tem paciente que não gosta! Aí se ele já se mexeu, ele tá no conforto dele. Mas aqueles pacientes que estão sedados, por exemplo, eu tento botar numa situação que eu já vi que comigo pelo menos, eu sinto mais confortável. É isso.

**** *n_18 *s_2 *i_2 *r_4 *cp_2 *ne_2 *tf_3 *ta_2 *tt_1 *s_1

Ah, eu gosto. Não vejo problema, não. Não tenho nenhuma restrição, não. Ah, ele tá limpinho, tá, assim, você vê que ele realmente tá confortável, acho que a higiene é o principal, não tá com aquele aspecto de sujo, largado. Você vê que ele tá confortável na posição. Ah, eu vejo sim, vejo os dois. Principalmente na hora do banho, né, que é a hora que a gente consegue ver isso. Tem porque o que tá na prótese não consegue se movimentar, depende de você fazer o movimento e deixar ele confortável e o outro não, ele vai ver a melhor posição pra ele. Sim. Atrapalha na hora de mexer, na hora de fazer qualquer procedimento mesmo, nosso; atrapalha bastante. Percebo como ajudando a respirar, nunca pensei nisso, não. É, ajudando a respirar. Nunca pensei nisso, não. Sim. Se você... é o que eu falei, da posição, na hora que você ajeita ele, na hora do banho, você vai ver a melhor posição porque dependendo da posição tem paciente que não fica bem respirando e outros ficam; na hora que você muda o decúbito, né, bota na lateral, dependendo do lado, você vê que ele não tá bem adaptado na prótese. Ah, só conversar, quando você vê que o paciente tá lúcido, você conversa mas de prótese mesmo é só falar o que você tá fazendo realmente naquele momento ali e... mais mesmo quando o paciente tá lúcido, na hora que o paciente tá intubado, assim, eu aviso o procedimento que e vou fazer porque se estiver escutando, lá no fundinho, alguma coisa, vai saber que não tá só mexendo, que tá fazendo alguma coisa ali pra ele. Falo, né, ó: Vou dar o banho, né, tal... Isso. Vou fazer o banho, Vou fazer uma injeção, Vamos virar agora, esse tipo de coisa, assim. Avisar o que vai ser feito. Pela feição dele, que ele não vai estar com face_de_dor. Tem paciente que você mexe e logo você vê que ele faz face_de_dor, ou fica inquieto na cama, mesmo intubado ele está inquieto, se mexendo, a monitorização você vê que

tem alguma alteração...Mesmo pela monitorização e pela face_de_dor porque na hora que você faz o banho é que você vai avaliar se ele está fazendo face_de_dor e em quais movimentos ali. Então você vai saber se dobrou a perna, se doeu, se dobrou o braço, como foi porque você vê a face_de_dor dele. Ah! Pentear o cabelo. E limpar a boca porque eu não gosto de ver a boca suja nem os cabelos assim .

**** *n_19 *s_2 *i_2 *r_1 *cp_2 *ne_1 *tf_4 *ta_3 *tt_2 *s_1

Acho que a terapia_intensiva foi o lugar que me despertou mais curiosidade, tanto que meu primeiro estágio, até no meio da graduação técnica foi em terapia_intensiva e... é um olhar mais apurado, um olhar mais... como é que se diz, assim, mais complexo desses pacientes. Você se envolve mais com o paciente da terapia intensiva, por menos tempo que ele fique, por conta da gravidade dele. Eu gosto. O paciente intubado geralmente é o paciente que requer mais atenção, e aí vai depender do nível de consciência que ele esteja, se ele está acordado, se ele não tá acordado e... é um paciente que acaba despertando mais atenção da gente, mais interesse, por conta da complexidade dele porque se ele tá intubado, ele tá numa necessidade maior de atenção. Isso é muito relativo porque vai depender da instituição que ele está, da quantidade de acesso à tecnologia e a tecnologia entra também o acesso ao uso de medicamento que ele tá naquele momento; vai depender também do suporte técnico que a equipe completa tá dando, os médicos, o fisioterapeuta, fonoaudiólogo e... como eu vejo? Eu já passei por vários hospitais em terapia_intensiva, hospitais de grande porte, particulares que o paciente tem muitas alternativas desde o início até hospitais públicos que a gente lida só com o tubo e olhe lá. Então, acho que tudo vai depender do mo... é mais complexo de falar porque vai depender do momento econômico que a instituição tá vivendo; eu acho que isso aí também diz bastante coisa pro conforto do paciente porque se é uma instituição que tem um momento econômico melhor, ela tem fisioterapeutas que também trabalham na área de... não é um fisioterapeuta que só vai lá aspirar e pronto, o fisioterapeuta é posto pra trabalhar essa parte do conforto, da manutenção do conforto do paciente, o médico sabe intubar direito, sabe manter uma equipe que sabe cuidar disso tudo, na lida do dia_a_dia, na movimentação, na forma de aspiração dele pra evitar lesionar o paciente. Então isso entra no conforto, creio eu que... eu já fiquei intubada, não acordei, mas creio eu que deva ser uma coisa – por mais que você esteja ciente – uma coisa desconfortável no ponto de vista físico, o incômodo do tubo na garganta e o paciente que não entende, não sabe como foi parar ali, do ponto de vista emocional: Ah, se eu to com isso, eu to morrendo e não é necessariamente isso. Então acho que depende muito do momento econômico da instituição, também, a parte do conforto. A gente já tem várias técnicas e vários materiais que hoje são feitas pra melhorar a parte do conforto físico mas acho que vai depender também desse momento da equipe, como que a equipe está treinada e como que as pessoas que estão na equipe vão manusear esse equipamento do paciente. Tem bastante diferença sim, você acaba tendo um cuidado maior com a parte, é... cabeça e pescoço dele, que é onde tá concentrada a maior parte da tensão dele, os parâmetros respiratórios você acaba prestando mais atenção porque você tem uma máquina ligada a ele dizendo que pode estar tudo bem, pode estar tudo certo, diferente do paciente em ventilação espontânea, que ele... que tá fora da ventilação mecânica, né porque um paciente desse pode estar sofrendo, por exemplo, um distúrbio ventilatório e você não tá percebendo porque você só tem o monitor e às vezes o oxímetro, que aí entra a questão também, dependendo da instituição, dependendo do material tecnológico que tá utilizando, ele consegue fazer uma boa medição ou não, você consegue fazer a monitorização contínua total ou não. E esse paciente ventilado, ele acaba tendo mais atenção por causa disso: você vai lá, checa o respirador, checa se tá tudo funcionando, qualquer apitozinho que dá, você... às vezes você não sai do seu lugar mas aquilo já te chama atenção pra olhar mais do que pra aquele paciente que tá na ventilação espontânea. Eu não sei dizer se eu entenderia como extensão mas eu entenderia como um apoio ao corpo desse paciente porque não é um equipamento, nos casos que a gente costuma ter aqui, não é um equipamento de uso contínuo, é um equipamento por um período, como se fosse uma muleta, cadeira de rodas, eu vejo como um apoio àquele momento do paciente, não é uma coisa que vá fazer parte do paciente. Eu acho que o paciente que tá no tubo e tá acordado é agonizante pra todo mundo porque ele tenta se comunicar e muitas das vezes ele não consegue e entra aquela questão: quando é um paciente que já compreende melhor o que tá acontecendo no ambiente, o paciente se acalma, ele é até melhor pra passar as necessidades, até intubado mesmo, ele escreve melhor, ele verbaliza com o gestual melhor do que aquele que acorda: Estou intubado, não sei o que estou fazendo aqui. E pra gente é bem desconfortável quando o paciente acorda e ele tenta passar pra gente as necessidades e a gente não consegue entender. Então não é uma coisa confortável, digamos assim, porque

você se sente naquela que: Estou tentando ajudar e eu não consigo ajudar, tem gente que perde a paciência, chama outro, tem gente que simplesmente ignora, pra mim eu tento tentar saber o que ele tá tentando passar naquele momento e tentar achar: Ah, você tá com dor, você tá com desconforto e aí tentar melhorar conforto físico dele naquele momento porque às vezes o emocional a gente não vai conseguir porque envolve outros parâmetros, outras necessidades no momento. Não, eu vejo assim, é... eu vejo pela expressão_facial do paciente, que é o que diz porque mesmo intubado e sedado, ele pode estar desconfortável por uma dor ou eu já vi pacientes dizerem pra você que entendem a necessidade do tubo, estarem sentados, acordados, intubados e extremamente confortáveis porque aquilo ali diminuiu uma angústia que ele tá tendo, diminuiu uma dor. Pra mim a apresentação_facial... apresentação do conforto, tá na expressão_facial, se ele não tem uma expressão de dor, se ele não tem uma expressão de desconforto, tanto acordado, como sedado.

**** *_n_20 *_s_2 *_i_4 *_r_3 *_cp_1 *_ne_1 *_tf_4 *_ta_4 *_tt_2 *_s_1

Olha, pra mim é uma... é uma experiência excelente. Primeiro porque o doente crítico é a hora que ele mais precisa; a hora que ele mais precisa de cuidado é quando realmente ele tá no leito e tá dependendo da gente em todos os aspectos, tanto na parte psicológica como na parte corporal, enfim, é um momento que ele depende, a vida dele depende da gente, da equipe multiprofissional que tá ali no campo, então eu acho que é um momento que a gente tem de doação; de doação, onde você tem oportunidade de fazer tudo que você puder de melhor e até mesmo com aquele único pensamento: Se eu estivesse no lugar dele?, eu acho que se a gente sempre pensar isso, Se fosse eu, se fosse um parente meu, como eu cuidaria?, então a gente sempre vai ver que essa é a melhor forma, mesmo que a situação do hospital, a falta, o que tá faltando, mesmo que falte muita coisa, se você tiver boa vontade, se você tiver disposição, você vai conseguir fazer o melhor, o melhor que você puder pra aquele doente, entendeu Olha só, atualmente, a situação... não é atualmente, eu acho que desde que eu me formei, existem bons e maus profissionais; existem profissionais satisfeitos, profissionais insatisfeitos com a profissão, existe de tudo, então você vê pessoas extremamente carinhosas, dedicadas, que tentam fazer o melhor e também vê pessoas dedicadas mas muito, vou usar um termo que minha mãe usava, estabanadas, são aquelas pessoas que puxam o doente de qualquer jeito, que, entendeu, não têm aquele carinho, aquela paciência pra... porque o paciente em prótese, normalmente é um paciente sedado, né? Ele tá entregue, entregue a você, então o comando dele é praticamente zero, né? Porque a sedação tira o comando dele. Então você não pode contar com ele; normalmente são dois profissionais pra cuidar desse doente, então se você fizer tudo na técnica, como tem que ser feito, tudo de forma calma, tranquila, você faz uma excelente higiene mesmo com todas as faltas que se tenha. Agora, se você tiver má_vontade, se você puxar de qualquer jeito, primeiro você vai machucar o paciente, você vai, às vezes, fazer fraturas, dependendo do doente, você vai... você não vai fazer um cuidado de excelência porque você tá sendo apressado, você tá fazendo aquilo de forma rápida pra acabar logo, entendeu? Então é isso que a gente vê, as pessoas querendo executar a tarefa pra acabar logo, quando na verdade a gente tem horas pra fazer isso; você pode fazer lentamente, você pode fazer com ajuda, um ajudando o outro e a coisa sair da melhor forma possível mas não, você vê pacientes, às vezes, com a face, a limpeza, a higiene de face mal feita, a higiene de pequenos detalhes: de ânus, a higiene de vulva, a higiene de... infra_mamária, axilar, dobrinhas, coisas que você tem que fazer com calma, com paciência; a... o pavilhão auditivo, narina, boca, então, deixa muito a desejar numa higiene de um doente dependente. Essas partes, eu acho que aí cabe também um enfermeiro entrar no cuidado e ele também, igual ao técnico, ter essa disciplina, ter essa boa_vontade, de fazer tudo com calma, com paciência, entendeu? Porque, às vezes, o banho, ele dura 15,20 minutos, se fizer malfeito mas se fizer bemfeito, ele não vai durar tanto mais. Ele dura 40,50 minutos, às vezes 1 hora, dependendo do paciente. Se for um doente obeso, precisa de mais gente, reúne todo mundo mas o que a gente vê, às vezes... eu não sei se as pessoas estão desmotivadas pelo salário, pela vida fora, que você também não consegue deixar os problemas lá fora e vir trabalhar, é difícil, entendeu? Às vezes não tem um suporte psicológico, então vem, acaba passando isso pro doente que tá cuidando... a gente tenta entender os vários motivos que levam as pessoas, às vezes, a tratar um doente mal. Uma pessoa que tá entregue a você, dependente... eu acho que é a sociedade, é a situação financeira, econômica do país, tudo isso acaba interferindo mas a gente tem que deixar um pouquinho isso de lado e se você vê que você não consegue deixar de lado, se você tiver no início da profissão, eu sempre aconselho: Procura outra coisa, essa não é a sua praia porque isso aqui você vai fazer o resto da sua vida profissional, seja o que for, se você for enfermeiro, se você trabalhar na gerência, na chefia e

se você for um bom gerente, um bom chefe, você tem que conhecer o seu paciente porque ele é o início de tudo; eu não admito um chefe que não conheça o seu paciente, que não saiba o nome do seu paciente, que não saiba a clínica do seu paciente, eu não concebo isso; mas a gente vê que existe pessoas que só se preocupam com a escala, com a parte de material, com a parte administrativa da coisa e não se preocupam com o restante, deixam entregue ao enfermeiro de cabeceira; se você está chefiando esse enfermeiro de cabeceira, você tem que ver como ele trabalha e pra você dar uma boa assistência a ele, você tem que saber fazer e hoje não é bem assim que a gente vê. Eu acho que, na época que eu entrei aqui no hospital, essa parte era muito bem_vista, entendeu? O nível de exigência da chefia superior em relação ao cuidado do nível médio e do nível superior inicia, era muito cobrado; hoje não. Hoje a gente vê até supervisores mesmo, que se tiver uma parada cardíaca e ele estiver próximo, ele sai porque ele não consegue participar nem ajudar ali naquela parada, às vezes até por falta de... não digo de conhecimento porque isso ele tem mas é desempenho, mesmo, ele não teve oportunidade de desempenhar isso, então isso acontece. Não, eu acho que interferir, interfere mas a interferência que a prótese tem é positiva porque é através dela que esse doente tá vivo porque se a pessoa faz um quadro de insuficiência respiratória e ela precisa de uma ventilação mecânica é porque ela não tem condição de ventilar sozinha. Então, se aquilo ali, aquele aparelho faz com que você prolongue, ou até renove a estrutura pulmonar desse doente, é fundamental, entendeu? Eu acho que em momento nenhum ele atrapalha o nosso desempenho. Agora, ele, com certeza, você tem que ter cuidados extras, né? É um paciente que está ou intubado, ou traqueostomizado, um dos dois; se esse doente está intubado, é óbvio que a higiene oral, ela tem que ser muito mais detalhada, muito bem feita, a higiene do equipamento, né, no caso, o tubo, você tem que aspirar esse doente com frequência porque é um corpo estranho dentro do brônquio do doente, é o tubo, né, orotraqueal e normalmente quando você tem um corpo estranho, a produção de muco é maior, a produção de secreção é maior, então você tem que estar sempre aspirando, limpando, pra manter esse sistema pérvio porque se não, esse paciente vai ter mais secreção, vai expelir, essa secreção vai ficar retornando ao brônquio e vai acabar infectando e aí acontece o quê? A pneumonia. E aí esse paciente além de ter necessidade desse aparelho, ele tem que ter todo o trabalho de enfermagem voltado pra esse aparelho também, por quê? Se ele tá traqueostomizado, mais um motivo pra você se dedicar, ele vai ter o óstio da traqueostomia que você tem que limpar, você tem que estar atenta porque aquele óstio infectando, necrosando, você acaba perdendo o doente, como já aconteceu aqui, de a gente perder um rapaz de 32 anos porque o óstio infectou, necrosou, aí depois a gente usava uma cânula 13, que é o número maior que tem de cânula traqueal e você não conseguia vedar o orifício, e ele acabou morrendo de insuficiência respiratória. Então, é fundamental o nosso cuidado com o doente ou traqueostomizado, ou intubado. E em relação à prótese, quando ela tem filtro, você estar atento pra ver se o filtro já está sujo, se o filtro está limpo, se os, as... a traquéia, né? O circuito dele tá perfeito, se tá tudo... se foi trocado, isso tudo normalmente a fisioterapia vê, a inaloterapia vê mas a gente tem que estar atenta pra isso, você viu que o filtro tá sujo? Você troca, entendeu? Mas o nosso cuidado principal é com a traqueostomia, manter sempre pérvia, o óstio sempre limpo e bem fixado porque se o tubo não estiver bem fixado, o próprio peso do circuito vai extubar esse doente e ele vai ser encontrado morto. Outra coisa, atenção pro alarme da prótese. O que que acontece, quando a prótese alarma, não é à toa. Não é ir lá e desligar o alarme. É ver por que que tá alarmando, se é secreção, se é alta pressão, se é baixa pressão, o que que tá acontecendo, se você não tem experiência, chamar um profissional capacitado pra olhar isso, às vezes é baixa de oxigênio, enfim, a gente tem que ter uma atenção especial porque a prótese é que tá fazendo com que esse doente sobreviva a esse quadro grave, sem ela, ele morreria; porque antes disso, antes de ter esse tipo de material, os pacientes faleciam, entravam num quadro de insuficiência respiratória e faleciam, por quê? Porque você não tinha como ventilar esse doente através de ambu, ou respiração boca_a_boca, do jeito que fosse, durante muito tempo. Então, graças a... como é que eu vou falar? Ao avanço da tecnologia em relação a isso proporcionou que hoje os doentes passem por um período grave de insuficiência respiratória, se restabeleçam e tenham uma vida normal depois disso. Então eu valorizo, é extremamente valorizável, assim como outros equipamentos que são usados: a bomba extracorpórea na cirurgia cardíaca; antes o paciente que tinha um problema valvar, que tinha um problema que, é... cirúrgico, ele falecia! Por quê? Porque você não tinha como desviar. Da mesma forma hemodiálise, a máquina de hemodiálise que substitui o rim por algumas horas é fundamental para o paciente renal. Então graças a essa tecnologia é que o paciente hoje, de terapia intensiva, ele tem mais condição de sair, porque antes era pacientes

condenados porque não se tinha condição de manter esse doente vivo, com falência_pulmonar, falência_renal e falência_cardíaca, coisas que hoje através da tecnologia, você consegue tirar ele de um estado grave e estabilizar esse doente. Não! É uma extensão. Eu acho que não é nem uma extensão, é um substituto muitas vezes porque tem doentes que estão extremamente sedados e eles ficam entregues à prótese; qualquer problema na prótese, esse doente morre. Agora, têm situações de que ela só auxilia, o paciente, ele dá o impulso inicial e ela completa a respiração mas tem momentos em que ela é fundamental, sem ela, ele morreria, entendeu? Então ele fica totalmente entregue à prótese, em situações de anestesia longa, ele fica entregue, e em situações, em terapia_intensiva, que ele tá extremamente sedado, ele fica entregue, então, sem o aparelho, ele morreria. Não tem como. Primeira coisa, pro doente estar bem, primeira coisa: o tubo estar bem posicionado, né, ventilando bilateral, os dois pulmões; o paciente estar numa posição confortável no leito, entendeu? O... a prótese, o extensor da prótese estar bem posicionado, que aquilo não esteja tracionando o tubo; o fixador do tubo estar confortável: não esteja ferindo a comissura labial, não esteja ferindo o pavilhão auricular, enfim, confortável; a prótese bem_adaptada àquele paciente nos padrões, né: oxigênio, volume, todos os padrões bem_adaptados e que você veja que o paciente tá perfundindo bem, extremidades folgadas, ele com a face_tranquila, sem secreção, o fluido, o oxigênio entra, a inspiração é profunda, a expiração também... eu acho que se tudo isso estiver em harmonia, esse doente tem tudo pra sair com qualidade de vida boa. Por quê? Porque ele tá... aquilo, naquele momento, o aparelho naquele momento, ele tá substituindo o pulmão e tudo isso estando em harmonia, com certeza esse paciente vai sair bem. Agora, tem que estar tudo em harmonia. Se estiver traqueostomizado, a traqueostomia protegida, o óstio, protegido; o cadarço bem posicionado, sem tracionar o pescoço do doente, sem machucar o pescoço do doente, a adaptação do respirador bem_feita, bem_adaptado, da mesma forma, ventilador adaptado pra aquele doente porque tem doente que é mais magro, tem doente que é mais gordo, então a resistência é maior, se tudo estiver bem_adaptado, com certeza esse doente vai ter uma ventilação perfeita, como se fosse você respirando espontaneamente, sem doença, sem problema. É isso que eu acho. Olha, da minha assistência tem; mas eu vejo poucas pessoas... porque, o que que acontece, o mundo tá muito difícil, né? Muito difícil. A vida aí fora tá muito difícil. Então a gente lida com sofrimento, né? Que é uma coisa que não é fácil, você lidar com o sofrimento alheio. Então a tendência é as pessoas entrarem no box, fazer a sua obrigação e se retirar porque à medida que você fica no box, você se envolve com o doente, mesmo que ele esteja sedado, você acaba se envolvendo mais um pouco e se você não tiver a parte da religiosidade bem... assim, determinada, fortalecida, você acaba também saindo mal dali. Esse doente tem uma carga de energia muito pequena; então se você entrar no box e ainda retirar o pouco de energia positiva que ele tem, ele piora; então você tem que entrar no box com o máximo de energia positiva e você que é o profissional, você que veio aqui pra trabalhar, não está internado, não está doente, você é que tem que passar energia boa pra ele. E aí eu acho que, realmente, se todos os profissionais chegassem em cada leito e passassem um pouquinho de energia positiva pra esse doente, eu acho que isso ia interferir muito na melhora dele porque eu, como profissional, observo que tem plantões que eu percebo que o paciente tá com a carga energética muito deficitária e eu passo o plantão e quando eu vou embora, eu já observo uma diferença grande; então eu acho que é isso e você estimular os colegas sempre, toda vez que você passar o plantão, que você falar do doente, você chamar cada um deles, dos colegas, dos técnicos, dos enfermeiros, falar dessa parte, eu acho importante. Às vezes as pessoas falam que eu me prolongo demais na passagem de plantão, que eu falo demais, que eu falo coisas desnecessárias mas eu não acho, eu acho que a gente tem que falar sim porque cada um, pode até não aceitar tudo que se fala mas um pouco fica do que você fala e esse pouco às vezes ajuda, ajuda aquele doente que tá ali no leito, entendeu? A pessoa ter mais compreensão. Às vezes o doente, ele não quer nada, ele quer só falar um pouco mas às vezes a pessoa chega e faz a obrigação dela tão rapidamente que ele não tem nem chance nem de expressar o que ele quer; isso o doente que não está na prótese, avalie quando está na prótese. Tem técnicos que falam: me deixa com o doente na prótese porque é um doente que não exprime nada, muitas das vezes ele só faz, às vezes, uma facezinha_de_dor, quando ele tá mal sedado; então, é sinal que esse técnico não tá com a menor disposição pra doar um pouquinho de energia pra esse doente, então ele prefere ficar com o doente que não fala, não se expressa, pra ele chegar, fazer a obrigação dele, sair dali e ir embora. Entendeu? Então o meu apelo sempre é esse. A Renata que tá entrevistando, eu passo o plantão pra ela e ela sabe que eu não tô mentindo, tô falando a verdade, que eu tento passar o máximo que eu posso; não é sempre que eu tô energizada porque tem dias – eu sou

humana também – tem dias que eu também tô com a minha energia em baixa mas eu tento entrar aqui, me fortalecer e tentar fortalecer o doente que eu cuido porque eu sei que com certeza ele tá precisando muito mais do que eu. Seja ele... esteja ele em prótese ou não. Em relação ao conforto... o conforto, gente, é o que eu falo sempre: ele começa no banho. A gente vê um descaso muito grande com relação à higiene no paciente; quando eu acho que é o momento que você mais se dedica: é o momento de maior contato, é o momento em que ele mostra pra você toda a sua intimidade, então é um momento que você tem que ser firme, você tem que fazer aquilo mais com o coração e é o que a gente observa muito pouco, a gente observa muito... as pessoas parecem máquinas, elas estão robotizadas, é como se fosse uma tetéia que você tá lavando sem expressão, sem sentimento, sem nada. E você lava aquela tetéia, bota no sol pra secar e larga pra lá. E a gente não, a gente tá lidando com pessoas, seres humanos, pessoas que até dias atrás trabalhavam, se dedicavam, têm filhos, têm pais, têm pessoas que sofrem por eles então eu acho que nós da enfermagem, que lidamos mais diretamente com o doente, eu acho que a gente precisa muito se reciclar nessa parte porque as pessoas estão muito mecanizadas, sei lá, parecem máquinas cuidando de seres humanos quando na verdade a gente é humana também, a gente... a gente todo dia toma banho, cara, a gente sabe que a hora do banho é uma hora divina, é a hora que você renova a sua energia, é a hora que você renova a sua pele, renova tudo; é a hora que você tira as coisas ruins e renova por coisas boas através da água. Então o banho, ele tem uma luminosidade, não pode ser feito de qualquer forma. É a hora que você tem uma interação muito grande com o enfermo. Eu... basicamente, eu priorizo muito o momento da higiene, eu acho que é um momento mágico, eu costumo falar assim. O tubo, o doente é mais reativo quando ele tá mais acordado, quando ele vem voltando da anestesia, por exemplo, a primeira coisa que ele quer é tirar o tubo mas ele no segundo momento, que você conversa, que você fala da necessidade do tubo, ele entende e ele mesmo passa a sentir que aquele é um mal_necessário, é um mal_necessário! Que sem aquilo, ele talvez não consiga respirar sozinho porque o anestésico ainda tá recirculando: ele dorme, ele acorda, ele dorme, ele acorda e da segunda vez que ele acorda, ele passa a não reclamar mais do tubo. Então ele começa a ver que o tubo é mais amigo do que inimigo. Da mesma forma a traqueostomia: do início os pacientes começam a reclamar porque não conseguem falar mas depois que eles aprendem a tocar a traqueostomia e ver que o som sai, que eles conseguem falar, aquilo passa, deixa de ser... passa a ser um anexo_positivo porque faz com que ele respire melhor, elimine melhor a secreção e ventile melhor; porque o que que acontece, quando o doente sente falta de ar, o desconforto é muito grande, a angústia respiratória é muito grande, então qualquer coisa que venha a amenizar isso, é muito positivo. Por mais que pareça desconfortante... Por mais que, no início, pareça... Depois ele traz conforto. Parece um monstro, aquele tubo na boca, a gente que tá de longe vendo, a gente realmente acha que aquilo incomoda mas pra quem está com insuficiência respiratória, muitas das vezes... a gente já viu paciente que foi extubado, piorou e ele pediu: Me bota aquele tubo de volta porque eu não estou aguentando respirar!, então, cara! Quando o paciente chega a pedir é porque é melhor... é muito bom. Olha, eu parto do seguinte princípio: a gente não precisa de nada enquanto a gente tá bem; quando a gente não tá bem, o mínimo de ajuda que venha, é positivo. Ah, mas como é positivo! Cara, um furinho com uma caneta bic na traquéia quando você está engasgado já é positivo, dirá uma traqueostomia. Não é não? Ainda mais quem já sentiu falta de ar... Putz grilo! Eu só senti falta de ar quando me afoguei. Tomei um caldo em Piratininga uma vez... não conseguia conciliar a respiração de jeito nenhum! O caldo foi tão feio que eu fiquei sem a parte de cima do biquíni, tava de biquíni caminhando, aí resolvi entrar na água só pra ir pra casa. Menina! Meu deus do céu. Cara, aquela hora, meu deus do céu! Eu queria que me enfiassem qualquer coisa, com tanto que eu respirasse.

**** *n_21 *s_2 *i_2 *r_3 *cp_1 *ne_2 *tf_3 *ta_1 *tt_1 *s_1

É... para mim... trabalhar na uti é muito gratificante...é muito bom, assim... você vê a pessoa que chega num estado grave para você e com sua contribuição, com seus cuidados, é... você aquela pessoa se recuperando. É claro que é o cuidado de toda uma equipe mas assim... é a enfermagem que tá ali 24 horas no dia e os cuidados realmente são da equipe de enfermagem. É muito gratificante, é um setor que eu gosto. Trabalho a pouco tempo, no início eu tive medo, foi uma época em que trabalhei no cti pediátrico, depois eu passei um tempo afastada da assistência e agora estou na uti adulto, dá um medo no início mas depois é muito bom. E é claro que tem os momentos ruins também né?! Quando você vê um paciente que está fora de possibilidades, você tá ali prestando aquele cuidado sem saber até onde aquilo tá sendo importante pra ele, você vendo a dor da família, sei lá... ai tem o lado ruim; às vezes são

coisas que a gente carrega, é um paciente que sofre tanto, que luta tanto para sobreviver e de repente ele não sobrevive enfim... são peculiaridades de você estar trabalhando na terapia_intensiva. Para mim, cuidar desse paciente grave é bom, assim é... você tem a sensação de que está realmente ajudando alguém de alguma forma, é uma sensação boa, apesar da dor, da tristeza, do envolvimento que a gente tem com a família... é uma coisa boa, você sempre sai com aquela sensação que fez alguma coisa boa por alguém em algum momento. Eu acho que na enfermagem o conforto é fundamental, o conforto para mim é tudo, eu acho que em qualquer área da assistência de enfermagem, qualquer especialidade vamos dizer assim, é eu acho que objetivo é a gente buscar o conforto do paciente, a educação, trazer o conhecimento pra ele, buscar esse bem_estar dele, da família, da comunidade, enfim... de onde a gente trabalha, eu acho que o conforto no contexto da assistência de enfermagem é fundamental, é eu acho que é um dos principais objetivos da gente é buscar o conforto de alguma forma, principalmente no ambiente hospitalar... tá no ambiente hospitalar seja ele terapia_intensiva ou enfermaria você tá ali tem que buscar o conforto do paciente, porque ele já está tão debilitado né?! Se está ali dentro da unidade é porque tá buscando uma cura, um tratamento, uma ajuda... você tem que colocar esse cuidado buscando o conforto, eu acho, que em primeiro lugar. Eu valorizo, valorizo a assistência, o cuidado em busca do conforto, como eu já falei antes para mim é o que tem de principal no nossos cuidado é a gente buscar esse conforto. Cuidar de paciente na ventilação_mecânica... dá um medo. Eu que não tenho anos de experiência em terapia_intensiva eu confesso, dá medo! No início você chega perto daquele paciente a sensação que você tem é que vai fazer alguma bobagem, que vai soltar alguma coisa, que vai desconectar... e você sabe que se ele está ali acoplado à prótese_ventilatória é porque ele está dependente daquilo ali, sem aquilo ele não vive, é o pulmão do paciente, então dá um medo primeiro. Depois você pensa em tudo que vem junto com o fato do paciente estar dependente da ventilação_mecânica. Por que ou o paciente está intubado ou traqueostomizado, ele não consegue verbalizar direito, ele pode estar sedado, bem sedado ou não, você não sabe onde está doendo, você não sabe onde está mexendo, você tem que ter cuidado na hora de fixar o tubo, fixar a traqueostomia, tem a questão de aspirar vias_aéreas, é complicado. Eu vou te dizer que dificulta, dificulta porque a gente não consegue essa comunicação, então isso é ruim. Mas é claro para mobilizar, para você transportar o paciente para algum lugar, é tudo um cuidado a mais, uma atenção a mais, porque ele tá ... uma extensão? É, eu acho que para mim é uma extensão, é um pedacinho, na verdade... não é uma parte do paciente mas naquele momento ele está ligado ao paciente, ele está conectado ao paciente, é ele que está trazendo à vida para aquele paciente; sem o respirador o paciente não vai ter uma boa oxigenação e pode complicar e vir à óbito por conta disso. Então assim, não é parte do paciente mas está naquele momento como parte do paciente. Eu não sei se dá para entender mas para mim é isso, não é parte dele, está; é um momento, é temporário, aquilo tudo vai sair, é o que a gente espera né?! Que o paciente saia bem, que ele fique bem, e que ele possa se libertar daquela dependência. E aí, é claro, tem diferença você cuidar do paciente que está em ventilação_mecânica do que está na ventilação_espontânea. O que está na ventilação_espontânea, geralmente, ele está verbalizando bem, tá acordado, consegue te dizer de alguma forma o que está incomodando, você não tem nada além do corpo do paciente, nada externo, então você consegue mobilizar mais fácil. Se a gente pensa em espaço de uma terapia_intensiva você tem um espaço maior porque é menos uma máquina que está ali dentro, enfim... tem diferença, mas eu acho que a diferença principal é essa, é na comunicação com o paciente, paciente que não está na próteses ele consegue, provavelmente, ele vai conseguir de alguma forma te informar o que ele está precisando. O paciente que está na prótese, que provavelmente está sedado, com algum tipo de sedação porque isso faz parte do conforto também, a sedação; ele não vai conseguir verbalizar, vai ser assim, você na verdade vai estar cuidando da forma que você acha que vai estar promovendo o conforto, porque ele não consegue dizer o que ele precisa, então, às vezes, a gente põe o paciente numa posição mas quem garante que aquela posição vai fazer bem? E aí entra a gente observar a fáceis_de_dor, os sinais_vitais, porque de alguma forma ele vai demonstrar que aquilo está incomodando, é observação, terapia_intensiva é isso, observação. Eu acredito que é possível até em certo ponto você promover o conforto do paciente em ventilação_mecânica. Eu nunca passei pela experiência de estar intubada, eu acredito que aquele tubo, a traqueostomia, incomoda bastante, é um corpo_estranho dentro do organismo, e o que passa na cabeça da gente que está de fora é que quanto mais sedado mais confortável aquele paciente vai estar, mas na verdade ele tá sedado, você não sabe se tem alguma coisa causando desconforto, porque ele está sedado. Pode ser que alguma coisa esteja causando

desconforto e obvio que ele não vai te responder porque ele está sedado. Só que em algum momento, é o que a gente espera, que todo paciente que entre na ventilação_mecânica, inclusive pra melhorar a questão da oxigenação é um cuidado também... o paciente que precisa da ventilação eu acho que dá pra entender isso como uma coisa...algo que traz um conforto, porque você tá assim desesperado, querendo respirar, puxando o ar sem conseguir, querendo respirar sem conseguir e você intuba e ventila, eu acho que tá cuidando, tá promovendo o conforto de alguma forma. Então se o paciente precisou da ventilação_mecânica a gente quer que em algum momento ele não precise mais, pra ele não precisar mais vai reduzir a sedação, o paciente vai acordando aos poucos, vai precisar ficar mais desperto pra poder se libertar da prótese ventilatória., então assim... é possível, é possível o conforto quando você observa o paciente, quando você vê que ele está com uma feição serena, tranquila, quando você vê que ele não está brigando com o respirador, ele está com nível de sedação bom, é ... quando vai tirando a sedação pra esse paciente acordar a gente tem como avaliar de alguma forma o nível de desconforto , acho que a conversa é muito importante nessa hora, você está sempre explicando , conversando com o paciente. Se foi algum procedimento programado, eu acho que as orientações pré_operatórias são importantíssimas para isso né?! Pro paciente tá ciente de tudo isso que vai acontecer com ele... o paciente que tá saindo da sedação, que está ficando mais acordado a gente tenta de alguma forma buscar com esse paciente as informações pra que a gente consiga promover o conforto pra ele. Falar que a gente vai cuidar totalmente, eu acho que isso é impossível, até porque nos somos seres diferentes, não tem como a gente perceber, mesmo com a observação constante aquilo que vai trazer conforto real para pessoa, e a pessoa está internada e isso já parece bem desconfortante. Mas eu acho que é possível sim a gente tem como melhorar bastante, aí a gente pensa na questão do ambiente da terapia_intensiva, que é um ambiente hostil. , são muitas maquinas, é um barulho, é a temperatura, porque geralmente, tá frio e... a luminosidade; a noite o paciente quer descansar e a equipe está trabalhando, tem luz, tem os outros pacientes... na unidade que eu trabalho os boxes são de frente, os pacientes conseguem visualizar o outro de frente, a gente tem que ter esse cuidado, se vai fazer algum procedimento mais invasivo, se está ocorrendo alguma situação mais crítica, de colocar um biombo, de você proteger. Presta atenção, a equipe de enfermagem, meu deus do céu, fala alto, ri alto, fala alto dos pacientes... e hoje em dia chamar a atenção de alguma forma a equipe não recebe bem. É claro que todo mundo tem seus problemas, tem sua vida, a gente acaba encarando com uma naturalidade a doença do outro, porque ali é nosso trabalho, porque a gente tá ali todo dia, porque é como qualquer outro setor de trabalho, a gente quer falar, a gente precisa distrair, mas não é assim... eu acho que são pessoas graves, pessoas doentes que estão preocupadas com a sua saúde, que estão com medo... eu falo da equipe de enfermagem porque é a minha equipe mas tem as outras também, mas a maioria é enfermagem, a gente que está mais próximo e a gente que acaba extrapolando nos fatores que causam desconforto para esses pacientes. Mas assim é... é possível sim a gente promover de alguma forma o conforto, eu acho que não na sua totalidade mas a gente pode estar promovendo isso. Eu sou muito a favor do acompanhante e infelizmente nas unidades de terapia intensiva a gente não consegue isso, lá no setor até já abrimos exceção em casos assim que a gente percebeu que era importante a presença do familiar, óbvio que o familiar não ficou ali o tempo todo em pé no box ao lado do paciente, dentro do cti, conseguimos arrumar um quatinho fora do setor mas o acompanhante pode estar ali mais vezes para tranquilizar o paciente de alguma forma. Eu acredito que nós podemos estimular a visita, como tem casos de pacientes sem visita, questões sociais, são familiares que a gente tenta envolver, tenta estimular mas a resposta é negativa. Estimular a visita, é eu acho que é sempre bom conversar com o paciente quando ele está em condições de conversar, conversar com ele ou com a família sobre a questão da religiosidade, isso é tão importante, às vezes é a mesma religião que a sua e você pode, na hora do banho, fazer uma oração, uma prece, cantar uma música... eu acho que podemos melhorar sempre. Talvez na correria do dia a dia, a gente trabalha pensando no trânsito da volta, na violência, nas horas seguidas de trabalho, nos filhos, em tudo que temos pra fazer, na crise... acaba levando isso para dentro do trabalho e não pensando nessas coisas simples que podem trazer um conforto maior, a gente não pode perder essa coisa humana na hora do trabalho, o pessoal fala tanto em humanização, não é humanizar a assistência, a gente precisa voltar a ter um pensamento mais calmo, mais tranquilo, mais humano mesmo, principalmente na hora que você vai cuidar do outro, sempre tentar se colocar no lugar do outro, quando a gente se põe no lugar do outro eu tenho certeza que, na maioria das vezes, vamos conseguir fazer o melhor. É eu não sei assim representar o

conforto, não sei se posso usar uma palavra pra representar isso: tranquilidade, um paciente sereno, uma aparência boa... tem muita gente que fala na questão estética do paciente, paciente tem que estar arrumado pra família ver, não sei se isso é conforto, ele pode estar desconfortável. Eu tenho que olhar para o paciente e me sentir confortável também, não só pela estética, a forma como ele está arrumado, mas ele precisa estar bem, parâmetros bons, com fáceis tranquila, sem demonstrar dor ou incomodo, tem o ambiente, a família, acho que tudo isso vai trazer conforto. O corpo, você cuida, aspira, higieniza, mobiliza; conversar, tocar o paciente, tentar ouvir e entender, ficar mais próximo... acho que cuidar é isso.

**** *n_22 *s_2 *i_4 *r_1 *cp_2 *ne_2 *tf_4 *ta_4 *tt_2 *s_1

Eu me sinto, assim não bem porque eu to vendo o paciente ali e ele não tá bem então eu não me sinto confortável mas assim, eu me sinto, assim: por um lado bem porque eu sei que com o meu tratamento eu vou ajudar o paciente a sair daquela situação, né? Tentar dar um conforto a ele, né, na cama, melhorar um pouco a situação dele que é tão... principalmente quando ele tá lúcido, ele se sente muito vulnerável, ele se sente, assim: Vou morrer!, ainda mais quando é cti, que é um mito ainda, que as pessoas acham que por estar na cti é que está muito grave, é que vai morrer e eu tento melhorar até pra conversar com ele em relação a ele. É essencial sim porque é um processo de humanização, né, de você... sei lá, assim, de você tentar com que ele se sinta à vontade, que ele se sinta tranquilo porque já tá ali sofrido, longe de casa, longe da família, longe de filho, às vezes, longe de pai e mãe, que às vezes é filho único, né, fica da longe da família, então se sente muito mal de estar no hospital. Tem gente que leva numa boa mas outras pessoas não, se sentem muito mal só em estar no hospital, imagina no cti? Pior ainda. É bem diferente porque você tem que ter todo um cuidado, né? Assim, na extubação... eu vejo assim: como que eu vejo, né, é... pra ele é muito importante, né? Porque ele depende daquele ventilador, né, pra poder sobreviver. O que me incomoda mais é, assim, eu... na hora que eu estiver mobilizando o paciente de tubo é que eu observo essas coisas, eu fico muito ansiosa, eu tenho muito cuidado, então quando eu to dando banho em alguém, a minha preocupação é de segurar o tubo, eu fico segurando o tubo porque quando eu to mobilizando o paciente de um lado pra o outro, eu fico com muito receio, porque uma é que ele dependente daquilo ali, alguns, se extubar a gente vai até ter que intubar de novo, a gente não sabe se vai ser fácil ou não, então eu tenho uma preocupação muito grande, eu me sinto, assim, responsável mesmo, né? Se acontecer alguma coisa! Mas o resto não, o resto pra mim é mais fácil. Cuidar dele, tipo assim, limpar boca, aspirar, não me incomoda, não; o que me incomoda mesmo é na hora de mobilizar o paciente. Ah, quando eu vejo, assim, quando ele tá, assim... principalmente o paciente quando tá intubado, ele tá sedado, né, tal; se ele estiver, assim, tranquilo, tá ali realmente entregue à máquina e tá... tá ali, tá confortável; quando você percebe que ele tá brigando é porque alguma coisa tá incomodando ele, não tá sedado totalmente, aí fica assim... eu fico muito preocupada, porque você tá vendo que aquilo ali tá incomodando ele, às vezes o paciente tá até lúcido mas tá intubado, né, mas ele não tá legal. Quando eu vejo que ele tá, assim, tranquilo... que na minha cabeça a presença daquela máquina está sendo vital pra ele, né? Sim porque já eu já ouvi relatos de pacientes que houve momentos que escutaram, principalmente os entes queridos deles; eu acredito sim. Quando eu chego pro paciente pra fazer as coisas, eu aviso o que eu vou fazer, principalmente na hora de furar dedo, essas coisas; na aspiração também, de falar com ele: Ó, vou aspirar aqui, fica quietinho, Vou tirar secreção, fica calmo, falo até de um jeito pra ele entender, se ele estiver me escutando, pra ele entender, não falo em termos técnicos perto dele porque essa não é a linguagem dele; mas eu acredito piamente que possa sim, ajudar ele mesmo e eu já conversei com pacientes que, assim, às vezes o paciente tá muito tempo com a gente e você se apegava, por isso que de dia é meio complicado você trabalhar por conta disso, você se apegava ao paciente, quando eu trabalhava de dia eu fazia isso, eu me apegava ao paciente e eu já conversei, me lembro de um paciente que era um senhorzinho, e ele tinha um filho pequeno, era um senhor de uns setenta anos e ele tinha um filho pequeno e tinha hora que ele acordava, ficava lúcido e a gente conversava com ele e ele saiu! Hoje eu não sei se ele ainda é vivo mas ele saiu e foi embora pra casa e voltou pra falar com a gente. Então eu acredito que ele escutava, a gente conversava junto perto dele que ele ia melhorar, então eu acredito.

**** *n_23 *s_2 *i_2 *r_4 *cp_1 *ne_2 *tf_2 *ta_2 *tt_1 *s_1

É... não gostava, até então, de terapia_intensiva, passei a gostar depois que eu me formei realmente e caí em terapia_intensiva, então, assim, eu procuro muito ver o lado do familiar, de como gostaria de ver aquele paciente ali, em cima daquela cama sendo cuidado. Então, pra mim, eu identifico, assim, deus me livre e guarde, mas como se eu estivesse precisando algum dia desses cuidados, então assim eu trato o paciente. O paciente estando

com uma aparência, teoricamente, saudável. Higienizado corretamente, o curativo bemfeito, eu acho que é isso... os sinais vitais mostrando que aquele paciente tá bem... tudo, um banho influencia, quando você pega um paciente com um aspecto sujo e você dá um banho, parece que dá um conforto, dá um alívio pra aquele paciente; eu já vi até um casos que falaram assim: O paciente morreu depois do banho que recebeu porque até então tava com aquele aspecto sujo, aí tirou toda aquela sujidade do corpo, você deu uma qualidade pra aquele paciente e depois ele veio à óbito e, assim: Caraca, será que foi isso mesmo? Mas, assim, eu acho que o paciente tem que estar sempre bem visto em nível de limpeza, de roupa de cama, tudo isso porque atrai muito o familiar; quando você pega um paciente jogado no leito que a família chega e fica observando, é muito ruim isso, eu não gosto, procuro manter tudo direitinho, uma hotelaria, né, como se fosse uma hotelaria. A máquina dificulta meu trabalho, pra mim é um bicho_de_sete_cabeças porque, assim, eu não entendo muito dela, o que eu sei do respirador é o básico: eu sei ver o volume corrente, eu sei ver a frequência respiratória, eu sei ver a fração inspirada de oxigênio, isso tudo, agora, assim, assistência mesmo, de qualidade, quanto ao ventilador, pra mim é difícil. Assim, quando paciente que requer o uso dessa prótese eu me sinto muito fragilizada, a sensação que eu tenho é que ele nunca vai sair daquela prótese, entendeu? Sim pra mim é uma extensão e muda a assistência a presença dessa máquina, muda, muda sim. É sempre um paciente que precisa de muito mais cuidado. Eu acredito que é possível dar conforto. Manter esse paciente sempre bem aspirado, manter a cabeceira elevada... tem os cuidados, né que a gente faz pra tentar deixar mais confortável... acho que é isso. Sim, acho que consigo, acho que o ambiente tem que ser limpo, quando eu falo limpo não é só de sujidade e de limpeza mas é de equipamentos, tentar diminuir ao máximo esses equipamentos dentro do leito, ter mais espaço para a equipe mesmo se movimentar, pro familiar também ver, entendeu? Por exemplo, cheguei no cti hoje, o paciente tem uma cascata de bombas lá e só tem uma medicação fluindo. Pra que tanta bomba se não tá usando, entendeu? Então é a gente tentar diminuir esses equipamentos no leito, também. E conforto espiritual eu já não procuro entrar tanto dentro desse detalhe porque eu acho que cada um tem a sua religião; eu respeito, entendeu? Eu procuro respeitar como ser humano. Então, assim, se a família quiser trazer um tercinho e colocar embaixo do travesseiro, eu não me oponho quanto a isso, se quiser trazer alguma coisa relacionada à religião daquele paciente eu não me oponho. A gente lá na sala tava até conversando sobre isso hoje mais cedo. De face! A coisa da face_de_dor, quando tá sedado... acho que tudo, é um geral mesmo, acho que de características mesmo da face_de_dor, se ele reage quando você tá manipulando, se ele reage a algum... se ele tá sedado, se ele reage a algum estímulo, se ele não reage, entendeu? Posicionamento, estar esteticamente limpo, organizado, no seu leito, eu acho que é isso.

**** *n_24 *s_2 *i_2 *r_2 *cp_2 *ne_2 *tf_3 *ta_3 *tt_2 *s_1

Bom, eu... depende muito do momento. Se for um paciente viável é uma responsabilidade muito maior do que com um paciente que não é viável porque qualquer detalhe na sua ação pode ser decisivo pra você auxiliar a saída daquele paciente do cti. E é um momento em que também você pensa na família, a expectativa da família a respeito da melhora desse paciente, em alguns momentos você se coloca... eu me coloco no lugar desse paciente também: se fosse um parente meu? A expectativa que você fica da saída daquela pessoa lá de dentro. E se for um paciente sedado, o que aquele paciente realmente tá experimentando diante daquela gravidade dele... então, assim, depende muito do momento que a gente tá atuando naquele paciente. Assim, basicamente são essas sensações que são sentidas. O conforto é primordial. Primordial, primordial. O conforto, eu acho que é a base de tudo porque se você consegue dar conforto a esse paciente, independente de qualquer coisa, você tá dando aquilo que você pode, você tá indo até onde você pode. E a base do cuidado de enfermagem... a enfermagem é cuidado. E parte desse cuidado... e eu acho que o essencial do cuidado é a promoção do conforto; se você não consegue promover o conforto, todo o seu cuidado foi em vão. Então aliado a outras coisas, a enfermagem, eu acho que ela vem por aí, você estar prestando um conforto e um conforto visível, né, não é um conforto só para o paciente, é muito confortável o familiar chegar e perceber que esse paciente está confortável, então o conforto é primordial. É mais um acessório. É mais um acessório que você tem que tomar bastante cuidado, visto a dependência do paciente daquele acessório, realmente ele faz parte, naquele momento ele tá fazendo parte do paciente, é o pulmão do paciente, digamos assim; se você fizer qualquer coisa que mexa em algum parâmetro, é como se você estivesse retirando do paciente o pulmão dele porque ele realmente tá dependendo da prótese. Então dificulta, realmente, um pouco porque é uma coisa externa, é... dificulta um pouco mais o seu cuidado, tem que ter um pouco mais de atenção a esse paciente mas você tem que se adaptar

àquele dispositivo que é importante pra o paciente. Eu posso te exemplificar na fixação, na fixação de um tubo. Se você tem o paciente intubado e você faz uma má fixação, você não tá proporcionando o conforto, você pode dar um suporte_ventilatório nas outras partes, de repente na fisioterapia, colocar os parâmetros e tal mas também não adianta você colocar tudo no paciente e o paciente... se o paciente estiver intubado e você não fizer uma boa fixação decente, você não fixar de uma forma que você consiga impedir que o paciente tenha uma lesão, você... enfim, eu acho que é aí tá a promoção do conforto em relação a tudo. A forma de você mobilizar esse paciente também, você lembrar que aquele tubo ali tá fazendo parte dele, pra você promover o conforto também nessa mobilização e... eu acho importante ser dessa forma. Bem, teoricamente o paciente que está intubado, ele está sedado, poderia estar curarizado também, mas vamos tratar do paciente que está só sedado: é um paciente que não está inquieto, que o respirador não está alarmando o tempo inteiro, você também não tem um tubo sambando na boca do paciente, digamos assim, é um tubo que tá bem fixado, é um ventilador que não tá alarmando o tempo inteiro, aí acho que ele tá bem adaptado, tá confortável. Sim, eu acho que a partir do momento que você chega, se apresenta pra esse paciente, você explica o que você vai fazer e demonstra pra ele a importância daquilo que está sendo utilizado nele, a importância do que você vai fazer e de que ele compreenda também o que você vai fazer, pra ele ter uma segurança no seu trabalho, eu acho que aí fecha a questão do conforto com esse cliente porque ele vai entender que apesar de você estar fazendo uso daquilo, é importante naquele momento, que tem um profissional capacitado, que tem uma pessoa que está apta a estar manipulando aquilo também, então eu acho que ele começa a acreditar na possibilidade de sair dali, porque pra a gente que trabalha aqui no cti é uma coisa comum mas pro paciente não, pra uma pessoa que não é da área de saúde, ela acha que ali já é o final da linha, que já está sendo preparada pro óbito; mas se você mostrar que não, que pelo contrário, que aquilo tudo que tá ali vai auxiliar a saída dele daquele momento crítico e que você vai manipular da melhor forma, ele precisa saber quem é você e o que vai ser feito, como vai ser feito, eu acho que isso passa uma segurança maior pro paciente e a segurança traz conforto. A gente tem determinadas convicções, independente da religião, porque cada religião vai ter uma convicção de alguma coisa em relação àquilo que você vem acreditando, que tá enraizado em relação aos ensinamentos desde que você é criança ou desde que você é adepto àquela religião; só que a verdade é que você não sabe até que ponto aquele paciente tá assistindo ou não a situação dele então é complicado você estar ali naquele ambiente e você não promover uma situação um pouquinho mais confortável pra ele porque você não sabe o que ele está de fato ouvindo, o que ele está experimentando, a nível espiritual mesmo, a gente tá manipulando o corpo mas aquele espírito está ali naquele corpo? Tá acontecendo o que com aquele espírito? O que a pessoa tá sentindo? Tá vendo? Tá percebendo? Tá desejando? Então é muito complicado porque a gente não sabe exatamente a nível de espírito o que tá acontecendo com aquela pessoa. Será que essa pessoa ainda está existindo aqui? Está assistindo a esse momento dela, né? Se for, então, enquanto você puder estar prestando essa assistência, achando que não está ali só o corpo mas o espírito está habitando aquele corpo, você vai tentando dar conforto pra ele, seja tratar ali, permanecer ali ou ir pra algum outro plano, outro ambiente, seja lá o que for, de uma forma mais tranquila. Uma coisa que eu acho muito interessante e às vezes as pessoas acham que não tem importância é a questão estética, a questão estética com esse paciente; ele não tá vendo mas a família vai ver e aí quando o familiar chega e encontra um paciente que não tá legal esteticamente, a tendência é ele achar que o paciente está mais grave do que ele realmente está e isso é muito desconfortável. E aí você chega e encontra um paciente muito, muito grave mas tá esteticamente melhor, a família tem um pensamento de que aquele paciente não tá tão grave assim ou que está grave mas que ele não está sofrendo tanto, digamos assim, a grosso modo, dizendo; então traz uma sensação pra família, então eu acho que tem que ter esse cuidado estético com o paciente que está intubado porque ele não está vendo mas a família, quando chega na hora da visita, fica complicado encontrar um paciente numa situação ruim, bagunçado... e você também passa pra família uma confiança de que tá sendo feito um bom trabalho porque a família encontra esse paciente melhor, esteticamente falando, da alocação do paciente no leito mesmo, higienização, a família tende a ter mais confiança no serviço, principalmente no pessoal de enfermagem porque eles sabem que o pessoal de enfermagem trata mais diretamente dessa parte.

**** *n_25 *s_2 *i_2 *r_2 *cp_1 *ne_1 *tf_3 *ta_3 *tt_1 *s_1

Como eu falei pra você, eu trabalho em terapia_intensiva desde que eu me formei, então é o tipo de cliente que eu até prefiro porque o setor é fechado, parece que eu cuido,

assim, melhor porque tem mais recurso material, né mas tempo disponível pra cuidar individualmente daquele paciente. Na enfermaria, eu já trabalhei na enfermaria mas eu tinha essa sensação, que você não tinha tempo e recurso disponível pra cuidar de tanta gente como gostaria de cuidar, entendeu? Então eu acho que a terapia_intensiva consegue ter uma qualidade melhor de assistência, por isso eu prefiro. Olha, é a gente tentar minimizar o som desses equipamentos que irritam muita gente; o paciente que tá totalmente sedado, por exemplo, procurar colocar numa posição que aconchegue, que ele não sinta tanta dor, a gente graças a deus agora tem os pneumáticos que ajudam um pouquinho... então oferecer esse tipo de conforto: de posição, de som, de luz, entendeu? Que são coisas que incomodam principalmente o paciente que tá acordado em terapia intensiva. Tem a temperatura também que aqui, graças a deus, aqui gente consegue controlar, é bem melhor, em outros lugares é difícil. Então eu acho que, assim, eu, procuro pensar nisso, entendeu? Porque é questão de você se pôr no lugar do paciente, né, é muito isso. Na verdade, eu entendo ela como uma máquina que o paciente tá precisando naquele momento pra respirar; mas ele é um indivíduo e ela é uma máquina, apesar de ele estar precisando daquela máquina. Aquela máquina faz parte da minha assistência porque eu preciso compreender aquele contexto daquela máquina, o que ela está fazendo por aquele paciente mas ela é uma máquina e ele é um paciente, ela não é uma extensão do corpo dele, entendeu? Aquela máquina é um instrumento do meu cuidado; do meu cuidado, do cuidado médico, do fisioterapeuta ou do técnico mas é uma máquina. O paciente é o paciente, eu vejo como duas coisas independentes. Não percebo a máquina dificultando a minha assistência. Acho que sim, é possível promover o conforto, aí entra a intercessão dos saberes, né, a gente com os médicos, né, porque o paciente, ele tem que estar bem sedado, ele tem que estar confortável na prótese, e aí infelizmente não depende só do cuidado de enfermagem, entendeu, aí entra a intercessão porque o paciente que tá mal sedado... na verdade é a parte da medicina e da fisioterapia também em propor o modo respiratório de acordo com o que aquele paciente tá precisando, de acordo com a sedação, de acordo com a patologia dele, então é uma intercessão de saberes. Eu, sozinha, não vou conseguir botar ele confortável naquela prótese mas se a gente conseguir trabalhar em equipe bem, ele vai ficar confortável na prótese. O ambiente de terapia_intensiva em si, ele é hostil pro paciente. Ele é gelado, ele é muito claro, principalmente o paciente que está em prótese, geralmente você... precisa de você pra fazer a mudança de decúbito, então é o paciente que você tem que pensar mais nessa realidade do conforto. Então você checar se ele tá hipotérmico, se não tá, se a posição dele... a mudança de decúbito, perceber se ele é mais emagrecido, se precisa de uma intervenção maior, acolchoamento melhor, é... a questão dos barulhos e a questão da sedação que, infelizmente, se faz necessária nesse tipo de paciente. Fica muito difícil a gente manter um paciente em prótese_ventilatória confortável sem sedação, é muito difícil, eu acho. É, quando o paciente tá bem sedado, eu acho que, assim, quando ele tá bem sedado isso não interfere muito; acho que a família sim, o impacto da família, vê, às vezes, o paciente em prótese ventilatória, eu já vi, da angústia de o cara não falar; ou quando o cara já tá acordando, a angústia de ele também não conseguir falar, entendeu? É ruim por isso, a sedação, mas no momento que está saindo a sedação que o cara ainda está intubado, é difícil, realmente, bem difícil, alguns não entendem que o ar tá passando por dentro do tubo e portanto ele não vai conseguir falar, então é muito angustiante pro paciente. A questão espiritual a gente respeita de cada um, mas na maioria das vezes, pelo menos na minha experiência, o paciente intubado, ele não manifesta muito isso, mais a família, se quer fazer uma oração, se quer fazer alguma coisa com relação ao corpo, ligada à religião dele, na medida que não atrapalhe a nossa assistência e que não comprometa a questão da higienização, eu não me oponho, não. Ah, acho que é o paciente sereno: deitadinho, confortável, sereno, sinais_vitais estáveis... E me colocar no lugar do outro. Eu penso muito nisso, né, quando eu to ali cuidando, como eu gostaria de ser cuidada, como eu gostaria de estar com o meu joelinho protegido, um não estar machucando o outro, eu penso muito nisso.

**** *n_26 *s_2 *i_4 *r_2 *cp_1 *ne_1 *tf_4 *ta_4 *tt_2 *s_1

Eu gosto muito de trabalhar com paciente_crítico; agora, a gente passa por momentos muito sofridos quando o paciente fica muitos dias com a gente, né? Mas é muito satisfatório, principalmente quando a gente vê que o paciente sara, que o paciente sai bem mas é uma coisa que eu gosto, paciente crítico eu gosto. Eu acho que... ainda bem que uma grande maioria ainda se preocupa com o conforto mas o que eu percebo é que as pessoas deixam de valorizar muito, por exemplo, se o paciente dormiu bem, se o paciente não dormiu bem, às vezes a gente também não se preocupa com o barulho que a equipe de enfermagem costuma fazer, isso leva ao desconforto, né, porque à noite a gente tem que estar acordada e os

pacientes estão dormindo, então às vezes a gente não se preocupa muito com o barulho, é... infelizmente, a mudança de decúbito que causa grande conforto nem sempre é valorizada por todos os membros da equipe e aqueles que valorizam às vezes são mal vistos porque ficam cobrando a mudança de decúbito, é... você, às vezes, se preocupar se o paciente está numa boa posição ou não também, se tá bem pra ele aquela luz, se tá incomodando, diminui; eu acho que a gente se preocupa muito, mais do que qualquer outro membro da equipe mas eu acho que a gente precisa melhorar muito, precisa melhorar muito... por exemplo, o ar tá muito gelado porque eu gosto de ficar muito no frio mas às vezes o paciente tá tremendo de frio e a gente pode dar uma equilibrada e a gente não faz isso, então eu acho que a gente pode se preocupar mais mas de todos os profissionais, nós ainda somos os que mais nos preocupamos. Olha, possível, o conforto, até é mas é difícil porque o paciente tem que estar muito, muito, muito, realmente orientado, no pré_operatório ele teria que ter sido muito bem orientado pra saber que aquilo ali é necessário pra ele e o paciente grave eu acho que ele não tem que ficar acordado sabendo que está na prótese, acho que ele... eu já tive intubada, então eu sei o quanto é desconfortável aquilo, o quanto é desesperador; então eu acho que realmente é uma extensão do paciente, é como se fosse um cordão_umbilical, né? E não me atrapalha o cuidado, não. Eu sei que pra muitos profissionais da enfermagem, a prótese_ventilatória faz com que você, é, é... manipule muito menos o doente, o que não é necessário, não é impedimento de você manipular o doente; eu percebo que muitas vezes os profissionais deixam de mudar de decúbito o paciente na prótese, ou deixam de mudar de decúbito o paciente que tá fazendo hemodiálise mas isso não é um fator impeditivo, você só precisa ter um pouco mais de cuidado. A mim não interfere em nada na assistência, não me traz nenhum impedimento mas realmente você tem que ter um cuidado muito mais exacerbado, né? Eu acho que realmente a gente tem que olhar pra prótese como uma extensão de qualquer... sabe, é a linha_de_vida do doente, então a gente tem que estar muito atento a isso. Não sei se isso que você estava perguntando. É... eu, assim... à noite a gente não tem muito esse contato mas toda vez que eu to de dia, uma das coisas que eu sempre pergunto, tanto pro paciente daqui de fora quanto pro paciente... Você tá com acompanhante?, agora mesmo falei: Poxa vida, não veio visita pra ninguém!, só tinha visita pro leito três, falei: Poxa, tadinhos, gente!, isso a gente que vive à noite, não vive essa realidade da falta de visita, né? Eu acho que a visita, a família é o remédio que eles precisam, né? E quando não tem família, eu acho que nós podemos muito bem... eu gosto de fazer um cuidado, assim, brincar, zoar o doente, sabe? Tentar fazer com que ele fique mais relaxado para que até mesmo o cti não fique tão frio como ele costuma ser, né? Então eu acho que humanizar o cti não é só você colocar coisas bonitas, ser um ambiente bonito mas é realmente a equipe se aproximar mais do paciente, não se aproximar só pra medicação mas de vez em quando ouvir uma história, ouvir as histórias das famílias, à noite a gente tem mais tempo pra isso; eu perco meu tempo, às vezes, ouvindo história familiar, sabe? Às vezes problemas que estão passando: Ah, eu não queria estar aqui, queria estar em casa porque eu tenho um filho doente, às vezes essa é uma forma de a gente humanizar, né? É só ouvir o doente. Nem sempre eles estão podendo falar, né? Às vezes o paciente está intubado mas quando o paciente pode falar, eu acho que você ouvir é uma forma de você humanizar. Pra mim, o paciente criticamente enfermo, que é o paciente que tá dependendo de ventilação_mecânica, de drogas, né, geralmente vai estar sedado, né, quando está na ventilação, acho que o conforto, seria... porque às vezes o paciente que tá na ventilação mecânica, você não percebe que ele tá com dor, que ele tá incomodado, o conforto pra mim é realmente você perceber que o paciente tá, é... ventilando bem, que ele não tá tendo face_de_dor quando você tá mexendo dele, muitas vezes a gente se esquece que nesse momento que o paciente está ali, apesar de ele não poder falar, ele está sentindo dor, então... mesmo que ele não esteja fazendo face de dor mas ele fez um procedimento, uma cirurgia então otomia, que a gente sabe que é um procedimento muito doloroso no pós_operatório então a gente tem que se preocupar com isso de saber se realmente está prescrita uma analgesia fixa, com o horário... a gente pode fazer poucas coisas mas o toque também no paciente é importante e às vezes falar, mesmo quando o paciente tá sedado, a gente sempre falar: Vou aspirar você!, Vamos dar uma viradinha, o paciente não pode estar ouvindo mas é uma forma de a gente tentar conectar ele com a realidade. Eu não sei... eu não sei se isso realmente é uma forma de humanização, acho que é um pouco, né? Mas... eu acho que nós somos muito barulhentos, acho que o paciente que tá ali, entregue, mesmo o paciente sedado, eles escutam muito bem, então às vezes a gente... nós somos muito barulhentos, né, falamos alto, às vezes rimos e isso às vezes incomoda, então é se preocupar com o paciente quanto a isso. É, assim, uma coisa que eu vejo que traz desconforto

pro paciente, que é uma coisa, assim, que a gente não percebe que a gente faz, quando o paciente tá ali, tá mal e a gente tá no cti, a gente tem que estar sempre atento pra fazer do cti um lugar agradável, então nós fazemos amigos e quando encontramos nossos amigos nós temos coisas pra conversar mas eu percebo que incomoda muito o paciente então a gente precisa realmente pensar nisso porque às vezes a dor do paciente ali, ele tá sofrendo e ele acha que aquela coisa do riso, de a gente estar muito eufórico – a gente fica eufórico em alguns momentos – aquilo, para o paciente, eu sinto como se fosse uma agressão. Isso me dói. Às vezes eu faço: Psiu, gente! Como que é? mas não porque eu quero tolar a equipe mas porque às vezes a pessoa está ali, parece que você não está se importando com a dor dele. Então, eu não sei o que a gente pode fazer pra mostrar pra esse paciente que a gente se importa com ele. Ouvindo, conversando... às vezes eu falo até pro paciente: Olha, o pessoal tá meio agitado porque a gente tá aqui, chegando, fica aquela bagunça, a gente tem muita fofoca pra botar em dia mas depois o pessoal se acalma, vai ficar tudo silencioso, você vai dormir mas não é só o barulho é que os pacientes se sentem... é por isso que às vezes eles reclamam da equipe, eles ficam com raiva, você percebe que os pacientes ficam irritados, não gostam de determinada equipe mas é porque o riso, pra algumas pessoas, não são todos os pacientes, é uma forma de dizer: Não to preocupado com você, o que não é verdade, a gente tá preocupado com eles mas pra pessoa que tá na cama isso é uma coisa muito ruim, então eu acho que a gente precisa trabalhar isso mais na equipe, principalmente na equipe de enfermagem porque a gente não vê a equipe médica fazendo isso, médico não fica gargalhando pelo cti mas a gente faz, não por maldade, mas é porque a gente tá... nós somos os que mais sofremos ali, mais nos estressamos, trabalhamos pra caramba mas às vezes a gente sai um pouco do limite, sabe, passa um pouco do limite, acho que a gente precisa melhorar um pouco mais, nós temos uma área de lazer aqui fora, né, a gente tem uma área de convívio, de convivência aqui fora, acho que certas coisas, brincar, falar mas as gargalhadas... não são legais para o paciente que está na uti, acho que não é uma forma de humanização. É uma forma, pra muitos pacientes, agressiva. Eles sentem essa coisa: Parece que tá todo mundo feliz e eu tô aqui triste com a minha dor, tô aqui sofrendo, talvez eu traga muito isso do inca porque os pacientes os pacientes que estavam lá quase morrendo, aquela coisa do rir, pra eles, parecia que você não tava preocupado; principalmente os adultos, as crianças não porque a gente sempre tinha que fazer coisas lúdicas, né, mas parece que você não tava ali com aquela empatia de: Tô aqui do seu lado, tô sofrendo com você, você não precisa estar chorando mas, sabe, gargalhar, parece que você está desprezando aquele paciente ali. Eu acho que realmente a gente precisa melhorar, eu acho que os profissionais estão muito pouco humanizados. Estamos numa época tanto de humanização e aí as pessoas falam em ambiente bonito mas aí o que se deixou pra trás? Mas com o tempo você vai perdendo... você chega: Olá, tudo bem?, aí a pessoa responde com falatório e às vezes o paciente está perto, precisando tanto cochilar e uma gargalhada perto da pessoa é muito ruim. A gente é muito barulhento, as pessoas precisam dormir, essa parte a gente precisa melhorar.

**** *n_27 *s_2 *i_1 *r_2 *cp_1 *ne_2 *tf_1 *ta_1 *tt_1 *s_1

Gratificante, por poder ajudar na recuperação de pacientes completamente dependentes da sua assistência. Para mim é uma grande responsabilidade. Uma responsabilidade compartilhada com toda equipe. Gratificante, mas ao mesmo tempo psicologicamente e fisicamente desgastante ao profissional. Penso que o conforto na assistência de enfermagem está presente nos cuidados mais simples aos mais complexos. Sendo os mais simples, aqueles cuidados de rotina: a manutenção da higiene do paciente, o controle da dor, a orientação quanto ao seu quadro clínico e prognóstico, etc. E os mais complexos, aquele que envolve as medidas de conforto ao doente crônico ao fim da vida. Sim, tento me por no lugar do paciente. E penso em como poder tornar menos desconfortável sua permanência no hospital. Complexo. requerendo observação contínua. Sim, penso que quanto mais crítico o paciente se torna, maior deve ser o nível de atenção e também maior é a quantidade de intervenções prestadas a ele sejam elas no intuito de prevenir ou reverter acidentes. Sim, num contexto multidisciplinar. Deixando o paciente com boa adaptação a ventilação mecânica; com sedação adequada, modo ventilatório e parâmetros adequados; realizando o despertar diário para realização de desmame ventilatório; mantendo vias aéreas livres de secreções, orientando e tranquilizando o paciente quanto a necessidade da intubação e possibilidade de extubação, assim que possível, também no pré-operatório quando for o caso; manter a boa fixação do tot e tqt, avaliando as alterações ventilatórias continuamente. Então que a ventilação mecânica temporariamente assume a função que os pulmões tem. Sendo, portanto,

parte do paciente e parte da avaliação do enfermeiro. Descrevo como essencial ao cuidado de enfermagem ao paciente.

**** *n_28 *s_2 *i_2 *r_1 *cp_1 *ne_2 *tf_2 *ta_1 *tt_1 *s_1

Para mim é algo de muita responsabilidade. Você é responsável pela vida de uma pessoa, porque ela está sob os seus cuidados e qualquer erro pode levar ao agravamento do quadro dela. Eu gosto muito de terapia intensiva. Como eu falei antes muita responsabilidade. É difícil no início, quando você não tem a experiência no setor você fica com medo de tudo, medo de prejudicar ao invés de ajudar, medo de errar... depois que você se acostuma com a unidade fica mais fácil. Eu acho que é a base da nossa assistência, ela é toda voltada para manter o paciente com saúde e confortável, com bem_estar. Nós da enfermagem devemos proporcionar isso ao paciente, esse bem_estar, muitas vezes tão difícil...Eu valorizo, sempre busco atuar de forma a proporcionar o bem_estar do paciente. É difícil, são pacientes graves, que precisam de atenção redobrada. O manuseio é mais difícil, a comunicação está prejudicada... é complicado cuidar assim mas é bom, principalmente quando vemos a recuperação dia a dia. Sem dúvidas, são situações bem diferentes. Geralmente o paciente fora da prótese é menos dependente, consegue verbalizar suas necessidades, dessa forma conseguimos presta uma assistência mais voltada para a real necessidade do paciente. O paciente que está na prótese, tá sedado, não sabemos se o cuidado está sendo bom ou não, se a posição é a mais confortável, se o ambiente está confortável, se ele tem fome ou sede...Não sei se influencia na qualidade do cuidado, acho que não, tento prestar uma assistência de qualidade independentemente das condições do paciente, mas o ventilador dificulta alguns cuidados, a mobilização é um deles... transportar e mover um paciente na prótese é mais chato. Dificulta porque ele não fala, essa coisa de não poder falar o que precisa é tão ruim...Acredito que sim, sempre trabalho buscando esse bem_estar. Agora se ele está confortável ou não... a certeza nós não temos. Eu cuido do tubo, da fixação, da posição, se ele está incomodado vai morder... eu cuido, uso a guedel, sempre aspiro bem, cuido pra fixação não machucar... tem outros cuidados, a higiene geral do corpo, me preocupo com os cabelos, devem ser limpos também. A posição no leito, o tubo não pode repuxar. Tem muita coisa, até o clima do setor, sempre acho que eles sentem muito frio, quero aquecer todo mundo. Acredito que por um momento é parte do paciente, algo que está dentro dele e se exterioriza e precisamos cuidar dele como se fosse o paciente, ele tem que estar funcionando bem, tem que estar limpo, tem que saber manipular... ele é a vida do paciente naquele momento. Representa... não sei. Eu penso sempre que ele tem que estar com a face me passando tranquilidade, claro que tem o monitor, os sinais... mas o paciente te passa com a fisionomia se está confortável, é difícil isso. Eu tento me ver no lugar dele e penso se ele está bem ou não daquele jeito, mas é difícil.

**** *n_29 *s_2 *i_4 *r_4 *cp_1 *ne_1 *tf_3 *ta_3 *tt_1 *s_1

É um trabalho bem complexo, intenso e pronto para qualquer intercorrência, atuo inicialmente sabendo a história do cliente, fazendo exame físico, executando e orientando tratamento, aos técnicos de enfermagem e quando possível aos enfermos. Manter pensamento crítico, analisando problemas e encontrando soluções. Educação em saúde aos profissionais e apoio aos familiares. São atividades de alta complexidade que necessita de constante atualização e conhecimento científico. O aspecto humano do cuidado de enfermagem é quase que esquecido o tanto de tarefas necessárias para atuar, porém procuro estar sempre atenta a isso dando conforto ao cliente em vários aspectos físico, ambiental e emocional. Estou sempre visualizando o conforto do cliente na assistência, conversando com o cliente se possível, posições corretas de conforto no leito e sempre pensando em prevenção de iatrogenia. Cuidar de cliente com ventilação_mecânica, os cuidados são intensos e complexos, precisa ter vigilância constante, monitorizar a saturação de oxigênio, aspiração de secreções, higiene oral , troca de fixação do tot e tqt, controle do balonete, mobilização no leito, observar o circuito do ventilador, controle de infecção e desmame. Diferença entre cuidar de clientes com ventilação_mecânica e espontânea, na ventilação_mecânica os cuidados da enfermagem são mais complexos e existe a dificuldade de mobilização, esta é mais cuidadosa, e o conforto fica mais ao nosso cargo, no caso de cliente sedados, são vários os cuidados objetivando o conforto, aspiração, troca de fixação dos tubos, sem ferir o cliente, posição do tot, tentativa de comunicação se não estiver sedado. Na espontânea o cliente solicita suas necessidades, junto com os nossos cuidados. É uma extensão do cliente porque nesse momento ele necessita deste aparelho para executar uma função vital. Todo cuidado ao mobilizar o cliente, fixação do tot e tqt, hidratação da pele , posicionamento adequado no leito, higiene oral , etc. Representação total em todos os cuidados com técnica e pensamento humanizado.

**** *n_30 *s_1 *i_2 *r_1 *cp_2 *ne_4 *tf_3 *ta_2 *tt_2 *s_1

Atuar em uma unidade de terapia_intensiva para mim, tem seu lado positivo e negativo: vendo o lado positivo é de enorme valia e gratidão ver período grave do doente e, depois seu período de convalescência e sua total recuperação e regeneração. Já o lado negativo é ver o que tudo que foi feito em prol do doente infelizmente não surtiu efeito pois nós homens, profissionais, somos limitados. Cuidar de um paciente totalmente enfermo me faz muitas vezes refletir, não só naquele momento com o paciente, mas sim diariamente. A dúvida de até aonde ir, porque ir, quando ir, e quando parar, ou até mesmo em que podemos investir de forma consciente para propor ao paciente o conforto mais adequado e seguro. Então o cuidado é técnico, invasivo, que muitas vezes provoca dores, mas apesar de todo sofrimento e angustia muitos pacientes em estado crítico aceita essa forma de assistência intensiva, porque reconhece ser essa forma e maneira de cuidar e que não os deixa morrer. O conforto na assistência de enfermagem ao paciente vai depender das condições físicas e necessárias, respeitando as especificidades de cada setor e doente e suas patologias e etiologia que vai desde o : conforto, segurança, promoção à saúde e higiene e outros riscos que poderá sofrer mediante suas vulnerabilidades física e psicológica ocasionada pela sua enfermidade. Lógico, o conforto assistencial é de suma importância, seja a pacientes de pequena, média ou alta complexidade. Pois o método assistencial poderá acelerar de forma precoce sua recuperação e sua estabilização hemodinâmica. O cuidado sempre tem que ser cauteloso à pacientes em dependência de ventilação_mecânica, pois vai exigir do profissional de enfermagem um olhar extremamente atento e preciso em sua observação. Agindo totalmente com maestria em suas realizações. O paciente por sua vez encontra-se em insuficiência_respiratória. A ventilação_mecânica é um aparelho capaz de administrar oxigênio em pacientes impossibilitados de respirar ou quando essa atividade é realizada de modo exaustivo. A diferença nos cuidados à pacientes em ventilação_mecânica e espontânea é exorbitante. Pois o próprio nome já diz espontânea, natural, respiração que parte do princípio lógico e natural para funcionamento do organismo. Já a ventilação_mecânica ou artificial é um suporte_de_vida, é um aparelho muito utilizado em terapia_intensiva, e tem como função dar suporte de oxigênio a pacientes impossibilitados de respirar de forma espontânea ar ambiente. Sendo um sustento aos tratamentos a patologias de base pelo tempo que for necessário para reversão do seu quadro. Pacientes que respiram artificialmente, o cuidado de enfermagem tem repercussões importantes no quadro clínico, pois a observação deve ser sistemática haja vistas as complicações desse método em vários órgãos. Os cuidados devem ser planejados a fim de permitir a implementação de intervenções de enfermagem adequadas como: higiene, conforto, mudanças de decúbito, aspirações sempre que necessárias e mantendo em posições que facilitam a acomodação do respirador_mecânico. Sim, porque se trata de um equipamento moderno com grandes avanços tecnológicos aplicado a saúde, que tem como finalidade promover a ventilação e a oxigenação adequadas a pacientes com incapacidade muscular causadas por fatores etiológicos diversos que os impedem de manter a ventilação_espontânea. Fazer higiene como de costume, respeitando sempre as diretrizes que formalizam a profissão de enfermagem. Trocar a fixação da cânula orotraqueal a cada 24 horas ou sempre que necessário, monitorar a saturação_de_oxigênio, frequência_cardíaca, frequência_respiratória continuamente, aspirar vias_aéreas inferiores quando houver queda da saturação, desconforto respiratório, presença de secreções visíveis no tubo, aspirar vias aéreas superiores e realizar higiene bucal com solução antisséptica e promover mudança de decúbito se não houver restrições.

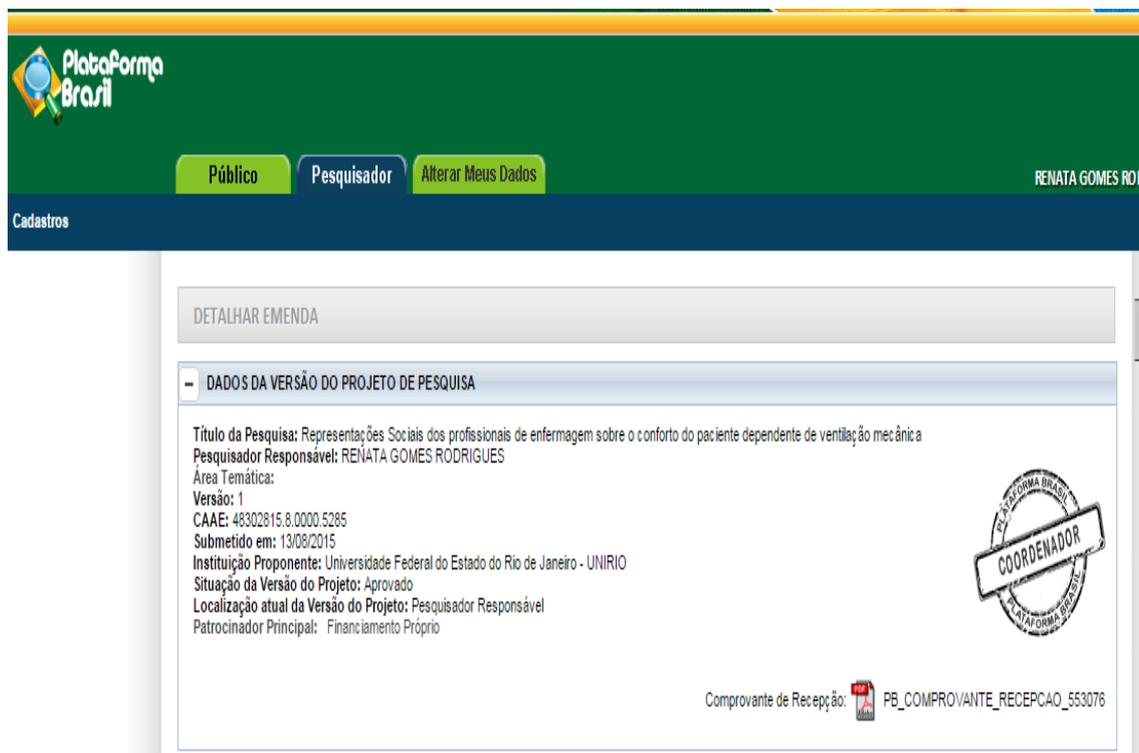
**** *n_31 *s_2 *i_2 *r_1 *cp_1 *ne_2 *tf_4 *ta_3 *tt_2 *s_1

Por ser uma unidade composta por pacientes de alta complexidade, atuar na uti exige do profissional de saúde, um olhar diferenciado, uma busca por conhecimento e atualização pertinentes a esse meio. O paciente crítico exige do profissional de enfermagem um cuidado intenso e atento, visando seu restabelecimento e conforto durante toda sua permanência na uti. Proporcionar conforto ao paciente_crítico é dever do profissional de enfermagem, que tem sob sua responsabilidade, um ser que encontra-se com suas necessidades básicas comprometidas, carente de cuidados e atenção. O paciente dependente de ventilação_mecânica está entregue aos nossos cuidados, que devem ser habilidosos, uma vez que, qualquer deslize, uma vida se coloca em risco. Diferente do paciente que ventila sem auxílio de aparelhos, os dependentes de ventilador_mecânico necessitam de maior cuidado, visando a prevenção de infecções respiratórias e a manutenção de uma de suas necessidades básicas comprometida nesse momento, que é a respiração. A presença do ventilador_mecânico pode influenciar no cuidado prestado pelo profissional de enfermagem,

exigindo zelo e maior atenção com a finalidade de evitar qualquer iatrogenia. Porém não deve ser fator que impeça a promoção do conforto, devendo o profissional de enfermagem atuar de forma eficaz, garantindo o cuidado e segurança ao paciente crítico.

9. ANEXO A

1. Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos



The screenshot displays the 'Plataforma Brasil' web interface. At the top, there is a green header with the logo and navigation buttons for 'Público', 'Pesquisador', and 'Alterar Meus Dados'. The user 'RENATA GOMES RODRIGUES' is logged in. Below the header is a dark blue bar with the word 'Cadastros'. The main content area is titled 'DETALHAR EMENDA' and contains a section for 'DADOS DA VERSÃO DO PROJETO DE PESQUISA'. The project details are as follows:

- Título da Pesquisa: Representações Sociais dos profissionais de enfermagem sobre o conforto do paciente dependente de ventilação mecânica
- Pesquisador Responsável: RENATA GOMES RODRIGUES
- Área Temática:
- Versão: 1
- CAAE: 48302615.8.0000.5285
- Submetido em: 13/08/2015
- Instituição Proponente: Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro - UNIRIO
- Situação da Versão do Projeto: Aprovado
- Localização atual da Versão do Projeto: Pesquisador Responsável
- Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

On the right side of the details, there is a circular stamp that reads 'COORDENADOR' and 'PLATAFORMA BRASIL'. At the bottom right, there is a PDF icon and the text 'Comprovante de Receção: PB_COMPROVANTE_RECEPCAO_553076'.