

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM ALFREDO PINTO
PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

**AS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE GRADUANDOS DE
ENFERMAGEM ACERCA DO CONFORTO DE PACIENTES EM USO
DE MONITORIZAÇÃO MULTIPARAMÉTRICA EM UTI**

CHRISTIE ANNE FERREIRA DE JESUS BRAUN

**RIO DE JANEIRO – RJ
2019**



UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM ALFREDO PINTO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM – MESTRADO

**As representações sociais de graduandos de enfermagem acerca do conforto
de pacientes em uso de monitorização multiparamétrica em UTI**

CHRISTIE ANNE FERREIRA DE JESUS BRAUN

Rio de Janeiro

2019

CHRISTIE ANNE FERREIRA DE JESUS BRAUN

Linha de Pesquisa: “Enfermagem: o cotidiano da prática de cuidar e ser cuidado”

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

As representações sociais de graduandos de enfermagem acerca do conforto de pacientes em uso de monitorização multiparamétrica em UTI

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação – Mestrado em Enfermagem – da Escola de Enfermagem Alfredo Pinto da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO) como requisito para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem.

Orientador: Carlos Roberto Lyra da Silva

Rio de Janeiro

2019

CHRISTIE ANNE FERREIRA DE JESUS BRAUN

As representações sociais de graduandos de enfermagem acerca do conforto de pacientes em uso de monitorização multiparamétrica em UTI

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^o Dr^o Carlos Roberto Lyra da Silva – UNIRIO

Presidente

Prof^o Dr^o Cristiano Bertolossi Marta - UERJ

1^o Examinador

Prof^o Dr^o Thiago Quinellato Louro - UFF

Suplente

Prof^a Dr^a Eva Maria Costa - UNIRIO

2^o Examinador

Prof^o Dr^o Daniel Aragão Machado - UNIRIO

Suplente

“Quando o homem compreende a sua realidade, pode levantar hipóteses sobre o desafio dessa realidade e procurar soluções. Assim, pode transformá-la e o seu trabalho criar um mundo próprio, eu Eu e as suas circunstâncias”.

Paulo Freire

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho ao meu filho Lucas que é e sempre será a luz do meu caminho, objetivo maior do meu caminhar;

Dedico à minha amada esposa Soraya que apoia e incentiva como ninguém as loucuras da minha mente, suporta os destemperos com amor e dedicação e alcança meus “insights” até mesmo no barzinho;

Dedico à minha mãe, Rosaura e às minhas irmãs, Thais e Viviane, cujo apoio e orgulho expressado me enchem de energia e alegria.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Olorum por me permitir mais essa conquista, minha mãe Oxum e meu pai Xangô, que me dão a força para a luta de cada dia.

Agradeço à minha família, esposa e filho, por compartilhar dos meus sonhos e consolidar toda a minha estrutura; pela paciência nos dias de irritação e chamego em todos os outros dias.

À minha Yalorixá, Conceição D'Oxossi, pela compreensão e paciência nos dias de função que não pude comparecer.

Agradeço ao Prof. Dr. Carlos Roberto pelos ensinamentos, pela paciência e compreensão nos dias de trabalho.

Aos colegas professores que me incentivaram na busca dessa conquista, na troca de ideias, na dispensa de um tempinho de aula para realização das entrevistas; por toda colaboração dada.

Aos graduandos que se dispuseram com boa vontade, apesar do tempo corrido e das mil e uma coisas para fazer, a responder a entrevista e participar desse estudo.

Àqueles que tiveram toda boa vontade mas estavam nos critérios de exclusão, foi uma honra poder contar com vocês também.

Às chefias de setor do Hospital Icaraí e do Hospital Universitário Antônio Pedro, que me permitiram os ajustes nas escalas para que pudesse assistir às aulas.

À gestão da UNESA, onde pesquisei, por autorizar este estudo e por um dia ter me aberto as portas e me permitir trilhar o caminho da docência.

Aos colegas da turma de mestrado 2017, por compartilhar os anseios e ansiedades, as experiências boas e as ruins, que nos serviram de aprendizado e alicerçaram essa caminhada.

RESUMO

BRAUN, Christie Anne Ferreira de Jesus. **As representações sociais de graduandos de enfermagem acerca do conforto de pacientes em uso de monitorização multiparamétrica em UTI.** Dissertação (Mestrado Acadêmico em Enfermagem) – Escola de Enfermagem Alfredo Pinto, Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2019.

Esta pesquisa tem como objeto de estudo as representações sociais de graduandos de enfermagem acerca do conforto de pacientes em uso de monitorização multiparamétrica em UTI. Objetivou-se analisar o objeto em estudo e identificar no discurso dos acadêmicos de enfermagem elementos que influenciam na consciência de possibilidade de promoção de conforto aos pacientes monitorizados. Trata-se de estudo observacional, transversal, descritivo-exploratório com abordagem qualitativa, cuja análise dos dados ocorreu à luz das representações sociais de Moscovici. A técnica utilizada foi análise de conteúdo proposta por Bardin e, para facilitar a arrumação dos dados, foi utilizado o software IRAMUTEQ 0.7, alpha 2. Foram entrevistados 57 graduandos de enfermagem de uma universidade particular do Rio de Janeiro que estavam matriculados e já haviam cursado as disciplinas de ensino clínico em alta complexidade ou estágio curricular supervisionado em alta complexidade, de acordo com os critérios de inclusão na pesquisa e, em sua maioria componentes da geração Y. Este estudo revelou que o graduando de enfermagem considera o conforto do paciente monitorizado nos quatro contextos em que o conforto é possível, segundo Kolcaba: físico, ambiental, psico-espiritual e social; e que a tecnologia dura em questão, o monitor multiparamétrico, representa importante parceria no cuidar do paciente crítico, porém, não em detrimento do conforto que, para o graduando, é perfeitamente possível em concomitância. Conclui-se que a formação biomédica e centrada em altas tecnologias no ambiente de terapia intensiva vem dando espaço a humanização e aos cuidados holísticos e confortantes, e que os novos profissionais, já habituados ao contato constante com tecnologias diversas, as respeitam, porém consideram prioritariamente o cuidado e o conforto da coletividade.

Descritores: Conforto do paciente. Programas de Graduação em Enfermagem. Tecnologia. Terapia Intensiva.

ABSTRACT

BRAUN, Christie Anne Ferreira de Jesus. **The Social representations of nursing undergraduates about using multi-parameter monitor in ICU patients comfort.** Dissertation (Nursing MS) - Alfredo Pinto Nursing School, Federal University of the State of Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2019.

This research uses as study object the social representations of nursing undergraduates about the comfort of patients using multi - parameter monitoring in ICU. The aim of this study was to analyze the object under study and to identify in the discourse of nursing students elements that influence the awareness of the possibility of promoting comfort to the patients monitored. It is an observational, cross-sectional, descriptive-exploratory study with a qualitative approach, whose data analysis took place in the light of the social representations of Moscovici. The technique used was content analysis proposed by Bardin and, to facilitate data storage, we used the software IRAMUTEQ 0.7, alpha 2. We interviewed 57 nursing students from a private university in Rio de Janeiro who were enrolled and had already studied the clinical teaching disciplines in high complexity or supervised curricular stage in high complexity, according to the criteria of inclusion in the research and, in the majority, components of generation Y. This study revealed that the nursing graduating considers the comfort of the patient monitored in the four contexts in which comfort is possible, according to Kolcaba: physical, environmental, psycho-spiritual and social; and that the hard technology in question, the multiparametric monitor, represents an important partnership in caring for the critical patient, but not in detriment of comfort that, for the graduating, is perfectly possible in concomitance. We concluded that biomedical training and focused on high technology in the intensive care environment has given way to humanization and holistic and comforting care, and those new professionals, already used to constant contact with lots of technologies, respect them, but consider, as a priority, the care and comfort of the community.

Keywords: Patient comfort. Education Nursing Diploma Programs. Technology. Intensive Therapy.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1:

Dendograma da classificação hierárquica descendente do corpus textual 1. O conforto representado nos discursos. **44**

Figura 2:

Dendograma da classificação hierárquica descendente do corpus textual 2. A assistência e seus percalços. **51**

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Tabela de variáveis	38
Tabela 2: classe 5, corpus textual 1	44
Tabela 3: classe 1, corpus textual 1	45
Tabela 4: classe 2, corpus textual 1	46
Tabela 5: classe 4, corpus textual 1	47
Tabela 6: classe 3, corpus textual 1	48
Tabela 7: classe 3, corpus textual 2	50
Tabela 8: classe 4, corpus textual 2	51
Tabela 9: classe 1, corpus textual 2	53
Tabela 10: classe 2, corpus textual 2	54
Tabela 11: classe 5, corpus textual 2	55

LISTA DE SIGLAS

CAT – Cateterismo Cardíaco

CEP - Comitê de Ética e Pesquisa

CHD – Classificação Hierárquica Dependente

CTI – Centro de Terapia Intensiva

ECG - Eletrocardiograma

EMAs - Equipamentos Médico-Assistenciais

IRAMUTEQ - Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires

PA – Pressão Arterial

PAM – Pressão Arterial Média

PEEP – Pressão Positiva Expiratória Final

PCR – Parada Cardio Respiratória

PVC – Pressão Venosa Central

UNIRIO – Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro

UTI – Unidade de Terapia Intensiva

UFF – Universidade Federal Fluminense

ST – Segmentos de Texto

TRS – Teoria das Representações Sociais

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	15
1.1 Contextualização.....	15
1.2. Objetivos	18
1.3. Relevância	19
2. REVISÃO DE LITERATURA	20
2.1. Florence Nightingale – Teoria Ambientalista.....	20
2.2. Conforto	22
2.3. História da Unidade de Terapia Intensiva	24
2.4. Monitor multiparamétrico.....	25
3. REFERENCIAL TEÓRICO.....	26
3.1. Representações Sociais.....	26
3.2. Abordagem Processual de Denise Jodelet	30
3.3. Katharine Kolcaba: Teoria do Conforto	31
4. METODOLOGIA.....	32
4.1. Tipo de pesquisa.....	33
4.2. Local, população e amostra do estudo	33
4.3. Aspectos éticos do estudo	34
4.4. Instrumentos e procedimentos para coleta de dados.....	35
4.5. Tratamento e análise dos dados.....	36
4.6. Iramuteq.....	37
4.7. Preparo do corpus.....	39

5. RESULTADOS E DISCUSSÕES	39
5.1. Caracterização dos participantes da pesquisa.....	39
5.2. A análise de termos e a emergência das Representações Sociais do objeto estudado.	43
6. APRESENTAÇÃO DOS DADOS QUALITATIVOS	58
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS	69
8. REFERÊNCIAS:.....	74
9. APÊNDICES.....	81

1. INTRODUÇÃO

1.1 Contextualização

O conforto, que pode ser definido como condição experimentada pelas pessoas que recebem medidas de conforto (PONTE E SILVA, 2015), perpassa por contextos da experiência física, psico-espiritual, social e ambiental, onde ocorrem condições de alívio, tranquilidade e transcendência.

Considerando estes contextos e condições, não é tão complexo pensar no desconforto em um ambiente de terapia intensiva, visto que este é campeão em incômodos e que sempre podemos proporcionar algum tipo de conforto ao paciente.

A internação em Unidade de Terapia Intensiva (UTI), para o senso comum, pode remeter à condição clínica desfavorável ao paciente, inclusive, à morte.

Batista et al (2019) descrevem ainda que durante o período de internação o paciente, assim como seus familiares, pode passar por crises relacionadas aos desconfortos gerados pela mudança na rotina da vida familiar, a carência de informação acerca do estado de saúde, entre outros fatores.

Além disso, as UTIs têm características marcantes, como a dependência dos pacientes assistidos, que muitas vezes é total, de acordo com o quadro clínico. E, em casos de pacientes lúcidos, a perda da autonomia e da privacidade podem desencadear ansiedade e estresse, levando a alterações clínicas responsáveis pelo prolongamento da internação.

As unidades de terapia intensiva se originaram na década de 50, com os avanços tecnológicos na área da saúde ocorridos no período, objetivando proporcionar atenção contínua e assistência com suporte avançado. No Brasil as primeiras unidades surgiram no Rio de Janeiro e em São Paulo, na década de 60 e se espalharam por todo o país (PADILHA et al, 2010).

Ao pensar em tecnologia, Merhy (1997) a categoriza em três valises: a tecnologia dura, onde se encontram os instrumentos, equipamentos e máquinas; a tecnologia leve-dura, onde se concentra o saber técnico-estruturado; e as tecnologias leves, onde se incluem as relações ocorridas em

encontros de sujeitos que se materializam em ato (EYGO; TEIXEIRA; FERNANDES, 2015).

Enquanto graduanda de enfermagem, em atividade de Pesquisa e Extensão e Monitoria em Saúde da Criança e do Adolescente, na Universidade Federal Fluminense (UFF), tive a oportunidade de orientar gestantes e parturientes no cuidado ao recém-nato e na amamentação, envolvendo assim, a tecnologia leve do cuidar, materializada em ato pela relação direta entre cuidador e clientela.

Já na condição de profissional enfermeira, atuei durante quatro anos em um Centro de Terapia Intensiva em um hospital da rede privada, no município do Rio de Janeiro e, por dois anos no Setor de Educação Permanente do mesmo hospital, onde era responsável pelo treinamento de profissionais de enfermagem e, também pelo acolhimento dos recém-contratados.

Na oportunidade, era possível perceber nitidamente, o fascínio e algum encantamento dos profissionais mais novos e recém-contratados, quando diante das tecnologias duras, em especial os monitores multiparamétricos, ventiladores artificiais, entre outras.

Por muitas vezes chegava a pensar que os pacientes necessitados dessas tecnologias, naquele momento não eram o foco principal do cuidado para esses novatos.

Atualmente, tenho atuado como preceptora de Estágio Curricular Supervisionado de graduandos de enfermagem do nono e décimo período em uma Universidade da rede privada no Estado do Rio de Janeiro, cuja prática clínica é desenvolvida na Unidade de Terapia Intensiva - UTI geral de um Hospital da rede privada localizado no município de Niterói.

Desta feita, após o acúmulo de cinco anos de experiência docente/assistencial, tenho vivenciado, cotidianamente as reações demonstradas por acadêmicos nos primeiros contatos com esse ambiente, dentre elas o medo, o encantamento e o interesse ligados à tecnologia, especialmente a tecnologia dura.

O Ministério da Saúde, por meio da Resolução n.7 de 24 de fevereiro de 2010 define UTI como: “Área crítica destinada à internação de pacientes graves, que requerem atenção profissional especializada de forma contínua,

materiais específicos e tecnologias necessárias ao diagnóstico, monitorização e terapia.” (BRASIL, 2010, p.2).

Considerando o papel intrínseco entre as tecnologias duras e o propósito da Unidade, se faz necessário refletir acerca das reações dos futuros profissionais de enfermagem diante do monitor multiparamétrico e sua relação com o conforto do paciente.

Monitores multipamétricos fazem parte do cenário das UTIs, sendo impossível pensar em terapia intensiva sem considerá-los e, além do mais, independente da condição clínica, todos os pacientes internados nestas unidades estarão fazendo uso desta tecnologia dura que irá fazer parte de sua internação do início ao fim, seja qual for o seu desfecho.

Segundo Souza et al (2018), este ambiente cada vez mais carregado de avanços tecnológicos, permite aos profissionais de saúde, o controle das situações de risco e possibilita a oferta de maior qualidade na assistência do paciente.

Em estudo com jovens profissionais de enfermagem em terapia intensiva, Louro (2012) constatou que, embora possam se fascinar com a tecnologia, os profissionais conseguem perceber que a terapia intensiva não se resume apenas às máquinas e que há espaço para se pensar em conforto.

Silva (2010) ressalta que pensar em conforto para o paciente exige também considerar o ambiente em torno do corpo, incluindo: iluminação, ventilação, presença de ruídos, bem como equipamentos e fios que ligam o paciente às máquinas. Observar com atenção e estabelecer uma comunicação atenta e efetiva com esse paciente é essencial para a detecção de problemas e de situações (des) confortantes.

Refletindo sobre minha experiência junto aos graduandos e analisando a percepção do misto de encantamento e medo diante do paciente monitorizado, muitas vezes observei olhares direcionados exclusivamente ao equipamento, ficando o paciente em segundo plano e, a dificuldade em estabelecer relação de comunicação com o mesmo, dificultando o entendimento de situações-problema e do planejamento das ações de enfermagem em prol do conforto do paciente durante a assistência.

Pensando no conforto do paciente internado em UTI, nas diferentes vertentes de cuidados e formas de proporcionar esse conforto e, na formação

de profissionais preocupados em proporcionar o conforto além do cuidado científico-fisiológico, surgiram alguns questionamentos:

- 1- Qual a percepção dos graduandos de enfermagem acerca do conforto dos pacientes em uso de monitorização multiparamétrica em UTI?
- 2- De que modo as representações sociais influenciam na percepção do conforto de futuros enfermeiros no enfrentamento com o binômio tecnologia dura-cliente?

Em que pesem às dificuldades e/ou limitações para a oferta de cuidados confortantes, é preciso desvelar as representações do acadêmico de enfermagem acerca destes cuidados, como entende o fenômeno do conforto para os pacientes em uso do monitor multiparamétrico.

Diante desse contexto emerge como **objeto de estudo** desta pesquisa: as representações sociais de graduandos de enfermagem acerca do conforto de pacientes em uso de monitorização multiparamétrica em UTI.

A Teoria das Representações Sociais (TRS) proposta por Serge Moscovici considera que o conhecimento é sempre gerado através da interação e comunicação e, sua expressão relaciona-se aos interesses humanos que estão nele implicados (MOSCOVICI, 2015). Bauer e Gaskell (2003) esclarecem que o conhecimento é um produto da interação de um grupo específico de pessoas diante de circunstâncias específicas.

Silva, Camargo e Padilha (2011) consideram as Representações Sociais como uma forma de conhecimento socialmente partilhado, contribuindo para a construção de uma realidade comum a determinado grupo social, conhecido como senso comum. Este, apesar de ser distinto do conhecimento científico, é utilizado como objeto de estudo da ciência.

O pressuposto deste estudo é que existe, na formação do enfermeiro e no contexto social, a supervalorização da tecnologia como precursora de segurança na manutenção da vida, em detrimento do conforto do paciente que, algumas vezes, pode ser determinante do sucesso do cuidado.

1.2. Objetivos

Os objetivos desse estudo foram: analisar as representações sociais dos graduandos de enfermagem acerca do conforto do paciente em uso de monitorização multiparamétrica em UTI sob a perspectiva da teoria das representações sociais de Moscovici e, identificar na perspectiva dos acadêmicos, os fatores relacionados aos monitores multiparamétricos que possam afetar o conforto dos clientes assistidos em UTI.

1.3. Relevância

As pesquisas em enfermagem são importantes na medida em que se faz necessário consolidar o conhecimento da profissão, considera a professora Vilma de Carvalho (2004), que nos ensina que “importante são os objetivos e os interesses da profissão, nas circunstâncias das palavras *cuidando, pesquisando, ensinando*” e acrescenta que, “as respostas ou servirão à pertinência conceitual, ou à conveniência legal e legítima da profissão, e devem ser buscadas nas situações da prática.”(CARVALHO, 2004, p.812).

Sendo assim, a relevância deste estudo se dá em três aspectos: assistência, pesquisa e ensino. Faz-se relevante pela importância em conhecer as representações sociais dos acadêmicos de enfermagem sobre o conforto do paciente em uso de monitorização multiparamétrica e a forma pela qual essas representações podem influenciar a conscientização e orientação desses futuros profissionais acerca da promoção de conforto.

Pensando na assistência, a relevância se faz presente a partir do momento em que ganhamos base científica para o desenvolvimento de práticas assistenciais confortantes.

O estudo contribuirá com a assistência na medida que permita a compreensão do modo como os acadêmicos de enfermagem representam o conforto do paciente crítico, uma vez que pode influenciar no cuidado de enfermagem através da formação acadêmica orientada ao conforto.

E no ensino, porque além de fornecer contribuições reflexivas sobre a atuação do enfermeiro na promoção do conforto ao paciente crítico monitorizado, contribuirá com bases científicas para o aprimoramento da formação de futuros profissionais enfermeiros mais conscientes da

necessidade, importância e, principalmente, das formas de oferta de conforto a essa clientela tão específica.

Segundo Barlem et al (2012), a reflexão quanto ao processo de formação é fundamental, a partir de experiências e enfrentamentos presentes no cotidiano de trabalho, confrontando as competências adquiridas e desenvolvidas no curso de graduação.

Conhecer as perspectivas dos graduandos é uma forma de analisar, compreender e refletir sobre as questões relativas ao ensino superior e às características inerentes ao ingressante na profissão (BARLEM et al, 2012).

A pesquisa, possibilita a construção de conhecimento científico e, todo o conhecimento é resposta para uma pergunta, segundo Bachelard (1996), se não há pergunta não existe conhecimento científico.

Este surge a partir da vontade do ser humano em não se manter uma atitude passiva, de espectador de fenômenos, indo além do conhecimento empírico e em busca de conhecer as causas e leis dos fenômenos. (ROCHA, 2014, p.48)

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

2. REVISÃO DE LITERATURA

2.1. Florence Nightingale – Teoria Ambientalista

Conhecida como a “Dama da Lâmpada”, Florence Nightingale nasceu em Florença, na Itália, em 12 de maio de 1820. Proveniente de uma família inglesa rica e aristocrática, teve uma educação firme e rigorosa, com profundo senso de responsabilidade social e sensibilidade para com os menos favorecidos.

Ainda jovem, sentiu um “chamado divino” aos seus serviços, e através do trabalho em hospitais, em ambientes religiosos que cuidavam de doentes. (HADDAD E SANTOS, 2011; LOPES, 2012; LOPES E SANTOS, 2010).

A principal contribuição deixada para a enfermagem, no entanto, foi sua atuação após a guerra da Crimeia, onde usou sua influência promovendo programas educativos e campanhas, criando também a primeira escola de enfermagem nos moldes da enfermagem moderna. (PADILHA, BORENSTEIN e CARVALHO, 2011)

Em 1859, Miss Nightingale publicou seu primeiro livro, “Notes on Nursing: what it is and what is not”, que foi traduzido para vários idiomas, inclusive para o português, “Notas sobre a enfermagem: o que é e o que não é”, em 1989, onde foi descrita sua Teoria Ambientalista, que considera um ambiente saudável imprescindível aos cuidados de enfermagem.

Conforme ressaltam Medeiros, Enders e Lira (2015) ao analisar criticamente esta obra, é perceptível que os preceitos da teórica foram estabelecidos e servem de parâmetro na atualidade, sendo a sua relevância considerada um marco na história da enfermagem.

As concepções teórico-filosóficas da enfermagem desenvolvida por Miss Nightingale apoiaram-se em observações e registros de sua experiência prática no cuidado aos doentes e destacavam-se por quatro conceitos fundamentais: ser humano, meio ambiente, saúde e enfermagem.

Baseia-se no cuidado de enfermagem ao ser humano em sua relação fundamental com o meio ambiente, salienta a necessidade de troca de ar e de luz solar nos quartos dos hospitais, destino adequado aos esgotos, bem como a importância de uma alimentação saudável. (PADILHA, BORENSTEIN e CARVALHO, 2011)

Medeiros, Enders e Lira (2015), referem que, no âmbito da enfermagem, a preocupação com o meio ambiente existe desde a fundação da enfermagem profissional, refletindo nos dias de hoje em uma assistência humanizada, fundamentada no controle do ambiente ao redor do paciente, o qual é visto como um ser de relações e interações com o meio em que está inserido.

É razoável inferir que não é uma tarefa simples compreender a história da enfermagem, da relação paciente-ambiente-enfermagem, das unidades de

terapia intensiva, do cuidado e do conforto sem conhecer os passos de Florence.

Com seus conhecimentos comprovou a influência do ambiente na saúde, bem como a necessidade de observação, principalmente, dos pacientes mais graves que devem estar em unidades onde a observação seja constante e a assistência intensiva.

Em muitas leituras Florence é considerada a idealizadora da ideia de unidade de terapia intensiva como unidade de monitoração de paciente grave.

2.2. Conforto

Não obstante as necessidades de monitoração ao paciente crítico, também se reconhece as necessidades de conforto a este como a todos os pacientes.

Considerando as definições de conforto (AURÉLIO, 2018) como “dar forças, tornar confortável, dar conforto moral ou afetivo”; derivada do latim *confortus*, significa “novo vigor, bem-estar, consolação, comodidade, aconchego” (HOUAISS, 2015); no âmbito do cuidar, este vai além e apresenta significado amplo, alvo de inúmeros estudos por enfermeiros.

O conforto é então visto como resultado dos cuidados de enfermagem e possui significados diferentes de pessoa a pessoa, conforme as realidades vivenciadas, o conforto é um estado de equilíbrio pessoal e ambiental, apresentando-se como uma necessidade básica do ser humano, independentemente da existência de processos de adoecimento. (PONTE E SILVA, 2015)

Nas referências feitas na literatura no início do século XX, o conforto foi assumido como o principal objetivo da enfermagem. O foco no desconforto para compreender o conforto e as medidas implementadas pelos enfermeiros para aliviar o estresse dos pacientes vai de encontro ao cerne da enfermagem.

Neste sentido, Xavier et al (2013) consideram o conforto como um último estado de saúde. Diversos autores contribuíram para esse conceito, como Ida Orlando, Callista Roy, Hildegard Peplau, Jean Watson, Madeleine Leininger,

Josephine Paterson, Loretta Zderad, Joan Hamilton, Janice Morse e Katharine Kolcaba.

Xavier et al (2013) relatam que Leninger explicitou em suas Teorias dos Cuidados Transculturais e do Cuidar Humano, a importância do conforto avaliado no contexto cultural do ser humano para que se possa prestar cuidado de qualidade e holístico.

Já na Teoria do Cuidar de Watson, o conforto é designado como condição que interfere no desenvolvimento interno e externo da pessoa, é uma variável externa que o enfermeiro pode controlar, onde deverá ajudar a pessoa a funcionar de forma eficaz.

A teoria do Cuidar de Watson considera, ainda, que as atividades de conforto podem ser de suporte, proteção ou correção do desenvolvimento pessoal, identificando medidas socioculturais relacionadas a hábitos, comportamentos e valores e da cultura do paciente, sua vida familiar e classe social, reconhecendo que o conhecimento e o respeito pelo significado espiritual que cada pessoa atribui à vida pode ser extremamente confortante para ela. (op cit)

Na década de 90, a teórica Katharine Kolcaba apresentou a teoria holística do conforto definindo a satisfação das necessidades humanas básicas por alívio, calma e transcendência, considera que o estado de conforto pressupõe ausência de preocupação, dor, sofrimento, entre outros, como causa ou efeito de desconforto. (MENDES et al, 2016)

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

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

Neste estudo, o conforto é abordado como um fenômeno, entendido como algo percebido pelos sentidos/consciência. E o conforto do paciente monitorizado torna-se objeto das representações sociais dos acadêmicos de enfermagem.

2.3. História da Unidade de Terapia Intensiva

Segundo a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), a Unidade de Terapia Intensiva (UTI) é definida como “área crítica destinada à internação de pacientes graves, que requerem atenção profissional especializada de forma contínua, materiais específicos e tecnologias necessárias ao diagnóstico, monitorização e terapia”.

A Anvisa conceitua ainda paciente grave como sendo aquele “com comprometimento de um ou mais dos principais sistemas fisiológicos, com perda de sua capacidade de auto regulação, necessitando de assistência contínua” (BRASIL, 2010).

A organização desse modelo de cuidar surgiu da necessidade encontrada por Florence Nightingale durante a Guerra da Crimeia, a partir de 1800, onde era preconizado que os pacientes mais graves fossem colocados em uma mesma situação, favorecendo o cuidado imediato e a observação constante.

Porém a primeira UTI foi criada em 1923, por Walter Dandy, no Johns Hopkins Hospital, nos Estados Unidos da América, uma unidade de cuidados a pacientes em pós-operatório de neuro-cirurgia. (MIYADAHIRA, 2010).

Nos anos seguintes, o modelo foi aplicado nos conflitos militares com unidades denominadas por unidades de choque, que envolviam os cuidados e manejos iniciais de soldados feridos gravemente. Esse modelo só foi utilizado para a população civil a partir dos anos 50, favorecendo os resultados positivos nos pacientes submetidos a procedimentos cirúrgicos cardíacos ou oncológicos radicais (VIANA, 2011).

O atual modelo de UTI, onde profissionais observam e tratam o paciente grave durante as 24 horas do dia, aconteceu pela primeira vez no Hospital Municipal de Copenhague, na Dinamarca, em 1953, onde também ocorreu a aplicação de ventilação manual por pressão positiva através de traqueostomias em pacientes vítimas de poliomielite, mobilizando, assim, anestesiólogos, enfermeiros e estudantes de medicina para manter a ventilação contínua por vários dias (LINO, 2011).

E assim se iniciou a relação de cuidado a pacientes graves e dependentes de equipamentos para o reestabelecimento de sua saúde e sobrevida.

Os conceitos apresentados, juntamente com a história conhecida do desenvolvimento das UTIs, demonstram que, além de necessitar e depender da assistência da equipe de saúde, o doente grave, dada a sua vulnerabilidade orgânica, hemodinâmica, ventilatória e metabólica, possui também uma relação de dependência com os equipamentos para suporte avançado de vida: as tecnologias duras da terapia intensiva.

2.4. Monitor multiparamétrico

Pode-se dizer que o monitor multiparamétrico é o primeiro aparato tecnológico que o paciente tem acesso ao ser ver em uma Unidade de Terapia Intensiva e, sendo assim, é primordial que os profissionais envolvidos no trabalho junto a pacientes graves tenham o domínio do equipamento, suas funções, possibilidades e cuidados.

Mendes et al (2016) ressalta que o ambiente de trabalho em Terapia Intensiva exige atenção constante de enfermeiros que sejam responsáveis, com uma percepção positiva e realista de si mesmos. Referem ainda que este ambiente, no sentido biomédico, é fragmentado e o uso o do aparato tecnológico tende a ser superestimado, repercutindo negativamente sobre o contexto humano e holístico do cuidado de enfermagem.

FHBMEDICAL (2017) descreve o monitor multiparamétrico como: equipamento médico hospitalar utilizado para uma observação continuada dos sinais vitais dos pacientes em críticos. Refere que este pode ser utilizado em adultos, crianças ou neonatos e que, em ambientes hospitalares são encontrados em setores como emergência, centro cirúrgico, unidades de terapia intensiva e semi-intensiva.

Normalmente são configuráveis em seus alarmes e parâmetros de forma a oferecer suporte necessário para que o paciente esteja seguramente monitorado. Todos os parâmetros podem vir pré-configurados internamente de fábrica ou modulares. No caso dos modulares, os parâmetros podem ser

inseridos no monitor através de módulos, que podem ser intercambiáveis entre si e em outros monitores do mesmo fabricante. (FHBMEDICAL, 2017)

Graças a esse e a outros avanços tecnológicos, dispomos atualmente de sistemas de monitorização através de métodos invasivos e não invasivos que medem um conjunto de variáveis fisiológicas. O monitor multiparamétrico pode ser configurado com vários parâmetros, como por exemplo, eletrocardiograma (ECG), oximetria de pulso (SpO2), pressão arterial (PNI), respiração (Resp), temperatura (Temp), pressão invasiva (PI/PAM), dentre outros (FHB, 2017).

Monitorizar significa prevenir, avisar, avaliar e agir. A monitorização visa a mensuração frequente e repetida das variáveis fisiológicas. A sua finalidade é reconhecer e avaliar os possíveis problemas, em tempo hábil, com o objetivo de estabelecer uma terapia adequada e imediata.

Korniewicz (2008) apud Pergher e Silva (2014) descrevem o desenvolvimento e incorporação de novos equipamentos de monitorização e suporte avançado de vida em UTIs como colaboradores na garantia de segurança e qualidade no cuidado, através de alarmes sonoros e visuais, todos com o propósito de alertar os profissionais sobre as condições do paciente e falhas nos equipamentos.

Ressaltam ainda que “embora os alarmes sejam importantes para salvar vidas, também podem comprometer a segurança do paciente quando passam a ser frequentemente ignorados.” (PERGHER e SILVA, 2014).

Considerando a importância do monitor multiparamétrico, assim como de todo o aparato tecnológico existente nas UTIs, e não descartando a delicadeza e base da enfermagem, que focada no cuidado holístico e humanizado, com este estudo pretendemos encontrar meios ou possibilidades de viabilizar ou melhorar o conforto, como condição importante para a recuperação do paciente gravemente enfermo partindo da perspectiva acadêmica.

3. REFERENCIAL TEÓRICO

3.1. Representações Sociais

A TRS teve seu início na França, na década de 60, quando o psicólogo social Serge Moscovici buscou entender como a psicanálise, um novo saber especializado, era compreendido pela sociedade francesa naquela época. A partir desse estudo, ele conseguiu compreender como um objeto científico torna-se objeto do senso comum.

Este trabalho foi publicado em sua obra “A psicanálise, sua imagem e seu público”, que lhe concedeu o título de “criador da teoria das representações sociais” (MOSCOVICI, 2015)

Silva e cols (2016) consideram as representações sociais como uma forma de investigar cientificamente o senso comum sobre um fenômeno; as explicações e interpretações sobre um objeto específico que moldam a prática.

É imperativo conhecer as características inerentes aos sujeitos que dão sentidos ao objeto da proposta da investigação para que, assim, seja possível estudar as representações sociais do grupo ou das pessoas pertencentes a um mesmo contexto (SILVA e cols, 2016).

É na sociologia e na antropologia que estão as raízes da Teoria das Representações Sociais, especialmente nos autores Durkheim e Levi-Bruhl, no conceito de representação coletiva, usado como base para elaborar teorias sobre religião, magia e pensamento místico.

Além desses autores, também contribuíram à Teoria das Representações Sociais Saussure, com a Teoria da Linguagem; Piaget, com a Teoria das Representações Sociais Infantis, e Vigotski, com a Teoria do Desenvolvimento Cultural (MOSCOVICI, 2015), dentre outros.

Serge Moscovici, em 1961, desenvolveu o conceito de representações sociais de Durkheim, considerando que estas indicam fenômenos e não conceitos, como nas representações coletivas do autor, isso porque ele entende que as representações sociais não são estáticas, então, para Moscovici as coisas mudam na sociedade, e processos transformam a vida social.

O autor considera que as representações sociais são fenômenos relacionados com uma forma particular de compreensão e comunicação, maneira pela qual são criados uma realidade e o senso comum, fenômenos que precisam ser descritos e explicados.

Um dos objetivos primordiais das representações sociais é tornar familiar algo até então desconhecido, possibilitando a classificação, categorização e nomeação de ideias e acontecimentos inéditos, com os quais não havíamos ainda nos deparado (MORAES et al, 2014).

Esse processo permite a compreensão, manipulação e interiorização do novo, juntando-o a valores, ideias e teorias já assimiladas, preexistentes e aceitas pela sociedade. É possível encontrar o hiato entre o que se sabe e o que existe, a diferença que separa a proliferação do imaginário e o rigor do simbólico. (MOSCOVICI, 2015)

Moscovici (2015) afirma que o mais importante é a natureza da mudança, a maneira através da qual as representações sociais são capazes de influenciar o comportamento do indivíduo participante de uma comunidade, acrescenta ainda que, quanto menos conscientes estamos dessas representações, quanto menos pensamos nelas, maior se torna sua influência.

Entende, ainda, que as representações sociais intervêm e nos orientam na direção do que é visível, definindo a realidade.

Duas características são apresentadas por Moscovici (2015) nas representações sociais, elas são convencional e prescritiva. As representações convencionalizam objetos, pessoas ou acontecimentos, classificando em determinada categoria e como modelo específico, distinto e partilhado por um grupo de pessoas, permitindo-nos conhecer o que representa o quê.

Essas convenções predeterminam uma realidade, e nós vemos apenas o que essas elas nos permitem ver, assim, organizamos nossos pensamentos conforme nossa cultura e nossas representações.

Entendendo aqui a realidade como aquela formada a partir de relações sociais e do contexto em que vive como resultado de suas experiências e das informações que recebe do meio externo.

Ainda, as representações são prescritivas, pois são impostas através da combinação entre a estrutura e a tradição, para Moscovici a estrutura se faz presente antes mesmo do início do pensamento e a tradição decreta o que deve ser pensado.

Isso significa que a nossa maneira de pensar depende de tais representações, diferentemente do que acreditamos, que nossa maneira de pensar determina as representações que temos de algo. Para Moscovici as

representações são impostas e transmitidas, produto de mudanças que ocorrem com o tempo e resultado de sucessivas gerações. (MOSCOVICI, 2015)

Quatro funções das representações sociais são citadas por Moraes (2014): a função de **saber**, permitindo a compreensão da realidade e favorecendo a comunicação; a função **identitária**, possibilitando a proteção da especificidade dos grupos, definindo a identidade e exercendo papel no controle social; a função de **orientação**, direcionando os comportamentos, as práticas sociais adequando-as às várias situações e funcionando como seleção e filtro de informações e, por fim, a função **justificadora**, permitindo posteriormente explicar e justificar as condutas e tomadas de decisão dos atores (MORAES, 2014).

Moscovici (2015) esclarece que dois processos geram as representações sociais, pois, para transformar ideias não familiares em ideias familiares é necessário ancorar (Ancoragem) a ideia estranha num contexto familiar e unir com a realidade (Objetivação). Assim, os dois processos, ancoragem e objetivação, podem ser entendidos como:

- **Ancoragem**, o ajuste sofrido por um determinado objeto ou ideia para se enquadrar em uma categoria, ou seja, converter algo estranho em algo que acreditamos ser apropriado, é classificar e dar nome ao objeto, categorizá-lo.
- **Objetivação**, a reprodução de um conceito em uma imagem, é tornar o abstrato em algo concreto, o subjetivo e o intangível em algo tangível.

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

De acordo com Sá (1998), a grande teoria das representações sociais se divide em três correntes complementares: a corrente de abordagem processual conduzida por Denise Jodelet, é considerada a mais devota à teoria original; a corrente da abordagem estrutural, liderada por Jean-Claude Abric, que ressalta a dimensão cognitivo estrutural das representações e a corrente da abordagem societal liderada por Willem Doise, com uma concepção mais sociológica.

Para o autor, não se tratam de abordagens incompatíveis pois se originam da mesma matriz básica.

3.2. Abordagem Processual de Denise Jodelet

Optamos pela abordagem processual proposta por Denise Jodelet, que é considerada a principal colaboradora de Moscovici, assumindo a tarefa de sistematização do campo e contribuindo para o aprofundamento teórico, melhorando o entendimento dos conceitos e processos formadores de representações sociais.

Na vertente processual de Jodelet busca-se o conteúdo da representação, ou seja, o processo de formação, como ela nasce, como se dissemina socialmente e qual o seu efeito.

“Por um lado, a estabilidade conferida pela transmissão, reprodução e memória coletiva e, por outro, a seleção de seus objetos que devem ter “uma certa gravidade” para “afetar a base mental da sociedade”. As representações são as obras de uma comunidade que as compartilha, as reproduz e se expressa por meio delas: “O que as representações coletivas traduzem é a forma pela qual o grupo pensa a si próprio em suas relações com os objetos que o afetam”. Essa dimensão identitária será retomada nas abordagens mais recentes das representações coletivas.” (JODELET, 2018)

Jodelet (2018), considera um esquema de base para o estudo das representações sociais, no qual a representação é caracterizada como uma forma de saber prático ligando um sujeito a um objeto.

Ressalta ainda que, os campos estudados devem levar em conta os sistemas de valores, ideologias específicas e provenientes do funcionamento destes próprios campos e, isso vale particularmente no caso do campo da saúde ou no da educação. (JODELET, 2011; 2018)

“Como os grupos humanos representam e como concebem o mundo ao seu redor? Um mundo figurado ou sublimado – pelas artes plásticas ou pela literatura - , mas também um mundo codificado – pelos valores, o papel do trabalho e do lazer, pela relação com os outros - , ..., explicado – pela ciência - , e parcialmente dominado – pelas técnicas - , dotado de sentido – pelas crenças e sistemas religiosos ou profanos, ou mesmo pelos mitos - , um mundo legado, finalmente, por transmissões devido ao meio, à educação e à instrução.” (RIOUX & SIRINELLI, 1997 apud JODELET, 2018)

Seria, então, imprescindível identificar o grupo que as veicula, situar seu conteúdo simbólico no espaço e tempo, e relacioná-lo funcionalmente à um contexto específico.

Assim sendo, as representações sociais, enquanto sistemas de interpretação que regem as relações das pessoas com o mundo e com os outros, orientam e organizam as condutas e comunicações sociais.

3.3. Katharine Kolcaba: Teoria do Conforto

Katharine Kolcaba nasceu em Cleveland, Ohio. Formou-se enfermeira em 1965, e em 1987, licenciou-se em enfermagem gerontológica. Chefiou uma unidade para tratamento de pessoas com demência e, neste período, iniciou sua teorização sobre conforto.

Baseou-se em três teóricos para sintetizar os tipos de conforto: Orlando – alívio, Henderson – tranquilidade, Paterson e Zderad – transcendência; desenvolvendo assim, os contextos nos quais o conforto é experimentado: físico, psico-espiritual, ambiental e social.

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).

Lima et al (2016) referem que Kolcaba apresenta os quatro metaparadigmas de sua teoria e suas definições, a saber: enfermagem é descrita como o processo de avaliação intencional das necessidades de conforto do doente, com delineamento de medidas para satisfazer estas necessidades e reavaliar após implementação dessas medidas de forma a obter uma comparação com a linha de base anterior. A avaliação pode ser objetiva ou subjetiva.

O doente é quem recebe os cuidados e pode ser indivíduo, família, instituições ou comunidades que necessitem de cuidados de saúde. Ambiente é qualquer aspecto que envolva o doente, família ou meios institucionais que podem ser manipulados por enfermeira(s) para melhorar o conforto.

Saúde representa o bom funcionamento, conforme definida pelo paciente, grupo, família ou comunidade.

A teórica descreve o conforto existindo em três formas, a saber: alívio, tranquilidade e transcendência. Alívio é o estado no qual o paciente tem satisfeita uma necessidade específica.

Refere-se a satisfação de uma necessidade por meio do controle de fatores globais que produzem desconforto, o que pode promover um estado de calma ou contentamento, de maneira imediata.

O conforto como alívio é um resultado holístico imediato, que pode ser modificado rapidamente com a mudança das circunstâncias.

O conforto como tranquilidade é definido como estado de calma ou satisfação, o qual relaciona-se a satisfação de necessidades específicas, que causam desconforto ou interferem com o conforto. É um estado mais duradouro e contínuo, de contentamento e bem-estar.

O conforto como transcendência é compreendido como condição em que se está por cima dos problemas ou da dor própria, como o nível mais elevado de conforto, a partir da satisfação de necessidades de educação e motivação, para capacitar o cliente a desenvolver seus potenciais e adotar hábitos de vida saudáveis, para realizar suas atividades com a máxima independência possível.

Ponte e Silva (2016) relatam que Kolcaba entende que, com a melhora no estado de conforto do paciente, sua resposta é mais adequada ao compromisso com comportamentos de busca pela saúde.

Para a teórica, estes comportamentos podem ser internos, externos ou em busca de uma morte pacífica, como exemplos, redução no tempo de internação, melhor resposta à terapia, cura mais rápida e aumento na satisfação do doente.

Visando essa melhoria no conforto do paciente, pretende-se compreender as representações sociais do graduando de enfermagem, já que este será o líder da equipe e do cuidado no futuro.

4. METODOLOGIA

4.1. Tipo de pesquisa

Trata-se de pesquisa observacional, transversal, descritiva-exploratória de abordagem qualitativa, com base teórica nas Representações Sociais. A fim de que fosse possível ampliar as possibilidades de investigação, optou-se pelo método qualitativo, complementando-o pela quantificação do conteúdo das falas de graduandos de enfermagem para a organização e análise dos dados produzidos, pois, de acordo com Minayo (2016), a pesquisa qualitativa faz a análise das expressões humanas presentes nas relações, nos sujeitos e nas representações.

A opção pelo método qualitativo, com complementação de dados quantitativos nos permite buscar a integração entre palavras e números, Minayo(2016) compreende que a pesquisa quantitativa deve ser utilizada porque ela avalia a regularidade do fenômeno.

Camara (2013) refere que Glazier e Powel (2011) indicam que os dados qualitativos são descrições detalhadas de fenômenos, comportamentos; citações diretas de pessoas sobre suas experiências; trechos de documentos, registros, gravações ou transcrições de entrevistas e discursos; dados com maior riqueza de detalhes e interações entre indivíduos, grupos e organizações.

A pesquisa exploratória objetiva desenvolver, esclarecer e modificar conceitos e ideias, segundo Cooper e Schindler (2016), tem como foco principal proporcionar uma aproximação do objeto estudado, favorecendo estudos mais aprofundados posteriormente.

As pesquisas descritivas são estruturadas em hipóteses ou questões investigativas claramente enunciadas, servindo à uma variedade de objetivos da pesquisa como a descrição de fenômenos ou características associadas à uma população-sujeito (Cooper e Schindler, 2016)

4.2. Local, população e amostra do estudo

Pesquisa desenvolvida junto a graduandos de enfermagem do sétimo e do décimo período de uma Universidade privada, nos municípios de Niterói e do Rio de Janeiro. Os sujeitos do estudo foram selecionados dentre as turmas

de disciplinas práticas, que totalizavam um universo aproximado de 110 graduandos, distribuídos em 3 turmas de ensino clínico e 2 duas de estágio curricular supervisionado, sendo todos convidados a participar da pesquisa.

Foram incluídos no estudo 57 graduandos de enfermagem, devidamente matriculados e que já haviam cursado as disciplinas de Ensino Clínico em Alta Complexidade e/ou de Estágio Curricular Supervisionado em Alta Complexidade, tendo desenvolvido suas atividades práticas junto a pacientes graves e em uso de monitorização multiparamétrica.

E, como critérios exclusão, não participaram da pesquisa acadêmicos que, por questões pessoais ou de logística não desejaram participar, e/ou que já trabalham ou trabalharam em UTI, mesmo que em outra função profissional, visto que estes carregam consigo uma vivência diferenciada a respeito da unidade e suas práticas que, supostamente, podem influenciar em suas respostas, bem como em sua formação.

4.3. Aspectos éticos do estudo

De acordo com as exigências da Resolução n. 466/2012, o projeto de pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro e de todas as instituições envolvidas, sendo aprovado em 03 de setembro de 2018, sob o no. CAAE 91761318.0.0000.5285, número do parecer 2.871.001. (Anexo A)

Todos os participantes do estudo assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (Apêndice A) e tomaram posse de uma cópia deste após receberem todas as informações pertinentes à pesquisa e a garantia de privacidade, anonimato e direito de desistência a qualquer momento, sem prejuízo para o próprio em qualquer etapa do estudo.

Os participantes também foram notificados de que, como voluntários da pesquisa, não haveria nenhum custo ou benefício financeiro para o mesmo e que a participação no estudo contribuiria para a construção de conhecimento científico sobre o objeto de estudo, sendo relevante para a assistência, a pesquisa e o ensino.

Quanto aos riscos para o sujeito, os participantes voluntários da pesquisa foram informados sobre a possibilidade de riscos como

constrangimento, desconforto psicológico ou emocional diante de algum questionamento, sensação de perda de tempo e de perda de privacidade.

Para minimizar riscos relacionados à falha na abordagem e/ou fidedignidade na resposta do acadêmico, visto que este carrega diversas emoções relacionadas a sua formação e o momento em que vivem, foram todos orientados de forma completa e clara sobre os objetivos da pesquisa e sua condução, bem como foi explicitado que, por hipótese alguma, haveria qualquer influência em sua graduação, notas ou avaliações.

Sendo assim, tornou-se claro que cada participante poderia optar por não responder quaisquer perguntas que o fizessem sentir-se incomodado e que, caso desejasse, poderiam deixar de participar do estudo a qualquer momento. Todas as informações constam do TCLE.

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

A princípio, não se pode determinar os benefícios do estudo, entretanto, os resultados poderão contribuir para a compreensão e entendimento acerca do universo acadêmico de enfermagem com vistas a proporcionar um ensino consciente das necessidades e benefícios do conforto ao paciente monitorizado.

4.4. Instrumentos e procedimentos para coleta de dados

Para a coleta de dados foi utilizada uma entrevista semi-estruturada (Apêndice B) pois, estas proporcionam flexibilidade durante sua execução, isso porque é passível de retirar ou acrescentar alguma questão, bem como, alterar a ordem da arguição, o que favorece maior expressão do verdadeiro pensamento do entrevistado.

O instrumento foi submetido a um pré teste para verificar se todos os itens eram compreensíveis e se seguiam uma sequência lógica ao raciocínio da população alvo. Foi testado e discutido por um graduando que estaria dentre os critérios de exclusão, permitindo, assim uma discussão aberta sobre o instrumento e seus objetivos.

Nesse tipo de entrevista, o entrevistado tem a liberdade de se posicionar favorável ou não sobre o tema, sem se prender a pergunta formulada (BATISTA e MATOS, 2017).

Após a assinatura do TCLE, as entrevistas foram executadas em sala previamente reservada, climatizada e silenciosa, para que fosse garantida a privacidade e o conforto do entrevistado e do pesquisador.

Estas ocorreram entre os meses de setembro a dezembro de 2018, gravadas através do aplicativo Gravador de Voz Fácil, versão 2.5.8 instalado no celular MotoG 5S do pesquisador, seguindo um roteiro previamente elaborado para então, posteriormente, serem transcritas e preparadas para a análise dos resultados. O que ocorreu nos meses de dezembro de 2018 e janeiro de 2019.

Foram assegurados os princípios éticos de pesquisa, garantindo a confidencialidade dos dados, a participação voluntária dos sujeitos, o anonimato dos mesmos e o respeito pela autonomia da pessoa, tendo-se utilizado para o efeito o termo de consentimento livre e esclarecido.

4.5. Tratamento e análise dos dados

A análise dos dados se deu à luz da Teoria das Representações Sociais, que é considerada uma forma de investigar cientificamente o senso comum sobre um determinado fenômeno, ou seja, as explicações e interpretações sobre um objeto específico que moldam a prática.

A abordagem utilizada foi a processual desenvolvida por Denise Jodelet, que considera que a representação é uma forma de conhecimento prático e conecta um sujeito a um objeto. Investigar esse conhecimento implica em conhecer os referenciais e condições em que ele é produzido (MOSCOVICI, 2015).

Para Bardin a análise de conteúdo deve considerar diferentes fases, organizadas em três polos:

- **pré-análise**, exploração do material e organização dos resultados e interpretações. A pré-análise é a fase de organização, engloba escolhas de documentos, formulação de hipóteses e objetivos, elabora indicadores que sirvam para a fundamentação da interpretação final.

- **exploração do material** inclui operações de codificação, de composição ou enumeração.

- **tratamento dos resultados** e interpretações o analista propõe inferências e interpreta os resultados retornando ao referencial teórico (BARDIN, 2011).

Para facilitar a organização dos dados para a análise, utilizou-se o IRAMUTEQ (Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires), que é um software gratuito e com fonte aberta, desenvolvido por Pierre Ratinaud (Lahlou, 2012; Ratinaud & Marchand, 2012) e licenciado por GNU GPL (v2), que permite fazer análises estatísticas sobre corpus textuais e sobre tabelas indivíduos/palavras. Este utiliza funcionalidades providas pelo software estatístico R.

Segundo Camargo (2013), no Brasil ele começou a ser utilizado em 2013 em pesquisas de representações sociais, porém, outras áreas também se apropriaram do seu uso, e contribuem para a divulgação das várias possibilidades de processamento de dados qualitativos, visto que permite diferentes formas de análises.

A análise de dados é feita através dos textos que podem ser provenientes de entrevistas transcritas, documentos, redações, respostas a questionários, e outros. É uma ferramenta da tecnologia da informação bastante utilizada e os dados se mostram expressivos em investigações sobre representações sociais.

4.6. Iramuteq

A utilização de software para análise de dados textuais vem ocorrendo com frequência nos últimos anos, principalmente nas Ciências Sociais, onde o volume de textos a ser analisado é extenso.

Estudos nos mostram que desde a década de 70 os trabalhos de lexicografia contribuem para a análise quantitativa de dados textuais, e nos últimos anos vários programas de informática evoluíram seu desempenho favorecendo esse tipo de análise. (CAMARGO E JUSTO, 2013; LOUBERE E RATINAUD, 2013)

Salviati (2017) refere que softwares como o Alceste e o Iramuteq possibilitam identificar o contexto em que as palavras ocorrem através de análise lexical do material textual, particionando o texto em classes hierárquicas identificadas a partir dos segmentos de texto que compartilham o mesmo vocabulário e facilitando o conhecimento de seu teor por parte do pesquisador.

O autor considera ainda que “o uso de novas técnicas para manipular e apresentar grandes volumes de dados leva a novas possibilidades de análise, pois construir uma representação, naturalmente, é propor uma interpretação.” (SALVIATI, 2017)

No software Iramuteq as análises podem ser realizadas de duas formas:

- 1) através do *corpus* textual – um grupo de textos a respeito de uma determinada temática reunidos em um único arquivo de texto;
- 2) a partir de matrizes com indivíduos em linha e palavras em coluna, organizadas em planilhas, como exemplo temos os bancos de dados construídos a partir de teses de evocações livres.

Para a análise dos dados, utilizamos a Classificação Descendente Hierárquica (CDH) segundo a descrição do Método de Reinert. Esta proposta é feita em três modalidades, a Classificação simples sobre o texto (ST), simples sobre segmentos de texto e Classificação dupla sobre os reagrupamentos de texto (RST).

Optou-se pela análise simples sobre ST, visando obter classes de segmentos de texto que, ao mesmo tempo, apresentem vocabulário semelhante entre si, e vocabulário diferente dos segmentos das outras classes. E assim, o Iramuteq organiza a análise dos dados em um dendograma que mostra as relações entre as classes (SALVIATI, 2017).

Os dendogramas resultantes foram apresentados com a tabela resumida de informações dos respectivos perfis de cada classe. Informações que se referem a frequência (efetivo dos segmentos de texto) e o número de ST desta classe contendo pelo menos uma vez a forma; P valor que é o nível de confiança associado ao χ^2 e, χ^2 que representa a força de ligação entre a forma e a classe (LOUBÈRE E RATINAUD, 2013).

4.7. Preparo do corpus

As entrevistas foram transcritas na íntegra, gerando um corpus textual que foi configurado conforme orienta o Manual do Aplicativo Iramuteq (versão 0.7 Alpha) e, em acordo com o software, foram definidas as variáveis decodificadas conforme observado no exemplo de linha de comando: ****
*n_05 *s1 *id2 *r1 *d2

As variáveis definidas para o estudo foram:
sujeitos participantes (*n_01 à *n_57),
sexo _ *s1=masculino e *s2=feminino;
idade _ *id1=19 a 35, *id2=36 a 50 e *id3= acima de 50;
religião _ *r1=católica, *r2=evangélica, *r3=espírita, *r4=outros;
disciplina cursada _ *d1=ensino clínico em alta complexidade, *d2=estágio curricular supervisionado em alta complexidade.

A exploração do corpus textual em sua totalidade originou um quadro de termos associados ao tema central: Conforto. Esses termos foram agrupados em subtemas representados pelos contextos onde, segundo Kolcaba, é possível experimentar o conforto. Após o preparo, optou-se por dividir o corpus visando buscar respostas para os objetivos da pesquisa.

O corpus foi dividido em corpus textual 1 e corpus textual 2, formados a partir da seleção das questões específicas do roteiro de entrevista. As questões 3 e 7 do roteiro de entrevista elaborado para a coleta de dados, relacionadas ao conforto do paciente em uso de monitor multiparamétrico formaram o corpus textual 1 e, as respostas às questões 1, 2, 4, 5 e 6 relacionadas à assistência dos pacientes criticamente enfermos, formaram o corpus textual 2.

5. RESULTADOS E DISCUSSÕES

5.1. Caracterização dos participantes da pesquisa

As entrevistas com os sujeitos selecionados, conforme descrição anterior, foram finalizadas considerando o conceito de saturação teórica que,

de acordo com Fontanella, Ricas e Turato (2008), encontra respaldo científico no pressuposto da constituição social do sujeito, que na TRS, reflete-se no conceito da determinação social das representações individuais.

Bem como afirma Moscovici (2015), que diz que as representações sociais podem ser geradas a partir de interações humanas entre grupos ou, até mesmo, entre apenas duas pessoas.

Tabela 1: Tabela de variáveis da pesquisa

<i>Variáveis</i>										
Sexo		Faixa etária			Religião				Disciplina cursada	
1 masc	2 fem	1 20-35	2 36-50	3 51 +	1 católico	2 cristão	3 espírita	4 s/relig	1 ens clin	2 estágio
15,8%	84,2%	77,2%	21%	1,8%	28,21%	43,86%	15,72%	12,2%	54,38%	45,62%

Fonte: Dados da Pesquisa; BRAUN, 2019

Entre os cinquenta e sete (57) entrevistados, quarenta e oito (48) eram do sexo feminino, totalizando 84,2% dos participantes e, apenas nove (09) eram do sexo masculino, o correspondente a 15,8% da amostra.

Este resultado demonstra uma continuidade da enfermagem predominantemente feminina, preservando a base histórica da profissão, onde em sua criação foi vista como essencial para a quebra de paradigmas no mercado de trabalho, onde ainda ocorre a hegemonia masculina (CUNHA E SOUSA, 2016).

Cunha e Sousa (2016) atribuem essa predominância até hoje ao fato de que a enfermagem foi fundada por meio de “qualidades” e representações culturais tidas como femininas, não permitindo em alguns momentos a “masculinização” das suas ações, e partindo do pressuposto de que o sexo masculino desempenha ações somente masculinas.

Apesar de a enfermagem ter sido construída como prática feminina, a presença dos homens na profissão já é uma realidade, o que pode representar

rupturas importantes com estereótipos de gênero relacionados à prática do cuidado.

Em se tratando de faixa etária, como comumente pensado em grupo de estudantes, a grande maioria (77,2%) encontrava-se entre 20 e 35 anos, totalizando quarenta e quatro (44) graduandos. Em termos de idade, o mais jovem participante, tinha vinte e um (21) anos e o mais velho, cinquenta e quatro (54) anos, caracterizando parte significativa da amostra pertencente a geração Y, que compreende as pessoas nascidas entre os anos 1978 e 1995.

A geração Y, ou geração Millennials (geração do milênio), é aquela onde as pessoas nasceram na mesma época em que se iniciaram as evoluções tecnológicas e a globalização, eventos que certamente influenciaram as características, nos ideais e no comportamento desses indivíduos (COMAZZETTO, VASCONCELLOS, LEMOS, PERRONE e GONÇALVES, 2016).

São pessoas que vem adentrando no mercado de trabalho de forma importante para as organizações, dadas suas habilidades e talentos cultivados junto ao advento da tecnologia, tão contemporânea a elas mas que, também devido as características ávidas por desafios e respostas imediatas e dona dos “saberes” (SILVA, 2015), se apresentam como profissionais com grande capacidade e particularidades desafiadoras para o gestor.

Considerando-se que vivemos em um mundo marcadamente tecnológico, que proporciona avanços em várias áreas que afetam a vida dos homens, Almeida e cols (2016), referem a possibilidade de os cuidados de saúde representarem a área onde esses avanços são mais visíveis e provocam maiores expectativas.

Porém, esse progresso tecnológico e científico por vezes parece aumentar a insatisfação com os profissionais de saúde, apontando uma dificuldade em tornar harmoniosa a relação entre o progresso científico e a priorização do humano, no que concerne aos cuidados de saúde. (op cit)

Sendo assim, podemos considerar, nessa geração que vem entrando no mercado de trabalho, possibilidades de recuperação do humano e da relação profissional/paciente, visto que as pessoas da geração Y são altamente inventivas e inovadoras, são trabalhadores relacionais, tem inteligência associada ao coletivo, produzindo constantemente novas figuras de

subjetividade.(COMAZZETTO, VASCONCELLOS, LEMOS, PERRONE e GONÇALVES, 2016)

Com relação as disciplinas cursadas, como já mencionado, o critério de inclusão foi o contato com o paciente em uso de monitor multiparamétrico, o que ocorre, primeiramente no sétimo período durante a disciplina de ensino clínico em alta complexidade e, posteriormente, no décimo período, no estágio curricular supervisionado.

Houve uma amostra bastante homogênea no grupo de entrevistados, visto que trinta e um (31) graduandos, total de 54,38%, haviam cursado o ensino clínico e, vinte e seis (26), o que corresponde a 45,62%, estavam em conclusão do estágio.

Nas práticas de ensino clínico em alta complexidade, no sétimo período, o acadêmico tem o primeiro contato com as tecnologias duras. Ainda em laboratório lhes são apresentados aparatos como ventilador mecânico, bombas infusoras, desfibriladores e, também, os monitores multiparamétricos.

Na oportunidade do ensino clínico, fazem de três a quatro visitas técnicas em unidades de saúde, especificamente em setores de alta complexidade, como UTI e sala vermelha, por exemplo.

Durante o estágio supervisionado em alta complexidade, no décimo período, os graduandos cumprem cerca de cem horas dentro de UTIs, alternando entre cardiointensiva, neurointensiva e UTI geral, além das salas vermelha e amarela.

Sendo assim, penso que na oportunidade do estágio supervisionado, há um contato mais aproximado e significativo com o paciente em uso de monitorização multiparâmetros, permitindo que estes acadêmicos tenham experienciado vivências mais consistentes acerca da relação tecnologia dura-conforto.

Analisando a religiosidade do grupo em questão, percebeu-se que vinte e cinco (25) acadêmicos se declaram evangélicos ou protestantes, o que equivale a 43,8% do total de entrevistados. Seguindo-se por 28% de católicos, 15,7% de espíritas e 12,2% que declararam não ter religião ou estarem afastados das mesmas.

Pensar a religiosidade se torna importante ao perceber nos discursos dos graduandos uma variedade de anseios e sentimentos relativos aos

desafios do cuidar, lidar com o sofrimento do outro e com as possibilidades de morte.

Junior e Eltink (2011) consideram que conceitos que se traz de educação familiar, religião, meio social e cultura ajudam a formar o profissional, paralelamente com as disciplinas oferecidas pelas Universidades.

Referem ainda que:

“Alguns alunos se sentem mais preparados que os outros, talvez por sua formação pessoal ou por atuarem na área de saúde de alguma forma. E isso demonstra que quando se fala, principalmente, de morte, é necessário levar em conta as experiências prévias dos graduandos, enquanto pessoa ou até mesmo enquanto profissionais que já atuam na área.”

(JUNIOR E ELTINK, 2011)

Tavares e Gomes et al (2018), em suas reflexões acerca da espiritualidade e religiosidade no cotidiano da enfermagem hospitalar, inferem que os conceitos do profissional acerca de espiritualidade e religiosidade acabam por favorecer o bem-estar psíquico tanto de quem cuida quanto de quem é cuidado.

Nascimento et al (2013) referem que a enfermagem se destaca com a importante proximidade ao paciente e, por isso, é responsável por um olhar holístico contemplando, no processo do cuidar, as dimensões biológica, mental, emocional e espiritual do ser humano.

Sendo assim, a compreensão acerca de termos como espiritualidade e religiosidade é fundamental para o oferecimento do cuidado de enfermagem, desde a promoção até a sua reabilitação, uma vez que estudos constataram que a religiosidade é uma aliada na prestação dos cuidados, promovendo o conforto, a esperança, catalizador de sentimentos e de relacionamento entre os seres, tão essenciais ao êxito de um tratamento. (ARAÚJO, 2015)

5.2. A análise de termos e a emergência das Representações Sociais do objeto estudado.

Iniciada a exploração do corpus textual e, utilizando como tema central a palavra Conforto, percebemos termos associados, de acordo com a proposição de Bardin (2011). Esses termos, associados às falas dos graduandos em enfermagem, foram agrupados sistematicamente de acordo com os contextos

nos quais o conforto é experimentado segundo a Teoria do Conforto de Kolcaba (1995).

Vamos agora apresentar os resultados encontrados a partir da análise do corpus textual 1 pelo software IRAMUTEQ. Esse corpus foi preparado a partir das questões 3 e 7 do roteiro de entrevistas, relacionadas ao conforto do paciente, constituindo 57 textos, que foram separados em 249 segmentos de texto (ST), com aproveitamento de 195 ST (78,31%).

Emergiram 8292 ocorrências (palavras, formas ou vocábulos), sendo 1202 palavras distintas e 377 com uma única ocorrência. O conteúdo analisado foi categorizado em 5 classes: classe 1, com 34 ST (17,44%); classe 2, com 40 ST (20,51%); classe 3, com 34 ST (17,44%); classe 4, com 39 ST (20%) e classe 5, com 48 ST (24,62%).

A Classificação Hierárquica Descendente (CHD) apresentou dois subcorpus, onde as classes 1 e 5 estão diretamente correlacionadas, enquanto as classes 3 e 4 estão ligadas à classe 2, resultando no dendograma representado na figura 1.

O método da CHD classifica os seguimentos de texto em função dos seus vocabulários, e o conjunto deles é repartido com base na frequência de formas reduzidas (ST). Esta análise visa obter classes de ST que apresentam vocabulário semelhante entre si e vocabulário diferente dos segmentos de texto das outras classes.

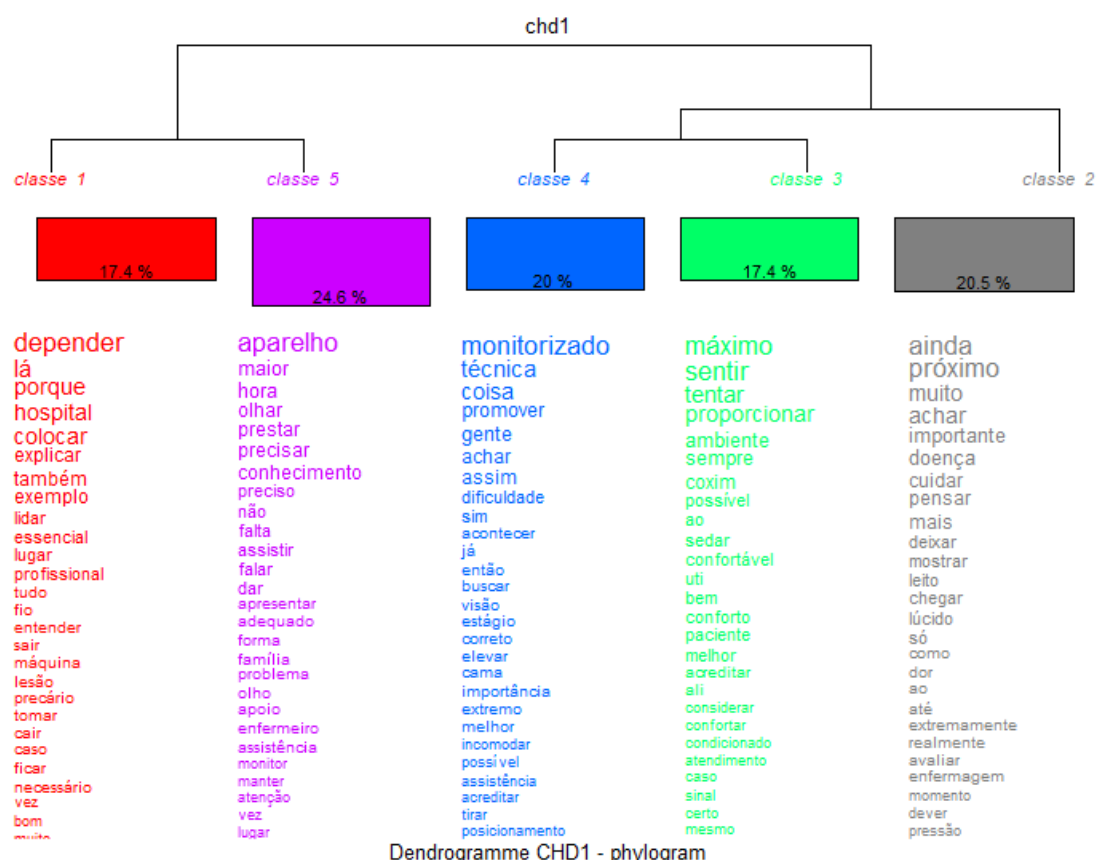
A partir das análises em matrizes, o software organiza a análise dos dados em uma representação gráfica (dendograma da CHD), que ilustra as relações entre as classes.

Em pesquisas sobre as representações sociais, tendo em vista o estatuto que elas conferem às manifestações linguísticas, estas classes podem indicar teorias ou conhecimentos do senso comum ou campos de imagens sobre um dado objeto (JUSTO E CAMARGO, 2014)

Através do dendograma, conseguimos perceber as palavras que mais ocorreram dentro do corpus analisado e sua relação com as questões da pesquisa. Essas palavras aparecem discriminadas em cores e tamanhos diferenciados, onde as ocorrências mais prevalentes aparecem em tamanho aumentado e vão decrescendo conforme diminuem essas ocorrências.

O IRAMUTEQ nos apresenta em outra aba uma tabela onde refere as palavras com o Pvalor e o Chi², o que nos mostra o quanto os valores observados podem ser aceitos como regidos pela teoria em questão através da coocorrência das palavras nas classes.

Figura 1: Dendrograma da classificação hierárquica descendente do corpus textual 1 – **O conforto representado nas falas.**



Fonte: análise Iramuteq, BRAUN, 2019.

Vale ressaltar que essas cinco classes se encontram divididas em duas ramificações (A e B) do corpus total em análise. O subcorpus A “**Conhecimento**”, composto pela classe 1 (“qualidade”) ligada à classe 5 (“tecnologia”), que atrela o conforto e a qualidade da assistência à aptidão para lidar com a tecnologia dura em questão. O subcorpus B “**Promoção**”, é composto pela classe 2 (“cuidado”) ligada as classes 3 (“empenho”) e 4 (“possibilidade”), contemplando as formas de ofertar conforto ao paciente monitorizado.

Observando o dendograma apresentado na Figura 1, podemos perceber que a classe com maior percentual dentre os segmentos de textos analisados (ST) foi a classe 5 (24,62%), representada pelos elementos **aparelho** ($\chi^2 30,98$), **maior** ($\chi^2 18,96$), **hora** ($\chi^2 15,72$) e **olhar** ($\chi^2 14,94$), podem indicar a importância dada à tecnologia por parte do graduando e sua significância. Outros elementos como **prestar** ($\chi^2 14,61$), **precisar** ($\chi^2 14,31$) e **conhecimento** ($\chi^2 12,51$), sugerem a preocupação do graduando com o conhecimento como base de uma assistência de qualidade. A palavra **precisar** revela a valorização do monitor como parceiro no cuidar e surgiu no corpus textual em questão treze (13) vezes.

Tabela 2: Classe 5, corpus textual 1

Palavra	Frequência ST	P valor	Chi ²
Aparelho	11	<0,0001	30,98
Maior	6	<0,0001	18,96
Hora	5	<0,0001	15,72
Olhar	9	0,00011	14,94
prestar	6	0,00013	14,61
precisar	13	0,00015	14,31
conhecimento	4	0,00040	12,51
preciso	5	0,00069	11,5
Não	33	0,00103	10,76
Falta	3	0,00225	9,33
assistir	3	0,00225	9,33
Falar	6	0,00271	8,99
Dar	17	0,00322	8,67
apresentar	4	0,00358	8,48
adequado	4	0,00358	8,48
Forma	7	0,00512	7,83
Família	6	0,00765	7,11
problema	4	0,01514	5,9
Olho	3	0,01809	5,59
Apoio	3	0,01809	5,59
enfermeiro	7	0,02210	5,24
assistência	9	0,02548	4,99
monitor	7	0,03906	4,26
manter	4	0,04188	4,14
atenção	4	0,04188	4,14
Vez	13	0,04246	4,12

Fonte: análise Iramuteq, BRAUN, 2019

Prosseguindo com a análise dos resultados, a classe 1, com 17,44% dos ST analisados apresenta elementos que desvelam o conforto como algo que depende tanto das condições da unidade hospitalar quanto da atuação da equipe de enfermagem. Esta classe apresentou as seguintes palavras relevantes: **depende** ($\chi^2 28,66$), **hospital** ($\chi^2 19,2$), **profissional** ($\chi^2 7,76$) e outras com representação menor, contudo contribuindo para a construção da classe como: **máquina, lesão e precário**.

Tabela 3: classe 1, corpus textual 1

Palavra	Frequência ST	P valor	Chi ²
Depender	8	<0,0001	28,66
Lá	9	<0,0001	23,0
Porque	19	<0,0001	20,7
Hospital	6	<0,0001	19,2
Colocar	10	<0,0001	18,11
Explicar	4	0,00018	13,95
Também	12	0,00023	13,57
Exemplo	5	0,00060	11,77
Lidar	3	0,00216	9,4
Essencial	3	0,00216	9,4
Lugar	6	0,00473	7,98
Profissional	5	0,00532	7,76
Tudo	8	0,00825	6,98
Fio	3	0,01104	6,46
Entender	3	0,01104	6,46
Sair	3	0,01104	6,46
Máquina	4	0,01317	6,15
Lesão	2	0,02351	5,13
Precário	2	0,02351	5,13
Tomar	2	0,02351	5,13
Cair	2	0,02351	5,13
Ficar	7	0,02886	4,78
Caso	4	0,02877	4,78
Necessário	3	0,03272	4,56
Vez	10	0,04281	4,1

Fonte: análise Iramuteq, BRAUN, 2019

Esta classe mostra que o graduando refere o conforto como algo dependente de fatores diversos e, muitas vezes, alheios a vontade do

profissional de enfermagem, porém reconhece o mesmo como parte essencial do cuidar.

Por sua vez, a ramificação B “Promoção” do dendograma, nos mostra a classe 2, com 40 dos ST (20,41%), representando o “cuidado”, atrelada as classes 4 e 3, “possibilidade” e “empenho”. Ao olhar do graduando, cuidados confortantes são possíveis e dependem, além das condições estruturais e recursos materiais das unidades hospitalares, do empenho dos profissionais envolvidos no cuidar do paciente monitorizado.

Os elementos da classe 2, representando 20,5% dos ST, que se destacaram foram: **próximo** ($\chi^2 22,96$), **importante** ($\chi^2 13,3$), **doença** ($\chi^2 11,81$) e **cuidar** ($\chi^2 11,14$), termos que demonstram o conhecimento idealizado sobre a função do enfermeiro, principalmente se considerarmos as palavras **dor**, **avaliar** e **enfermagem**, que emergiram nas falas dos graduandos.

Tabela 4: classe 2, corpus textual 1

Palavra	Frequência ST	P valor	Chi ²
Ainda	7	<0,0001	22,96
Próximo	7	<0,0001	22,96
Muito	13	0,00012	14,68
Achar	23	0,00013	14,6
Importante	7	0,00026	13,3
Doença	3	0,00059	11,81
Cuidar	4	0,00084	11,14
Pensar	6	0,00149	10,08
Mais	11	0,00184	9,7
Deixar	7	0,00206	9,49
Mostrar	5	0,00267	9,02
Leito	6	0,00400	8,28
Chegar	4	0,00445	8,09
Lúcido	4	0,00445	8,09
Só	8	0,00455	8,05
Como	11	0,02438	5,07
Dor	3	0,02674	4,91
Realmente	2	0,04602	3,98
Avaliar	2	0,04602	3,98
Extremamente	2	0,04602	3,98
Enfermagem	6	NS(0,05172)	3,78

Fonte: análise Iramuteq, BRAUN, 2019

Na classe 4, com 20% dos ST, os elementos de destaque foram: **monitorizado** ($\chi^2_{20,95}$), **técnica** ($\chi^2_{16,34}$), **coisa** ($\chi^2_{15,39}$) e **promover** ($\chi^2_{12,84}$). Termos que sugerem que o monitor multiparamétrico não representa objeto de empecilho ao conforto do paciente, principalmente observando as palavras **possível**, **melhor** e **conforto**, que apareceram na análise do corpus, respectivamente, 7, 6 e 22 vezes nas falas dos entrevistados, demonstrando sua importância no contexto analisado, apesar do P valor >0,05.

Tabela 5: classe 4, corpus textual 1

Palavra	Frequência ST	P valor	Chi ²
Monitorizado	11	<0,0001	20,95
Técnica	4	<0,0001	16,34
Coisa	12	<0,0001	15,39
Promover	6	0,00033	12,84
Gente	16	0,00061	11,74
Achar	21	0,00130	10,34
Assim	11	0,00225	9,33
Dificuldade	3	0,00545	7,72
Sim	9	0,00924	6,78
Acontecer	3	0,02349	5,13
Já	6	0,02647	4,93
Então	14	0,03362	4,51
Correto	2	0,04170	4,15
Buscar	2	0,04170	4,15
Visão	2	0,04170	4,15
Importância	2	0,04170	4,15
Extremo	2	0,04170	4,15
Estágio	2	0,04170	4,15
Elevar	2	0,04170	4,15
Cama	2	0,04170	4,15
Melhor	6	0,04384	4,06
Incomodar	3	NS(0,06203)	3,48
Possível	7	NS(0,07667)	3,13
Assistência	7	NS(0,07667)	3,13
Acreditar	5	NS(0,08497)	2,97
Conforto	22	NS(0,15086)	2,06

Fonte: análise Iramuteq, BRAUN, 2019

Evidenciando a relação entre as classes 3 e 4, observam-se os termos em destaque na classe 3, onde apareceram em 17,4% dos ST, **máximo** ($\chi^2_{34,38}$), **sentir** ($\chi^2_{34,24}$), **tentar** ($\chi^2_{28,45}$) e **proporcionar** ($\chi^2_{23,87}$), onde emerge a importância dada pelo graduando relativa ao conforto, termo este que vem mais fortalecido nessa classe e aparece 24 vezes na análise do corpus.

Podemos perceber o valor dado e a percepção da necessidade de conforto do paciente considerada pelos graduandos nas falas que se seguem:

“Eu acho que, na maioria das vezes, o conforto é bem realizado pela equipe. Em questão de tentar amenizar o máximo possível aquela dor pro paciente que tá na UTI. É feito o possível e o impossível pra conseguir deixar ele confortável naquela situação, mesmo que ele não esteja consciente.” (n_07)

“É possível, o conforto é possível porque, a gente vai, na verdade, assim, pode ser que a gente não tenha 100 por cento de eficácia né nesse conforto desse paciente mas eu acho que a gente pode fazer bastante coisa, mesmo que ele esteja monitorizado, tendo esses equipamentos.” (n_21)

Tabela 6: classe 3, corpus textual 1

Palavra	Frequência ST	P valor	Chi ²
Máximo	7	<0,0001	34,38
Sentir	10	<0,0001	34,24
Tentar	7	<0,0001	28,45
Proporcionar	7	<0,0001	23,87
Ambiente	4	<0,0001	19,34
Sempre	10	<0,0001	18,11
Coxim	3	0,00014	14,43
Possível	9	0,00060	11,76
Ao	7	0,00085	11,11
Confortável	4	0,00124	10,42
Sedar	4	0,00124	10,42
Uti	4	0,00124	10,42
Bem	8	0,00152	10,05
Conforto	24	0,00165	9,89
Paciente	28	0,00186	9,68
Melhor	7	0,00189	9,64
Acreditar	6	0,00473	7,98
Ali	9	0,01899	5,5
Considerar	2	0,02351	5,13
Confortar	2	0,02351	5,13
Condicionado	2	0,02351	5,13

Atendimento	2	0,02351	5,13
Caso	4	0,02877	4,78

Fonte: análise Iramuteq, BRAUN, 2019

A análise do corpus textual 1 sugere que o graduando de enfermagem considera o conforto do paciente monitorizado como algo possível de se ofertar, apesar de todos os incômodos que envolvem a internação na UTI, dentre eles, a monitorização multiparamétrica.

Conforme descrito anteriormente, o conteúdo das entrevistas transcritas foi dividido em dois corpus textual: corpus 1, já analisado, abordando as questões diretamente referentes ao conforto e, o corpus 2, constituído pelas questões que abordam a assistência de enfermagem.

Portanto apresentaremos, a partir deste momento, os resultados encontrados a partir da análise do corpus textual 2 pelo software IRAMUTEQ. Esse corpus foi preparado a partir das questões 1, 2, 4, 5 e 6 do roteiro de entrevistas, relacionadas a assistência de enfermagem ao olhar do graduando, constituindo 57 textos, que foram separados em 388 segmentos de texto (ST), com aproveitamento de 288 ST (74,23%).

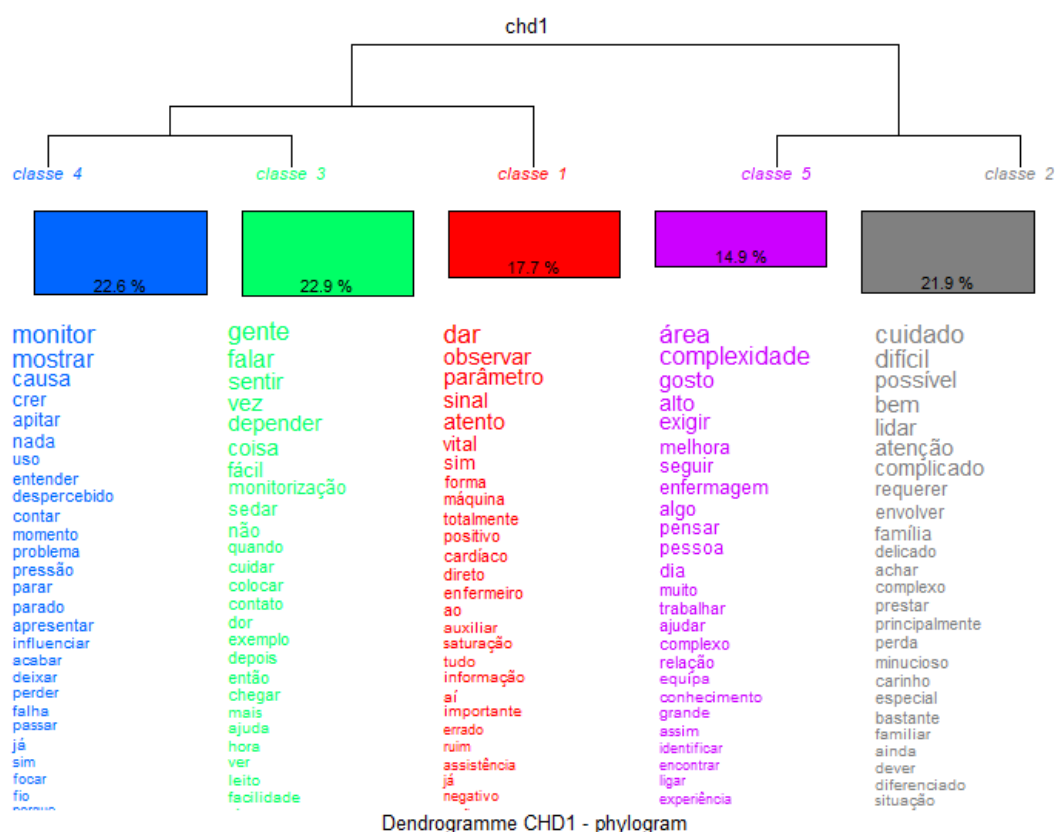
Emergiram 13299 ocorrências, sendo 1087 palavras distintas e 468 com uma única ocorrência. O conteúdo analisado foi categorizado em 5 classes: classe 1, com 51 ST (17,7%); classe 2, com 63 ST (21,9%); classe 3, com 66 ST (22,9%); classe 4, com 65 ST (22,6%) e classe 5, com 43 ST (14,9%).

A Classificação Hierárquica Descendente (CHD) apresentou dois subcorpus, onde as classes 2 e 5 estão diretamente correlacionadas, enquanto as classes 3 e 4 estão ligadas à classe 1, resultando no dendograma representado na figura 2.

Ao analisar o dendograma, percebemos essas cinco classes divididas em duas ramificações (A e B) onde, encontramos o subcorpus A “**Tecnologia dura**”, composto pelas classes 3 (“monitorização”) e 4 (“diferenças”) ligadas a classe 1 (“atenção”) denotando as especificidades do cuidar em UTI e do paciente em uso ou não do monitor multiparamétrico e, no subcorpus B “**Desafio**”, temos a classe 5 (“ambiente”) diretamente ligada a classe 2

(“complexidade”), contemplando as emoções do graduando de enfermagem diante do complexo trabalho no ambiente de terapia intensiva.

Figura 2: Dendograma da classificação hierárquica descendente do corpus textual 1 – **A assistência e seus percalços**.



Fonte: análise Iramuteq, BRAUN, 2019

De acordo com o dendograma apresentado na figura 2, na classe 3 encontramos o maior número de ST (66), correspondendo a 22,9% do corpus analisado e, os termos de maior ocorrência foram **gente** ($\chi^2_{29,02}$), **falar** ($\chi^2_{24,54}$), **sentir** ($\chi^2_{22,46}$) e **vez** ($\chi^2_{21,88}$), onde juntamente com as palavras **facilidade**, **perceber** e **demonstrar**, indicam a aproximação e valorização do graduando à tecnologia dura em questão, o monitor multiparamétrico.

Tabela 7: classe 3, corpus textual 2

Palavra	Frequência ST	P valor	Chi²
Gente	30	<0,0001	29,02

Falar	14	<0,0001	24,54
Sentir	9	<0,0001	22,46
Vez	20	<0,0001	21,88
Depender	6	<0,0001	20,61
Coisa	19	<0,0001	18,18
Fácil	5	<0,0001	17,12
Monitorização	10	0,00028	13,19
Sedar	5	0,00037	12,66
Não	47	0,00063	11,67
Quando	8	0,00069	11,5
Cuidar	7	0,00105	10,74
Colocar	7	0,00105	10,74
Contato	3	0,00140	10,2
Dor	6	0,00150	10,7
Exemplo	6	0,00150	10,7
Depois	4	0,00218	9,39
Então	26	0,00280	8,93
Chegar	7	0,00286	8,89
Mais	26	0,00632	7,45
Ajuda	5	0,00690	7,3
Hora	5	0,00690	7,3
Ver	21	0,00704	7,26
leito	4	0,00997	6,64
facilidade	3	0,01256	6,23

Fonte: análise Iramuteq, BRAUN, 2019

Na classe 4, com 65 ST equivalendo a 22,6% do corpus textual analisado, emergiram as palavras **monitor** (χ^2 37,07), **mostrar** (χ^2 31,87), **causa** (χ^2 24,61) e **crer** (χ^2 21,02), o que sugere a crença do acadêmico acerca da influência da tecnologia no cuidado, que muitas vezes é vista como problema em detrimento de outras onde é vista como solução. Pensamento este que é evidenciado nas palavras **momento**, **influenciar** e **problema**, que surgiram nas falas dos graduandos com um P valor < 0,05.

Tabela 8: classe 4, corpus textual 2

Palavra	Frequência ST	P valor	Chi²
Monitor	38	<0,0001	37,07
Mostrar	9	<0,0001	31,87
Causa	7	<0,0001	24,61
Crer	6	<0,0001	21,02
Apitar	5	<0,0001	17,46

Nada	8	<0,0001	16,46
Uso	4	0,00019	13,92
Entender	7	0,00026	13,34
Despercebido	3	0,00125	10,4
Contar	6	0,00130	10,34
Momento	11	0,00136	10,26
Problema	5	0,00174	9,8
Pressão	4	0,00194	9,6
Parar	4	0,00194	9,6
Parado	4	0,00194	9,6
Apresentar	4	0,00194	9,6
Influenciar	5	0,00614	7,51
Acabar	5	0,00614	7,51
Deixar	6	0,00968	6,69
Perder	3	0,01153	6,38
Falha	3	0,01153	6,38
Passar	8	0,01277	6,2
Já	11	0,01766	5,63
Sim	17	0,01967	5,44
Focar	4	0,02674	4,91
Fio	4	0,02674	4,91

Fonte: análise Iramuteq, BRAUN, 2019

Corroborando com a visão denotada do monitor como parceiro do cuidado, com aspectos positivos e negativos, partimos a analisar a classe 1 (“atenção”), que apareceu no dendograma ligada as classes 3 (“monitorização”) e 4 (“diferenças”) já analisadas.

Nesta classe destacaram-se as palavras **dar** ($\chi^2_{45,28}$), **observar** ($\chi^2_{34,67}$), **parâmetro** ($\chi^2_{31,58}$) e **sinal** ($\chi^2_{28,2}$), sugerindo que, juntamente com as palavras **enfermeiro**, **máquina**, **assistência** e **informação** também emergidas na classe 1, na percepção do graduando, o enfermeiro deve estar atento a tudo que envolve o cuidar e o paciente, primando o planejamento e a prestação da assistência livre de iatrogenias ou eventos adversos. Como podemos identificar nas falas abaixo:

“...é não ficar preso ao monitor, porque muita coisa interfere entre o paciente e o monitor, e as vezes não é tão fiel, então você tem que olhar primeiro pra clínica do paciente, se tem a ver ou não com o que o monitor está dando de parâmetro e é isso, não olhar direto pro monitor, estar sempre preocupado com o paciente de forma integral.” (n_03)

“Então, acho que necessita de um cuidado maior né, até pra você não desconectar os monitores, e aí você de repente tem alguma alteração,

alguma desestabilização paciente então você tem que estar atento e durante todo o procedimento verificando o monitor pra verificar se ele tem alguma alteração, alguma coisa do tipo.” (n_18)

Tabela 9: classe 1, corpus textual 2

Palavra	Frequência ST	P valor	Chi ²
Dar	19	<0,0001	45,28
Observar	12	<0,0001	34,67
Parâmetro	12	<0,0001	31,58
Sinal	9	<0,0001	28,2
Atento	8	<0,0001	27,59
Vital	6	<0,0001	22,77
Sim	19	<0,0001	18,91
Forma	7	<0,0001	16,55
Máquina	7	0,00016	14,18
Totalmente	3	0,00017	14,09
Positivo	3	0,00017	14,09
Cardíaco	3	0,00017	14,09
Direto	3	0,00017	14,09
Enfermeiro	6	0,00036	12,72
Ao	8	0,00049	12,12
Auxiliar	3	0,00250	9,14
Saturação	3	0,00250	9,14
Tudo	11	0,00405	8,26
Informação	4	0,00565	7,66
Aí	6	0,00596	7,56
Importante	5	0,00647	7,41
Errado	3	0,01245	6,25
Ruim	3	0,01245	6,25
Assistência	7	0,01504	5,91
Já	9	0,02547	4,99
negativo	2	0,02554	4,99

Fonte: análise Iramuteq, BRAUN, 2019

Partindo agora para a análise do subcorpus B “Desafio”, verificamos a aparição de duas classes diretamente interligadas, a classe 2 (“complexidade”) e a classe 5 (“ambiente”), o que traz a referência do ambiente do cuidar em UTI, na perspectiva do graduando com sua pouca experiência na área.

Encontramos na classe 2 a ocorrência de 63 ST, correspondendo a 21,88% do corpus analisado, onde emergiram as palavras **cuidado** (chi²38,14), **difícil** (chi²32,55), **possível** (chi²29,39) e **bem** (chi²28), o que nos mostra as

impressões do graduando a respeito do trabalho em UTI, ainda associando a outras palavras que também apareceram nas falas, como **complexo**, **atenção**, **complicado** e **pensar**, percebemos o nível de tensão acerca desse ambiente, na visão dos sujeitos da pesquisa. O que podemos perceber nos trechos:

“Eu acho bem complexo, porque envolve várias coisas e não só os cuidados, você tem que olhar a pessoa ali como um todo e não só como um doente porque, poderia ser alguém da sua família né... Eu acho complicado porque sinceramente eu não sei lidar com perda, ainda não trabalhei meu psicológico para lidar com isso.” (n_22)

“Eu acho que é um pouco complicado, você tem que ter bastante cuidado, é um paciente que demanda muita atenção. E tudo tem que ser milimetricamente feito, não pode errar nada, você tem que ter aquele cuidado extremo no paciente crítico.” (n_25)

“Bem difícil, complexo, e o trabalho é bem minucioso também né, é a vida das pessoas nas nossas mãos, nossos cuidados, então acho assim, bem difícil. De uma tremenda responsabilidade, acho bem difícil.” (n_14)

Tabela 10: classe 2, corpus textual 2

Palavra	Frequência ST	P valor	Chi ²
Cuidado	27	<0,0001	38,14
Difícil	15	<0,0001	32,55
Possível	8	<0,0001	29,39
Bem	24	<0,0001	28,0
Lidar	10	<0,0001	27,68
Atenção	24	<0,0001	26,66
Complicado	14	<0,0001	26,59
Requerer	7	<0,0001	20,74
Envolver	5	<0,0001	18,17
Família	6	<0,0001	17,11
Delicado	4	0,00014	14,49
Achar	29	0,00018	14,02
Complexo	13	0,00027	13,23
Prestar	7	0,00063	11,67
Principalmente	3	0,00100	10,83
Perda	3	0,00100	10,83
Minucioso	3	0,00100	10,83
Carinho	3	0,00100	10,83
Especial	3	0,00100	10,83
Bastante	8	0,00106	10,71
Familiar	4	0,00151	10,06
Ainda	6	0,00299	8,81
Dever	5	0,00481	7,19

Diferenciado	4	0,00731	6,81
Situação	7	0,00905	6,7

Fonte: análise Iramuteq, BRAUN, 2019

Ainda tratando do trabalho em UTI emerge a classe 5, com seus 43 ST correspondendo a 14,93% do corpus analisado, e com as seguintes palavras em destaque: **área** ($\chi^2_{42,5}$), **complexidade** ($\chi^2_{40,29}$), **gosto** ($\chi^2_{34,91}$) e **alto** ($\chi^2_{30,08}$), refletindo o entendimento sobre o setor como algo complexo, intenso e diferenciado, a se considerar pela quantidade de vezes que as palavras **muito** (21), **complexo** (10) e **pensar** (11) apareceram na classe.

Tabela 11: classe 5, corpus textual 2

Palavra	Frequência ST	P valor	Chi ²
Área	11	<0,0001	42,5
Complexidade	9	<0,0001	40,29
Gosto	6	<0,0001	34,91
Alto	8	<0,0001	30,08
Exigir	5	<0,0001	28,99
Melhora	4	<0,0001	23,11
Seguir	4	<0,0001	23,11
Enfermagem	5	<0,0001	22,57
Algo	5	<0,0001	22,57
Pensar	11	<0,0001	18,21
Pessoa	13	<0,0001	17,56
Dia	4	<0,0001	16,96
Muito	21	<0,0001	15,92
Trabalhar	6	0,00017	14,13
Ajudar	10	0,00032	12,91
Complexo	3	0,00041	12,46
Relação	4	0,00068	11,52
Equipa	5	0,00151	10,06
Conhecimento	4	0,00153	10,03
Grande	11	0,00476	7,97
Assim	2	0,00926	6,77
Identificar	2	0,01148	6,39
Encontrar	2	0,01148	6,39
Ligar	2	0,01148	6,39
Experiência	4	0,01148	6,39

Fonte: análise Iramuteq, BRAUN, 2019

A análise do corpus textual 2 nos mostra que o graduando de enfermagem, apesar do temor pelo setor de terapia intensiva, reconhece a monitorização multiparamétrica como uma extensão do seu potencial de trabalho, porém, reconhece que é necessária uma perfeita compreensão clínica do paciente e é imprescindível saber manusear o equipamento e conhecer seus parâmetros.

6. APRESENTAÇÃO DE DADOS QUALITATIVOS

Ponte e Silva (2015) ressaltam que o conforto é um dos resultados esperados das práticas cotidianas dos profissionais de enfermagem e que transcende a sua dimensão cuidativa.

Através da análise das entrevistas percebemos que os graduandos de enfermagem veem o conforto como algo possível e importante, embora no momento de internação em UTI não seja prioritário ao restabelecimento da saúde.

Ao analisar a grade curricular do curso de enfermagem na universidade onde o estudo foi realizado, bem como o currículo vigente e cursado pelo grupo entrevistado, observa-se a abordagem dos conteúdos relacionados as tecnologias do cuidar na disciplina de Sistematização do Cuidar I, que ocorre no terceiro período da graduação.

Após esse momento, e pensando nos tópicos que são foco deste estudo, verificamos que os conteúdos relacionados a conforto são trabalhados pela primeira vez na disciplina Sistematização do Cuidar II, no quarto período, juntamente a tópicos como higiene, organização do leito e cuidados com a integridade cutânea.

Porém, conforto é tema abordado em cada ensino clínico, visando reforçar no aluno a importância de preservar tanto a privacidade quanto a integridade do cliente durante a assistência. Ficando ainda restrito no que tange o aspecto social, ambiental e psíquico.

Em se tratando das tecnologias duras, especificamente máquinas e equipamentos de cuidados intensivos, o primeiro contato ocorre no sétimo período, durante as disciplinas de Ensino Clínico em Alta Complexidade teórico

e prático e, posteriormente, durante o estágio Supervisionado em alta complexidade, no décimo período.

E, diante dessas considerações, partimos à discussão a respeito dos achados analisados pelo IRAMUTEQ sobre os discursos dos graduandos.

De acordo com as representações dos graduandos, o conforto do paciente está diretamente ligado ao conhecimento da tecnologia em questão, permitindo a prestação de uma assistência de qualidade, o que coaduna às ideias de Souza et al (2018).

Os autores referem que para o cuidado ao doente crítico e a demanda e utilização do arsenal tecnológico específico, o enfermeiro deve ter conhecimentos e habilidades no que concerne à operacionalização da máquina e à adequação das necessidades de quem precisa dela. Evidenciamos essas representações nas seguintes falas:

“Então pra se manter um bom conforto também é preciso ter um bom conhecimento desse aparelho, como é que ele funciona e em que momento ele tá dando algum trabalho, algum problema pra não estar ofertando essa assistência com qualidade. A maior barreira que nós encontrávamos era muitas das vezes a falta de conhecimento, muitas das vezes tinha que chamar uma pessoa que tinha uma intimidade maior para que a assistência fosse dada de forma adequada.” (n_30)

“É importante ter o material necessário. É importante o enfermeiro se capacitar pro que ele vai fazer, estar sempre se capacitando.” (n_56)

“A adequação do tratamento, a estabilidade do paciente, tá sempre atento aos números do monitor, estar sempre atento a expressão do paciente, as vezes o paciente não tem como falar mas, o rosto fala, a expressão fala, o olhar fala, tudo isso é muito relevante pro paciente monitorizado.” (n_48)

“Ah eu acho que se a pessoa não souber, não tiver conhecimento fica um pouco perdido em relação aos parâmetros, tem pessoas que se ligam muito em questão de cor e isso varia de monitor pra monitor, e acaba se perdendo então tem que meter a cara mesmo no estudo e ficar ligado nessa questão que cada empresa vai ter um padrão e prestar atenção nas informações que está mostrando no monitor, não ficar se prendendo só em cores, porque varia e você pode cometer erros por causa disso.” (n_24)

Ribeiro, Silva e Ferreira (2016), em seu estudo sobre eventos adversos relativos à tecnologia em terapia intensiva, discorrem sobre a preocupação com a segurança do paciente em uso das tecnologias da UTI e, referem ainda que, a defesa do cuidado tecnológico demanda dos profissionais conhecimentos apropriados que subsidiem o manejo das máquinas e interpretação das

informações por elas geradas. Assim, corroborando com as percepções descritas pelos graduandos.

Considerando a Teoria do Conforto proposta por Katherine Kolcaba, identificamos as representações dos graduandos para suas formas alívio, tranquilidade e transcendência, conforme demonstradas no trecho abaixo:

“Eu acho que além daqueles confortos de botar coxin, de elevar cabeceira ou não, ver temperatura, ou não, eu acho assim, se a gente apresentar pra ele conforto né, as vezes o mínimo, conforto pra aquele paciente é você estar do lado dele, mesmo se você não sabe se ele tá ouvindo ou não, você falar pra ele que a gente está ali, que ele não tá sozinho, a gente tá cuidando dele, talvez isso gere um conforto, talvez a gente conforte ele colocandocoxins, mas as vezes a gente não tá gerando conforto porque tá ali só fazendo como se fosse um corpo, não uma pessoa, mas também você estar lá perto dele, conversando, confortando a pessoa. Isso também é um conforto né.” (n_52)

“O conforto ele tem que ter, mesmo se ele estiver numa UTI ou em um atendimento normal, eu acho que conforto todo paciente tem que ter porque eu acho que isso é o primordial até pra ele se sentir melhor no local, porque você já tá dentro do hospital e ainda não ter um conforto, acho que piora qualquer quadro. Significa pra mim é atender o paciente bem, é deixar o paciente a vontade, é deixar o paciente colocar suas dúvidas, é deixar o paciente, é atentar a tudo que o paciente pode demonstrar de bom ou ruim, e ter o maior cuidado que for com o paciente por que a gente tá ali pra isso e eles precisam da gente.” (n_39)

“Eu acredito que o conforto na assistência de enfermagem é melhorar o estado já crítico daquele paciente, então proporcionar conforto a ele elevando a cabeceira da cama, conversando, trazendo familiares, conversar com familiares, aproximar esse paciente desse familiar, proporcionar conforto no estado dele, na limitação que ele tá, proporcionar conforto no estado dele. O conforto do paciente monitorizado, eu vou confortar como, conversando com ele, por mais que ele esteja ali, ele não...” (n_31)

Dentro da representação do conforto do paciente monitorizado, os graduandos consideram as possibilidades de conforto também ligadas às crenças e empenho profissional na realização dos cuidados, mesmo com as dificuldades encontradas nas unidades e relatadas nas falas deles, consideram possível e necessário promover cuidados confortantes.

Santos et al (2018), em seu estudo sobre assistência humanizada refletem a necessidade de produção do conhecimento acerca desta temática pois, muitas vezes, esta não é muito explorada no cotidiano de trabalho, em virtude da rotina diária do setor e das atribuições inerentes aos profissionais de enfermagem.

Os autores referem ainda, que essa reflexão pode fazer com que os enfermeiros repensem suas condutas perante a assistência que proporcionam aos pacientes em estado crítico, para que sejam de qualidade e baseadas em valores humanísticos.

Nos cenários envolvidos nos estágios e, conseqüentemente, nessa pesquisa, foram evidenciadas precariedades no cuidado, tanto no âmbito material, estrutural quanto no profissional.

“Então, e aí essa mudança de decúbito é muito importante, é um dos setores onde mais se encontram úlceras por pressão, onde você vê aquelas úlceras enormes porque as equipes de enfermagem não fazem a mudança de decúbito, que é um trabalho nosso. Fazer a monitorização continua, ah é tudo no automático, não pode ser tudo no automático, você tem que tá ali assistindo ele e fazendo os relatórios conforme ele tá apresentando naquele momento.” (n_27)

“Pelo que eu vi, conforto zero, conforto zero. Seria possível se os profissionais quisessem fazer aquilo. Hoje o que eu vejo é um tanto faz. Eu acho que estamos aí pra mudar isso, tratar as pessoas como humano.” (n_28)

“Eu acho que os profissionais em si não pensam muito nisso. As pessoas, elas pensam só no trabalho e fazer o seu e, as vezes, esquecem que a pessoa precisa do conforto, mesmo não estando responsivo.” (n_54)

“Eu, eu acho que eu considero um pouco precário, eu não, depende da instituição também, que eu não vejo que tem assim muito conforto não em relação a enfermagem...” (n_52)

“Eu acho que varia muito da instituição, porque no hospital que eu trabalhei, lá tinha de tudo, tanto de profissionais quanto de material, e dependendo de outras instituições acho que já não é tanto, já tá um pouquinho precário. Eu acho que o conforto é ele estar bem posicionado, é ter bastante assistência ali, estar bem acolhido, é ter proteções também, botar coxins, o máximo de atenção possível em cima desse paciente.” (n_42)

Silva et al (2019) referem a importância do estágio curricular supervisionado na formação do profissional enfermeiro como um processo de aprendizagem necessário ao enfrentamento dos desafios da carreira, onde os estudantes são incentivados a conhecerem espaços e contato com a realidade sociocultural da população e da instituição.

Consideram ainda, o período de estágio como um momento crítico para os futuros profissionais pois é um momento de transformações intensas no modo de pensar-agir dos alunos.

Tendo como referência a Teoria do Conforto proposta por Katharine Kolcaba, onde Ponte e Silva (2015) reforçam os quatro contextos que ocorrem do conforto: físico, psico-espiritual, ambiental e sociocultural, consideramos os trechos a seguir:

- Conforto físico:

“Em questão de tentar amenizar o máximo possível aquela dor pro paciente que tá na UTI. O conforto, assim, o que eu acho, o conforto do paciente monitorizado, a gente tem que verificar os sinais que tá sendo dado pra gente, se ele tá estável, se os sinais que ele está fornecendo esteja nos parâmetros normal que mostre que ele não tá em sofrimento, que não esteja sentindo dor, a partir dali que você vai conseguir ter um cuidado, ali tá mostrando o que ele tá sentindo, que se caso ele tiver uma dor, alguma coisa, ele vai tá mostrando ali, então a gente vai conseguir dar um conforto melhor pra amenizar aquilo que ele vai sinalizar pra gente.” (n_07)

“Bem posicionado ao leito, posicionado de uma forma simétrica né, e assim, não sei, não consigo pensar em nada muito diferente que poderia estar acontecendo ali no paciente com o monitor, nenhum tipo de posicionamento específico que ele pudesse ficar que ele não pudesse ter conforto. Você sempre vai poder proporcionar um conforto pra ele. Sim, o conforto é possível, sim.” (n_10)

- Conforto sociocultural:

“Eu acho que a gente tem que pensar o conforto não só como um todo pro paciente mas, em questão geral também pra gente, nos colocando no lugar do paciente. Pra mim significa tudo, o conforto é essencial.” (n_16)

“...e passar para o paciente que ele está num momento delicado, momento que tá longe do seu convívio familiar e a única pessoa que ele tem mais próximo a ele é o profissional de enfermagem, e ele vai passar esse conforto para ele através de uma, através de uma comunicação, através de ações que possa, até mesmo, na prescrição dele incluir a família nesse cuidado, nesse conforto.” (n_06)

- Conforto psicoespiritual:

“É feito o possível e o impossível pra conseguir deixar ele confortável naquela situação, mesmo que ele não esteja consciente.” (n_07)

“Dando atenção, explicando todo o procedimento que você vai fazer, o que você tá colocando, tirando as dúvidas caso ele pergunte e mesmo caso ele não perguntando, você, ao se apresentar pra ele pra fazer os procedimentos, você falar pra ele o que está fazendo pra deixar o paciente mais confortável, mais confiante.” (n_02)

- Conforto ambiental:

“O conforto, eu acho que ele é extremamente importante pro paciente porque ele tá ali acamado, com um grau de patologia que está deixando ele debilitado, e eu acho que o conforto é o mínimo que a gente pode fazer para que aquele paciente se recupere e proporcionando isso com qualidade.” (n_16)

“...foi observar tudo o que estava acontecendo com e promover o conforto a ele, trocar a roupa de cama dele, secar ele e tentar elevar o nível do ar condicionado enquanto não resolvia o que estava promovendo que ele suasse absurdamente como estava acontecendo. Conforto do paciente.” (n_08)

Nota-se nas falas a preocupação do graduando com o conforto em todos os contextos, em acordo com Silva, Carvalho e Figueiredo (2011), que conceituam o conforto como sendo um estado de relaxamento experimentado no corpo seguido de bem-estar físico, psico-espiritual e social, em detrimento do cuidado de enfermagem e da satisfação de cada necessidade apresentada pelo paciente que pode culminar em qualidade de vida.

Considerando a UTI como um local onde as ações são visualizadas com enfoques diferentes, mas com o cunho de empregar o cuidado de enfermagem, buscando a proteção, promoção e recuperação da saúde dos pacientes, para Santos et al (2018), estas ações integram com rigor o modelo científico e sistematizado, mecanizado e especializado, implementado à beira leito, visto a alta complexidade e instabilidade das condições do paciente, reforçando então a necessidade de reflexão acerca do sentido real da assistência como forma de cuidado, a qual deve ser associada à humanização.

Em se tratando da assistência de enfermagem em UTI, especialmente ao uso do monitor multiparamétrico, o graduando representa a necessidade ímpar de atenção à monitorização e aos sinais demonstrados pelo paciente de sua evolução clínica.

Bridi, Silva e Louro (2014), ressaltam que, para uma monitorização adequada, devem ser seguidos princípios referentes a itens como o preparo da pele do paciente, posicionamento de eletrodos, cabos, sensores e sistemas de transdução elétrica, bem como programação e configuração dos sistemas do equipamento, ajuste de sensibilidade, ganho do traçado de ECG, derivação escolhida e indicada de acordo com os comprometimentos do paciente, bem como as faixas de alarmes máximos e mínimos, que alertarão a equipe caso ocorra alguma alteração inadequada.

A adoção de todos esses princípios está relacionada a diminuição da ocorrência de falsos alarmes por interferência, o que está relacionado à dessensibilização da equipe, desconfiança e falta de resposta, caracterizando a fadiga de alarmes.

Bridi, Silva e Louro (2014), referem ainda que para o acompanhamento do paciente crítico, a importância da monitorização é inquestionável para a visualização rápida de alterações clínicas.

Neste aspecto, o graduando de enfermagem percebe o monitor como parceiro ao cuidar seguro e prático, assim como reconhece as possibilidades de falha no plano assistencial caso não seja identificado um eventual problema com a tecnologia, como interferências por cabos danificados ou leituras errôneas de oximetria por uso de esmaltes, por exemplo:

“Eu penso que é um trabalho diferenciado onde o nosso cuidado tem que ser mais especial do que algumas áreas, onde nós temos que nos dedicar exclusivamente aos pacientes e a tudo que compõe a UTI, como o monitor, onde muitas vezes o paciente se encontra sedado, ele não nos demonstra com palavras ou atitudes o que ele está sentindo então a gente tem que prestar mais atenção nos detalhes da monitorização do paciente e também da sua face, e as vezes em alguns gestos ou atitudes que eles demonstram pra gente o que ele está sentindo naquele momento.” (n_08)

“O uso do monitor, ele te auxilia, desde que você saiba trabalhar com ele, domine, senão você acaba atrapalhando o cuidado com o seu paciente. Como o próprio equipamento pode mudar de hospital pra hospital, muitas das vezes você pode pegar um equipamento que você talvez não esteja dominando a técnica.” (n_46)

“...é não ficar preso ao monitor, porque muita coisa interfere entre o paciente e o monitor, e as vezes não é tão fiel, então você tem que olhar primeiro pra clínica do paciente, se tem a ver ou não com o que o monitor está dando de parâmetro e é isso, não olhar direto pro monitor, estar sempre preocupado com o paciente de forma integral.” (n_03)

“...nem sempre o que está mostrando no monitor, o meu paciente tá mostrando fisicamente, de repente pode ser algum problema, falha mecânica, falha técnica e não propriamente dita do paciente, e as vezes é realmente a falha do paciente e não do monitor, e vice-versa.” (n_43)

“...eu acho que o enfermeiro tem toda uma garantia com o monitor, já que ali ele tá vendo todos os parâmetros de PA, de frequência cardíaca, tudo ali, então ele fica mais tranquilo, vendo que tá tudo ok. Quando não tá, ele tem que ficar aferindo, tem que ficar verificando os sinais vitais, dá muito mais trabalho pra ele. Eu acho que ele fica mais tranquilo com o uso de todos os equipamentos.” (n_37)

Ribeiro, Silva e Ferreira (2016) reconhecem que nos cenários de terapia intensiva se concentram os pacientes mais vulneráveis a eventos adversos em razão de suas características clínicas e, descrevem estudos diversos onde os equipamentos são descritos como importante fonte de situações que comprometem a segurança do paciente.

A partir desta concepção observamos, na análise das entrevistas, que os sujeitos dessa pesquisa entendem a UTI como um local de trabalho desafiador, principalmente para quem não tem experiência profissional, como é o caso deles.

Nascimento e Barbosa (2017) descrevem grandes lacunas entre a vivência acadêmica e a vivência profissional pois a realidade diverge nos serviços, onde o profissional vive dilemas, incertezas, conflitos pessoais e falta de recursos para o desenvolvimento do seu trabalho.

Em relação ao trabalho em UTI:

“É um trabalho que requer muito cuidado, comprometimento, muita atenção também porque são os pacientes que estão mais frágeis, com as situações mais difíceis, e requer muita atenção da equipe. Ah é delicado mas ao mesmo tempo é um serviço que requer muito da equipe médica em geral, da equipe total de enfermeiros, de técnicos, pra que seja feito um bom trabalho com o paciente e tenha, nem sempre tem um bom resultado, mas o que se deseja é que tenha um bom resultado.” (n_57)

“O trabalho em UTI, ele é complexo né, e tem que ter um trabalho em equipe, porque se você não funcionar, se a equipe não estiver trabalhando junto, não conseguimos almejar o objetivo, que é a melhora e o bem estar do paciente. Pra mim, o cuidado é redobrado, muita atenção né, tem que tá sempre atento a tudo, qualquer dorzinha, qualquer queixa, então nós temos sempre que estar muito atento a esse paciente.” (n_51)

“Pra mim cuidar de um paciente criticamente enfermo é um cuidado a todo momento do seu plantão, como eu falei na pergunta anterior, você não pode se descuidar nenhum instante, você tá ali pra servir a ele em todos os momentos, esteja ele bom, piorando ou bem ou estável, você tem que estar ali pra ajudar.” (n_39)

“Muita responsabilidade e tem que ser muito humanizado também, que as pessoas estão muito debilitadas lá dentro da UTI e precisando totalmente de atenção e cuidado.” (n_48)

Os graduandos ressaltam a importância do trabalho em equipe, porém, apresentam uma visão focada na equipe de enfermagem, não considerando a equipe multiprofissional na promoção do trabalho em saúde que, segundo Evangelista et al (2016), é proposta pela circulação de saberes que repercute no compartilhamento de poderes e de produção de cuidado.

Em seu estudo sobre humanização e fragmentação da equipe no processo de trabalho, os autores constataram que a experiência e os diferentes saberes constituem conteúdos de troca durante a produção de cuidado, uma construção de conhecimento intrínseco à prática.

Vale ainda destacar que, quando pensamos em equipe multiprofissional, devemos incluir não apenas médicos e enfermeiros, que são vistos como responsáveis pelas funções assistenciais ao paciente criticamente enfermo, mas também a chamada equipe de apoio, que envolve nutricionistas, psicólogos, fonoaudiólogos, farmacêuticos, entre outros.

Neto et al (2016), inferem que para promover uma assistência de qualidade, garantindo a segurança e a redução do sofrimento do cliente e de seus cuidadores, se faz essencial a prática colaborativa entre os vários profissionais de saúde.

Outro aspecto reconhecido na percepção do graduando foram as possibilidades de perdas e o enfrentamento da morte. Praxedes, Araújo e Nascimento (2018) evidenciaram em seu estudo com docentes e discentes que as sensações e os sentimentos que envolvem o processo de morte e morrer, são muito negativos, tomados de muita tristeza, revolta, impotência e medo.

E que, para os autores, é perceptível que os graduandos de enfermagem não conseguem pensar, refletir, encarar a morte e o morrer de uma forma menos traumática, embora tenham consciência de que se trata de algo comum e natural, com qual deverão se acostumar devido às especificidades da profissão.

Embora a UTI não represente necessariamente local de morte, esta é assim reconhecida pela maioria das pessoas:

“Acho que requer muita atenção, é muito delicado, e tem que ter um pouco de amor mesmo por aqueles pacientes. É muito difícil, eu acho que mexe muito com o lado psicológico.” (n_42)

“Você ver um paciente crítico, dependendo de quem for o paciente, uma criança, jovem, um idoso, acho que emocionalmente a gente tem que estar muito bem, bem resolvido,...” (n_52)

“Eu acho complicado porque sinceramente eu não sei lidar com perda, ainda não trabalhei meu psicológico para lidar com isso.” (n_22)

Durante a graduação, no decorrer do oitavo período, os acadêmicos de enfermagem, sujeitos deste estudo, se aproximam de conteúdos relativos aos processos de morte e morrer com o estudo da disciplina obrigatória de tanatologia, que tem como proposta o desenvolvimento de competências e habilidades como o reconhecimento dos aspectos éticos, bioéticos, culturais e assistenciais ligados a morte e ao paciente terminal.

Camelo e Souza (2017), descrevem a tanatologia como o estudo da morte, como uma ciência consolidada com o intuito de humanizar as relações no momento da morte. Referem ainda que o enfermeiro, por assistir ao ser humano em todas as fases da vida, deve ter subsídios para lidar com pacientes terminais.

Sampaio et al (2018), abordam as dificuldades dos enfermeiros em assistir pacientes com prognóstico reservado e em fase terminal ligadas a percepção da proximidade da morte como geradora de sentimento de impotência e culpa no profissional envolvido no cuidado.

Sentimentos esses já fundamentados durante a graduação, visto que, segundo Camelo e Souza (2017), os acadêmicos de enfermagem são preparados para atuar na cura das patologias e aos métodos que prolonguem a vida, excluindo a morte do processo vital e, sendo assim a morte mostra-se como insucesso, gerando tristeza, decepção, inconformismo, insatisfação, angústia, ansiedade, depressão, fragilidade, autorreprovação, baixa autoestima, injustiça, desamparo, fracasso, choque, aversão, raiva ou frustração.

Os estudos sobre as tecnologias do cuidar em UTI realizados por Souza et al (2018) evidenciaram que o uso de tecnologias em saúde repercute as inovações tecnológicas como favorecedoras do aprimoramento do cuidado, principalmente as tecnologias duras, visto que o ambiente de terapia intensiva é caracterizado por ser um local especializado e de tecnologias destinadas a pacientes que necessitam de cuidados específicos e vigilância contínua para o restabelecimento da saúde.

Não obstante o pensar dos sujeitos dessa pesquisa, que percebem a qualidade da assistência atrelada ao conhecimento e a experiência profissional, corroborando à conclusão de Souza et al (2018) que dizem que “o uso das tecnologias do cuidar em saúde, nas atribuições de enfermagem desenvolvidas nas unidades de terapia intensiva, deve estar articulado para se atingir uma melhor assistência aos pacientes que se encontram nesse ambiente.”

“...Ah eu acho que se a pessoa não souber, não tiver conhecimento fica um pouco perdido em relação aos parâmetros, tem pessoas que se ligam muito em questão de cor e isso varia de monitor pra monitor, e acaba se perdendo então tem que meter a cara mesmo no estudo e ficar ligado nessa questão que cada empresa vai ter um padrão e prestar atenção nas informações que está mostrando no monitor, não

ficar se prendendo só em cores, porque varia e você pode cometer erros por causa disso...” (n_24)

“É bem abrangente na questão de, o termo já até diz, da complexidade, então você tem que ter um domínio do conhecimento que você tem que ter, é bem complexo, tem que dominar várias áreas pra poder dar uma boa qualidade, da assistência. É bem complexo, é algo que nos traz muito conhecimento, digamos assim.” (n_30)

“Eu penso que é um trabalho bem delicado, requer muita atenção, conhecimento, não só um conhecimento técnico mas teórico, e também o conhecimento do paciente que vai estar ali exposto.” (n_52)

“...tem que ter muita atenção, saber entender a monitorização, saber usar, ver sempre a pressão que ele vai te passar sobre a monitorização, e também saber cuidar do paciente que vai estar monitorizado o tempo todo.” (n_57)

Silva e Ferreira (2011) concluem ainda, que o modo como o cuidado se processa é dependente da representação que os sujeitos produzem sobre a tecnologia. Penso que o modo como os sujeitos representam o conforto também influencia no cuidado, principalmente após analisar as falas dos sujeitos desse estudo.

“Eu acho primordial o enfermeiro dar uma assistência total pra que esse paciente tenha o conforto já que nesse, é um local que é tão, assim, o paciente se vê tão só, então acho que todo conforto, toda atenção necessária pra esse paciente é de extrema importância.” (n_01)

“Eu acho que é extremamente importante, porque o mínimo do que o paciente merece é o conforto no período frágil que ele tá vivendo, porque de você ir pro pronto socorro tomar medicação a ficar internado são dois extremos porém, na mesma linha né, você tá desconfortável a partir momento que você tá com uma doença com dor e você tá sendo cuidado por um estranho, então eu acho que o conforto tem que ser o primeiro de tudo que se deve pensar ao cuidar de um paciente.” (n_13)

“O conforto é sempre disponibilizar pro paciente o conforto em relação ao atendimento, aos cuidados, a como o paciente vai estar no ambiente que ele estiver internado, como ele vai ser cuidado, tratado, alimentado, todo o conjunto da obra. Eu diria deixar ele numa posição confortável, pro paciente que vai estar internado, conforto em relação aos cuidados, conforto também em relação a família, você sempre prestar um atendimento de deixar claro as coisas, não esconder e, ter sempre uma atenção maior a esse paciente.” (n_57)

“Ah é passar isso pro paciente, passar isso pra família, botar o paciente numa maneira que ele se sinta bem, tanto em questão de cuidado, de monitorização, decúbito, tudo. Conforto, se ele puder me responder, perguntar pra ele, se realmente aquilo tá fazendo bem, se não tá, se tá machucando, ver se ele tem alguma dúvida, se o familiar tem alguma dúvida, entendeu, caso tenha, que você tire sua...” (n_53)

Rodrigues (2016) refere que a importância do aparato tecnológico, a objetividade do cuidado em UTI não deve sobrepor às necessidades humanas

do paciente, a tecnologia deve ser usada em favor da vida e associada aos cuidados de enfermagem.

Assim entendemos que o conforto do paciente em uso de monitorização multiparamétrica, na perspectiva do graduando de enfermagem, é possível desde que os profissionais envolvidos no cuidado tenham conhecimento sobre o aparato tecnológico, bem como sobre a clínica apresentada individualmente por cada paciente possibilitando, assim, o planejamento do cuidado além de especializado, individualizado.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo buscou conhecer e analisar as representações sociais de graduandos de enfermagem acerca do conforto de pacientes em uso de monitorização multiparamétrica em UTI e identificar no discurso dos acadêmicos de enfermagem possíveis elementos que possam influenciar a promoção de medidas de conforto a estes pacientes.

O pressuposto deste estudo era que existe, na formação do enfermeiro, uma supervalorização da tecnologia como precursora de segurança, em detrimento do conforto do paciente.

O estudo das representações sociais nos permitiu compreender melhor a percepção do acadêmico de enfermagem a respeito do conforto do paciente monitorizado, através da análise das entrevistas utilizadas como técnica para coleta de dados.

Frente aos conteúdos apresentados nos resultados e considerando o referencial teórico, verificamos que há uma tendência do graduando em enfermagem a perceber o conforto à parte dos incômodos provocados pelo monitor multiparamétrico e seus dispositivos.

Os graduandos referem não existir diferenças entre cuidar de pacientes monitorizados e cuidar de pacientes sem o uso do monitor, a não ser aquelas referentes ao tipo de paciente que necessita da monitorização que, eles entendem, são naturalmente mais graves e delicados do que os que não necessitam de tal tecnologia.

O monitor multiparamétrico é compreendido pelos estudantes de enfermagem como um aparato auxiliar à assistência multiprofissional do paciente crítico, é representado pela necessidade de conhecimento total do funcionamento da máquina, suas funções e possíveis transtornos.

O graduando reflete a importância do conforto físico de forma prioritária, mas também considera o conforto proporcionado pela atenção, comunicação, a relação com a família do paciente e tudo que envolve o processo de internação.

Percebeu-se nos discursos, a preocupação com o conforto físico, principalmente relacionado à dor e as possibilidades de iatrogenias, como lesões por pressão e outras relacionadas a dispositivos, por exemplo.

Ocorreram também considerações a respeito dos contextos psico-espiritual e ambiental, emergido em preocupações com os sentimentos do paciente relativos à solidão, distanciamento da família, temperatura e não identificação de si mesmo no ambiente da UTI.

A principal menção ao contexto social se reflete nas preocupações com as famílias dos pacientes, porém, essa preocupação foi percebida em relação aos familiares que, segundo a fala dos graduandos, ficam angustiados e desejosos de maiores informações a respeito do ente querido e não, como se supõe, a preocupação com a necessidade do conforto social da relação e convívio com os familiares.

Ao que pesa a tecnologia dura em questão, o monitor multiparamétrico, os graduandos o representam como um aparato que tem a função de ajudar aos profissionais de enfermagem, facilitando seu trabalho na aferição dos sinais vitais e interpretação clínico-patológica dos pacientes.

Mas, por outro lado, demonstram perfeita consciência de que este não é tão bom, e que pode até ser prejudicial, caso o profissional em questão não tenha o domínio de seu funcionamento, bem como dos parâmetros desejáveis e condições do paciente.

Portanto, o conforto dos pacientes monitorizados é representado de forma independente, ou seja, o graduando de enfermagem entende que o conforto é possível e é algo primordial na assistência a ser prestada, com ou sem monitorização multiparamétrica, compreendendo ainda que existem contextos diferenciados ao pensar e promover cuidados confortantes.

A análise das entrevistas traz ainda um outro ponto significativo ao pensar em cuidados confortantes, que são as questões institucionais. Os graduandos de enfermagem não hesitaram ao relatar e comparar as condições dos cenários de práticas e estágios, que eram um hospital municipal no Rio de Janeiro e um hospital privado acreditado em Niterói.

Os sujeitos da pesquisa consideram que fatores institucionais que envolvam aquisição de equipamentos, insumos e recursos humanos adequados interferem diretamente na promoção do conforto.

Considerando que as representações sociais regem as relações das pessoas com o mundo e com os outros, orientam e organizam as condutas, compreender as representações sociais dos graduandos de enfermagem influenciam na orientação e formação de enfermeiros conscientes da importância da promoção de cuidados confortantes, independentemente de quais forem as tecnologias envolvidas.

Diante de todas as considerações aqui expostas, houve a grata surpresa em perceber a não supervalorização da tecnologia dura na formação desses novos profissionais, visto que o graduando de enfermagem representa o conforto do paciente monitorizado como algo possível e primordial na assistência em UTI, não desconsiderando a segurança proporcionada pelo monitor multiparamétrico, desde que utilizado de forma correta e com discernimento.

Esta constatação se contrapõe a alguns estudos feitos com profissionais de enfermagem com tempos variados de experiência em UTI, o que nos leva a refletir sobre a formação profissional do enfermeiro e a esperança de um futuro com cuidados mais confortantes na terapia intensiva onde, o domínio do conhecimento da alta tecnologia existente venha a complementar a atenção no paciente em sua totalidade, considerando todas as suas necessidades de conforto abrangendo todos os contextos.

A partir da mencionada constatação, podemos inferir que a mudança no comportamento profissional reflete as características dessa geração que vem chegando ao mercado de trabalho, a chamada geração Y ou, a geração do milênio, visto que é composta por sujeitos jovens, habituados ao convívio com tecnologias diversas e, sendo assim, estas não se fazem o foco da atenção desses futuros profissionais.

Diferente da geração anterior, a geração X, que vivenciou o desenvolvimento tecnológico já na fase adulta e, assim, se encantando com as novidades trazidas por este.

Este estudo apresenta sua relevância para a assistência ao considerar as necessidades de compreensão e busca de meios para alcançar os objetivos de qualidade e segurança no processo do cuidar, através do reconhecimento do potencial característico dessa nova geração de profissionais, que não se contenta com pouco, e nem com rotinas desprovidas de desafios ou compensações.

Considerando a pesquisa, tivemos a oportunidade de perceber a necessidade de estudos e reflexões acerca dos agentes motivadores, dos melhores meios de incentivo e de estímulo do potencial intelectual e energético dessa geração para a evolução da enfermagem enquanto ciência.

E pensando no ensino, supomos que, ao analisar a grade curricular e seus conteúdos, bem como a maturidade acadêmica nas quais os acadêmicos tem contato com temas relevantes envolvendo as tecnologias do cuidar, conforto e o processo de morte e morrer, talvez seja necessária uma reorganização das disciplinas, com o objetivo do melhor aproveitamento e preparo do futuro profissional no enfrentamento de situações do dia-a-dia laboral.

Como limitação deste estudo, encontramos pouco volume de publicações acerca das perspectivas dos graduandos relacionadas ao conforto dos pacientes, de forma generalizada.

Devido a essa limitação, os estudos trazidos à discussão mantem seu foco em profissionais enfermeiros em suas atividades laborativas e, assim, não permitindo amplo confronto dentro do universo do profissional em formação.

Portanto, percebemos a necessidade de maior quantitativo de pesquisas e publicações atualizadas abordando tanto o conforto quanto a perspectiva do estudante de enfermagem.

Quando plantamos a semente do cuidar com amor e respeito, semeando empatia, podemos contar com importantes possibilidades de formar profissionais enfermeiros além de capacitados, conscientes do que é o conforto, das formas existentes de cuidados confortantes, onde a tecnologia

dura (monitor multiparamétrico) seja respeitada e vista como importante coadjuvante no processo assistencial.

E, conhecendo “quem é” o nosso aluno, suas características sociais, educacionais e culturais de uma geração; sabendo o que ele almeja, como ele reage aos estímulos e resultados, podemos nos aproximar de métodos e didáticas mais apropriadas e interessantes para a qualidade acadêmica na formação desse futuro profissional.

8. REFERÊNCIAS:

ALMEIDA, C.M.T.; ALMEIDA, F.N.A.S.; Escola J.J.J.; Rodrigues V.M.C.P. The technological influence on health professionals' care: translation and adaptation of scales. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. 2016; 24: e 2681. Available in: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v24/pt_0104-1169-rlae-24-02681.pdf DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.0990.2681>. Acesso em: 20 de abr. 2019.

ARAÚJO, E.C. A espiritualidade nos cuidados de enfermagem ao paciente hospitalizado. **Journal of Nursing UFPE on line** - ISSN: 1981-8963, [S.l.], v. 9, n. 8, sep. 2015. ISSN 1981-8963. Available at: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/10737>. doi: <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v9i8a10737p%p-2015>. Acesso em: 21 de abr. 2019.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Tradução Luiz Antero Reto Augusto Pinheiro. São Paulo: Edições 70, 2011.

BARUZZI, A.C.A.; IKEOKA, D.T. Point of View. End of life and palliative care in intensive care. **Rev Assoc Med Bras**. 2013, 59(6): 528-530. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/ramb/v59n6/en_v59n6a02.pdf. Acesso em: 21 de abr. 2019.

BATISTA, E.C.; MATOS, L.A.L.; NASCIMENTO, A.B. A entrevista como técnica de investigação na pesquisa qualitativa. **Revista Interdisciplinar Científica Aplicada**, Blumenau, v.11, n.3, p.23-38, TRI III 2017. ISSN 1980- 7031

BATISTA VC, MONTESCHIO LVC, GODOY FJ, *et al.* Necessidades de Familiares de Pacientes Internados em Unidade de Terapia Intensiva. **Rev Fund Care Online**. 2019.11(n. esp):540-546. DOI: <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2019.v11i2.540-546>

BERENGUER, S.M.A.C.; PINTO, S.M.O. The competence for the spiritual care in nursing. **Journal of Nursing UFPE on line** - ISSN: 1981-8963, [S.l.], v. 10, n. 6, p. 4974-4975, nov. 2016. ISSN 1981-8963. Available at: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/11281/12928> DOI: <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v10i6a11281p4974-4975-2016>. Acesso em: 21 de abr. 2019.

BRASIL, Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **RESOLUÇÃO Nº 466, DE 12 DE DEZEMBRO DE 2012**. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html Acesso: 09 de ago. 2016.

BRASIL, Resolução n.7 de 24 de fevereiro de 2010 – Ministério da Saúde. **Dispõe sobre os requisitos mínimos para o funcionamento de Unidades de Terapia Intensiva e dá outras providências.** Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2010/res0007_24_02_2010.html. Acesso em: 28 de set. 2017.

BRIDI, A.C; SILVA R.C.L.; LOURO, T.Q. Alarmes clínicos em terapia intensiva: implicações da fadiga de alarmes para a segurança do paciente. **Rev. Latino-Am. Enfermagem.** nov.-dez. 2014;22(6):1034- DOI: 10.1590/0104-1169.3488.2513

CAMARGO, B.V.; JUSTO, A.M. Tutorial para uso do software de análise textual IRAMUTEQ. **Laboratório de Psicologia Social da Comunicação e Cognição** – LACCOS Universidade Federal de Santa Catarina, Brasil (2013). Disponível em: <http://www.iramuteq.org/documentation/fichiers/tutoriel-en-portugais> Acesso em: 28 de set. 2017.

CAMARA, R.H. Análise de conteúdo: da teoria a prática em pesquisas sociais aplicadas às organizações. **Revista Interinstitucional de Psicologia**, 6 (2), jul -dez, 2013,179-191. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/gerais/v6n2/v6n2a03.pdf> Acesso em: 30 de jan. 2019.

CAMELO, L.B.M.; SOUZA, A.M.A. A importância da Tanatologia na formação do enfermeiro. In: **Encontros Universitários da UFC, Fortaleza**, v. 2, 2017. XXVI Encontro de Iniciação à Docência. Encontros Universitários da UFC 2017. P.2244

COMAZZETTO, L.R. et al . A Geração Y no Mercado de Trabalho: um Estudo Comparativo entre Gerações. **Psicol. cienc. prof., Brasília** , v. 36, n. 1, p. 145-157, Mar. 2016. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1982-3703001352014>. Acesso em: 20 de abr. 2019.

COOPER, D.R.; SCHINDLER, P.S. **Pesquisa em Administração**. 12ª edição. AMGH editora Ltda. Porto Alegre, RS, 2016.

CUNHA, Y.F.F.; SOUSA, R.R. Gênero e enfermagem: Um ensaio sobre a inserção do homem no exercício da enfermagem. **RAHIS**, v.13, n. 3, ago.2017. DOI: <http://dx.doi.org/10.21450/rahis.v13i3.4264>. Acesso em: 04 de ago. 2019.

Evangelista, V.C.; Domingos T.S.; Siqueira F.P.C.; Braga E.M. Multidisciplinary team of intensive therapy: humanization and fragmentation of the work process. **Rev Bras Enferm [Internet]**. 2016;69(6):1037-44. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0221>. Acesso em: 25 de jan. 2019.

EYGO, H.; TEIXEIRA, I.; FERNANDES, I.F. Tecnologias de cuidado em saúde mental: proposta transdisciplinar no portal (en)cena. **Revista Interdisciplinar da Universidade Federal do Tocantins**. Tocantins, v.02, n.01, p.215-229, jul./dez.2015

FHBMEDICAL. **Monitor Multiparamétrico, um equipamento versátil e imprescindível.** 2017. Disponível em: <http://fhbmedical.com.br/monitor-multiparametrico/> Acesso em: 25 de jan. 2019.

GOMES, A.M.T.; ESPÍRITO SANTO, C.C. A espiritualidade e o cuidado de enfermagem: desafios e perspectivas no contexto do processo saúde-doença. **Revista Enfermagem UERJ**, [S.l.], v. 21, n. 2, p. 261-264, ago. 2013. ISSN 0104-3552. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/7214/5210> Acesso em: 21 abr. 2019.

HADDAD, V. C. N.; SANTOS, T. C. F. A teoria ambientalista de Florence Nightingale no ensino da escola de enfermagem Anna Nery (1962-1968). **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 4, p. 755-761, 2011. Disponível em : <http://www.scielo.br/pdf/ean/v15n4/a14v15n4>. Acesso em: 25 de jan. 2019.

HIRSCH, C.D. et al. Fatores percebidos pelos acadêmicos de enfermagem como desencadeadores do estresse no ambiente formativo. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis , v. 27, n. 1, e0370014, 2018. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072018000370014>. Acesso em: 20 de jul. 2018.

JODELET, Denise. Ponto de Vista: Sobre o movimento das representações sociais na comunidade científica brasileira. **Temas em Psicologia** – 2011, vol.19, no.1, 19-26. ISSN 1413-389X *École des Hautes Études em Sciences Sociales – Paris – França*

JODELET, Denise. Ciências sociais e representações: estudo dos fenômenos representativos e processos sociais, do local ao global. **Revista Sociedade e Estado** – Volume 33, Número 2, Maio/Agosto 2018 pág 423-442

JULIANI, Thiago. A geração Z e a tecnologia na aprendizagem. **Revista CPB Educacional**. Universo Educação. (1)2016. Disponível em <https://educacional.cpb.com.br/conteudos/universo-educacao/a-geracao-z-e-a-tecnologia-na-aprendizagem/> Acesso em: 20 de abr. 2019.

JUNIOR, L. ELTINK, CF. **A visão do graduando de enfermagem perante a morte do paciente.** J.Health Sci Inst. 2011; 29(3):176-82

JUSTO, A. M. & CAMARGO, B. V. (2014). Estudos qualitativos e o uso de softwares para análises lexicais. Em: Novikoff, C.; Santos, S. R. M. & Mithidieri, O. B.(Orgs.) **Caderno de artigos: X SIAT & II Serpro** (2014: Duque de Caxias, RJ) (p. 37-54). Duque de Caxias: Universidade do Grande Rio “Professor José de Souza Herdy” - UNIGRANRIO, Caderno digital disponível em: <https://lageres.wordpress.com/>. Acesso em: 20 de abr. 2019.

LIMA, A.C.S.; MAGALHÃES, C.S.; ASSIS, S.M; SILVA, S.H.S.C. O desafio do Conhecimento. **Revista Eletrônica Inter- Legere** (ISSN 1982 -1662) Número 14, janeiro a junho de 2014. Disponível em <https://docplayer.com.br/65120491-O-desafio-do-conhecimento.html>. Acesso em: 10 de fev.2019.

LOURO, T.Q.; SILVA R.C.L.; MOURA, L.F.; MACHADO, D.A. A Terapia intensiva e as tecnologias como marca registrada. **Revista de Pesquisa: cuidado é fundamental Online**, v.4, n.3, p.2465-82, 2012. Disponível em http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/2034/pdf_580 Acesso em: 18 de ago. 2016.

MEDEIROS, A.B.A.; ENDERS, B.C.; Lira, A.L.B.D.C. Teoria Ambientalista de Florence Nightingale: Uma Análise Crítica. **Esc. Anna Nery**. 2015;19(3):518-524

MENDES, R.S.M.; CRUZ, A.M.; RODRIGUES, D.P.; FIGUEIREDO, J.V.; FIALHO, A.V.M. Teoria do conforto como subsídio para o cuidado clínico de enfermagem. **Cienc Cuid Saude** 2016 Abr/Jun; 15(2):390-395. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.4025/cienccuidsaude.v15i2.27767>. Acesso em: 25 de jan. 2019.

MERHY, ELIAS E. Em busca da qualidade dos serviços de saúde: os serviços de porta aberta para a saúde e o modelo tecnológico em defesa da vida (ou como aproveitar os ruídos do cotidiano dos serviços de saúde e colegiadamente reorganizar o processo de trabalho na busca da qualidade das ações de saúde). In: CECÍLIO, L. C. O. (Org.). **Inventando a mudança na saúde**. São Paulo: Hucitec, 1997.

MINAYO, M.C.S. Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 17,n. 3,p. 621-626, Mar. 2012. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232012000300007>. Acesso em: 30 de jan. 2019.

MINAYO, M.C.; TAQUETTE, S.R. Análise de estudos qualitativos conduzidos por médicos publicados em periódicos científicos brasileiros entre 2004 e 2013. **Revista de Saúde Coletiva Physis**. Rio de Janeiro, v.26, n.02, p.417-434, 2016.

MORAES, P.R. et al A Teoria das Representações Sociais. **Direito em foco revista eletrônica**. UNISEPE, Amparo- SP, 2014. Disponível em: http://unifia.edu.br/revista_eletronica/revistas/direito_foco/artigos/ano2014/teoria_representacoes.pdf. Acesso em: 25 de jan. 2019.

MOSCOVICI, S. **Representações Sociais: investigações em psicologia social**. Tradução: Pedrinho A. Guareschi, 11º Ed- Petrópolis, RJ: Vozes, 2015.

MUNIZ, EDUARDO. **Dependência tecnológica, o maior mal desta geração**. 31/01/2019. Disponível em: <https://www.gazetadopovo.com.br/opiniaao/artigos/dependencia-tecnologica-o-maior-mal-desta-geracao-2r72udomja0wksq5teq16oiq4/> Acesso em: 20 de abr. 2019.

NASCIMENTO, LUCILA CASTANHEIRA et al. Espiritualidade e religiosidade na perspectiva de enfermeiros. **Texto contexto - enferm**, Florianópolis , v. 22, n. 1, p. 52-60, Mar. 2013. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072013000100007>. Acesso em: 20 de abr. 2019.

NETO, JOÃO D.A.; SILVA, ISABELLA S.P.; ZANIN, LOISE ELENA; ANDRADE, ABIGAIL DE PAULO; MORAES, KESIA M. Profissionais de saúde da Unidade de Terapia Intensiva: Percepção dos fatores restritivos da atuação multiprofissional. **Rev Bras Promoç Saúde**, Fortaleza, 29(1): 43-50, jan./mar., 2016. DOI: <http://dx.doi.org/10.5020/18061230.2016.p43>. Acesso em: 20 de abr. 2019.

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

OLIVEIRA, A.P.S; NUNES, S.L.; MUSSI, J.O. O Inesperado futuro profissional: Perspectiva do Graduando em Enfermagem. **Ciências Biológicas e de Saúde Unit | Aracaju** | v.3 | n.3 | p.79-94 | Outubro 2016 | periodicos.set.edu.br

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

PADILHA, M.I.; BORENSTEIN, S.; SANTOS, I. **Enfermagem: história de uma profissão**. São Caetano do Sul, SP: Difusão, 2011.

PERGHER, A.K.; SILVA, R.C.L. Tempo estímulo-resposta aos alarmes de pressão arterial invasiva: implicações para a segurança do paciente crítico. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 35, n. 2, p. 135-141, June 2014. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2014.02.43715>. Acesso em: 05 de mar. 2019.

PIRES, M.R.G.M.; FONSECA, R.M.G.S.; PADILLA, B. A politicidade do cuidado na crítica aos estereótipos de gênero. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 69, n. 6, p. 1223-1230, Dec. 2016. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0441>.

PONTE, K.M.A.; SILVA, L.F. Conforto como resultado do cuidado de enfermagem: revisão integrativa. **Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental On Line**, Rio de Janeiro, v.07, n.02, p.2603-2614, abr./jun.2015.

PONTE, K.M.A.; SILVA, L.F. Teoria do conforto no cuidado clínico de enfermagem: análise de conceitos e definições. **Revista Essentia**, Ceará, v.17, n.1, p.207-227, 2016.

POTT, F. S. et al. Medidas de conforto e comunicação nas ações de cuidado de enfermagem ao paciente crítico. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 66, n. 2, p. 174-179, Apr.2013. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672013000200004&lng=en&nrm=iso Acesso em: 24 de jan. 2019.

RIBEIRO, G.S.R.; SILVA, R.C.; FERREIRA M.A. Technologies in intensive care: causes of adverse events and implications to nursing. **Rev Bras Enferm** [Internet]. 2016;69(5):915-23. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2016690505>. Acesso em: 24 de jan. 2019.

SALVIATI, MARIA ELISABETH. **Manual do Aplicativo Iramuteq (versão 0.7 Alpha 2 e R Versão 3.2.3)**. Planaltina, p.94-108. 2017.

SAMPAIO, C.L.; NERI, M.F.S.; ARAÚJO, M.A.M.; CAETANO, J.A.; ELOIA, S.M.C.; SOUZA, A.M.A. Aprendizagem baseada em problemas no ensino da Tanatologia, no curso de graduação em Enfermagem. **Escola Anna Nery** 22(3) 2018. Disponível em http://www.scielo.br/pdf/ean/v22n3/pt_1414-8145-ean-22-03-e20180068.pdf. Acesso em: 20 de jun. 2018.

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

SANTOS, E.L.; DÓREA S.N.A.; MACIEL, M.P.G.S.; SANTOS, L.K.F.; SILVA, M.B.; MORAES, M.G.L. Assistência humanizada: percepção do enfermeiro intensivista. **Rev baiana enferm.** 2018;32:e 23680.

SILVA, C.R.L.; CARVALHO, V.; FIGUEIREDO, N.M.A. Ambiente e Tecnologia: Uma Reflexão Acerca do Cuidado de Enfermagem e Conforto no Ambiente Hospitalar. **Revista de Pesquisa: cuidado é fundamental Online**, v.2, n.2. p.883-888, 2010. Disponível em http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/313-2789/pdf_580. Acesso em: 16 de ago. 2016.

SILVA, M.M.A.M. Os impactos da Geração Y na Assistência à Saúde: Percepção da Gestão de Enfermagem. In: **XI CONGRESSO NACIONAL DE EXCELÊNCIA EM GESTÃO**, 13 e 14 de agosto de 2015. ISSN 1984-9354

SILVA, C.S.S.L.D.; CASTRO, F.M.D.; PINTO, A. A.; PAULA, H.C.; ASSIS, C.R.C.; LIMA, A.M.; PAQUIELA, E.O.A.; CARVALHO, M.M.B.; AUGUSTO, M.S.; RAMOS, T.C.S. Estágio Supervisionado: a prática reflexiva na formação dos enfermeiros. **Revista Nursing**, 2019; 22 (249): 2650-2656 2653

SILVA, C.R.L. et al . Representações Sociais de enfermeiros sobre o processo de morte e morrer em UTI. **Ciênc. cuid. saúde**, v.15, n.3, p.474-481, set. 2016. Disponível em http://www.revenf.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-38612016000300474&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 05 mar. 2019. <http://dx.doi.org/10.4025/cienccuidsaude.v15i3.32345>. Acesso em: 20 de jun. 2018.

SILVA FC, F.M.A.; APOSTOLIDIS, T. Practices of intensive care nurses in the face of technologies: analysis in the light of social representations. **Texto contexto-enferm.** 2014 Apr/June;23(2):328-37. Doi: 10.1590/0104-070720140037800128

SOUZA, N.S.; SOUZA, T.S.B.; CHAGAS, F.R.C. et al. Repercussões das Tecnologias do cuidar nas unidades de terapia intensiva. **Rev enferm UFPE on line**, Recife, 12(10):2864-72, out., 2018 ISSN: 1981-8963 <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v12i10a236449p2864-2872-2018>. Acesso em: 24 de jan. 2019.

SOUZA, M.A.R.et al. O uso do software IRAMUTEQ na análise de dados em pesquisas qualitativas. **Rev. esc. enferm. USP**,v.52,e03353,2018 .DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/s1980-220x2017015003353>. Acesso em: 05 de mar. 2019.

TAVARES, M.M.; GOMES, A.M.T.; BARBOSA, D.J. et al. Espiritualidade e religiosidade no cotidiano da enfermagem hospitalar. **Rev enferm UFPE on line.**, Recife, 12(4):1097-102, abr., 2018 ISSN: 1981-8963 <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v12i4a235018p129-139-2018>. Acesso em: 20 de jun. 2018.

TAVARES, K.F.A. et al. Hard Technology in the intensive care unit and the subjectivity of nursing workers. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online**, [S.l.], v. 5, n. 4, p. 681-689, sep. 2013. ISSN 2175-5361. DOI:<http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2013.v5i4.681-689>. Acesso em: 26 jan. 2019.

XAVIER, S.M.M.; PEREIRA, M.M.N.; CANAIS, E.M.D.; FERREIRA, R.M.F. Conforto em pacientes fora de possibilidade de cura: que significado?, **Rev enferm UFPE on line.**, Recife, 7(6):4479-87, jun., 2013.

9. APÊNDICES

Apêndice A

UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO – UNIRIO
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA – CEP-UNIRIO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO – UNIRIO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado(a) Senhor(a):

Nós, Christie Anne Ferreira de Jesus Braun e Carlos Roberto Lyra da Silva, respectivamente mestrande e docente do curso de Mestrado acadêmico da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO), estamos desenvolvendo a pesquisa intitulada: **“O conforto do paciente em uso de monitorização multiparamétrica na perspectiva das representações sociais dos graduandos de enfermagem”**, junto aos acadêmicos de enfermagem desta instituição.

Os objetivos desta pesquisa são conhecer e analisar as representações sociais de acadêmicos de enfermagem sobre o conforto dos pacientes em uso de monitorização multiparamétrica e identificar, no discurso dos graduandos, possíveis elementos que influenciam a assistência aos pacientes monitorizados em UTI. Você tem o direito de não participar deste estudo. Estamos coletando informações para elucidar como as representações sociais dos acadêmicos de enfermagem em atividade prática em UTI influenciam na assistência. Você participando ou não do estudo, não haverá qualquer interferência na sua graduação, notas ou avaliações.

Se você decidir integrar este estudo, você participará de uma entrevista individual que durará aproximadamente 30 minutos. Todas as entrevistas serão gravadas em áudio. As gravações serão ouvidas por mim e serão marcadas com um número de identificação durante a gravação e seu nome não será utilizado. O documento que contém a informação sobre a correspondência entre números e nomes permanecerá trancado em um arquivo. Os arquivos de gravações serão utilizados somente para coleta de dados. Se você não quiser ser gravado em áudio, você não poderá participar deste estudo.

Você poderá achar que determinadas perguntas incomodam a você, porque as informações que coletamos são sobre suas experiências pessoais. Assim você pode escolher não responder quaisquer perguntas que o façam sentir-se incomodado. Como participante voluntário desta pesquisa, não haverá

nenhum custo ou benefício financeiro para você. Sua entrevista contribuirá para a construção de conhecimento científico sobre o objeto de estudo, mas não será, necessariamente, para seu benefício direto.

Como foi dito acima, seu nome não aparecerá nas gravações de áudio, bem como em nenhum formulário a ser preenchido por nós. Nenhuma publicação partindo destas entrevistas revelará os nomes de quaisquer participantes da pesquisa. Sem seu consentimento escrito, os pesquisadores não divulgarão nenhum dado de pesquisa no qual você seja identificado.

Esta pesquisa encontra-se baseada na Resolução n. 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, que dispõe sobre a pesquisa envolvendo seres humanos. Possui vínculo com a Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro – UNIRIO através do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem sendo a aluna Christie Anne Ferreira de Jesus Braun a pesquisadora principal, sob a orientação do Prof. Dr. Carlos Roberto Lyra da Silva. Os investigadores estão disponíveis para responder a qualquer dúvida que você tenha. Caso seja necessário, contate os responsáveis pelo projeto: (21)972818785/ e-mail: profunirio@gmail.com (orientador); (21)969626484/ e-mail: christieferreira97@gmail.com. Alameda São Boaventura, 100, sobrado 17, Fonseca, Niterói, RJ. Caso você tenha dificuldade em entrar em contato com o pesquisador responsável, comunique o fato ao Comitê de Ética em Pesquisa, CEP-UNIRIO no telefone 2542-7796 ou e-mail cep.unirio09@gmail.com. Você terá uma via deste consentimento para guardar com você. Você fornecerá nome e telefone de contato apenas para que a equipe do estudo possa lhe contatar em caso de necessidade.

Eu concordo em participar deste estudo.

Nome:

_____ tel: _____

Assinatura:

_____ data: _____

Assinatura

(Pesquisador): _____

Comitê de Ética em Pesquisa CEP-UNIRIO

Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro – UNIRIO

Avenida Pasteur, 296 – Urca – Rio de Janeiro – Cep: 22290-240

Telefones: 21-25427796 E-mail: cep.unirio09@gmail.com

Apêndice B

Roteiro para Entrevista

Questões objetivas:

Sexo () M () F Idade: ____ anos

Religião: _____

Disciplina que está cursando: () Ensino clínico em alta complexidade
() Estágio curricular supervisionado em alta complexidade

Já trabalha na área de saúde? () sim () não

Setor: (..) CTI () outros Há quanto tempo? ____ anos

Questões para entrevista

1. Como você pensa o trabalho em UTI?
2. Para você, como é cuidar de um paciente criticamente enfermo ?
3. Como você considera o conforto no contexto da assistência de enfermagem ?
4. Como é cuidar de pacientes em uso de monitor multiparâmetros ?
5. Existe diferença entre cuidar de pacientes monitorizados e de pacientes sem monitorização contínua ? Quais seriam essas diferenças, caso existam ?
6. O uso do monitor multiparamétrico pode influenciar no cuidado de enfermagem prestado? De que forma ?
7. Descreva como você representa o conforto do paciente monitorizado.

Apêndice C

Corpus textual 1

**** *n_01 *s2 *id3 *r3 *d2

Eu acho primordial né, o enfermeiro dar uma assistência total pra que esse paciente tenha o conforto já que nesse, é um local que é tão, assim, o paciente se vê tão só né, então acho que todo conforto, toda atenção necessária pra esse paciente é de extrema importância. Na enfermagem, pra mim, o conforto do paciente monitorizado é que eu acho, assim, que você consegue, ter um pouco do parâmetro melhor do que está acontecendo com ele, entendeu, porque dá uma tranquilidade maior pro enfermeiro, ele estar monitorizado mesmo você tendo que ter um olhar holístico, um olhar diferenciado pra aquele paciente. Eu acho que é isso. A visão do paciente, eu acho que o paciente se sente invadido por alguma coisa, acho que o paciente se sente um pouco temeroso de ver as aparelhagens todas.

**** *n_02 *s2 *id1 *r2 *d2

Eu acho que não fica muito confortável não, e ao mesmo tempo sim, porque a gente mexe muito com ele, ele tá muito se sentindo vulnerável, ele não sabe o que a gente tá fazendo, se está tudo certo, ele fica, assim, eu penso, porque eu me coloco no lugar do paciente, eu ficaria, assim, meio segura e insegura. Ficava segura porque ele ia saber o que ia tá fazendo mas eu não ia tá sabendo o que ele tá fazendo, sei que ele vai tá me ajudando mas, eu ficaria insegura, por medo, não por incapacidade do profissional. Dando atenção, explicando todo o procedimento que você vai fazer, o que você tá colocando, tirando as dúvidas caso ele pergunte e mesmo caso ele não perguntando, você, ao se apresentar pra ele pra fazer os procedimentos, você falar pra ele o que está fazendo pra deixar o paciente mais confortável, mais confiante.

**** *n_03 *s2 *id1 *r3 *d2

Ah sim. É, a gente tem que sempre ter essa preocupação, mesmo que o paciente esteja sedado, de dar a ele o melhor conforto, se tiver que usar coxim pra evitar possíveis leões, se puder usar um colchão pneumático, eu acho que é viável sim você pensar num conforto até depois da sedação né. A preocupação, porque aquele indivíduo, ele é um indivíduo pensante ou não, mas ele é um indivíduo né, as vezes ele tá sedado mas dependendo do grau de sedação ele também tem sensações, então se ele tá com o monitor mal colocado, o fio as vezes incomodando, podendo abrir uma lesão, fazer uma isquemia, dependendo, se tiver próximo ao pescoço então eu acho, assim, que tem que deixar aquela pessoa que já tá numa UTI, que já não é confortável, então a gente tem que tentar deixar o mais, não sei se confortável mas, é uma questão de bom senso né, monitorizar de forma correta, a questão do oxímetro que a gente vê muito, o dedo quase cai então, assim, é se colocar no lugar do outro né.

**** *n_04 *s2 *id2 *r2 *d2

Necessário, havendo um decúbito, é previsto. É claro que cada hospital tem a sua norma mas, quando você faz os decúbitos nos horários corretos, entende que o colchão tem de ser de boa qualidade, eu entendo que o meu paciente precisa ser orientado porque muitas das vezes ele precisa estar contido e isso me traz desconforto. Uma educação de enfermagem onde eu

possa trazer pro meu cliente que ele vai ser contido por isso ou aquilo ou, até não, eu tiro a contenção dele e trago mais conforto porque aquilo não vai trazer segurança, ele vai ficar no momento irritado e não vai ter proteção e segurança de nada porque ele vai se irritar muito mais e o conforto que ele teria, ele não terá. Fios colocados inadequadamente, por traz do paciente. O paciente tá deitado e os fios todos repuxando, aí você tira os fios e fica tudo marcado no paciente. Eu preciso observar nos meus fios, de sondas também, de traqueo também, de ficar repuxando pra ter lesão, porque provavelmente vai ter lesão. Eu preciso de um decúbito, seja ele qual for, mas tem que ser frequente, porque isso vai acarretar coisas piores então, eu preciso de um colchão muito bom e de qualidade, eu preciso de educação de enfermagem em relação também ao conforto, porque você acha que ele tá deitado ali e tá calmo e de repente não, as vezes ele quer ser limpo, as vezes ele tá sujo e precisa ser limpo e não consegue falar, não consegue fazer gesto, não sei. Então tudo isso envolve conforto, porque eu preciso ficar de olho, porque enfermeiro tem que tá de olho.

**** *n_05 *s1 *id2 *r1 *d2

Depende do local, do hospital que você está prestando esse cuidado pro paciente, porque tem hospital que não tem conforto nenhum entre aspas, se você comparar um hospital particular e um hospital público, o hospital público não tem conforto quase nenhum, diferente do Icaraí né, você tira por lá. Na minha opinião acho que não. Conforto pra ele, Sem ele poder se mexer, sem poder fazer nada. Eu acho que não. É minha opinião.

**** *n_06 *s2 *id2 *r2 *d1

Eu acredito que o enfermeiro é bem responsável pelo conforto desse paciente então fica de total responsabilidade dele proporcionar pro paciente esse conforto em todos os aspectos, na parte medicamentosa, na parte de um banho, por exemplo, então eu acho que é bem responsabilidade mesmo da enfermagem passar esse conforto para o paciente. Acredito que nesse momento vai entrar a humanização, porque o paciente monitorizado, geralmente, é aquele que está em alto risco, ele não tem, por exemplo. Então não é só ele ter, ter a monitorização e você chegar lá e fazer os procedimentos automaticamente, acredito que é necessário que a equipe passe para aquele paciente também todas, todas as ações que for serem feitas com aquele paciente, passar para ele, mesmo que ele esteja inconsciente, ou não, informar de cada manuseio que foi feito com ele, e o cuidado é tão importante quanto, quanto ele tá sem a monitorização, nas duas situações, o cuidado com o paciente é importante, e entra a humanização nesse momento nos dois contextos. A informação, e passar para o paciente que ele está num momento delicado, momento que tá longe do seu convívio familiar e a única pessoa que ele tem mais próximo a ele é o profissional de enfermagem, e ele vai passar esse conforto para ele através de uma, através de uma comunicação, através de ações que possa, até mesmo, na prescrição dele incluir a família nesse cuidado, nesse conforto.

**** *n_07 *s3 *id1 *r2 *d2

Eu acho que, na maioria das vezes, o conforto é bem realizado pela equipe. Em questão de tentar amenizar o máximo possível aquela dor pro paciente que tá na UTI, entendeu? É feito o possível e o impossível pra conseguir deixar ele confortável naquela situação, mesmo que ele não esteja

consciente. O conforto, assim, o que eu acho, o conforto do paciente monitorizado, a gente tem que verificar os sinais que tá sendo dado pra gente, se ele tá estável, se os sinais que ele está fornecendo esteja nos parâmetros normal que mostre que ele não tá em sofrimento, que não esteja sentindo dor, a partir dali que você vai conseguir ter um cuidado, ali tá mostrando o que ele tá sentindo, que se caso ele tiver uma dor, alguma coisa, ele vai tá mostrando ali, então a gente vai conseguir dar um conforto melhor pra amenizar aquilo que ele vai sinalizar pra gente.

**** *n_08 *s1 *id1 *r4 *d2

Então, a parte de promover conforto ao paciente, eu acho que nós devemos nos atentar mais ainda, porque por muitas vezes nós não conseguimos chegar com a certa quantidade de tempo que deveríamos a beira do leito pra conseguir observar como que aquele paciente está. Eu mesmo me recordo que uma vez eu cheguei a beira leito e paciente estava muito, estava muito suando, estava suando bastante, mesmo com o ar condicionado ele estava suando e, as técnicas que já tinham passado por ele não tinham percebido que ele continuava a suar, então a minha maneira foi observar tudo o que estava acontecendo com e promover o conforto a ele, trocar a roupa de cama dele, secar ele e tentar elevar o nível do ar condicionado enquanto não resolvia o que estava promovendo que ele suasse absurdamente como estava acontecendo. Conforto do paciente. Nós devemos sempre observar que a monitorização, em alguns casos, é invasiva e tem bastante equipamentos que ficam no paciente, então nós devemos atentar, principalmente se o paciente estiver lúcido e orientado, as queixas dele. Ah, tá incomodando nesse braço, pode colocar no outro braço, e promover a ele o melhor conforto possível. Se ele reclamar de alguma coisa e até mesmo observar, as vezes se ele tiver com um cateter triplo lúmen e tiver caído, não vai nos transmitir a informação correta então devemos observar pra que possamos ter a melhor objetividade das informações e também se não vai incomodar o paciente, colocando sempre os equipamentos de forma que não, ou machuque ele, ou deixe ele desconfortável ao leito.

**** *n_09 *s2 *id1 *r2 *d1

Eu vejo que é nossa prioridade né, promover esse conforto a ele, a esse paciente porque, além dele, tem toda, por trás, uma família, entendeu. Então é de prioridade nossa promover esse conforto. Pra mim seria, eu estaria bem, teria toda uma cautela porque eu estaria vendo, eu traria esse conforto pra mim, não seria algo assim, um achismo, vamos dizer assim, esse paciente estando monitorizado, pra mim, eu estaria mais tranquila, que eu estaria vendo o que estaria sendo me mostrado ali naquele momento. Seria realmente, tipo, estaria, por eu estar atenta a ele, ele teria esse conforto.

**** *n_10 *s2 *id2 *r3 *d2

Eu vejo o conforto muito ligado ao que é possível fazer porque até o conforto também, ele pode ser subjetivo, então de repente, o paciente pode considerar que o conforto pra ele é algo que você não possa proporcionar. Mas acho que deve ser um objetivo seu como profissional tentar chegar mais próximo do que ele, do que seria o conforto pra ele né. Então talvez o conforto pra ele seria estar sentado de uma forma que pode ser um problema para o tratamento terapêutico que ele precisa e você não vai

poder chegar a alcançar isso que ele deseja mas, com boa vontade, talvez você consiga convencer ele a ficar de outra forma, chegar o mais próximo possível daquilo ali. Como representa o conforto dele monitorizado. Bem posicionado ao leito, posicionado de uma forma simétrica né, e assim, não sei, não consigo pensar em nada muito diferente que poderia estar acontecendo ali no paciente com o monitor, nenhum tipo de posicionamento específico que ele pudesse ficar que ele não pudesse ter conforto. Você sempre vai poder proporcionar um conforto pra ele . Sim, o conforto é possível, sim.

**** *n_11 *s2 *id1 *r2 *d1

É um tema complexo, desde um banho, desde você ter o respeito na hora de manusear porque é um ser humano, é uma vida, ele pode não estar consciente naquele momento, como pode estar mas ele pode estar sentindo né. Então eu acho que é uma coisa que a gente tem que fazer com carinho mesmo, e respeito. Tentando botar ele numa posição que não incomode, que aqueles cabos e fios do monitor não marque ou apareça úlcera ou desconforto, ou até mesmo o bem estar dele, conversar que aquilo é importante ser mantido no corpo dele, em contato com ele pra que ele tenha um resultado bom no tratamento. Sim, com certeza. Tudo depende de quem tá atuando, de quem tá buscando e, muitas vezes por ele estar naquele estado, ele não vai entender porque ele tem que estar com aquilo tudo porque aquele monte de fios, aquele monte de coisas, é assustador e aí, a grande dificuldade da enfermagem é isso, é conversar, é explicar, é mostrar que aquilo é necessário para o tratamento. Então assim, a enfermagem tem que mostrar esse diálogo, a gente acha que a enfermagem é responsável só pelo cuidar mas não, a parte psicológica também é ato da enfermagem.

**** *n_12 *s2 *id2 *r4 *d2

Ainda precisa melhorar muito, sinto que precisa melhorar a humanização e o conforto da família. Eu acho que isso que precisa melhorar. Realmente ele possível, desde que haja o treinamento e o empenho da equipe né, o treinamento da equipe, a coordenação, em relação ao paciente melhora. Eu acho que falta muito melhorar o treinamento dessa equipe, técnicos, na hora de prestar esses cuidados aos pacientes críticos, tá precisando um pouco de empenho, porque a pessoa vai lá, liga a máquina e pronto, deixa pra lá, vai lá liga a máquina e deixa pra lá, então eu acho que tá precisando um pouco de humanizar esses funcionários que estão lidando com a máquina e conferir esses parâmetros porque as vezes muitos parâmetros vai lá e só repete o que está escrito.

**** *n_13 *s2 *id1 *r3 *d1

Eu acho que é extremamente importante, porque o mínimo do que o paciente merece é o conforto no período frágil que ele tá vivendo, porque de você ir pro pronto socorro tomar medicação a ficar internado são dois extremos porém, na mesma linha né, você tá desconfortável a partir momento que você tá com uma doença com dor e você tá sendo cuidado por um estranho, então eu acho que o conforto tem que ser o primeiro de tudo que se deve pensar ao cuidar de um paciente. É fazer os rodízios dos locais da monitorização, principalmente o rodízio de oximetria, é manter ele, dependendo de toda monitorização que o paciente tiver, manter ele numa posição mais confortável possível pra ele porque são pacientes e pacientes, tem paciente com dreno e paciente que não tem dreno, então isso vai variar

dos aparelhos que a gente vai dispor a ele, então sempre poder manter o rodízio de extremidades desse paciente, e o rodízio também de cuidado na pele porque os aparelhos são excelentes pro nosso trabalho porém a pele do paciente não é de aço, desgasta, então poder tá sempre avaliando esse lugar, se tem hiperemias, porque é necessário a avaliação, ter avaliação, e ter check list disso também é extremamente necessário.

**** *n_14 *s2 *id1 *r1 *d1

Acho que é o primordial, acho que o paciente precisa disso, até pra uma boa recuperação. Pra ele acho que não deve ser muito bom né, ter aquele monte de fio grudado no seu corpo mas, pra gente tem que ter mas, não sei se tem algum conforto pra ele não. Acredito que sim mas, com jeitinho dá.

**** *n_15 *s2 *id1 *r2 *d2

Então, eu acho mais complicado, eu acho que a gente tem que dar uma atenção melhor por que, assim, muitas das vezes que eu passei pelo setor, eu acho que não tem aquele olhar, tipo assim, ah tá lá. Geralmente tá entubado, não tem aquela preocupação em si de fazer a mudança de decúbito, tipo assim, fica mais cômodo, deixar o paciente, tipo, olha você tem que fazer isso e acabou. Sim, eu acho que sim, mas é aquela coisa, a sensibilidade do profissional de estar olhando aquele paciente como um ser em si, é um paciente, então a gente tem que ter essa visão também, não é apenas colocar ele lá no monitor e deixar ele, a gente tem que dar o suporte também.

**** *n_16 *s1 *id1 *r2 *d2

O conforto, eu acho que ele é extremamente importante pro paciente porque ele tá ali acamado, com um grau de patologia que está deixando ele debilitado, e eu acho que o conforto é o mínimo que a gente pode fazer para que aquele paciente se recupere e proporcionando isso com qualidade. Eu acho que a gente tem que pensar o conforto não só como um todo pro paciente mas, em questão geral também pra gente, nos colocando no lugar do paciente. Pra mim significa tudo, o conforto é essencial. Pra mim, no caso, promover isso pro paciente é de extrema importância. Acho que a gente tem que levar isso no dia a dia, ter isso inserido na gente e não só pensar nisso no contexto teórico mas, também, prático e promover isso. A gente vai enfrentar algumas dificuldades mas eu acredito que seja possível sim. Nós somos enfermeiros, nós somos capazes de desenvolver técnicas que possibilitem isso, nós fomos instruídos pra isso e no dia a dia a gente vai aprendendo a lidar com as dificuldades, com os obstáculos. Pra gente, pros enfermeiros, eu acredito que seja capaz, nós fomos treinados pra isso.

**** *n_17 *s2 *id1 *r2 *d2

Proporcionando dignidade. Eu acho que esse sentimento de pena, ele não é correto. Você pode até dividir as coisas, eu não sei se seria certo sentir pena de uma pessoa que tá ali mas, tentar observar ela e tentar oferecer pra ela o que está a seu alcance sem tentar ser o que é mais confortável pra você mas sim pra pessoa que tá ali. Eu acredito que seja fácil, quando traçado uma estratégia pra que isso ocorra. Quais as necessidades desse paciente e, como fazer as duas coisas sem tirar, como monitorar ele sem tirar esse conforto, então acho que, assim, sinceramente eu não vejo impecilho em promover conforto pro paciente que tá monitorizado. Eu não sei se é pela falta de experiencia mas eu realmente não vejo impecilho

disso acontecer, de você oferecer os dois, acho que um automaticamente está ligado ao outro, seja com a monitorização ou com qualquer outro procedimento que esteja acontecendo, é preciso manter o conforto do paciente, então não consigo raciocinar que tem que fazer uma coisa separada da outra.

**** *n_18 *s1 *id1 *r1 *d2

Então, eu acho que é assim, o cuidado com a temperatura, com o posicionamento do leito, com mudança de decúbito, a questão mesmo da realização dos procedimentos, das técnicas menos invasivas, menos dolorosas possível. Acho que, assim, as vezes as pessoas acham que pelo paciente estar sedado ou em coma, pode tratar de qualquer forma, pode falar coisas que vão interferir diretamente no conforto e acabam não atentando tanto pelo paciente não estar tão responsivo quanto outro que tá numa enfermaria, alguma coisa do tipo. Eu acredito que sim, porque você, você precisa colocar as monitorizações de forma que não, não interfira, não traga nenhum malefício, então assim, por exemplo, você pode ter na questão da fixação dos monitores por exemplo, você pode utilizar uma fita que na hora de retirar vá lesionar, aí você interfere no conforto, ou em pelos, que na hora de retirar também vai interferir no conforto. As vezes o posicionamento, por conta de alguma monitorização, você não vai conseguir fazer o posicionamento mais adequado por conta daquilo. Eu acho que é isso.

**** *n_19 *s2 *id2 *r2 *d2

Humanizado e bom, porque se você tiver um conforto, mesmo a pessoa não sabendo o que tá acontecendo mas a gente que sabe, tem que dar o melhor conforto pro paciente. O paciente monitorizado precisa de coxim né, uma cama confortável, com a medicação no horário certo, higienizado. Isso é o conforto pro paciente.

**** *n_20 *s1 *id1 *r3 *d2

Então, acho que é muito importante, o enfermeiro, não só o enfermeiro, como a equipe de enfermagem tem que presar o conforto desse paciente, apesar dele não estar lúcido ou orientado, acho que seria muito importante. Como que eu vou descrever o conforto desse paciente. Assim, difícil dele ter um conforto, até mesmo porque, se ele estiver acordado, lúcido, ele fica com medo de se movimentar por causa da fiação, e se ele tiver em coma ou sedado, pra gente da enfermagem é difícil também fazer o manuseio dele. Consegue, mas é mais complicado, acho que a gente tem mais uma dificuldade nesse momento.

**** *n_21 *s2 *id1 *r2 *d2

O conforto pro paciente, no caso, considero como você dar uma qualidade pra esse paciente né, dele se sentir um pouco, vamos supor, ele tá num ambiente um pouco ruim pra ele, não é um ambiente da casa, não é a casa dele então, o conforto pra esse paciente é ele se sentir o mais confortável possível vai ficar redundante mas, o mais familiarizado mesmo com o ambiente, é ele se sentir bem né, embora tenha todos os problemas mas é proporcionar isso pra ele. É possível, o conforto é possível porque, a gente vai, na verdade assim, pode ser que a gente não tenha 100 por cento de eficácia né nesse conforto desse paciente mas eu acho que a gente pode fazer bastante coisa, mesmo que ele esteja monitorizado, tendo esses equipamentos.

**** *n_22 *s2 *id1 *r1 *d2

Depende do hospital. Tem hospital que o conforto é bom mas não é ótimo, porque também é muito complicado assim você monitorar, dar aquele cuidado pro paciente cheio de acesso, cheio de edema, essas coisas. É possível sim. Eu acho importante, porque ali ele vai estar mostrando como está o coração do paciente, como está o funcionamento, porque sem o monitor você não tem ideia dos sinais clínicos, assim, visualizando mas o monitor eu acho importante nessa parte.

**** *n_23 *s2 *id1 *r1 *d2

O conforto... bem na assistência eu acho que o conforto mesmo é ... a parte em si, é o paciente né, é você olhar pro paciente e ver tudo o que tiver ali ao alcance, visível pra você do conforto dele, e tentar promover isso sempre, todo tempo. O paciente monitorizado, eu imagino pelos estágios que eu já passei, a gente vê todos os parâmetros das medidas né, uma PEEP, do sistema ventilatório. Isso aí eu acho que já tá dando os parâmetros de conforto em relação a máquina que tá ali simbolizando, pelos parâmetros dele, mas o paciente em si, a gente vai ter que olhar pra ele, se ele tiver com deficiência respiratória, ele vai demonstrar, você vai ver que ele vai ficar com uma certa debilidade, que ele não vai ficar com aquele tórax tranquilizado, você vai ver que ele tá com aquela falta de ar, ele vai demonstrar isso logo a olho nu, você vai ver a característica precisa do paciente. Sim, dá com certeza, não só ele sedado também mas tentar ao máximo manter ele confortável com aquilo, porque realmente aquela máquina, tipo você sendo entubado, ou coisa assim, já gera um desconforto muito grande, então eu acho que aquela parte você meio que sedar um pouco o paciente ele acalmar quanto aquilo porque eu acredito que uma pessoa com toda aquela maquinaria em volta e a sensação de estar meio que sozinho ali dentro porque você um familiar próximo, só no horário da visita, eu acho que isso ainda não dá conforto para o paciente e ainda dá mais problema no diagnóstico dele porque a pressão pode aumentar, ainda mais se for idoso, se tiver assim, ainda mais idoso e com alguma deficiência tipo mal de Alzheimer ou alguma doença mais assim, eu acho que piora ainda mais e regride mais ainda o paciente, se não souber fazer de forma adequada o cuidado com ele. É acredito que sim, mas dependendo do caso do paciente. O máximo que você puder evitar a medicação é melhor mas, eu acho que na UTI é inviável.

**** *n_24 *s2 *id1 *r2 *d2

É crucial porque não adianta você se utilizar de diversos parâmetros e as vezes se esquecer da parte de conforto que pode acabar até gerando uns parâmetros instáveis e, as vezes é uma questão de conforto, o paciente pode estar com dor ou alguma coisa que poderia até ser facilmente resolvida e que tá gerando parâmetro ali inadequado só por causa do conforto. Ui, difícil. Ah não sei, eu vejo muito pela questão que pega vários parâmetros dali. O conforto, ele pode ter haver com a religião dele, as vezes ele só quer ter alguma coisa que represente a religião dele, num cantinho ali pra toda vez que ele acordar, ele olhar. O conforto pode estar relacionado a dor, em relação a posição dele no leito, ou as vezes ele já tá com, por conta de muitas infusões, alguma coisa assim, já não tá aquele acesso que tá naquele lugar, já tá incomodando muito, tá doendo muito. Posicionamento no leito, várias coisas assim. Ah é possível sim, com certeza.

**** *n_25 *s2 *id1 *r2 *d2

Eu acho que ele fica um pouco mais confortável porque ele não tem aquela manipulação toda hora, tipo assim, quando o paciente tem que ser monitorizado quanto aos sinais vitais, assim, de 4 em 4 horas, então você tem que fazer aquilo tudo ali, é pressão, pulso, aquelas coisas todas. Eu acho que quando o paciente tá monitorizado, ele tem um pouco mais de conforto entre aspas porque já tá tudo ali mas, isso não quer dizer que você não tem que se certificar que aquilo ali tá referente ao monitor.

**** *n_26 *s2 *id1 *r1 *d2

A gente tem sempre que presar pelo conforto do paciente e tentar ao máximo, que as vezes eu vejo, por exemplo, o paciente tá monitorizado, aí as vezes o jeito que a mão do paciente tá colocado, sai o oxímetro e a gente não vê, aí a própria monitorização cardíaca está fora do lugar, a gente não vê, a gente dá prioridade a olhar as máquinas e o paciente em si. Ah deixar o paciente sempre com, olhar sempre se tá no local certo a monitorização, todos os parâmetros, olhar o oxímetro, se o manguito tá certo, deixar o paciente sempre coberto, checar sempre os sinais vitais e todos os parâmetros, todas as máquinas nesse paciente, com certa frequência, por que as vezes o que tá apontando no monitor, você olha o paciente e é outra coisa totalmente diferente. Então acho que o conforto do paciente é, as vezes, o manguito tá apertando o braço, as vezes a posição que a gente coloca o paciente não está bom pra ele mas tá bom pra máquina né. Então a gente tem que tomar cuidado também com o jeito que a gente coloca a posição do paciente porque as vezes pra máquina pode estar legal mas o paciente não tá confortável naquela posição.

**** *n_27 *s1 *id1 *r3 *d1

Conforto em dar uma assistência aplicada de forma a assistir aquele paciente de forma mais direcionada, como assim, é a gente pegar aquele paciente e uma troca de decúbito, quando a gente pega e faz uma troca de decúbito pra não fazer uma úlcera de pressão ou aliviar aquela pressão que tá considerada porque ele já tá mais de 2 horas, mais de 6 horas naquela posição, fazer, dar um banho no leito nele mesmo ele adormecido ele precisa ter aquela assistência de banho, de toda aquela parte que, mesmo dormindo, ele precisa, ele é gente, é uma pessoa, é indivíduo. Eu penso que é justamente isso, é dar o cuidado pra que ele consiga ser bem atendido, de forma que você veja ele não só como uma pessoa que tá ali não só pra, vamos dizer assim, morrer ou pra sair dali pra outra clínica. Não, é pra você aquele paciente como um todo, o que que ele precisa, vamos assistir ele de forma integral. Então, e aí essa mudança de decúbito é muito importante, é um dos setores onde mais se encontram úlceras por pressão, onde você vê aquelas úlceras enormes porque as equipes de enfermagem não fazem a mudança de decúbito, que é um trabalho nosso. Fazer a monitorização continua, ah é tudo no automático, não pode ser tudo no automático, você tem que tá ali assistindo ele e fazendo os relatórios conforme ele tá apresentando naquele momento. O bom dessa monitorização total que ele tem é que ele te dá o atual, como ele se apresenta agora, acho que isso é importante de botar no papel e demonstrar, acho que é mais ou menos por esse lado.

**** *n_28 *s2 *id1 *r4 *d1

Pelo que eu vi, conforto zero, conforto zero. Seria possível se os profissionais quisessem fazer aquilo. Hoje o que eu vejo é um tanto faz. Eu acho que estamos aí pra mudar isso, tratar as pessoas como humano.

**** *n_29 *s2 *id1 *r1 *d2

Muitas das vezes, nos hospitais que eu passei, não vi conforto, principalmente no meu estágio, que eu peguei um hospital que tá passando no momento por uma crise muito grande, então assim, não tinha conforto, não tinha, infelizmente. O conforto dele, é muitas das vezes a gente sabe que o ar condicionado da sala ele tem que estar no máximo por causa de bactéria mas não, você tem que ver ser o paciente não tá sentindo frio, que ir olhar o paciente, não deixar aquele paciente lá e nem ir passar o olho, você tem que passar o olho até pra ver como é que tá esses aparelhos, se tá alguma coisa fora do lugar, e dar atenção total.

**** *n_30 *s1 *id1 *r2 *d2

O conforto, ele necessita muito da questão do envolvimento da equipe de enfermagem com esse paciente, muitas das vezes falta esse envolvimento. Porque por exemplo, na mudança de decúbito, oferecer além do conforto, mas também uma qualidade pra essa pele já fragilizada né, desnutrida. Então necessita de uma atenção mais detalhada, que a gente não vê lá na prática, que muitas vezes necessitava do fisioterapeuta pra poder dar esse conforto pra esse paciente. Isso, não estava atenta a esses detalhes. Por exemplo, eu presenciei lá a saturação estava caindo, por exemplo, o primeiro passo da fisioterapeuta, ela foi colocar lá a oxigenação pra melhorar esse conforto pra esse paciente. A elevação de um leito, que as vezes não estava elevado, também pra melhorar esse conforto também, a respiração então, são cuidados que precisam ser revistos né, e sempre estar de olho pra manter esse conforto pra esses pacientes. O paciente monitorizado necessita, segundo as recomendações do Ministério da Saúde e ate mesmo de alguns autores que são vinculados ao Ministério da Saúde em relação a assistência, ele precisa ser atentado na questão principalmente da regulação, do entendimento também da equipe desses aparelhos, porque muitas das vezes se trabalha com um tipo de aparelho e outro tipo de aparelho de outra marca, não temos conhecimento pra poder adaptar aquele novo sistema. Então pra se manter um bom conforto também é preciso ter um bom conhecimento desse aparelho, como é que ele funciona e em que momento ele tá dando algum trabalho, algum problema pra não estar ofertando essa assistência com qualidade. A maior barreira que nós encontrávamos era muitas das vezes a falta de conhecimento, muitas das vezes tinha que chamar uma pessoa que tinha uma intimidade maior para que a assistência fosse dada de forma adequada. Nós encontramos isso, por exemplo, no caso que eu lhe falei de transporte de um paciente que presenciamos e ficamos lá observando em apoio com a equipe médica e a equipe de enfermagem que estava transportando esse paciente, e as vezes não tinha o conhecimento sobre o funcionamento daquele aparelho, não sabia como encaixar, aí tinha que chamar alguém que tinha esse conhecimento pra poder estar prestando essa assistência com a devida qualidade. A maior barreira é justamente conhecer o aparelho que se está utilizando. Dá com certeza, é essencial, o aparelho, ele consegue né, como eu falei, muitas das vezes, dar aquilo que o organismo dele não tá dando, essa capacidade, a capacidade de uma

respiração que ele não tá conseguindo, por alguma obstrução ou alguma inflamação, ele não está conseguindo fazer essa função respiratória ou cardíaca, naturalmente esse aparelho tá pra ajudar e dar esse conforto justamente que esse paciente não tá conseguindo.

**** *n_31 *s2 *id2 *r1 *d1

Eu acredito que o conforto na assistência de enfermagem é melhorar o estado já crítico daquele paciente, então proporcionar conforto a ele elevando a cabeceira da cama, conversando, trazendo familiares, conversar com familiares, aproximar esse pacientes desse familiar, proporcionar conforto no estado dele, na limitação que ele tá, proporcionar conforto no estado dele. O conforto do paciente monitorizado, eu vou confortar como, conversando com ele, por mais que ele esteja ali, ele não fala, não ouve, não vê, eu tenho que me apresentar a ele, não porque o paciente está ali deitado, eu vou falar assim, ah eu to te fazendo, eu vou fazer essa intramuscular, essa intravenosa e tá monitorado, eu não preciso me apresentar não. Eu preciso me apresentar sim, mesmo ele não falando, em coma, eu tenho que me apresentar, senhor eu sou a n31, sou enfermeira, vou te administrar essa medicação intravenosa, eu estou aqui, o senhor tá monitorado, explicar o quadro todo pra ele, não tem que fazer de qualquer forma não. Entendeu.

**** *n_32 *s2 *id1 *r1 *d2

Pela minha vivência do estágio, do ensino clínico, eu me sinto um pouco incomodada. Eu achei tudo meio, os pacientes são cuidados, tem assistência mas, igual higiene oral do paciente, eu achei bem precária, essas coisas me deixou meia incomodada, como banho no leito, movimentação dele, eu achei algumas coisinhas que precisam melhorar. O conforto dele, ele pode tá, antes de monitorar ele, ele pode tá lúcido né ou até. Prestando uma assistência pra ele. Não vendo ele só como um paciente que está ali mas como pessoa, olhando que ele tem uma história, ele tem uma família, tem que olhar ele em si, ter o maior cuidado. Sim.

**** *n_33 *s1 *id2 *r2 *d1

É muito importante o enfermeiro né, ajudar o paciente naquele momento crítico ali. Bem, é a importância né, de deixar o paciente com todo alívio, pensar que ele vai ali por ser bem cuidado, com todo carinho, amor né. É pelo próximo que nós temos como fazer a diferença.

**** *n_34 *s2 *id1 *r1 *d1

Eu acho que a assistência de enfermagem é dar um conforto pro paciente, independente de qualquer coisa, é cuidado, tanto pro paciente quanto pra família, e leve uma resposta. É possível sim, com certeza.

**** *n_35 *s2 *id1 *r3 *d1

Olha, tem que melhorar bastante mas, de 1 a 10, vou dar 7. O conforto é a gente não ficar toda hora indo, fazendo, mexendo com ele, colocando os aparelhos nele. Ele já vai estar com os aparelhos ali, com o monitor até a estadia no hospital, a gente não precisa ficar ali toda hora em cima dele aferindo, fazendo as coisas que tem que ser feitas entendeu, a gente só vai ali olhar se está tudo bem, tudo tranquilo, fora que o monitor, quando dá algum problema, tem muitos monitores que apitam, então isso é uma forma de alertar a gente também, porque a gente pode estar ocupado com outro paciente, em outro leito e não ver, se esse paciente tiver sem monitorização, você não vê se esse paciente tá passando por alguma

dificuldade e o paciente monitorizado a gente vai ver, porque ele apita, então a gente consegue escutar e prestar ajuda. Ajuda, ajuda sim, muito.

**** *n_36 *s2 *id1 *r2 *d1

O conforto é dar toda a assistência que é necessário ao paciente, até além do que é necessário, para manter o conforto. Ter uma atenção, ter uma assistência melhor, observar todos os sinais, todos os sinais. É, acho que sim, observando o monitor, vendo as eventuais complicações, e ter uma assistência corretamente, os cuidados corretos pro paciente, assim promovendo o conforto.

**** *n_37 *s2 *id1 *r2 *d1

Ai, eu acho que ainda tá muito crítico isso, a enfermagem ainda tá deixando muito a desejar, dar esse conforto pro paciente, sabe, é muita coisa, muita úlcera por pressão, então você vê que a enfermagem não tá fazendo o papel dela como deveria fazer mas, a gente sabe mas, a gente sabe de todas as dificuldades, tudo bem, mas deveria tá dando mais assistência a esse paciente, justamente pra poder estar dando mais conforto pra ele. É muito complexo, muito, porque a gente tá cuidando da saúde dele, externa, pra não evoluir pra uma úlcera por pressão, que isso é muito importante e a gente sabe que isso é muito comum no hospital. Acho que deveria ter um cuidado mais atencioso com esse paciente, sabe, ficar trocando ele de posição sempre, que é pra não acontecer isso, o povo tem que ser mais humano, é isso, ser mais humano com o próximo, porque isso é, se eu cuidar de você como minha parente, eu acho que tu vai ter mais conforto, tudo isso, vai ser muito melhor. Sim, eu acho que sim, eu acho que independente de tudo, dá pra tu fazer um trabalho melhor né.

**** *n_38 *s2 *id1 *r1 *d1

Eu acho que é a visão do profissional, se colocar no lugar do outro, o que ele gostaria que fizesse com ele se ele estivesse naquele lugar. Pra mim o conforto é manter a tranquilidade, se ele tiver lúcido, claro, passar uma tranquilidade pra ele, é manter a clínica soberana, não só focar no que o monitor tá mostrando e é isso. Pelo pouco que eu vi, acho que é mais a clínica mesmo, você avaliar corretamente, verificar sinais vitais não só no monitor, é você ir lá avaliar, auscultar, estar próximo ao paciente mesmo.

**** *n_39 *s2 *id1 *r1 *d1

O conforto ele tem que ter, mesmo se ele estiver numa UTI ou em um atendimento normal, eu acho que conforto todo paciente tem que ter porque eu acho que isso é o primordial até pra ele se sentir melhor no local, porque você já tá dentro do hospital e ainda não ter um conforto, acho que piora qualquer quadro. Significa pra mim é atender o paciente bem, é deixar o paciente a vontade, é deixar o paciente colocar suas dúvidas, é deixar o paciente, é atentar a tudo que o paciente pode demonstrar de bom ou ruim, e ter o maior cuidado que for com o paciente por que a gente tá ali pra isso e eles precisam da gente. Olha, aí, eu não sei dependendo do caso do paciente entendeu, por exemplo, lógico que um paciente crítico com monitor, ele não vai ficar a vontade mas, eu falei assim a vontade, por exemplo, já que ele tá tão mal, você vai deixar ele a vontade de outras maneiras, é cuidando bem dele, deixando ele a vontade no sentido de expor qualquer sentimento, entendeu, e você tá ali não pra jogar aquilo fora mas, pra ter mais amor ao paciente mesmo, cuidar dele com qualquer expressão, com a expressão do paciente.

**** *n_40 *s2 *id1 *r2 *d2

O conforto, nem sempre é fácil porque o cuidado é muito invasivo as vezes, ainda mais em paciente crítico, até a monitorização é invasiva. Então eu acho que é complicado. O conforto do paciente monitorizado é difícil. Eu tive contato com a maioria dos pacientes sedados mas, os que não estavam, eles se sentiam muito incomodados com tudo, os parâmetros e tal. Sim, mas na medida do possível. Tem toda posição mas acho que é possível, não pode se mexer muito mas acho que é difícil, não pode se mexer muito, não pode, mas acho que sim, acredito que sim.

**** *n_41 *s2 *id1 *r1 *d2

Então, o conforto tem que ser sempre priorizado porque se o paciente está se sentindo mal de alguma forma, ele vai te mostrar isso em sinais e sintomas, então acredito que esse conforto traga melhora do bem estar e melhora do quadro mesmo do paciente. O conforto é sempre tentar deixar os fios o mais longe possível, mais organizado possível, pra que fique perto do braço, o paciente conseguir tirar e tal. Acho que é isso. Sim, é possível ter conforto.

**** *n_42 *s2 *id2 *r1 *d1

Eu acho que varia muito da instituição, porque no hospital que eu trabalhei, lá tinha de tudo, tanto de profissionais quanto de material, e dependendo de outras instituições acho que já não é tanto, já tá um pouquinho precário. Eu acho que o conforto é ele estar bem posicionado, é ter bastante assistência ali, estar bem acolhido, é ter proteções também, botar coxins, o máximo de atenção possível em cima desse paciente.

**** *n_43 *s2 *id2 *r4 *d1

Dependo da unidade que esteja o paciente, um pouco precária. Olha, não é nem questão de conforto totalmente, eu acho que ele não vai ter em si mas, fazer as mudanças de decúbito pra que evitasse ter uma úlcera né, de decúbito, procurar manter a monitorização de forma correta, a ventilação e tudo mais, e procurar fazer a higienização de forma adequada pra que ele tenha um bem estar. Sim. Não totalmente mas parcialmente sim.

**** *n_44 *s2 *id1 *r2 *d1

Eu vejo que o enfermeiro em si precisa ser um enfermeiro mais humanizado, é saber escutar mais, eu digo fora da UTI, saber escutar mais o paciente, ouvir, dar conselhos, é dar uma assistência também a família desse paciente, dar apoio. A equipe precisa saber dar esse apoio pra família desse paciente que é pra, numa alta hospitalar ou uma transferência pra uma clínica médica, ele possa, a família junto com a equipe, ela possa saber quais são os cuidados devidos com esse paciente ou mesmo em casa, pra que esse paciente possa não desenvolver novamente outras complicações. O enfermeiro precisa estar junto com esse paciente e com a família prestando essa assistência. É uma coisa possível. O enfermeiro precisa estar atento as mudanças de decúbito desse paciente, precisa estar atento aos locais onde tem proeminências ósseas. Por ele estar dependente de monitor, o enfermeiro tem que estar sempre observando esse paciente o máximo possível pra que ele possa dar o máximo de conforto possível pra que ele não possa desenvolver complicações, já estando na UTI né, que é uma unidade complexa, pra que ele não desenvolva outras doenças que façam com que ele demore nessa melhora da saúde, e da vida, na recuperação da vida.

**** *n_45 *s2 *id1 *r2 *d1

Eu considero que é essencial a equipe passar um conforto, tanto pro paciente quanto pra família, porque a família fica totalmente desestruturada quando tem um paciente nesse estado, então é essencial a equipe saber lidar com a família também porque as vezes o paciente está sedado mas a família também absorve tudo que o paciente está passando. É bom o profissional saber lidar com a família. É um conforto por se tratar também de segurança pra ele, por questão da rápida identificação e dos profissionais estarem atentos também pro que o monitor mostra e tudo mais. É possível, é possível sim. Só basta a equipe se esforçar um pouco mais pra dar conforto, porque as vezes, por conta, até por se tratar de pacientes que tem que se dedicar mais um pouquinho, a equipe não quer se dedicar um pouquinho a mais mas, se for desse jeito, dá pra dar um conforto a ele.

**** *n_46 *s2 *id2 *r2 *d1

É essencial, porque na minha opinião as pessoas deveriam, dentro da área de enfermagem, o tempo todo se lembrar de se colocar no lugar do outro. Se ele tá monitorizado mas tá lúcido até facilita bem porque você tem como, até porque a audição é a última coisa que se perde, então o tempo todo você tem como buscar trazer isso. O problema muitas das vezes é a pessoa ficar olhando pra máquina, tem que olhar pra pessoa e não apenas pensar no que precisa ser feito né, a ordem do serviço. É isso.

**** *n_47 *s1 *id1 *r4 *d1

Promover todo cuidado e assim, se o paciente tiver entubado evita todas complicações que ele possa ter. conversar eu não acho que seja assim de tanta relevância mas promover toda técnica pra promover todo conforto. Tá meio redundante mas. É possível, difícil, até pela situação do paciente. É difícil ter conforto naquela situação que ele se encontra, é difícil até saber se ele tá confortável ou não. Acho que mexer o menos possível na aparelhagem e, se mexer, não deixar ele muito tempo fora do aparelho já que aquilo ali é sério, até pra nós da enfermagem, serve até pra nós profissionais no âmbito do tratamento dele. Eu acho que é isso.

**** *n_48 *s2 *id1 *r2 *d1

Acho que é muito importante porque influencia muito na saúde do paciente, na prevenção de escara, de úlcera por pressão, e na melhora do paciente também porque se ele estiver desconfortável, ele não vai ter o mesmo rendimento no tratamento da doença dele. A adequação do tratamento, a estabilidade do paciente, tá sempre atento aos números do monitor, estar sempre atento a expressão do paciente, as vezes o paciente não tem como falar mas, o rosto fala, a expressão fala, o olhar fala, tudo isso é muito relevante pro paciente monitorizado.

**** *n_49 *s2 *id1 *r2 *d1

Faz toda diferença, porque a questão do conforto vai ajudar na questão da melhora do paciente né, se o paciente não estiver na situação de conforto, estiver desconfortável não tem como. O conforto é um bem estar, preparar um ambiente favorável, um ambiente tranquilo, um ambiente com harmonia, que o paciente, está recebendo ali aquele tratamento mas eu tenho que proporcionar pra ele um ambiente favorável. Acredito que seja isso.

**** *n_50 *s2 *id1 *r2 *d1

É uma boa. Acho que o enfermeiro, ele, vamos colocar, ele dá muito apoio, muita assistência pra esse paciente. É um pouco difícil porque o paciente tem que, ah não sei explicar.

**** *n_51 *s2 *id2 *r3 *d1

Vai depender da unidade né, tem unidades que o conforto é, são excelentes e tem unidade que deixam a desejar, mas também não depende só da unidade, depende também do profissional que esteja lidando com aquele paciente, então você procura dar o melhor de você, do que você aprendeu e conforta aquele paciente pra que ele se sinta bem, mesmo que ele esteja em estado terminal, temos que dar até o fim o melhor que pudermos. No paciente monitorizado, o conforto é atentar para todos os parâmetros né, estamos sempre atentos e tentar dar o melhor conforto possível né, sem ter que estar causando uma úlcera por pressão, que as vezes é uma, um monitor que esteja fora, não esteja em lugar adequado, então a gente tem sempre estar atento e observando todos os detalhes.

**** *n_52 *s2 *id1 *r2 *d1

Eu, eu acho que eu considero um pouco precário, eu não, depende da instituição também, que eu não vejo que tem assim muito conforto não em relação a enfermagem, porque as vezes a gente não fica, a gente fica muito focado no que tem que fazer com o paciente em relação a medicamentos, em relação a cuidados que tem que fazer como banho, higiene, mas em conforto eu acho que ainda deixa a desejar, porque eu vejo que tem muitos casos que o paciente ainda sai do hospital com alguma lesão, as vezes uma lesão mínima que poderia ter sido evitada. Então, o conforto do paciente monitorizado, Eu acho que além daqueles confortos de botar coxin, de elevar cabeceira ou não, ver temperatura, ou não, eu acho assim, se a gente apresentar pra ele conforto né, as vezes o mínimo, conforto pra aquele paciente é você estar do lado dele, mesmo se você não sabe se ele tá ouvindo ou não, você falar pra ele que a gente está ali, que ele não tá sozinho, a gente tá cuidando dele, talvez isso gere um conforto, talvez a gente conforte ele colocandocoxins, mas as vezes a gente não tá gerando conforto porque tá ali só fazendo como se fosse um corpo, não uma pessoa, mas também você estar lá perto dele, conversando, confortando a pessoa. Isso também é um conforto né.

**** *n_53 *s2 *id1 *r3 *d1

Ah é passar isso pro paciente, passar isso pra família, botar o paciente numa maneira que ele se sinta bem, tanto em questão de cuidado, de monitorização, decúbito, tudo. Conforto, se ele puder me responder, perguntar pra ele, se realmente aquilo tá fazendo bem, se não tá, se tá machucando, ver se ele tem alguma dúvida, se o familiar tem alguma dúvida, entendeu, caso tenha, que você tire sua dúvida pra ele não ficar tão afrito, porque ele não sabe porque aquilo tá no corpo dele, ele é uma pessoa leiga, então você tem que estar ali, dando atenção, tirando as dúvidas pra que ele entenda que aquilo não está fazendo mal, está fazendo bem. Aí, além de você ter um cuidado, você tem que passar pro familiar também, pro familiar tomar a frente, por exemplo, botou um eletro e ele saiu, paciente, você explica pra ele pra que serve, onde tem que estar, por que caso saia e você não veja, o paciente vai lá e coloca no lugar. Explicar tudo, quando o paciente não responder, pro familiar, não esquecer do familiar. Informação.

**** *n_54 *s2 *id1 *r1 *d1

Eu acho que os profissionais em si não pensam muito nisso. As pessoas, elas pensam só no trabalho e fazer o seu e, as vezes, esquecem que a pessoa precisa do conforto, mesmo não estando responsivo. Que por mais que ele esteja ali deitado, eu acho que a gente tem que ver uma posição que seja mais confortável, voltando a sensação de respirar, botar um pouquinho, não sentado, a 45 graus, tirar do 0, elevação de cabeça, de membros, conforto com coxin, essas coisas. Sim, eu acho que sim.

**** *n_55 *s2 *id1 *r1 *d1

Então, é questão, como eu falei, do olhar do paciente, se colocando no lugar dele, em questão, ah vai precisar fazer um procedimento, colocar um biombo, é, manipulação, informar o paciente o que vai fazer, família, estar sempre orientando o que vai ser feito. Isso é um conforto. Não, difícil não é, difícil não é. Você tem que manter o cuidado de forma prioritária, cheguei no setor, no plantão, tenho que observar todos os pacientes, fazer a observação dos leitos, avaliar meus pacientes, ler relatório pra ver se mudou, algum, alguma, algum procedimento, ver no relatório se não mudou. E o cuidado seria só no papel. Sim, sim, um olhar também com a família, entendeu, porque quando o paciente está próximo da família e a família tem ciência do que tá acontecendo, ele também, em questão de observar os fios, como vocês passaram pra gente, até a pessoa que vai fazer uma limpeza ou um raio X, tem sempre que tá observando esses cuidados. Entendeu.

**** *n_56 *s2 *id1 *r4 *d1

É importante ter o material necessário. É importante o enfermeiro se capacitar pro que ele vai fazer, estar sempre se capacitando. Tratar aquele paciente com todo respeito, como todo carinho pra poder se chegar ao paciente e você consegue ter uma assistência de qualidade e observar coisas que, as vezes, até outro profissional não consegue observar, que ele as vezes até conta aquilo pra você, e com isso, você tem uma assistência mais humanizada, vai melhorando a qualidade da assistência, porque você vai se colocando no lugar do outro e isso é importante. Acho que a monitorização tem que auxiliar e não prejudicar porque são vários fios, várias coisas, daí prejudica a mobilidade, pode atrapalhar, buscar não atrapalhar aquele paciente né, mudança de decúbito, poder se movimentar com aqueles aparelhos todos. Acho que sim, tem como dar um conforto, assim, tem suas limitações mas tem como buscar dar o melhor conforto possível pra aquela situação.

**** *n_57 *s2 *id1 *r4 *d1

O conforto é sempre disponibilizar pro paciente o conforto em relação ao atendimento, aos cuidados, a como o paciente vai estar no ambiente que ele estiver internado, como ele vai ser cuidado, tratado, alimentado, todo o conjunto da obra. Eu diria deixar ele numa posição confortável, pro paciente que vai estar internado, conforto em relação aos cuidados, conforto também em relação a família, você sempre prestar um atendimento de deixar claro as coisas, não esconder e, ter sempre uma atenção maior a esse paciente.

Corpus Textual 2

**** *n_01 *s2 *id3 *r3 *d2

Eu acho um trabalho complexo, um trabalho lindo. Eu acho que é um trabalho requer um olhar diferenciado sobre esse paciente né, um olhar

holístico e você tem que ter uma capacitação, entendeu, pra lidar com esse tipo de paciente. Eu acho muito complexo, muito difícil. eu acho muito difícil, você além de ver a parte dos monitores, do que tá inserido nesse paciente, eu acho que você tem que ver, olhar o paciente mais diretamente. Primeiro ter uma visão dele independente dos aparelhos, entendeu. Eu acho que requer do enfermeiro uma atenção maior, devido as drogas que estão inseridas nesse. Mas em relação só ao monitor, o cuidado tem que ser igual, independente. Não porque eu acho que o enfermeiro não tem que prestar atenção primeiro no monitor, primeiro tem que ver o paciente primeiro, independente dele estar monitorado ou não. Eu particularmente, eu acho que não, ele dá um parâmetro para que você tenha, assim, num primeiro instante, que você olhe e obtenha uma informação mas eu ainda acho que é mais importante olhar primeiro o paciente, o estado do paciente.

**** *n_02 *s2 *id1 *r2 *d2

É bem atencioso, complicado, perigoso e tem que ter muita atenção no que está fazendo pra não deixar a vida do paciente correr risco. Complicado. Primeiro acho que não tem que se envolver emocionalmente, segundo tem que ter um olhar diferenciado sobre o outro, e é muito difícil porque você tem que ter muita atenção, dar muita atenção, pega muito o tempo do enfermeiro, entendeu, e só. Pra mim é complicado, é complicado, tem que ter muito conhecimento, tem que ter bastante prática, bastante teoria, botar a teoria na prática, por que se você não sabe toda essa informação, não sabe tudo o que está acontecendo, você não vai dar uma assistência completa ao paciente. Muito, porque com o monitor você tem noção do que tá acontecendo naquele exato momento com o paciente, então você vai saber o que fazer porque o monitor está te dando uma base né, do que está ocorrendo e você vai saber intervir, agora, sem o monitor ele pode estar acontecendo várias coisas que você está desconhecendo no momento. Sim, pode. Porque ao mesmo tempo que ele pode te dar o parâmetro do que tá acontecendo de ruim, ele pode estar enganado, porque ele é uma máquina, então pode ter problemas nele ou não, então você vai fazer o que ele está te informando mas, ele pode estar te dando informações erradas.

**** *n_03 *s2 *id1 *r3 *d2

É, é uma área que eu quero seguir, a área de alta complexidade e eu aprendi a ter um olhar diferenciado, não ficar ligada a números mas, olhar a clínica do paciente então, eu chego no leito e eu começo a relacionar o estado, a clínica atual do paciente e depois eu me prendo a monitores e drogas, enfim. Justamente ter esse olhar, você tem que fazer um link o tempo todo de forma sistêmica, por mais que ele esteja ali por um diagnóstico, você tem que o tempo todo estar trabalhando em cima de hipóteses, porque, desestabiliza muito rápido. Então, esse semestre eu aprendi isso, é não ficar preso ao monitor, porque muita coisa interfere entre o paciente e o monitor, e aí as vezes não é tão fiel, então você tem que olhar primeiro pra clínica do paciente, se tá, se tem a ver ou não com o que o monitor tá dando de parâmetro e é isso, não olhar direto pro monitor, tá sempre preocupado com o paciente de forma integral. Eu acho que a diferença não deveria existir porque pro enfermeiro a diferença é que ele perde os parâmetros em números mas o cuidado tem que ser o mesmo, primeiro o cuidado e depois o monitor. Você perde na verdade, o que eu posso dizer, as referências porque você não tem a facilidade das

referências ali. É, o monitor, ele acaba sendo um alarme, né, se você já sabe as referências normais, quando você olha, já fez o seu cuidado, passou no leito e o monitor, ele tá te alarmando, você automaticamente, já foca o seu cuidado pra aquilo que o monitor tá medindo, então eu acredito que facilite nesse momento.

**** *n_04 *s2 *id2 *r2 *d2

Difícil, muito difícil, uma alta complexidade muito grande, aonde o enfermeiro, ele tem que ter uma demanda e capacidade muito grande porque ele vai tá trabalhando com diversos equipamentos que precisa ter manuseio perfeito porque ele vai tá lidando com vidas. Difícil. Muito difícil porque estamos a mercê de um paciente a qual, mesmo estando num grau de patologias graves, ele pode se agravar mais ainda então o cuidado é um dever, acho que básico, no cuidado em UTI. Difícil! Educação de enfermagem, que educação de enfermagem. Eu preciso saber o que eu estou fazendo. É, muitas das vezes, em ensino clínico a gente vê muito isso, primeiro dia de aula, segundo dia de aula, estágios aonde você dá de cara com, você entra na UTI e vê uma porção de aparelhos e não sabe mexer. Então eu preciso saber o que eu estou fazendo, preciso saber droga certa porque, como enfermeiro, a gente se iguala ao médico, não que ele saiba mais porque a gente estudou também 5 anos de enfermagem, mas eu preciso ter uma educação e saber o que eu tô fazendo, porque se não eu mato meu cliente, né. É óbvio a diferença. Quando eu tenho um paciente monitorizado eu, sem precisar fazer exame físico em mãos né, eu tô olhando pro monitor eu vejo frequência cardíaca, eu olho pro monitor eu vejo frequência respiratória, eu vejo oximetria, eu vejo tudo sem o contato e, com o contato, eu demoro mais o meu exame e óbvio que com a monitorização é tudo mais fácil e mais tranquilo. Isso monitorado correto, porque quando a gente chega na UTI é paciente acamado, é muito oxímetro fora do lugar, muito aparelho fora do lugar e quando você olha, você que não tá certo, não tá correto.

**** *n_05 *s1 *id2 *r1 *d2

Eu acho um trabalho importante, onde a gente pode agregar bastante conhecimento né. E pra poder dar mais conforto pro paciente. É dar atenção pra ele, prestar os cuidados necessários entre outros. É praticidade né, dele ficar monitorizado, de você não ter que mexer nele toda hora, que tá tudo no monitor, no vídeo, você vai ver, vai marcar e é mais fácil do que você ir lá fazer, pegar aparelho de pressão, no paciente monitorizado é só ir lá e anotar. Eu creio que sim. Porque o paciente monitorizado, na UTI, vai tá parado, não vai tá rolando nada, vai tá intubado, vai tá sem falar, assim, e o não monitorizado você vai chegar perto do leito, vai falar, vai perguntar as coisas pra ele, se tá sentindo, se tem alguma dor, vai perguntar as coisas pra ele e ele vai te responder. O acamado monitorizado, não, vai estar lá parado sem fazer nada. É eu creio que sim, pelo fato do que eu falei, que ele vai tá monitorizado, qualquer coisa que tiver lá, o monitor vai acusar.

**** *n_06 *s2 *id2 *r2 *d1

Eu penso que é um trabalho bem complexo, tem que ter muita atenção porque os pacientes são pacientes que estão em alto risco de vida e qualquer desliz, qualquer esquecimento de olhar um monitor ou passar uma medicação pode levar o óbito do paciente. Acho que é bem difícil mas, com o treinamento, com a prática do dia_a_dia, acho que é possível cuidar,

nunca cuidei mas acho que sou capaz de cuidar sim. É bastante atenção né, bastante atenção que o profissional de enfermagem tem que ter, bastante atenção, saber como identificar cada parâmetro do monitor, e identificar cada situação pra poder agir o mais rápido possível. Acredito que tem sim uma diferença. É mais complexo mas não deixa de ser o mesmo cuidado, no sentido de que os dois demandam atenção pra cada situação, se é no monitoramento, é uma situação diferente, se é no cuidado sem a monitorização contínua é diferente mas que os dois são importantes. No caso dos pacientes que estão necessitando desse dispositivo, é fundamental que ele tenha esse dispositivo a mão, e o enfermeiro tem que ter capacidade de saber identificar cada situação do que possa vir acontecer. É como eu falei, vai influenciar, porque cada paciente que está necessitando de monitoramento contínuo é uma situação, que demanda muito conhecimento e muita atenção e cuidado. O outro paciente também demanda cuidado e é importante da mesma forma, só que em outro contexto. Então os dois são importantes.

**** *n_07 *s2 *id1 *r2 *d2

É um trabalho assim, bem, eu acho bem delicado em questão de que a gente tem que ter uma atenção dobrada porque são pacientes extremamente graves onde a responsabilidade da equipe de enfermagem e do enfermeiro é de estabilizar e tentar manter aquele paciente então, é uma responsabilidade muito grande sobre a equipe. Eu acho! Pra mim, eu acho complicado porque envolve muita coisa em si, os familiares, o paciente e a saúde dele, o retorno daquilo, se muitas vezes não vai retornar ou como vai ser, pra mim eu acho complicado as vezes conseguir estabilizar aquilo. Tem que ter uma atenção no equipamento né, no monitor pra tá atento aos sinais que ele tá dando né, pra poder ter uma assistência adequada no que tá sendo fornecido ali pra gente, e aquilo é bom pra gente tá vendo como tá sendo o dia_a_dia dele, se tá evoluindo, se ele tá evoluindo, como é que tá sendo o desenvolvimento dele, a evolução dele no decorrer da internação, do tratamento. Sim, porque o paciente que tá monitorizado, ele tem só aquilo como informação, se tem o monitor como informação e o relato de avaliações que por você é feito, já quando o paciente não é monitorizado, muitas vezes ele sinaliza pra você o que tá acontecendo, né, você consegue ter o diálogo e ele explicar pra você o que ele tá sentindo e ele explicar pra você o que ele tá passando, então você consegue ter um feedback melhor com o paciente quando ele não está monitorizado mas, assim, é mais atenção da equipe mesmo, da gente. Pode um pouco, porque assim, muitas vezes você fica meio que, você tem que tá te sinalizando, e você tem que investigar um pouco mais além do que ele tá te sinalizando, entendeu, muitas vezes você fica meio assim, eu não tenho experiência nisso mas eu acho que muitas vezes a gente tem que estudar um pouco mais, investigar um pouco mais pra poder chegar num contexto.

**** *n_08 *s1 *id1 *r4 *d2

Eu penso que é um trabalho diferenciado onde o nosso cuidado tem que ser mais especial do que algumas áreas, onde nós temos que nos dedicar exclusivamente aos pacientes e a tudo que compõe a UTI, como o monitor, onde muitas vezes o paciente se encontra sedado, ele não nos demonstra com palavras ou atitudes o que que ele está sentindo então a gente tem que prestar mais atenção nos detalhes da monitorização do paciente e

também da sua face, e as vezes em alguns gestos ou atitudes que eles demonstram pra gente o que ele está sentindo naquele momento. Eu vejo que cuidar de um paciente dessa maneira é o cuidado mais especial possível, onde nós não podemos chegar cansados, ou nem mesmo desatentos, nós temos que estar 100 por cento focados nesse paciente pois, muitas vezes, esse paciente não nos demonstra com palavras o que está acontecendo com ele naquele momento. Então, no monitor só apresentava que ele estava taquicárdico e ele também estava, a respiração dele também estava mais acelerada. Então com isso nós acreditamos que foi a ansiedade de ter outras pessoas a beira leito com ele, ele ficou mais ansioso e começou a transpirar bastante. Sim, existem grandes diferenças. A principal delas é que o monitor nos demonstra os parâmetros do paciente então com isso nós conseguimos observar os sinais vitais e aí sim a gente consegue fechar uma análise mais direta do paciente, a gente consegue ver a PA, consegue ver a PAM, consegue observar padrão respiratório, consegue também ver a PVC do paciente, tudo isso e a saturação, tudo isso são parâmetros que, na nossa avaliação, nos auxilia bastante ao cuidado daquele paciente, como auxiliar aquele paciente no momento que estamos a beira leito e observamos o paciente. Ajuda pois nós já conhecemos os parâmetros. Se a gente não nos atentar a fazer a aferição da PA dele, no monitor já está demonstrando, então a gente já sabe que ele está com a PA elevada ou mais baixa sem precisar fazer o procedimento no paciente pois o monitor já está nos dizendo isso, nós também conseguimos observar que a saturação está caindo sem olhar pro paciente e ver que ele está apresentando cianose, que ele está sem conseguir respirar bem.

**** *n_09 *s2 *id1 *r2 *d1

Eu penso que é, de uma forma bem, tem que ter uma atenção grande né, com esse paciente porque ele está ali bem, realmente uma atenção, uma prioridade, você tem que deixar seu foco em cima desse paciente porque tá, tá ali nas suas mãos né. De uma responsabilidade bem grande. É bem complexo né, você tem que tá atento a tudo. Saber os parâmetros, saber avaliar, ter um senso crítico grande, e saber estar bem atento a essa monitorização. Tem, tem diferença sim, acredito que sim. Os cuidados, realmente o paciente monitorizado, você tem que saber avaliar né. É, tá bem atento a tudo, porque se ele tá monitorizado é porque ele necessita de uma atenção bem, bem mais complexa. Já aquele que não tá monitorizado, claro que ele também precisa de uma atenção, claro, tem que ter uma atenção maior também mas não é nem tanto quanto de um paciente monitorizado. Não é um paciente tão grave. Pode, porque, a partir daí eu tenho todo um diagnóstico e todo cuidado específico pra uma atenção pra uma determinada área, por exemplo, se for algo cardíaco, tem que dar uma atenção ao pulso, ao ECG, tudo isso, já se for no oxímetro, uma avaliação respiratória, desconforto respiratório, vai me determinar pra onde devo ter uma atenção maior, essa monitorização.

**** *n_10 *s2 *id2 *r3 *d2

Penso que é um trabalho complexo que, assim, além de exigir a habilidade e o conhecimento, exige muito de você emocionalmente por ser um local que você já tem predeterminado que as pessoas já estão num estado avançado de alguma doença ou em risco iminente de morte por algum trauma ou acidente ou algo que a tenha levado até ali. Então você lida com

essa complexidade emocional além de você ter um tempo muito preciso para que você faça todos os procedimentos. Pra mim, o que eu vejo né, é que talvez seja uma utopia, mas eu vejo assim, é que as pessoas estão muito focadas no protocolo, nos parâmetros, no que tem que fazer, e aquela pessoa fica ali muitas vezes sem um contato maior a nível de, não digo afetividade mas talvez seja humanização a palavra mais usada hoje né, de atenção. Eu vejo, assim, pouco tempo e pouco interesse, nas experiências que eu tive passando na UTI, dos profissionais estarem voltados em ouvir aquele paciente, em perguntar se ele tá bem, se ele tá bem acomodado, se ele sabe que dia é hoje, se ele sabe se tá sol ou se tá chuva, o me chama a atenção, até mesmo a relação com a família. A família é um incomodo pro profissional, ele prefere que a família não esteja ali, justamente pra ele não ter que lidar com isso. Pra mim, assim, que sou inexperiente né, é um momento de tensão. Eu já fico pensando assim onde eu vou pegar sem desligar nada, sem tirar nada do lugar, rezando pra nada apitar né, porque se apitar, eu vou ter que saber o que fazer então eu imagino dessa forma mas, pelo que eu, assim ainda tô muito no conhecimento teórico né. O que eu vejo no conhecimento teórico, o monitor de parâmetros de sinais vitais, ele não tem assim nenhuma contraindicação muito grande para que você mobilize aquele paciente. Você tem que ter atenção, tem que ter cuidado, e saber manusear ele, pro caso de sair. Diferente de um respirador, que já é mais complexo. Existe essa atenção maior com a ferramenta, de saber lidar com a ferramenta, mas não deve existir diferença entre o cuidado que você vai prestar a um e a outro, ele deve ser único. Não sei, acho que é uma pergunta que eu tenho que pensar melhor. Acho que pode influenciar naquilo que eu falei, requer mais atenção... assim, mas não vejo nada que não possa ser feito com o uso do monitor, um banho, um cuidado, uma mudança de decúbito, não vejo, nesse momento eu não vejo nada.

**** *n_11 *s2 *id1 *r2 *d1

Um trabalho doloroso não só pra quem atua mas também pro paciente porque ele fica ali naquela morbidade, não tem como fazer nada, muitas das vezes na mesma posição por muito tempo, e com isso ele acaba adquirindo uma outra, uma outra doença, uma outra comorbidade por causa daquela mesma posição ou por conta de não ter manuseio ou mesmo não poder se movimentar, ou mesmo direcionar o que ele quer né. Pra mim não se tornou doloroso mas se tornou prazeroso por conta que eu estou fazendo o melhor pra ele. E uma coisa bem delicada né, até porque, principalmente quando eles estão em tubo, ventilação mecânica, com PAM então é assim, o monitor é bem complicado, é delicado, tem que ter um manuseio diferenciado com o paciente, você não pode chegar e virar ele de lado sem ter um carinho, um cuidado com todo paciente. Sim. Por conta de você ter o monitor, você tá com parâmetros todos ali, naquele momento, visível e o paciente sem monitorização você não, você pode até saber o que ele tá sentindo em olhar na sua expressão mas muitos pacientes não são assintomáticos então, muitas vezes, ele estar sem a monitorização é uma situação ruim pra quem cuida, pra quem tá ali no nosso dia_a_dia. Muitas vezes, a gente tem muitos pacientes que está ali, sem sintoma algum e muitas vezes ele está hipertenso ou com febre, e não tem como falar o que está sentindo então a monitorização é importante para esse tratamento desse paciente. Com certeza. Ele é um dos critérios mais importantes pra

enfermagem porque como a enfermagem não só atua no cuidar do paciente, ela também atua muito no burocrático, então o monitoramento é um facilitador pra multifunção que ela tem né.

**** *n_12 *s2 *id2 *r4 *d2

De suma importância. De suma importância, é uma área que me identifico bastante. Prazeroso, altamente prazeroso. É um pouco complicado porque neles a gente fica um pouco perdido porque são vários fios, drogas sendo infundidas, polifix, então é um pouco confuso. Atrasa um pouco até você resolver tudo o que se tem pra resolver assim sem identificação, então é um pouco assim, confuso. Existe. É a demanda de tempo. O paciente monitorizado muitas vezes você tem um tempo, você não perde tempo em fazer o exame físico, tá tudo na máquina mas não é confiável, você tem que tirar, medir, confirmar se aquele parâmetro está correto que as vezes sai o oxímetro, você acha que está certo e não está certo, as vezes a temperatura, você acha está certa e a temperatura e a temperatura não está fidedigna, então assim, a PVC, então tem coisas que o monitor as vezes não dá o resultado fidedigno, então tem coisas que a gente as vezes fica preso, para, perde tempo, e tempo na UTI é precioso pra assistência. Muitas das vezes sim. A precariedade do hospital porque muitos hospitais tem monitor mas precisa de muita manutenção, muitos estão precisando de manutenção. Na rede pública, principalmente, é uma monitorização precária e assim, eu acho que tem que ter uma, na minha opinião tem que ter um treinamento de equipe.

**** *n_13 *s2 *id1 *r3 *d1

É um trabalho complexo, porém simples dentro de uma dinâmica que eu entendo que tem que ter tantos pacientes pra um enfermeiro, digamos assim, dentro da complexidade dos pacientes, tem que ser um enfermeiro pra dois. Isso vai variar de UTI pra UTI. Eu acho que é um trabalho bem complexo e pra pessoas que tem bastante atenção a detalhes. É bem complicado porque o paciente, ele não tem como te pedir ajuda e na maioria das vezes ele tá em coma induzido, ou ele tá hipotenso, ou ele tá, digamos assim, em repouso né, ele não tem como ficar te pedindo, te falando, ele muitas vezes não tem como te relatar dor, então acho que o olhar crítico e analisatório do paciente tem que ser alto, tanto na hora de um banho no leito, tanto na hora de o paciente estar se alimentando e ele está te relatando algum problema, quanto na hora que você for administrar uma medicação e o paciente te reclamar algum problema ou te confessar o que ele tá sentindo. Eu acho que a atenção tem que ser duas vezes redobrada. Eu acho que é meio que o bom e o ruim, é bom porque ajuda a equipe a ter desenvoltura, ter trabalho mais ágil, ter menos tempo perdido com certas aferições, porém isso tem que ser planejado pra tamanho de UTI. Se você tem 3 ou 4 pacientes dentro de uma UTI pra dois enfermeiros, ok. Se você tem 6, 8, 12 pra 2 enfermeiros aí complica né porque ninguém tem a atenção 100 por cento em um paciente o tempo todo, e nem o monitor vai auxiliar porque o monitor, não tem como o profissional estar atento a 6, 8 monitores o tempo inteiro, porque pode haver três paradas e aí é complicado. Sim, existe uma diferença enorme. Você cuidando de paciente monitorizado, tá te mostrando N coisas que você teria que fazer manualmente como PAM, como PVC, essas coisas e, o paciente monitorizado você vai gastar menos tempo com, digamos, a parte

matemática, pra você calcular o que tá acontecendo e que você não pode visualizar. Porque o que você pode visualizar, você não precisa de monitor. Então oximetria, essas coisas, na monitorização ajuda muito, e na manual já faz ter mais trabalho, não quer dizer que não funcione, porém a demanda de tempo é maior. Sim, pode influenciar muito. Pode não, influencia, na minha opinião, porque além do risco que o paciente corre na UTI de ter parada cardiorrespiratória, ser avisado, ser o monitor que grita quando, literalmente, esse paciente que tá sendo monitorizado manualmente, as vezes ele tá numa enfermaria, e não tem enfermeiro dentro a enfermaria com ele, porque a gente vive essa realidade no Brasil e esse paciente as vezes entra em PCR sem ser visto, e as vezes ele entra em PCR e só é visto depois que ele veio a óbito há um tempo. Então eu acho que sim, é um item extremamente necessário, e não só na UTI.

**** *n_14 *s2 *id1 *r1 *d1

Bem difícil, complexo, e o trabalho é bem minucioso também né, é a vida das pessoas nas nossas mãos, nossos cuidados, então acho assim, bem difícil. De uma tremenda responsabilidade, acho bem difícil. E precisa de bastante competência pra isso. Acho que é essencial, até pra gente também, pra gente colher os dados, sinais vitais e tudo mais, acho que é muito importante. Com certeza. Até por que se não, não tem como. Mas a diferença com certeza, até porque, com a monitorização é bem mais fácil do que sem a monitorização, senão toda hora a gente vai ter que ficar monitorizando o paciente. Acho que sim. Pro melhor. Pra uma boa recuperação, pra um atendimento com mais qualidade, qualidade no atendimento.

**** *n_15 *s2 *id1 *r2 *d2

Então, não é minha área né, não é uma área que eu fale assim, nossa eu quero trabalhar. Mas é aquela coisa, a gente as vezes cai de paraquedas em determinados lugares né. Mas o meu foco é saúde mental. Olha a experiencia que eu tive, na época que passei em alta complexidade, assim, é muito sofrimento né, mas é aquela coisa, é você se doar ao máximo pra poder ajudar aquela pessoa, aquele paciente. A enfermagem em si é você se doar pras pessoas então é isso. Bem, primeiro que eu não entendo nada daqueles monitores, é muito complexo mas se a gente olhar pela vantagem é muito melhor porque você tem o controle sobre o paciente, tá tudo ali monitorado, tudo direitinho então você não tem tanta preocupação assim, se for numa enfermaria você tem que ficar aferindo pressão, é mais controlado e isso é legal, eu acho interessante. É, em termos sim porque tem a questão controle né, se você ficar mais atento ao controle de, se botar alguma coisa errada lá no monitor, você tá ferrada. Então você tem que ter noção, é uma responsabilidade muito grande tanto um quanto com o outro. Sim porque vai depender do que você botar lá, você tem que saber manusear o monitor, as coisas todas lá né, porque, como eu falei anteriormente, isso é complexo mexer naqueles negócios. Por um lado é fácil porque fica tudo lá mas você tem que ter a habilidade de mexer lá e colocar os parâmetros tudo certinho pra ter um bom funcionamento.

**** *n_16 *s1 *id1 *r2 *d2

Como eu penso o trabalho em UTI. Olha, eu penso que é um trabalho de extrema responsabilidade do profissional de enfermagem com o paciente, da promoção de cuidado para o paciente, e que exige dele extrema ética,

profissionalismo na realização do cuidado, da prestação de cuidado pra promover o bem estar pro paciente. Pra mim, por não ter experiência ainda, eu acredito que vai ser um grande desafio, vai ser algo novo que vai exigir de mim tanto um controle sentimental, uma disposição muito acima daquilo que eu acho que a própria instituição pede. Olha eu acho que é muito bom porque te possibilita ter um controle muito maior e você não precisa tá toda hora aferindo sinais vitais, então faz com que otimize muito seu trabalho, eu acredito. Sim, sim. Eu acho que na questão do próprio custo benefício, no cuidado do paciente, na sua gerência do seu trabalho, e na recuperação dele. Não, com certeza mais fácil. Eu acredito que sim, acredito que sim porque ele vai te dar uma capacidade de você controlar todo, as questões dos sinais que estão visíveis ali no monitor, faz com que você ganhe o tempo e com isso você possa agir com mais rapidez, focando naquilo que o monitor tá te mostrando.

**** *n_17 *s2 *id1 *r2 *d2

Eu acho bem complexo lidar com todos os pacientes mais graves, acho que foi dos maiores desafios no estágio mesmo, conseguir separar as coisas, os sentimentos pessoais e a parte profissional. Atualmente, por ser sem experiência, é um pouco mais difícil mesmo porque eu acho que com o tempo a pessoa vai se acostumando com essas situações, no momento acho que é mais complexo pra mim. Nesse estágio, inclusive, eu não vi o óbito mas eu vi o paciente sendo retirado né, já naquele saco, aquele corpo todo preparado, enfim, uma coisa que me deixou mal toda a manhã no estágio, então, observar isso tudo, não confundir, isso tudo acaba me deixando um pouco triste no momento de manipular esses pacientes. Pela experiência que eu tive no estágio, achei bem tranquilo, acho que você entender os seus limites que tem ali de manipulação é muito importante, você não alterar, você ter consciência de que o monitor nem sempre tá correto, que você precisa fazer a sua inspeção manual pra ver se tá batendo, porque, coisa que a gente ouve muito dizer é que o profissional se baseia muito no monitor e as vezes o monitor não tá apontando o que é certo, e aí já causa uma falha na assistência por causa dessa negligência que muitas vezes não é observada. Existe, sem dúvidas, porque se o paciente está monitorizado é por uma causa específica, já começa por aí. Ele tem uma necessidade diferente de observação e de parâmetros então se eu confio 100 por cento na máquina e não observo, eu já tô falhando aí. Então há sim uma diferença, apesar de o outro paciente também ter a necessidade de conferência de sinais vitais e etc, esse paciente está exposto a esse tipo de cuidado por necessidade, pelo agravo da sua situação então é preciso entender que vai além da preguiça, por exemplo, de conferir quando chegar e anotar o que tá ali, tendo em vista que a gente tem muitas falhas. Acho, acho sim, tanto no manuseio né, que tem que ter mais cuidado pra você fazer o exame físico e tira o oxímetro por exemplo e as vezes não observa. Acho que interfere sim, tanto no manuseio quanto na observação.

**** *n_18 *s1 *id1 *r1 *d2

Eu acredito que ele é fundamental e tem que ser feito por meio de protocolos né, tem que ter um procedimento bem rígido pra ser seguido, pra garantir a continuidade do tratamento do paciente. Olha eu acho que é bastante complexo mas prazeroso porque a saída do paciente daquele

quadro é a constatação de que o seu serviço foi bem feito. Então, acho que necessita de um cuidado maior né, até pra você não desconectar os monitores, e aí você de repente tem alguma alteração, alguma desestabilização paciente então você tem que estar atento e durante todo o procedimento verificando o monitor pra verificar se ele tem alguma alteração, alguma coisa do tipo. Eu acho que tem a vantagem, justamente por esse ponto, por você conseguir verificar durante os procedimentos qualquer alteração de parâmetro mas também tem o lado ruim por conta dos cabos, dos cateteres que vão atrapalhar na mobilização do paciente. Depende do ponto de vista, cuidar do monitorizado vai te dar um pouco mais de trabalho por conta daquelas tecnologias que estão ali, mas tem a vantagem que te dá uma consciência maior de como o paciente está no momento, e do não monitorizado muitas vezes você depende só do relato dele né. Se influenciar é de forma positiva. Acho que a identificação precoce de qualquer alteração do paciente, de qualquer alteração de sinal vital, qualquer alteração, alteração enfim, é isso. Se alterar, se mudar alguma coisa é de forma positiva por você conseguir identificar mais cedo qualquer alteração dele.

**** *n_19 *s2 *id2 *r2 *d2

É um trabalho maçante, difícil porque você vai lidar com vidas, e tem muitas delas que provavelmente não sairão de lá, e como a gente lidar com os familiares que estão na expectativa de seus familiares saírem de lá ou não. Difícil, porque a gente tem que se colocar no lugar deles porque hoje são eles que estão lá e depois pode ser a gente. Difícil mas bom porque você sabe o que tá acontecendo com o paciente através da monitorização. Tem. Porque com monitorização você sabe o que o paciente tá passando e sem, a gente vai ver o que ele tá dizendo, se é verdade ou não, a gente vai ter que acreditar no que o paciente fala. Pode. Porque através da monitorização você vai saber o que pode fazer naquele momento com o paciente ou, sem monitorização você não tem como saber.

**** *n_20 *s1 *id1 *r3 *d2

Como que eu penso. Que é um trabalho muito importante. Muitas pessoas precisam da gente, a gente precisa ser capacitado pra atuar nessa área. Difícil, Mas também acho que tem um a gratificação muito boa quando você consegue ter êxito do tratamento. Pra mim muito difícil. Também é complicado, eu acho que o manuseio é muito complicado, é, como posso dizer, ela acaba nos, nos impossibilitando de fazer muitas manobras com o paciente, então a gente tem que ter muito cuidado. Demais. Então, o paciente sem monitorização você consegue ter um manuseio muito mais prático, e aquele que tá monitorado, dependendo da monitorização, a gente não consegue colocar em algumas posições ou fazer alguns tratamentos. Até consegue mas é mais difícil. Influencia sim, tanto no positivo quanto pro negativo, acredito que os dois. Positivo quando o monitor vai te auxiliar em alguns parâmetros então você vai saber, até mesmo, o momento que você consegue cuidar desse paciente. E pro lado negativo, como eu havia mencionado anteriormente, creio que pode ocorrer uma dificuldade de você manusear esse paciente por causa dos fios, entre outras.

**** *n_21 *s2 *id1 *r2 *d2

Eu achei que era um ambiente, assim, muito agitado mas eu vi que era uma tranquilidade né, que você tem como dar assistência de uma forma melhor

pro paciente que ele né, ter aquela calma mesmo, tudo planejado. Eu achava que era totalmente ao contrário mas quando eu vivenciei, desmistificou muitas coisas. Eu tive um pouquinho de dificuldade assim, que eu digo, no estágio porque a gente vê o paciente muito debilitado e acamado e muitos tão sedados, então não tem como ter aquele contato com ele, assim, melhor né. Mesmo os professores nos ensinando que a gente tem que chegar no paciente, conversar com ele mesmo que ele esteja sedado, mas a gente não tem esse contato, esse retorno dele né, verbal, essas coisas assim. Assim, tem seus pontos bons e tem seus pontos ruins né, que aí é uma forma mais rápida de você olhar o que está acontecendo com o paciente mas se tiver posicionado de uma forma correta, então assim, tem vários outros fatores mas, tem pontos bons e tem pontos ruins porque muitas vezes é difícil de você mudar o paciente de decúbito, tem muitas coisas que influenciam. Tem um pouquinho porque tem o aparelho né, que as vezes a gente não pode mudar o paciente, como eu falei, as vezes a gente não pode fazer uma limpeza melhor nesse paciente, uma higiene melhor por algumas coisas, esse paciente é um pouco mais complexo, dependendo do jeito da monitorização. É o que a gente tá falando o tempo todo, ele muda um pouquinho a mudança de decúbito, todas essas coisas então, a gente tem que ter, além do cuidado com o paciente tem que ter o cuidado com os equipamentos mesmo.

**** *n_22 *s2 *id1 *r1 *d2

Eu acho bem complexo, porque envolve várias coisas e não só os cuidados, voce tem que olhar a pessoa ali como um todo e não só como um doente porque, poderia ser alguém da sua família né. Então acho que você tem que dar o máximo de atenção possível né, principalmente para a família que tá precisando mais de apoio emocional. Eu acho complicado porque sinceramente eu não sei lidar com perda, ainda não trabalhei meu psicológico para lidar com isso. Olha, minha experiencia no estágio é bem complicado, você mexe numa parte e o monitor já tá apitando e eu fico assim, meu Deus, o que é que eu fiz de errado, aí eu fico preocupada, eu acho bem complicado mas acho que com a prática que você vai aprendendo. Acho que não. Pode. E você observando ali, por exemplo, os batimentos cardíacos, você tem a ideia do que está acontecendo com o paciente então isso pode te agilizar.

**** *n_23 *s2 *id1 *r1 *d2

Acho que da UTI é aquela coisa complexa que você vê todo o complemento do paciente como um todo, o paciente como um todo, mas assim, mais num grau de alta complexidade né. Pacientes mais críticos e ali você tem todo um suporte e assistência pra dar pro paciente, tudo o que acontecer de intercorrência. Bom, de um modo geral assim, acho que vale muito pra, agora que eu vou sair da faculdade, uma experiencia muito boa, a gente passa a ter uma visão ampla de tudo, a enfermagem como um todo, por mais que você nem queira focar nessa área de alta complexidade. Eu acho que um enfermeiro que atua pelo menos um período da sua vida na profissão com alta complexidade, eu acho que você tá apto pra trabalhar em qualquer lugar, você vê tudo ali, do básico à alta complexidade em si. Olha eu particularmente acho que alta complexidade você fica muito focado nas máquinas sabe, muito focado naquilo ali ao invés de você focar no paciente mas acho que não é um problema então deveria ter uma ação

sempre continua com os profissionais que atuam ali dentro pra você também não só olhar a máquina, que o paciente, você olhando ele, ele mostra muita coisa ali e a máquina não mostra aquilo. Ah sim, com certeza, eu acho diferença. Eu acho que na parte mais precisa, a máquina é muito boa pra isso né, vai te dar um alcance muito mais próximo e melhor do que a olho nú ou se você for auscultar esse paciente, pela máquina você vai ter mais precisão quanto a isso, pra você atuar de forma mais ética e mais coerente do caso. Pode, acho que sim. Acho que de ambas né, tanto positiva quanto negativa. Se você não souber manusear a máquina, ela vai te dar uma precisão errada e você vai tomar uma conduta errada, então você tem que saber também manusear a máquina.

**** *n_24 *s2 *id1 *r2 *d2

Eu acho que pode ser um pouco desgastante por conta da situação do paciente, e também, o profissional pode acabar se envolvendo um pouco e psicologicamente não ficando muito bem. Tem que tá 100 por cento, muito comprometimento, tem que ter destreza e tá 100 por ali no serviço. Ah eu acho que se a pessoa não souber, não tiver conhecimento fica um pouco perdido em relação aos parâmetros, tem pessoas que se ligam muito em questão de cor e isso varia de monitor pra monitor, e acaba se perdendo então tem que meter a cara mesmo no estudo e ficar ligado nessa questão que cada empresa vai ter um padrão e prestar atenção nas informações que esta mostrando no monitor, não ficar se prendendo só em cores, porque varia e você pode cometer erros por causa disso. Eu acredito que tenha, acredito que o monitor é um a mais né porque sem o monitor não tem como você adivinhar as coisas. O monitor é como uma carta ali na manga, é uma coisa que te ajuda, vem pra te ajudar. Eu acho que influenciar não pode e nem deve, tem que ser uma coisa pra você ter um respaldo nas suas ações mas, influenciar ou depender do monitor pra você agir jamais porque se tiver alguma coisa errada, o funcionamento não tiver certo, você vai errar na sua conduta.

**** *n_25 *s2 *id1 *r2 *d2

Um pouquinho complicado, se tem que ser atencioso, tem que ter um olhar mais critico, e ter atenção, tem que ter bastante atenção ao paciente e a tudo que tá ao redor. Eu acho que é um pouco complicado, você tem que ter bastante cuidado, é um paciente que demanda muita atenção. E tudo tem que ser milimetricamente feito, não pode errar nada, você tem que ter aquele cuidado extremo no paciente critico. É uma facilidade, é um pouco fácil, porém a gente não pode se basear somente naquilo, que o paciente, ele não é só o monitor. Existe. O paciente monitorizado, como eu falei, então, assim, tem gente que não vê tanta facilidade, vê mais facilidade porque você não precisa, caso de pressão, você não precisa fazer toda aquela técnica da pressão arterial, você pode ir ali só apertar o botão ou programar a pressão no monitor, pulso, pulsação, você não precisa parar, contar o pulso por um minuto porque ele tá mostrando ali no monitor, ele já te dando a pulsação toda, então é um pouco mais fácil, tanto o pulso, frequência respiratória, essas coisas todas. Influencia. Colocando o eletrodo errado, paciente que tira a oximetria de pulso, até mesmo temperatura, que o paciente se mexe no leito e pode dar alteração.

**** *n_26 *s2 *id1 *r1 *d2

Ah eu gosto muito do trabalho feito e até penso em seguir a área, mas só que na Neo. Complexo. É bem complexo, mas a gente tem que olhar o paciente como um todo né, eu acho que exige muito cuidado nosso. Não que nas outras áreas não exija mas o paciente crítico, ele piora muito rápido, melhora muito rápido, a gente tem que tá sempre de olho nos parâmetros, nas coisas. É difícil porque a gente nem sempre pode confiar no que o monitor tá apresentando né, justamente por causa desses erros de leitura que as vezes existem. Existe. Pô, o paciente sem tá monitorizado, a gente tem que aferir sempre, ver mais os sinais vitais, uma coisa assim manual. Já quando o paciente está monitorizado com máquinas, a gente acaba priorizando mais as máquinas né, porque elas já te dão dá os parâmetros todos lá do que realmente checar se aquilo ali é verídico ou não.

**** *n_27 *s1 *id1 *r3 *d1

Penso que ele é importante pra aquele paciente que esteja mais crítico, ele tá muito crítico ele precisa de um atendimento mais específico e mais individualizado. Eu penso que a UTI é lá onde se consegue ter esse atendimento mais direcionado pra ele. É mais o alívio da dor daquele paciente, porque ele está ali, sedado ou não, ele precisa ter o alívio da dor, tem as escalas de dor que a gente consegue mensurar, só que, realmente, quando ele tá sedado a gente não sabe, só que ele pode estar sentindo aquela dor. Então eu penso que é justamente essa parte de tentar aliviar aquela dor dele que é pra ele ter alta daquela unidade, que aquela unidade não é nada permanente, é uma coisa que passa e vai embora, que todo mundo quer isso. É difícil. Eu penso que é muito difícil em razão, vamos dizer assim, mais coloquial, é muito cabo pra pouca pessoa. Então a gente fica meio perdido ali, não sabe o que que olha, o que monitora, o que que vê primeiro mas, faz a assistência. De que forma eu vou fazer a assistência a um paciente que tá todo monitorizado, todo cheio de cabo ? Não. O cuidado é individual pra cada pessoa e sua assistência. Não, mais ou menos, porque você tem aquela dificuldade de chegar né, mesmo aquela pessoa que já trabalha no setor tem aquela acuidade maior porque tem os cabos, aquele cabo que deixa o paciente vivo, o do respirador por exemplo. Então não é pra diferenciar a assistência mas tem um pouco de receio aquela assistência, eu como acadêmico percebo, pelo menos a gente tem aquele receio de não vou chegar porque é muita coisa pra uma pessoa só e eu vou errar tudo e pronto.

**** *n_28 *s2 *id1 *r4 *d1

É um trabalho complicado, que eu vejo que, pelo menos no meu campo de estágio, eu acho que os profissionais deveriam prestar mais atenção nos pacientes e não prestaram. Requer muito cuidado e carinho, principalmente. Complicado. É, agora no dia em que eu tava lá, eu pude ver que não deram assistência mas eu tentei dar o meu melhor pra ele, mas pude perceber que ele tava assustado com a situação, não sabia o que estava acontecendo. Eu acho muito complicado e requer muito cuidado. Existe. Eu acho que é justamente a questão do cuidado porque todo paciente tem que ter um cuidado, todo paciente, na minha cabeça, eu entendo que tem que ser tratado como humano e hoje eu vejo muitos profissionais não fazendo isso mas o paciente que está monitorizado tem que ter uma atenção muito

maior, e eu não vejo isso .Sim, vai dar diversos parâmetros pra auxiliar a enfermagem.

**** *n_29 *s2 *id1 *r1 *d2

O trabalho em UTI é um trabalho humanizado, que ali são pacientes que precisam totalmente de você então o trabalho tem que ter humanização. É bem complicado. É uma responsabilidade muito grande, porque ali são monitores que você tem que estar atento a todo momento. É isso que eu defino isso, uma responsabilidade grande. No meu ponto de vista sim. Porque o paciente que não está no monitor é, voce sabe, que não é um paciente totalmente crítico, não necessariamente ele vai ser um paciente crítico. E o paciente que esta no monitor, é um paciente crítico, ele tá ali não porque ele queira, é uma situação que levou ele a tá monitorizado então é uma atenção a mais. Não que o outro também não tenha essa atenção. Influenciar melhor né. No meu ponto de vista, influencia pra melhor, para o paciente e para o profissional. Sim, principalmente porque é um paciente de UTI.

**** *n_30 *s1 *id1 *r2 *d2

É bem abrangente na questão de, o termo já até diz, da complexidade, então você tem que ter um domínio do conhecimento que você tem que ter, é bem complexo, tem que dominar várias áreas pra poder dar uma boa qualidade, da assistência. É bem complexo, é algo que nos traz muito conhecimento, digamos assim. Criticamente enfermo...é detalhes né, porque um simples detalhe, como a saturação ir diminuindo e você não perceber, você pode comprometer todo o tratamento desse paciente. Então é detalhes que precisam ser monitorados, não só pelos aparelhos mas pelo profissional. Como é cuidar? Assim, se torna uma coisa mais técnica né que você coloca lá naquele aparelho e muitas vezes esquece desse envolvimento que eu tenho falado, esse contato físico de olhar o monitor, de estar verificando se aquilo que ele está passando está correto, aquele sinal por exemplo, tá caindo, a frequência tá aumentando demais, a saturação tá caindo, muitas das vezes é algo que tá solto. Eu presenciei isso, nós estávamos na sala vermelha, tinha um paciente que começou ter dificuldade de respirar e, nós começamos a observar o que que tava acontecendo que estava levando o paciente aquele estado. Aí quando eu olhei, verifiquei que tava desconectado o tubo, aí eu fui lá peguei o o...como é que se diz?... o esparadrapo e fixei e coloquei o esparadrapo para evitar que a pressão soltasse de novo. Sim, com certeza porque o paciente quando ele chega ao estado de estar um uso do monitorização é um paciente bem crítico porque o paciente, quando ele não está num estado tão critico, tão debilitado, necessitando de ajuda de aparelhos, ele está conseguindo fazer toda hemodinâmica dele de forma natural, quando ele não tá com toda essa naturalidade dele, ele vai ter que ficar nesses aparelhos e com isso ele tem uns cuidados... precisa ter um cuidado melhor e maior, mais abrangente. E por isso que o paciente monitorizado ele é mais crítico, entendeu, qualquer detalhe, qualquer erro que der nesse aparelho pode levar o paciente a óbito ou a perdas irreversíveis muito rápido.Com certeza, principalmente nesses pacientes críticos que ele não vai conseguir se manter com as funcionalidades dos seus órgãos, muitas das vezes a respiração, os batimentos cardíaco, está ali regulado então, necessita muito desses aparelhos e a equipe de enfermagem como é uma

equipe que precisa manter um padrão de qualidade dessa assistência, esses aparelho só a acrescentar, ajudando e auxiliando nessa assistência.

**** *n_31 *s2 *id2 *r1 *d1

Eu penso que no trabalho em UTI, os pacientes estão bem vulneráveis a infecções, por mais que eles estejam com tubo, é, monitorizados, esse paciente requer um cuidado ainda maior e, que por mais que eles estejam ali monitorizados, com controle de pressão, a gente tem que tá sempre aferindo, verificando o tubo da traqueia, fazendo aspiração e controlando os sinais vitais e a monitoração desse paciente. É complexo, porque por mais que nós sejamos profissionais de saúde, enfermeiro se envolve também com aquele quadro daquele paciente, a gente também tem que ser profissional de enfermagem, da área da saúde mas, por mais que a gente sabe que aquele paciente a qualquer momento pode vir a óbito, principalmente paciente que esteja em quadro de CA em fase terminal, é difícil lidar com a perda né. Porque a gente estuda pra ver aquele paciente se levantar da cama, eu tô bem, e se recuperar de toda patologia existente nele mas a gente também tem que se preparar pra perda do paciente. A atenção tem que ser redobrada, como eu falei antes, por mais que ele esteja monitorado, eu tenho que estar sempre atenta aquele paciente porque ele pode ter uma agitação e algum tubo se desconectar, então por mais que esse paciente esteja monitorizado requer total atenção do enfermeiro e do técnico. Ao meu ver depende do quadro, tipo, uma mulher que foi lá parir, acabou de parir, ela tá ótima, eu não preciso ficar ali 24 horas olhando ela, a não ser que ela tenha tido uma cesariana, que não pode apertar o licor, tudo mais, mas o cuidado acho que é o mesmo sim, a intensidade tem que ser a mesma. Pode. De todas as formas porque tipo, e se ele se desconectar eu tenho que tá atento aquilo. Eu não posso, ah o monitor tá funcionando, tchau, o monitor tá funcionando, tchau. Eu tenho que ver se tá conectado realmente, se tá sendo ofertado a oxigenoterapia prescrita, eu tenho que tá supervisionando tudo. Não é só a máquina fazer o trabalho dela, eu tenho que fazer o meu.

**** *n_32 *s2 *id1 *r1 *d2

Eu acho bem difícil. Eu me sinto muito nervosa quando tô lá dentro. Olha, pra mim, é muito doloroso, eu não consigo dentro da UTI, não me vejo dentro de uma UTI. Tem que ter muita atenção porque desconectou um eletrodo, algum fio, descontrola tudo né, a gente perde até o paciente que pode parar e a gente não ver, então tem que ter muito cuidado. Não, eu acho que não tem diferença porque a gente tem que cuidar dos dois mas, a atenção eu acho que tem que ser redobrada, em questão em dor, até mesmo da movimentação dele. Sim. Pelo medo de mexer no paciente. Eu vi até no estágio, de mexer nele, o paciente parou, foi no banho, o paciente parou então é bem, influencia de ter aquele medo. Da gravidade do paciente. O monitor é mais por causa dos fios né, porque se não tiver cuidado pode se descontrolar.

**** *n_33 *s1 *id2 *r2 *d1

Bem, penso que vai ser um trabalho com toda dedicação, cuidado com o próximo, pois ali tem pessoas ali que precisam de todo cuidado possível. Muito difícil né, pois podemos pensar como ele se sente naquele momento ali, de dor, de sofrimento e eu também me coloco na posição dele. Bem, pensamos que deve ser muito difícil pois não sabemos o que o paciente tá

passando naquele momento e também temos que ter o máximo de cuidado possível com ele, por que se não não compreendemos qual é a situação dele ali naquele momento. Tem muita diferença, porque você pode perguntar ao paciente o que ele tá sentindo, o que ele tá passando naquele momento ali e, o outro com monitor, ele não passa mais respostas. Bem, então eu preciso ter mais experiência pra poder entender legal. Olha, muita, muita diferença. No cuidado, no alívio também do paciente. Eu creio que faça muita diferença.

**** *n_34 *s2 *id1 *r1 *d1

Bom eu penso que é um trabalho meio pesado né, não é uma área que eu gosto, eu não gosto de ver as pessoas na situação em que elas se encontram e, provavelmente, não vai ser uma área que eu vá seguir, a não ser se eu precisar. Pra mim é complicado porque eu não gosto de ver as pessoas na situação que elas se encontram e, eu meio que fico com pena. Acho normal. É um pouco, um pouco diferente mas não muito também. Que ali, ele monitorado a gente consegue ver os sinais vitais, essas coisas mas, acho que não é tão diferente não. Eu acho que a pessoa, por exemplo, se ela tá bradicardizando, você tá olhando o monitor lá, ah tá bradicardizando, vamos fazer outra coisa pra reverter a situação. Acho essa questão assim de você ver o que tá acontecendo com essa pessoa realmente porque, quando você tá fazendo o cuidado, você não tá lá o tempo todo checando o pulso, fazendo a pressão, sinais vitais, essas coisas assim você não tá mas o monitor ali, ele tá te dizendo o que tá acontecendo a todo momento.

**** *n_35 *s2 *id1 *r3 *d1

Olha, é muito complicado. Eu não gosto. Eu particularmente não gosto, não é o que eu quero seguir. Olha, é se dedicar muito, ter cuidado, zelo, é tratar esse paciente como se, digamos, ter o cuidado como se fosse da nossa mãe, nosso avô, e muitas das vezes nesses estágios, nesses ensinamentos clínicos que a gente faz, a gente não vê essas coisas entendeu, então por isso que eu até decidir, no decorrer dessa minha faculdade, não dar plantão em CTI, UTI, o que fosse porque tem certas coisas que a gente vê que eu não acho legal. Tranquilo, é tranquilo. Até porque a gente já vê tudo direitinho ali e tem que só mesmo ficar olhando e monitorando. Tranquilo, é tranquilo. Até porque a gente já vê tudo direitinho ali e tem que só mesmo ficar olhando e monitorando. Existe, com certeza. A gente tem sempre que ir lá aferir os sinais vitais, fazer os exames que tem que ser feitos, ali no monitor não, ali já tá tudo, a numeração, tudo certinho ali dele. Pode. De forma positiva, o monitor, ele é muito importante pro paciente e pra nós enfermeiros que estamos ali. Numa sala que tem vários pacientes ali dentro, um monitor instalado para cada paciente seria o ideal.

**** *n_36 *s2 *id1 *r2 *d1

É um pouco complexo porque precisa de uma assistência bem, um pouco mais, é um trabalho mais complexo em relação as outras áreas. É cuidar como se fosse um paciente normal, ter empatia pelo paciente acima de tudo, se colocar no lugar dele, ter os cuidados básicos normais, que durante o tempo a gente não vê, que é negado como limpeza oral, que nem sempre é feito nos pacientes, são os cuidados básicos. Tem que ter um cuidado a mais né, porque a qualquer momento esse paciente pode mudar os parâmetros e a monitorização tem que ter mais um pouco de atenção aos parâmetros. Em relação ao monitorizado, tem que ter mais atenção porque

a qualquer momento os parâmetros podem mudar mas também o não monitorizado também tem que ter atenção porque se não tiver a monitorização correta, ele também pode mudar os parâmetros. Sim, porque você vai saber como que tá os sinais e dali você pode dar uma assistência rápida, de acordo com o que você vê no monitor.

**** *n_37 *s2 *id1 *r2 *d1

Bem, eu não cheguei a ver uma UTI. Eu não gostei, não é uma área que me identifique, não gosto daquele barulhinho ti,ti,ti,ti, não gosto. Mas sala vermelha, sala amarela, trauma, eu amei, emergência eu amei. Tem que ser muito humano, coisas que eu vi, que tem muito paciente assim no hospital, jogado, literalmente jogado, eu acho que as pessoas deveriam ter mais compaixão pelo próximo, cuidar melhor daquelas pessoas que estão indefesas e não podem falar nada, não podem questionar nada, então a gente deveria cuidar melhor desses pacientes. Ai, tem que ter paciência pra ficar ouvindo aquilo, tem que saber trabalhar com isso, eu acho chato. Eu acho que tu tem que prestar assistência com todo carinho e amor igual, independente de como o paciente se encontra. Você tem que ser o profissional. Ah sim, eu acho que o enfermeiro tem toda uma garantia com o monitor, já que ali ele tá vendo todos os parâmetros de PA, de frequência cardíaca, tudo ali, então ele fica mais tranquilo, vendo que tá tudo ok. Quando não tá, ele tem que ficar aferindo, tem que ficar verificando os sinais vitais, dá muito mais trabalho pra ele. Eu acho que ele fica mais tranquilo com o uso de todos os equipamentos.

**** *n_38 *s2 *id1 *r1 *d1

Eu acho um trabalho extremamente, acho que é uma tensão 24 horas porque você tem que ficar alerta e, eu acho que é muito estressante, resumindo, é muito estressante. Pra mim, eu acho que é uma atenção redobrada, não que o paciente não crítico não requeira atenção mas eu acho que em UTI você tem que estar com o olhar em todos os pacientes 24 horas, em cada minuto. Eu acho que o paciente em uso de monitor você tem que dar uma atenção extra mas também não focar só no monitor né, tem que ter também a clínica. A clínica é soberana. Creio que sim. Pelo pouco de experiencia que eu tive, creio que tem sim. Porque o paciente monitorizado, eu acho que tem aquela tensão, que parece que ele vai parar a qualquer momento. Essa foi a visão que eu tive, parece que ele vai parar a qualquer momento. Eu acho que sim né, porque, é o que eu falei, o monitor requer uma atenção maior.

**** *n_39 *s2 *id1 *r1 *d1

Penso que é um trabalho que você tem que ter muita atenção porque qualquer descuido, a qualquer momento o paciente pode ter uma piora, é isso que eu acho, que você tem que ter o maior cuidado possível, não se descuidar, prestar todo cuidado necessário e, os que não tem também, que é pra o paciente não ter nenhuma piora do quadro. Pra mim cuidar de um paciente criticamente enfermo é um cuidado a todo momento do seu plantão, como eu falei na pergunta anterior, você não pode se descuidar nenhum instante, você tá ali pra servir a ele em todos os momentos, esteja ele bom, piorando ou bem ou estável, você tem que estar ali pra ajudar. Então, eu não tive muita experiencia nem no estágio mas, assim, eu tive um pouco de dificuldade, eu vi que eram muitos sinais que a gente tem que prestar atenção no paciente e, por exemplo, quando evolui e quando há

uma piora do paciente, eu acho que devia ter até um curso só pra isso, pros profissionais terem mais atenção a esse monitor porque é por esse monitor que você vai ver o estado desse paciente, se ele tá melhorando, se ele tá piorando, se ele tá estável, se tá normal. Então eu acho assim que eu, como eu te falei, eu não tinha experiência mas acho que é por ele que você vê como tá o paciente. Acho não, é por ele né. Sim, porque quando o paciente tá monitorizado você consegue ver onde tá tendo déficit de alguma coisa, por exemplo, se você tá cuidando de outro paciente, ainda mais se você tem outros pacientes pra cuidar, as vezes você deixa aquele paciente evoluir pra um quadro de piora onde você já podia ter tido o cuidado graças ao monitor. Sim. Por exemplo, eu acho que com monitor ou sem monitor o seu cuidado é o mesmo porque o monitor só vai te avisar mais rápido, entendeu, mas eu acho que você tem que ter cuidado com todos os pacientes, com monitor ou sem monitor, eu acho que isso não tem que influenciar, entendeu.

**** *n_40 *s2 *id1 *r2 *d2

Eu penso que é um trabalho muito necessário, nem sempre fácil, ver o paciente muito, a maioria a beira da morte. Mas o trabalho da enfermagem é lindo, maravilhoso, o cuidar. Pra mim, eu penso que tem que ser um cuidado, assim, humanizado, você tem que se colocar no lugar da família, prestar o máximo de conforto possível pra aquela pessoa, que já tá né, esperando a morte. Nem todo mundo morre mas, é o que as pessoas mais pensam, tá na UTI, tá morrendo. A minha perspectiva assim no começo, primeiros dias de estágio, a gente fica com receio de tocar naquilo tudo, de virar o paciente e desconectar alguma coisa, são muitos fios, muitas coisas. Depois que a gente foi se habituando, a gente, eu tive um pouco mais de facilidade. Sim. A monitorização, é mais rápido, você não precisa fazer toda aquela, até no exame físico, claro que a gente faz pra conferir e tal mas, é mais fácil você olhar no monitor. Mas ao mesmo tempo eu acho mais complicado a manipulação, até quando está com cateter de PAM, Mas facilita. Sim. Agiliza o cuidado.

**** *n_41 *s2 *id1 *r1 *d2

Olha eu acho que o trabalho em UTI é muito complexo e você tem que ter muita atenção, determinação e estudo, que é pra tá ali naquela área que é tão minuciosa. Muita atenção. É, eu acredito que a atenção e se voltar sempre para o paciente é o ideal, pra olhar sempre clinicamente e estudando o paciente sempre. Então, a atenção para a máquina, não deve estar voltada totalmente para a máquina, sempre pro exame físico, o diagnóstico no paciente em si, porque apesar da máquina tá mostrando uma coisa, no paciente o quadro dele pode ser diferenciado, porque a máquina não é totalmente fidedigna ao que tá acontecendo. Eu acho que sim porque o monitor é uma máquina que tá ali tendo o parâmetro mais fidedigno, apesar de você ter que conferir se aquilo está mostrando correto, porque pode tá mostrando taquicardia mas, o paciente, contando no pulso mesmo, como a técnica manda, não tá. Então tem que ver realmente se a máquina tá em funcionamento. Eu acho que sim, influencia mas é sempre um conjunto. O enfermeiro tem que ser observador e observar sempre o paciente, não confiar totalmente nas máquinas.

**** *n_42 *s2 *id2 *r1 *d1

Acho que requer muita atenção, é muito delicado, e tem que ter um pouco de amor mesmo por aqueles pacientes. É muito difícil, eu acho que mexe muito com o lado psicológico. Também achei um pouco complicado pelo fato de eu ainda ter um pouco de dúvidas, foi novidade pra mim, mas conforme a gente vai aprendendo, tem que tá sempre atento a qualquer tipo de anormalidade. Existe, acredito que sim. Eu acho que o monitorizado requer mais atenção. Eu acho que é isso. Sim. Eu acho que ajuda muito mais, acho que ajuda muito. É fundamental.

**** *n_43 *s2 *id2 *r4 *d1

Eu penso que tem que ser um trabalho de bastante concentração, que as pessoas tem que trabalhar em equipe porque enfermagem é continuidade, então eu não simplesmente fazer o meu hoje e desfazer o que o meu colega fez no dia anterior. Então, a enfermagem é uma complementação e o trabalho no CTI, não somente é a complementação do que já vem mas também tentar priorizar a questão da vida do paciente. É um pouco difícil lidar com a família, nem é o paciente em si, porque o paciente, ele tá ali necessitando de cuidado embora ele não fale mas na maioria das vezes ele sente, ele tem a percepção do que está acontecendo à volta, não todos mas, a grande maioria. O mais difícil é lidar com o familiar. Um pouco difícil e um pouco assustador também. Sim. Porque nem sempre o que está mostrando no monitor, o meu paciente tá mostrando fisicamente, de repente pode ser algum problema, falha mecânica, falha técnica e não propriamente dita do paciente, e as vezes é realmente a falha do paciente e não do monitor, e vice-versa.

**** *n_44 *s2 *id1 *r2 *d1

Um trabalho complexo, onde os pacientes são hemodinamicamente instáveis, os pacientes são acamados, na maioria das vezes os pacientes fazem uso de drogas vasoativas, fazem uso de ventilação mecânica, são pacientes totalmente dependentes da enfermagem. Cuidar de paciente criticamente enfermo é um cuidado bastante complexo, onde você requer não só, você precisa entender aquilo que você tá fazendo, você precisa saber o que você tá fazendo pra aquele paciente ter uma melhora, e uma melhora com qualidade. Acho que o enfermeiro precisa entender o monitor. É difícil. Sim. Sim porque o paciente tá completamente dependente, com o uso do monitor, ele tá completamente dependente daquele monitor, então o enfermeiro precisa tá atento ao que o monitor tá dizendo, pode ser que possa ter defeito no monitor ou não mas, o enfermeiro precisa entender o que o monitor tá dizendo e é diferente sim. Eu acho que não.

**** *n_45 *s2 *id1 *r2 *d1

Bom, de uma forma geral, requer muita atenção do profissional, porque são pacientes muito vulneráveis se comparados com outros pacientes de outros setores do hospital, e também um preparo emocional da equipe e de todo mundo que tá lá envolvido. É complicado né, porque muitas vezes os pacientes eles dependem da máquina né, muitas vezes eles estão vivos por conta da máquina, então requer muito mais do que o procedimento, requer muito mais que somente o contato físico, é muito emocional também cuidar de uma pessoa que tá em estado crítico. Sim, é uma coisa que requer muito cuidado pra não, porque é um paciente que requer muitos cuidados por estar fazendo uso de tanta coisa, as vezes é um sensor que cai e pode passar um resultado errado e pode causar todo um problema no paciente

por conta de um descuido. Eu acredito que sim, até porque o monitor também é muito bom, tudo que o paciente apresenta mostra no monitor então, o paciente, se ele não tá monitorizado, ele pode estar fazendo uma queda de pressão ou uma coisa assim, a gente não vai perceber, já o paciente monitorizado, a gente bate o olho e já sabe, então é importante por conta disso. Eu acho que sim, muito por conta também do reconhecimento do que está acontecendo, as vezes você só vai saber o que está acontecendo com um paciente sem monitor depois, agora com o paciente monitorizado, você chegou e viu.

**** *n_46 *s2 *id2 *r2 *d1

Na minha opinião, eu acho muito difícil. Lida com pacientes críticos e tem que ter um domínio muito grande da técnica. Eu pretendo manter o equilíbrio o tempo inteiro porque não é fácil. Porque a preocupação não é só a vida do paciente mas as famílias, a equipe, e também os equipamentos. Precisa de muita técnica. Acho difícil ainda. Existe. A tranquilidade mais pelo visual, você confiar numa máquina, sabendo que pode haver ali diferenças técnicas que você, de repente, não saiba resolver naquele momento põe em risco a vida daquele paciente, você não pode confiar só no seu trabalho e no seu domínio, você tem que confiar no domínio de algo que é feito por outra pessoa, vamos colocar assim. Pode. O uso do monitor, ele te auxilia, desde que você saiba trabalhar com ele, domine, senão você acaba atrapalhando o cuidado com o seu paciente. Como o próprio equipamento pode mudar de hospital pra hospital, muitas das vezes você pode pegar um equipamento que você talvez não esteja dominando a técnica.

**** *n_47 *s1 *id1 *r4 *d1

Trabalho bem delicado, cuidar do paciente com toda aquela precaução, monitorização, trabalho bem técnico. É assim, como eu falei anteriormente, é um trabalho cauteloso até porque é uma pessoa que pode complicar ali na sua frente, tem que ser bem feito. Eu não vou saber responder você ao certo porque eu não costumo monitorizar paciente mas eu acompanho um pouco e acho que tem se atentar a muita coisa, pelo que aparece na monitorização, é batimento, a temperatura, oxigenação. Eu acredito que sim pelo nível de complexidade, quando a pessoa não tá monitorizada, se ela estiver consciente, o relato verbal é mais fácil de você perceber do que de uma pessoa monitorizada, até porque você não consegue prestar 100 por cento de atenção no monitor se você tem outras coisas pra fazer, se a pessoa tá acordada, sem monitor, qualquer alteração tem o contato direto com o profissional. Eu acredito que sim pelo nível de informação que ele te dá, é melhor do que ter que pegar o manguito, medir e tirar, ele já fica direto. Eu acho que pra assistência é bem melhor.

**** *n_48 *s2 *id1 *r2 *d1

Muita responsabilidade e tem que ser muito humanizado também, que as pessoas estão muito debilitadas lá dentro da UTI e precisando totalmente de atenção e cuidado. Acho que é isso. Responsabilidade, cuidado, e amor, e paciência. Ah, você tem mais uma ajuda né, na estabilidade ali de ver que ele tá monitorizado direitinho mas nem tudo depende do monitor. Existe, o paciente não monitorizado você tem que estar ali o tempo todo, aferindo a pressão, vendo a temperatura, tudo o que o monitor faz sozinho. Pode. Ah ele auxilia né, mas se você não tiver também assim,

embasamento, só o monitor não vai adiantar, não vai fazer seu trabalho por você.

**** *n_49 *s2 *id1 *r2 *d1

É, eu acho que é de fundamental importância né, a questão do alto cuidado, da monitorização pra saúde do paciente. Não é fácil, tem que ter o domínio das técnicas, o domínio da teoria né, tem que estudar, tem que se dedicar, não é fácil não. Não é difícil mas, também não é fácil né, porque você tem que ter a devida atenção e tem também a questão de entender do monitor, entender da monitorização, você tem que ter uma devida atenção. Toda atenção né. Acho que sim. Não, acho que não. A diferença é que um está com monitor e outro sem monitor mas, os dois tem que ser monitorizados, tem que ver sinais vitais, temperatura, e não tem muita diferença não, é questão da atenção porque o outro tem o aparelho e o outro não. Se pode dizer que sim, porque o monitor, eu acredito sim, o profissional fica ali muito dependente do monitor, então vamos dizer que o monitor tenha uma falha e aquele profissional não tem a devida orientação em relação aquela monitorização então pode acometer um acidente ali com aquele paciente que tá ali sendo monitorizado, então tem que ter uma atenção. Acho que influencia sim o monitor.

**** *n_50 *s2 *id1 *r2 *d1

Eu penso que esse é um trabalho muito complexo onde a gente tem que ajudar muitas vidas e, além de ajudar essas vidas, tem também que dar apoio pros familiares. Pra mim é, na verdade, eu não gosto muito dessa área mas pra mim seria um valor muito grande trabalhar com esses pacientes enfermos, e ver a evolução dele de melhora, seria muito gratificante pra mim. Eu acho muito complicado porque, além de você monitorar os monitores e os pacientes, a gente ainda tem que monitorar o monitores, além dos pacientes. Eu acho que é muito mesmo complexo. Eu acho que o monitor, ele ajuda, ajuda mais a gente, vamos colocar, é saber mais o estado do paciente. É tipo uma colinha pra gente. Ele ajuda bastante. De saber tudo, tipo os sinais vitais, a saturação né, ele ajuda também, tipo, o CAT né, uma parada, ele pode avisar, porque a gente não fica só ali no paciente né.

**** *n_51 *s2 *id2 *r3 *d1

O trabalho em UTI, ele é complexo né, e tem que ter um trabalho em equipe, porque se você não funcionar, se a equipe não estiver trabalhando junto, não conseguimos almejar o objetivo, que é a melhora e o bem estar do paciente. Pra mim, o cuidado é redobrado, muita atenção né, tem que tá sempre atento a tudo, qualquer dorzinha, qualquer queixa, então nós temos sempre que estar muito atento a esse paciente. Eu acho né, na minha concepção, eu acho um pouco complicado ainda, porque eu nunca lidei com eles, mas eu acredito, assim, que com a prática você vai absorvendo e conseguindo lidar melhor com esses aparelhos e até se desempenhar bem com eles. Ah existe. Bem grande. Sem o monitor é muito mais fácil pra lidar, se ele tiver com consciência, falando, então é muito mais fácil pra lidar, pra questionar, pra você resolver, até as questões de, de uma dor né, ele questionar uma dor, você vai logo prontamente, já com o monitor não, a gente tem que estar sempre atento com o monitor e nunca, mesmo assim a gente tem que ver os fios dos monitores, se estão conectados ou não, porque numa daquelas, as vezes não tá conectado adequadamente. Pode,

pode sim. É, o uso do monitor, quando a gente coloca até é bom para o paciente e para nós que somos profissionais, porque ele vai ajudar nos dados, a ver, principalmente gasometria, a parte dos sinais vitais, vamos ver todos os parâmetros do paciente.

**** *n_52 *s2 *id1 *r2 *d1

Eu penso que é um trabalho bem delicado, requer muita atenção, conhecimento, não só um conhecimento técnico mas teórico, e também o conhecimento do paciente que vai estar ali exposto. Nossa, eu acho que, pra mim, é um trabalho árduo que vai requerer muito, tanto o emocional, que eu acho que é o principal. Você ver um paciente crítico, dependendo de quem for o paciente, uma criança, jovem, um idoso, acho que emocionalmente a gente tem que estar muito bem, bem resolvido, e aí tem que saber bastante teoria porque você tem que saber bastante o que tá fazendo, qualquer errinho você pode tirar a vida daquele paciente, conhecimento técnico também, muita paciência, tem que ser bem delicado, tem que estar bem emocionalmente porque você dá uma ideia que vai passar pro paciente também. E dar atenção pra ele e pra família, porque a família adocece junto. Assim, não posso falar muito porque ainda não tive essa experiencia, mas eu já assisti na prática, na visita técnica mas eu não sei informar muito bem mas, eu acredito que seja. É aquilo, se a pessoa não souber usar aquilo ali, eu acho que dá ruim. Igual a senhora falava e o professor falava, o monitor tá apitando, aí a pessoa vai lá silencia o monitor e as vezes tá acontecendo um problema ali e a pessoa deixa passar despercebido, por causa da rotina, ah eu já conheço, to aqui muito tempo e não é nada, e as vezes passa despercebido então, não tenho experiencia mas pelo que as pessoas falam, eu acho assim as pessoas deixam a desejar nisso aí também. O paciente que tá monitorizado depende de você ali quase integralmente, e o paciente que não tá monitorizado, ele tem autonomia pra te chamar se ele sentir alguma coisa diferente né, ele vai tá falando, conversando com você então eu acho que a diferença é essa e o cuidado também né, você já não precisa tá totalmente ali integral com o paciente, você tem que tá observando e não integral ali junto desse paciente. Eu acho que não, eu acho que não influencia muito não, acho que depende do profissional, depende da instituição, de quem está ali a frente, mas que o cuidado vai ser igual pra todo mundo, só acho que a única diferença que vai ter é que o paciente não tiver monitorizado, você não vai tá ali integralmente, qualquer sinalzinho que tiver dificuldade, ele vai falar, se tiver alguma dor ele vai falar, mas o paciente as vezes que tiver monitorizado, pode acontecer dele estar sedado, então você tem que tá integralmente ali prestando atenção em tudo que tá acontecendo ali no monitor pra saber se tá acontecendo alguma coisa, não deixar passar despercebido, apitou, ir lá ver.

**** *n_53 *s2 *id1 *r3 *d1

É um trabalho bem minucioso, tem que ter muito cuidado o tempo todo, sempre de olho no paciente né, nos cuidados. Ah, não é só o cuidado, mas tem que ter um carinho especial com o paciente, tem que pensar no paciente, se imaginar no lugar do paciente, não é só o cuidado específico. Ah é passar isso pro paciente, passar isso pra família, botar o paciente numa maneira que ele se sinta bem, tanto em questão de cuidado, de monitorização, decúbito, tudo. Ah, tem que ter muito cuidado porque não é

só colocar, tem que ver se aquilo tá incomodando, tem que ver se tá colocado correto. Não é só colocar e tchau. Tem que ter uma assistência mais cuidadosa. Ah tem né, a assistência é melhor, você fica de olho no monitor, vê o que está acontecendo, por que as vezes você passa muito rápido né, tem muito paciente, você não vê, com monitor não, querendo ou não ele apita, entendeu, você tem na sua cara ali o que tá acontecendo. Entendeu. Ah, com certeza. Por exemplo, como eu te falei, quando você monitoriza o paciente, você tem que ver o lugar exato, se pode colocar ali, pensar se está seguro o paciente, se ele não gostar, se tiver incomodando, tem outro jeito de ajudar ele, não só colocar no paciente, como muita gente faz, não pensa na pessoa.

**** *n_54 *s2 *id1 *r1 *d1

Eu penso que é um trabalho em equipe, todos tem que trabalhar bem sincronizado para que haja uma boa melhora do paciente para que assim a gente consiga dar alta, que é o nosso objetivo, ele sair do UTI e ir pro quarto. No meu ponto de vista, é um pouco angustiante porque eu queria logo melhorar o quadro, tirar ele do crítico, levar pra um quadro mais moderado e conseguir dar logo o conforto pra ele voltar. Eu acho que tem que ser bem, eu acho que tem que ser bem visibilizado porque as pessoas não olham muito né, ficam mais na audição, fica sentado, eu acho que tem que prestar mais atenção nos monitores. As pessoas não prestam. Existe diferença porque, independente de você ter monitor ou não, você vai ter que ter os mesmos cuidados, só que ele vai ter um cuidado específico mas não vai deixar de ter cuidados. Pode porque se você conseguir fazer o uso daquele aparelho correto, você vai conseguir retirar aquele aparelho pra ele voltar a ativa, normal.

**** *n_55 *s2 *id1 *r1 *d1

Ah, responsabilidade muito grande do enfermeiro, enorme, parte de monitoração do paciente, todo a hemodinâmica do paciente, a gente tem sempre que tá monitorando, igual lá no CPN, que uma enfermeira ficava responsável pelo setor, entendeu, então eu gostei muito porque a maioria dos hospitais é médico, os enfermeiros e os técnicos, e lá não, eu vi que a responsabilidade maior é da enfermeira, tudo era responsabilidade dela. Eu tenho que me colocar no lugar dele, primeiramente, colocar como se fosse alguém da minha família, que aí sim, eu vou estar cuidando com amor. Entendeu. E cuidar criticamente, é você ter um olhar ao longe, ao longe que eu digo é como um todo, cuidar com amor, e é isso. 24 horas vigiando. Sim. O olhar, que você tem que estar sempre observando todos os monitores, até mesmo se tiver algum barulho diferente você tem que observar pra ver se tem algum fio solto, observar os parâmetros do paciente e, o que não tá, você já tem o olhar assim, você vai fazer os sinais vitais, fazer tudo nos horários, não vai ter aquela preocupação quanto com um paciente mais grave, de alta complexidade. Sim, sim. Acho que de dar os parâmetros corretos e a gente tá observando mais diretamente, sem o monitor a gente vai ter que tá avaliando fisicamente.

**** *n_56 *s2 *id1 *r4 *d1

É um trabalho onde o paciente precisa mais do enfermeiro né, parte intensiva, os pacientes mais complexos que depende muito a enfermagem, depende daquele cuidado, depende também da observação, ser bem minucioso, uma cautela, pq tem paciente também que tem maior risco.

Acho que é bem complicado porque você lida com o paciente, a clínica dele, aí envolve familiar, um monte de coisa assim, eu acho bem complicado. É bom porque você tem aquela visualização mas é bem complexo né, são várias coisas pra observar e as vezes eu fico meio perdida. Sim, porque com a monitorização você consegue ver como aquele paciente está, só olhar no monitor, você já consegue observar tudo, como que tá, sem a monitorização, você tem que ir lá verificar se tem alguma coisa, como que tá pressão, tudo e você tem que ficar indo toda hora ali pra checar, o enfermeiro, ele fica mais restrito ao paciente pra dar a ele uma assistência de qualidade. E sendo monitorizado, você pode dar aquele paciente uma assistência de qualidade e pode observar outro paciente também. Sim, pode influenciar tanto no lado positivo, quanto no lado negativo, porque ele tá ali observando tudo, tá vendo qualquer interferência que tiver com aquele paciente, pode atender a tempo mas, também tem o risco, se houver algum problema com a monitorização, ele tá confiando a cega naquele monitor e acaba não observando, então se apresentar piora e o monitor não mostrar, a pessoa fica restrita aquilo e não consegue ter um cuidado de qualidade.

**** *n_57 *s2 *id1 *r4 *d1

É um trabalho que requer muito cuidado, comprometimento, muita atenção também porque são os pacientes que estão mais frágeis, com as situações mais difíceis, e requer muita atenção da equipe. Ah é delicado mas ao mesmo tempo é um serviço que requer muito da equipe médica em geral, da equipe total de enfermeiros, de técnicos, pra que seja feito um bom trabalho com o paciente e tenha, nem sempre tem um bom resultado, mas o que se deseja é que tenha um bom resultado. É quase que praticamente a mesma coisa, tem que ter muita atenção, saber entender a monitorização, saber usar, ver sempre a pressão que ele vai te passar sobre a monitorização, e também saber cuidar do paciente que vai estar monitorizado o tempo todo. Sim. Existe porque você tem que ter mais atenção com o paciente que tá monitorizado porque geralmente são os pacientes que estão mais graves. Sim, porque ele que vai te dar todas as informações dos pacientes.

UNIRIO - UNIVERSIDADE
FEDERAL DO ESTADO DO RIO
DE JANEIRO



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: O conforto do paciente em uso de monitorização multiparamétrica na perspectiva das representações sociais dos graduandos de enfermagem

Pesquisador: CHRISTIE ANNE FERREIRA DE JESUS BRAUN

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 91761318.0.0000.5285

Instituição Proponente: Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro - UNIRIO

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.871.001

Apresentação do Projeto:

Trabalho de investigação em desenvolvimento no Programa de Pós Graduação-Mestrado em Enfermagem, como parte do projeto de pesquisa: "O conforto (im)possível a partir dos cuidados de enfermagem frente às tecnologias pesadas em UTI", na linha de pesquisa: "Enfermagem: o cotidiano da prática de cuidar e ser cuidado.", da Universidade Federal do Rio de Janeiro.

Objetivo da Pesquisa:

Objetiva-se com esse estudo, conhecer e analisar o conforto do paciente em uso do monitor multiparamétrico na perspectiva das representações sociais dos graduandos de enfermagem e, identificar no discurso dos acadêmicos de enfermagem possíveis elementos que influenciam na consciência da possibilidade da promoção de conforto aos pacientes monitorizados.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Quanto aos riscos para o sujeito, os participantes voluntários da pesquisa serão informados sobre a possibilidade de riscos como constrangimento,

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

**UNIRIO - UNIVERSIDADE
FEDERAL DO ESTADO DO RIO
DE JANEIRO**



Continuação do Parecer: 2.871.001

Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1145850.pdf	23/07/2018 16:05:18		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ProjetoChristie.docx	23/07/2018 15:59:07	CHRISTIE ANNE FERREIRA DE JESUS BRAUN	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	termodeanuencia.pdf	17/06/2018 22:24:39	CHRISTIE ANNE FERREIRA DE JESUS BRAUN	Aceito
Folha de Rosto	FolhadeRostoPlatafBrasil.pdf	17/06/2018 22:03:03	CHRISTIE ANNE FERREIRA DE JESUS BRAUN	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

RIO DE JANEIRO, 03 de Setembro de 2018

**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