



**Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro - UNIRIO**

**Centro de Ciências Biológicas e da Saúde - CCBS**

**Programa de Pós-Graduação em Enfermagem - PPGENF**

**Mestrado – 2018**

**Autora: Fabrícia Conceição de Carvalho**

**Orientador: Prof Dr Carlos Roberto Lyra da Silva**

**ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM FRENTE A TECNOLOGIA DURA EM  
UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA: ESTUDO A LUZ DA TEORIA DO  
CONFORTO**

**Rio de Janeiro**

**2018**

**FABRÍCIA CONCEIÇÃO DE CARVALHO**

**Linha de Pesquisa: “Enfermagem: Saberes e Práticas de Cuidar e Ser Cuidado”**

**Projeto de pesquisa: “O conforto (im)possível a partir dos cuidados de enfermagem  
frente às tecnologias pesadas em UTI”**

**ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM FRENTE A TECNOLOGIA DURA EM  
UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA: ESTUDO A LUZ DA TEORIA DO  
CONFORTO**

**FABRÍCIA CONCEIÇÃO DE CARVALHO**

**Rio de Janeiro**

**2018**

# **FABRÍCIA CONCEIÇÃO DE CARVALHO**

## **Assistência de enfermagem frente a tecnologia dura em unidade de terapia intensiva: estudo a luz da teoria do conforto**

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**

Prof Dr Carlos Roberto Lyra da Silva  
Presidente

Prof Dra Isabelle Cristinne Pinto Costa  
Primeira Examinadora

Prof Dr Roberto Carlos Lyra da Silva  
Segundo Examinador

Prof Dr Thiago Quinellato Louro  
Primeiro Suplente

Prof Dr Cristiano Bertolossi Marta  
Segundo Suplente



*“O sofrimento não é um sintoma, nem é um diagnóstico, mas uma experiência humana muito complexa.”*

Antônio Barbosa (2003)

## **AGRADECIMENTOS**

Ao Mestre dos mestres, por ter sido o meu cajado e minha bússola durante os momentos de queda e provações que me acometeram este ano.

Ao meu filho Luís Paulo, por sua presença durante 15 semanas as quais me ensinaram os desafios da maternidade real e o sentimento verdadeiro do amor: doação e abnegação sem esperar algo em troca.

À minha família, em especial minha mãe e irmã, por sempre acreditarem em meu potencial.

Ao meu orientador, professor Dr Carlos Roberto Lyra da Silva pela atenção, paciência e conhecimento na área de conforto em UTI.

Aos professores Dra Isabelle, Dra Solange e Dr Thiago pela atenção, correções e sugestões que corroboraram para a melhoria do meu trabalho.

Aqueles que, de alguma forma, contribuíram para a conclusão deste trabalho: Luís Carlos e Rebeca.

Aos participantes desta pesquisa, profissionais técnicos e enfermeiros que dedicaram parte de seu tempo às entrevistas e agregaram valor a este trabalho.

Aos amigos, que sempre me deram força para que a conclusão deste trabalho fosse possível, em especial: Jeane D'Arc de Barros Sampaio e Josiane Silva.

## RESUMO

CARVALHO, Fabrícia Conceição de. **ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM FRENTE A TECNOLOGIA DURA EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA: ESTUDO A LUZ DA TEORIA DO CONFORTO. 2018.** Dissertação (Mestrado Acadêmico em Enfermagem) – Escola de Enfermagem Alfredo Pinto, Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2018.

A tecnologia na UTI favorece para a racionalidade do cuidado. Sendo objeto deste estudo a tecnologia dura, a proposta de pesquisa é avaliar como o cuidado de enfermagem ocorre nesse ambiente sob a luz do conforto. Objetivos: analisar as consequências da tecnologia dura para o cuidado de Enfermagem numa perspectiva relacional, destacar sinais compatíveis com desconforto no monitor multiparamétrico identificados por profissionais de enfermagem, identificar ações de enfermagem que caracterizem promoção de conforto para cliente crítico em UTI. Metodologia: estudo descritivo-exploratório com abordagem quantiquantitativa realizado em unidades de terapia intensiva adulto de dois hospitais particulares em Resende-RJ. Os hospitais cujos nomes fictícios foram A e B possuem, respectivamente: 19 técnicos de enfermagem e 06 enfermeiros, 20 técnicos de enfermagem e 7 enfermeiros. A amostra foi constituída por 36 profissionais de enfermagem, sendo 07 enfermeiros e 29 técnicos de enfermagem. Todos os participantes que se enquadraram nos critérios de inclusão foram convidados a participarem da pesquisa de forma voluntária, conforme a Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde/ Ministério da Saúde (BRASIL, 2012). Os critérios de exclusão foram: enfermeiros e técnicos de enfermagem que não atuem em UTI, ou estavam ausentes por motivo de férias ou licença médica no período da coleta dos dados realizada em 15 de janeiro de 2018 a 20 de maio de 2018. Resultados: este estudo revelou que apesar da tecnologia dura ser necessária no ambiente de UTI, alguns profissionais de enfermagem a percebem como um fator negativo para a proximidade da equipe de enfermagem ao paciente, pois alegam que após sua inserção não mais se aproximam do cliente para aferir sinais vitais ou obter parâmetros pois a máquina já os exibem. Além de afirmarem que a fidedignidade da aparelhagem de UTI promove excesso de confiabilidade e consequente comodismo para não avaliar clinicamente o doente. Os profissionais de enfermagem identificam sinais de desconforto no monitor multiparamétrico quando o paciente apresenta: hipo ou hipertensão, frequência respiratória ou cardíaca alteradas, desequilíbrio da temperatura e da saturação de oxigênio. Ações de enfermagem para essas descompensações foram mencionadas objetivando o conforto: mudança de decúbito, massagem, analgesia prescrita, aspiração, nebulização, toque, conversa, chamar o médico para avaliação, diminuir ruídos do ambiente. Conclusão: Conclui-se que a formação excessivamente biomédica, dimensionamento de pessoal ineficaz, educação permanente em humanização deficiente, tecnicismo do ambiente, rotinas e protocolos que burocratizam o serviço, além da sobrecarga de trabalho foram levantados como óbices ao cuidado integral. A tecnologia dura, pelo impacto que traz à qualidade assistencial, foi tomada como obstáculo para o aspecto relacional do cuidado de enfermagem, uma vez que para cuidados diretos, exceto os manuais como banho, troca fralda e curativos, os entrevistados justificaram que as telas dos equipamentos já exibem o que antes, era necessário ser mensurado e coletado à beira-leito. Ações de cuidado para o conforto são reduzidas à dimensão física, anulando as dimensões ambientais, sociais e psicoemocionais de conforto. Refletir sobre o conforto e suas dimensões como objetivo do cuidado é preponderante para dirimir o tecnicismo da UTI.

**Palavras-chave:** Enfermagem de cuidados críticos. Tecnologia. Cuidados críticos.





## ABSTRACT

CARVALHO, Fabrícia Conceição de. **NURSING ASSISTANCE AGAINST HARD TECHNOLOGY IN INTENSIVE THERAPY UNIT: STUDY THE LIGHT OF COMFORT THEORY. 2018.** Dissertation (Nursing Master's Degree) - Alfredo Pinto Nursing School, Federal University of the State of Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2018.

The technology in the ICU favors the rationality of care. Being the object of this study the hard technology, the research proposal is to evaluate how the nursing care takes place in this environment under the light of comfort. Objectives: To analyze the consequences of hard technology for Nursing care from a relational perspective, to highlight signs compatible with discomfort in the multiparametric monitor identified by nursing professionals, and to identify nursing actions that characterize the promotion of comfort for a critical client in the ICU. Methodology: descriptive-exploratory study with a quantitative approach performed in adult intensive care units of two private hospitals in Resende-RJ. The hospitals whose fictitious names were A and B have, respectively: 19 nursing technicians and 06 nurses, 20 nursing technicians and 7 nurses. The sample consisted of 36 nursing professionals, of whom 07 were nurses and 29 were nursing technicians. All participants who met the inclusion criteria were invited to participate voluntarily, according to Resolution 466/2012 of the National Health Council / Ministry of Health (BRAZIL, 2012). Exclusion criteria were: nurses and nursing technicians who did not attend the ICU or were absent due to vacations or medical leave during the period of data collection held from January 15, 2018 to May 20, 2018. Results: this study revealed that although hard technology is necessary in the ICU environment, some nursing professionals perceive it as a negative factor for the proximity of the nursing team to the patient, because they claim that after insertion they no longer approach the client to check vital signs or obtain parameters as the machine already display them. In addition to affirming that the trustworthiness of the ICU apparatus promotes an excess of reliability and consequent convenience to not evaluate the patient clinically. Nursing professionals identify signs of discomfort in the multiparameter monitor when the patient presents: hypo or hypertension, altered respiratory or cardiac rate, imbalance of temperature and oxygen saturation. Nursing actions for these decompensations were mentioned aiming at comfort: change of decubitus, massage, prescribed analgesia, aspiration, nebulization, touch, conversation, call the doctor for evaluation, reduce environmental noise. Conclusion: It is concluded that excessively biomedical training, ineffective staffing, permanent education in humanization deficient, technicality of the environment, routines and protocols that bureaucracy the service, as well as the overload of work were raised as obstacles to integral care. The hard technology, due to the impact it brings to the care quality, was taken as an obstacle to the relational aspect of nursing care, since for direct care, except manuals such as bath, diaper change and dressings, the interviewees justified that the equipment already exhibits what before, it was necessary to be measured and collected at the bedside. Care actions for comfort are reduced to the physical dimension, nullifying the environmental, social and psycho-emotional dimensions of comfort. Reflecting on comfort and its dimensions as a goal of care is preponderant to solve the technicality of the ICU.

**Keywords:** Critical Care Nursing. Technology. Critical Care.

## LISTA DE FIGURAS

**Figura 1** Dendograma da classificação hierárquica descendente do corpus textual...34

## LISTA DE GRÁFICOS

<b>Gráfico 1</b>	Distribuição dos participantes da pesquisa conforme sexo.....	37
<b>Gráfico 2</b>	Distribuição dos participantes da pesquisa conforme a experiência profissional.....	33

## LISTA DE TABELAS

<b>Tabela 1</b>	Classe 2 – corpus textual 1.....	40
<b>Tabela 2</b>	Classe 1 – corpus textual 1.....	42
<b>Tabela 3</b>	Classe 4 – corpus textual 1.....	43
<b>Tabela 4</b>	Classe 5 – corpus textual 1.....	47
<b>Tabela 5</b>	Classe 3 – corpus textual 1.....	49
<b>Tabela 6</b>	Classe 6 – corpus textual 1.....	50

## **LISTA DE SIGLAS**

<b>CHD</b>	Classificação Hierárquica Descendente
<b>RH's</b>	Recursos Humanos
<b>TCLE</b>	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
<b>UCE</b>	Unidade de Contexto Elementar
<b>UCI</b>	Unidade de Contexto Inicial
<b>UTI</b>	Unidade de Terapia Intensiva

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>CONSIDERAÇÕES INICIAIS .....</b>	<b>15</b>
<b>2</b>	<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>18</b>
2.1	Contextualização do tema e emersão do objeto de estudo a partir do problema.....	18
2.2	Questões-norteadoras .....	21
2.3	Objetivos do estudo .....	22
2.4	Justificativa e relevância do estudo .....	22
<b>3</b>	<b>REVISÃO DE LITERATURA .....</b>	<b>24</b>
3.1	As tecnologias em saúde.....	21
3.2	Histórico da tecnologia dura em Unidade de Terapia Intensiva.....	21
3.3	Teoria do Conforto .....	26
3.4	Categorização de conforto.....	27
<b>4</b>	<b>METODOLOGIA .....</b>	<b>29</b>
4.1	Tipo de pesquisa.....	29
4.2	Cenário .....	29
4.3	Participantes da pesquisa.....	30
4.4	Coleta de dados .....	30
4.5	Análise dos dados .....	31
4.6	Iramuteq.....	32
4.7	Preparo do corpus textual .....	34
4.8	Aspectos éticos .....	30
<b>5</b>	<b>APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS .....</b>	<b>36</b>
5.1	Caracterização dos participantes da pesquisa.....	36
5.2	Perspectivas originadas a partir do objeto estudado.....	38
5.3	A tecnologia dura no cuidado.....	52
5.4	O conforto no ambiente tecnológico de UTI.....	58
<b>6</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>60</b>
	<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>70</b>

<b>APÊNDICE .....</b>	<b>74</b>
Apêndice A .....	74
Apêndice B .....	70
Apêndice C .....	71
<b>ANEXOS .....</b>	<b>100</b>
Anexo A.....	100

## 1 CONSIDERAÇÕES INICIAIS

Na graduação em Enfermagem realizada na Universidade Presidente Antônio Carlos – UNIPAC, obtive grande afinidade pela disciplina de Terapia Intensiva em Saúde do Adulto, decidindo estudá-la, com maior profundidade, na pós-graduação *latu sensu* do Instituto Israelita de Ensino e Pesquisa Albert Einstein. Neste curso foi perceptível a irrefutabilidade das tecnologias duras – próteses ventilatórias, cardiocirculatórias e renais, monitores e demais equipamentos eletrônicos – quanto à sua atuação na fisiopatologia humana para salvar vidas.

Porém, devido à ausência de abordagem em sala de aula sobre a relação profissional/máquina/paciente quanto à humanização do cuidado, fui para o estágio curricular na Unidade de Terapia Intensiva (UTI) Adulto do Hospital Israelita Albert Einstein (HIAE) com essa inquietação, que se intensificou por meio de aparente observação da equipe de enfermagem dando maior atenção à tecnologia dura enquanto prestava cuidados diretos ou indiretos aos clientes enfermos; esta observação se fez após visualizar que os profissionais, durante os procedimentos, voltavam seu olhar somente para as interfaces cardioventilatórias, monitores e bombas infusoras, como se existisse ali somente um corpo receptor de cuidados sem qualquer expressividade. Sobre a terminologia “tecnologia dura” Merhy a define como equipamentos tecnológicos (máquinas), normas e estruturas organizacionais (ARAÚJO, 2017).

É inegável a aplicabilidade da tecnologia dura na sociedade contemporânea, em especial, na sociedade médica; porém é questionável se ela está afetando nossas relações humanas, nos distanciando da subjetividade importante no cuidado assistencial, além de impactar no principal objetivo do cuidado de enfermagem: o conforto. Porquanto, é de fundamental importância (re) pensar sobre ela em nosso mundo de ser e agir em saúde, trazendo à tona seu objetivo na atenção hospitalar.

Indagar sobre o cuidado humanizado e o cuidado automatizado que circundam a vivência cotidiana no ambiente tecnológico de saúde, para que tal questionamento nos aproxime da reflexão crítica sobre nossa atuação enquanto profissionais de saúde. Ponderar o ambiente de UTI e a mão-de-obra especializada quanto ao que deve ser um holismo assistencial, e não somente o puro racionalismo médico.

Na atualidade hospitalar, encontramos a máquina como acessório temporário ou permanente do corpo humano para objetivar a saúde ou sua melhora, a exemplo: próteses de membros, stents coronarianos, marcapassos, aparelhos auditivos, ventiladores mecânicos, máquinas de diálise.



Tais acessórios promovem um humano que não é mais puramente biológico, mas uma associação do organismo biológico com a máquina: o organismo híbrido (LOURO, 2010). Sobre o organismo biológico que cuida do organismo híbrido e a simbiose entre máquina e homem nas relações de cuidado, fica clara a importância de debates e pesquisas sobre a tecnologia dura na assistência médico-hospitalar, destacando as consequências de sua inserção nos cenários como os de UTI, nas ações de saúde, no ato de cuidar, bem como na relação entre profissional e cliente.

Uma vez que, a tecnologia dura tem se tornado objeto cada vez mais frequente de estudo e atenção na busca de segurança e qualidade assistencial, sendo significativa para avanços em diagnósticos e tratamentos. Logo, sua complexidade quanto ao domínio de conhecimento e técnica tem promovido uma gama de responsabilidades, rotinas e protocolos que burocratizam a assistência, o que supostamente afeta as relações existentes no cuidado tornando-as específicas para buscas de resoluções de problemas e alterações biológicas.

Quanto a isso, se faz urgente refletir sobre a atuação dos profissionais de saúde que escolheram o ofício de cuidar do outro em sua totalidade, e não em sua parte; pois escolher atender a doença é diferente de acolher o humano durante seu adoecimento, que não se reduz ao sofrimento físico.

Sobre as profissões de saúde, a enfermagem tem importância em todas as áreas de atuação porque é responsável por manter a integridade e segurança do cliente mediante ações de cuidado preventivo e curativo. Em locais que exijam sua presença por 24 horas, como as UTI's, os profissionais de enfermagem são desafiados a deterem o saber técnico que responda à complexidade exigida pelo paciente crítico e à tecnologia envolvida em seu tratamento, além da sensibilidade, empatia e discernimento sobre as demandas do cliente.

Assim, toda a classe de enfermagem deverá ter em mente que seu foco é o cuidado que objetiva o restabelecimento da saúde, sua integridade, o bem-estar e o conforto do cliente. Quando falamos em conforto, este visa o atendimento das necessidades humanas básicas e não somente o alívio de dor, sofrimento físico. Portanto, a formação em saúde, um processo contínuo que perdura por toda a atividade acadêmica e profissional, deve se pautar na busca de conhecimentos que visem a totalidade do ser humano, não somente a biologia de seu organismo. Trabalhos que visem esclarecer a importância do olhar sobre o conforto no cuidado humano, envolvendo as tecnologias em saúde inclusive o desafio da tecnologia dura, como este, são necessários.



## 2 INTRODUÇÃO

### 2.1 Contextualização do tema e emersão do objeto de estudo a partir do problema

O ambiente de UTI devido ao seu aparato tecnológico e mão-de-obra especializada favorecem para a racionalidade do cuidado. Sobre esse ambiente, Medeiros et al. (2016) o descrevem como um setor em que se realizam atividades complexas para tratamento de clientes críticos e que devido a essa complexidade, há enaltecimento da tecnologia em detrimento ao fator humano.

Acerca da tecnologia, Merhy a categoriza em três valises: na primeira valise, se encontram instrumentos (tecnologia dura): equipamentos e máquinas; na segunda valise, o saber técnico-estruturado (tecnologia leve-dura); na terceira valise, incluem-se as relações ocorridas em encontros de sujeitos que se materializam em ato (tecnologias leves) (EYGO; TEIXEIRA; FERNANDES, 2016).

A tecnologia dura, indubitavelmente, trouxe avanços em diversos campos da sociedade, em especial, no hospitalar corroborou para recuperação da saúde e prolongamento do tempo de vida, porém observa-se uma automatização das relações humanas que circundam a máquina, sendo questionável seu porquê e se é característica negativa para o cuidado humano.

Para Reis, Sena e Fernandes (2016), face à modernização da UTI, a despersonalização nas relações de cuidado tem ocorrido e a prioridade nos procedimentos de alta complexidade, apesar de importantes, têm potencializado o distanciamento de um cuidado humanizado.

Para Souza et al. (2018), a tecnologia dura pode omitir elementos da subjetividade do cliente, tornando-os cada vez mais irrelevantes para diagnósticos e elaboração de terapias, favorecendo uma imagem cada vez mais precisa da doença por meio de evidências numéricas e gráficas.

No que tange aos elementos da subjetividade que fazem parte do cuidado, como: tocar, conversar e ouvir o cliente que está à sua frente, estes são negligenciados pelo dia-a-dia de unidades críticas envolvidas por rotinas e atividades complexas (CAVALCANTE et al., 2015).

Cavalcante et al. (2015) relatam que para alguns profissionais, os clientes críticos e sedados estão impossibilitados de comunicação e incapazes de qualquer expressão, o que

negligencia a dimensão social e psicoespiritual do cuidado, corroborando para um dilema ético e moral.

Souza (2018) afirma que a tecnologia deve ser norteadada por princípios humanísticos do cuidado, pois repercute na atuação do enfermeiro, e que nunca deverá se sobrepor à dimensão humana do cuidar.

Sobre humanização em UTI, o dia-a-dia complexo promove nos profissionais distanciamento da subjetividade – tocar, ouvir, sendo difícil tais atitudes devido ao ambiente tecnológico preponderante (MASCARENHAS; RODRIGUES, 2017).

Destarte, humanização é conceituada à luz da gramática portuguesa por Ferreira (2018) como “tornar humano, dar condição humana, tornar benévolo, afável, tratável, fazer adquirir hábitos sociais polidos, civilizar.” Para Mendonça et al. (2016), humanização é inerente ao humano, não sendo possível associá-la como característica do cuidado, mas identificá-la como intrínseca à condição de todo sujeito que cuida.

Evangelista et al. (2016) afirmam que cuidado humanizado não deve objetivar somente a esfera técnica, mas promover uma prática que considere o sujeito e sua integralidade por meio de empatia, sensibilidade e comunicação.

As conceituações supracitadas permitem a reflexão sobre o que é humanizar e sua pertença ao cuidado, atentando para a evidência do biológico sem desvincular a subjetividade. Sendo assim, o cuidado humanizado conjectura a atenção ao indivíduo que está em vulnerabilidade em seus aspectos de corporeidade humana e sensibilidade/expressividade.

No Brasil, humanizar tornou-se tão importante e de preocupação governamental que foi edificada como política assistencial, por meio da Política Nacional de Humanização – Humaniza SUS existente desde 2003, que assume o compromisso com princípios de integralidade e protagonismo no cuidado, trazidos também em ato constituinte através da Lei Orgânica Nº 8080/90 do Sistema Único de Saúde – SUS (BRASIL, 2010).

Na prática hospitalar, em especial, no cenário tecnológico de Terapia Intensiva, a humanização da assistência tem sido alvo de pesquisa acerca de sua materialização nas relações entre profissional e cliente, pois se identifica a verticalização do cuidado.

A esse respeito, Evangelista et al. (2016) retratam que a esfera humanista da assistência está sendo desconstruída pela fragmentação – a técnica como principal e a organização da equipe de trabalho somente por especialidades – o que limita a humanização e maximiza o tecnicismo.

Medeiros et al. (2016) observaram que a equipe de saúde envolvida no cuidado ao doente crítico reconhece a exigência técnica e afetiva deste cuidado, todavia atravessa um

trabalho mecanizado e burocratizado, cujo modelo biomédico é limitante às necessidades totais do cliente.

Depreende-se que um cuidado humanizado, cuja internalização é tão somente humana, encontra óbices para seu *modus operandi* e sua caracterização na oferta de terapêutica com qualidade, pois depende de recursos materiais (objetivos) e humanos (subjetivos), sendo esses últimos influenciados pelo tecnicismo hegemônico na busca da cura e não do cuidado em si.

De acordo com Cruz e Cunha (2015, p.150): cuidar do outro “não significa apenas assistência médica. Cuidar é acolher o sofrimento, ouvir suas dúvidas, angústias e, principalmente, compreender a demanda que aquele usuário chega até o local onde está sendo atendido.” Portanto, o assistir de um cliente deve ser permeado pelo acolhimento de sua singularidade, de sua história de vida, anseios, dúvidas e expressões, bem como a prática dessa assistência visar bem-estar e conforto.

A esse respeito, o acolhimento no cenário de UTI deve ser analisado, uma vez que a tecnologia, a técnica e a especialidade imperantes promovem a verticalização que fragiliza a relação profissional/cliente, tornando-a distante, puramente objetiva e curativa. Portanto, (re) pensar sob a perspectiva relacional do cuidado é urgente e necessário porque a fragilidade inerente a qualquer processo saúde/doença, ganha impacto quando o objetivo assistencial é limitado ao problema em vez das necessidades do paciente.

Em relação ao conforto, este é concebido como objetivo no cuidado de enfermagem, sendo atingido quando há atendimento das necessidades humanas básicas representadas pela holística dos contextos físico, psicoespiritual, sociocultural e ambiental do cliente (PONTE; SILVA, 2015).

Conforto e desconforto devem estar explícitos na valorização pela enfermagem da expressividade corpórea do cliente em seus cinco sentidos (MEDEIROS et al., 2014). Logo, observação sistemática do que o cliente expressa através de seu corpo, transcende o reducionismo tecnológico e favorece para o holismo na produção de cuidado.

A enfermagem é importante em todo o cenário hospitalar, mas na UTI é desafiada devido à complexidade da assistência neste ambiente. O uso da tecnologia pode se transformar em um obstáculo quando não se detém o conhecimento acerca de sua técnica e repercussões de sua utilização para o cuidado.

Matsuda et al. (2014), acerca do impacto da tecnologia na Enfermagem, discorrem que apesar dos indiscutíveis avanços científicos e tecnológicos, é observada fragilidade e distanciamento da assistência por enfermeiros que se envolvem em burocracias consequentes a esses avanços.

Para Medeiros (2016), a supervalorização da tecnologia associada ao estresse e rotina burocratizada automatizam o cuidado de enfermagem, uma vez que limitam o profissional no cerne de sua atuação assistencial fazendo com que seu enfoque seja apenas para resolução de problemas (curativismo); além do pensamento crítico sobre o prever situações e prover ações se obscurecer pelo cansaço cotidiano e dia-a-dia previsível.

O cuidado de enfermagem que visa ao conforto em unidades críticas é desafiador, mas não inexecutável; haja vista, ser prescrito e desempenhado por profissionais técnicos e enfermeiros cujos valores e essência devam se basear no suprimento das necessidades humanas básicas.

O modelo teórico de Wanda Horta fundamentado na Teoria das Necessidades Humanas Básicas de Maslow é a referência para o cuidado holístico de enfermagem ao paciente de UTI (SANTOS, 2017). Acerca deste cuidado, Oliveira (2013) refere que a dificuldade em promovê-lo se justifica pelos saberes e fazeres ainda centrados numa conduta prescritiva e biológica massificada por protocolos, rotinas e normas que não envolvem o sujeito.

Em uma era densamente científica e tecnológica, cuja proposta é de avanços em todos os setores da sociedade, em saúde, houve o prejuízo da subjetividade nas relações humanas a fim de se alcançar a segurança das ações por meio de uma objetividade centralizadora.

Ribeiro, Silva e Ferreira (2016) referem que o cuidado desempenhado na Terapia Intensiva, devido ao seu aparato tecnológico, pode supervalorizar a tecnologia que fará da ação tecnológica o modelo de cuidado pelo enfermeiro. Tal modelo deve ser questionado a partir de estudos como este, cujo objeto é: tecnologia dura.

## **2.2 Questões-norteadoras**

- Quais as consequências da tecnologia dura para assistência de Enfermagem numa perspectiva profissional-tecnologia?
- Como os profissionais de enfermagem identificam sinais compatíveis com desconforto no monitor multiparamétrico em cliente crítico?
- Quais as ações de Enfermagem para promoção de conforto para cliente crítico em UTI?

### 2.3 Objetivos do estudo

- Analisar as consequências da tecnologia dura para o cuidado de Enfermagem numa perspectiva relacional profissional-tecnologia.
- Destacar sinais compatíveis com desconforto no monitor multiparamétrico identificados por profissionais de enfermagem.
- Identificar ações de Enfermagem que caracterizem promoção de conforto para cliente crítico em UTI.

### 2.4 Justificativa e relevância do estudo

O cuidado humano envolve relações interpessoais circundadas por valores, crenças e hábitos influenciáveis pelo meio. A rotina no ambiente de UTI corrobora para a equipe de enfermagem agir, na maior parte do tempo, de forma biomédica em vez de holística, perdendo-se a significância do subjetivo do toque, da conversa e do ouvir o ser humano quando possível (BIDÔ et al., 2016).

A relevância da proposta desta investigação, principalmente como uma contribuição crítico-reflexiva para a Enfermagem Intensivista, reside na análise da influência da tecnologia dura na relação profissional de enfermagem-cliente, para que seja (re) pensado o agir do profissional de enfermagem numa perspectiva humanizadora e promotora de fazeres que se aproximem do todo do cliente crítico. Por conseguinte, o referido estudo foi desenvolvido com enfermeiros e técnicos de enfermagem. É mister destacar que se justifica também pelas lacunas na literatura de Enfermagem acerca de propostas de ações ou protocolos que minimizem o discurso do cuidado mecanicista consequente ao espaço densamente tecnológico de UTI.

Um estudo feito por Cavalcante et al. (2015) sobre conforto e comunicação nas ações de cuidado de enfermagem ao paciente crítico identificou que, atualmente as medidas de conforto e comunicação na humanização do cuidado continuam como retórica, distante da realidade dos usuários e trabalhadores da saúde.

Portanto, quiçá este estudo possa contribuir para a identificação dessa distância tão frequente no cenário tecnológico da UTI, demonstrando seus porquês e elencando propostas que configurem em um novo modo de cuidar neste ambiente.

Como conforto é meta pela Enfermagem em seus cuidados e um tema fortemente debatido, foi formulada a Teoria do Conforto pela enfermeira e professora Dra Katharine Kolcaba. Essa teoria, que embasa fortemente este estudo, utiliza um termo de histórico significado e associação com a Enfermagem desde a época de Florence Nightingale.

De acordo com a literatura que fundamentou essa proposta de pesquisa, conforto ainda é uma retórica no contexto tecnológico de ambientes críticos, fazendo-se emergente a necessidade de pesquisas que problematizem este cenário e promovam sugestões de práticas que envolvam sujeitos como protagonistas na ação de cuidar e ser cuidado.

A proposta deste estudo justifica-se ainda pela possibilidade de inserção do tema/problema na Linha de Pesquisa: “O Cotidiano da Prática de Cuidar” 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).



### 3 REVISÃO DE LITERATURA

#### 3.1 As tecnologias em saúde

A palavra tecnologia remete ao pensamento de trabalho/produção/máquina, corroborando para uma escravização do mundo das máquinas, mediante uma lógica separatista entre cuidado e trabalho. Também remonta às unidades especializadas como as de terapia intensiva, nas quais o ser humano é interligado a todo um aparato tecnológico, ou seja, a uma variedade de aparelhos sofisticados e complexos (CESTARI et al., 2015).

O avanço tecnológico na saúde é uma conquista sendo sua relevância inquestionável, porém refletida quanto à forma como utilizamos. O ato de promover conforto é intrínseco à prática de enfermagem e imprescindível ao cuidado humano, todavia minimizado perante às tecnologias em ambientes complexos (CAVALCANTE et al., 2015).

As tecnologias foram agrupadas por Mehry em três categorias:

Tecnologia dura: equipamentos, mobiliário permanente ou de consumo;

Tecnologia leve-dura: o saber estruturado na área da saúde, como clínica cirúrgica; Tecnologia leve: a comunicação e as relações interequipe e usuário. Essas categorias estão interfacetadas e constantes na prática de Enfermagem, embora limites entre ciência e tecnologia não estarem bem delimitados, podendo um se sobrepor ao outro (ARAÚJO et al., 2017).

O cuidado na lógica tecnológica exprime o pensar sobre a capacidade humana de inovação para modificar seu dia-a-dia na busca de melhores condições (LOURO, 2010).

Destarte, é preciso questionar a interferência do espaço tecnológico na dimensão do cuidado, visualizando a nitidez da assistência voltada para os recursos tecnológicos, comparada a assistência ao paciente, prejudicando o tempo dedicado a ações de conforto ao cliente (VIDAL, 2015).

Porquanto, estudos sobre as tecnologias em saúde nos remete a criticidade necessária sobre elas no ambiente de cuidado, bem como as interrelações existentes para que não haja sobreposição de alguma que possa afetar a assistência, como é o caso de espaços de unidade de terapia intensiva em que a tecnologia dura é preponderante.

### 3.2 Histórico da tecnologia dura na Unidade de Terapia Intensiva

Nos primórdios da Terapia Intensiva, os cuidados críticos e direcionados a cada paciente originaram-se com Florence Nightingale em 1854 durante a Guerra da Crimeia, por meio da separação dos pacientes mais graves que necessitavam de atendimento com observação constante em um núcleo especializado. O que à época, promoveu uma diminuição de 40% para 2% na taxa de mortalidade (BIDÔ et al., 2016).

Ainda que o cuidado baseado na observação constante do cliente tenha começado com Nightingale, foi em 1950 que ele se solidificou por meio da emergência das Unidades de Terapia Intensiva (UTIs) e o advento tecnológico (LOURO, 2010).

A terceira revolução industrial, denominada também de revolução informacional, ocorrida no século XX permeou a sociedade de avanços tecnológicos que estimularam a valorização do científico em detrimento do humano e sua subjetividade. Tais avanços atingiram a área da saúde pelos sistemas de informação e equipamentos eletroeletrônicos que promoveram benefícios quanto à eficácia e eficiência no combate e prevenção de várias doenças (ARAÚJO et al., 2017).

No Brasil, em 1960 surgiram as primeiras UTIs nas cidades de São Paulo e Rio de Janeiro, expandindo em 1970 por todo o país. Sendo criadas para cuidado contínuo e avançado aos clientes críticos, com risco de morte, utilizando recursos tecnológicos de ponta para suporte ou substituição de funções vitais do organismo humano (REZENDE; OLIVEIRA; FRIESTINO, 2017).

Neste período, o Hospital Sírio Libanês em São Paulo foi o pioneiro a possuir 10 leitos de UTI dotados de acessório tecnológico. A Unidade de Terapia Intensiva composta por tecnologias duras: máquinas e equipamentos sofisticados, recurso humano treinado, área física moderna objetiva a sobrevida do paciente crítico ou restauração de suas funções vitais (ARAÚJO et al., 2017).

Atualmente, as UTIs são essenciais no contexto hospitalar, necessitando de pessoal qualificado e materiais técnicos para um atendimento contínuo e centrado ao paciente grave (REZENDE; OLIVEIRA; FRIESTINO, 2017).

### 3.3 Teoria do Conforto

Katharine Kolcaba nasceu em Cleveland em Ohio. Em 1965, diplomou-se em Enfermagem pela St. Luke's Hospital School of Nursing em Cleveland. Atuou em enfermagem médico-cirúrgica, cuidados continuados e domiciliares, sendo que em 1987 especializou-se em Gerontologia pela Frances Payne Bolton School of Nursing. Quando atuou em um serviço de cuidados a pessoas com demência, Kolcaba iniciou a teorização sobre conforto. Ela utilizou três teóricos de enfermagem para sintetizar os tipos de conforto: Orlando – alívio, Henderson – tranquilidade, Paterson e Zderad – transcendência. Em seus pressupostos teóricos, Kolcaba assegura que os indivíduos possuem respostas holísticas a estímulos diversos e o conforto é uma resultante integral esperada dos cuidados de enfermagem (PONTE; SILVA, 2015).

Na teoria de Kolcaba, conforto abrange sete subconceitos categorizados: alívio, tranquilidade, transcendência, contexto físico, contexto psicoespiritual, contexto sociocultural e contexto ambiental (PONTE; SILVA, 2016).

O significado de conforto é variável semanticamente, sendo seu conceito multidimensional com diversas definições para cada indivíduo. Pode ser considerado um produto final do cuidado de enfermagem (RIBEIRO; SILVA; FERREIRA, 2016).

A palavra é derivada do latim *confortus* e significa “novo vigor, bem-estar, consolação, comodidade, aconchego” (HOUAISS, 2015, p.210)

Na literatura, até o presente momento, não existe um consenso quanto à definição de conforto, mas é associado a necessidade humana básica, devendo ser considerado um elemento essencial para o cuidado holístico e de relevância para a enfermagem e clientes que estão sob seus cuidados (PONTE; SILVA, 2015).

Conforto pode ser identificado a partir da experiência de pessoas que recebem medidas de conforto e alcançado quando são satisfeitas as necessidades humanas de alívio, tranquilidade e transcendência nas experiências física, mental, espiritual, social e ambiental; sendo o alívio a sensação de uma necessidade de conforto satisfeita, tranquilidade um estado de calma e transcendência uma condição na qual se consegue suplantar um problema ou dor (PONTE; SILVA, 2015). Para se atingir o conforto é necessário desvendar os vários significados que o denotam e o qualificam para quem o recebe e não somente aos que o ofertam (MEDEIROS et al., 2014).

Em uma perspectiva histórica, conforto correlacionava-se à alma do cliente que era salva, quando medidas de conforto eram aplicadas. O atributo da enfermagem era tomado

pelo status de paciente confortável e a oferta de conforto, principalmente no período noturno (VIDAL, 2015).

Ao surgirem modelos hospitalares contemporâneos que diminuíram o tempo e autonomia da enfermagem com os pacientes, o conceito de conforto sofreu impacto. Inicialmente, era associado ao bem-estar físico promovido por cuidados para diminuir febre, dar banho, aplicar compressas, ofertar alimentação, bem como o bem-estar psíquico (PONTE; SILVA, 2016).

Nos dias atuais, ainda existem profissionais de enfermagem e da saúde que qualificam ou conceituam o conforto desta mesma maneira (VIDAL, 2015). Em busca literária científica, vê-se que o conforto ainda é um tema pouco discutido e envolto por interrogações acerca da *práxis*, sendo conceituado por diferentes autores e influenciado por diversos significados. Logo, a exigência da verificação do impacto das ações de enfermagem sobre o conforto do cliente é essencial e instiga estudos acerca do conforto e suas dimensões, categorizações.

### **3.4 Categorização de conforto**

Para Kolcaba diversos são os grupos que recebem medidas de conforto: doentes, estudantes, prisioneiros, idosos, trabalhadores, comunidades e instituições. Sua teoria parte da concepção de sua prática, utilizando um conjunto de abordagens para desenvolvê-la. Por meio da pesquisa qualitativa, identificou a história do conceito de conforto na enfermagem e estabeleceu sua fundamentação a partir da sintetização de Orlando, Henderson e Paterson e Zderad. A teoria de conforto de Kolcaba materializa-se pelos cuidados de enfermagem que visem o atendimento às necessidades humanas básicas, o que a caracteriza como simples e de fácil utilização na prática profissional, inclusive por estudantes (PONTE; SILVA, 2015).

Como é aplicável a diversos contextos de cultura e faixa etária, sua única limitação está no empenho que a enfermagem e instituição deverão ter para atender as demandas de conforto do cliente. Sua categorização é dada a partir da experiência imediata das necessidades de alívio, tranquilidade e transcendência nos quatro contextos: físico, psicoespiritual, social e ambiental. Estes contextos são cenários, situações, percepções, valores e resposta sensitiva a que o conforto é evidenciado, sendo:

- O contexto físico: a capacidade sensorial do corpo;

- O contexto psicoespiritual: o selfie, a autoestima, a sexualidade, a percepção do significado da vida, relação com uma ordem ou ser mais elevado;
- O contexto ambiental: o meio em que o indivíduo se insere, além de interferências externas;

O contexto social: relações humanas familiares, grupais e sociais (PONTE; SILVA, 2015).

## **4 METODOLOGIA**

### **4.1 Tipo de pesquisa**

O presente estudo é descritivo-exploratório de abordagem quanti-qualitativa.

A escolha pelo método quanti-qualitativo possibilita a apreensão de significados e interpretações que as pessoas dão a determinadas experiências, tornando possível a valorização da subjetividade, como ela age frente a determinados fenômenos, possibilitando conhecer processos na relação saúde-doença que contribua para a melhoria da qualidade assistencial (MINAYO, 2016).

A escolha por esse método se faz por suas próprias características:

- Abordagem que favorece às várias formas de investigar experiências humanas no processo saúde-doença;
- Fornece ao pesquisador a possibilidade de identificar a forma que sujeitos e objeto da pesquisa pensam e reajam mediante situações vivenciadas na relação cliente e enfermagem, nesse estudo, na Unidade de Terapia Intensiva Adulto;
- Poderá possibilitar o acesso às pessoas envolvidas no contexto pesquisado, de maneira que elas se manifestem a partir de seus conhecimentos, valores, crenças, atitudes e hábitos, possibilitando ao pesquisador planejar ações que valorizem o ser que está incluído na pesquisa, pois por meio dos dados coletados é possível conhecer a experiência vivida de cada indivíduo, de forma única e singular.

### **4.2 Cenário**

O estudo foi realizado em unidades de terapia intensiva adulto de dois hospitais particulares localizados no município de Resende-RJ. Os hospitais, cujas identidades foram preservadas, tiveram nomes fictícios A e B. O hospital A, especificamente o setor de UTI, possui 19 técnicos de enfermagem e 06 enfermeiros, enquanto o hospital B, especificamente o setor de UTI, possui 20 técnicos de enfermagem e 7 enfermeiros.

### **4.3 Participantes da pesquisa**

Os participantes foram técnicos de enfermagem e enfermeiros que atuam em Unidade de Terapia Intensiva Adulto de hospitais particulares situados em Resende-RJ, sendo os critérios para participação neste estudo: ser profissional de enfermagem de nível médio ou superior e ter experiência em UTI superior a 3 meses. Participaram da pesquisa 13 técnicos de enfermagem e 04 enfermeiros do hospital A e 16 técnicos de enfermagem e 03 enfermeiros do hospital B.

Portanto, a amostra do estudo foi constituída por 36 profissionais de enfermagem, sendo 07 enfermeiros e 29 técnicos de enfermagem. Todos os participantes que se enquadraram no critério de inclusão acima foram convidados a participarem da pesquisa de forma voluntária, conforme recomenda a Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde/ Ministério da Saúde (BRASIL, 2012). Os critérios de exclusão foram: enfermeiros e técnicos de enfermagem que não atuem na área de UTI, ou estavam ausentes por motivo de férias ou licença médica no período da coleta dos dados.

### **4.4 Coleta de dados**

Para a coleta de dados foi utilizada a técnica de entrevista semi-estruturada a partir de um roteiro elaborado por perguntas que abordaram questões pertinentes aos objetivos propostos para o estudo.

A entrevista semi-estruturada para Taquette, Minayo e Rodrigues (2015), por ser um evento discursivo complexo, permite que o entrevistador capture situações e expectativas que circulam no momento de realização da entrevista, assim como na escuta e na análise desta.

Antes de o roteiro ser aplicado foi avaliado pelo orientador desta pesquisa e obteve correções quanto a algumas perguntas, a fim de deixá-lo condizente com a proposta deste estudo.

O período de coleta de dados ocorreu 15 de janeiro de 2018 a 20 de maio de 2018. A entrevista foi realizada em local reservado escolhido pelo (a) entrevistado (a), utilizando como recurso tecnológico o gravador: iphone 6.0 do fabricante Apple.

#### 4.5 Análise dos dados

Para análise dos dados foi utilizada a técnica de análise de conteúdo formulada por Bardin. Esta é definida como sendo “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).

Ressalta-se ainda, que é uma técnica que pela leitura e acepção do conteúdo das entrevistas, permite análises que levam a descrições objetivas, sistemáticas e qualitativas das comunicações, promovendo o entendimento do sentido e significado atribuídos ao enfoque da problemática (BARDIN, 2011).

A análise de conteúdo divide-se em três etapas (BARDIN, 2011):

- **Pré-análise:** é a organização do material que será analisado, retomando as questões-norteadoras e os objetivos da pesquisa, a fim de torná-lo operacional e sistematizar as ideias iniciais para referenciação de índices e a elaboração de indicadores.
- **Exploração do material:** é o momento da codificação e categorização, em que se efetivam as decisões tomadas na pré-análise. Os dados brutos são transformados de forma organizada e agregados em unidades que permitem uma descrição das características pertinentes do conteúdo. A codificação será a identificação por enumeração ou recorte que permita a representação de conteúdo. A categorização é a transformação de dados brutos para dados organizados, sendo agrupados por terem características comuns.
- **Tratamento dos resultados obtidos e interpretação:** Consiste no tratamento estatístico dos resultados, permitindo a elaboração de tabelas que condensam e destacam informações fornecidas para análise.

Para esta etapa foi utilizado o software Iramuteq Alpha 7.2. É uma ferramenta da tecnologia da informação útil em pesquisas. É gratuito e com fonte aberta desenvolvido por Pierre Ratinaud (2009), que se baseia no software R e permite diversas formas de análises estatísticas sobre o corpo textual. Desenvolvido em linguagem francesa, passou a ser utilizado no Brasil em 2013. Neste software, as análises são realizadas mediante um grupo de textos que retratem um tema contido em único arquivo de texto ou mediante matrizes com pessoas



em linha e palavras em coluna distribuídas em planilhas, como banco de dados obtidos a partir de testes de evocações livres. Iramuteq prepara os dados e escreve os scripts que serão analisados pelo software R (CAMARGO; JUSTO, 2013).

De acordo com Camargo e Justo (2013), a análise textual utiliza dados compostos pela linguagem que se revelam importantes em estudos de conteúdo simbólico sobre determinado fenômeno.

#### 4.6 Iramuteq

O Iramuteq - Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires criado em 2009 por Pierre Ratinaud é um software gratuito de código fonte aberto, que utiliza o ambiente estatístico do software R. É utilizado no estudo das Ciências Humanas e Sociais para realizar análises estatísticas de textos, porém, incorpora, além da Classificação Hierárquica Descendente – CHD, outras análises lexicais que auxiliam na análise e interpretação de textos, como: análise de similitude de palavras presentes no texto e nuvem de palavras (SALVIATI, 2017).

Estudos mostram que desde 1970, os trabalhos de lexicografia contribuem para a análise quantitativa de dados textuais (CAMARGO E JUSTO, 2013; LOUBÉRE E RATINAUD, 2013).

No Iramuteq, as análises podem ser: por meio de um grupo de textos sobre uma determinada temática (corpus textual) presente em um único arquivo de texto ou a partir de matrizes com indivíduos em linha e palavras em coluna organizadas em planilhas, como bancos de dados formados por testes de evocações livres (SALVIATI, 2017).

Neste trabalho, foi utilizada a análise de corpus textual. A análise textual ou lexical é parte da análise de conteúdo, classificada como um exemplo de análise de dados que se utiliza da linguagem escrita de várias formas: documentos, transcrições de entrevistas, textos originalmente escritos. O vocabulário utilizado pelo aplicativo Iramuteq difere daquele utilizado no software de análise de corpus Alceste.

**Texto:** a definição é feita pelo pesquisador e depende da natureza da pesquisa. Se a análise vai ser aplicada a um conjunto de entrevistas, cada uma delas será um texto. Caso a análise diga respeito às respostas de "n" participantes a uma questão aberta, cada resposta será um texto e teremos "n" textos. Neste estudo, a análise será a partir de um conjunto de entrevistas.

Um conjunto de textos, portanto, constitui um corpus de análise. Para submissão do corpus à análise do tipo Classificação Hierárquica Descendente, ele deve constituir-se num conjunto textual centrado em um tema. O material textual deve ser monotemático, pois a análise de textos sobre vários itens previamente estruturados ou diversos temas resulta na reprodução da estruturação prévia dos mesmos. No caso de entrevistas, desde que o grupo seja homogêneo, é suficiente entre 20 e 30 textos. Ainda, se o delineamento é comparativo, sugerem-se pelo menos 20 textos para cada grupo (SALVIATI, 2017).

**Segmentos de textos:** são fragmentos de texto, na maior parte das vezes, do tamanho de três linhas, dimensionadas pelo próprio software em função do tamanho do corpus. Os segmentos de textos são considerados o ambiente das palavras. Seu tamanho também pode ser configurado pelo pesquisador. Numa análise padrão, após reconhecer as indicações dos textos a serem analisados, o software IRAMUTEQ divide os textos do corpus em segmentos de texto (CAMARGO; JUSTO, 2013b).

**Reagrupamento de segmentos de texto:** agrupamento de UCE sucessivas dentro de uma mesma UCI, até que o número de palavras diferentes analisadas (contidas nessa unidade de contexto) seja superior ao limiar fixado na análise. (...) Esse limiar é fixado proporcionalmente ao número de palavras analisadas.

#### **Análises possíveis com o IRAMUTEQ: 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 (CAMARGO; JUSTO, 2013; LOUBÉRE; RATINAUD, 2013).

Na análise dos dados deste estudo foi utilizada a classificação pelo método de Reinert, que estabelece a classificação hierárquica descendente em três modalidades: classificação simples sobre o texto, classificação simples sobre o segmento do texto ST e a classificação dupla sobre os RST. Foi escolhida a análise simples sobre ST que obtém classes de segmentos de texto que apresentam semelhança no vocabulário e vocabulário diferente dos segmentos das outras classes. A partir disso, o software organiza a análise dos dados em um dendograma

que ilustra as relações entre as classes (CAMARGO; JUSTO, 2013; LOUBÉRE; RATINAUD, 2013).

Os dendogramas resultantes foram apresentados neste trabalho, bem como uma tabela com informações resumidas dos perfis de cada classe. Essas informações se referem à: frequência (efetivo dos segmentos de texto) que é o número de ST desta classe contendo pelo menos uma vez a forma; P valor que é o nível de confiança associado ao  $\chi^2$  e  $\text{Chi}^2$  que exprime a força de ligação entre a forma e a classe (CAMARGO; JUSTO, 2013; LOUBÉRE; RATINAUD, 2013).

#### **4.7 Preparo do corpus textual**

As entrevistas foram transcritas em sua totalidade originando um corpus textual que foi preparado segundo as orientações descritas no tutorial do software Iramuteq. Após o preparo, o corpus foi analisado visando buscar as respostas para os objetivos da pesquisa. A exploração do corpus promoveu um quadro de características/lemas associadas ao tema: conforto.

Essas características foram agrupadas em submetas representados pelos contextos em que é possível experimentar o conforto, de acordo com Kolcaba. Para maior esclarecimento, o conteúdo final do corpus que permitiu a análise das representações originadas se encontra no apêndice C.

#### **4.8 Aspectos éticos**

Baseado na resolução 466/2012, este estudo atendeu as exigências do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde sobre pesquisa envolvendo seres humanos. O projeto foi encaminhado para o Comitê de Ética e Pesquisa – CEP da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, juntamente com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e formulário de autorização da pesquisa (Termo de Anuência) devidamente assinado pelos diretores das instituições hospitalares onde foi realizado este estudo e aprovado em 10 de setembro de 2017 sob o n CAAE 73565617.7.0000.5285 (ANEXO A).

Os participantes receberam as informações referentes à pesquisa, bem como à garantia de privacidade, anonimato e direito de desistência a qualquer momento em qualquer etapa do

estudo conforme descrito no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE (Apêndice A)

Os participantes também foram notificados de que, como voluntários, não haveria custo ou benefício financeiro e sua participação contribuirá para o conhecimento científico sobre o objeto de estudo. Quanto aos riscos, foram informados sobre a possibilidade de riscos mínimos, como: constrangimento, desconforto psicológico ou emocional mediante algum questionamento, sensação de perda de tempo e de privacidade. Assim, foi esclarecido a cada participante quanto à opção de não responder quaisquer perguntas que o fizessem se sentir incomodados e que, caso ocorresse, a possibilidade de não se colocarem à disposição para o estudo a qualquer momento. Tais informações constam no TCLE. A pesquisa foi desenvolvida sem o auxílio de instituições fomentadoras de projetos, todas as despesas foram custeadas pela pesquisadora. *A priori*, não se pode determinar os benefícios do estudo, mas os resultados poderão contribuir para a compreensão e entendimento mais abrangentes acerca da tecnologia dura no cuidado de enfermagem nos aspectos relacional, conforto e humanização.

## **5 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS**

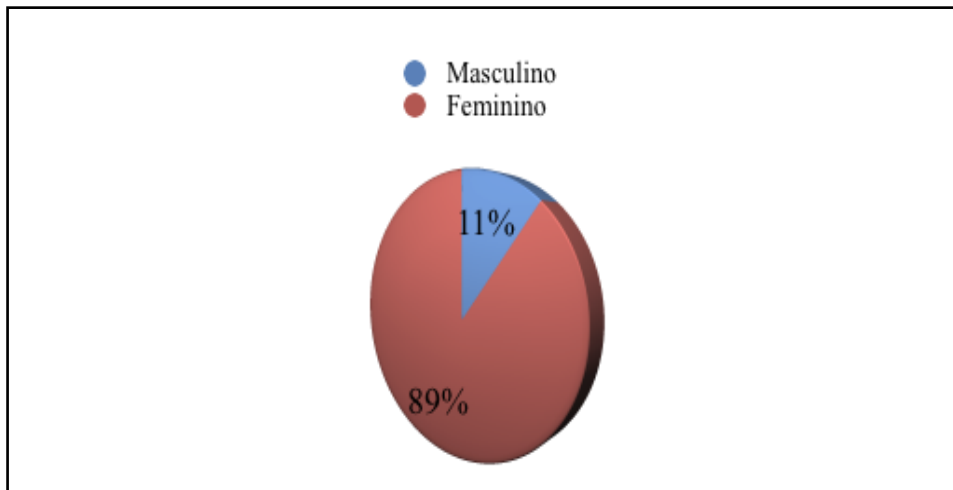
### **5.1 Caracterização dos participantes da pesquisa**

Participaram da pesquisa trinta e seis (36) profissionais de enfermagem dos cinquenta e dois (52) profissionais que atuam em unidades de terapia intensiva dos hospitais particulares onde ocorreu a coleta de dados. A escolha foi mediante adesão do participante à proposta da pesquisa, embora o convite foi feito para todos os profissionais de enfermagem de terapia intensiva que estavam presentes nas unidades participantes deste estudo.

A finalização das entrevistas deu-se considerando o conceito de saturação teórica, que de acordo com Minayo (2017): [...] o conceito encontra respaldo científico no pressuposto da constituição social do sujeito, que na teoria das representações sociais se reflete no conceito da determinação social das representações individuais.

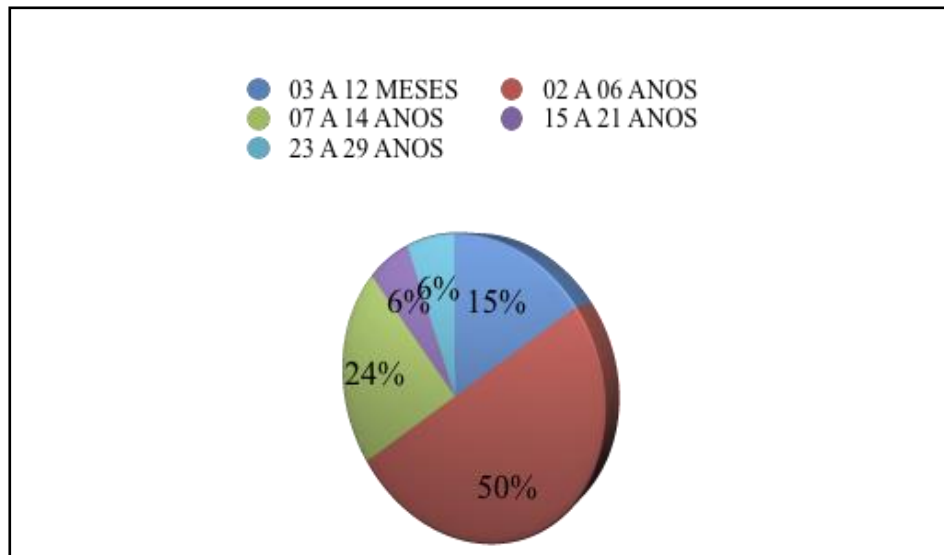
Dos trinta e seis participantes, trinta e dois (32) eram do sexo feminino correspondendo a 89% da amostra. Apenas quatro (04) eram do sexo masculino correspondendo a 11% da amostra. Esse resultado se relaciona com estudos acerca da feminização do cuidado em enfermagem, como concluiu Souza (2014, p.115): “a profissão se mantém feminina em todos os níveis.”

O gráfico 1 destaca o gênero dos participantes desta pesquisa, em sua maioria feminino:



**Gráfico 1** — Distribuição dos participantes da pesquisa conforme sexo

Fonte: Dados da pesquisa, Resende-RJ, 2017.



**Gráfico 2** — Distribuição dos participantes da pesquisa conforme a experiência profissional.

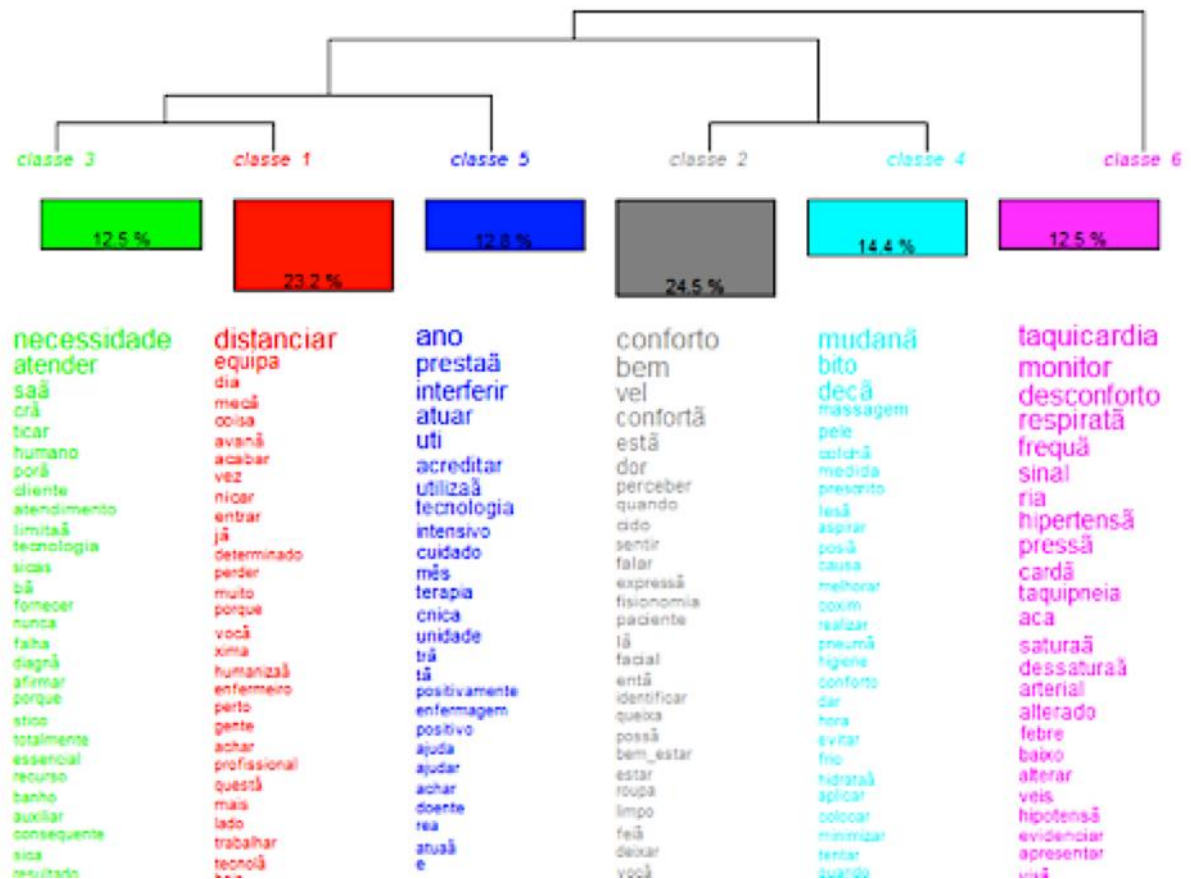
Fonte: Dados da pesquisa, Resende-RJ, 2017.

No gráfico 02 sobre o tempo de atuação em UTI, observa-se que a metade dos entrevistados possui de dois a seis anos de experiência, vinte e quatro por cento (24%) de sete a catorze anos de experiência. A experiência profissional pode, indubitavelmente, influenciar a prática profissional diária; uma vez que, um estudo acerca de fadiga de alarmes em UTI publicado por Wung e Schatz (2018) confirmou: quanto maior o tempo de experiência profissional, maior era o conforto dos profissionais de enfermagem quanto ao atendimento dos alarmes, o que corroborava para rebaixamento dos níveis dos disparos a nível basal do paciente e conseqüente impacto negativo no estado fisiológico e evolutivo da clínica.

## **5.2 Perspectivas originadas a partir do objeto estudado**

Neste tópico, serão discutidos os resultados obtidos a partir da análise do corpus textual pelo software Iramuteq 0.7 alpha 2. Dos 361 segmentos de texto, obteve-se 12.751 ocorrências (palavras) distribuídas em 1772 formas diferentes (preposições, verbos, adjetivos, etc). O número de palavras com frequência única confere com 926, o que representa pouco mais de 7,26% das ocorrências e pouco mais de 52,26% das formas. Ressalta-se que foi possível utilizar as análises lexicais sem que houvesse perda no contexto em que as ocorrências aparecem nas respostas do grupo estudado, contribuindo para maior objetividade e o avanço nas interpretações dos segmentos de texto.

Os segmentos de texto (361) foram analisados e classificados por meio da classificação hierárquica descendente (CHD). A CHD dividiu o corpus em 6 classes: dividiu o corpus em dois subcorpus, agrupando-os nas classes 1, 3 e 5 separadas das classes 2 e 4 e da classe 6, o que resultou no dendograma abaixo:



**Figura 1** — Dendrograma da classificação hierárquica descendente do corpus textual

Fonte: Dados da pesquisa, Resende-RJ, 2017.

Observa-se que este dendrograma apresenta na classe 2 sua maior UCE (24,5%). Nesta classe, a variável que pode estar relacionada é a \*te\_3 que se relaciona ao tempo de experiência dos sujeitos entre 23-29 anos. A experiência profissional é fator contributivo para percepções de conforto, bem-estar, bem como análise de alívio de dor/desconforto na sua maior abrangência, em vários contextos, como será citado na discussão.

Esta classe representada pelos elementos conforto ( $\chi^2_{144,86}$ ), bem ( $\chi^2_{77,09}$ ), confortável ( $\chi^2_{75,09}$ ) e dor ( $\chi^2_{48,56}$ ) sugerem que o cuidado de enfermagem prima pelo conforto e bem-estar do cliente crítico. Outros elementos como expressão ( $\chi^2_{18,8}$ ), fisionomia ( $\chi^2_{21,05}$ ), paciente ( $\chi^2_{18,19}$ ) insinuam que o profissional de enfermagem procura se atentar às demandas do paciente a partir do que ele expressa verbal ou não-verbalmente. Essa percepção das necessidades do cliente através do que ele expressa se relaciona com uma visão humanista necessária ao profissional que presta o cuidado.

A palavra dor surgiu no corpus textual 16 vezes, revelando-se como um sinal que é de relevância para os profissionais entrevistados, pois sendo eliminado ou minimizado, o conforto físico e emocional serão alcançados, como mostra a Tabela 1 a seguir.



<b>Palavra</b>	<b>Frequência ST</b>	<b>Frequência total</b>	<b>P valor</b>	<b>Chi<sup>2</sup></b>
<b>Conforto</b>	28	33	<0,0001	144,86
<b>Bem</b>	15	17	<0,0001	77,09
<b>Confortável</b>	18	24	<0,0001	75,09
<b>Dor</b>	12	16	<0,0001	48,56
<b>Aspirar</b>	8	8	<0,0001	47,24
<b>Hidratação</b>	4	4	<0,0001	23,28
<b>Lesão</b>	5	6	<0,0001	22,75
<b>Desconforto</b>	19	54	<0,0001	21,85
<b>Fisionomia</b>	10	20	<0,0001	21,05
<b>Expressão</b>	9	18	<0,0001	18,8
<b>Paciente</b>	5	7	<0,0001	18,19
<b>Causa</b>	5	7	<0,0001	18,19
<b>Higiene</b>	5	7	<0,0001	18,19
<b>Alívio</b>	3	3	<0,0001	17,4
<b>Médico</b>	8	16	<0,0001	16,59
<b>Identificar</b>	9	20	<0,0001	15,49
<b>Coxim</b>	5	6	<0,0001	22,75
<b>Fazer</b>	20	65	<0,0001	16,94
<b>Para</b>	27	103	<0,0001	16,57

**Tabela 1** — Classe 2 – corpus textual 1

Fonte: Dados da pesquisa, Resende-RJ, 2017.

A dor é um sinal presente entre os pacientes nas unidades de terapia intensiva devido à gravidade clínica e aos procedimentos a que são submetidos para seu tratamento. É relevante e alvo de atenção pela equipe, porque aumenta taxas de morbimortalidade, tempo de internação e se revela como uma experiência desagradável física e emocional por parte dos pacientes e seus acompanhantes (OLIVEIRA et al., 2016).

Esta é vista pela equipe de saúde como um incômodo, um desconforto a ser sanado devido às repercussões físicas e emocionais que acarreta, sendo um sinal desagradável e objeto de investigação de sua causa para ser eliminado, associada a sua ausência ao bem-estar e conforto do cliente, como revelam alguns relatos de profissionais de enfermagem participantes do estudo:

n\_01 “Então para um tipo de conforto para ele, o primeiro que eu penso é você retirar a dor por meio da analgesia, após uma conversa, o carinho pelo toque, pois melhora muito sua condição porque a falta da família, o incômodo de barulho do ambiente, trazem um desconforto também e a equipe precisa intervir de diversas formas sobre os condicionantes desse desconforto...”

n\_02 “Quando o paciente está em desconforto, primeiro eu chamo o médico pra ele ver o que pode ser feito identificando o motivo, depois eu observo se ele está em posição desconfortável para mudá-lo de posição para haver a melhora. Dependendo do que ele tiver, do que ele estiver sentindo: a gente muda de posição, tira o cobertor

se for uma temperatura alta e faz o que o médico mandar, prescrever. Uma vez que conforto para mim é eu perceber que o paciente está relaxado, sem sentir dor.”

n\_28 “... para reduzir o desconforto, se for dor, comunico ao médico para fazer alguma medicação. Se posição, a gente tenta modificar, a gente tenta identificar qual é o desconforto.

Tais relatos refletem o enfoque dos profissionais de enfermagem à dor física no ambiente de UTI, bem como a busca por eliminá-la por meio de farmacológicos prescritos pelo médico. Neste contexto, se faz necessária uma crítica quanto ao alvo do desconforto, tomado pela enfermagem, ainda ser somente o físico; haja vista, o processo de adoecimento ser do todo do cliente, e não somente do biológico.

A esse respeito, condutas que visem o alívio do sofrer, não só por medicações como métodos paliativos, alternativas não-invasivas que busquem melhoria e bem-estar devem ser estudadas e aplicadas para que o alívio total seja obtido, minimizando o número de invasões terapêuticas e sobrecargas químicas a que o cliente de UTI é exposto (PONTE; SILVA, 2015).

A tabela 02 referente a classe 01 de palavras, nos mostra que o verbo distanciar obteve uma frequência importante nas falas dos entrevistados quando questionados sobre as repercussões da tecnologia dura no ambiente de UTI. Pôde ser identificado pelas falas dos profissionais enfermagem participantes desta pesquisa, que a tecnologia dura, apesar de ter trazido qualidade assistencial por acelerar processos de diagnósticos e tratamentos, repercutiu no aumento das rotinas e cumprimento de protocolos que corroboraram para burocratização em excesso, cuja demanda de profissionais que a corresponda para permitir o bom andamento das atividades e segurança assistencial ainda é defasada e, por isso, há falhas no atendimento que ainda visa somente a resolução de problemas ou cumprimento de prescrições médicas.

<b>Palavra</b>	<b>Frequência ST</b>	<b>Frequência total</b>	<b>P valor</b>	<b>Chi<sup>2</sup></b>
<b>Distanciar</b>	20	38	<0,0001	44,28
<b>Equipa</b>	8	8	<0,0001	43,54
<b>Dia</b>	9	11	<0,0001	37,19
<b>Coisa</b>	16	30	<0,0001	35,16
<b>Muito</b>	22	53	<0,0001	41,51
<b>Leito</b>	13	23	<0,0001	30,89
<b>Evolução</b>	8	11	<0,0001	27,64
<b>Profissional</b>	7	10	<0,0001	22,69
<b>Enfermeiro- cliente</b>	4	4	<0,0001	21,46
<b>Humanização</b>	4	4	<0,0001	21,46

<b>Contato</b>	9	17	<0,0001	18,56
<b>Perder</b>	6	9	<0,0001	17,91
<b>Sentido</b>	3	3	<0,0001	16,04
<b>Importante</b>	3	3	<0,0001	16,04
<b>Pouco</b>	5	8	<0,0001	22,57

**Tabela 2** — Classe 1 – corpus textual 1

Fonte: Dados da pesquisa, Resende-RJ, 2017.

Na análise dos dados pertencentes a classe 1, 23,2% dos ST analisados apresentam elementos que se revelam necessários na atuação da equipe de enfermagem, principalmente em ambientes densamente tecnológicos e que abrigam clientes com a comunicação verbal prejudicada para expressar suas necessidades, exigindo da equipe empatia, enfoque subjetivo e ressignificação do seu papel enquanto promotor de alívio e conforto, são eles: humanização ( $\chi^2_{21,46}$ ), contato ( $\chi^2_{18,56}$ ) e sentido ( $\chi^2_{16,04}$ ).

No discurso dos profissionais, a humanização é um alvo por meio da visão ampliada de conforto, uma vez que consideram conforto muito além de cuidados físicos, mas acolhimento, atenção e carinho ao paciente, como se pode ver nas falas abaixo:

n\_16 “...porque conforto é uma série de fatores que proporcionam o melhor para o indivíduo: carinho, ética, profissionalismo, educação, honestidade para gerar um bom atendimento para o paciente...”

n\_17 “Pois conforto pra mim é um conjunto, um todo: aspectos psicológicos, hemodinâmicos, físicos, tudo. Acho que vendo o paciente além do físico e da doença a gente consegue distinguir quando está bom e quando não.”

n\_30 “Conforto é você estar bem, se o cliente está comunicativo, se estiver com expressão de tensão você sabe que ele não está confortável, então aplicar medidas que favoreçam seu conforto físico e emocional é um dos papéis da Enfermagem.”

As referidas falas denotam a atenção da equipe de enfermagem para o conforto, que é o objetivo maior do cuidado. Contudo, quando indagados sobre ações de enfermagem que promovam conforto, os entrevistados demonstram mais uma vez o enfoque com ações de conforto físico, esquecendo-se das outras dimensões do conforto psicoespiritual, social e ambiental.

Faz-se urgente uma formação profissional em saúde que busque inserir o conforto em sua totalidade dimensional, para que não seja somente discurso ou demagogia teórica incapaz de ser praticada no ambiente hospitalar e extra-hospitalar (CAVALCANTE et al., 2015)

Para Ouchi et al. (2018), conforto e humanização no âmbito hospitalar ocorrem em um contexto no qual fatores contribuem para a fragmentação do ser humano, a começar pelo

excesso de tecnologia que circunda o ambiente e a formação tecnicista que corrobora para a compreensão das necessidades humanas puramente biológicas. Portanto, repensar sobre o fazer nos cuidados de saúde é imprescindível para oferecer um tratamento humano e digno, além de promotor de conforto.

A formação dos profissionais de saúde ainda urge em meio aos excessos tecnicistas e tecnológicos que, cada vez mais, prometem avanços que impactam não só na qualidade e rapidez da assistência, como nos modos de fazer e cuidar em saúde.

Destarte, é imprescindível a análise crítica destes avanços que têm circundado as relações profissionais de forma a deixá-las cada vez mais objetivas, distantes do eu do cliente e marcadas pela necessidade de respostas diagnósticas e conclusões terapêuticas que oprimem o holismo e impetram o cartesianismo médico (REZENDE; OLIVEIRA; FRIESTINO, 2017).

A tabela 03 sinaliza que os substantivos mudança, massagem e pele se referem a uma das ações físicas de cuidado que promova conforto, uma vez que lesões de pele são alvo de atenção da enfermagem cujas medidas profiláticas são a mudança de posição no leito, inspeção e hidratação de pele, além de massagem de conforto quando só a mudança de posição não elimina o desconforto físico.

<b>Palavra</b>	<b>Frequência ST</b>	<b>Frequência total</b>	<b>Chi<sup>2</sup></b>	<b>P valor</b>
<b>Mudança</b>	21	35	30,96	<0,0001
<b>Massagem</b>	8	9	22,83	<0,0001
<b>Pele</b>	10	13	22,42	<0,0001
<b>Colchão</b>	21	41	21,63	<0,0001
<b>Aspirar</b>	45	125	21,49	<0,0001
<b>Higiene</b>	9	12	19,18	<0,0001
<b>Resolver</b>	5	5	17,07	<0,0001

**Tabela 3** — Classe 4 – corpus textual 1

Fonte: Dados da pesquisa, Resende-RJ, 2017.

Nesta classe, são observados elementos relevantes ao cuidado promotor de conforto, como massagem (chi<sup>2</sup>22,83), colchão (chi<sup>2</sup>21,63), aspirar (chi<sup>2</sup>21,49) e higiene (chi<sup>2</sup> 19,18). Estes elementos se destacaram como uma dimensão do conforto físico que é de maior atenção por parte da enfermagem e que se evidenciou nas falas de alguns participantes deste estudo:

n\_05 “...deixar os pacientes lúcidos de acordo com o que lhe é mais agradável quanto ao posicionamento no leito, temperatura do ambiente, alimentação desejada, a prestação de cuidados como um banho, uma mudança de decúbito...”

n\_09 “...para minimizar o desconforto de pacientes críticos: mudança de posição, massagem de conforto, higiene oral, são medidas de conforto e adjuvantes no tratamento.”

n\_14 “...mediante esses sinais de desconforto, eu junto à equipe faço intervenções que possam amenizar esse sintoma, como: estar sempre comunicando os médicos sobre o que a gente observa de desconforto, vendo o que está prescrito como alguma nebulização, analgésico para promover algum alívio, aspirar o paciente que está respirando mal, realizar mudança de decúbito. Porque conforto é você ver se o paciente está bem, se sente bem e sem queixas, é a gente aliviar o paciente de dores e mal-estar.”

n\_23 “...é essencial para implementar não só prescrições medicamentosas como recursos terapêuticos não-invasivos que minimizem esse desconforto, como: ligar uma televisão se o paciente gosta, abaixar a cortina do quarto para reduzir a luminosidade, particularizar horários de banho e refeições, quando é possível, massagem, mudança de decúbito, colchão pneumático e coxins para evitar lesões de pele.”

A enfermagem enquanto profissão responsável pelo cuidado ao cliente e sua respectiva integridade nas 12 ou 24 horas em que está escalada, se atenta ao que o paciente necessita, apresenta de forma verbal ou não-verbal, bem como alterações quanto aos padrões fisiológicos de órgãos e sistemas. Toda esta atenção é devida, porque é uma profissão que busca atingir o conforto aquele que ela assiste.

Para Kolcaba, o conforto é a condição experimentada por quem recebe medidas de conforto, sendo: alívio, tranquilidade e transcendência satisfeitos nos quatro contextos da experiência (físico, psicoespiritual, social e ambiental). O contexto físico pertence às sensações do corpo, o psicoespiritual à consciência interna de si, autoestima, sexualidade e o significado da vida, o social pertence às relações interpessoais, familiares e sociais e o ambiental ao meio e influências externas (PONTE; SILVA, 2015).

Sobre esses quatro contextos, foi possível observá-los em cada fala dos participantes deste estudo, sendo o contexto físico de conforto o mais preponderante dentre as falas:

- Contexto físico de conforto:

n\_03 “E acho que para minimizar este desconforto: a assistência adequada por meio da monitoração dos sinais vitais, informar ao médico qualquer situação de descompensação como uma queda de glicemia, má posição no leito, pulmão comprometido por secreção sendo necessário aspirar, uma troca de fralda, observar perviedade de cateteres, as infusões de drogas, se não tem algo obstruído, são exemplos de medidas de alívio de desconforto. Porque o conforto é a pessoa se sentir bem naquele espaço que está, naquele ambiente com uma roupa de cama limpa, uma fralda seca, sem dor...”

n\_08 “...pois há necessidades que exigem do cuidado humano, manual prestado pela equipe como um banho, mudança de decúbito, troca de curativo. Se você vai virar o paciente, tem que ter aquele preparo pra colocar o coxim e posicioná-lo corretamente e isso somente o humano pode fazer e não a máquina. Quando o

paciente está com a face sem dor, bem arrumadinho, com os coxins no lugar certo, com os sinais vitais normais, ali eu sei que ele está confortável.”

n\_09 “Para minimizar o desconforto de pacientes críticos: mudança de posição, massagem de conforto, higiene oral, são medidas de conforto e adjuvantes no tratamento.”

n\_10 “...então para minimizá-lo é necessário você conseguir enxergar o que é incômodo para o paciente, tentar agir com medidas de conforto, como uma massagem, uma mudança de posição no leito, uma hidratação, identificar necessidades verbais e não-verbais dele. Porque eu acho que conforto é a tranquilidade do paciente, se o paciente está sem dor, em paz, é sinônimo de bem-estar.”

n\_12 “...quando o paciente está desconfortável mediante esses sinais ou faces de dor eu vejo o que posso fazer quanto ao meu trabalho e cuidado de técnica enfermagem: mudança de decúbito, uma massagem, um banho, troca fralda, elevar o decúbito. Para mim, conforto é o paciente se sentir bem, sem face de dor.”

- Contexto psicoespiritual:

n\_10 “...Porque eu acho que conforto é a tranquilidade do paciente, se o paciente está sem dor, em paz, é sinônimo de bem-estar.”

n\_13 “...até porque, mediante minha visão e experiência, penso que conforto é o paciente estar bem não só física como emocionalmente.”

n\_14 “...preocupar também com o emocional mediante o contato pessoal à beira leito, dar uma atenção, uma conversa. E acho que para ofertar este tipo de atenção além do rotineiro, necessita ter tempo e disponibilidade, querer fazer algo a mais.”

- Contexto social:

n\_10 “...a gente tende a perder esse contato pelo uso da tecnologia. E tentar se policiar quanto a esse distanciamento por meio de medidas de atenção e contato, capacitação com a equipe sobre a relação com o cliente...”

n\_16 “...acho que uma boa relação interpessoal com o paciente, conversar, saber dar atenção ao que ele está te dizendo, ofertar o máximo de conforto não só por medidas medicamentosas como também não-medicamentosas, tentar fazer algo além do que na maioria das vezes acontece como medicar ou aferir sinais vitais sem olhar para a cara do paciente...”

n\_29 “...se está sentindo falta da família, vejo o horário das visitas, que é algo muito restrito. Até que aqui tem uma política legal de visitas: são duas horas por dia, somente durante o dia e não tem limite de pessoas, mas é um horário que nem todos podem vir...”

- Contexto ambiental:

n\_08 “...pacientes que não tenham tanta necessidade de uma monitorização invasiva, estudar a possibilidade de retirá-la, melhorar essa questão dos alarmes também, porque um paciente que não tem necessidade de ficar com o alarme ligado o tempo

todo ou com o som mais alto, deverá ser ajustado para reduzir ruído e impactar no conforto do cliente.”

n\_21 “...nessas situações, medidas de conforto como: [...] redução de ruídos do ambiente, além do tratamento medicamentoso prescrito podem eliminar e melhorar tais sinais...”

n\_29 “...outro ponto são medidas que fizessem o cliente se sentir mais acolhido no ambiente, pois é muito frio por causa dos equipamentos, é desconfortante. Então, medidas de humanização como uma climatização adequada.”

As falas acima exemplificam os variados contextos de conforto por meio de opiniões, ações e cuidados de enfermagem no cenário estudado de UTI.

Tais contextos exprimem a importância da visão holística do cuidado em meio a um ambiente densamente tecnológico e biologicista, cujas relações entre profissional e cliente são meramente prescritoras e de conduta verticalizada.

Assim, ter a noção de que deve ser implementada medidas alternativas ao cuidado convencional, como musicoterapia, maior acolhimento por parte dos profissionais indo além da doença, permissão da família por períodos mais contínuos, favorecem à humanização da assistência na UTI (MACARENHAS; REZENDE, 2017).

Indubitável que a tecnologia dura seja necessária ao cliente crítico na unidade de terapia intensiva, contudo, devido a importância que ela exprime neste cenário, induz ao enfoque principal como sendo ela, em vez de uma coadjuvante no seguimento clínico do paciente.

A tabela 05, a seguir, expressa o monitor (uma tecnologia dura) e os parâmetros monitorados por ele, como frequência respiratória e cardíaca, como grande importância à equipe de saúde porque foram retratados em falas que envolviam a tecnologia dura no cerne do cuidado de enfermagem.

Palavra	Frequência ST	Frequência total	Chi <sup>2</sup>	P valor
<b>Taquicardia</b>	23	24	132,34	<0,0001
<b>Monitor</b>	32	49	115,49	<0,0001
<b>Respiratório</b>	18	19	100,01	<0,0001
<b>Sinal</b>	23	30	98,41	<0,0001
<b>Frequência</b>	15	16	81,22	<0,0001
<b>Desconforto</b>	28	54	69,59	<0,0001
<b>Hipertensão</b>	11	11	63,88	<0,0001
<b>Saturação</b>	11	11	63,88	<0,0001
<b>Cardíaco</b>	11	11	63,76	<0,0001
<b>Quando</b>	28	57	63,5	<0,0001
<b>Pressão</b>	19	29	57,86	<0,0001
<b>Taquipneia</b>	10	10	45,95	<0,0001
<b>Alterado</b>	8	8	45,95	<0,0001
<b>Dessaturação</b>	8	8	45,15	<0,0001
<b>Apresentar</b>	10	12	45,15	<0,0001
<b>Arterial</b>	10	12	40,06	<0,0001
<b>Alterar</b>	7	7	40,06	<0,0001
<b>Visível</b>	7	7	34,21	<0,0001
<b>Febre</b>	6	6	33,4	<0,0001
<b>Baixo</b>	7	8	28,41	<0,0001
<b>Hipotensão</b>	5	5	27,7	<0,0001
<b>Queixa</b>	6	7	25,77	<0,0001
<b>Desconfortável</b>	8	12	22,65	<0,0001
<b>Sintoma</b>	4	4	22,65	<0,0001
<b>Bradycardia</b>	4	4	21,3	<0,0001
<b>Dor</b>	12	26	16,92	<0,0001
<b>Fácies</b>	3	3	16,92	<0,0001
<b>Esforço</b>	3	3	16,59	<0,0001
<b>Alteração</b>	4	5	14,3	<0,0001

**Tabela 4** — Classe 5 – corpus textual 1

Fonte: Dados da pesquisa, Resende-RJ, 2017.

Na classe 5, as palavras taquicardia (chi<sup>2</sup>132,34), monitor (chi<sup>2</sup>115,49) e respiratório (chi<sup>2</sup>100,01) foram relevantes nos discursos dos profissionais, com isso podemos inferir que há uma atenção por parte da equipe pelos parâmetros vitais, haja vista a sua alteração sinalizar descompensação cardiorrespiratória e consequente prejuízo na evolução clínica do paciente. O foco no monitor, equipamento de suma importância na UTI, sugere, além da atenção aos sinais vitais, a valorização da tecnologia dura neste ambiente. Uma vez que, é um cenário de densidade tecnológica em que os parâmetros hemodinâmicos e respiratórios são aferidos por meio de tecnologia. A seguir, falas de participantes do estudo que atestam essa valorização:



n\_01 “...A tecnologia pode interferir na prestação do cuidado em Unidades de Terapia Intensiva, grande parte de forma positiva, pois com a tecnologia é possível tratar e cuidar bem. Sem ela seria impossível tratar o paciente neste ambiente.”

n\_03 “...Tenho cinco anos de UTI e acredito que a utilização da tecnologia pode interferir na prestação do cuidado em unidades de terapia intensiva de modo a melhorar este cuidado. Um respirador moderno, uma monitoração, tornam o cuidado mais fidedigno. Tecnologia é tudo, ainda mais numa UTI.”

n\_12 “Tenho catorze anos de UTI e acho que a tecnologia é muito boa no cuidado com o paciente, não acho que atrapalhe porque me poupa determinado tempo para que eu possa ajudar mais o paciente. A tecnologia facilitou tanto a nossa vida e a do cliente que a enxergo como essencial para o atendimento de todas as suas necessidades. Porque antigamente a gente perdia bastante tempo na assistência, até mesmo interferindo no fechamento do diagnóstico. Eu acho que depois que vários aparelhos foram introduzidos na rotina da UTI tudo melhorou e acredito que conseguimos trazer mais vidas do que morte.”

As falas acima constroem o pensamento reducionista e comodista acerca da tecnologia dura ser “tudo” na UTI. Estudos evidenciam que o excesso de confiança à máquina pela interpretação do conforto que ela exprime ao profissional quando agiliza certos procedimentos e otimiza o tempo de trabalho, faz com que o cuidado se torne ainda mais burocratizado e distante do ideal de assistência humanizada (EVANGELISTA, 2016).

Há outro estudo que traz o tempo de experiência profissional como sendo um dos fatores contributivos para o comodismo e excesso de confiabilidade na máquina (WUNG; SCHATZ, 2018).

Portanto, os estudos acima nos conferem a responsabilidade do raciocínio crítico sobre o que estamos fazendo em nosso campo profissional: cuidando ou apenas cumprindo tarefas?

A tabela 05 mostra a palavra necessidade como destaque quanto à frequência de ocorrência nas entrevistas que tinham como tema: a tecnologia dura e o atendimento das necessidades do cliente.

<b>Palavra</b>	<b>Frequência ST</b>	<b>Frequência total</b>	<b>Chi<sup>2</sup></b>	<b>P valor</b>
<b>Necessidade</b>	32	42	130,16	<0,0001
<b>Atender</b>	26	30	115,49	<0,0001
<b>Saúde</b>	20	22	100,01	<0,0001
<b>Humano</b>	14	17	98,41	<0,0001
<b>Crítico</b>	12	14	81,22	<0,0001
<b>Cliente</b>	21	44	69,59	<0,0001
<b>Atendimento</b>	6	6	63,88	<0,0001
<b>Tecnologia</b>	34	113	63,88	<0,0001
<b>Nunca</b>	4	4	63,76	<0,0001
<b>Visão</b>	4	4	63,5	<0,0001
<b>Máquina</b>	6	8	57,86	<0,0001

<b>Substituir</b>	6	8	45,95	<0,0001
<b>Banho</b>	7	12	45,95	<0,0001
<b>Falha</b>	3	3	45,15	<0,0001
<b>Curativo</b>	3	3	45,15	<0,0001
<b>Afirmar</b>	4	5	40,06	<0,0001
<b>Limitação</b>	4	5	40,06	<0,0001
<b>Todo</b>	8	16	58,98	<0,0001

**Tabela 5** — Classe 3 – corpus textual 1

Fonte: Dados da pesquisa, Resende -RJ, 2017.

Na tabela 5, as palavras necessidade ( $\chi^2_{130,16}$ ), atender ( $\chi^2_{115,49}$ ) e saúde ( $\chi^2_{100,01}$ ) foram as de maior destaque na classe 3. Elas indicam que a enfermagem visa ofertar cuidado objetivando o atendimento das necessidades do cliente, seu conforto e bem-estar, como se pode visualizar nas falas abaixo:

n\_07 “...claro que nenhuma tecnologia vai substituir a pessoa, o carinho, a empatia com o paciente. E eu acho que uma das profissões que menos a tecnologia substitui é a que envolve o contato humano como a enfermagem. Apesar da tecnologia ser benéfica para o cuidado humano, ela não atende todas as necessidades em saúde do cliente crítico porque há a necessidade do contato humano, do sentimento, da conversa, do carinho que fazem parte das necessidades a serem atendidas e a tecnologia não atenderá...”

n\_18 “A gente sempre pode evoluir na parte técnica e na parte do cuidado. Quando cuida do paciente de uti, acho que a primeira coisa para gerar conforto é a mudança de decúbito de duas em duas horas, aspirar o paciente secretivo, medidas não-medicamentosas que melhoram o cliente. O paciente quando está entubado e com sedação não tem como ele expressar a dor, às vezes é pelo monitor que visualizou alteração do batimento, da respiração, da saturação e da pressão arterial. Então, essas alterações sinalizam que ele esteja em desconforto e medidas de prescrição médica e de enfermagem: fazer mudança de duas em duas horas, boa higiene oral, esses cuidados mais cotidianos devam ser feitos para melhorar o estado do cliente. Porque conforto é bem-estar. A gente deve raciocinar que é o bem-estar do paciente.”

n\_20 “...a tecnologia não atende todas as necessidades do paciente, pois no quesito conforto demanda cuidado manual que ela não oferece. [...]Para minimizar o desconforto dos clientes, além de analgesia, a enfermagem fica sempre atenta para a mudança de posição dos coxins, prestar atenção nos fios dos monitores verificando se não estão posicionados por baixo do rosto, da orelha por causa do risco de lesão de pele, sempre olhar, observar, não só fazer coisas que precisam serem feitas. Porque paciente confortável é aquele que está bem em qualquer situação.”

n\_30 “...se o cliente está comunicativo, se estiver com expressão de tensão você sabe que ele não está confortável, então aplicar medidas que favoreçam seu conforto físico e emocional é um dos papéis da Enfermagem.”

Os trechos supracitados discorrem sobre o atendimento das necessidades do cliente pela tecnologia dura. Nestes, foi possível identificar o atendimento das necessidades humanas

por métodos de cuidado invasivo e não-invasivos, além de ter trazido a tecnologia como sendo o acessório que de fato é, para a assistência em saúde.

À luz da teoria, estudos revelam que a visão holística do cuidado se permeia pelo atendimento das necessidades humanas básicas. Apesar de ser difícil atingir este objetivo no cenário da UTI, não é impossível desde que haja conscientização de toda a equipe (CUNHA et al., 2017)

A tabela 06 relaciona os modos de agir em enfermagem:

<b>Palavra</b>	<b>Frequência ST</b>	<b>Frequência total</b>	<b>Chi<sup>2</sup></b>	<b>P valor</b>
<b>Prestação</b>	19	20	109,41	<0,0001
<b>Atuar</b>	19	22	96,55	<0,0001
<b>Interferir</b>	26	40	92,74	<0,0001
<b>UTI</b>	29	50	89,51	<0,0001
<b>Utilização</b>	10	10	59,48	<0,0001
<b>Acreditar</b>	13	16	59,18	<0,0001
<b>Tecnologia</b>	38	113	52,54	<0,0001
<b>Cuidado</b>	30	76	49,88	<0,0001
<b>Intensivo</b>	9	10	46,33	<0,0001
<b>Terapia</b>	10	13	41,55	<0,0001
<b>Mês</b>	7	7	41,19	<0,0001
<b>Técnica</b>	9	11	40,62	<0,0001
<b>Ajudar</b>	8	11	30,34	<0,0001
<b>Unidade</b>	6	7	28,53	<0,0001
<b>Achar</b>	19	54	21,85	<0,0001
<b>Ajuda</b>	8	15	18,57	<0,0001
<b>Positivamente</b>	3	3	17,4	<0,0001
<b>Acompanhar</b>	3	3	17,4	<0,0001
<b>Área</b>	4	5	53,72	<0,0001
<b>Positivo</b>	4	5	29,21	<0,0001
<b>Atuação</b>	4	5	22,75	<0,0001
<b>Haver</b>	23	46	17,4	<0,0001
<b>Sete</b>	5	5	17,4	<0,0001
<b>Três</b>	5	6	16,63	<0,0001
<b>Oito</b>	3	3	14,8	<0,0001
<b>Cinco</b>	3	3	12,65	<0,0001
<b>Em</b>	40	193	9,89	<0,0001

**Tabela 6** — Classe 6 – corpus textual 1

Fonte: Dados da pesquisa, Resende-RJ, 2017.

Na classe 6, as palavras prestação (chi<sup>2</sup>109,41), atuar (chi<sup>2</sup>96,55) e interferir (chi<sup>2</sup>92,74) relacionam-se ao cuidado que deverá ser prestado no dia-a-dia da enfermagem. Este cuidado, sempre focado nas necessidades do cliente, provoca a equipe quanto a tomada

de ações que corroboram para a boa evolução clínica do paciente, atuando por meio de ações de cuidado que interfiram no restabelecimento da saúde ou na redução de danos ao cliente.

n\_05 “Logo, a gente faz mudanças de decúbito, a gente verifica a pele, a gente tenta trabalhar com o colchão pneumático, isso são medidas de conforto e uma vez aplicadas no paciente, eu identifico que esteja confortável. Quando em desconforto, o paciente está apresentando taquicardia, hipertensão, taquipneia no monitor multiparamétrico. Então, a equipe implementa medidas para eliminar ou minimizar tais sinais: aumentando a sedação no paciente comatoso, se for um paciente lúcido, é um pouco mais difícil porque ele mesmo vai te relatar e vai se virar ou se movimentar de acordo com o lado que ele achar melhor. Pacientes sedados ou comatosos têm fâcias de dor o que favorece para aumento da analgesia e que também é uma medida de conforto. Deixar os pacientes lúcidos de acordo com o que lhe é mais agradável quanto ao posicionamento no leito, temperatura do ambiente, alimentação desejada, a prestação de cuidados como um banho, uma mudança de decúbito, uma atenção, um toque terapêutico, uma conversa, tudo isso são medidas de conforto e que considero promover o bem-estar e tranquilidade do paciente e que sinalizam conforto.”

n\_20 “Quando um paciente está com dor, com desconforto, além da expressão facial que mostra se está confortável, os sinais de taquicardia, hipertensão, taquipneia mostram desequilíbrio de seu bem-estar. Para minimizar o desconforto dos clientes, além de analgesia, a enfermagem fica sempre atenta para a mudança de posição dos coxins, prestar atenção nos fios dos monitores verificando se não estão posicionados por baixo do rosto, da orelha por causa do risco de lesão de pele, sempre olhar, observar, não só fazer coisas que precisam serem feitas. Porque paciente confortável é aquele que está bem em qualquer situação.”

n\_30 “observando diariamente o cliente eu identifico quando está confortável ou não. Se em desconforto, é visível ao monitor a taquicardia, o desconforto respiratório, a dessaturação, a pressão arterial alterada. Para minimizar isso, identifico a causa, se clínica atuo com intervenções prescritas, se posicionamento, realizo a mudança de decúbito de duas em duas horas, aspiro se estiver muito secretivo, converso para dar atenção. Conforto é você estar bem, se o cliente está comunicativo, se estiver com expressão de tensão você sabe que ele não está confortável, então aplicar medidas que favoreçam seu conforto físico e emocional é um dos papéis da Enfermagem.”

As falas supracitadas mencionam as formas de cuidar do cliente quando algum desconforto se apresenta. Fazendo uso do monitor multiparamétrico, a enfermagem identifica nos sinais de taquicardia, taquipneia, dessaturação, hipertensão, parâmetros alterados por alguma descompensação ou alteração fisiológica quando algum desconforto é sentido. Logo, o cuidado deve ser de atenção não só para o que ocorre ao corpo do cliente como ao desconforto emocional ou ambiental que repercute em sua hemodinâmica.

Quando falamos em cuidado, é preciso que este seja (re) pensado para ser (re) significado, haja vista a matéria biomédica ainda ser majoritária na formação em saúde. Com isso, o cuidado pode se tornar médico-centrado caso o profissional não se muna de conceitos e conhecimentos em humanismo e descentralização em saúde.

Para Ouchi et al. (2018), a enfermagem direciona o cuidado para o modelo biomédico, dando enfoque na doença, retardando alguns aspectos importantes que interferem no processo de restabelecimento da saúde.

Mascarenhas e Rodrigues (2017) afirmam que a escassez de sensibilidade, rotina massificante por sobrecarga trabalho, resistência por parte dos profissionais, principalmente os mais experientes, quanto a mudanças necessárias para a humanização permitem que ainda estejamos incipientes no que de fato seja cuidado humanizado; sendo a solução: a educação permanente em saúde.

Destarte, é preciso que reflitamos sobre o cuidado que estamos desempenhando: um cuidado cumpridor de tarefas e prescrições que vise a cura, ou um cuidado que visa a integralidade do indivíduo, no que concerne ao seu bem-estar, percepção de necessidades atendidas e promoção de conforto.

### **5.3 A tecnologia dura no cuidado**

Sabemos que o advento da tecnologia dura trouxe avanços em diagnósticos e tratamentos, porém é questionável suas repercussões no que concerne à assistência à saúde. Uma vez que, em ambiente densamente tecnológico há a exigência de profissionais capacitados para operá-lo, no Brasil, a realidade em saúde, especificamente de saúde pública, remete-nos o pensar sobre um dimensionamento de pessoal ineficaz e que traz riscos ao cuidado desempenhado. Sobre esta problemática, se destaca a quantidade inadequada de profissionais, em especial de enfermagem, o que favorece para um cuidado mecanizado; conseqüentemente, a máquina se torna o alvo e não o instrumento do cuidado em saúde.

Logo, podemos inferir que o dimensionamento de recursos humanos em enfermagem não tem acompanhado o avanço da tecnologia e das demandas assistenciais, posto que há poucos profissionais para atender um cenário de alta tecnologia e complexidade assistencial, fazendo com que aqueles que estão em loco foque seu trabalho na aparelhagem a ser operada, na rotina a ser desempenhada e postergue a visão para as reais necessidades do cliente.

Além disso, a formação profissional e o dia-a-dia hospitalar em que não se forma a visão humanista do cuidado, também favorecem para profissionais que são impulsionados a se dedicarem mais aos monitores, às bombas de infusão, ventiladores, à rotina dos vários procedimentos invasivos e não-invasivos, expressando um trabalho biológico totalitário e que se distancia do holismo que é o ser humano.

n\_04 “Atuo em UTI desde 2013, há cinco anos, e acredito que a utilização da tecnologia possa interferir na prestação do cuidado em unidades de terapia intensiva porque muitas vezes a tecnologia, dependendo da forma como ela é empregada, distancia a equipe por fornecer todos os parâmetros que são necessários para o cuidado e tratamento promovendo uma certa comodidade e conseqüente zona de conforto.”

n\_06 “Estou neste hospital há sete anos e acho que a utilização da tecnologia pode interferir na prestação do cuidado em UTI porque ficamos muito envolvidos com os aparelhos, com toda a questão de monitorização e cuidado. Aquela atenção que o paciente precisa, às vezes fica um pouco de lado na minha opinião...”

n\_13 “Tenho 23 anos de experiência em UTI e acredito que a tecnologia possa interferir na prestação do cuidado porque você começa a prestar muita atenção em equipamentos e esquece de olhar a pessoa. A tecnologia nunca atenderá todas as necessidades de saúde do paciente porque você tem o profissional que é uma pessoa e ele tem que olhar a outra pessoa que está deitada como um ser humano. A máquina não consegue ver essa diferença...”

n\_14 “Tenho oito anos de UTI e acredito que a utilização da tecnologia interfira em algum momento no cuidado ao paciente de UTI, porque há momentos em que a gente, por conta de estar acostumada com o monitor, obtém alguma leitura que não é real e se baseie naquilo perdendo dados importantes como parâmetros de uma pressão muito alta. As pessoas não pegam no aparelho para verificar manualmente a pressão e isso pode favorecer a um valor irreal que favoreça para fazer medicação que nem era necessária, pois ficamos muito confiantes no monitor. E isso ocorre com saturação também, pois às vezes o paciente satura altíssimo no monitor e quando sai a gasometria aquilo não é real, ou o paciente está saturando mal enquanto no monitor ele está saturando bem. Por isso acho que não se pode afirmar que a tecnologia atenda todas as necessidades em saúde do cliente crítico, pois eu acredito que a necessidade de ventilar espontaneamente, estar confortável, sem dor, alimentar-se, vestir-se são necessidades básicas que nunca a tecnologia substituirá o recurso humano que o auxilia nessas necessidades...”

n\_15 “Atuo há 6 anos em UTI sou formada em Enfermagem, mas aqui atuo como técnica. Acho que a tecnologia pode interferir na prestação do cuidado porque hoje ela está muito avançada e eu penso que a UTI não é humanizada, principalmente a enfermagem que nela atua. Eu estudei muito, eu vi muito essa questão de tecnologia e muita coisa hoje em dia é muito mecânico. O contato com o paciente mesmo é um exemplo, pois é como se eles quisessem cortar essa questão do contato por meio da rapidez e superficialização do maquinário de UTI.”

n\_21 “Atuo em UTI há sete meses, sou técnica em enfermagem e vejo que a tecnologia interfere no cuidado, porque tudo que é demais é exagerado e nesse ambiente há muito exagero tecnológico. Então, se tiver muita tecnologia e pouco aprendizado, pouca prática, a assistência sofre interferências e conseqüentes falhas.”

n\_23 “Tenho quatro anos de UTI e acho que hoje nós utilizamos muito tecnologias e eu acho que com o avanço tecnológico tendemos a tentar tudo a qualquer custo e perdemos com isso na questão do cuidado, porque a gente só presta atenção aos cateteres, procedimentos novos e perdemos o tempo que deveria ser dedicado no paciente. Sempre ficamos tentando mais coisas e acabamos deixando o cuidado de lado. A tecnologia não atende todas as necessidades de saúde do cliente crítico, pois as tecnologias, apesar de serem fundamentais no diagnóstico e tratamento, têm limites quanto ao cuidado de todas as necessidades vitais do paciente. Em terapia intensiva, pelo menos aqui, a gente tenta o tempo todo trazer um conforto pra eles: como leva-los para dar uma volta, para um banho de sol quando isso é possível, programar os horários dos banhos em períodos do dia que o cliente tenha alguma preferência. Essas e outras medidas não-invasivas promovem conforto que eu entendo que seja o bem-estar do paciente.”

n\_34 “Atuo há nove anos como enfermeira de uti e vejo que a tecnologia interfere na prestação do cuidado, porque apesar de ajudar muito na assistência, contribui para uma mecanização. Você tem muitos aparelhos de alta tecnologia e você acaba deixando de ter a humanização, de certa forma, com o paciente. Então, o pegar, o tocar no paciente são cada vez mais menos frequentes porque já existe o aparelho ali que mostra tudo. Acho que esse é o ponto negativo da tecnologia. Além disso, a tecnologia é limitada quanto ao atendimento das necessidades de saúde do cliente, ela ajuda muito porque faz com que o paciente seja vigiado o tempo todo, mas deixa um pouco de lado o cuidado manual do pôr a mão, de sentir alguma coisa.”

Nas falas acima, alguns profissionais têm a visão crítica das repercussões da máquina no ambiente assistencial, em que pese o avanço e rapidez da tecnologia dura para procedimentos e intervenções diagnósticas, ela também promove o comodismo e superficialização do contato humano numa perspectiva relacional.

A esse respeito, Donoso et al. (2017) afirmam que o cuidado deve ser auxiliado por equipamentos e conduzido por cuidadores: “gente cuidando de gente”. Portanto, é urgente que a colocação acima faça parte da formação de todos os profissionais de saúde, bem como de treinamentos contínuos em serviço, pois ainda que exista o óbice do quantitativo humano não atender a realidade de uma demanda, esse pode ser obliterado pela formação que alie ciência, tecnologia e humanismo.

Para Araújo et al. (2017), é preciso que se faça o questionamento sobre a finalidade do cuidado de enfermagem, para que ocorra a compreensão sobre a tecnologia e seus tipos, bem como a correta utilização para cada necessidade. Pode-se dizer que o cuidado é o mandatário na aplicabilidade das tecnologias dura, leve-dura ou leve, não o contrário.

Santos e Souza (2017) justificam acerca da enfermagem estar mais distante do cuidado como ideal e mais próxima do cumprimento de rotinas, devido ao fato de assumirem encargos administrativos que a afastam gradualmente da assistência; em que surge a necessidade do resgate das atribuições dos profissionais de enfermagem mediante a lei do Exercício Profissional em Enfermagem 7.498/86 e as Resoluções COFEN, que tratam sobre a atuação dos enfermeiros na assistência.

Portanto, refletir sobre o que a profissão tem feito quanto à sua representatividade no campo profissional, sua missão e objetivos, além de pensar sobre a tecnologia como o instrumento não o cuidado em si, faz com que apontemos para a direção de um cuidado de saúde mais eficiente aos requerimentos do ser cuidado.

Sobre a presença da tecnologia dura no ambiente de UTI, vejamos alguns depoimentos:

n\_01 “eu acho que a tecnologia distancia um pouco nosso cuidado, pois a equipe foca muito em outras coisas e acaba se perdendo em outras. E eu acho que para tentar minimizar essa situação, o aumento da equipe é importante porque o número de pessoas na equipe de enfermagem hoje é muito pouco. Eu acho que isso iria minimizar bastante o déficit que existe nos cuidados assistenciais quanto à atenção e olhar para o doente e não só para a máquina.”

n\_03 “Há alguns casos, por exemplo, em hospital que tem aquela monitoração numa sala e você fica assistindo o paciente pelo monitor, se ele parar, fizer uma bradicardia, uma taquicardia, a pessoa vê somente pelo monitor e isso julgo como uma forma de distanciamento do cliente e que prejudica o cuidado. Aqui a gente já não tem isso, você anda pelos boxes e identifica qual paciente está precisando de cuidados, o que na minha opinião força a equipe a estar próxima, ao lado do paciente.”

n\_06 “...penso que os avanços tecnológicos no ambiente de UTI distanciaram a proximidade enfermeiro-cliente, porque são tantos parâmetros para se mensurar, para se verificar, tantas rotinas que você fica preso a elas. De repente você tem várias coisas pra fazer: verificar a pressão arterial média, colher amostra de sangue para uma gasometria e você fica preso nessas rotinas, e a gente vê algumas coisas no cliente, mas não está envolvido com aquilo deixando passar alguma coisa que interferirá de forma negativa no cuidado.”

n\_07 “A tecnologia, apesar de ser eficaz para o cuidado e interferir na qualidade da assistência, distanciou um pouco a equipe enfermagem do paciente porque se passa menos tempo com ele em virtude das rotinas e pouco efetivo enfermagem para prestar um cuidado integral. Para ser aferida uma pressão é só apertar o botão, você não tem que ir ali para realizar manualmente o procedimento e ter contato com o cliente para isso. E nesse sentido, a tecnologia contribuiu para o distanciamento. Apesar de haver a necessidade de monitorização e demais aparatos tecnológicos na UTI, é a consciência do profissional e também da instituição sobre o contato mais próximo com o cliente que interfere no cuidado.”

n\_08 “Por sua vez, percebo que algumas pessoas estão deixando a tecnologia influenciar a relação no cuidado, tornando-a mais mecânica, mas não distanciou a equipe do paciente, porque você tem a opção de fazer diferente. Eu acho que poderia falar às vezes é uma questão de tempo! Eu acho que entra naquela fase da rotina, do dia-a-dia que acaba um pouco daquela humanização, pois se repete atividades todo dia e isso pode fazer com que a equipe se valha mais da máquina em determinadas situações do que do olhar para o cliente. Eu acho que algumas pessoas ficam naquela fase do chegar e só fazer, acho que falta principalmente, para algumas pessoas que estão há muito mais tempo na profissão uma reciclagem com cursos de humanização que eduquem o profissional a estar mais perto do paciente. A enfermagem está perdendo muito quanto ao que a gente pode fazer, por falta de maior proximidade com o paciente, por falta de se posicionar. Porque se você tem o conhecimento, você tem o posicionamento.”

n\_10 “A evolução da tecnologia distanciou um pouco o contato enfermeiro-cliente porque hoje em dia, usamos a tecnologia até para monitorar uma pressão o que evita o contato manual da aferição. Então, perde-se um pouco o contato próximo com o cliente. A gente tende a perder esse contato pelo uso da tecnologia. E tentar se policiar quanto a esse distanciamento por meio de medidas de atenção e contato, capacitação com a equipe sobre a relação com o cliente acho que seriam instrumentos para evitar ou minimizar esse distanciamento.”

n\_11 “A tecnologia apesar de ser muito boa para nosso dia-a-dia ela distanciou um pouco o enfermeiro do paciente, porque a gente trabalha com monitor: você chega ali, você anota tudo que o monitor mostra e sai correndo. Ainda mais num dia de correria, você nem pára para conversar com o paciente, ou às vezes de longe mesmo você já anota o que está aparecendo no monitor e vai embora. Então, de certa forma



ela distancia bastante o paciente do profissional. Acho que tinha que existir mais profissional para poder conseguir dar uma assistência melhor para o paciente e diminuir essa mecanização do cuidado.”

n\_13 “O avanço da tecnologia distanciou a aproximação da equipe de enfermagem do cliente afetando a visão do todo que temos de ter com ele, pois mediante os tantos recursos que temos, o estar ao lado do leito em situações de cuidado ou até de um exame físico tem sido a última coisa. Porque você acaba colocando os equipamentos para fazer a função de observação que seria do profissional, não que não sejam necessários, porém o paciente é muito invadido e muitas das vezes sem fundamentação clínica para isso. O que acaba distanciando o ser humano, a equipe de seu paciente.”

n\_14 “Penso que o avanço da tecnologia distanciou esse contato do enfermeiro e do técnico com o cliente, até porque hoje em dia quando você vai ver os sinais no monitor, respiração no ventilador, antigamente você tinha que estar colocando a mão no paciente para aferir os sinais vitais. Hoje em dia você vai lá, aperta um botão e já tem tudo isso. Então, a tecnologia fez você perder um pouco desse contato e por isso eu acho que distanciou.”

n\_15 “E vejo que a tecnologia e seus avanços dificultaram o contato da enfermagem com o paciente, pois como existe muita tecnologia e automatização que facilita muito da rotina assistencial, tocar no paciente, contar uma respiração, que eram ações que faziam com que você estivesse mais próximo do paciente foram esquecidas. No caso de um monitor, você já tem tudo nele e isso te distancia do paciente. Se eu tenho tudo no monitor para que vou entrar no ambiente do paciente? Pois muitas das vezes a equipe não entra pelo comodismo da tecnologia e demasiada confiabilidade. Logo, acho que distanciou e prejudicou o contato com o cliente.”

n\_16 “Apesar das benesses que a tecnologia traz, ela interferiu na relação da enfermagem com o paciente porque existem pessoas que perdem a sensibilidade, não sei se por estafa do trabalho. Eu, por exemplo, estou começando agora na área da Terapia Intensiva e adoro o que faço. Eu acredito que a tecnologia é um segundo braço, mas é preciso trabalhar também com o paciente de forma humanizada, porque a tecnologia não é tudo e acho que um abraço, um aperto de mão conforta mais do que uma dipirona na veia para dor de cabeça em algumas situações, por exemplo. Acho que uma boa relação interpessoal com o paciente, conversar, saber dar atenção ao que ele está te dizendo, ofertar o máximo de conforto não só por medidas medicamentosas como também não-medicamentosas, tentar fazer algo além do que na maioria das vezes acontece como medicar ou aferir sinais vitais sem olhar para a cara do paciente.”

n\_18 “...mesmo com toda a parte boa da evolução tecnológica, ela distanciou um pouco o enfermeiro do cliente porque antigamente os sinais vitais eram contados no pulso o que forçava o profissional estar a beira-leito e toar, olhar para o paciente estando mais próximo, às vezes a gente chega ali, aperta o botão e a máquina faz tudo.”

n\_20 “Apesar da tecnologia ajudar de forma positiva no cuidado, ela distanciou a equipe do cliente porque por mais que não queiramos, ficamos condicionados ao que aparece no monitor e não perguntamos muitas coisas. Olhamos, verificamos se a pressão está boa, se a frequência está boa e esquecemos de perguntar ao paciente se ele está sentindo algo, às vezes ele afirma que está com falta de ar, mas no monitor está normal e com a correria do dia-a-dia a gente acaba falhando nessa atenção para intervenção. Porque dependendo do ritmo de trabalho, às vezes você trabalha em dois ou três lugares, fica mecanizado em um deles e não tem como trabalhar direito em todos. Essa mecanização se deve ao profissional dar mais confiabilidade ao que a máquina está dizendo, já que ela traz parâmetros de forma mais fidedigna. Portanto, infelizmente estamos mais rotineiros no cuidado ao cliente e prejudicando inconscientemente o doente.”

n\_32 “A evolução tecnológica adianta o serviço, mas tem horas que fica tudo muito mecânico, distancia do paciente no sentido de conversar, de dar uma melhor assistência emocional, distancia o contato com o paciente. A gente até conversa, mas às vezes fica muito corrido então a gente só coleta os parâmetros necessários para o diagnóstico médico. Para que tal fato seja atenuado, eu tento conversar com as pessoas de acordo com a abertura que eles me dão porque existem pacientes que não gostam de conversa, então tento dar uma atenção maior ao meu paciente.”

n\_33 “O avanço tecnológico distanciou um pouco, porque o monitor está lá e você programa para aferir a pressão de duas em duas horas, então você não vai ter o cuidado de chegar perto do paciente, perguntar se ele está bem, aferir a pressão manual, tudo isso o monitor te dá. Então faz com que você não dê atenção naquele horário para aferir os sinais dele porque o monitor está fazendo isso pra você. Portanto, penso que a tecnologia interferiu na nossa relação com o paciente.”

De acordo com os relatos supracitados, averígua-se que os participantes do estudo identificaram que a tecnologia dura tenha prejudicado o aspecto relacional do cuidado, uma vez que anteriormente a ela, eram obrigados a estarem a beira-leito para fazerem avaliação física, assim como avaliação dos sinais vitais. Para eles, a rapidez da obtenção dos parâmetros cardiorrespiratórios e de dados hemodinâmicos corroboraram para o comodismo e consequente distanciamento da enfermagem, principalmente o enfermeiro, estando próximos ao cliente somente quando vão cumprir tarefas de troca fralda, dar banho ou trocar curativos – atividades manuais que, até o momento, exigem que somente sejam desempenhadas pela mão humana.

Estes achados corroboram com aqueles encontrados nos estudos desenvolvidos por Ouchi et al. (2018) e Ponte e Silva (2015), em que alegam que o enfermeiro tem se preenchido cada vez mais por burocracias, além de confiar em demasia na suposta fidedignidade da aparelhagem de UTI e ser resistente a mudanças, principalmente quando afirma ter determinado tempo de experiência profissional.

De acordo com Kolcaba, o conforto ambiental é pertencente às condições e influências externas, logo os depoimentos acima nos mostram o quanto este ambiente tecnológico tem influência neste conforto e também no conforto social pertencente às relações interpessoais.

Os profissionais afirmam que apesar do avanço tecnológico ter trazido melhoria e rapidez no campo assistencial, o comodismo consequente devido à viabilidade de obtenção de parâmetros pela máquina, não mais mensurados ao leito, instiga ao contato superficial na perspectiva relacional do cuidado. Acrescentam-se a isso, efetivo reduzido, excesso de burocracia e falha em processos educativos sobre o tema humanização. As instituições devem promover uma reflexão crítica sobre essa situação real e comum, principalmente em instituições públicas cujas deficiências acima impactam no cuidado ofertado.

#### 5.4 O conforto no ambiente tecnológico de UTI

A promoção de conforto é essencial na assistência de enfermagem, principalmente em cenários de pacientes críticos cuja complexidade do caso exige atenção do todo no processo saúde-doença. Este todo remete ao olhar para a dor além da percepção sensorial, mas toda e qualquer situação ou incômodo que gere desconforto físico, mental, espiritual e social.

Sobre o ambiente de UTI, Cunha (2017) revelam que é “um ambiente conturbado, desconfortável, repleto de aparelhos, impessoalidade, falta de privacidade, dependência tecnológica e isolamento social”. As autoras referem que o bem-estar do paciente ou o seu estar bem são alvos do trabalho da enfermagem na unidade de terapia intensiva, portanto é necessário que os profissionais intervenham para que isso seja possível a partir da identificação das variáveis de desconforto e aplicabilidade de medidas de conforto.

A seguir, depoimentos de profissionais que identificam sinais de desconforto a partir da avaliação do paciente e do que o monitor revela:

n\_01 “...além da expressão facial ou pela fala, há outra forma que se identifica o conforto no paciente: sinais vitais, pois o paciente faz uma hipertensão, faz uma taquicardia. Sinais e sintomas de desconforto, como taquicardia, hipertensão, dessaturação podem ser evidenciados em monitores multiparamétricos. Para minimizar o desconforto de pacientes em UTI, a analgesia é sempre muito boa porque normalmente o paciente em UTI ele é mais invadido e a todo momento ele leva espetada, sofrendo um estresse por isso. Então para um tipo de conforto para ele, o primeiro que eu penso é você retirar a dor por meio da analgesia, após uma conversa, o carinho pelo toque, pois melhora muito sua condição porque a falta da família, o incômodo de barulho do ambiente, trazem um desconforto também e a equipe precisa intervir de diversas formas sobre os condicionantes desse desconforto.”

n\_02 “...no que se refere ao cuidado com o paciente e conforto, a gente percebe se ele está confortável quando respira bem, se paciente lúcido ele fala, reclama, o paciente acamado em respiração por ventilação mecânica que está com sedação, a gente percebe pela maneira dele respirar pelo respirador, pelo monitor. Sendo que neste monitor, é visualizado sinais de desconforto como taquicardia, que pode ser por um sinal de dor, a frequência respiratória, a temperatura. Quando o paciente está em desconforto, primeiro eu chamo o médico pra ele ver o que pode ser feito identificando o motivo, depois eu observo se ele está em posição desconfortável para mudá-lo de posição para haver a melhora. Dependendo do que ele tiver, do que ele estiver sentindo: a gente muda de posição, tira o cobertor se for uma temperatura alta e faz o que o médico mandar, prescrever. Uma vez que conforto para mim é eu perceber que o paciente está relaxado, sem sentir dor, limpo, alimentado e com os seus sinais vitais estáveis.”

n\_03 “...Quando o paciente está em desconforto, eu percebo no monitor multiparamétrico: taquicardia com esforço respiratório, frequência respiratória aumentada, há hipertensão, temperatura aumentada. E acho que para minimizar este desconforto: a assistência adequada por meio da monitoração dos sinais vitais, informar ao médico qualquer situação de descompensação como uma queda de glicemia, má posição no leito, pulmão comprometido por secreção sendo necessário

aspirar, uma troca de fralda, observar perviedade de cateteres, as infusões de drogas, se não tem algo obstruído, são exemplos de medidas de alívio de desconforto. Porque o conforto é a pessoa se sentir bem naquele espaço que está, naquele ambiente com uma roupa de cama limpa, uma fralda seca, sem dor, conversando quando isso é possível, é o bem-estar do cliente.”

n\_05 “Quando em desconforto, o paciente está apresentando taquicardia, hipertensão, taquipneia no monitor multiparamétrico. Então, a equipe implementa medidas para eliminar ou minimizar tais sinais: aumentando a sedação no paciente comatoso, se for um paciente lúcido, é um pouco mais difícil porque ele mesmo vai te relatar e vai se virar ou se movimentar de acordo com o lado que ele achar melhor. Pacientes sedados ou comatosos têm fâcias de dor o que favorece para aumento da analgesia e que também é uma medida de conforto. Deixar os pacientes lúcidos de acordo com o que lhe é mais agradável quanto ao posicionamento no leito, temperatura do ambiente, alimentação desejada, a prestação de cuidados como um banho, uma mudança de decúbito, uma atenção, um toque terapêutico, uma conversa, tudo isso são medidas de conforto e que considero promover o bem-estar e tranquilidade do paciente e que sinalizam conforto.”

n\_12 “Quando cuido do meu paciente na UTI, percebe o conforto pela tecnologia e os parâmetros que ela me dá: sinais vitais estáveis me indicam que o paciente está estável. Diferente de quando ele tem algum desconforto, em que o monitor me mostra sinais de taquicardia, taquipneia, febre, baixa saturação, pressão alta ou baixa. Assim, quando o paciente está desconfortável mediante esses sinais ou faces de dor eu vejo o que posso fazer quanto ao meu trabalho e cuidado de técnica enfermagem: mudança de decúbito, uma massagem, um banho, troca fralda, elevar o decúbito. Para mim, conforto é o paciente se sentir bem, sem face de dor.”

n\_15 “Por exemplo, quando vejo no monitor sinais de desconforto como saturação baixa, temperatura alta, pressão alta, frequência cardíaca baixa ou alta, frequência respiratória alterada, entendo que ele está com algo que necessite minha intervenção. Daí, vejo a necessidade de uma mudança de decúbito, uma massagem de conforto, às vezes, um creme qualquer para realizar massagem são medidas não-farmacológicas que ajudam na melhora do cliente. Porque para mim, conforto é o paciente estar bem, sem dor, alegre, confortável.”

n\_20 “Quando um paciente está com dor, com desconforto, além da expressão facial que mostra se está confortável, os sinais de taquicardia, hipertensão, taquipneia mostram desequilíbrio de seu bem-estar. Para minimizar o desconforto dos clientes, além de analgesia, a enfermagem fica sempre atenta para a mudança de posição dos coxins, prestar atenção nos fios dos monitores verificando se não estão posicionados por baixo do rosto, da orelha por causa do risco de lesão de pele, sempre olhar, observar, não só fazer coisas que precisam serem feitas. Porque paciente confortável é aquele que está bem em qualquer situação. Então, deixar um ambiente acolhedor e confortável, com o mínimo de coisas que atrapalham: ruído, conversa alta, odor da lixeira, tudo isso causa desconforto não só físico mas outros incômodos, além do ambiente estressante.”

As entrevistas supracitadas mostram que a todo momento a enfermagem se preocupa com o que o monitor sinaliza, principalmente quando o alarme advém de sinais vitais alterados facilmente identificáveis na tela. Contudo, o que não é óbvio ao monitor é a identificação da real causa destes parâmetros para que seja feita a devida intervenção, não somente mais uma rotina a ser cumprida e conseqüente invasão ao cliente, quando este é medicado sem que seja preciso, mas avaliação do que este indivíduo, que é muito mais que um corpo, está tentando “dizer” para a equipe de saúde (BIDÔ et al., 2016).

Como podemos observar, a atenção para com o cliente se dá a partir do que ele expressa fisicamente, seja por sinais vitais alterados no monitor, seja por fâcias de dor ou expressão verbal de algo, se isso for possível.

Raras foram as falas que conotam a atenção para além do desconforto físico, assim como as medidas de conforto majoritariamente físicas pelos cuidados manuais, ou procedimentos medicamentosos ou não-invasivos. Desta forma, é necessário que a formação dos profissionais de enfermagem se permeie não só pelas temáticas inerentes ao biológico, como também ao emocional, social e espiritual do cuidado em saúde, uma vez que o envolvimento familiar (conforto social) é essencial no cuidado ao cliente.

Ter profissionais de enfermagem que pensem além da formação biomédica na assistência promove o papel da profissão que é o cuidado.

Rodrigues (2016) afirma que o conforto físico é valorizado pelo profissional de enfermagem, sendo que na UTI ele é relacionado ao nível de sedação do cliente e consequente fator de dependência da atuação do médico. Na fala da entrevistada de número 02, a afirmação da autora se torna exemplificada: “...quando o paciente está em desconforto, primeiro eu chamo o médico...”

Este depoimento deixa explícita a dependência do médico quando o paciente apresenta algum desconforto. Portanto, a insegurança quanto ao que fazer e a visão médico-centrada sinalizam o quanto a enfermagem ainda precisa (re) pensar sua atuação à beira-leito. Destarte, faremos uma provocação quanto ao nosso papel na equipe e objetivo: curar ou cuidar? Haja vista, nem todo desconforto ser físico e exigir a constante invasão a que o paciente de UTI é submetido. A enfermagem ainda se limita do biológico para cuidar, sendo necessário ampliar seu conhecimento acerca do processo saúde-doença:

n\_05 “...Então, a equipe implementa medidas para eliminar ou minimizar tais sinais: aumentando a sedação no paciente comatoso, se for um paciente lúcido, é um pouco mais difícil porque ele mesmo vai te relatar e vai se virar ou se movimentar de acordo com o lado que ele achar melhor. Pacientes sedados ou comatosos têm fâcias de dor o que favorece para aumento da analgesia e que também é uma medida de conforto. Deixar os pacientes lúcidos de acordo com o que lhe é mais agradável quanto ao posicionamento no leito, temperatura do ambiente, alimentação desejada, a prestação de cuidados como um banho, uma mudança de decúbito, uma atenção, um toque terapêutico, uma conversa, tudo isso são medidas de conforto e que considero promover o bem-estar e tranquilidade do paciente e que sinalizam conforto.”

n\_06 “...medidas que fazem o paciente ficar confortável e a equipe perceber o conforto nele são intervenções essenciais e que não dependem da tecnologia: aquecer o paciente quando está muito frio, dar um alimento na hora certa, tentar visualizar necessidades que ele coloca e tentar ajudá-lo naquilo que necessita. Às vezes existe paciente que não precisa de determinada monitorização, então ela pode

estar sendo retirada, às vezes ele não está com problema de pressão, então não é preciso deixar o manguito no paciente o tempo todo. Às vezes ele veio por um motivo que não é tão grave, então é possível verificar os sinais vitais a cada quatro horas e não a cada uma hora. Portanto, identificar o que o cliente expressa e não só a máquina é uma forma de cuidado integral e promoção de conforto.”

n\_10 “Portanto, o olhar para o paciente como um todo é essencial para identificar se está confortável ou não, sendo possível ver algumas situações para antecipá-las: quando você vê que o paciente não está confortável com a temperatura, pois a UTI é um ambiente muito frio, então a gente tem que ter essa percepção principalmente quando o paciente não está falando. Quando o monitor mostra que o paciente está fazendo taquicardia, taquipneia, ou com a pressão arterial alterada, eu sei que ele está descompensando e com algum desconforto. Então para minimizá-lo é necessário você conseguir enxergar o que é incômodo para o paciente, tentar agir com medidas de conforto, como uma massagem, uma mudança de posição no leito, uma hidratação, identificar necessidades verbais e não-verbais dele.”

n\_15 “...quando vejo no monitor sinais de desconforto como saturação baixa, temperatura alta, pressão alta, frequência cardíaca baixa ou alta, frequência respiratória alterada, entendo que ele está com algo que necessite minha intervenção. Daí, vejo a necessidade de uma mudança de decúbito, uma massagem de conforto, às vezes, um creme qualquer para realizar massagem são medidas não-farmacológicas que ajudam na melhora do cliente.”

n\_21 “...nessas situações, medidas de conforto como: mudança de decúbito, massagem, redução de ruídos do ambiente, além do tratamento medicamentoso prescrito podem eliminar e melhorar tais sinais.”

n\_24 “Eu identifico o conforto quando o paciente de UTI está bem, respondendo bem ao tratamento e sem queixas, pois quando tem dor, parâmetros vitais alterados de pressão arterial, frequência cardíaca e respiratória, medidas para minimizar o desconforto são necessárias: uma conversa, uma mudança de decúbito, uma massagem.”

n\_30 “Se o paciente está entubado, temos de ver se está precisando de aspiração, observar se o cuff está inflado porque ele pode ficar com dificuldade respiratória. Fazer as mudanças de decúbito para não dar lesão por pressão, hidratar a pele do paciente, fazer higiene oral para não dar pneumonia. Portanto, observando diariamente o cliente eu identifico quando está confortável ou não.”

Os referidos trechos de alguns dos depoimentos que assinalam quais são as ações de promoção de conforto ao paciente crítico, trazem em sua maioria: mudança de decúbito, banho, aplicação de coxins, massagem, hidratação. Raras foram as falas que extrapolaram as medidas de conforto físico, como a que foi vista na entrevista de número 05.

A Enfermagem precisa ter a percepção, a partir de sua formação, de que medidas de conforto não se baseiam apenas nas físicas, porque as necessidades do cliente não se restringem ao físico, mas são compostas também pelas sociais, psicológicas, espirituais e ambientais que, se não forem atendidas, podem se tornar somáticas e desencadear uma cadeia de resposta fisiológica cuja causa não será sanada com ajustes medicamentosos, sedativos ou procedimentos invasivos. Ter essa compreensão é extremamente importante para o diferencial no ser enfermeiro.

Martins e Perroca (2017) identificaram em seu estudo, que abordou a relação entre pacientes e equipe de enfermagem em uma unidade de terapia intensiva, a queixa por parte dos pacientes sobre a falta de comunicação, principalmente pelo enfermeiro, quanto a procedimentos e demais atos terapêuticos. Foi encontrado também a insatisfação referente ao atendimento de suas necessidades humanas básicas.

Mediante os trechos transcritos dos participantes deste trabalho, fica claro que conforto em UTI é visto pela enfermagem como bem-estar, ausência de dor, receber atenção, carinho, estar ausente de queixas, deixar o ambiente mais acolhedor possível quanto à ausência de ruídos, controle da temperatura, visita dos familiares, estar bem emocionalmente.

Porém, ainda é uma retórica construída por um pequeno grupo que de fato possui esta visão ampliada sobre conforto, conforme os seguintes relatos:

n\_01 “Para mim, conforto é você se sentir bem, você estar longe de dor, dentro da UTI é você estar sendo bem atendido não só com relação à medicina, a medicações, mas em relação à humanização: a pessoa te atender bem, ser carinhosa, não ser grosseira, pois isso deixa o ambiente mais confortável possível para a pessoa. Eu acho que o carinho que você dá para o paciente, mesmo ele até totalmente sedado e sem responsividade gera mais conforto para ele no tratamento. O cuidado de enfermagem, essa atenção, é essencial para o paciente crítico. Apesar de eu não gostar muito da palavra humanização porque somos humanos que cuidamos de outros humanos, mas às vezes ela tem que ser dita.”

n\_03 “Sobre conforto, eu o identifico como bem-estar do paciente, sendo este bem-estar identificado quando ele está bem, sem queixas, conversando. Não é só a medicação que promove conforto para ele, mas sanar as dúvidas, dar atenção, ver se está precisando de alguma coisa, o que ele tem como hábito de usar em casa, porque há coisa que é permitida aqui e outra não. Às vezes, até um chinelo, uma peça íntima, um desodorante. Porque há pessoas que não ficam sem um perfume, daí quando são internados a família leva tudo embora e eles ficam desesperados. Porque são coisas tão simples, mas que promovem conforto.”

n\_04 “..eu percebo que o conforto quando ele se sente bem da forma mais fisiológica possível, sendo que a equipe deve tentar trazer um pouco da rotina de sua vida para o ambiente de UTI, o que é muito difícil porque muitas vezes o paciente está restrito ao leito, mas algumas coisas básicas, como um banho, às vezes o paciente só toma banho à noite, ou só à tarde, então é possível programar o banho do paciente para o horário que ele mais se sente confortável. Pedir para a família trazer os pertences de uso contínuo em casa, acho que isso são os cuidados que a gente pode estar tendo para promover o conforto e identificar que o paciente está confortável.”

n\_10 “Porque eu acho que conforto é a tranquilidade do paciente, se o paciente está sem dor, em paz, é sinônimo de bem-estar.”

n\_11 “...Porque conforto é o paciente se sentir bem. Não vou dizer que o paciente tem que se sentir em casa, mas tem que estar confortável, conseguir passar ali o período hospitalar sem estar estressado, sem ficar angustiado.”

n\_13 “Identifico conforto no paciente quando ele está sem queixas, sem fácies de dor, parâmetros clínicos compatíveis com a vida.”

n\_17 “Quando cuido do meu paciente, percebo nele o conforto quando ao conversar, analisar seu estado de saúde ele vai te dar um retorno. Então você vai perceber se ele está confortável em vários aspectos, não só estar bonitinho, confortável, em um travesseiro bom, uma roupa de cama boa mas é todo aquele aspecto psicológico e físico de saúde.”

n\_19 “Percebo o conforto como um alívio físico e emocional. Os pacientes que estão aqui há muito tempo começam a sentir aflição por quererem a família, por mais que tentemos agradar eles querem os filhos, os netos. Então é tentar falar uma palavra de afeto, deixar os nossos problemas do lado de fora e conversar com o paciente quando ele apresenta uma resistência aos tratamentos, ter paciência de esperar o tempo para aceitação, tentar passar uma força. E quando o desconforto extrapola o emocional e atinge o físico mediante parâmetros de frequência cardíaca, pressão, temperatura e frequência respiratória alterados devemos sempre se deve mudar os dedos do oxímetro para evitar lesões. A temperatura. Os pacientes que deambulam, a gente procura colocar nos boxes que têm TV e os que não podem sair do leito a gente coloca a cama na posição sentada, faz mudança de decúbito várias vezes para minimizar o desconforto. No caso do cliente comatoso, a gente aspira vias aéreas, fazendo as mudanças de hora em hora. Pois conforto é você dar qualidade ao paciente, melhorar o ambiente para que seja agradável.”

n\_20 “Porque paciente confortável é aquele que está bem em qualquer situação. Então, deixar um ambiente acolhedor e confortável, com o mínimo de coisas que atrapalham: ruído, conversa alta, odor da lixeira, tudo isso causa desconforto não só físico, mas outros incômodos, além do ambiente estressante.”

n\_21 “Porque conforto é o paciente estar bem, não adianta estar ali deitado com um travesseiro ou virado em uma posição e não estar bem, ter uma dobra na fronha, uma dobra no lençol, pois tudo isso gera desconforto. Então, medidas como essa podem aliviar e melhorar o conforto do paciente.”

n\_22 “Logo, penso que conforto seja o ambiente, a assistência e recursos terapêuticos que forneçam não só o conforto e bem-estar físico, como também psicoemocional.”

n\_25 “...porque conforto é o bem-estar físico e psicológico do paciente.”

n\_26 “Porque para mim conforto é o paciente estar bem hemodinamicamente, bem fisicamente por meio das terapias, da medicação, bem como o retorno que o paciente dá pra gente. Se ele está com o controle hemodinâmico equilibrado, ele está de uma certa forma confortável, sabemos por meio do monitor e também observando.”

n\_29 “Conforto é conseguir estar bem independente do ambiente, se sentir bem. É fazer com que o paciente se sinta bem em um momento tão difícil como o da doença.”

n\_30 “Conforto é você estar bem, se o cliente está comunicativo, se estiver com expressão de tensão você sabe que ele não está confortável, então aplicar medidas que favoreçam seu conforto físico e emocional é um dos papéis da Enfermagem.”

n\_32 “Conforto é proporcionar o melhor lugar para o paciente ali dentro, uma vez que uti não é um lugar muito bem visto porque as pessoas a fantasiam muito como um lugar que você vai para morrer, então a gente tenta amenizar a dor, conversar, tenta fazer a pessoa entender que ali não é o final da vida, que talvez seja para melhora. Dessa forma, dando uma atenção além de cuidados medicamentosos e físicos estaremos promovendo conforto.”

n\_36 “Na minha opinião conforto é você estar numa posição que te deixa bem, não causa dores, não abre lesões. Os nossos pacientes ficam muito tempo em cima de uma cama e com a tecnologia, hoje nós temos o pneumático que ajuda bastante,



antigamente você tinha que ficar cortando colchão para dar um conforto maior ao paciente, principalmente na região óssea, devido ao emagrecimento.”

Os referidos depoimentos destacam a valorização da dimensão física do conforto, do cuidado com o corpo, da analgesia pela enfermagem; embora existam algumas referências sobre a dimensão ambiental, psicoemocional e social. Essas são características de um cuidado objetivo que ocorre constantemente nas UTI's.

Rodrigues (2016, p. 91) revela que:

...unidades de terapia intensiva, ambiente repleto de maquinários que acaba por distanciar os profissionais do paciente. [...] 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.

Cuidar da máquina também é cuidar do cliente, todavia, quando o olhar se prepondera para a máquina por julgá-la quanto à sua confiabilidade, ele aliena o olhar para o ser humano que se encontra em fragilidade e vulnerabilidade que extrapolam a seara médica; uma vez que, o adoecimento do corpo acomete o adoecimento do ambiente familiar, que não mais está completo devido à ausência de seu componente que sofre em internação, adoecimento do psicológico, quando este é afetado por um diagnóstico em que não haverá chances de cura, adoecimento social, quando este indivíduo está ausente de suas funções ocupacionais e sociais de lazer e espiritualidade (REIS; SENA; FERNANDES, 2016).

A esse respeito, façamos uma reflexão sobre o significado da palavra cuidar, haja vista a máquina ser tomada como uma extensão do corpo e que por isso merece também atenção.

Queirós et al. (2016, p.93) confirmaram em estudos recentes que os enfermeiros identificam o cuidar como “intervenção terapêutica e relação interpessoal mais do que como característica humana e como afeto.” Tais representações expressam que as dimensões comportamentais do cuidar, como moral, afeto e característica humana são menos evidentes que as dimensões executivas de cuidado: intervenção terapêutica e relação intequipe.

A isso se explica a compreensão e conseqüente exercício do cuidado humano como objetivo, relacionado ao modelo biomédico e tecnicista que as formações acadêmicas induzem nos futuros profissionais. Atuar no processo educacional dos profissionais de enfermagem mediante formação e treinamentos em serviço sobre essa questão, além de refletir sobre as conseqüências da tecnologia dura no cuidado, favorecerá ao olhar subjetivo a que esse cuidado também está atrelado. Portanto, os cursos de formação em saúde, bem como educação permanente no ambiente de trabalho deverão ser pautados pela busca do

conhecimento do funcionamento do ser em toda sua dimensão: física, psíquica, espiritual, social. O que se vê, desde os primórdios da Medicina, é a busca pelo conhecimento das doenças que promove cada vez mais especialidades, fragmentações de um corpo, a fim de se aprofundar na propedêutica que vise a cura e conseqüente status aquele que a atinge. Este método cartesiano de cuidar tem infringido as noções de humanismo que são íntimas ao ser humano, porém estão cada vez mais obliteradas pela incessante descoberta que a tecnologia proporciona.

Logo, a práxis da humanização da assistência, cuja filosofia se tornou política em 2003, ainda encontra entraves que serão cada vez mais existentes, caso não ocorra mudanças de comportamento, atitudes e hábitos frente a um conhecimento que tem se tornado cada vez mais micro em nome da crença de buscar, incessantemente, métodos tecnológicos, que promovam saúde e longevidade, cuidados somente ao corpo físico.

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo buscou analisar a assistência de enfermagem frente à tecnologia dura em unidade de terapia intensiva a fim de promover uma abordagem crítico-reflexiva sobre a enfermagem enquanto promotora de cuidado na UTI a partir da identificação de conforto, no ambiente densamente tecnológico, no cuidado e das ações que a enfermagem executa para promover conforto.

O pressuposto inicial deste estudo era de que existe uma valorização do cuidado com a máquina, do biológico em detrimento do holismo, da tecnologia em detrimento do cuidado.

A técnica utilizada para coleta de dados, a entrevista, possibilitou conhecer a visão dos profissionais de enfermagem sobre o conforto do cliente crítico, sinais de desconforto, tecnologia dura e as necessidades do paciente, tecnologia e o cuidado, a relação da equipe na interface tecnologia/cliente.

A teoria de conforto a partir de Kolcaba traz que as necessidades de cuidado são necessidades de conforto a partir de situações de saúde que exijam acima do que o sistema de assistência tradicional pode ofertar. A isso, podemos ressaltar as necessidades físicas, ambientais, sociais, psicoespirituais a partir da comunicação verbal e não-verbal do paciente. Verificamos que há uma tendência em perceber que o conforto se reduz ao físico, ao que o corpo expressa, sendo executadas ações e utilizadas intervenções que permitam a estabilização clínica a partir do que o orgânico exprime.

A problemática enquadra-se quando por meio de uma resposta fisiológica a uma causa de desconforto não físico, a equipe de enfermagem intervém com tomadas de decisão baseadas no modelo biomédico, não na promoção de conforto. Corroborar-se então para um modelo de enfermagem tecnicista e biocentrada, que vê a tecnologia como o todo e não a parte do cuidado humano.

Esta é uma das limitações da atuação da enfermagem, pois veem o cliente crítico como dependente de cuidados que se limitam ao que a técnica impera, não ao que ele precisa.

Suas necessidades são visualizadas apenas como estabilização de parâmetros vitais, sendo as necessidades sociais, ambientais, psicoemocionais e espirituais impensadas no ambiente da UTI.

A justificativa para tal seria a formação acadêmica que ainda é totalmente organicista, reduzida a intervenções e invasões que remetem a ideia de estar cuidando, promovendo saúde e trazendo alívio.

À luz da teoria de Kolcaba sobre conforto, dever-se-ia abordar o significado de cuidado e (re) significar conforto em todo o processo de construção do pensamento em enfermagem, uma vez que ele continua após a graduação e se estende à rotina diária do enfermeiro.

Conforto ainda é tido como ações de enfermagem que trarão somente o alívio físico, sendo poucos os profissionais que conseguem associar a promoção de conforto quando provêm um toque, ofertam uma conversa, uma atenção, envolvem a família no cuidado, se importam com as preferências do cliente.

Neste âmbito, introduzir conforto e suas dimensões na formação do profissional de enfermagem, bem como em processos de educação continuada contribuirá para um cuidado mais harmônico que vise o atendimento de todas as necessidades humanas, e não somente ao restabelecimento das variáveis fisiológicas observadas através de um monitor. Além desta perspectiva, o dimensionamento de pessoal em enfermagem foi apontado neste estudo como importante fator para o cuidado mecânico e superficial ao contato, uma vez que os profissionais se queixaram do reduzido efetivo e conseqüente sobrecarga em tarefas rotineiras, o que acaba por favorecer ao olhar cumpridor das atividades prescritas e que não amplia para o que o paciente demanda.

Acrescenta-se a isso, as queixas levantadas pelos profissionais participantes desta pesquisa, em sua maioria, quanto ao foco para a máquina, para a prótese mecânica a que o cliente de UTI é submetido, devido à impressão que têm de que cuidar da máquina é também cuidar do cliente.

Essa afirmação merece uma ressalva, porque ainda que cuidar da máquina também influencie no cuidado humano, este cuidado deverá ser mais abrangente focando as necessidades do cliente que, a máquina, não tem a capacidade de suplantar em sua totalidade.

Depoimentos dos participantes do estudo trouxeram que a tecnologia, apesar de ter trazido rapidez e qualidade no dia-a-dia assistencial, ela permitiu um distanciamento da equipe de enfermagem do leito do cliente, uma vez que, não é mais preciso tocá-lo para aferir seus sinais vitais ou alguns parâmetros hemodinâmicos porque há equipamentos sofisticados que visam economizar tempo, promover agilidade ao diagnóstico, e facilitar a rotina da equipe.

Contudo, é preciso refletir acerca disso porque apesar de tais benesses, a tecnologia superficializou o que não era para se tornar distante: o contato da equipe a partir dos momentos em que são necessários estar a beira-leito, lado a lado do paciente.

Esta proximidade durante procedimentos, o pensar além das sedações e analgesias, o cuidado como prioridade e que objetive conforto em toda a sua amplitude são pontos a serem analisados pelas instituições e equipes de enfermagem em cuidados críticos.

A humanização da assistência, trazida por diversas literaturas e Política Nacional de Humanização – Humaniza SUS, remete a ponderação sobre a realidade de sua aplicação hospitalar, principalmente em instituições públicas.

Este trabalho, embora realizado em unidades particulares de UTI, pode sinalizar o quanto a humanização ainda está aquém de sua total aplicabilidade, haja vista ela abranger não só recursos materiais e humanos de qualidade, como o ambiente, o protagonismo do indivíduo no cuidado e a participação da família.

Sobre humanização, faz-se urgente a introdução de quesitos que sejam passíveis de execução, de acordo com a realidade institucional. Trazer a humanização não somente para os currículos da academia, mas para cenários em que sua invocação seja para diversificar a sistemática do cuidado biocentrado e tecnicista, como ocorre no cenário de UTI.

Ainda que cuidando da máquina, também se cuida do doente, este cuidado deve ser priorizado quanto à máquina. A tecnologia dura veio para ser um acessório, um suporte, e pensar desta forma sobrepondo o imaginário em saúde pela harmonia entre ciência, tecnologia e cuidado faz com que nós, enquanto profissionais em saúde, estejamos de fato cuidando, principalmente em casos que a cura não é possível.

Este trabalho apresentou limitações sobre referências bibliográficas dos últimos 5 anos que abordassem o conforto no cuidado em UTI's, haja vista as referências que o embasaram, em sua maioria, tratarem de humanização da assistência, de holismo no cuidado em UTI e de formação de profissionais de enfermagem.

Portanto, são urgentes estudos, como esta pesquisa, que retratem as causas do cuidado de enfermagem verticalizado, tecnicista e biomédico no ambiente de terapia intensiva a fim de ser promovida humanização da assistência, não só por recursos materiais, tecnológicos e humanos de qualidade, como também por ações de cuidado que visem a integralidade das necessidades humanas.

Este trabalho apresentou contribuições:

- Para o ensino e pesquisa, porque apresentou conhecimentos importantes sobre conforto e suas dimensões, além de questionamentos frente à formação profissional e assistência de enfermagem em UTI que estão reduzidas ao biocentrismo e tecnicismo.

Trabalhos como este que aborda a necessidade da visão holística do cuidado ao cliente crítico, bem como o objetivo da assistência de enfermagem ser o conforto, principalmente em

áreas em que preponderam o tecnológico e o biomédico em detrimento das necessidades do cliente, poderá influenciar para mudança do pensar e do fazer na enfermagem; além de instigar pesquisas sobre o tema tecnologia dura na UTI, que contemplem análises críticas deste cenário sob vieses promotores de reflexão do ambiente e de conduta da equipe.

- Para a assistência, pela abordagem dos porquês da enfermagem em UTI estar se distanciando do leito do cliente crítico: a sobrecarga de trabalho, o dimensionamento de pessoal ineficaz, as burocracias e rotinas, a confiabilidade excessiva conferida à tecnologia, a subserviência médica e a visão de cuidado ainda limitado somente ao conforto físico.

O profissional de enfermagem lida não só com questões do organismo humano, físicas, do corpo, como também as dimensões humanas e sociais. Posto que, investir em estudos e pesquisas como esta que buscou a reflexão sobre o cuidado de enfermagem no espaço tecnológico da UTI, o conforto e suas dimensões são relevantes para o cuidado holístico avançar para além da retórica.

Logo, trabalhos que levantem as causas para falhas no cuidado de enfermagem em UTI, à luz da ótica do conforto, como este, devam ser construídos para problematizar questões e promover ações que saiam dos discursos de salas de aula e atinjam os setores de trabalho.

## REFERÊNCIAS

- Araújo, SNM et al. Tecnologias voltadas para o cuidado ao idoso em serviços de saúde: uma revisão integrativa. *Rev Enfermería Global*. 2017; 46(01):579-595.
- Bardin, L. **Análise de conteúdo**. Tradução: Luis Antero Reto e Augusto Pinheiro. São Paulo: Edições 70, 2011.
- Bidô, EL et al. Reflexões sobre a assistência de enfermagem humanizada e a tecnologia usada na unidade de terapia intensiva. *Rev Conexão Eletrônica*. 2016; 13(01): 01-11.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização. Formação e intervenção (Cadernos Humaniza SUS) / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Política Nacional de Humanização. - Brasília: Ministério da Saúde, 2010.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução 466, de 12 de dezembro de 2012. Dispõe sobre pesquisa envolvendo humanos. Brasília: Conselho Nacional de Saúde, 2012.
- Camargo, BV; Justo, AM. **Tutorial para uso de 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: 13/06/17.
- Cavalcante, AKCB et al. Cuidado seguro ao paciente: contribuições da enfermagem. *Rev Cubana de Enfermería On Line*. 2015. Disponível em: <http://www.revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/907/141> Acesso em: 20/05/18.
- Cestari, VRF et al. Tecnologias do cuidado utilizadas pela enfermagem na assistência ao paciente politraumatizado: uma revisão integrativa. *Rev Cogitare Enfermagem*. 2015; 20(04): 701-710.
- Cruz, APC; Cunha, MS. Formação em Psicologia da saúde: tensões e potências no campo interdisciplinar. *Rev Núcleo de Enfermagem UFMA*. 2015; 07(02):137-151.
- Cunha, AMS et al. Aplicação da teoria humanística de enfermagem na assistência de enfermagem a uma puérpera. *Rev GEP NEWS*. 2017; 01(04):26-32.
- Donoso, MTV et al. A enfermagem nas unidades de terapia intensiva: o aparato tecnológico versus a humanização da assistência. *Rev Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro*. 2017; 07(02):01-08.

Eygo, H; Teixeira, I; Fernandes, IF. Tecnologias de cuidado em saúde mental: proposta transdisciplinar no portal (en)cena. Rev Interdisciplinar da Universidade Federal do Tocantins. 2015; 02(01):215-229.

Evangelista, VC. et al. Equipe multiprofissional de terapia intensiva: humanização e fragmentação do processo de trabalho. Rev Brasileira de Enfermagem. 2016; 69(06):1099-1107.

Ferreira, Aurélio Buarque de Holanda. Dicionário on line de língua portuguesa. 2018. Disponível em: <https://www.dicio.com.br>

Graff, VA; Toassi, RFC. Produção do cuidado em saúde com foco na clínica ampliada: um debate necessário na formação em odontologia. Rev Abeno. 2017; 17(04): 63-72.

Houaiss, A. **Pequeno dicionário Houaiss da língua portuguesa**. São Paulo: Moderna, 2015.

Louro, TQ. **Sobre tecnologias e desumanização** – Um estudo sobre a emergência do discurso de descuidado na assistência de enfermagem em terapia intensiva. 2010. 123f. Dissertação (Mestrado) - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Escola de Enfermagem Alfredo Pinto - UNIRIO, Rio de Janeiro, 2010.

Martins, PF; Perroca, MG. Necessidades de cuidados: o olhar do paciente e da equipe de enfermagem. Rev Brasileira Enfermagem. 2017; 70(05): 1080-1086.

Mascarenhas, MO; Rodrigues, JM. Os benefícios do cuidado humanizado na unidade de tratamento intensivo em uma perspectiva holística. Rev Saúde em Foco. 2017; 04(01):18-28.

Matsuda, LM et al. Percepção de enfermeiros sobre o uso do computador no trabalho. Rev Brasileira de Enfermagem. 2014; 67(6): 949-956.

Medeiros, AC et al. Integralidade e humanização na gestão do cuidado de enfermagem na Unidade de Terapia Intensiva. Rev Escola de Enfermagem USP. 2016; 50(05): 817-823.

Medeiros, RA et al. Percepção de enfermeiros sobre desconfortos que afetam os idosos no pós-operatório. Rev Rede de Enfermagem do Nordeste. 2014; 15(05): 842-850.

Mendonça, ET et al. Concepções de técnicos de enfermagem acerca da humanização da assistência em centro cirúrgico. Rev Enfermagem do Centro Oeste Mineiro. 2016; 06(03): 2389-2397.

Minayo, MC; Taquette, SR. Análise de estudos qualitativos conduzidos por médicos publicados em periódicos científicos brasileiros entre 2004 e 2013. Rev Saúde Coletiva Physis. 2016; 26(02): 417-434.



Minayo, MCS. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: Consensos e controvérsias. *Rev Pesquisa Qualitativa*. 2017; 05(07): 01-12.

Moscovici, S. **Representações Sociais**: investigações em psicologia social. Tradução: Pedrinho A. Petrópolis: Vozes, 2015.

Oliveira, FMCSN de. **Qualidades essenciais da enfermeira para prestação de cuidados de conforto a crianças em ventilação mecânica invasiva**. 2013. 133f. Dissertação (Mestrado) - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Escola de Enfermagem Alfredo Pinto - UNIRIO, Rio de Janeiro, 2013.

Oliveira, PEP et al. A enfermagem no manejo da dor em unidades de atendimento de urgência e emergência. *Rev Eletrônica Enfermagem*. 2016; 18(03):1-14. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v18.37309> Acesso em: 20/05/18.

Ouchi, JD et al. O papel do enfermeiro na unidade de terapia intensiva diante de novas tecnologias em saúde. *Rev Saúde em Foco*. 2018; 10(02): 412-428.

Ponte, KMA; Silva, LF. Conforto como resultado do cuidado de enfermagem: revisão integrativa. *Rev Pesquisa Cuidado é Fundamental On Line*. 2015; 07(02): 2603-2614.

Ponte, KMA; Silva, LF da. Teoria do conforto no cuidado clínico de enfermagem: análise de conceitos e definições. *Revista Essentia*. 2016; 17(1):207-227.

Queirós, PJP. Significados atribuídos ao conceito de cuidar. *Rev Enfermagem Referência*. 2016; 10 (04): 85-94

Reis, CCA; Sena, ELS; Fernandes, MH. Humanização do cuidado nas unidades de terapia intensiva: revisão integrativa. *Rev Eletrônica Cuidado é Fundamental*. 2016; 08(02): 4212-4222.

Rezende, R; Oliveira, JEEO; Friestino, JKO. A educação permanente em enfermagem e o uso das tecnologias: uma revisão integrativa. *Revista Interdisciplinar Uninovafapi*. 2017; 10(01): 190-199.

Ribeiro, GSR; Silva, RC da; Ferreira, MA. Tecnologias na terapia intensiva: causas dos eventos adversos e implicações para a Enfermagem. *Rev Brasileira de Enfermagem*. 2016; 69(05): 972-980.

Rodrigues, RG. **Representações sociais dos profissionais de enfermagem sobre o conforto do paciente dependente de ventilação mecânica**. 2016. 137f. Dissertação (Mestrado) - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Escola de Enfermagem Alfredo Pinto - UNIRIO, Rio de Janeiro, 2016.

Salviati, ME. **Manual do Aplicativo Iramuteq (versão 0.7 Alpha 2 e R Versão 3.2.3)**. Planaltina: 2017.

Santos, BC dos. Utilização do processo de enfermagem em unidades de terapia intensiva: revisão integrativa da literatura. *Rev Científica Multidisciplinar Núcleo do Conhecimento*. 2017; 03(09): 88-103.

Santos, ALM; Souza, MHT de. Elaboração de novas tecnologias em enfermagem: utilização de uma cartilha para prevenção. *Rev Enf UFPE*. 2017; 11(10): 3893-3898.

Silva, RC da. et al. Um marco conceitual da clínica do cuidado de enfermagem na terapia intensiva. *Rev Latino-americana de Enfermagem*. 2015; 23(05): 837-845.

Souza, NS et al. Repercussões das tecnologias do cuidar nas unidades de terapia intensiva. *Rev Enfermagem UFPE*. 2018; 12(10): 2864-2872.

Souza, LL de. et al. Representações de gênero na prática de enfermagem na perspectiva de estudantes. *Rev Ciência e Cognição*. 2014; 19(02): 218-232.

Taquette, SR; Minayo, MCS; Rodrigues, AO. Percepção de pesquisadores médicos sobre metodologias qualitativas. *Rev Caderno Saúde Pública*. 2015; 31(04): 1-11.

Turato, ER. **Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa**. Petrópolis: Vozes, 2003.

Vidal, TLL. **Construção de um conceito de conforto na perspectiva de clientes e enfermeiros em unidade de terapia intensiva oncológica**. 2015. 107f. Dissertação (Mestrado) - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Escola de Enfermagem Alfredo Pinto - UNIRIO, Rio de Janeiro, 2015.

Wung, SF; Schatz, M. Critical Care Nurses Cognitive Ergonomics Related to Medical Device Alarms. *Crit Care Nurs Clin North Am*. 2018; 30(02): 191-202.

## APÊNDICE

### Apêndice A

#### APÊNDICE TRÊS – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



#### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

**Prezado (a) Senhor (a):**

Nós, Fabrícia Conceição de Carvalho 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 “**A assistência de enfermagem frente à tecnologia dura em unidade de terapia intensiva**”, junto aos profissionais de enfermagem desta instituição.

Os objetivos desta pesquisa são: analisar as consequências da tecnologia dura para o cuidado de Enfermagem numa perspectiva relacional, identificar a percepção da Enfermagem sobre conforto no ambiente tecnológico da UTI, destacar sinais compatíveis com desconforto no monitor multiparamétrico, identificar ações de Enfermagem que caracterizem promoção de conforto. Você tem o direito de não participar deste estudo. Estamos coletando informações para identificar as implicações da tecnologia dura em UTI para a assistência de enfermagem. Se você não quiser participar do estudo, isto não irá interferir em sua vida profissional.

Caso decida participar deste estudo, você responderá a uma entrevista individual que durará aproximadamente 50 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 marcadas por 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 será trancado em um arquivo. Os arquivos de gravações serão utilizados apenas para coleta de dados. Se você não desejar ser gravado em áudio, você não poderá participar deste estudo. Você pode achar que determinadas perguntas o incomodem, porque as informações

que coletamos são sobre suas experiências pessoais. Assim como você pode escolher não responder quaisquer perguntas que o façam se sentir incomodado. Como participante voluntário desta pesquisa, não haverá nenhum custo ou benefício financeiro para você. Sua entrevista colaborará para a construção do conhecimento científico acerca do objeto deste estudo, mas não será, necessariamente, para seu benefício direto. Como referido 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 da pesquisa no qual você possa ser identificado. Esta pesquisa encontra-se baseada na Resolução nº466/2012 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 por meio do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, sendo a discente Fabrícia Conceição de Carvalho a pesquisadora principal, sob orientação do Professor Pós-doutor Carlos Roberto Lyra da Silva. Os investigadores estão disponíveis para responder qualquer dúvida que você possa ter. Caso necessário, contate os responsáveis pelo projeto: (21)972818785/e-mail: profunirio@gmail.com (orientador); (24)99826-6141/e-mail: [fabriaccarvalho@yahoo.com.br](mailto:fabriaccarvalho@yahoo.com.br). Caso você tenha dificuldade no contato com o pesquisador responsável, comunique o fato ao Comitê de Ética em Pesquisa CEP UNIRIO no telefone (21)2542-7796 ou e-mail [cep.unirio09@gmail.com](mailto: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 contatar, se necessário. Eu concordo em participar deste estudo.

Nome: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_\_ Telefone de contato \_\_\_\_\_

Assinatura (Pesquisador): \_\_\_\_\_

## Apêndice B

### ROTEIRO PARA ENTREVISTA

Perfil profissiográfico

Data da entrevista

Idade

Tempo de atuação em Terapia Intensiva Adulto

#### QUESTIONÁRIO

1 – Você acredita que a utilização da tecnologia pode interferir na prestação do cuidado em Unidades de Terapia Intensiva? Explique:

( ) sim      ( ) não

---

---

2 – É possível afirmar que a tecnologia atende todas as necessidades em saúde do cliente crítico? Por que?

( ) sim      ( ) não

---

---

3 – Como você percebe o fenômeno conforto quando cuida do paciente de Unidade de Terapia Intensiva?

---

---

4 – Destaque alguns sinais e sintomas de desconforto que podem ser evidenciados em monitores multiparamétricos:

---

5 – O que é possível ser feito para minimizar o desconforto de pacientes em unidade de terapia intensiva?

---

---

6 - O que é conforto?

---

---

7 - A evolução tecnológica distanciou a proximidade enfermeiro/cliente?

---

---

## Apêndice C

### Corpus textual completo

\*\*\*\* \*n\_01 \*sex\_2 \*hosp\_A \*prof\_2 \*te\_2

A tecnologia pode interferir na prestação do cuidado em Unidades\_de\_Terapia\_Intensiva, grande parte de forma positiva, pois com a tecnologia é possível tratar e cuidar bem. Sem ela seria impossível tratar o paciente neste ambiente. A tecnologia não atende todas as necessidades em saúde do cliente crítico devido à limitação quanto ao suporte afetivo e emocional, conforto. Porém, a tecnologia é necessária para o cuidado de Enfermagem. Quanto ao fenômeno conforto, é perceptível pela fisionomia do paciente ou às vezes até pela fala se o paciente estiver acordado, mas o paciente de UTI, que na maioria das vezes não é um paciente acordado ou lúcido, a gente consegue verificar pela face, porque quando o paciente está desconfortável ele realmente faz a face de desconforto, de agitação. Além da expressão facial ou pela fala, há outra forma que se identifica o conforto no paciente: sinais vitais, pois o paciente faz uma hipertensão, faz uma taquicardia. Sinais e sintomas de desconforto, como taquicardia, hipertensão, dessaturação podem ser evidenciados em monitores multiparamétricos. Para minimizar o desconforto de pacientes em UTI, a analgesia é sempre muito boa porque normalmente o paciente em UTI ele é mais invadido e a todo momento ele leva espetada, sofrendo um estresse por isso. Então para um tipo de conforto para ele, o primeiro que eu penso é você retirar a dor por meio da analgesia, após uma conversa, o carinho pelo toque, pois melhora muito sua condição porque a falta da família, o incômodo de barulho do ambiente, trazem um desconforto também e a equipe precisa intervir de diversas formas sobre os condicionantes desse desconforto. Para mim, conforto é você se sentir bem, você estar longe de dor, dentro da UTI é você estar sendo bem atendido não só com relação à medicina, a medicações, mas em relação à humanização: a pessoa te atender bem, ser carinhosa, não ser grosseira, pois isso deixa o ambiente mais confortável possível para a pessoa. Eu acho que o carinho que você dá para o paciente, mesmo ele até totalmente sedado e sem responsividade gera mais conforto para ele no tratamento. O cuidado de enfermagem, essa atenção, é essencial para o paciente crítico. Apesar de eu não gostar muito da palavra humanização porque somos humanos que cuidamos de outros humanos, mas às vezes ela tem que ser dita. Nesses 6 anos de experiência de UTI, percebi que a tecnologia distanciou um pouco a equipe do cliente. Porque, em pacientes extremamente graves, por conta de toda essa evolução, a gente fica mais focado em parâmetro, em droga, em tudo referente ao que os equipamentos de UTI nos fornece para vermos a melhora clínica dele. Logo, você não consegue olhar para o paciente e ver se ele está com uma feição de dor, não há tempo para você olhar para a face dele, identificar se está sentindo dor para refletir se é necessário o aumento da droga, se ele está confortável numa posição. Por exemplo, ontem, quando eu olhei para a carinha do meu paciente eu falei: gente ele está sentindo dor, era tanta coisa que o invadia além de estar numa posição só há mais de 24 horas porque não havia condição nem de mudar de decúbito. Falei com a equipe que ele estava sentindo dor, foi então que a gente

começou a aumentar a analgesia dele. Mas isso foi depois de um tempo! Por isso eu acho que a tecnologia distancia um pouco nosso cuidado, pois a equipe foca muito em outras coisas e acaba se perdendo em outras. E eu acho que para tentar minimizar essa situação, o aumento da equipe é importante porque o número de pessoas na equipe de enfermagem hoje é muito pouco. Eu acho que isso iria minimizar bastante o déficit que existe nos cuidados assistenciais quanto à atenção e olhar para o doente e não só para a máquina.

\*\*\*\* \*n\_02 \*sex\_2 \*hosp\_A \*prof\_2 \*te\_2

Atuo em UTI há sete anos e acho que a utilização da tecnologia não interfere na prestação do cuidado em UTI, uma vez que meus cuidados são manuais. Meus cuidados na enfermagem se baseiam em administrar medicação, fazer mudança de decúbito, banho, tudo isso é manual e não tem como substituir por tecnologia. Em medicações, a gente tem que controlar o volume que é infundido pela bomba, mas não são todas as medicações apenas as que são aminas. Quando se está administrando uma amina, além da bomba, não há outro equipamento para ser feito contato, ficando somente o contato com o paciente. A tecnologia é boa e ajuda a equipe na rotina, mas não atende todas as necessidades do paciente porque um banho, uma alimentação para atender demandas básicas de higiene e nutrição e são necessidades não fornecidas pela tecnologia, porém pelo cuidado humano. No que se refere ao cuidado com o paciente e conforto, a gente percebe se ele está confortável quando respira bem, se paciente lúcido ele fala, reclama, o paciente acamado em respiração por ventilação mecânica que está com sedação, a gente percebe pela maneira dele respirar pelo respirador, pelo monitor. Sendo que neste monitor, é visualizado sinais de desconforto como taquicardia, que pode ser por um sinal de dor, a frequência respiratória, a temperatura. Quando o paciente está em desconforto, primeiro eu chamo o médico pra ele ver o que pode ser feito identificando o motivo, depois eu observo se ele está em posição desconfortável para mudá-lo de posição para haver a melhora. Dependendo do que ele tiver, do que ele estiver sentindo: a gente muda de posição, tira o cobertor se for uma temperatura alta e faz o que o médico mandar, prescrever. Uma vez que conforto para mim é eu perceber que o paciente está relaxado, sem sentir dor, limpo, alimentado e com os seus sinais vitais estáveis. Com o advento da tecnologia, percebo que só veio para auxiliar o trabalho do técnico e da equipe sem interferir no contato com o paciente, pois o aparelho depende da gente também, o fazer sem o enfermeiro e sem o técnico de enfermagem não acontece, porque quem irá mexer no aparelho? Logo, acredito que a tecnologia por necessitar do outro para seu manuseio ajuda no conforto do paciente e seu cuidado.

\*\*\*\* \*n\_03 \*sex\_2 \*hosp\_A \*prof\_2 \*te\_4

Tenho cinco anos de UTI e acredito que a utilização da tecnologia pode interferir na prestação do cuidado em unidades de terapia intensiva de modo a melhorar este cuidado. Um respirador moderno, uma monitoração tornam o cuidado mais fidedigno. Tecnologia é tudo, ainda mais numa UTI. Sobre as necessidades em saúde do cliente crítico a tecnologia tem suas limitações porque apesar de atender a maioria das necessidades, o trabalho da enfermagem é essencial no

cuidado manual. Isso tem que ser o humano, pois existe aquele lado frio do cuidado de UTI devido ao ambiente densamente tecnológico, ainda mais a pessoa que está neste ambiente fica chorosa, desconfortável por estar fora de casa e aí é que vem o humanismo da equipe e que a tecnologia não proporciona. Sobre conforto, eu o identifico como bem\_estar do paciente, sendo este bem\_estar identificado quando ele está bem, sem queixas, conversando. Não é só a medicação que promove conforto para ele, mas sanar as dúvidas, dar atenção, ver se está precisando de alguma coisa, o que ele tem como hábito de usar em casa, porque há coisa que é permitida aqui e outra não. Às vezes, até um chinelo, uma peça íntima, um desodorante. Porque há pessoas que não ficam sem um perfume, daí quando são internados a família leva tudo embora e eles ficam desesperados. Porque são coisas tão simples, mas que promovem conforto. Quando o paciente está em desconforto, eu percebo no monitor multiparamétrico: taquicardia com esforço respiratório, frequência respiratória aumentada, há hipertensão, temperatura aumentada. E acho que para minimizar este desconforto: a assistência adequada por meio da monitoração dos sinais vitais, informar ao médico qualquer situação de descompensação como uma queda de glicemia, má posição no leito, pulmão comprometido por secreção sendo necessário aspirar, uma troca de fralda, observar perviedade de cateteres, as infusões de drogas, se não tem algo obstruído, são exemplos de medidas de alívio de desconforto. Porque o conforto é a pessoa se sentir bem naquele espaço que está, naquele ambiente com uma roupa de cama limpa, uma fralda seca, sem dor, conversando quando isso é possível, é o bem\_estar do cliente. Em um paciente que está sedado, em coma, o conforto para ele são os sinais vitais estarem dentro dos parâmetros normais, estar bem posicionado com a roupa de cama toda esticada e limpa, para não promover lesão de pele, proteger as proeminências ósseas, sem secreção pulmonar. E penso que a evolução tecnológica só favoreceu nosso cuidado sem interferir na relação enfermeiro\_cliente, porque o paciente está ali no leito e o monitor está do outro lado, a equipe continua próxima a ele. Há alguns casos, por exemplo, em hospital que tem aquela monitoração numa sala e você fica assistindo o paciente pelo monitor, se ele parar, fizer uma bradicardia, uma taquicardia, a pessoa vê somente pelo monitor e isso julgo como uma forma de distanciamento do cliente e que prejudica o cuidado. Aqui a gente já não tem isso, você anda pelos boxes e identifica qual paciente está precisando de cuidados, o que na minha opinião força a equipe a estar próxima, ao lado do paciente.

\*\*\*\* \*n\_04 \*sex\_1 \*hosp\_A \*prof\_1 \*te\_4

Atuo em UTI desde 2013, há cinco anos, e acredito que a utilização da tecnologia possa interferir na prestação do cuidado em unidades de terapia intensiva porque muitas vezes a tecnologia, dependendo da forma como ela é empregada, distanciam a equipe por fornecer todos os parâmetros que são necessários para o cuidado e tratamento promovendo uma certa comodidade e conseqüente zona de conforto. Portanto, a tecnologia não atende todas as necessidades em saúde do cliente crítico por haver situações em que o paciente precisa estar expressando diretamente o que necessita com o profissional, falando até se ele faz uso de alguma medicação, se já passou por alguma cirurgia, se tem alguma doença, ele tem que estar passando isso pessoalmente e não vai ser pela tecnologia que você vai captar essas



informações do paciente. Em momentos de cuidado do cliente, eu percebo que o conforto quando ele se sente bem da forma mais fisiológica possível, sendo que a equipe deve tentar trazer um pouco da rotina de sua vida para o ambiente de UTI, o que é muito difícil porque muitas vezes o paciente está restrito ao leito, mas algumas coisas básicas, como um banho, às vezes o paciente só toma banho à noite, ou só à tarde, então é possível programar o banho do paciente para o horário que ele mais se sente confortável. Pedir para a família trazer os pertences de uso contínuo em casa, acho que isso são os cuidados que a gente pode estar tendo para promover o conforto e identificar que o paciente está confortável. Quando o paciente está desconfortável, ele exhibe sinais de taquicardia, febre, taquipneia, tipo ou hipertensão que podem ser evidenciados nos monitores multiparamétricos. Às vezes a gente consegue evidenciar alguns sinais de dor e fazer uma analgesia ou ajustar o posicionamento para eliminá-la, sendo possível ser implementadas medidas para minimizar o desconforto: quando o paciente está comatoso fazer mudança de decúbito, instalar um colchão pneumático ou colchão de água, essas são medidas que podem estar promovendo o bem do doente. Portanto, conforto é a situação em que você se sinte bem, se eu consigo deixar o paciente bem, principalmente o paciente alerta de uma forma mais confortável em um ambiente hospitalar isso ajuda a equipe a obter algumas informações para o tratamento. No paciente sedado, você pode tentar deixar ele de uma forma mais fisiológica possível, ajustando alguns parâmetros como no ventilador para que ele não fique em descompensação respiratória que irá prejudicar a função pulmonar. Evitando isso, se consegue que ele ventile melhor, a equipe consegue trabalhar melhor, o pulmão dele também melhora mais rápido para tentar retirá-lo do tubo o mais rápido possível. Esse é um exemplo do que seria o conforto no paciente. Toda a evolução da tecnologia, apesar de auxiliar o cuidado de forma a fornecer parâmetros antes não obtidos por métodos não\_inasivos, prejudicou a proximidade enfermeiro\_cliente porque muitas vezes a gente se apega tanto ao nosso aparato tecnológico que a gente esquece que não está lidando com uma máquina, mas com uma pessoa que a todo instante está mudando. Isso porque o organismo vai se ajustando, ele mesmo vai tentando compensar parâmetros que não estão normais, exemplo disso é o pH sanguíneo em que o próprio organismo vai tentando ajustar. Então um parâmetro que você está olhando ali, está vendo em números ou em gráfico já não pode estar mais sendo compatível com o que o paciente está querendo ou está te mostrando pessoalmente. A gente sabe que a tecnologia é necessária na UTI para o paciente com comorbidades críticas, pois é preciso para monitorização e fundamentar intervenções, mas até um posicionamento da central de enfermagem que é muito distante de alguns boxes pode interferir na proximidade de assistência ao doente. A equipe fica muito mais confortável em só olhar o monitor de longe, logo, talvez o posicionamento de uma central de enfermagem facilite a ter um contato mais próximo dos leitos.

\*\*\*\* \*n\_05 \*sex\_2 \*hosp\_A \*prof\_2 \*te\_4

Tenho dois anos como profissional de UTI e acredito que a utilização da tecnologia possa interferir na prestação do cuidado neste ambiente, pois apesar de ajudar ela acaba interferindo na questão ambiental: muita coisa dentro de um leito, o que atrapalha fisicamente o cuidado porque é muita aparelhagem ali no seu entorno. Porém, vejo que a tecnologia atende todas as

necessidades em saúde do cliente crítico, pois ajuda o cuidado com novos recursos de curativos, medicações, procedimentos e talvez a gente tenha que acompanhar sua evolução para melhorar a assistência. Basicamente a terapia de unidade intensiva trabalha com medidas que visem o conforto porque é uma preocupação constante, uma vez que os pacientes normalmente ficam muito tempo conosco. Logo, a gente faz mudanças de decúbito, a gente verifica a pele, a gente tenta trabalhar com o colchão pneumático, isso são medidas de conforto e uma vez aplicadas no paciente, eu identifico que esteja confortável. Quando em desconforto, o paciente está apresentando taquicardia, hipertensão, taquipneia no monitor multiparamétrico. Então, a equipe implementa medidas para eliminar ou minimizar tais sinais: aumentando a sedação no paciente comatoso, se for um paciente lúcido, é um pouco mais difícil porque ele mesmo vai te relatar e vai se virar ou se movimentar de acordo com o lado que ele achar melhor. Pacientes sedados ou comatosos têm fácies de dor o que favorece para aumento da analgesia e que também é uma medida de conforto. Deixar os pacientes lúcidos de acordo com o que lhe é mais agradável quanto ao posicionamento no leito, temperatura do ambiente, alimentação desejada, a prestação de cuidados como um banho, uma mudança de decúbito, uma atenção, um toque terapêutico, uma conversa, tudo isso são medidas de conforto e que considero promover o bem\_estar e tranquilidade do paciente e que sinalizam conforto. Com o avanço da tecnologia, a equipe manteve seus cuidados mas com mais qualidade, porque a gente sempre tem que ter cuidado e atenção com o cliente independente do que ele tenha ou do que ele seja, temos sempre que estar ali por perto. E a tecnologia veio para ajudar quanto aos recursos materiais como um monitor, um equipamento que interfira no tratamento de forma a torná-lo mais eficaz e efetivo. Portanto, a tecnologia não interferiu na relação da equipe com o cliente e só melhorou a assistência.

\*\*\*\* \*n\_06 \*sex\_2 \*hosp\_A \*prof\_1 \*te\_2

Estou neste hospital há sete anos na UTI e acho que a utilização da tecnologia pode interferir na prestação do cuidado em UTI porque ficamos muito envolvidos com os aparelhos, com toda a questão de monitorização e cuidado. Aquela atenção que o paciente precisa, às vezes fica um pouco de lado na minha opinião. Sendo que a tecnologia não atende todas as necessidades em saúde do cliente crítico porque o cliente precisa da tecnologia, por mais que ele não esteja grave, mas às vezes ele precisa mais de uma atenção, de conversar, ser ouvido e muitas vezes a monitorização não resolve essa parte emocional, psicológica do paciente, sendo possível a gente chegar no leito, conversar com o paciente e esse tipo de intervenção não tecnológica melhora seu estado. Portanto, medidas que fazem o paciente ficar confortável e a equipe perceber o conforto nele são intervenções essenciais e que não dependem da tecnologia: aquecer o paciente quando está muito frio, dar um alimento na hora certa, tentar visualizar necessidades que ele coloca e tentar ajudá-lo naquilo que necessita. Às vezes existe paciente que não precisa de determinada monitorização, então ela pode estar sendo retirada, às vezes ele não está com problema de pressão, então não é preciso deixar o manguito no paciente o tempo todo. Às vezes ele veio por um motivo que não é tão grave, então é possível verificar os sinais vitais a cada quatro horas e não a cada uma hora. Portanto, identificar o que o cliente expressa e não só a máquina é uma forma de cuidado integral e promoção de

conforto. Quando o paciente está desconfortável, sinais como taquicardia, bradicardia, hipotensão podem ser evidenciados no monitor multiparamétrico e suscitam atenção da equipe, principalmente de enfermagem pois podem indicar desconforto. Na vigência de desconforto, identificar as causas e se é algo que a própria enfermagem consiga resolver como tentar melhorar essa questão da monitorização: pacientes que não tenham tanta necessidade de uma monitorização invasiva, estudar a possibilidade de retirá-la, melhorar essa questão dos alarmes também, porque um paciente que não tem necessidade de ficar com o alarme ligado o tempo todo ou com o som mais alto, deverá ser ajustado para reduzir ruído e impactar no conforto do cliente. E isso para mim conota o sentido de conforto, que nada mais é do que o bem\_estar, a pessoa estar bem tranquila, sem queixas. Penso que os avanços tecnológicos no ambiente de UTI distanciaram a proximidade enfermeiro\_cliente, porque são tantos parâmetros para se mensurar, para se verificar, tantas rotinas que você fica preso a elas. De repente você tem várias coisas pra fazer: verificar a pressão arterial média, colher amostra de sangue para uma gasometria e você fica preso nessas rotinas, e a gente vê algumas coisas no cliente, mas não está envolvido com aquilo deixando passar alguma coisa que interferirá de forma negativa no cuidado.

\*\*\*\* \*n\_07 \*sex\_2 \*hosp\_A \*prof\_2 \*te\_5

Trabalho há quinze anos na área e acredito que a tecnologia pode interferir na prestação do cuidado em unidade de terapia intensiva de forma positiva, pois a tecnologia é uma benção na nossa vida. Existindo um respirador bom, um monitor bom, com boa tecnologia, atualizado, ajuda demais no cuidado. Se tiver mais tecnologia pra agilizar a vida do paciente é muito melhor. Claro que nenhuma tecnologia vai substituir a pessoa, o carinho, a empatia com o paciente. E eu acho que uma das profissões que menos a tecnologia substitui é a que envolve o contato humano como a enfermagem. Apesar da tecnologia ser benéfica para o cuidado humano, ela não atende todas as necessidades em saúde do cliente crítico porque há a necessidade do contato humano, do sentimento, da conversa, do carinho que fazem parte das necessidades a serem atendidas e a tecnologia não atenderá. Quando cuido do paciente na UTI eu sei que ele está confortável quando eu identifico a necessidade de mudança de decúbito, massagem corporal, higiene do paciente, além de uma conversa e o atendo nessas necessidades. Quando por algum motivo ele está com sinais vitais alterados, gemendo, desenvolve lesões de pele ou outros sinais de desconforto e eu aplico meus cuidados junto à enfermeira, sinto que consegui promover conforto com as minhas rotinas. Porque sinais e sintomas de desconforto visíveis em monitores: frequência cardíaca, frequência respiratória, saturação, pressão arterial são sinais identificáveis e de fácil alteração quando ele está desconfortável não só pela própria doença como incômodos do ambiente. E eu acho que uma das coisas que pode ser feita para reduzir desconfortos em UTI é a humanização da assistência por meio da empatia e do fazer pelo outro aquilo que eu gostaria que fizesse a mim. Pois conforto é aquilo que te traz, de uma certa forma, paz, bem\_estar. Quando os sinais vitais estão bons, quando não tem nenhuma patologia que altere os parâmetros, quando o paciente não gosta de ficar de lado e você põe ele em outra posição são medidas que promovem o conforto. A tecnologia, apesar de ser eficaz para o cuidado e interferir na qualidade da

assistência, distanciou um pouco a equipe enfermagem do paciente porque se passa menos tempo com ele em virtude das rotinas e pouco efetivo enfermagem para prestar um cuidado integral. Para ser aferida uma pressão é só apertar o botão, você não tem que ir ali para realizar manualmente o procedimento e ter contato com o cliente para isso. E nesse sentido, a tecnologia contribuiu para o distanciamento. Apesar de haver a necessidade de monitorização e demais aparatos tecnológicos na UTI, é a consciência do profissional e também da instituição sobre o contato mais próximo com o cliente que interfere no cuidado.

\*\*\*\* \*n\_08 \*sex\_2 \*hosp\_A \*prof\_2 \*te\_1

A tecnologia não interfere na prestação do cuidado em unidade de terapia intensiva porque o cuidado é bem específico e no caso da enfermagem, que promove cuidados manuais, principalmente por nós técnicos, a tecnologia não interfere no desempenho deste cuidado que é nosso e manual. Na minha visão, a tecnologia não atende todas as necessidades do paciente pois há necessidades que exigem do cuidado humano, manual prestado pela equipe como um banho, mudança de decúbito, troca de curativo. Se você vai virar o paciente, tem que ter aquele preparo pra colocar o coxim e posicioná-lo corretamente e isso somente o humano pode fazer e não a máquina. Quando o paciente está com a face sem dor, bem arrumadinho, com os coxins no lugar certo, com os sinais vitais normais, ali eu sei que ele está confortável. Quando ele está com taquicardia, oximetria baixa, hipertenso e com febre visíveis ao monitor eu consigo pensar que ele esteja desconfortável. E para eliminar ou amenizar estes sintomas, eu administro analgesia perante prescrição médica, eu o coloco numa posição em que ele se sinta mais confortável, porque apesar das mudanças que tem como rotina às vezes ele está numa posição não confortável, faço uma massagem, tento corrigir por meio dos meus cuidados e do médico qualquer desconforto. Pois acho que conforto é ele estar estável, sem dor, e sem qualquer alteração. Por sua vez, percebo que algumas pessoas estão deixando a tecnologia influenciar a relação no cuidado, tornando ela mais mecânica, mas não distanciou a equipe do paciente, porque você tem a opção de fazer diferente. Eu acho que poderia falar às vezes é uma questão de tempo! Eu acho que entra naquela fase da rotina, do dia\_a\_dia que acaba um pouco daquela humanização, pois se repete atividades todo dia e isso pode fazer com que a equipe se valha mais da máquina em determinadas situações do que do olhar para o cliente. Eu acho que algumas pessoas ficam naquela fase do chegar e só fazer, acho que falta principalmente, para algumas pessoas que estão há muito mais tempo na profissão uma reciclagem com cursos de humanização que eduquem o profissional a estar mais perto do paciente. A enfermagem está perdendo muito quanto ao que a gente pode fazer, por falta de maior proximidade com o paciente, por falta de se posicionar. Porque se você tem o conhecimento, você tem o posicionamento. Eu acho que a gente perde muito nesse sentido. Mas o enfermeiro em si, acho que pode dedicar em educação continuada da equipe para mudar esta realidade, para que a equipe esteja mais próxima com paciente... Porque se você vê os seus pacientes como um todo, você vai vê-lo uma única vez e por inteiro.

\*\*\*\* \*n\_09 \*sex\_2 \*hosp\_A \*prof\_2 \*te\_1

Não acredito que a tecnologia possa interferir na prestação do cuidado em Unidade de Terapia Intensiva, pois apesar de existir o lado da ajuda pelo equipamento, como o paciente necessitando do respirador prolongando um pouquinho mais sua vida, existe o lado da necessidade de cuidado humano e que só o homem, não a máquina, promove. Então, a tecnologia não atende todas as necessidades em saúde do paciente, pois algumas situações a gente vai ter que entrar sem a tecnologia, como uma medicação por via oral, curativos, banhos. Quando o paciente faz uma mudança nos padrões ventilatórios identificada no respirador, pode ser um desconforto devido a uma posição que não está legal então mudar a posição que trará algum alívio expresso por fácies sem dor, parâmetros vitais normais identificam que o paciente está confortável. Pois sinais de hipotensão, bradicardia, taquicardia e dessaturação me sinalizam desconforto que visualizo na monitoração. Logo, para mim o conforto é quando o paciente está com os sinais vitais normais e sem queixas. Para minimizar o desconforto de pacientes críticos: mudança de posição, massagem de conforto, higiene oral, são medidas de conforto e adjuvantes no tratamento. Os avanços da tecnologia nunca substituirão a mão\_de\_obra humana, mas percebo que têm influenciado para minimizá-la e reduzindo o contato, a proximidade da equipe com o paciente. Isso deixa a equipe mais confortável e cômoda nos afazeres de suas rotinas, porque é só apertar um botão na maioria dos casos.

\*\*\*\* \*n\_10 \*sex\_2 \*hosp\_A \*prof\_1 \*te\_2

Eu acho que a tecnologia vem pra somar, principalmente em UTI que é um ambiente totalmente crítico, ajudando na monitorização para acompanhar um paciente de perto, como a tecnologia de dispositivo hemodinâmico, por exemplo. Porém, não se pode dizer que ela atenda todas as necessidades do cliente crítico porque eu acho que no fator humano, na relação humana, o grande diferencial do enfermeiro vai ser o fator humano. Porque haverá várias tecnologias substituindo nossa mão\_de-obra em determinadas situações, como uma monitorização invasiva de pressão arterial que interfere no contato manual com o paciente, mas há outras situações de cuidado que demandam recurso humano para desempenhá-las como um banho, uma avaliação física, uma punção. Portanto, o olhar para o paciente como um todo é essencial para identificar se está confortável ou não, sendo possível ver algumas situações para antecipá-las: quando você vê que o paciente não está confortável com a temperatura, pois a UTI é um ambiente muito frio, então a gente tem que ter essa percepção principalmente quando o paciente não está falando. Quando o monitor mostra que o paciente está fazendo taquicardia, taquipneia, ou com a pressão arterial alterada, eu sei que ele está descompensando e com algum desconforto. Então para minimizá-lo é necessário você conseguir enxergar o que é incômodo para o paciente, tentar agir com medidas de conforto, como uma massagem, uma mudança de posição no leito, uma hidratação, identificar necessidades verbais e não\_verbais dele. Porque eu acho que conforto é a tranquilidade do paciente, se o paciente está sem dor, em paz, é sinônimo de bem\_estar. A evolução da tecnologia distanciou um pouco o contato enfermeiro\_cliente porque hoje em dia, usamos a tecnologia até para monitorar uma pressão o que evita o contato manual da aferição. Então,

perde-se um pouco o contato próximo com o cliente. A gente tende a perder esse contato pelo uso da tecnologia. E tentar se policiar quanto a esse distanciamento por meio de medidas de atenção e contato, capacitação com a equipe sobre a relação com o cliente acho que seriam instrumentos para evitar ou minimizar esse distanciamento.

\*\*\*\* \*n\_11 \*sex\_2 \*hosp\_A \*prof\_2 \*te\_2

Atuo em Terapia Intensiva há doze anos e acho que a tecnologia interfere a prestação do cuidado do paciente de UTI de modo a ajudar nossa assistência e conseqüentemente melhorar o paciente. A tecnologia ajuda muito no atendimento das necessidades do paciente, mas lógico que não atende todas. Há situações que somente o cuidado pode ajudar, como banho, mudança de decúbito, contato pessoal com o paciente. Dessa forma, eu acho que conforto no paciente é quando ele fica agradecido por uma boa assistência, apresenta feição agradável, sem dor. Quando o paciente está desconfortável, a gente vê no monitor sinais de taquicardia, taquipneia, febre, saturação baixa. E aí, para minimizar isso a gente vê se todas as aparelhagens estão adequadas, se o colchão está adequado para o conforto do pacientes ele apresenta fácil de dor e se há analgésico prescrito, massagem, inspeção pele para busca de feridas. Porque conforto é o paciente se sentir bem. Não vou dizer que o paciente tem que se sentir em casa, mas tem que estar confortável, conseguir passar ali o período hospitalar sem estar estressado, sem ficar angustiada. A tecnologia apesar de ser muito boa para nosso dia\_a\_dia ela distanciou um pouco o enfermeiro do paciente, porque a gente trabalha com monitor: você chega ali, você anota tudo que o monitor mostra e sai correndo. Ainda mais num dia de correria, você nem pára para conversar com o paciente, ou às vezes de longe mesmo você já anota o que está aparecendo no monitor e vai embora. Então, de certa forma ela distancia bastante o paciente do profissional. Acho que tinha que existir mais profissional para poder conseguir dar uma assistência melhor para o paciente e diminuir essa mecanização do cuidado.

\*\*\*\* \*n\_12 \*sex\_2 \*hosp\_A \*prof\_2 \*te\_2

Tenho catorze anos de UTI e acho que a tecnologia é muito boa no cuidado com o paciente, não acho que atrapalhe porque me poupa determinado tempo para que eu possa ajudar mais o paciente. A tecnologia facilitou tanto a nossa vida e a do cliente que a enxergo como essencial para o atendimento de todas as suas necessidades. Porque antigamente a gente perdia bastante tempo na assistência, até mesmo interferindo no fechamento do diagnóstico. Eu acho que depois que vários aparelhos foram introduzidos na rotina da UTI tudo melhorou e acredito que conseguimos trazer mais vidas do que morte. Quando cuido do meu paciente na UTI percebe o conforto pela tecnologia e os parâmetros que ela me dá: sinais vitais estáveis me indicam que o paciente está estável. Diferente de quando ele tem algum desconforto, em que o monitor me mostra sinais de taquicardia, taquipneia, febre, baixa saturação, pressão alta ou baixa. Assim, quando o paciente está desconfortável mediante esses sinais ou faces de dor eu vejo o que posso fazer quanto ao meu trabalho e cuidado de técnica enfermagem: mudança de decúbito, uma massagem, um banho, troca fralda, elevar o decúbito. Para mim, conforto é o

paciente se sentir bem, sem face de dor. Não acho que a tecnologia tenha distanciado o enfermeiro do cliente porque a aparelhagem te dá mais tempo para fazer determinadas coisas, pois se você tiver que pegar o aparelho de pressão, conectar, inflar para ver a pressão se perde tempo comparado à monitoração da pressão pelo monitor. Aí você tem mais tempo para fazer uma mudança de posição, ou aspirar o paciente. Eu acho que ajuda bastante. É lógico que tendo mais funcionário vai ser melhor ainda para se conseguir ter um contato maior com o cliente, mas acredito que a tecnologia só veio para somar na relação paciente\_equipe.

\*\*\*\* \*n\_13 \*sex\_2 \*hosp\_A \*prof\_1 \*te\_3

Tenho 23 anos de experiência em UTI e acredito que a tecnologia possa interferir na prestação do cuidado em UTI porque você começa a prestar muita atenção em equipamentos e esquece de olhar a pessoa. A tecnologia nunca atenderá todas as necessidades de saúde do paciente porque você tem o profissional que é uma pessoa e ele tem que olhar a outra pessoa que está deitada como um ser humano. A máquina não consegue ver essa diferença. Assim como identificar o conforto no paciente, pois um posicionamento inadequado no leito ou o cliente estar sentindo dor conotam que ele está em desconforto que demandará intervenção da equipe para eliminá-lo. Identifico conforto no paciente quando ele está sem queixas, sem fácies de dor, parâmetros clínicos compatíveis com a vida. Quando o monitor me mostra sinais de alteração da frequência cardíaca, hipertensão, frequência respiratória, saturação alterada sei que ele está com alguma descompensação e conseqüente desconforto. E para minimizar o desconforto penso que uma equipe bem treinada para visualizar o paciente como um todo, vendo o paciente que está deitado no leito como uma pessoa, e não como uma patologia porque isso hoje em dia é muito difícil. Até porque, mediante minha visão e experiência, penso que conforto é o paciente estar bem não só física como emocionalmente. O avanço da tecnologia distanciou a aproximação da equipe de enfermagem do cliente afetando a visão do todo que temos de ter com ele, pois mediante os tantos recursos que temos, o estar ao lado do leito em situações de cuidado ou até de um exame físico tem sido a última coisa. Porque você acaba colocando os equipamentos para fazer a função de observação que seria do profissional, não que não sejam necessários, porém o paciente é muito invadido e muitas das vezes sem fundamentação clínica para isso. O que acaba distanciando o ser humano, a equipe de seu paciente.

\*\*\*\* \*n\_14 \*sex\_2 \*hosp\_A \*prof\_2 \*te\_2

Tenho oito anos de UTI e acredito que a utilização da tecnologia interfira em algum momento no cuidado ao paciente de UTI, porque há momentos em que a gente, por conta de estar acostumada com o monitor, obtém alguma leitura que não é real e se baseie naquilo perdendo dados importantes como parâmetros de uma pressão muito alta. As pessoas não pegam no aparelho para verificar manualmente a pressão e isso pode favorecer a um valor irreal que favoreça para fazer medicação que nem era necessária, pois ficamos muito confiantes no monitor. E isso ocorre com saturação também, pois às vezes o paciente satura altíssimo no monitor e quando sai a gasometria aquilo não é real, ou o paciente está saturando mal

enquanto no monitor ele está saturando bem. Por isso acho que não se pode afirmar que a tecnologia atenda todas as necessidades em saúde do cliente crítico, pois eu acredito que a necessidade de ventilar espontaneamente, estar confortável, sem dor, alimentar-se, vestir-se são necessidades básicas que nunca a tecnologia substituirá o recurso humano que o auxilia nessas necessidades quando o cliente está incapaz temporária ou permanentemente. Quando estou cuidando do meu paciente, identifico nele o conforto quando eu vejo que ele está arrumadinho, bem higienizado, sem dor, quando a gente consegue prestar todos os cuidados porque tem dia que é muito corrido e não se consegue prestar um cuidado efetivo ou dar uma atenção necessária. Então, a gente acaba vendo que naquele dia não conseguiu dar um conforto legal para o paciente. Quando o paciente apresenta algum desconforto, além da verbalização de dor ou fâcias de sofrimento, vejo no monitor sinais de baixa saturação, hipertensão, hipotensão, taquicardia ou bradicardia. Sendo que mediante esses sinais de desconforto, eu junto à equipe faço intervenções que possam amenizar esse sintoma, como: estar sempre comunicando os médicos sobre o que a gente observa de desconforto, vendo o que está prescrito como alguma nebulização, analgésico para promover algum alívio, aspirar o paciente que está respirando mal, realizar mudança de decúbito. Porque conforto é você ver se o paciente está bem, se sente bem e sem queixas, é a gente aliviar o paciente de dores e mal-estar. Preocupar também com o emocional mediante o contato pessoal à beira leito, dar uma atenção, uma conversa. E acho que para ofertar este tipo de atenção além do rotineiro, necessita ter tempo e disponibilidade, querer fazer algo a mais. Penso que o avanço da tecnologia distanciou esse contato do enfermeiro e do técnico com o cliente, até porque hoje em dia quando você vai ver os sinais no monitor, respiração no ventilador, antigamente você tinha que estar colocando a mão no paciente para aferir os sinais vitais. Hoje em dia você vai lá, aperta um botão e já tem tudo isso. Então, a tecnologia fez você perder um pouco desse contato e por isso eu acho que distanciou.

\*\*\*\* \*n\_15 \*sex\_2 \*hosp\_A \*prof\_2 \*te\_4

Atuo há 6 anos em UTI sou formada em Enfermagem, mas aqui atuo como técnica. Acho que a tecnologia pode interferir na prestação do cuidado porque hoje ela está muito avançada e eu penso que a UTI não é humanizada, principalmente a enfermagem que nela atua. Eu estudei muito, eu vi muito essa questão de tecnologia e muita coisa hoje em dia é muito mecânico. O contato com o paciente mesmo é um exemplo, pois é como se eles quisessem cortar essa questão do contato por meio da rapidez e superficialização do maquinário de UTI. E eu vejo muito a importância, como já tenho um tempo na UTI, no cuidado com o contato humano. Nunca poderá ser dito que a tecnologia atende todas as necessidades em saúde do indivíduo porque sempre haverá falhas da máquina, ações do cuidado como a conversa, o toque, a atenção que ela nunca substituirá no humano. Identifico o conforto no paciente quando pelo seu olhar, pelo semblante do paciente não há sinais de dor, a posição no leito lhe traz conforto físico e respiratório. Então muitas das vezes o próprio paciente, por você estar ali há um tempo com ele, você consegue perceber mais ou menos o que ele quer, o que ele está sentindo, quando ele quer mais atenção, quando ele quer mais carinho, quando ele quer alguma medicação, ou quando ele está sentindo alguma coisa. Por exemplo, quando vejo no



monitor sinais de desconforto como saturação baixa, temperatura alta, pressão alta, frequência cardíaca baixa ou alta, frequência respiratória alterada, entendo que ele está com algo que necessite minha intervenção. Daí, vejo a necessidade de uma mudança de decúbito, uma massagem de conforto, às vezes, um creme qualquer para realizar massagem são medidas não\_farmacológicas que ajudam na melhora do cliente. Porque para mim, conforto é o paciente estar bem, sem dor, alegre, confortável. E vejo que a tecnologia e seus avanços dificultaram o contato da enfermagem com o paciente, pois como existe muita tecnologia e automatização que facilita muito da rotina assistencial, tocar no paciente, contar uma respiração, que eram ações que faziam com que você estivesse mais próximo do paciente foram esquecidas. No caso de um monitor, você já tem tudo nele e isso te distancia do paciente. Se eu tenho tudo no monitor para que vou entrar no ambiente do paciente? Pois muitas das vezes a equipe não entra pelo comodismo da tecnologia e demasiada confiabilidade. Logo, acho que distanciou e prejudicou o contato com o cliente.

\*\*\*\* \*n\_16 \*sex\_1 \*hosp\_A \*prof\_2 \*te\_1

Atuo em UTI há quatro meses e acho que a tecnologia funciona para poder nos ajudar quanto à monitorização, à ventilação porque são coisas indispensáveis. Se você não tem isso não há como salvar uma vida, salvar o paciente na UTI. Eu acho que é essencial e acredito que ela não interfira na prestação do cuidado, só ajuda. Porém, ela é incapaz de atender todas as necessidades do paciente porque a nossa tecnologia não acompanha a do exterior, principalmente nos hospitais públicos que existe uma grande defasagem. Claro que a tecnologia ajuda muito, mas a humanização ajuda mais porque se você tem tecnologia consegue fazer um trabalho melhor, consegue atender o doente com mais qualidade. Falando em conforto, eu sei que meu paciente está confortável quando agradece, é super carinhoso, mesmo ele sendo crítico a gente entende a situação, passa confiança, faz um bom trabalho, a gente humaniza e o retorno, às vezes não é por fala é por carinho, por aperto de mão, por um muito obrigado. Quando o paciente está entubado, a gente não tem esse retorno, mas conforme vai melhorando a gente percebe que está fazendo um bom trabalho. Quando o paciente não está bem e apresenta algum desconforto que chega a ser perceptível no monitor mediante os sinais alterados de respiração, pulso, saturação, pressão arterial e temperatura, a gente conversa com o paciente quando ele está em alerta, tenta acalmá-lo, vê se a causa do desconforto é clínica e se há algo prescrito caso seja, aplica coxins, faz mudança de decúbito nas horas corretas, mantém a sua higiene preservada. Porque conforto é uma série de fatores que proporcionam o melhor para o indivíduo: carinho, ética, profissionalismo, educação, honestidade para gerar um bom atendimento para o paciente. Apesar das benesses que a tecnologia traz, ela interferiu na relação da enfermagem com o paciente porque existem pessoas que perdem a sensibilidade, não sei se por estafa do trabalho. Eu, por exemplo, estou começando agora na área da Terapia Intensiva e adoro o que faço. Eu acredito que a tecnologia é um segundo braço, mas é preciso trabalhar também com o paciente de forma humanizada, porque a tecnologia não é tudo e acho que um abraço, um aperto de mão conforta mais do que uma dipirona na veia para dor de cabeça em algumas situações, por exemplo. Acho que uma boa relação interpessoal com o paciente, conversar, saber dar atenção

ao que ele está te dizendo, ofertar o máximo de conforto não só por medidas medicamentosas como também não-medicamentosas, tentar fazer algo além do que na maioria das vezes acontece como medicar ou aferir sinais vitais sem olhar para a cara do paciente. Às vezes, a rotina intensa nem sempre dá tempo de você parar e pensar mas quando estou no leito, eu tento fazer o máximo que eu posso.

\*\*\*\* \*n\_17 \*sex\_1 \*hosp\_A \*prof\_2 \*te\_4

Atuo em UTI há dois anos e cinco meses e acho que a tecnologia não interfere na prestação do cuidado, uma vez que o facilita porque demonstra em tempo instantâneo parâmetros necessários para a assistência e é uma melhoria que eu acho que foi muito bem aceita na área médica. Mas não se pode falar que a tecnologia atenda todas as necessidades de saúde do cliente, eu acho que sempre vai faltar alguma coisa pois nem sempre a tecnologia supre tudo. Por exemplo: o nosso relacionamento a gente não substitui pela tecnologia, então a gente não pode usá-la para tudo. Quando cuido do meu paciente, percebo nele o conforto quando ao conversar, analisar seu estado de saúde ele vai te dar um retorno. Então você vai perceber se ele está confortável em vários aspectos, não só estar bonitinho, confortável, em um travesseiro bom, uma roupa de cama boa mas é todo aquele aspecto psicológico e físico de saúde. Quando algo não se encaixa ou ele apresenta algum desconforto visível em monitores como: taquicardia, fibrilação, taquidispneia, esforço respiratório, hipertensão, hipotensão sinalizam que intervenções são necessárias e a enfermagem precisa atuar junto a equipe. UTI é um local delicado e o confinamento às vezes prejudica bastante o paciente, então o que a gente pode fazer pra minimizar seu desconforto é sempre conversar com ele identificando quando é dia, quando é noite, estimulando autocuidado, alimentação, mostrar a importância da força de vontade que ele tem que ter de melhorar. Pois conforto pra mim é um conjunto, um todo: aspectos psicológicos, hemodinâmicos, físicos, tudo. Acho que vendo o paciente além do físico e da doença a gente consegue distinguir quando está bom e quando não. Percebo que a tecnologia facilita muito a nossa rotina deixando a gente um pouco ocioso. Se não tivesse o monitor, eu teria que checar pressão, frequência, às vezes a tecnologia facilita tanto que você deixa a desejar, mas eu acho que a tecnologia não distanciou a equipe do paciente. Porque acho que isso vai de cada um, em qualquer lugar você vai encontrar equipes que atuam de forma mecânica porque depende muito do profissional.

\*\*\*\* \*n\_18 \*sex\_1 \*hosp\_B \*prof\_2 \*te\_4

Estou atuando em uti há quatro anos e três meses e acho que a tecnologia interfere positivamente na prestação do cuidado, pois antes tínhamos que fazer as coisas manualmente e então ajuda a enfermagem e o paciente. Contudo, não posso afirmar que a tecnologia atenda todas as necessidades de saúde do paciente porque acho que ainda tem muito a evoluir na parte técnica dos aparelhos porque têm falhas. A gente sempre pode evoluir na parte técnica e na parte do cuidado. Quando cuido do paciente de uti, acho que a primeira coisa para gerar conforto é a mudança de decúbito de duas em duas horas, aspirar o paciente secretivo, medidas não\_medicamentosas que melhoram o cliente. O paciente quando está entubado e

com sedação não tem como ele expressar a dor, às vezes é pelo monitor que visualizou alteração do batimento, da respiração, da saturação e da pressão arterial. Então, essas alterações sinalizam que ele esteja em desconforto e medidas de prescrição médica e de enfermagem: fazer mudança de duas em duas horas, boa higiene oral, esses cuidados mais cotidianos devam ser feitos para melhorar o estado do cliente. Porque conforto é bem\_estar. A gente deve raciocinar que é o bem\_estar do paciente. Mesmo com toda a parte boa da evolução tecnológica, ela distanciou um pouco o enfermeiro do cliente porque antigamente os sinais vitais eram contados no pulso o que forçava o profissional estar a beira-leito e toar, olhar para o paciente estando mais próximo, às vezes a gente chega ali, aperta o botão e a máquina faz tudo.

\*\*\*\* \*n\_19 \*sex\_2 \*hosp\_B \*prof\_1 \*te\_1

Atuo há oito meses na área de uti e acho que a tecnologia melhora o cuidado nesse ambiente, aumenta a qualidade do trabalho e dos parâmetros do paciente nos dando segurança. A tecnologia é muito boa. A tecnologia atende as necessidades de saúde do paciente, mas existe o lado humano. Tem de haver o contato físico, olhar para o paciente porque sem isso você não tem resultados tão fiéis. Tocar o cliente é diferente, olhar para o corpo e depois para a máquina senão fica muito mecânico e o cliente precisa do afeto e da conversa. Ao cuidar do paciente é preciso se colocar no lugar dele, checando o que ele precisa, se está confortável em determinada posição. Percebo o conforto como um alívio físico e emocional. Os pacientes que estão aqui há muito tempo começam a sentir aflição por quererem a família, por mais que tentemos agradar eles querem os filhos, os netos. Então é tentar falar uma palavra de afeto, deixar os nossos problemas do lado de fora e conversar com o paciente quando ele apresenta uma resistência aos tratamentos, ter paciência de esperar o tempo para aceitação, tentar passar uma força. E quando o desconforto extrapola o emocional e atinge o físico mediante parâmetros de frequência cardíaca, pressão, temperatura e frequência respiratória alterados devemos sempre se deve mudar os dedos do oxímetro para evitar lesões. A temperatura. Os pacientes que deambulam a gente procura colocar nos boxes que têm TV e os que não podem sair do leito a gente coloca a cama na posição sentada, faz mudança de decúbito várias vezes para minimizar o desconforto. No caso do cliente comatoso, a gente aspira vias aéreas, fazendo as mudanças de hora em hora. Pois conforto é você dar qualidade ao paciente, melhorar o ambiente para que seja agradável.

\*\*\*\* \*n\_20 \*sex\_2 \*hosp\_B \*prof\_2 \*te\_3

Tenho vinte e nove anos e atuo em UTI há oito anos como técnica em enfermagem e não acho que a tecnologia interfira no cuidado. Porém, a tecnologia não atende todas as necessidades do paciente, pois no quesito conforto demanda cuidado manual que ela não oferece. Quando um paciente está com dor, com desconforto, além da expressão facial que mostra se está confortável, os sinais de taquicardia, hipertensão, taquipneia mostram desequilíbrio de seu bem\_estar. Para minimizar o desconforto dos clientes, além de analgesia, a enfermagem fica sempre atenta para a mudança de posição dos coxins, prestar atenção nos fios dos monitores

verificando se não estão posicionados por baixo do rosto, da orelha por causa do risco de lesão de pele, sempre olhar, observar, não só fazer coisas que precisam serem feitas. Porque paciente confortável é aquele que está bem em qualquer situação. Então, deixar um ambiente acolhedor e confortável, com o mínimo de coisas que atrapalham: ruído, conversa alta, odor da lixeira, tudo isso causa desconforto não só físico mas outros incômodos, além do ambiente estressante. Apesar da tecnologia ajudar de forma positiva no cuidado, ela distanciou a equipe do cliente porque por mais que não queiramos, ficamos condicionados ao que aparece no monitor e não perguntamos muitas coisas. Olhamos, verificamos se a pressão está boa, se a frequência está boa e esquecemos de perguntar ao paciente se ele está sentindo algo, às vezes ele afirma que está com falta de ar, mas no monitor está normal e com a correria do dia\_a\_dia a gente acaba falhando nessa atenção para intervenção. Porque dependendo do ritmo de trabalho, às vezes você trabalha em dois ou três lugares, fica mecanizado em um deles e não tem como trabalhar direito em todos. Essa mecanização se deve ao profissional dar mais confiabilidade ao que a máquina está dizendo, já que ela traz parâmetros de forma mais fidedigna. Portanto, infelizmente estamos mais rotineiros no cuidado ao cliente e prejudicando inconscientemente o doente.

\*\*\*\* \*n\_21 \*sex\_2 \*hosp\_B \*prof\_2\*te\_1

Atuo em UTI há sete meses, sou técnica em enfermagem e vejo que a tecnologia interfere no cuidado, porque tudo que é demais é exagerado e nesse ambiente há muito exagero tecnológico. Então, se tiver muita tecnologia e pouco aprendizado, pouca prática, a assistência sofre interferências e consequentes falhas. Sem dúvida, a tecnologia atende todas as necessidades de saúde do cliente crítico, porque situações em que a respiração, que é uma necessidade básica do indivíduo, está prejudicada de forma autônoma a máquina do respirador dá esse suporte até a respiração do paciente voltar ao normal. Em situações de desconforto, além das expressões faciais, os sinais de taquicardia, pressão arterial alta, esforço respiratório são sinais de dor ou uma situação clínica mais preocupante. Nessas situações, medidas de conforto como: mudança de decúbito, massagem, redução de ruídos do ambiente, além do tratamento medicamentoso prescrito podem eliminar e melhorar tais sinais. Porque conforto é o paciente estar bem, não adianta estar ali deitado com um travesseiro ou virado em uma posição e não estar bem, ter uma dobra na fronha, uma dobra no lençol, pois tudo isso gera desconforto. Então, medidas como essa podem aliviar e melhorar o conforto do paciente. Não só o enfermeiro, mas o técnico também se distanciou do paciente em uti porque às vezes a gente prefere ficar na nossa tecnologia, no nosso mundo, do que conversar, dar uma atenção. Fica uma coisa mais mecânica: eu entro, faço, tchau. A gente, às vezes, esquece de se colocar no lugar do outro. A tecnologia distancia sim, distancia até a própria equipe que passa doze horas convivendo. Então, acho que a enfermagem deveria se policiar mais quanto a isso.

\*\*\*\* \*n\_22 \*sex\_2 \*hosp\_B \*prof\_2\*te\_4

Estou há três anos em uti como técnica em enfermagem e com certeza, hoje em dia, a gente tem mais tipos de tecnologia que interfere na melhora clínica do paciente porque os aparelhos

nos permitem identificar coisas que a gente não consegue ver clinicamente no doente. Em um doente sedado ou em coma, a gente não consegue identificar nenhuma manifestação clínica nele e essa tecnologia nos permite identificar uma apneia, uma taquicardia e por isso a tecnologia interfere no cuidado de forma positiva. Porém, a tecnologia tem as suas limitações quanto a fornecer assistência que suplante todas as particularidades do paciente, pois o olhar do profissional é mais importante em muitos momentos. Eu acho que quando o paciente te demonstra uma feição de tranquilidade, de aceitação daquele cuidado que você está prestando significa que ele está estável, bem no ambiente. É o conforto dele clinicamente e pessoalmente porque a UTI é um ambiente muito isolado, o paciente já fica tenso por saber que está em uma UTI quando está lúcido, então o acolhimento também leva o paciente a ter conforto. Logo, penso que conforto seja o ambiente, a assistência e recursos terapêuticos que forneçam não só o conforto e bem\_estar físico, como também psicoemocional. Porque o paciente em desconforto pode apresentar sinais alterados de frequência cardíaca, frequência respiratória e pressão no monitor cardíaco e o paciente fica agitado, fica com a respiração ofegante, faz apneia que se não forem corrigidos imediatamente podem gerar transtornos maiores. Para minimizar o desconforto do cliente, medidas de enfermagem como massagem com hidratação, mudança de posição, coxins, banho em temperatura morna são medidas que trazem alívio e são adjuvantes na terapia que visa a recuperação do cliente. Pois conforto é o paciente estar se sentindo bem, estável hemodinamicamente, psicologicamente, ter um bom relacionamento com a equipe que cuida dele, acho que isso é conforto. Quanto à tecnologia distanciar a equipe do cliente, eu acho que não. Ela só ajuda a gente a ficar mais perto do paciente porque mesmo que a gente tenha um monitor multiparamétrico na nossa central de enfermagem, qualquer coisa a gente está no leito, pelo menos nos lugares que eu trabalhei. Ajuda a aproximar, por isso: você vê alguma coisa errada e vai ao leito.

\*\*\*\* \*n\_23 \*sex\_2 \*hosp\_B \*prof\_2\*te\_4

Tenho quatro anos de UTI e acho que hoje nós utilizamos muito tecnologias e eu acho que com o avanço tecnológico tendemos a tentar tudo a qualquer custo e perdemos com isso na questão do cuidado, porque a gente só presta atenção aos cateteres, procedimentos novos e perdemos o tempo que deveria ser dedicado no paciente. Sempre ficamos tentando mais coisas e acabamos deixando o cuidado de lado. A tecnologia não atende todas as necessidades de saúde do cliente crítico, pois as tecnologias, apesar de serem fundamentais no diagnóstico e tratamento, têm limites quanto ao cuidado de todas as necessidades vitais do paciente. Em terapia intensiva, pelo menos aqui, a gente tenta o tempo todo trazer um conforto pra eles: como levá\_los para dar uma volta, para um banho de sol quando isso é possível, programar os horários dos banhos em períodos do dia que o cliente tenha alguma preferência. Essas e outras medidas não\_invasivas promovem conforto que eu entendo que seja o bem\_estar do paciente. Na presença de sinais de desconforto como pressão arterial, frequência cardíaca e frequência respiratória visíveis ao monitor, o olhar para aquele paciente para que a gente consiga ver as necessidades dele, pois cada um é um, é essencial para implementar não só prescrições medicamentosas como recursos terapêuticos não\_invasivos que minimizem esse desconforto, como: ligar uma televisão se o paciente gosta, abaixar a cortina do quarto para reduzir a

luminosidade, particularizar horários de banho e refeições, quando é possível, massagem, mudança de decúbito, colchão pneumático e coxins para evitar lesões de pele. Para mim, a palavra conforto é sinônimo de bem\_estar. Sobre a tecnologia e sua influência para a equipe de saúde, acho que nos prendemos muito a ela em alguns momentos. Temos o monitor central que permite que vejamos todos os pacientes, assim não será preciso eu levantar dali para ir no leito, olhar para o paciente. Então eu acho que ficamos numa posição mais passiva em relação ao cuidado porque nos agarramos às tecnologias que são oferecidas.

\*\*\*\* \*n\_24 \*sex\_2 \*hosp\_B \*prof\_2\*te\_2

Estou na terapia intensiva há doze anos e não acho que a utilização da tecnologia possa interferir na prestação do cuidado porque ela traz benefícios ao paciente no tratamento. Porém, não podemos afirmar que ela atende todas as necessidades do paciente, porque algumas são atendidas somente pela prática assistencial: o trabalho de fisioterapia, a atenção, um banho, uma massagem, o meio ambiente que ele está vivendo nesse tempo. Eu identifico o conforto quando o paciente de UTI está bem, respondendo bem ao tratamento e sem queixas, pois quando tem dor, parâmetros vitais alterados de pressão arterial, frequência cardíaca e respiratória, medidas para minimizar o desconforto são necessárias: uma conversa, uma mudança de decúbito, uma massagem. Porque conforto é como o paciente está no momento, a diferença de como ele chegou e como se encontra, a melhora do tratamento e sem queixas. Não acho que a tecnologia tenha distanciado a equipe do cliente, pois a enfermagem demanda todo um trabalho em conjunto, que na minha visão não pode ser influenciado pela máquina.

\*\*\*\* \*n\_25 \*sex\_2 \*hosp\_B \*prof\_1\*te\_4

Tenho trinta e sete anos e atuo há seis anos como enfermeira em uti, acredito que a tecnologia esteja interferindo no cuidado em relação ao diagnóstico porque ela o esclarece. Mas não se pode afirmar que a tecnologia resolve todos os problemas do paciente, uma vez que você trabalha numa instituição que não tenha tecnologia ela fará falta mas ela não suprirá o cuidado, a presença da enfermagem, do médico, da família. No bem\_estar do paciente você promove o conforto e vê como ele fica, como ele mantém a estabilidade até hemodinâmica dentro da unidade. Quando ele apresenta os sinais de taquipneia, taquicardia, hipertensão ao monitor, se percebe que o paciente está em desconforto e que serão necessárias medidas para minimizá\_lo ou eliminá\_lo: como a presença da família, a humanização, a presença de um técnico que deixe o paciente à vontade, diminuir a ansiedade por meio de esclarecimentos do período do dia em que o paciente se encontra, massagem de conforto, hidratação, mudança de decúbito. Porque conforto é o bem\_estar físico e psicológico do paciente. A tecnologia veio para somar e faz falta se não existir no local, ela melhora o cuidado. Porém, ela distancia um pouco a equipe do paciente porque facilita a visualização de dados que, antes, eram mensurados à beira\_leito pelos profissionais. Portanto, apesar de ser uma excelente contribuição para o dia\_a\_dia em uti, ela pode influenciar pela facilidade com que os parâmetros vitais são obtidos.

\*\*\*\* \*n\_26 \*sex\_2 \*hosp\_B \*prof\_2\*te\_1

Atuo em UTI há sete meses e acho que a tecnologia veio para ajudar, para facilitar o nosso trabalho porque há coisas que a tecnologia substituiu de uma forma mais consistente, mais fidedigna, a gente tem resultados de uma forma mais instantânea e isso facilita bastante o cuidado. De certa forma, a tecnologia atende as necessidades físicas do cliente, mas ainda há a necessidade psicológica, do acolhimento, da assistência, do carinho, da humanização que é uma terapia que cura também. Então, acho que ela não atende todas as necessidades de saúde. Percebo o conforto no meu cuidado quando o paciente está bem, sem queixas. Para minimizar o desconforto, a mudança de decúbito, um travesseiro confortável, um colchão acessível para o problema dele também. Quando em desconforto, o paciente tem fácies de tensão, medo, agressividade, além dos sinais vitais alterados de dessaturação de oxigênio, hipertensão, hipotensão, uma apneia, taquipneia, visíveis no monitor. Porque para mim conforto é o paciente estar bem hemodinamicamente, bem fisicamente por meio das terapias, da medicação, bem como o retorno que o paciente dá pra gente. Se ele está com o controle hemodinâmico equilibrado, ele está de uma certa forma confortável, sabemos por meio do monitor e também observando. Eu acho que cada pessoa tem um jeito, uma forma de trabalhar mas não acho que a tecnologia possa ter interferido na proximidade da equipe ao cliente.

\*\*\*\* \*n\_27 \*sex\_2 \*hosp\_B \*prof\_2\*te\_4

Atuo em UTI há quatro anos como técnica de enfermagem e acredito que a utilização da tecnologia só acrescenta na prestação do cuidado. A tecnologia unida às pessoas capacitadas melhora o cuidado. A tecnologia oferece tudo o que o paciente precisa porque ela está avançando cada vez mais e isso nos capacita cada vez mais a cuidar do paciente. Ao cuidar do paciente de UTI percebo que ele está confortável quando a fisionomia está ótima, os sinais vitais normais, se não tem nenhuma face de dor. Quando em desconforto, ele apresenta os sinais de alteração na frequência cardíaca, respiratória e dessaturação. Para minimizar o desconforto, mudança de decúbito de duas em duas horas, massagem, hidratação na pele. Porque conforto é dar uma qualidade para o paciente no leito, onde ele esteja bem acomodado, prestar um cuidado satisfatório a ele. Ao meu ver, a tecnologia não interferiu na proximidade da equipe com o paciente porque não precisa do alarme do monitor ou do ventilador estar apitando para você ir ver o paciente, nós cuidamos dele independente de alarmes.

\*\*\*\* \*n\_28 \*sex\_2 \*hosp\_B \*prof\_2\*te\_4

Atuo em UTI há três anos e onze meses e acho que a tecnologia deixa mais rápido o nosso serviço e fica mais fácil até no sistema, fica tudo mais explicadinho. Então acho que ela ajuda no cuidado com o paciente. Afirmando que a tecnologia atenda as necessidades do paciente porque se acontecer alguma intercorrência já está tudo no sistema, se alguma coisa acontecer nós temos o resguardo do que foi feito por meio dos dados registrados e isso deixa o cuidado mais seguro. O paciente quando está confortável é identificado pela fisionomia, mesmo

sedado ele tem alguma expressão facial de dor ou não, então dá pra gente identificar se está confortável ou se não está. No monitor, quando em desconforto ele tem a frequência cardíaca, a pressão, a frequência respiratória que podem ou não estar alteradas. O respirador também, quando começa a alarmar muito, alguma coisa não está legal. Para reduzir o desconforto, se for dor, comunico ao médico para fazer alguma medicação. Se posição, a gente tenta modificar, a gente tenta identificar qual é o desconforto. Conforto é o paciente se sentir bem, o que pela fisionomia dá pra saber. Acho que a tecnologia não interferiu na nossa relação com o paciente, mas distanciou na questão de a gente ver tudo no computador e não ir, às vezes, diretamente no paciente pra perguntar as coisas para ele. A gente tem tudo no computador. Então nesse contexto distancia.

\*\*\*\* \*n\_29 \*sex\_2 \*hosp\_B \*prof\_1\*te\_4

Tempo de atuação em uti quatro anos como enfermeira. Acredito que a utilização da tecnologia interfere positivamente no cuidado, porque nós conseguimos parâmetros online o que facilita uma visualização constante de como está a situação hemodinâmica daquele doente, com isso conseguimos agir de forma preventiva e não corretiva. Porém, ela tem suas limitações quanto ao atendimento das necessidades do paciente, porque ela não faz as coisas sozinha, a atuação humana é indispensável. Conforto é muito amplo, vai desde o conforto do paciente sedado ao paciente lúcido que está olhando para uma parede branca, que é um cenário que a gente tinha até bem pouco tempo aqui. Ao paciente totalmente entregue é mais fácil porque ele não está totalmente consciência, por mais que ele esteja ouvindo, mas nós oferecemos o conforto por mudança de decúbito e outros procedimentos e quando ele está confortável apresenta fâcies menos tensas, sem queixas verbais ou parâmetros vitais normais. Se desconfortável, vemos no monitor taquicardia, descompensação respiratória, pressão arterial alterada, dessaturação. Aqui nós temos uma experiência interessante pois os alarmes ficam todos desligados, então eu me sinto insegura, pois nem sempre eu tenho a minha equipe em frente aos monitores, então podemos perder alguma coisa importante pela falta do alarme. Eu sei que incomoda mas eu acho necessário. Quando o paciente está desconfortável, procuro ver o que pode ser a causa e interferir nela. Se a causa é um ambiente barulhento, vejo o que posso fazer. Se está sentindo falta da família, vejo o horário das visitas, que é algo muito restrito. Até que aqui tem uma política legal de visitas: são duas horas por dia, somente durante o dia e não tem limite de pessoas, mas é um horário que nem todos podem vir, não tem visita noturna, então isso distancia da família. Já trabalhei em terapia intensiva com visita vinte e quatro horas e faz muita diferença para o paciente alguém visitá-lo de surpresa à noite, alguém que não pode vir durante o dia, então é muito bom para o cliente apesar de estressante para a equipe. Outro ponto são medidas que fizessem o cliente se sentir mais acolhido no ambiente, pois é muito frio por causa dos equipamentos, é desconfortante. Então, medidas de humanização como uma climatização adequada. Conforto é conseguir estar bem independente do ambiente, se sentir bem. É fazer com que o paciente se sinta bem em um momento tão difícil como o da doença. Não acho que a tecnologia tenha distanciado a equipe, e sim a burocratização da assistência porque hoje eu vejo a figura do enfermeiro muito presa ao papel. O técnico ainda está no leito, ainda está na parte do cuidado, mas nós temos diferentes tipos



de profissional sendo alguns mais acolhedores e outros mais mecanizados, então acho que é muito mais uma questão de perfil profissional que a gente tem que ir identificando e podendo aos poucos. A burocratização afasta o enfermeiro do cliente, porque nós somos muito cobrados nas questões burocráticas e rotina também, pois o enfermeiro resolve tudo, o médico aciona o enfermeiro porque o computador está com defeito, então nós temos de parar o que fazemos para comunicar à manutenção, quando o médico tem dificuldade de manipular o sistema chama o enfermeiro, a rouparia com problema é o enfermeiro que resolve, coisas que não são parte das nossas atribuições.

\*\*\*\* \*n\_30 \*sex\_2 \*hosp\_B \*prof\_2\*te\_4

Tenho trinta e três anos e atuo em UTI há dois anos. Acho que a tecnologia ajuda na prestação do cuidado. Os parâmetros nos fazem ficar mais alertas ao cuidado com o paciente e isso melhora e muito nossa assistência. Acredito que a tecnologia atenda as necessidades de saúde do cliente porque fornece prontamente resultados que interferem na rotina diagnóstica e assistencial, comparando em um ambiente que não possui tecnologia. Se o paciente está entubado, temos de ver se está precisando de aspiração, observar se o cuff está inflado porque ele pode ficar com dificuldade respiratória. Fazer as mudanças de decúbito para não dar lesão por pressão, hidratar a pele do paciente, fazer higiene oral para não dar pneumonia. Portanto, observando diariamente o cliente eu identifico quando está confortável ou não. Se em desconforto, é visível ao monitor a taquicardia, o desconforto respiratório, a dessaturação, a pressão arterial alterada. Para minimizar isso, identifico a causa, se clínica atuo com intervenções prescritas, se posicionamento, realizo a mudança de decúbito de duas em duas horas, aspiro se estiver muito secretivo, converso para dar atenção. Conforto é você estar bem, se o cliente está comunicativo, se estiver com expressão de tensão você sabe que ele não está confortável, então aplicar medidas que favoreçam seu conforto físico e emocional é um dos papéis da Enfermagem. A evolução da tecnologia não interferiu na relação de atenção para com o paciente, porque a gente usa a humanização que vai desde um bom dia até a comunicação ao paciente sobre o que será feito com ele.

\*\*\*\* \*n\_31 \*sex\_2 \*hosp\_B \*prof\_2\*te\_1

Tenho um ano e meio de atuação em UTI acho que a tecnologia ajuda um pouco, porque se você tiver uma tecnologia de ponta o médico terá um melhor meio de trabalho para facilitar o pronto diagnóstico como o de um pneumotórax, ou um método de exame mais avançado em loco como uma ultrassom. Então acho que a tecnologia ajuda o médico e toda a equipe. A tecnologia tenta atender as necessidades do paciente, mas muitas vezes não atende totalmente porque a situação que o paciente está, mesmo com a tecnologia, dependendo do diagnóstico não há cura e com isso se prova que ela tem sua limitação quanto a uma total resolutividade e atendimento ao cliente. Quando o paciente está entubado, a gente tem de saber como pode ser a posição da cama para ele respirar melhor, fazer as mudanças de decúbito para não fazer lesão por pressão, aspirar sempre que necessário, e se ele está respirando normalmente, sem queixas verbais e sem expressão facial de dor, identifico que ele está em conforto. Se em

desconforto, no monitor vejo baixa saturação, baixa oxigenação, frequência respiratória e pressão alteradas. Para minimizar o desconforto, eu tento conversar, dizer que tentamos fazer o melhor por ele para ver se conseguimos acalmá-lo um pouco, tento atendê-lo da melhor forma possível não só por meio de intervenções prescritas pelo médico como também pelos cuidados prescritos da enfermagem. Conforto para mim é você estar em um lugar agradável. Porque você pode estar em um lugar confortável sem ter uma palavra amiga, além de ter uma boa cama pra deitar, uma boa comida para comer, além de afeto. Eu acho que isso faz parte do conforto também. Em hospital público por exemplo, não tem muita tecnologia, então você tem de estar a todo momento no leito do paciente. Aqui, como temos o monitor, a gente fica controlando por ali, vai no leito de duas em duas horas para ver como está o leito, então não tem afeto toda hora. Distanciou um pouco sim. E como a gente tem muita pressa, muitas vezes não dá pra amenizar.

\*\*\*\* \*n\_32 \*sex\_2 \*hosp\_B \*prof\_2\*te\_4

Vou fazer quatro anos de atuação em uti e atuo como técnica de enfermagem. Aqui, para a gente, a tecnologia foi benefício por conta de adiantar o serviço da enfermagem principalmente a evolução. Evoluir tudo manualmente acho que demora muito. Então, aqui pra gente não vejo como atrapalhar, vejo mais como benefício mesmo. Sem dúvida, a tecnologia não atende todas as necessidades do paciente porque nem tudo está ao alcance da tecnologia. A tecnologia ajuda no sentido de você ter mais acesso ao procedimento mais rápido, mas tem coisas que às vezes atrapalham: no cuidado de você estar muito próximo do paciente, com muita tecnologia você quase não chega no leito, você não dá uma atenção de carinho, de afeto, você dá atenção só ao serviço mecânico que você tem de fazer. Às vezes, existem pacientes que têm cateter que te dá todos os valores então você só chega para aspirar o paciente quando é necessário, quando ele está muito secreto, do contrário você observa mais pelo monitor. Conforto é proporcionar o melhor lugar para o paciente ali dentro, uma vez que uti não é um lugar muito bem visto porque as pessoas a fantasiam muito como um lugar que você vai para morrer, então a gente tenta amenizar a dor, conversar, tenta fazer a pessoa entender que ali não é o final da vida, que talvez seja para melhora. Dessa forma, dando uma atenção além de cuidados medicamentosos e físicos estaremos promovendo conforto. Se o paciente está em sofrimento, ele apresentará queixas de dor, além de sinais ao monitor de taquicardia, pressão alterada, taquipneia, dessaturação. Medidas de conforto dependerão da patologia do paciente: pacientes com dispneia a gente coloca sentado a 45°, pacientes de cirurgia de coluna a gente coloca coxins para mobilizá-lo, faz as mudanças de acordo com o que o médico manda. Pacientes idosos a gente toma cuidado com a mudança de decúbito e cuidados para evitar lesões de pele. Conforto para mim é quando você está bem no local, você está em um ambiente calmo, quando não pode se movimentar, mas está bem posicionado, está livre de dor e sem queixas. A evolução tecnológica adianta o serviço, mas tem horas que fica tudo muito mecânico, distancia do paciente no sentido de conversar, de dar uma melhor assistência emocional, distancia o contato com o paciente. A gente até conversa, mas às vezes fica muito corrido então a gente só coleta os parâmetros necessários para o diagnóstico médico. Para que tal fato seja atenuado, eu tento conversar com as pessoas de

acordo com a abertura que eles me dão porque existem pacientes que não gostam de conversa, então tento dar uma atenção maior ao meu paciente.

\*\*\*\* \*n\_33 \*sex\_2 \*hosp\_B \*prof\_2\*te\_4

Atuo há dois anos como técnica de enfermagem. Por causa da tecnologia, nós temos o leito que facilita a manipulação do paciente, podemos verificar as medicações no computador, então a tecnologia veio para melhorar a assistência. Porém, não atende todas as necessidades de saúde do cliente porque muitas dependem de cuidado para serem atendidas, que vai desde o observar o que o corpo do cliente expressa até o que verbaliza. Além da expressão facial, se o paciente não tem como te responder se está confortável, é você se colocar no lugar dele: se a posição que ele está ficaria confortável para você ou não, isso é a principal parte. Quando desconfortável, analisar quais são as suas queixas, bem como o que o monitor sinaliza quanto aos sinais alterados de frequência cardíaca, pressão arterial, frequência respiratória, saturação. Para minimizar o desconforto de pacientes, eu me colocar no lugar dele, fazer o que gostaria que fizesse comigo é o principal pra tratá-lo melhor, para dar um conforto melhor para ele. O avanço tecnológico distanciou um pouco, porque o monitor está lá e você programa para aferir a pressão de duas em duas horas, então você não vai ter o cuidado de chegar perto do paciente, perguntar se ele está bem, aferir a pressão manual, tudo isso o monitor te dá. Então faz com que você não dê atenção naquele horário para aferir os sinais dele porque o monitor está fazendo isso pra você. Portanto, penso que a tecnologia interferiu na Nossa relação com o paciente.

\*\*\*\* \*n\_34 \*sex\_2 \*hosp\_B \*prof\_1\*te\_2

Atuo há nove anos como enfermeira de uti e vejo que a tecnologia interfere na prestação do cuidado, porque apesar de ajudar muito na assistência, contribui para uma mecanização. Você tem muitos aparelhos de alta tecnologia e você acaba deixando de ter a humanização, de certa forma, com o paciente. Então, o pegar, o tocar no paciente são cada vez mais menos frequentes porque já existe o aparelho ali que mostra tudo. Acho que esse é o ponto negativo da tecnologia. Além disso, a tecnologia é limitada quanto ao atendimento das necessidades de saúde do cliente, ela ajuda muito porque faz com que o paciente seja vigiado o tempo todo, mas deixa um pouco de lado o cuidado manual do pôr a mão, de sentir alguma coisa. Quando o cliente está confortável, até mesmo pela presença desses equipamentos, você consegue ver os sinais vitais mais estabilizados, você consegue ver hemodinamicamente melhor quando ele está mais confortável. O paciente sedado acaba mostrando tudo nos próprios monitores mesmo, como uma taquicardia, dispneia, hipertensão, febre. Para eliminar qualquer desconforto, promover o conforto por meio de mobilização precoce, aspiração, higiene oral, dar uma atenção para a comunicação ao paciente. Conforto é você conseguir ficar tranquilo diante daquela situação, relaxado. A evolução tecnológica distanciou um pouco porque facilita muito nossa vida, otimiza nosso tempo de trabalho, nosso tempo de assistência, a gente consegue desenvolver outras atividades dentro do setor, mas distancia porque colocar a

mão no paciente, estar com ele o tempo todo, faz toda diferença o que já não mais ocorre neste ambiente densamente tecnológico.

\*\*\*\* \*n\_35 \*sex\_2 \*hosp\_B \*prof\_2\*te\_4

Atuo há três anos como técnica de enfermagem e acredito que a utilização da tecnologia pode interferir positivamente porque ajudando muito em tudo, até na administração do medicamento, na estabilidade do paciente, então tem uma influência positiva porque dá uma sobrevida melhor para o paciente. Mas a tecnologia sozinha não funciona, tem de haver uma mente pensante por trás dela para utilizá-la da melhor forma. Conforto no cuidado é quando faço uma mudança de decúbito, colocando travesseiros, apoio de mão, colchões que fazem massagem no paciente, tudo para sinalizar um ambiente confortável para ele. Ao monitor, vejo aumento da frequência respiratória, taquicardia, pressão elevada, temperatura elevada, que conotam desconforto. Para minimizar o desconforto, é a gente usar o máximo possível de tecnologia, utilizando os colchões que fazem massagem, fazendo mudança de decúbito para não causar lesão, hidratar a pele, aspirar o paciente quando necessário. Conforto é você estar bem, não estar sentindo dor, não estar sentindo frio. Não acho que a tecnologia tenha distanciado a equipe do cliente porque a gente tem de estar ao lado do leito, a gente tem de saber como o paciente está.

\*\*\*\* \*n\_36 \*sex\_2 \*hosp\_B \*prof\_2\*te\_5

Vou fazer vinte e um anos em novembro de atuação em uti e acho que a tecnologia até ajuda a gente no nosso trabalho. Eu sou da época velha, primeiro eu fui atendente, depois auxiliar de enfermagem, agora eu sou técnica. Trabalho na área de saúde desde noventa e um e vejo que a tecnologia só tem a acrescentar porque eu sou da época que eu ordenhava dreno de tórax! Você tem noção? Depois que modernizou muita coisa, ajudou muito nosso trabalho e o consequente cuidado. A tecnologia atende as necessidades do cliente porque nos auxilia muito no trabalho e oferta do cuidado. Paciente confortável é quando apresenta expressões faciais que não são tensas ou de dor. Ele faz uma taquicardia quando está desconfortável, a pressão altera um pouquinho e isso é visível ao monitor, assim como dessaturação, taquipneia ou febre. Para minimizar o desconforto, a mudança de posição, realinhá-lo no leito, proporcionar um ambiente mais tranquilo, diminuir a claridade são cuidados que a enfermagem pode fazer e interferem no conforto para o paciente. Na minha opinião conforto é você estar numa posição que te deixa bem, não causa dores, não abre lesões. Os nossos pacientes ficam muito tempo em cima de uma cama e com a tecnologia, hoje nós temos o pneumático que ajuda bastante, antigamente você tinha que ficar cortando colchão para dar um conforto maior ao paciente, principalmente na região óssea, devido ao emagrecimento. Não acho que a tecnologia tenha distanciado a equipe do paciente porque a única coisa que mudou foi a maneira de relatar nossa evolução, mas mudar o relacionamento não. A gente vai no leito, a gente pergunta, observa através da expressão facial se está com dor. Então não acho que a tecnologia interfira na nossa relação.

## ANEXOS

## Anexo A

UNIRIO - UNIVERSIDADE  
FEDERAL DO ESTADO DO RIO  
DE JANEIRO



Continuação do Parecer: 2.265.942

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_977639.pdf	11/08/2017 14:04:03		Aceito
Folha de Rosto	FOLHAROSTO.pdf	11/08/2017 14:02:20	FABRICIA CONCEICAO DE CARVALHO	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	FABRICIA.doc	11/08/2017 12:55:22	FABRICIA CONCEICAO DE CARVALHO	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	ANUENCIA.pdf	11/08/2017 12:25:27	FABRICIA CONCEICAO DE CARVALHO	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.doc	11/08/2017 12:18:35	FABRICIA CONCEICAO DE CARVALHO	Aceito
Orçamento	ORCAMENTO.doc	11/08/2017 12:12:44	FABRICIA CONCEICAO DE CARVALHO	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.doc	11/08/2017 12:12:28	FABRICIA CONCEICAO DE CARVALHO	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

RIO DE JANEIRO, 10 de Setembro de 2017

Assinado por:  
Paulo Sergio Marcellini  
(Coordenador)

Endereço: Av. Pasteur, 296

Bairro: Urca

CEP: 22.290-240

UF: RJ

Município: RIO DE JANEIRO

Telefone: (21)2542-7796

E-mail: cep.unirio09@gmail.com