



**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**

PAULA CRISTINA DE SOUSA VIEIRA

**TECNOLOGIAS NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA: AMPLIANDO
CONHECIMENTOS PARA A CLÍNICA DE CONFORTO NA VISÃO DA
ENFERMAGEM**

Rio de Janeiro
2018



**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**

PAULA CRISTINA DE SOUSA VIEIRA

**TECNOLOGIAS NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA: AMPLIANDO
CONHECIMENTOS PARA A CLÍNICA DE CONFORTO NA VISÃO DA
ENFERMAGEM**

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

Orientador: Dr. Carlos Roberto Lyra da Silva

Rio de Janeiro
2018

VV657t Vieira, Paula Cristina de Sousa
Tecnologias na unidade de terapia intensiva:
ampliando conhecimentos para a clínica de conforto
na visão da enfermagem / Paula Cristina de Sousa
Vieira. -- Rio de Janeiro, 2018.
103

Orientador: Dr. Carlos Roberto Lyra da Silva .
Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal do
Estado do Rio de Janeiro, Programa de Pós-Graduação
em Enfermagem, 2018.

1. Conforto. 2. Tecnologias. 3. Enfermagem. 4.
Unidade de Terapia Intensiva. 5. Pacientes. I. ,
Dr. Carlos Roberto Lyra da Silva, orient. II.
Título.

**TECNOLOGIAS NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA:
AMPLIANDO CONHECIMENTOS PARA A CLINICA DE CONFORTO
NA VISÃO DA ENFERMAGEM**

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

BANCA EXAMINADORA:

Prof. Dr. Carlos Roberto Lyra da Silva - Orientador Presidente

Prof^a. Dr^a. Nébia Maria Almeida de Figueiredo 1^a Examinadora

Prof. Dr. Thiago Quinellato Louro - 2^o Examinador

Prof. Dr. Roberto Carlos Lyra da Silva - Suplente

Prof. Dr. Daniel Aragão Machado - Suplente

DEDICATÓRIA

O ser humano não é capaz de conseguir atingir objetivos sozinho, a conquista pode parecer a “priori” minha. Mas na realidade ela é um legado, um legado implantado por professores corajosos e ousados, que pausaram suas vidas em uma rotina de compromissos, para arcar com mais responsabilidades atribuídas por escolha própria. Estão fazendo história, sou como semente, com espírito de pesquisadora florescendo. Este saber será retransmitido, melhorado, aperfeiçoado e acredito, é preciso continuar acreditando e defendendo o espaço científico no empoderamento da Enfermagem.

*A vocês, toda minha admiração, reconhecimento e eterna **GRATIDÃO**.*

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus, através dele encontrei força para concluir mais esta etapa da vida.

À minha família, em especial meus pais, Maria de Luz Assis de Sousa e José Galdino Vieira, sempre apoiaram, mesmo saudosos, compreendem minhas ausências.

Aos meus avós maternos Terezinha e Daniel, amor incondicional.

Aos meus irmãos Carla Patrícia, Paulo Henrique e meus três sobrinhos.

Aos amigos pelo apoio constante que me foi dado, especialmente pelo carinho.

Não posso deixar de agradecer ao meu orientador, professor Dr. Carlos Roberto Lyra da Silva, por toda a paciência, empenho e sentido prático com que sempre me orientou neste trabalho e em todos aqueles que foram realizados durante os seminários do mestrado. Muito obrigada pelas correções quando necessárias sem nunca me desmotivar.

À Professora Nébia Figueiredo que traçou em mim uma visão filosófica inquietante da desconformidade do que se atém hoje apresentando como concreto dentro da enfermagem, por muitas vezes deixou seus momentos de descanso para me ajudar e orientar.

À Fabiana e Raquel por estarem sempre receptivas e compreensivas, agilizavam os processos e protocolos, apesar da distância e curtos prazos.

À todos os professores do mestrado que, foram essenciais e importantes, especialmente aos professores Dr. Roberto Carlos Lyra e Dr^a. Joanir Passos, também aos que indiretamente participam da organização institucional.

À todos os meus colegas de turma do Programa Minter/Dinter, especialmente a Stéfanie Gimenez, Cleiry Simone e Schneyder Jati cujo apoio e amizade estiveram presentes em todos os momentos, fizeram o possível para me encorajar todas as vezes que pensei em desistir. Ambos, amigos de longos debates e trabalhos.

Às pessoas especiais que contribuíram e apoiaram diretamente para que esta etapa de aperfeiçoamento profissional fosse concluída com sucesso e às que indiretamente me incentivaram a finalizar este trabalho: Francisco Douglas, Débora Souza, Márcia Maciel, Márcio Miranda, Aldeídes Alexandre e Mirian Portela, não poderei citar todas, mas agradeço a cada amigo que torceu, envolveu, apoiou.

À Professora Dr. Enedina Soares que mesmo sem me conhecer direito, me acolheu com toda hospitalidade. Obrigada pelo carinho, conhecimentos, conselhos e amizade.

Aos amigos Isaac Sutil e Jusciléia que cuidaram dos meus filhos de quatro patas Robben e Rex enquanto precisei ausentar-me.

À amiga Sumara Peixoto pelas incansáveis correções madrugadas a fora.

À Renilda Merengue pela amizade, cuidado, conselhos, carinho e orações, apoio em todas as circunstâncias, amiga de longa data, a você minha gratidão e amor.

À Àgela Maria por ser minha amiga, mesmo distante sempre se fez presente.

Às Instituições em que trabalho pelo apoio financeiro e incentivo profissional, aos diretores, coordenadores, professores, demais servidores e funcionários do IFRR, especialmente às amigas da CODAEA/Campus Boa Vista Zona Oeste e HGR. Sou muito grata por tudo, pois ambas as instituições entenderam minha ausência quando foi necessária e apoiaram esta caminhada, especialmente aos colegas plantonistas do Bloco B do HGR.

Aos profissionais de enfermagem das UTIs I e II do HGR, local que foi objeto de estudo desta dissertação, meu agradecimento sincero por atenderem minha solicitação, sem vocês não seria possível à efetivação deste trabalho.

Paula Cristina de Sousa Vieira

*“Melhor é a sabedoria do que as mais finas joias, e de tudo o que se possa
ambicionar, absolutamente nada se compara a ela!” Provérbios 8:11*

“Vai e faz tudo quanto está no teu coração, porque Deus está contigo!” 2 Samuel 7:3

LISTA DE GRÁFICO

Gráfico 1	Como os profissionais de enfermagem caracterizam o nível de conforto prestado na UTI do Hospital Geral de Roraima. Boa Vista, Roraima, Brasil. 2017. (N=40).	50
------------------	--	-----------

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Desconfortos observados nos pacientes pelos profissionais de enfermagem das UTIs do Hospital Geral no Contexto Físico. Boa Vista, Roraima, Brasil, 2017. (N=40).	55
Tabela 2	Desconfortos observados nos pacientes pelos profissionais de enfermagem das UTIs do Hospital Geral no Contexto Ambiental. Boa Vista, Roraima, Brasil, 2017. (N=40).	58
Tabela 3	Desconfortos observados nos pacientes pelos profissionais de enfermagem das UTIs do Hospital Geral no Contexto Social e Cultural. Boa Vista - Roraima, Brasil, 2017. (N=40).	67

LISTA DE FIGURAS

Figura 1	Caracterização da Clínica do Conforto	23
Figura 2	Procedimento para o levantamento de dados	40
Figura 3	Vista parcial da UTI do HGR	41
Figura 4	Propostas da dissertação da análise do discurso do dito e não dito sobre Conforto	49
Figura 5	Aspectos da Clínica do Conforto de enfermagem	50
Figura 6	Dados das concepções expressas pelos profissionais de enfermagem	51
Figura 7	Reações especiais e expressões corporais	52
Figura 8	Expressões do corpo dos pacientes detectadas pelos enfermeiros através de sinais	52
Figura 9	Características dos sintomas do desconforto	54
Figura 10	Demonstração do espaço que está dentro de um maior	59
Figura 11	Análise de Similitude Sinais e Sintomas de desconforto 1	63
Figura 12	Árvore de Similitude	65
Figura 13	Quadro de Similitude das Palavras	66
Figura 14	Demonstração dos sentidos para captação de desconfortos	73
Figura 15	Demonstração das técnicas para intervir no desconforto	75

LISTA DE ABREVIATURA E SIGLAS

AMIB	Associação de Medicina Intensiva Brasileira
AS	Análise de Similitude
CEP	Comitê de Ética e Pesquisa
CHD	Classificação hierárquica descendente
HGR	Hospital geral de Roraima
SESAU	Secretaria Estadual de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
RR	Roraima
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UCE	Unidade de contexto elementar
UCI	Unidade de contexto inicial
UNIRIO	Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro
UTI	Unidade Terapia Intensiva

RESUMO

VIEIRA, Paula Cristina de. **Tecnologias na Unidade de Terapia Intensiva: ampliando conhecimentos para a Clínica de Conforto na visão da enfermagem.** Orientador: Prof. Dr. Carlos Roberto Lyra da Silva. UNIRIO/PPGENFBIO, 2018. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro. Escola de Enfermagem Alfredo Pinto, 2018.

Esta pesquisa teve como norte estudos acerca do conforto e tecnologias, temas de importância fundamental para o avanço dos conhecimentos no âmbito da enfermagem. Atualmente essa tecnologia vem influenciando o ambiente da enfermagem, tornando-se indispensável para manter a vida do paciente. Verifica-se a necessidade de ampliar estudos, sobre o que é conhecido e feito acerca de uma Clínica de Conforto, no plano da investigação sobre Teoria do Conforto aliado às tecnologias. Aliar conforto e tecnologia é uma decisão acertada, mas um desafio contínuo. Assim emerge o objeto de estudo desta pesquisa: Caracterizar os elementos inerentes ao ambiente e às atividades de enfermagem que possam influenciar na Clínica de Conforto para os pacientes na Unidade de Terapia Intensiva. Partindo deste, definimos os seguintes objetivos: Descrever aspectos referentes à atividade de enfermagem que podem ser considerados como condicionantes de conforto dos pacientes em UTI; Discutir a influência dos elementos relacionados ao ambiente e aspectos referentes às atividades de enfermagem no processo de construção de uma Clínica de Conforto em Enfermagem. Trata-se de um estudo de caráter exploratório, descritivo e natureza qualitativa; para instrumento de pesquisa foram aplicados questionários semiestruturados com três categorias de respostas, com base no *General Comfort Questionnaire* (GCQ). Os instrumentos foram aplicados em 40 sujeitos (profissionais), em duas UTIs do Hospital Geral de Roraima. Para tratamento dos dados optamos pela análise de conteúdo de Bardin e a utilização do software Iramuteq 7.2. Através dos resultados foram identificados os fatores ambientais que podem dificultar a promoção do conforto de acordo com os profissionais de enfermagem, destacaram ruídos excessivos (62,5%) e lugar frio (75%). Neste estudo foram constatados mais fatores limitantes do que facilitadores para a promoção do conforto nos pacientes da UTI do HGR. No entanto, através dos fatores limitantes, pode-se gerar conhecimento que fundamente um plano de ação confortante para os pacientes em UTI do HGR.

Palavras-chave: Conforto. Tecnologias. Enfermagem. Unidade de Terapia Intensiva. Pacientes.

ABSTRACT

VIEIRA, Paula Cristina de. **Technologies in the Intensive Care Unit: broadening knowledge to the comfort clinic in the nursing vision.** Advisor: Prof^o. Dr. Carlos Roberto Lyra da Silva. UNIRIO / PPGENFBIO, 2018. Dissertation (Master in Nursing) - Federal University of the State of Rio de Janeiro. School of Nursing Alfredo Pinto, 2018.

This research was based on studies about comfort and technologies, topics of fundamental importance for the advancement of knowledge in nursing. Currently this technology has influenced the nursing environment, making it indispensable to maintain the life of the patient. There is a need to expand studies about what is known and done about a Comfort Clinic in the area of research on Comfort Theory combined with technologies. Combining comfort and technology is a wise decision, but a continuous challenge. Thus emerges the object of study of this research: Characterize the elements inherent to the environment and nursing activities that may influence the Comfort Clinic for patients in the Intensive Care Unit. From this, we define the following objectives: Describe aspects related to nursing activity that can be considered as conditioning factors of the patients in ICU; To discuss the influence of the elements related to the environment and aspects related to nursing activities in the construction process of a Nursing comfort clinic. This is an exploratory, descriptive and qualitative study; for research instrument, semi-structured questionnaires were applied with three categories of responses, based on the General Comfort Questionnaire (GCQ). The instruments were applied in 40 subjects (professionals), in two ICUs of the General Hospital of Roraima. For data treatment we opted for Bardin content analysis and the use of Iramuteq software 7.2. Through the results, it was identified that environmental factors may hinder the promotion of comfort, nursing professionals highlighted excessive noise (62.5%) and cold (75%). In this study, there were more limiting factors than facilitators to promote comfort in HGR ICU patients. However, through the limiting factors, knowledge can be generated that establishes a comforting plan of action for patients in the HGR ICU.

Keywords: Comfort. Technologies. Nursing. Intensive care unit. Patients.

RESUMEN

VIEIRA, Paula Cristina de. **Tecnologías en la Unidad de Terapia Intensiva: ampliando conocimientos para la clínica de confort en la visión de la enfermería.** Líder: Dr. Carlos Roberto Lyra da Silva. UNIRIO / PPGENFBIO, 2018. Disertación (Maestría en Enfermería) - Universidad Federal del Estado de Río de Janeiro. Escuela de Enfermería Alfredo Pinto, 2018.

Esta investigación tuvo como norte estudios acerca del confort y tecnologías, temas de importancia fundamental para el avance de los conocimientos en el ámbito de la enfermería. Actualmente esta tecnología viene influenciando el ambiente de la enfermería, haciéndose indispensable para mantener la vida del paciente. Se verifica la necesidad de ampliar estudios, sobre lo que es conocido y hecho acerca de una Clínica de Confort, en el plano de la investigación sobre Teoría del Confort aliado a las tecnologías. Aliar el confort y la tecnología es una decisión acertada, pero un desafío continuo. Así emerge el objeto de estudio de esta investigación: Caracterizar los elementos inherentes al ambiente ya las actividades de enfermería que puedan influenciar en la Clínica de Confort para los pacientes en la Unidad de Terapia Intensiva. A partir de este, definimos los siguientes objetivos: Describir aspectos referentes a la actividad de enfermería que pueden ser considerados como condicionantes de confort de los pacientes en UTI; Discutir la influencia de los elementos relacionados al ambiente y aspectos referentes a las actividades de enfermería en el proceso de construcción de una clínica de confort en Enfermería. Se trata de un estudio de carácter exploratorio, descriptivo y naturaleza cualitativa; para instrumento de investigación se aplicaron cuestionarios semiestructurados con tres categorías de respuestas, con base en el General Comfort Questionnaire (GCQ). Los instrumentos fueron aplicados en 40 sujetos (profesionales), en dos UTIs del Hospital General de Roraima. Para el tratamiento de los datos optamos por el análisis de contenido de Bardin y la utilización del software Iramuteq 7.2. A través de los resultados fueron identificados que los factores ambientales pueden dificultar la promoción del confort, los profesionales de enfermería destacaron ruidos excesivos (62,5%) y lugar frío (75%). En este estudio se constataron más factores limitantes que facilitadores para la promoción del confort en los pacientes de la UTI del HGR. Sin embargo, a través de los factores limitantes, se puede generar conocimiento que fundamente un plan de acción reconfortante para los pacientes en UTI del HGR.

Palabras claves: Confort. Tecnologías. Enfermería. Unidad de terapia intensiva. Los pacientes.

SUMÁRIO

I – APRESENTAÇÃO	15
1.1 CONSIDERAÇÕES CONFORTANTES SOBRE O ESTUDO	15
1.2 OBJETIVOS	19
1.2.1 Objetivo geral	19
1.2.2 Objetivos específicos	19
1.3 JUSTIFICATIVA E RELEVÂNCIA DO ESTUDO	19
II – REVISÃO DE LITERATURA: NOVAS IMPERTINÊNCIAS	22
2.1 UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA: ORIGEM E SUA TRAJETÓRIA	24
2.2 O AMBIENTE NA PERSPECTIVA NIGHTINGALEANA	26
2.3 CONFORTO E SEGURANÇA PARA OS PACIENTES NO AMBIENTE DA UTI	28
2.4 RELAÇÕES INTERPESSOAIS ENTRE OS ENFERMEIROS E PACIENTES NA UTI	30
2.5 O REFERENCIAL TEÓRICO DE CONFORTO	32
III – METODOLOGIA	37
3.1 INSTRUMENTOS DA PESQUISA	39
3.2 CARACTERIZAÇÃO DO CAMPO DE INVESTIGAÇÃO: UTI DO HGR	41
3.3 AMOSTRA DA PESQUISA	42
3.4 PROCEDIMENTOS PARA COLETA DE DADOS	43
3.5 ORGANIZAÇÃO, TRATAMENTO E ANÁLISE DE CONTEÚDO	44
3.5.1 Nota 1: Análise lexical	45
3.5.2 Nota 1: Análise de conteúdo	46
IV – APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS	49
4.1 ANÁLISE DOS ESTATÍSTICA TEXTUAL	
4.2 ANÁLISE DE SIMILITUDE E NUVEM DE PALAVRAS	
V – CONSIDERAÇÕES FINAIS	79
VI – REFERÊNCIAS	82

APÊNDICES	90
Apêndice A – Instrumento de Coleta de dados	90
Apêndice B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	96
Apêndice C – Termo de Compromisso com a Instituição	97
ANEXOS	98
Anexo A – Parecer substanciado do CEP	98
Anexo B – Autorização para o desenvolvimento da pesquisa no HGR	102
Anexo C – Solicitação para a coleta de dados	103

I – APRESENTAÇÃO

1.1 CONSIDERAÇÕES CONFORTANTES SOBRE O ESTUDO

Esta pesquisa teve como norte estudos acerca do conforto e tecnologias, temas de importância fundamental no avanço dos conhecimentos no âmbito da enfermagem.

Desde os primórdios, os avanços tecnológicos são vivenciados pelo homem, mesmo sem ser orientado, utiliza tecnologias de forma adaptadas para seu trabalho. Atualmente essas tecnologias têm influenciando o ambiente da enfermagem, tornando-se indispensáveis para manutenção da vida.

Verifica-se a necessidade de ampliar estudos, sobre o que é conhecido e feito acerca de uma Clínica de Conforto, no plano da investigação sobre Teoria do Conforto aliado às tecnologias. Kastrup 1999, p. 157 apud (MENDES, 2007 p. 75), “a clínica se faz como pragmática ontológica, em que a escuta deve abrir-se não para o que somos, mas para aquilo de que estamos em vias de diferir”.

Aliar conforto e tecnologia é uma decisão acertada, mas um desafio contínuo. Estar doente, em sofrimento por diversas formas, não combina com conforto por que ele está em outra dimensão: sem dor, com paz, sem solidão, sem abandono e ao estar na UTI, tudo pode desmoronar, neste sentido Rosa, Mercês, Santos et. al(2008), explicam que o conforto é uma experiência subjetiva que vai além da dimensão física, inclui componentes físico-psicológico-espiritual e ambiental juntos.

Por isso, estamos tentando “ousar dizer” que nossa busca por uma clínica, possa nos ajudar a mostrar que precisamos ampliar os conhecimentos sobre corpo/ambiente/conforto e tecnologia na tentativa de fazer conexões físicas, emocionais, espirituais e sociais no plano de cuidar, concordando com Silva (2008 pág.141) “entende-se que o ambiente, como espaço vivido é um dos ambientes implicados no contexto de cuidado de enfermagem (...), as enfermeiras não esquecem, quando o assunto é pensar o cuidado e conforto em pertinência com o corpo do cliente”.

No meio de tudo isso encontram-se os profissionais de enfermagem – mediadores de cuidados e podem tornar-se frágeis, muitas vezes, como os próprios doentes, a necessitar de conforto.

A forma como o profissional de enfermagem entende a incorporação tecnológica faz parte dos cuidados intensivos. A tecnologia também carece de atenção durante sua utilização

nos pacientes, entretanto, não se concebe essa incorporação como ferramenta utilizada para substituir o conforto.

Por extensão, o cuidado de enfermagem na Unidade de Terapia Intensiva (UTI), ganha um terreno fértil de possibilidades conceituais que perpassa pelo “cuidado de alta complexidade” ao ambiente frio e desconfortável, com profissionais que supostamente estão desconfortados, utilizando diferentes tecnologias e realizando procedimentos invasivos, mas, ainda assim, um ambiente que pode salvar vidas.

Este paradoxo faz com que o cuidado de enfermagem configure como um conjunto de intervenções e de procedimentos considerados complexos e desafiadores, pois os enfermeiros estão diuturnamente cuidando de pacientes em situações clínicas graves que requerem conhecimento técnico-científico para satisfazerem, ainda que parcialmente, as necessidades humanas básicas, utilizando-se por apresentar objetivamente os cuidados clínicos de enfermagem como proporcionadores da oferta de conforto.

Servirá de base para o desenvolvimento de outros estudos aprofundados, que desviem o olhar para outra direção, outro ponto de vista, visto de um ângulo da semiologia¹ Clínica de Conforto, semiologia clínica de tecnologia, semiologia Clínica de Conforto de ambiente, semiologia clínica de conforto de corpo – uma semiologia clínica para compreender – saber/fazer conforto.

Como conceitua Silva (2008), esses profissionais, não raramente enfrentam momentos em que irão precisar dos conhecimentos para identificar sinais objetivos, sem deixar de considerar aqueles subjetivos, mas que, inexoravelmente, na perspectiva do paciente, seja prioridade, quando as necessidades fisiológicas forem ou estiverem satisfeitas, proporcionando alívio imediato, não obstante, resultante de um procedimento invasivo ou não.

Considerando o olhar atento para dentro pode indicar o que é sofrido por fora, outro aspecto a ser considerado quando falamos de conforto, é o relativo ao ambiente onde convivem enfermeiros e pacientes. Como Silva (2008, p. 27), ressalta que “o conforto está centrado em aspectos essenciais do cuidado de enfermagem e da assistência aos enfermos hospitalizados e envolvidos em situações sujeitas ao planejamento e à coordenação dessa assistência com base em atos e medidas de enfermagem”.

¹ Semiologia vem do grego *Semeion* (sinal) e *Logos* (discurso), ou seja, o estudo dos sinais das doenças. É a arte, a ciência metodizada do diagnóstico clínico; requisito indispensável para a terapêutica e o prognóstico (RODRIGUES, 2003, p. 95).

Considerando a teórica Nightingale (1989) quando trata a enfermagem como arte do cuidar, vigiar, prestar atenção e proteger, neste aspecto deve ser considerada como parte essencial do cuidado da equipe interdisciplinar com o paciente, voltada para o conforto. Nenhuma ação deve ser feita sem que o paciente seja o maior beneficiado, dentro das relações entre paciente/profissional de enfermagem, intervindo nas ações de gerenciamento da máquina humana/biológica, utilizando não só as tecnologias duras como extensão do cuidado na busca do conforto.

Corroboramos com Souza et al (2005) a fim de certificar o que vêm sendo analisado acerca dos estudos voltados para ambiente/conforto/tecnologia, na busca de um norte procuramos mais uma vez apreendermos que, o papel do enfermeiro na UTI, quando ele opta pelo cuidado com o paciente não se faz refém do uso dos aparelhos, mas, sim utiliza com otimização durante o manuseio dos pacientes em uso destes, aprende a usá-los a favor do conforto, optando pelo bem-estar físico/espiritual do paciente, estará sendo cuidado em sua totalidade e “não apenas para satisfazer as necessidades biológicas” concordando com SILVA (2008).

Estando frente às tecnologias da UTI, o profissional de enfermagem busca promover o conforto ao paciente perante um processo da utilização das técnicas e habilidades adquiridas na sua formação profissional, como: Saber comunicar-se, saber trabalhar em equipe, saber observar e ver, saber fazer bem um diagnóstico de enfermagem para detecção problemas, saber utilizar-se de habilidades e destrezas manuais, físicas e mentais; conhecer princípios científicos e aplicá-los, saber avaliar, saber investigar.

Ampliadas pelas experiências, associadas ao uso dos instrumentos tecnológicos interligados entre si. É necessário que além do manuseio do aparato tecnológico e sensibilidade tátil, os enfermeiros atentem para a disposição destes equipamentos inseridos no cenário de cuidar de forma que, a atenção destinada a estes dispositivos não seja maior aquela destinada ao sujeito cuidado.

É dentro do ambiente hospitalar, principalmente nas Unidades de Terapia Intensiva (UTIs), que o cuidado assume características peculiares em virtude do uso de tecnologias para prolongar a vida. Diversos questionamentos têm surgido a respeito da prática assistencial nesses cenários, suscitando reflexões onde o cuidado não ocorre de maneira satisfatória, considerando-as como descuidado ou cuidado desumano (LOURO; SILVA; MOURA, 2011).

Este estudo surge a partir da preocupação de como promover o conforto para pacientes nas unidades de terapia intensiva, considerando que os referenciais teóricos norteiam os conceitos e definições para conforto, tecnologias em saúde e os axiomas de acerca do ambiente Katharine Kolcaba (2003); Elias Merhy (1997) e Florence Nightingale (1989). De modo que possa ser possível a compreensão dos diferentes aspectos da condição humana e dos contextos de diferentes ambientes nos quais, cuidado e conforto encontram-se durante as ações, intervenções e procedimentos de enfermagem para pacientes críticos em unidades de terapia intensiva.

Diante do exposto levantou-se o seguinte questionamento: **quais elementos apontados por profissionais de enfermagem inerentes ao ambiente e à atuação profissional podem ser determinantes para proporcionar uma clínica de conforto aos pacientes em uso de tecnologias na UTI?**

1.2 OBJETIVOS

1.2.1 Objetivo Geral

Caracterizar os elementos inerentes ao ambiente e às atividades de enfermagem que possam influenciar na Clínica de Conforto para os pacientes na Unidade de Terapia Intensiva.

1.2.2 Objetivos do estudo

- Descrever aspectos referentes a atividade de enfermagem que podem ser considerados como condicionantes de conforto dos pacientes em UTI;
- Discutir a influência dos elementos relacionados ao ambiente e aspectos referentes as atividades de enfermagem no processo de construção de uma Clínica de Conforto em Enfermagem.

1.3 JUSTIFICATIVA E RELEVÂNCIA DO ESTUDO

Ponderar sobre a justificativa e relevância dessa propositura, inclui a enfermagem em plano de ação, investigação e no ensino. Na primeira instância está a necessidade de ampliar nossos conhecimentos acerca do conforto como objeto central do cuidado de pacientes na Unidade de Terapia Intensiva, principalmente como uma contribuição crítico/reflexiva sobre a Enfermagem e processos de ensino, de investigação, de assistir/cuidar reside também na importância de buscar a partir da fala dos profissionais de enfermagem quando destacam qualidades essenciais necessárias para a enfermeira cuidar e confortar seus pacientes criticamente enfermos na UTI.

As considerações descritas até aqui nos apontam aspectos importantes para querer ampliar a discussão e contribuição do conhecimento sobre tecnologia e conforto como algo que é real e se coloca nos ambientes nos quais o cuidado acontece e está justificado em dígitos, como:

- a) A ciência avança e o conhecimento de enfermagem também, com a urgência e necessária lógica de produzir, ampliar conhecimentos novos;
- b) A tecnologia se mantém no lugar que deve estar, mas o doente têm outras necessidades de conforto a serem atendidas;

c) O conforto tem suas dimensões objetivas e subjetivas a serem identificadas e atendidas, possibilidade de novos discursos, mais contextualizados com a atualidade.

d) A produção levantada em base de dados produzidos nos trabalhos sobre o conforto do Professor Carlos Roberto Lyra da Silva, tornou-se parte importante para a sequência deste estudo.

De maneira que Silva (2008) em tese de doutorado, ao determinarem o estado da arte acerca do conforto tal como objetos de investigação concluíram que existe ainda em âmbito nacional uma carência de investigações (dissertações e teses) que discutam esse binômio. Entretanto, no cenário internacional, autores, investigadores e teóricos já consagrados vêm discutindo o conforto numa perspectiva teórica, como é o caso da Dra. Katharine Kolcaba, que merece ampliação de prática e de conhecimento.

Nesse sentido, com base em poucos conceitos reconhecidos do conforto de enfermagem, os aportes teóricos de Kolcaba sobre a enfermagem e o conforto, ainda carecem de estudos que abordem esse tema. Espera-se do profissional de enfermagem, sensibilidade diante de situações em que o paciente na UTI vivencie sensações que requerem alívio, tranquilidade e transcendência² ao mesmo que venha propor intervenções para a promoção do conforto nesse contexto apinhado não só de aparelhos tecnológicos, mas de tensões e sentimentos diversos.

Ressalto que, entre as proposições teóricas expostas por Kolcaba na sua teoria encontram-se duas que relacionam o conforto com a ação do profissional de enfermagem. Essas proposições afirmam que: os enfermeiros em conjunto com outros membros da equipe interprofissional identificam as necessidades não satisfeitas dos pacientes no sistema de suporte existente e definem intervenções que vão ao encontro da satisfação dessas necessidades (KOLCABA, 2003).

Nessa relação, a teórica direciona para o estudo do conforto nos diversos contextos em que ocorre o cuidado de enfermagem, podemos fazer ligação com o que a teoria de Abdellah (2000), nos traz sobre a identificação dos vinte e um problemas de enfermagem no sistema de suporte existente e definem intervenções que vão ao encontro da satisfação dessas necessidades. Ao propor essa relação, a teórica direciona para o estudo do conforto nos diversos contextos em que ocorre o cuidado de enfermagem.

² Transcendência: estado em que se está por cima dos problemas ou da dor própria. A transcendência, como o mais elevado estado do conforto, traduz-se na satisfação de necessidades de educação e motivação, implica crescimento pessoal, ou seja, preparar o cliente para desenvolver os seus potenciais e realizar as suas atividades com a máxima independência possível, adotando hábitos de vida saudáveis (KOLCABA, 2003).

Resultados de pesquisas realizadas com profissional de enfermagem que atuam em Unidades de Terapia Intensiva (UTIs) mostram que, com frequência, priorizam o cuidado tecnicista em que a atenção está voltada para os monitores, números e rotinas, o que dificulta o cuidado humanizado (VILA; ROSSI, 2002; SANTANA *et al.*, 2008). Estudos realizados por Mendes; Linhares, (1996); Nieweglowski; Moré, (2008), defendem a ideia de que esse comportamento possa ser uma estratégia de racionalização do sofrimento diante de situações extremas que despertam níveis elevados de estresse.

Pretende-se com este estudo contribuir para a prática do profissional de enfermagem, por oferecer oportunidade de reflexão sobre ação e percepção do conforto para o paciente, mediante cuidados físicos, biológicos e ambientais dentro da UTI.

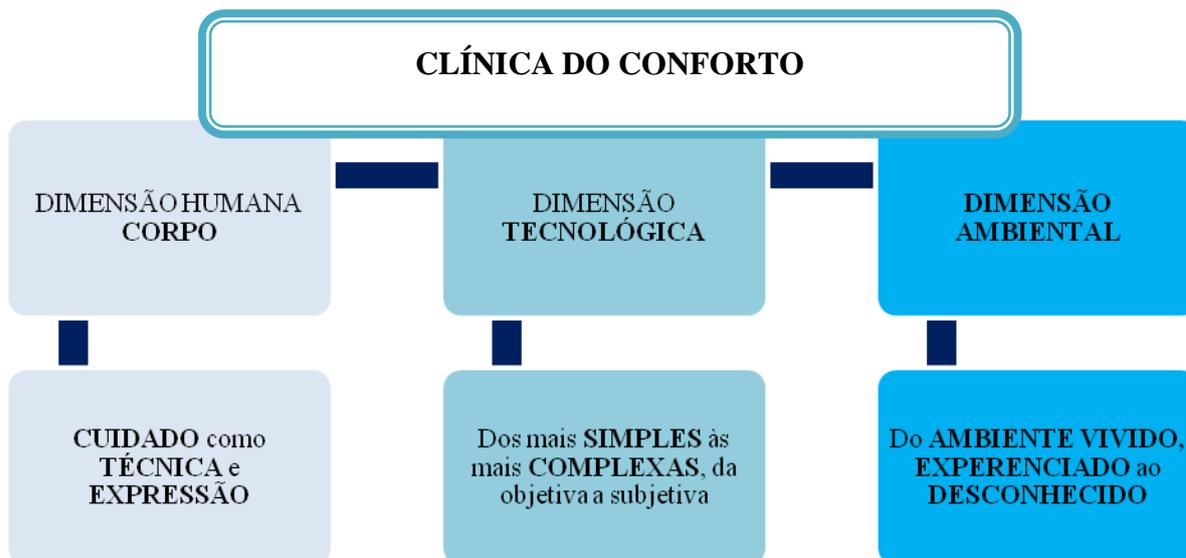
II – REVISÃO DE LITERATURA: NOVAS IMPERTINÊNCIAS

Às vezes temos a sensação que nossa própria impertinência de encontrar-se cansado com as mesmas coisas, como resultados de pesquisas, com os mesmos achados e não fazer com que eles avancem e, ou surgirem novas formas de apresentação para mudanças neste cenário da enfermagem, estimulem, questionem.

Quando trouxemos de empréstimo o texto de JAPIAUSSU (2011, pg. 112-113) eles traduzem exatamente nosso sentimento quando ele nos diz: “visitamos algumas grandes noções que a filosofia historicamente se coloca, trazendo a reflexão para o estado de saberes atuais. Explicitamos seus principais questionamentos e procuramos propor eventuais perspectivas de soluções [...]”, os questionamentos aqui traduzidos estão dimensionados de impertinentes em um sentido de irreverência, o que não significa sem fundamento. O ‘eu’ provocativo do texto permite ao leitor fazer suas ou não, as afirmações aqui contidas (...); minha aposta é que, alimentando sua reflexão, seja estimulado a pensar e repensar; como mundo, embriagado de racionalidade, eficiência, eficácia, velocidade, consumo, arrisca-se paradoxalmente a perder a capacidade de se entender e de se ver miticamente a este ponto (...); “diante da geral ausência de sentido que não acompanha um predomínio da composição tecnocientífica, produtivista e consumista do mundo e da vida, precisamos retornar às fontes inspiradoras da filosofia em busca de ponto de referência para o conjunto de nossa condição humana”.

Sabemos que, o que estamos falando sobre uma clínica de conforto para as intervenções de enfermagem tem o seu “quê” de impertinência e temos a clareza de aceitar a nossa própria vulnerabilidade de ser imperfeito; buscar ousadia para o conhecimento como ciência já que “cuidar” é a primeira “arte” da vida. Para colocar em ordem os fundamentos do que queremos: uma clínica de conforto para os pacientes da UTI e pensarmos numa argumentação.

Figura 1 – Caracterização da Clínica do Conforto



Fonte: Autores da pesquisa, 2018.

Acreditamos que o crédito desta proposta é dos profissionais que têm experiências e estão por inteiro nas cenas de conforto. Suas experiências, seus canteiros de obras com o corpo contaminado e contaminante de poeira, de suor, de micro-organismos, de respingos, de secreções, que erra, que sonha, que sangra, que se entusiasma e sofre, que se entrega, que tem vontade de largar tudo, mas a responsabilidade, o compromisso nos impede, por isso nos sentimos confortados quando trazemos o que temos que fazer.

Portanto, a aventura de encontrar os fundamentos firmadores desta nova ideia, deve guardar o que JAPIASSU (2011 pág. 9), nos diz:

“a nova ciência não reconhece outra autoridade se não a da razão (tomando por meio de um método rigoroso) e a dos fatos devidamente constatados; isto é, temos necessidade de conforto, de ser confortado, de estar confortado”. “É preciso pensar que o conhecimento se organiza em função de uma nova consciência de si, segundo normas técnicas e morais; a nova ciência afirma a predominância da relação com o mundo (...) um pouco por toda parte, há uma resistência em si tomar consciência da nova estrutura do saber e em se adotá-la (...) os mestres estão sempre (em constante mudança) em uma geração espiritual sobre a atualidade dos conhecimentos. Por isso se esforçam por perpetuar numa situação já ultrapassada”.

Apresentamos o dito/manifesto sobre os estudos e a prática acerca do conforto aliado às tecnologias no ambiente da UTI.

2.1 UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA: ORIGEM E SUA TRAJETÓRIA

Inicialmente recorreremos ao século XIX, Florence Nightingale durante a Guerra da Criméia (1854-1856) ao classificar os pacientes de acordo com o grau de dependência e gravidade, colocando-os nas enfermarias de modo que os mais graves permanecessem mais próximos da área de trabalho, para maior vigilância e melhor atendimento nos apresenta as bases para a criação das unidades de terapia intensiva (NISHIDE, MALTA, AQUINO In: CINTRA, NISHIDE, NUNES, 2000), e que sabe captar sinais, sintomas e signos de desconforto.

As colocações de Nightingale comprovam seu pioneirismo na apresentação das bases fundamentais para criação das UTIs, quando utilizou dados para comprovar os benefícios que perpassam pela segurança do paciente, e que para nós, está muito bem expressa no signo da lâmpada acesa, carregada por Nightingale durante as noites, cuja conotação tem a ver com vigília, observação, atenção, seguimento, princípios da monitorização e busca, à procura de pacientes necessitados.

A criação da primeira Unidade de Terapia Intensiva na década de 20, em Johns Hopkins Hospital nos Estados Unidos da América e no Brasil a criação dessas unidades data da década de 70. Suas precursoras são as salas de recuperação pós-anestésicas que foram dando lugar às Unidades de Terapia Intensiva (MIYADAHIRA, 2010).

No Brasil, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), a partir da Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº 7, de 24.02.2010, Capítulo I, seção III, art.4º/ XXVI define UTI como área crítica destinada á internação de pacientes graves que requerem atenção profissional especializada de forma contínua, materiais específicos e tecnologias necessárias ao diagnóstico, monitorização e terapia. No artigo 4º/ XXVII/ XXVIII da mesma resolução, encontramos também as definições de UTI adulto, que são as unidades destinadas a clientes com idade igual ou superior a 18 anos, e de UTI especializada, que são as unidades de terapia intensiva, destinadas a assistência a clientes selecionados por tipo de doença ou intervenção como cardiopatas, neurológicos, cirúrgicos, queimados entre outras (BRASIL, 2010; AMIB, 2010).

Gomes (1988) e Silva, Silva, Francisco (2006), consideram que o objetivo destas unidades é a restauração da saúde/vida utilizando recursos humanos e materiais, reunindo tecnologia de ponta, cuidados intensivos de enfermagem e a constante atuação médica no atendimento ao paciente grave. Verifica-se em estudos, que a UTI é considerada um setor do

hospital que mobiliza no cliente e seus familiares sentimentos que angustiam e amedrontam (URIZZI; CORRÊA, 2007). Essas manifestações emocionais acompanham a concepção de UTI desde seu surgimento no final da década de 1960, com a proposta de atendimento aos clientes gravemente enfermos (LINO; SILVA, 2001).

Em decorrência da gravidade que envolve os quadros de pacientes que são tratados no ambiente da UTI, foram analisados estudos que têm apontado este ambiente como espaço gerador de ansiedades, angústias, tristeza, estresse. A emergência de tais sentimentos é compartilhada muitas vezes por profissionais, principalmente, por familiares e pacientes o que contribui para o fortalecimento de crenças, significados e percepções que conferem a UTI um caráter mórbido e sombrio (PROENÇA e AGNOLO, 2011; LEMOS e ROSSI, 2002; LUCCHES et al. 2008; PINA et al. 2008; ROSA et al. 2010).

Essa visão estigmatizante também estende-se aos profissionais que atuam nesse setor, pois em virtude das características do trabalho que desempenham, são tidos, quase sempre, como frios, insensíveis e tecnicistas (BERGAMINI, 2008; COSTA; ARANTES; BRITO, 2010). Isso pode estar associado ao fato de mostrarem-se racionais e agir com tranquilidade e presteza, até mesmo nas situações mais estressantes, conseqüentemente na busca pelo sucesso de cada procedimento e, portanto, irá beneficiar o paciente.

As UTIs são locais de grande necessidade de pessoas especializadas por conter tecnologias, consideradas por muitos como ambiente amedrontador e solitário. Os pacientes ali internados necessitam de atendimento de excelência; a equipe interprofissional atuante nestas unidades devem apresentar conhecimento diferenciado, habilidades e destreza para realizar procedimentos considerados invasivos e críticos, em muitos momentos, representam o diferencial entre a vida e a morte (SANTANA *et al*, 2008).

Na perspectiva do paciente submetido ao tratamento na Unidade de Terapia Intensiva e que possivelmente apresenta instabilidade em alguns dos seus sistemas orgânicos, em decorrência de alterações agudas ou agonizadas são determinante de instabilidade em algum de seus sistemas orgânicos (PINTO, 2010) e diríamos, também, bioquímicos e emocionais, ambientais e sociais, temas de atuação ainda frágeis no ambiente da UTI para o espaço do conforto.

Verifica-se que, os conceitos apresentados demonstram, além de necessitarem e dependerem da assistência da equipe de saúde, o doente grave dada a sua enorme vulnerabilidade orgânica, tanto do ponto de vista hemodinâmico, ventilatório e metabólico, possuem também uma relação de dependência com os equipamentos para suporte avançado

de vida, isto é, com os equipamentos médicos, utilizados nesses pacientes para o diagnóstico, monitorização, tratamento e suporte: as tecnologias duras da terapia intensiva. Assim, podemos entender o quanto essas tecnologias tornam-se ferramentas essenciais para as demandas dos doentes nessas unidades, mas as condições destes pacientes não se desconectam da leve e leve-duras; existe uma rede que as interligam.

2.2 O AMBIENTE NA PERSPECTIVA VA NIGHTINGALEANA

Foi a partir de Florence Nightingale, com o surgimento da enfermagem moderna, no final do séc. XIX, que em sua obra “Notas sobre Enfermagem” de (1856) propôs premissas básicas para o exercício de enfermagem, que incluíam os conceitos do metaparadigma da enfermagem, o profissional de enfermagem, a observação, avaliação do doente e a influência do ambiente, para a promoção da cura, influenciando os modelos conceituais contemporâneos e criando uma filosofia própria para a profissão.

Nightingale (1989) refere que o conhecimento de enfermagem era diferente do conhecimento da medicina. Além disso, descreveu a função específica da enfermeira ao propor que o doente deve ser colocado nas melhores condições para que a natureza atue sobre ele, e expõe a ideia de que a enfermagem é baseada nos conhecimentos das pessoas e do ambiente, o que serve de base para distinção entre o conhecimento de enfermagem e o daqueles conhecimentos utilizados por médicos em sua prática. Em sua teoria ambientalista, Nightingale enfatizava a relevância do ambiente como fator decisivo para a recuperação (da saúde, pela observação e manutenção de ar puro, silêncio, limpeza, aquecimento e outros aspectos.) do enfermo. Além da avaliação das habilidades das enfermeiras pelo conforto como resultado consequente do diagnóstico e intervenções de seus cuidados.

Nightingale definiu os conceitos com precisão, e embora não tenha se preocupado em dividir o ambiente do doente, particularmente quanto aos aspectos físico, emocional ou social, pode-se concluir que, aparentemente, todos esses aspectos se incluem no ambiente. Ao decifrar “Notas sobre Enfermagem” (1859), é fácil identificar a importância que a autora atribui ao ambiente físico para o enfermo. A sua preocupação com aspectos do ambiente, incluía não só os cenários hospitalares, como também os lares dos doentes e as condições físicas de vida dos pobres. A autora acreditava que um ambiente saudável era necessário aos cuidados de enfermagem e à sua específica condição de adaptabilidade.

Alligood e Tomey (2002, p.77) consideram que a teoria Nightingaleana dos cinco fundamentos essenciais da saúde ambiental (ar puro, água pura, drenagem eficiente, limpeza e luz) é tão essencial atualmente como eram a cerca de 150 anos passados, afirmam que os cuidados de enfermagem estavam diretamente relacionados com a prestação de “uma atmosfera geral de conforto (...) os cuidados pessoais dos doentes incluíam a atenção à felicidade, ao conforto e à tranquilidade física e mental para além do descanso e do sono, nutrição, limpeza e eliminação”. Em seu livro “The Technique of Nursing”, fazem moção ao conforto do doente, afirmando que “(...) uma enfermeira é sempre julgada pela sua capacidade para fazer o doente sentir-se confortável. O conforto é físico e mental e a responsabilidade de uma enfermeira não acaba no cuidado físico”.

Relatam em seus compêndios datados entre 1914 e 1919 que o conforto emocional era designado por conforto mental e era atingido, sobretudo, ao proporcionar conforto físico e modificando o ambiente para os doentes. Podemos facilmente perceber, nesses exemplos, que o conforto é algo satisfatório que engloba uma perspectiva sensorial que vai além do olhar crítico de analisar a insatisfação física, ele pode ser alcançado com a ajuda das enfermeiras e, em alguns casos particulares, indica a melhoria de uma condição ou estado anterior.

A atividade da alimentação, intuitivamente também está ligada ao conforto discorrem Alligood e Tomey (2002). A partir de suas origens, Kolcaba (1991) explicou os aspectos do conforto com base na ergonomia e na ligação direta do conforto ao desempenho da função da enfermeira. No entanto, o seu significado está frequentemente implícito, escondido no contexto do cuidado de enfermagem e, por isso mesmo, o conceito de conforto apresenta-se, de certa forma, polissêmico. Podemos perceber que ele varia semanticamente na forma verbal, como adjetivo/atributo, na forma adverbial e em âmbito de processo e resultado.

Apóstolo (2009) ressalta que o foco do processo de conforto de Morse (1992) era centrado nas ações de enfermagem, sem se preocupar com a avaliação destas, enquanto Kolcaba analisou que esse processo só é finalizado com a avaliação dos resultados das intervenções de enfermagem.

Estudos realizados por Alligood e Tomey (2002, p.483) denota grande influência na concepção da teoria do conforto de Kolcaba, pois intercedia que o ambiente dos doentes era de extrema importância para o seu bem-estar físico e mental. “consequentemente, sempre que possível, as enfermeiras proporcionam conforto através de intervenções ambientais”.

Watson (1973) identificou as medidas de conforto que as enfermeiras usavam nesse sentido das intervenções ambientais - usava a expressão “medidas de conforto como sinônimo de intervenção”.

Em síntese, essas preocupações e observações nos remetem a ideia da necessidade com a oferta, promoção e a manutenção de conforto e bem-estar físicos aos pacientes da UTI, mesmo porque, Nightingale incluiu também, os conceitos de calor, sossego e dieta apropriada, em sua teoria, elementos que conversam inadequados com desconfortante.

2.3 CONFORTO E SEGURANÇA PARA OS PACIENTES NO AMBIENTE DA UTI

O conforto está presente na vida do homem como uma forma de sobrevivência, de resguardar a vida, possui intuito de afastar a hipótese da morte existente, sendo peculiar à condição humana e essencial à sua existência, corroborando o que Silva (2008), afirma por diversas vezes, aliados aos estudos e pesquisas trazendo uma comparação onde acreditamos não ser possível deixar de fazer uma ligação dentro do ambiente da UTI onde se trava um duelo de vida e morte, com a trajetória rumo ao conforto que é o grande desafio.

No decorrer de sua história, a enfermagem vem acumulando, juntamente com conhecimento empírico, teórico e o conhecimento científico, a executar suas atividades baseadas não somente em normas disciplinares, mas também em rotinas repetidas da sua atuação (ALENCAR, 2004).

Segundo Kurcgant (2005) é da competência do profissional de enfermagem a avaliação da assistência, sendo que o resultado desta avaliação implica muitas vezes na decisão sobre a assistência no dia seguinte. Portanto, se no decorrer do dia houver falhas em uma decisão, isto ocasionará uma situação grave. Por isso o profissional de enfermagem, nessa área, engloba o conhecimento profundo das necessidades dos pacientes no que se refere à doença enquanto processo mórbido e suas consequências.

Pode-se dizer que o conhecimento necessário para um profissional de enfermagem de UTI vai desde a administração e efeito das drogas até o funcionamento e adequação de aparelhos, atividades estas que integram a rotina de um profissional de enfermagem desta unidade e deve ser por ele dominado. O trabalho em UTI é complexo, intenso, devendo o profissional de enfermagem estar preparado para a qualquer momento, atender o paciente com alterações hemodinâmicas importantes, as quais requerem conhecimento específico e grande habilidade para tomar decisões e implementá-las em tempo hábil. Pode-se supor que o

profissional de enfermagem desempenha importante papel no âmbito da Unidade de Terapia Intensiva.

Segundo Amorim e Silverio (1998) consideram que a Unidade de Terapia Intensiva é um conjunto de elementos funcionalmente agrupados, que se destina ao atendimento de pacientes graves ou de riscos que necessitam de assistência médica e de enfermagem continuamente, além de equipamentos e recursos humanos especializados. Ainda para estes autores, a tecnologia está presente em todos os setores da área de saúde no Brasil e no mundo, principalmente nas UTIs, colocando o profissional de enfermagem frente a um desafio; integrar a tecnologia ao cuidado, dominando os princípios científicos que fundamentam a sua utilização e ao mesmo tempo suprimindo as necessidades terapêuticas dos pacientes.

O aspecto humano do cuidado de enfermagem, com certeza, é um dos mais difíceis de ser praticado, pois a rotina diária e complexa que envolve o ambiente da UTI faz com que o profissional de enfermagem, na maioria das vezes, esqueça-se de tocar, conversar e ouvir o ser humano que está a sua frente.

Siveira et al. (2006); Backes, Edmann e Buscher (2012), discutem que os cuidados desenvolvidos pela equipe de intensivistas são essenciais para que o tratamento na UTI ocorra com qualidade e presteza suficiente para que o paciente possa acreditar na relevância do tratamento ao qual está sendo submetido, podemos inferir que, a internação hospitalar poderá funcionar como uma justificativa para a naturalização da segurança proporcionada pelos procedimentos, agentes capazes de operar mudanças significativas na reversão de quadros patológicos críticos para o reestabelecimento da saúde.

Sabe-se, portanto, que a responsabilidade com o cuidado ao paciente crítico requer um sujeito capaz de construir um saber que possibilite refletir sobre si no mundo e sobre sua relação com o outro, um sujeito capaz de mudar e não sofrer influência da rotina imposta pelo trabalho na UTI. De tal maneira, que a rotina escraviza o profissional, distancia, e faz com que o profissional de enfermagem, ao longo dos anos, perca a sensibilidade, elemento importante para um cuidado comprometido e responsável.

Vários fatores podem dificultar o desenvolvimento de uma boa assistência ao paciente submetido à Unidade de Terapia Intensiva, ou seja, também existe a dificuldade para proporcionar conforto, isso implica em situações ligadas à estrutura física da unidade, estresse ocupacional, a complexidade do atendimento prestado, ruídos, equipamentos, isolamento (solidão), dor e dificuldade para dormir são aspectos que provocam alterações tanto psicológicas como afetivas; a ansiedade e o medo são frequentemente encontrados entre os

pacientes críticos. A humanização da UTI está diretamente ligada à atuação dos profissionais de saúde frente aos fatores estressantes (BITENCOURT et al., 2007).

O estado emocional do profissional de enfermagem também é fator que pode influenciar no desempenho do seu papel frente a UTI e na qualidade de assistência prestada ao paciente, estando relacionada à carga elevada de trabalho com grande número de atividades exaustivas e trabalhos interligados sem período de sono e repouso, causando um desgaste físico e emocional.

Observa-se que uma das peças fundamentais no processo de conforto é a comunicação efetiva entre pacientes, familiares e equipe, no sentido de identificar as dificuldades e promover o melhor plano para a solução dos problemas, garantindo conforto enquanto está internado para que ele tenha uma ótima e saudável recuperação. O diálogo/comunicação é um fator primordial no processo de bem estar e conforto, facilitando o vínculo entre profissional de enfermagem-paciente.

Gala, Telles e Silva (2003) referem-se que a posição que o profissional assume enquanto está próximo ao paciente é fundamental, “pois quanto mais de frente se posicionar em relação à face do paciente mais facilmente identifica as expressões, pensamentos e sentimentos, além de ser o “olho-a-olho” que estabelece um vínculo verdadeiro de confiança” ao mesmo que explica a conduta técnica de procedimentos ele vai confortando com palavras e mostrando com isso o respeito profissional-paciente, por outro lado, quando não ocorre essa interação não seria ousado inferir que, dificulta o processo de intervenção nos aspectos que podem proporcionar situações confortantes ao paciente em tratamento.

A prática constante de uma comunicação eficaz torna-se possível acompanhar, junto à equipe de enfermagem, a importância e o diferencial de uma assistência voltada para a promoção do conforto frente aos desafios a serem superados e diante da dependência tecnológica. O incentivo do conhecimento científico validará a importância do trabalho do profissional de enfermagem realizado com carinho, atenção, dedicação, paciência, persistência e amor.

2.4 RELAÇÕES INTERPESSOAIS ENTRE OS ENFERMEIROS E PACIENTES NA UTI

O ambiente hospitalar tem conotação de dor, sofrimento e privação. Na UTI particularmente agregam-se de modo marcante o medo, a solidão e a perspectiva constante de convívio permanente com a morte. Geralmente os pacientes são isolados de seus familiares,

estes podem ficar esquecidos e excluídos e a equipe de enfermagem acaba por vezes despersonalizando suas ações, centrando na objetividade e na tecnologia.

Mas os enfermeiros, por realizarem o gerenciamento da assistência de enfermagem, são vistos como modelos e referência para o cuidado e por isso precisam estar bem para desempenhar o seu papel.

Os enfermeiros de UTI têm vivenciado que o atendimento em saúde se torna cada vez mais tecnológico. No entanto, a doença crítica não é somente uma alteração fisiológica e sim um processo psicossocial, desenvolvimental e espiritual, representando uma ameaça para o indivíduo e sua família, o que torna as necessidades de humanização simultâneas aos avanços tecnológicos cada vez mais essenciais. O enfermeiro precisa também demonstrar interesse, atenção, empatia, desejo e capacidade de ajudar para que o cliente e a família em crise sejam acolhidos (FRIZON et al. 2011).

O enfermeiro de UTI, particularmente, possui um alto nível de responsabilidade por desempenhar atividades mais complexas e que envolvem maior risco para os pacientes, além de ser responsável pelas atividades desenvolvidas por toda a equipe de enfermagem. A prática assistencial tem mostrado que os enfermeiros que assistem à pacientes críticos mostram sinais de sofrimento físico e/ou psicológico, característicos da fase de resistência, de necessidade e de ajuda.

Na literatura do mestre e cientista da alma, Emilio Mira Y López, nos saídos de 1947, sabiamente abordou a intimidade anímica da natureza humana em consagrada obra intitulada *Cuatro Gigantes del Alma: el Miedo, la Ira, el Amor, el Deber*. As grandes reações neuropsíquicas, o Medo, a Ira, o Amor agregadas à força repressiva originada pelas exigências da vida em sociedade – o Dever – foram por ele rotuladas como os Quatro Gigantes da Alma. Os três primeiros foram considerados como “gigantes naturais” ao passo que o último constituir-se-ia no “gigante social” que, de certo modo, deriva deles e contém algo de cada um em sua distinta textura (PITREZ et al. 2004).

Retratam de modo um tanto poético o drama (o medo) vivido por profissionais da área da saúde (cirurgiões, enfermeiros, etc.) quando um destes eventos agrava e tumultua o pós operatório. Embora todos sejam preocupantes, sem dúvida alguma, o último é o mais temido, pois revela o fracasso total e definitivo da intervenção em prol da vida.

O permanente temor por parte dos componentes de enfermagem, frente a essa possibilidade sempre presente, obscurece a mente e influi negativamente no raciocínio clínico, diante de decisões mais delicadas em ambientes como a UTI.

Assim, cabe ressaltar que o enfermeiro e a sua equipe de enfermagem, como qualquer outro ser humano, possuem potencialidades a exemplo de ternura, confiança, alegria, esperança, e limitações como frustração, impaciência, agressividade e sofrimento. (PATERSON e ZDERAD, 1979).

As rotinas diárias podem separar de um lado o profissional pressionado e às vezes frio e endurecido por lidar com o medo e com a dor, que se fecha diante de suas limitações humanas e, do outro, o paciente e a família com medo, dor, ansiedades e dúvidas. Expostos a situações emocionalmente intensas tais como vida, doença e morte, o que repetidamente desencadeia ansiedade e tensão física e mental (INOJOSA, 2005; GONÇALVES et al. 2012).

Ao reconhecer as limitações emocionais e dificuldades que os enfermeiros de UTI revelaram, recomenda-se nesta proposta de acolhimento o auxílio da equipe interprofissional que atua na UTI, em especial do psicólogo que objetiva unir o seu saber e fazer aos demais cuidados, para a promoção e um amplo suporte à vida e à saúde em uma dimensão biopsicossocial que pode ajudar a atender as necessidades dos enfermeiros.

2.5 O REFERENCIAL TEÓRICO DE CONFORTO

Nas referências feitas na literatura no início do século XX, o conforto foi assumido como o principal objetivo da enfermagem, devido ao reduzido efeito curativo da medicina. O conforto era valorizado e relacionado com o resultado das boas práticas das enfermeiras (KOLCABA, 2003).

A *Oxford English Di UTI onary* (1989), dicionário referenciado por Kolcaba (1991), descreve que a etimologia da palavra *comfort* é também a palavra latina *confortare*, cujo significado é dar forças, dar alento de forma nobre ou grandiosa. A origem da palavra deriva dos termos “*cum*”, que significa em conjunto, e “*fortis*”, que significa forte (APÓSTOLO, 2009). Kolcaba identificou através da análise do conceito três tipos de conforto: alívio, tranquilidade e transcendência, os quais foram influenciados diretamente pelas teoristas de enfermagem Orlando, Henderson, Paterson e Zderard.

A teoria do processo de enfermagem de Ida Jean Orlando, baseada na interação profissional de enfermagem/paciente, forneceu subsídios para o conceito de conforto como alívio, uma vez que discutiu as necessidades de conforto do paciente e as habilidades de enfermagem para suprir através do controle, os fatores que causam desconforto, levando o mesmo a um estado de calma ou condição imediata (KOLCABA, 2003; APÓSTOLO, 2009).

Na concepção Virgínia Henderson (1981), o conceito de tranquilidade, condição mais duradoura e contínua de bem estar, com enfoque no atendimento individual de 14 necessidades humanas básicas (fisiológicas e psicológicas) que são direcionadas pela enfermagem para manter a homeostase, para manutenção da saúde, recuperação ou morte pacífica. O conforto é um objetivo e um resultado holístico desejável e pertinente a partir dos cuidados de enfermagem. Os seres humanos se esforçam para satisfazer suas necessidades básicas de conforto; os resultados das medidas de conforto são percebidos pelos sentidos do tato, olfato, paladar, audição e visão, e o conforto é individual, representando mais que ausência de dor (KOLCABA, 2003), e estão intimamente ligadas ao saber biomédico dos sinais e sintomas da doença.

O conforto é uma condição do corpo e um resultado holístico desejável e pertinente a partir dos cuidados de enfermagem. Os seres humanos se esforçam para satisfazer suas necessidades básicas de conforto; os resultados das medidas de conforto são percebidos pelos sentidos do tato, olfato, paladar, audição e visão, e o conforto é individual, representando mais que ausência de dor (KOLCABA, 2003).

Nos enunciados do Papa Francisco no dia 03 de março de 2018, expressou seu agradecimento aos enfermeiros que, como Jesus com o leproso, curam os paciente com ternura nos hospitais. O Papa explicou que: “Trata-se de funções complexas e múltiplas, que tocam todos os âmbitos da cura, e são realizadas em colaboração com outros profissionais. O caráter de cura e prevenção, de reabilitação e paliativo da sua ação exige um alto profissionalismo, que requer especialização e atualização”.

Tal profissionalismo, porém, frisou o Papa, não se manifesta somente em nível técnico, mas ainda mais na esfera das relações humanas, que requerem atenção, competência e conforto.

Francisco concluiu: “É precisamente a ternura a ‘chave’ para entender o doente e o remédio precioso da sua cura. A ternura passa do coração às mãos, com respeito e amor fraterno. Por sua vez, os enfermos também devem entender a humanidade dos enfermeiros: devem pedir, sim, mas sem exigir, mantendo o devido respeito e gratidão pelo serviço que lhes prestam”.

Atualmente, na enfermagem, o conforto é muito mais do que um posicionamento correto no leito, a manutenção da temperatura, o alívio da dor, assegurar a alimentação ou a eliminação. Proporcionar conforto é chegar a todas as dimensões do ser humano, aliviar não só o desconforto imediato, mas encontrar estratégias, com a pessoa, que produzam efeito em

longo prazo, e medidas de adaptação que potencializem a capacidade da pessoa para manter o seu conforto (DANTAS, 2010).

Desmembrando quatro contextos da experiência humana onde ocorre conforto: Físico: pertencente às sensações do corpo; Ambiental: inclui o ambiente, as condições e influências externas; Sociocultural: pertence às relações interpessoais, familiares e sociais; engloba ainda aspectos financeiros e informações da vida social; Psicoespiritual: refere-se à consciência de si próprio, incluindo a autoestima, o autoconceito, a sexualidade; o sentido da vida e relação com um ser supremo (KOLCABA, 2003).

A prática de promover medidas de conforto é imprescindível para promover a qualidade ao paciente, no entanto muitas vezes é minimizada frente às tecnologias dura presentes em ambientes complexos. Ressalta-se sua relevância no restabelecimento da saúde do indivíduo, uma vez que é por meio de medidas de conforto que os profissionais de enfermagem e sua equipe promovem como: esperança, consolo, apoio, encorajamento e assistência de qualidade. Ainda, proporciona melhor interação profissional de enfermagem-paciente, bem como, possibilita o estabelecimento de vínculo efetivo, traduzido em confiança por parte do indivíduo cuidado (POTT et al., 2013).

Kolcaba (2003) refere que conforto depende da escolha de tecnologias de cuidar apropriadas a cada situação do cuidado clínico de enfermagem. Aponta como resultados principais deste estudo, as tecnologias implementadas no contexto físico, dentre elas controlar e aliviar desconforto precordial e sintomatologias clínicas. No psicoespiritual, fortalecer a espiritualidade; esclarecer sobre a pesquisa e o adoecimento. No contexto ambiental, implementar cuidados voltados a promover adaptação à unidade coronariana; proporcionar ambiente para conforto e favorecer o relaxamento. E, no contexto sociocultural, ficar disponível, adquirindo confiança, estabelecendo vínculo, fornecendo carinho para ser uma companhia agradável e viabilizar o encontro com as famílias, oferecendo-lhe apoio.

Diante disso Porto, et. al (2008) inferiu que:

A grande diversidade tecnológica utilizada pela enfermagem para auxiliar na manutenção da vida de pacientes críticos em UTI é uma realidade que conquista e gera dúvidas ao mesmo tempo. Não obstante, apresenta aos profissionais que lidam com ela constantes desafios e questões, exigindo deles algumas reflexões acerca da utilização para cuidar.

Assim, a questão é a importância da existência de um local onde a tecnologia possa ser colocada à disposição da manutenção da vida humana, onde a observação possa ser tão

constante e intensiva, ocorrem situações limites que possam ser revestidas a favor da vida, e dos cuidados com o paciente.

Deste modo, o que nos parece necessário refletir, é até que ponto as tecnologias podem ser benéficas e promover crescimento e harmonização das pessoas, uma vez que, quando questionamos os próprios profissionais da área de saúde, não desejam a UTI para si mesmo ou para seus entes queridos.

Sabemos que em termo de desenvolvimento e o aperfeiçoamento tecnológico, o rumo que as coisas tomaram é irreversível; não se trata de abominar a tecnologia, porque ela em si mesma não é nem benéfica, nem maléfica, tudo depende do uso que dela se faz e das condições clínicas dos pacientes a ele submetidos. A tecnologia deve ser usada de forma criativa e humana servindo para melhorar a nossa qualidade de vida.

Pode-se dizer que o mesmo ocupa um importante espaço nos momentos de fragilidade, dependência física e emocional do paciente, atuam na mediação entre o humano e o tecnológico. Frente a isso, o profissional de enfermagem de UTI necessita dispor de habilidades e competências que o permitam desenvolver suas funções eficazmente aliando o conhecimento técnico científico e o domínio da tecnologia e humanização no cuidado com os pacientes.

Apóstolo (2009) ressalta que o foco do processo de conforto de Morse (1992) era centrado nas ações de enfermagem, sem se preocupar com a avaliação destas, enquanto Kolcaba analisou que esse processo só é finalizado com a avaliação dos resultados das intervenções de enfermagem.

Morse (1992) afirma ainda que no íterim do processo saúde doença para alcançar o conforto, muitas vezes o indivíduo vivencia situações temporárias de desconforto para a promoção do bem-estar e reabilitação como, por exemplo, realizar exercícios pós-operatórios, administrar uma injeção, realizar um curativo, dentre outras intervenções.

Nas práticas, é possível perceber que algumas medidas de conforto que são indicadas para prevenir, aliviar ou reverter a instalação de um desconforto, neste sentido, o conforto pode assumir um caráter de substantivo ou verbo. Substantivo quando o conforto é visto como resultado de uma ação e como verbo quando se confunde com um processo ou ato de confortar (MORSE, 2000).

Considerando a relação existente entre o conforto e o trabalho da enfermagem e a constatação de que as ações de enfermagem devem procurar responder as expectativas e necessidades dos pacientes percebe-se a importância dos estudos que continuem investigando

o significado e as necessidades de conforto sob o ponto de vista dos pacientes internatos em unidades de terapia intensiva.

III - METODOLOGIA

Trata-se de uma proposição investigativa de caráter descritivo exploratório, com base no método qualitativo. Esta opção se deu em respeito ao objeto e objetivos propostos, de maneira que fosse possível encontrar subsídios que permitam melhor compreensão acerca dos fatores ambientais e como podem interferir na busca de um nível possível de conforto para pacientes na unidade de terapia intensiva.

A pesquisa qualitativa possibilita ao pesquisador, responder questões mais particulares, com um nível de realidade, impossível de ser quantificado. Nesta perspectiva, o método qualitativo “trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis” (MINAYO, *et al.*, 2001, p.21).

Provavelmente o que a autora nos aponta pode ser o sedimento norteador para trabalhar mais e diferente os dados produzidos, não apenas na preocupação com “n” de magnitude que a racionalidade exige, mas que possamos ampliar o pequeno e dar magnitude naquilo que está latente.

“(…) outros podem pensar que tenho em mente truque técnicos de escrita, computação, “métodos” ou estatística termina em outra obra e provavelmente tenho um cerne e semelhante de sugestões folclóricas sobre outras áreas da ciência social (...), os truques que tenho em mente ajudam os que fazem esse tipo de trabalho e levá-lo a cabo, seja qual for o título profissional que usem (...) preciso dizer o modo explícito, e que meus pensamentos não se restringem em geral chamado de “qualitativa”; um tipo de pesquisa que faço, mas representa uma escolha prática e não ideológica (...)”. (BECKRER 2007, p.29).

Impertinências ou não, temos procurado ajudar aos iniciantes de pesquisa dizer que “muitas ideias contidas nos meus estudos não se destinam unicamente aos iniciados no trabalho de campo, estilo epidemiológico, antropológico, elas se destinam também às pessoas que trabalharam nos diferentes estilos e tradições que compõem a ciência social contemporânea (...); a palavra “truque” em geral sugere que o estratôgeno ou a operação descritas tornarás a coisa mais fácil a fazer (...) JAPIASSU (2011, pág. 23).

O método é o elemento fundamental do processo do conhecimento científico. Para Severino (2007, p. 201) “trata-se de um conjunto de procedimentos lógicos e de técnicas operacionais que permitem o acesso às relações causais constantes entre os fenômenos”.

Ainda a esse respeito Minayo (et.al. 1994, p.16) ressalta:

Entendemos por metodologia o caminho do pensamento e a prática exercida na abordagem da realidade. Neste sentido a metodologia ocupa um lugar central no interior das teorias e está sempre referida a elas.

Nesta perspectiva, a metodologia pode ser entendida como o caminho para compreender a realidade, um conjunto de técnicas, a teoria e a metodologia caminham juntas, sendo inseparáveis (MINAYO et.al, 1994).

No que concerne ao objetivo à pesquisa é exploratória que conforme Gil (2008) apresenta como finalidade principal o desenvolvimento e esclarecimento do objeto de estudo proporcionando ao pesquisador maior familiaridade com o assunto, tornando-o mais explícito.

Neste sentido, Severino (2007, p. 123) destaca “a pesquisa exploratória busca apenas levantar informações sobre um determinado objeto, delimitando assim um campo de trabalho, mapeando as condições de manifestação desse objeto”.

A pesquisa de campo foi realizada nas UTIs I e II do Hospital de Referência da Cidade de Boa Vista de Roraima.

Para Gonsalves (2001, p. 67):

A pesquisa de campo é o tipo de pesquisa que pretende buscar a informação diretamente com a população pesquisada. Ela exige do pesquisador um encontro mais direto. Nesse caso, o pesquisador precisa ir ao espaço onde o fenômeno ocorre, ou ocorreu e reunir um conjunto de informações a serem documentadas [...].

A centralidade foi obter respostas e discutir os impactos e contribuições desta pesquisa para analisar os fatores inerentes ao manuseio de tecnologias duras e quais podem ser influenciadoras da promoção do conforto, identificou-se o perfil socioeconômico dos entrevistados, 40 profissionais de enfermagem, sendo 6 enfermeiros e 34 técnicos em enfermagem.

Quanto ao delineamento da pesquisa, o mesmo foi identificado como documental seguida de pesquisa de campo e de levantamento. Para melhor compreensão Lakatos (2008, p. 188) afirma que a pesquisa de campo tem o objetivo de “conseguir informações de um problema, a qual se procura uma resposta, ou hipótese que se queira comprovar, ou ainda descobrir novos fenômenos e a relação entre eles”. O objeto de estudo é abordado em seu ambiente próprio. Já a pesquisa documental:

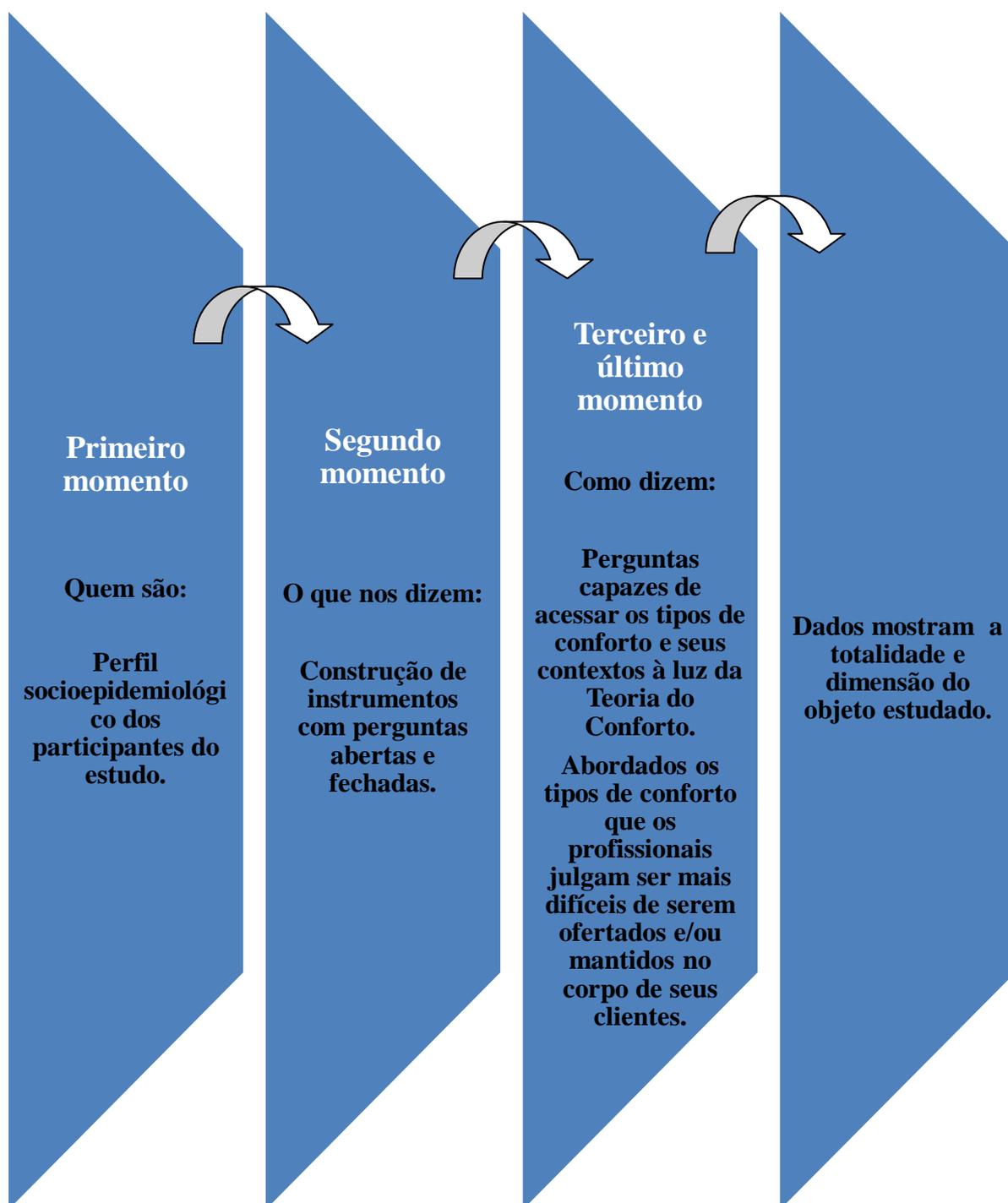
Tem-se como fonte documentos no sentido amplo, ou seja, não só de documentos impressos, mas, sobretudo de outros tipos de documentos, tais como jornais, fotos, filmes, gravações, documentos legais. Nestes casos, os conteúdos dos textos ainda não tiveram nenhum tratamento analítico, são ainda matéria-prima, a partir da qual o pesquisador vai desenvolver sua investigação e análise (SEVERINO, 2007, p. 122,123).

3.1 INSTRUMENTOS DA PESQUISA

A pesquisa qualitativa tem no seu instrumento da coleta de dados, a ferramenta capaz de se obter com certa profundidade e alcance, indicadores importantes, essenciais e suficientes que contemplem a abrangência das informações esperadas. Para este estudo, o instrumento confere com uma entrevista semiestruturada que permitiu o acesso às informações necessárias para atingir com sucesso os objetivos propostos.

Com o cuidado de acessar as informações e relevâncias trazidas pelos entrevistados no *locus* da pesquisa, o instrumento foi composto por três momentos distintos: a) primeiro momento, as informações que permitiram descrever o perfil sócio demográfico dos participantes do estudo; b) segundo momento com perguntas abertas que abordaram os fatores humanos e ambientais que poderiam influenciar a oferta e manutenção do conforto em pacientes em uso de tecnologia na UTI; c) terceiro e último momento confere com perguntas capazes de permitir acessar os tipos de conforto e seus contextos à luz da Teoria do Conforto de Kolcaba.

Figura 2 – Procedimento para o levantamento de dados



Fonte: Autores da pesquisa, 2018.

Como instrumento de pesquisa foi utilizado um questionário elaborado com perguntas fechadas e perguntas abertas (APÊNDICE A), foram entregues pessoalmente aos profissionais das UTI I e II, durante o período de agosto a novembro de 2017, foi explicado o porquê da

pesquisa, ou seja, a importância de discutir aspectos relacionados à promoção do Conforto ofertado aos pacientes ao mesmo que realizam manuseio das tecnologias duras.

Durante a aplicação do questionário foi possível utilizar a técnica de observação que facilitou a percepção de informações e atitudes que não são ditas pelos sujeitos, percebeu-se que a utilização do questionário proporcionou total liberdade para os sujeitos envolvidos na pesquisa responderem cautelosamente o que foi solicitado.

Para facilitar a aplicação do questionário e conseguir respostas precisas, foi escolhido horário estratégico sugerido pelos próprios profissionais do setor UTI.

3.2 CARACTERIZAÇÃO DO CAMPO DE INVESTIGAÇÃO: UTI DO HGR

O estudo foi realizado no Hospital Geral do Estado de Roraima (HGR), oferece atendimento de emergência, assim como exames diversos, ambulâncias, medicações, via oral ou via endovenosa, internação, cirurgias e outros serviços. A unidade contribui para a formação acadêmica interdisciplinar de profissionais advindos de todos os estados do país e, também do exterior, do ponto de vista de contribuição, o seu corpo clínico está diretamente envolvido com as universidades locais (SESAU/RR, 2017).

Figura 3 – Vista parcial da UTI do HGR



Fonte: Autores da Pesquisa, 2018.

O HGR contempla duas UTIs cada uma contendo 10 leitos, sendo um destinado para isolamento. As UTIs são compostas individualmente por 11 monitores multiparâmetros (que

verificam frequência cardíaca pressão arterial não invasiva, frequência respiratória e saturação de oxigênio) e 47 bombas infusoras de precisão, dez bombas para dieta enteral, onze ventiladores mecânicos, 02 carrinhos de reanimação.

Os profissionais do quadro efetivo de enfermagem atualmente são compostas por: 182 enfermeiros e 889 técnicos em enfermagem, as equipes atuantes nas duas UTIs são formadas no total por 19 enfermeiros e 100 técnicos em enfermagem. Conforme o Regulamento Técnico para Funcionamento de Unidades de Terapia Intensiva, o número de leitos da Unidade de Terapia Intensiva do HGR está em conformidade com as exigências “em cada hospital deve corresponder a um mínimo de 6% do total de seus leitos, não podendo ser inferior a 05 (cinco) leitos por unidade” (AMIB, 2017).

3.3 AMOSTRA DA PESQUISA

A amostra escolhida foi um subconjunto da população acessível incluída neste estudo, especificada nas características clínicas, demográficas e temporais, conforme instrumento de pesquisa.

Seu critério, portanto, não foi numérico com delimitação de pessoas entrevistadas, dimensão e demarcação do espaço, muito embora, sejam de extrema valia e importante em uma pesquisa qualitativa, considera-se uma amostra ideal, aquela que reflete a totalidade e dimensão do objeto de estudo. “Em pesquisa clínica, a amostra do estudo é frequentemente composta por indivíduos que atendem aos critérios de entrada e são de fácil acesso ao investigador. Por essa razão recebe o nome de amostragem de conveniência” (HULLER, 2001).

Não ser numérico também faz parte de nossas impertinências, mas não significa que é mais simples e nem a palavra conveniência a faz menos complexa,

“esse é um truque que provavelmente tornará as coisas mais difíceis para o pesquisador, num sentido especial em vez de uma amostra por conveniência, facilitar a realização de um trabalho convencional por conveniência facilitar a realização de um trabalho convencional, surgirá maneiras de interferir nas confortáveis rotinas de pensamento que a vida acadêmica promove e sustenta tornando-as a maneira “certa” de fazer as coisas. Esse é o caso de que o certo é inimigo do bom. O que os temores fazem é sugerir maneiras de virar as coisas do contrário, de vê-las de outro jeito, para criar novos problemas (...)”; (BECKER 2007 p.24).

É o que queremos fazer, ampliar a visão para o que já sabemos sobre conforto.

Todo o processo de obtenção dos dados seguiu rigorosamente a Resolução 466/2012 de Diretrizes e Normas Regulamentadoras da Pesquisa que envolve seres humanos; buscando atender aos princípios de bioética: autonomia, não maleficência, beneficência e da justiça. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) devidamente assinado, somente após explicações detalhadas sobre o estudo proposto e em concordância com o participante, neste caso o sujeito da pesquisa.

3.4 PROCEDIMENTOS PARA COLETA DE DADOS

Este trabalho foi analisado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do estado do Rio de Janeiro (UNIRIO), parecer nº 2.217.289 (APÊNDICE B), foi solicitada autorização para a direção da instituição tanto para a aplicação dos questionários quanto para acesso aos documentos institucionais, a primeira versão do projeto para esta pesquisa foi submetido em setembro de 2016, a segunda versão cumprindo às exigências submetido em 10/03/2017, então com parecer favorável, a coleta de dados teve início no dia 14 de agosto de 2017, fato que ocasionou atraso para coleta e posterior análise dos dados.

Por considerar fator importante a atuação de seis meses no ambiente da UTI entendendo que é um período mínimo para conhecer a rotina e o cuidado a esses pacientes, foi considerado como fator de inclusão e fazer parte da escala de serviço no período da coleta dos dados; como critérios de exclusão estar afastado no momento dessa coleta. Todos os 25 envolvidos atenderam os critérios especificados e assim formaram o grupo de sujeitos do estudo.

Os dados foram coletados através de questionário com perguntas (abertas e fechadas) com os profissionais das UTI-I e UTI-II do Hospital Geral de Roraima, local da pesquisa. Inicialmente foi apresentado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e as informações referentes aos objetivos da pesquisa.

A meta inicial era atingir 60 entrevistados, percebendo-se o nível de desinteresse, foi possível coletar uma amostra de 40 questionários respondidos, porém a participação efetiva teria possibilitado uma investigação ampla e encontrado resultados mais consistentes em termos numéricos para abordagem temática. Foram utilizadas estratégias como permissão para levarem para casa ou responderem posterior ao turno de trabalho.

3.5 ORGANIZAÇÃO, TRATAMENTO E ANÁLISE DE CONTEÚDO

Após a aplicação dos questionários, os dados produzidos foram organizados em um banco de dados em formato de planilha de Excel, considerando as variáveis independentes e dependentes que constam no instrumento de coleta de dados (apêndice A), os dados coletados foram tratados à luz de Kolcaba. Para a obtenção dos resultados, buscou-se analisar e interpretar as informações, que inicialmente apresentam a caracterização e perfil dos envolvidos na pesquisa, convertidos em características consideradas mais importantes, números e valores percentuais por meio de quadro e gráficos.

Realizou-se a análise de conteúdo das questões abertas que foi subdividida em categorias, essa metodologia de análise e de interpretação permitiu compreender criticamente o sentido das falas dos sujeitos, no qual os resultados foram discutidos e apresentados, dando ênfase aos dados qualitativos da pesquisa e fazendo inferências ao objeto de estudo e aos elementos da comunicação. Tais categorias foram organizadas de modo a compor o quadro interpretativo.

Assim,

A análise de conteúdo pode ser considerada como um conjunto de técnicas de análises de comunicações, que utiliza procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens [...] A intenção da análise de conteúdo é a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção e de percepção das mensagens, inferência esta que recorre a indicadores (quantitativos, ou não) (BARDIN, 2011, p. 38)

Para facilitar a análise e compreensão, os dados qualitativos e resultados, foram apresentados a partir de tabelas, quadros e citações, falas da população e amostra desta pesquisa. Posteriormente, estes dados foram analisados e apresentados tendo como pressupostos as comparações contextuais de autores acerca da realidade exposta.

O software Iramuteq 7.2 foi utilizado para realizar a análise lexical das falas dos participantes do estudo que responderam às questões abertas. Este software possibilita diferentes tipos de análises de dados textuais, dos mais simples como no caso da lexicografia básica (frequência de palavras), até a realização de análises multivariadas (Classificação Hierárquica Descendente - CHD e Análise de Similitude), além de organizar sistematicamente a distribuição do vocabulário com representação gráfica em forma de árvore e nuvem de palavras.

O processamento da análise lexical no Iramuteq 7.2 tem início na identificação e reformatação das unidades de textos, que transformam as unidades de Contextos Iniciais

(UCI) em Unidades de Contexto Elementares (UCE). Em seguida, a quantidade de palavras é mensurada o que possibilita a identificação da frequência média entre as palavras, destacando a quantidade de palavras que não se repete os Hapax; realiza a pesquisa do vocabulário e reduz das palavras com base em suas raízes, este processo é denominado lematização, por fim, cria o dicionário de formas reduzidas identificando formas ativas e suplementares.

Quando realiza análise de especificidades, o Iramuteq 7.2 é capaz de associar diretamente os textos do banco de dados com as variáveis pré-determinadas pelo seu usuário, assim, é possível analisar a produção textual em função dessas variáveis. Esta análise configura-se análise de contrastes em que o corpus é dividido em função da variável escolhida pelo usuário. Por exemplo, é possível comparar a produção textual entre jovens e idosos em relação a determinado tema.

3.5.1 Nota 1: Análise lexical

O método da CHD foi proposto por Reinert (1990) e utilizado pelo software Alceste que classifica seguimentos de textos em função dos seus vocabulários respectivos, sendo seu conjunto repartido com base na frequência das formas reduzidas. O objetivo desta análise é obtenção de classes de UCE, sendo cada classe composta por vocabulário semelhante entre si e, ao mesmo tempo, diferente das UCE de outras classes.

A Análise de Similitude está baseada na teoria dos grafos e, por sua vez, proporciona a identificação das ocorrências entre as palavras, cujo resultado pode indicar a conexão entre as palavras, auxiliando assim na identificação da estrutura de um corpus textual, não obstante, diferencia também, as partes comuns e as especificidades em função das variáveis ilustrativas (descritivas) que são identificadas na análise (Marchand e Ratinaud, 2012).

A representação em nuvem de palavras se dá pelo agrupamento e organização lexical em função da frequência dessas palavras, trata-se de uma análise lexical mais simples, entretanto, com uma ilustração gráfica que permite com facilidade e rapidez a identificação das palavras-chave de um corpus.

Enquanto corpus textual entende-se como o conjunto de unidades de contexto inicial (UCI) que se pretende analisar, e é constituído pelo pesquisador. Cada conjunto de entrevistas a que a análise foi aplicada e será um texto.

Neste sentido diferencia-se análise Léxica de análise de Conteúdo, onde a primeira começa pela organização completa do vocabulário utilizado, mais do que palavras consiste em

averiguar ou medir a dimensão das respostas, o léxico é então por definição, a lista de todas as formas gráficas utilizadas.

3.5.2 Nota 1: Análise de conteúdo

Com relação à análise e discussão dos dados, foi utilizada a análise de conteúdo. A análise de conteúdo se destaca a partir do século XX pela preocupação com recursos metodológicos que validem suas descobertas. Sua proposta principal é vislumbrar a possibilidade de fornecer técnicas precisas e objetivas que sejam suficientes para garantir a descoberta do verdadeiro significado de um texto ou de um conjunto de textos ao invés de uma tabela com valores. De modo que, nesta proposição, a análise de conteúdo se encaixa perfeitamente na metodologia proposta, já que o desenho está ancorado no método qualitativo, o que permitirá uma análise eficaz e objetiva das informações obtidas a partir do relato dos participantes.

Na proposta de Bardin (2011), quando discorre acerca da análise de conteúdo, é possível depreender que a prática da interpretação desvela um processo hermenêutico³, que estabelece toda e qualquer compreensão e interpretação de manifestação linguística, chegando assim ao principal objetivo deste método no seguinte aspecto: o que o pesquisador julga ver na mensagem está efetivamente contida nela, podendo esta visão pessoal ser partilhada coletivamente.

A técnica visa à inferência através da identificação e descrição objetiva e sistemática de características específicas nas mensagens, "estes saberes deduzidos dos conteúdos podem ser de natureza psicológica, sociológica, histórica ou econômica", afirma Bardin (2011). Com o propósito de tornar replicáveis e, portanto, permitir a validação de conhecimentos de dados (quantitativos ou não) de um contexto que envolve procedimentos especializados, a inferência nada mais é que, uma operação intelectual na qual se passa de uma verdade a outra, "o interesse não reside na descrição dos conteúdos, mas sim no que estes nos poderão ensinar após serem tratados (classificados) relativamente a outras coisas" Bardin (2011).

³ A hermenêutica moderna ou contemporânea engloba não somente textos escritos, mas também tudo que há no processo interpretativo. Isso inclui formas verbais e não verbais de comunicação, assim como aspectos que afetam a comunicação, como proposições, pressupostos, o significado e a filosofia da linguagem e a semiótica. A hermenêutica filosófica refere-se principalmente à teoria do conhecimento de Hans-Georg Gadamer, desenvolvida em sua obra *Verdade e Método (Wahrheit und Methode)*, e algumas vezes a Paul Ricoeur. RICOEUR, Paul. Teoria da Interpretação. Lisboa: Ed. 70, 1987.

A Análise de Conteúdo pode ser usada para analisar em profundidade cada expressão específica de uma pessoa ou grupo envolvido em um debate permitindo observar motivos de satisfação, insatisfação ou opiniões subentendidas, natureza de problemas, entre outras. É um método de observação indireto, já que a expressão verbal ou escrita do sujeito é que será analisada possibilitando explorar as entrelinhas das respostas. O pesquisador utiliza-se das mensagens já preparadas para inferir (deduzir de maneira lógica) conhecimento sobre o emissor ou sobre seu meio pesquisado.

E a segunda consiste em uma leitura aprofundada de cada resposta onde se decodificando cada uma obtém-se uma ideia sobre o todo. “Se a descrição (enumeração das características do texto, resumida após tratamento) é a primeira etapa necessária e se a interpretação é a última fase, a inferência é o procedimento intermediário, que vem permitir a passagem explícita e controlada de uma à outra” segundo Bardin (2011).

Alguns conceitos dão sustentação ao desenvolvimento da análise de conteúdo e permitem instrumentalizá-los como objetividade; sistematicidade; unidades de registro; unidades de contexto; construção de categorias; análise categorial; condições de produção e a já citada inferência. Durante a interpretação do material, foi utilizada a técnica conforme as etapas abaixo descritas.

1- Pré-análise: descrição analítica ou definição do *corpus*, transformação sistemática dos dados em unidades nos permitindo uma descrição das características do conteúdo. Este *corpus* é preparado de acordo com as exigências do Iramuteq versão 7.2, codificado de acordo com as variáveis e digitado em bloco de notas.

2- Análise categorial: codificação, enumeração ou quantificação simples de frequência ou análise fatorial com representação em gráficos e diagramas, gerando classificação dos diferentes elementos.

3- Inferência: nesta etapa ocorre a dedução de maneira lógica, descrição e análise das diferentes classes encontradas pelo software, estabelecendo de maneira consciente uma correspondência entre as estruturas semânticas ou linguísticas e as estruturas psicológicas, sociológicas, ambiental e física. Fazendo sempre uma correlação com os tipos e contextos de conforto de Kolcaba.

4- Interpretação: possibilita retornar ao referencial teórico, buscando embasar a análise e dando sentido a interpretação. Visto que a interpretação pautada em inferências busca o que está subentendido no significado das palavras para um enunciado mais aprofundado dos discursos.

Dentro da análise de conteúdo desta pesquisa, apresenta-se de forma relevante a matriz lexical e sua categorização. Nesta operação os elementos da matriz lexical são separados ou reagrupados em razão dos caracteres comuns destes elementos por critérios semânticos, léxicos, sintáticos ou expressivos.

Cada etapa desse processo de construção de conhecimento destacou tempo e muita paciência para encontrar o que estava manifesto e o latente por detrás das palavras. O que vejo pode não ser e o que pode ser não é, tudo depende da complexidade do que está dito e do que não está dito, por isso, é simples e muito complexo, além de um pesquisador que deve ter a sintonia, não de um olhar racional, mas de olhar e ver, ver e descobrir, dar forma e achar o significado.

IV – APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS

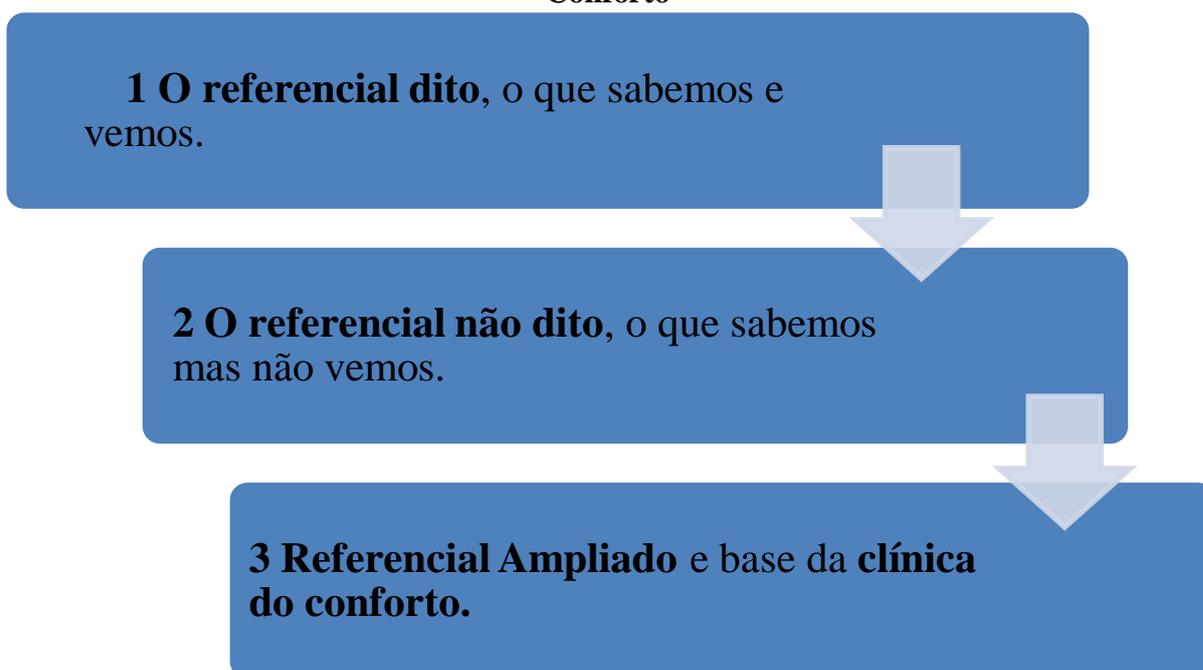
4.1 ANÁLISE ESTATÍSTICA TEXTUAL

Quanto às características sociodemográficas, a maioria dos participantes, 60%, foi do sexo masculino; a média da idade foi de 38 anos (mín.=26 anos; máx.=47 anos).

Com relação ao perfil profissional, 85% são técnicos de enfermagem e 15% são enfermeiros, no absoluto de 100% trabalhavam no setor de unidade de terapia intensiva (UTI). A média do tempo de trabalho foi de 4 anos; mín. 6 meses; máx. 21 anos. Um total de 15% obtém título de graduação em enfermagem. Quanto ao vínculo de trabalho, 40% trabalham em apenas um local e 60% possuem dois vínculos empregatícios.

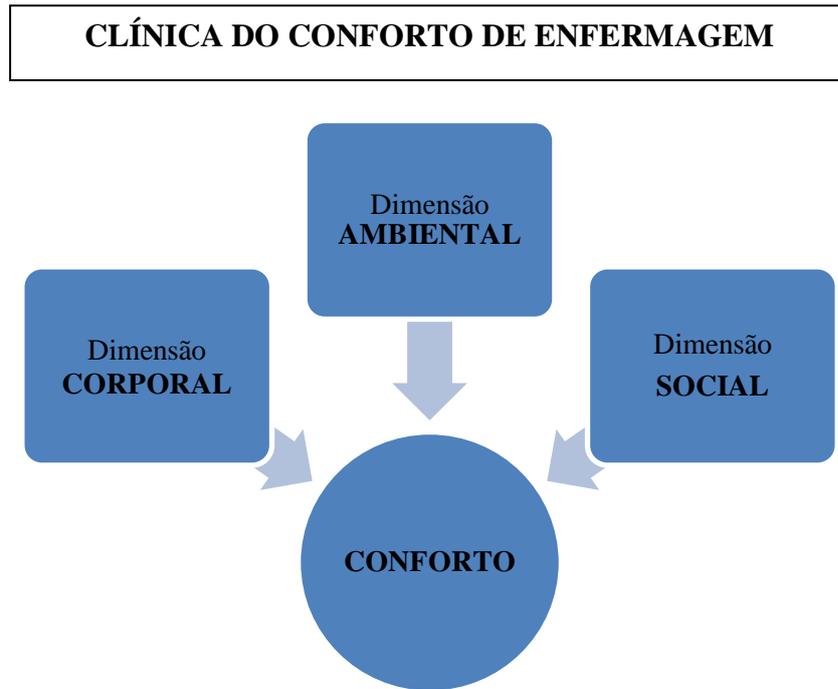
Os resultados da classificação das respostas quanto ao entendimento do termo conforto são apresentados no gráfico 1. Antes, porém, achamos necessário resgatar nossas propostas anteriores para assegurar a análise do dito (como fundamento) como não dito (escondido nos dados de conteúdo e lexicais), que este gráfico nº 1.

Figura 4 – Propostas da dissertação da análise do discurso do dito e não dito sobre Conforto



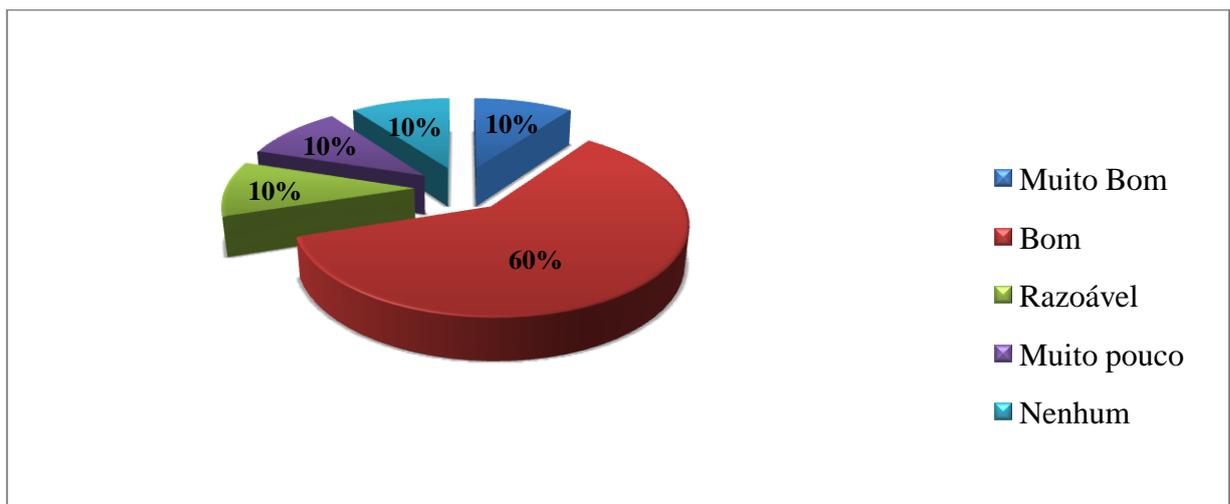
Fonte: Autores da Pesquisa, 2018.

Figura 5 – Aspectos da Clínica do Conforto de enfermagem



Fonte: Merhy, 2002.

Gráfico 1 – Caracterização do nível de conforto prestado na visão dos profissionais de enfermagem na UTI. Boa Vista, Roraima, Brasil. 2017. (N=40).



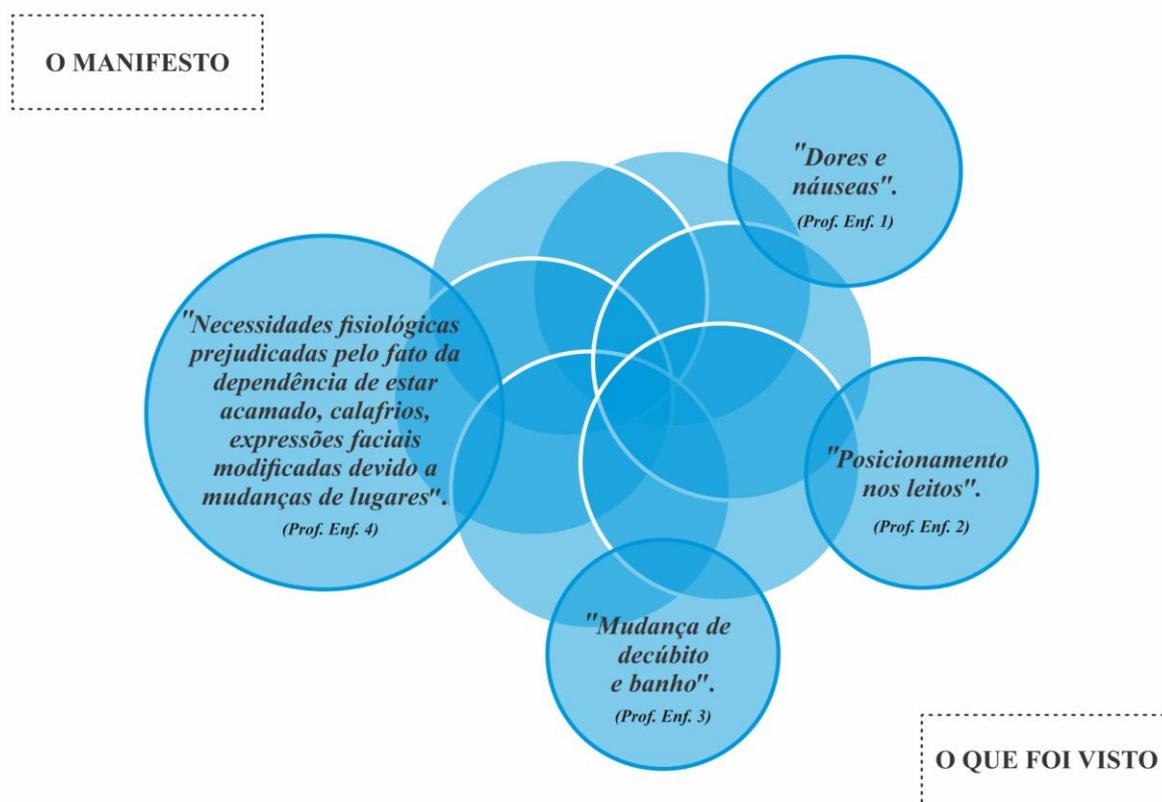
Fonte: Autores da pesquisa, 2018.

O gráfico 1 destaca que os, quase que unanimemente, os profissionais de enfermagem caracterizam como bom o nível de conforto prestado na UTI do Hospital Geral de Roraima, divergindo apenas no contexto onde o situaram. Um grupo menor de quatro citou muito bom,

respectivamente razoável, simultaneamente. Observou-se que, ao considerar possível prestar conforto aos pacientes na UTI, os que elucidaram “sim”, contra “não”.

Exemplos das concepções expressas pelos profissionais de enfermagem no qual os mais frequentes desconfortos físicos classificados foram:

Figura 6 – Dados das concepções expressas pelos profissionais de enfermagem



Fonte: Autores da pesquisa, 2018.

Estes dados identificados por amostragem de conveniência são da dimensão do corpo, e assim começam a definição do que é a primeira dimensão do conhecimento, para Clínica do Conforto.

Impossível fazer qualquer coisa no universo sem a existência do corpo sem sua experiência permanente de construção e reconstrução das coisas, da teia da vida, dos modos de viver e de cuidar do outro. Vários são teóricos e filósofos que se interessam sobre o corpo que jamais poderíamos falar sobre todos numa dissertação de mestrado, mas escolhemos alguns que despertaram o interesse e dão exata noção do corpo que faz e do conforto que recebe.

Figura 7 – Reações especiais e expressões corporais



Fonte: Pinterest - Autores da pesquisa, 2018.

O enfermeiro para confortar independente do que seja o “des”conforto encontra o saber de uma “semiologia fisiológica” para poder propor intervenção. Segundo Shewood (2011), que fundamenta tudo que falamos sobre fisiologia do corpo “o ensino da fisiologia desde 1960 é de impressionar pelos detalhes milagrosos e eficiência do funcionamento do corpo. Nenhuma máquina consegue fazer funcionar parte de uma função corporal natural de forma tão eficiente”. Os enfermeiros precisam saber o que é cada sentimento, cada significado de um sinal que o corpo expressa é esse saber que encontra no conhecimento básico sobre si, vejamos:

Figura 8 – Expressões do corpo dos pacientes detectadas pelos enfermeiros através dos sinais

<p>Expressão facial Dor Náusea Fome Calafrio Locomoção</p> <p>Problemas de posição no leito Acamados</p> <p>Higiene Necessidades Fisiológicas Eliminações</p>			<p>O que nos diz? O rosto</p> <p>Sistemas e Respostas</p> <p>Corpo</p> <p>Expressão Emoção Corpo e reações especiais</p> <p>O que o corpo quer?</p>
<p>O QUE É VISTO por nós dito por eles como DESCONFORTO</p>		<p>O QUE É VISTO por nós dito por eles como DESCONFORTO</p>	

Fonte: Pinterest - Autores da pesquisa, 2018.

As causas de desconforto muitas vezes são identificadas e ignoradas pelos profissionais de enfermagem previamente ao surgimento de sintomas, promovendo um estado de tranquilidade. No entanto, nem sempre o alívio do desconforto se traduz em alcançar o conforto, ele pode ser atingido parcialmente, ou por um período variável, o que leva a necessidade de reavaliação das intervenções positivas (KOLCABA, 1991).

A proporção em que as necessidades de conforto não são atendidas devem ser propostas intervenções de enfermagem ou medidas de conforto para maximizá-lo. Embora nem sempre o controle dos fatores internos e externos que aumentam ou diminuem os desconfortos dependam do profissional de enfermagem e sua equipe, tendo em vista a complexidade do termo, alguns estudos apontam a contribuição desses profissionais que dão suporte no processo saúde-doença na concepção do cliente. (MUSSI, 1996).

Discutindo o que Kolcaba (1989) ressalta sobre o que devemos fazer para o desconforto numa conexão sobre o que devemos saber do manifesto, do latente, sobre o corpo do conforto:

- Saber sobre ele não é tão simples mas se estamos cuidando de alguém há de termos alguns conhecimentos fundamentais para identificar necessidades e intervir. Pensar e saber sobre eles nos traz inquietações e inseguranças que por si só já são desconfortantes.
- O corpo é meu e o seu espaço mínimo, que passa a vida inteira recriando coisas, passagens, viagens, experiências, inquieta e tranquiliza que age, reage, agencia, se alegra e sofre e se perde muitas vezes. São nos movimentos da vida que eles se acham e se perdem. Os enfermeiros e seus pacientes que necessitam de conforto, como numa clínica não podem perder esse fio condutor que se expressa no rosto através dos sentidos.
- O corpo que sente dor é cheio de intensidades guardadas nos músculos, nas células, na bioquímica, nos pensamentos que se expressam quando estamos pré-dispostos; está na nossa história, nos modos de viver e ser.
- Corpo é cheio de turbulências, cheios de intensidade, paixão, medo, desesperança, elementos tão difíceis de confortar (KOLCABA, 1989).

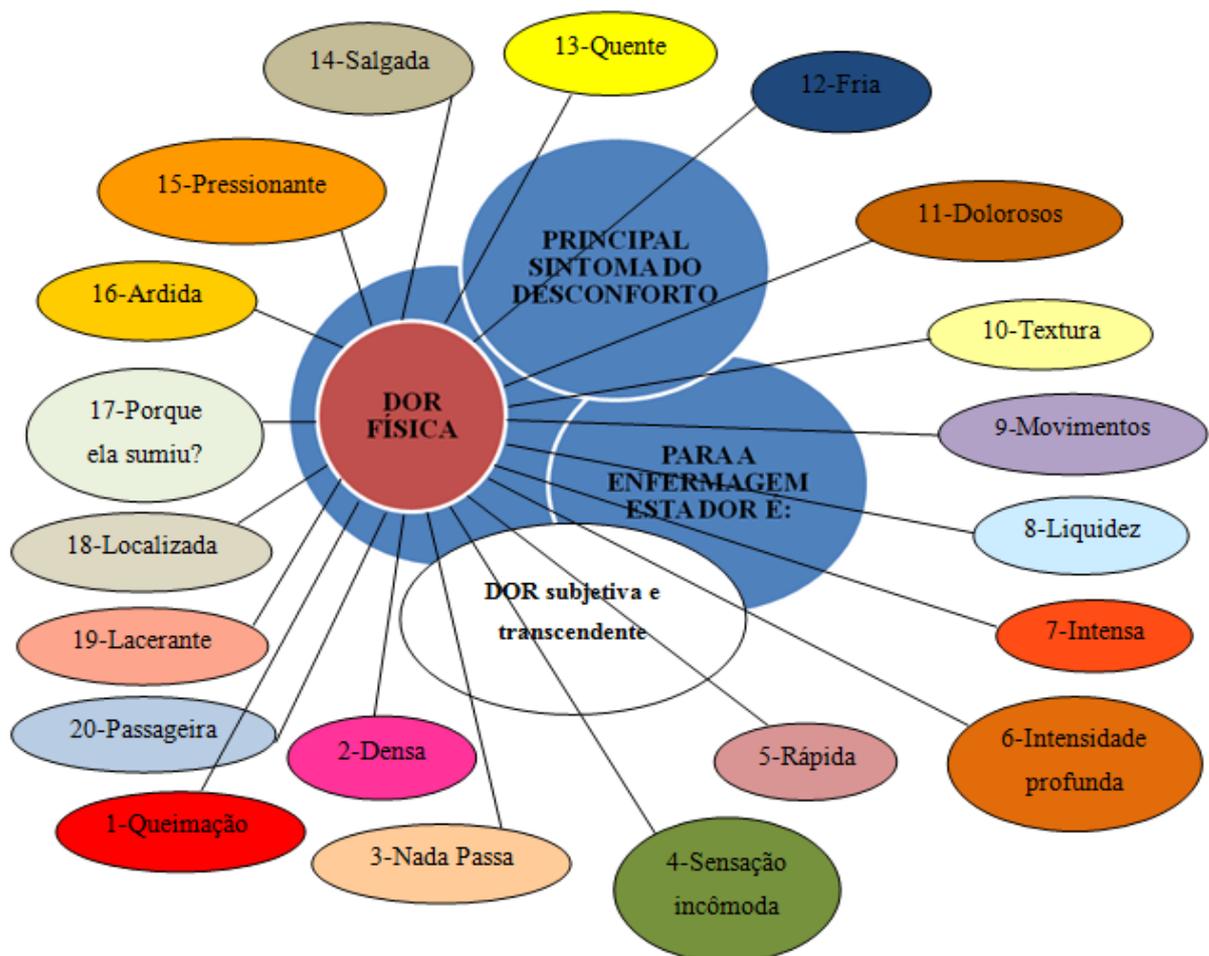
Mas o que é dor como primeiro elemento de desconforto, se pensarmos que a dor é um sinal de tantas coisas, confortar a dor é um desafio nosso.

SHERWOOD (2007, p.191) considera que a dor é um mecanismo protetor como objetivo de tornar consciente o fato de que uma lesão do tecido aconteceu, está acontecendo

ou está prestes a acontecer. Além disso, o armazenamento de experiências dolorosas na memória nos ajuda a evitar eventos potencialmente lesivos no futuro.

No presente estudo os enfermeiros relataram dentre os desconfortos no contexto físico, a dor como principal. No cotidiano, a dor é percebida através de comportamentos e sintomas como destaca a figura 9 a seguir.

Figura 9 – Características dos sintomas do desconforto



Fonte: Autores da pesquisa, 2018.

Todas essas são físicas e as outras dores que não: Sabemos explicar; O que organizar; O que é inexplicável; O que não sabe onde é; Como objetivam essas dores?

As enfermeiras quando cuidam, por suas experiências, supõem que os vários tipos de dor apresentadas devem ser investigadas clinicamente em cada doente, o que torna imprescindível pensar na Clínica do Conforto. A aferição desse sinal é sempre difícil pelos

enfermeiros devido a se tratar de uma manifestação subjetiva, uma vez que a vivência da dor é única e individual. Mas diagnosticá-la é indispensável para promoção de um cuidado humanizado e, portanto, é necessário avaliá-la regularmente, e o uso de escalas de mensuração é uma forma eficaz.

Como a enfermagem intervém neste primeiro sintoma e o que Kolcaba manda fazer? Ela apenas esclarece: a dor física é pertinente às sensações corporais ou mecanismos homeostáticos. O conforto para essa autora é valorizado com boas práticas, em um resultado holístico desejável, é mais que um posicionamento correto, é manutenção da temperatura e assegurar a alimentação e a eliminação.

A autora ainda destaca que quando não é possível alcançar os estados de alívio e tranquilidade, os enfermeiros devem intervir com medidas de conforto voltadas para a transcendência, visando motivar ou inspirar os pacientes a superar o sofrimento para que possam ser realizados procedimentos necessários. Esse cuidado é muito útil quando o paciente está em um momento de angústia ou dor, como no ambiente de Unidade de Terapia Intensiva.

Falar de sensações não está relacionado apenas ao que é físico e nem apenas aos mecanismos e muito menos a resultados holísticos do doente da UTI que está no “caos”, concordando com Nietzsche (2008) quando sua potência está falindo como corpo, está preso e dependente. Para melhor construir a intervenção de conforto para a dor física.

Tabela 1 – Desconfortos observados por profissionais de enfermagem nos pacientes das UTIs do Hospital Geral no Contexto Físico. Boa Vista, Roraima, Brasil, 2017. (N=40).

Desconforto e Contexto	N	%
Contexto Físico		
➤ Dor	40	100
➤ Náuseas	25	62,5
➤ Frio	35	87,5
➤ Dificuldades de locomoção	28	70
➤ Fome	33	82,5

Fonte: Autores da pesquisa, 2018.

O profissional de enfermagem diante de um doente que está desconfortado com dor como os resultados apontam, as bases de minhas buscas são conhecer o corpo e encontrar

formas produtivas de ajudar, iniciam-se nos aspectos dos enfermeiros em relação ao desconforto dos pacientes em dois momentos:

Primeiro momento: Pensar no familiar - onde eles estão?; Nas leis que regem a prática profissional; Nas Instituições; Pensar por decodificações⁴; Pensar nos territórios; Relações singulares;

Segundo momento: Ao invés de agir, pensar e escrever; Conectar ações de cuidar e confortar; Pensar no exterior do corpo e ambiente; Fazer ramificações operando de fora, interligando a promoção do conforto de dentro para fora e de fora para dentro.

Estando diante de um paciente que visivelmente desconfortado com dor como os resultados apontam, uma observação: “se que saber o que eu quero dizer, encontre a força que dá um sentido, pelo menos um novo sentido ao que eu digo. Ramifique o texto sobre esta força, não há senão problema de imaginação, procurar com que força exterior atual é preciso passar algo, numa corrente de energia. Traduzir estados vividos, não é subjetivo, não é imposto, não é individual, é fluxo, visto que cada intensidade está ligada a uma outra intensidade de tal maneira para que algo passe. Os sintomas de nossa degenerescência podem ser expressas através do modo como vivemos e a necessidade de colocar a angústia, a solidão, a culpabilidade, o drama da comunicação, todo o trágico da interioridade. Não seria mais construtivo fazer fugir as pequenas angústias – nossas angústias e os temores de nossas culpas” LINS, E GADELHA (2002 p. 77-82).

A enfermeira diante do paciente com dor que busca uma Clínica do Conforto, ainda deve se basear no corpo que cuida e não esquecer que ele sente dor e também é o corpo que usa tecnologias, o corpo soma estético e o cuidado do ‘eu’ como uma preocupação de FOCAULT IN SHUSTERMAN (2012), não é possível esquecê-lo que iniciou a renovação da concepção fisiológica como modo especial de viver a vida, e insistir em sua expressão distintamente somática e estética. E acrescenta em suas posições sobre questões de entender o cuidar do outro que precisa ter uma visão estética da existência, das “tecnologias do eu”, utilizadoras, e do cultivo de “corpos e prazeres”, nossos doentes necessitados de conforto são necessariamente idosos? Achamos que não, por isso devemos considerar a experiência do corpo e da sua reestilização artística enquanto arte de viver. Perto dele o corpo desconfortado.

Chegando perto de nome doente com dor fico parada, poderia meditar com ela - o paciente desconfortado e poderia falar de paixões, de autodomínio e chamar para fazer

⁴ 1. Ação ou efeito de decodificar; 2. Conversão de mensagem codificada em linguagem inteligível; interpretação de uma mensagem; tradução, decodização. Dicionário informal 2016/2018. Disponível em: <http://www.dicionarioinformal.com.br/homog%C3%A0neo/>. Acesso em: 05 de mar de 2018.

procurar sua natureza espiritual e exercitá-la e também exercícios corporais, dialogar, e perguntar como enfermeira.

Desde quando sente dor? Ontem; Hoje; Não sabe.

Como estão os sinais vitais, quem está com ele como familiar ou não e o que gostaria de: Fazer; Dizer; De mudar; De tomar banho; De trocar de roupa; Se quer andar; Se quer meditar; Se quer tomar um medicamento; Que medicamento está tomando.

Mas essa dor física está acompanhada de náusea e calafrio, dificuldade de locomoção e fome. Percebemos então que existe uma anamnese fisiológica que parece ser periférica e envolve divisão e sentidos especiais; então é bom perguntar: Você está vendo bem; Você está ouvindo; Você está escutando; Você está sentindo odores; Você consegue ficar de pé; Náuseas começaram quando; Que medicamento toma; Alimentou-se; Sensação gástrica; As náuseas vieram acompanhadas de frio, como está o tempo em termo de temperatura; Quer levantar-se; Porque sente fome; Qual foi a última vez que alimentou-se; O que comeu.

Os sintomas físicos indicados como desconforto que é chamado de Contexto Físico podem ampliar os conhecimentos considerando: que desconforto tem suas ligações no sistema nervoso central, mas intensamente no periférico.

Quando pensamos no desconforto físico é preciso pensar na fisiologia do receptor para melhor se colocar como o indicador de cuidados confortantes, quando SHERWOOD (2007, p. 183) diz que o sistema nervoso periférico é formado por fibras nervosas que transportam estímulos entre sistemas nervosos periféricos e envia informações sobre o ambiente externo. Um estímulo é uma mudança pelo organismo e existem diversas formas de energia, ou modalidades, a saber: calor, luz, som, pressão e mudanças químicas. Para nós enfermeiros é bom saber e estar atentos que os olhos são sensíveis á luz, os receptores dos ouvidos, as ondas sonoras e receptores de energia térmica de calor na pele.

Existem muitos receptores de acordo com estímulos adequados e se caracterizam como:

- Fotorreceptores reagem a comprimentos de ondas visíveis a luz (podemos pensar depois na iluminação do espaço);
- Mecanorreceptores são sensíveis à energia mecânica, como os receptores dos músculos esqueléticos sensíveis;
- Receptores térmicos sensíveis ao calor e ao frio;
- Os osmoreceptores e as mudanças relativas à atividade osmótica;

➤ Quimiorreceptores sensíveis á substâncias químicas específicas, como as do paladar e do olfato, bem como aqueles mais localizados profundamente dentro do corpo;

➤ Nociceptor ou receptores de dor, sensíveis a lesões nos tecidos, beliscões, toque, queimadura, etc.

A tabela 2 mostra a frequência relativa dos desconfortos, dos três contextos, observados por profissionais de enfermagem nos pacientes da UTI. Dentre os 25 desconfortos listados no instrumento, 22 foram registrados como presentes, mesmo que em diferentes frequências. Lugar agitado e excessividade de iluminação foram os desconfortos menos identificados pelos profissionais de enfermagem.

Tabela 2 – Desconfortos observados por profissionais de enfermagem nos pacientes das UTIs do Hospital Geral no Contexto Ambiental. Boa Vista, Roraima, Brasil, 2017. (N=40).

Contexto Ambiental	N	%
Ruídos excessivos	25	62,5
Pouco privativo	22	55
Lugar Frio	30	75
Lugar Quente	18	45
Iluminação inadequada	14	35
Agitado	10	25

Fonte: Autores da pesquisa, 2018.

Quanto à dimensão ambiental os dados produzidos confirmam dados anteriores e os sintomas físicos têm relação direta comum. Normalmente nosso olhar para o ambiente ainda é muito limitado, mesmo que estejamos a algum tempo buscando em Nightingale e na ergonomia um porto mais seguro e um conhecimento que ancora preocupações diversas sobre ele e sua influência na vida das pessoas.

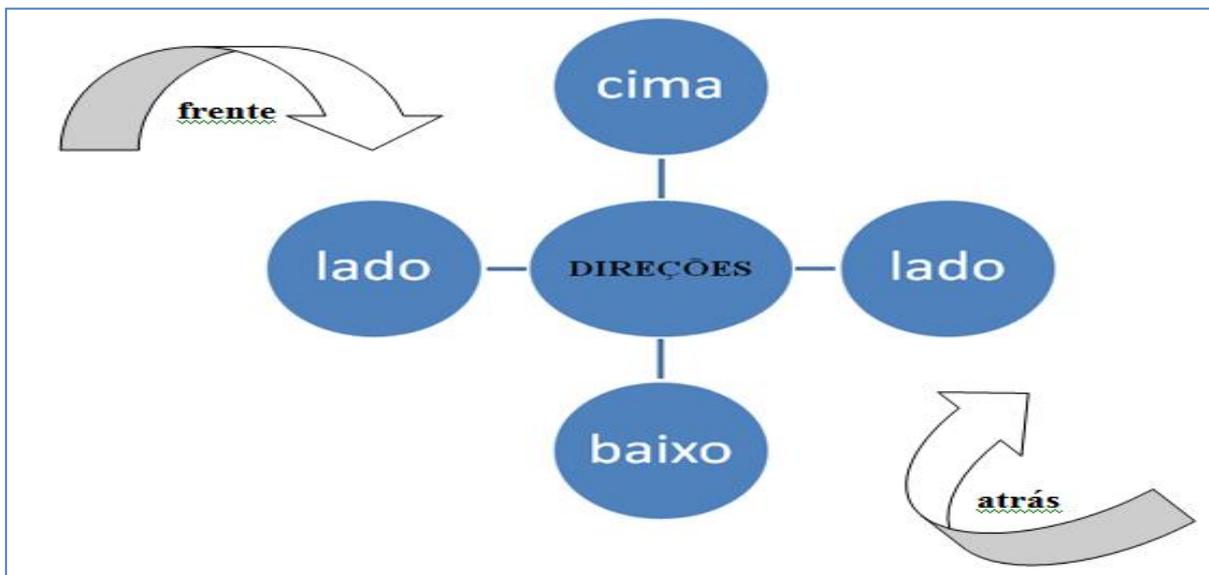
Uma enfermagem que centra suas preocupações nos espaços e no conforto há de ter olhares diversos e conexões com tudo que existe. Às vezes uma “dor física” tem relação direta com ruídos, iluminação e até higiene.

Nightingale (1989) mostrou o ambiente como presença constante em nossas vidas, os cuidados que deveríamos ter com ele destacando situações diversas que tentaremos fazer conexões á frente.

Quando falamos em espaço como numa dimensão que deve interessar e fundamentar a prática, sequer imaginarmos o quanto não sabemos sobre ele.

Se imaginarmos uma delimitação de um espaço que está dentro de um maior, é preciso saber que ele tem:

Figura 10 – Demonstração do espaço que está dentro de um maior.



Fonte: Autores da pesquisa, 2018.

Seguem como: Fronteiras; Que vivemos nela; O tempo está nele e em nós; Que não existe humano sem espaço; Ele é concreto vivenciado e vivido pelo homem; É mítico; É mágico; Cheio de mitos e rituais; Ele tem uma poética; Ele pode ser entendido como político, geográfico, filosófico; O espaço tem sua química, sua matemática, sua fisiologia própria, sua geografia que nem sempre prestamos atenção.

Muitas teóricas de várias áreas do conhecimento se interessam e sabem da importância e da necessidade que temos dele. Como enfermeiros, nós e nossos pacientes estamos no espaço, vivemos a maior parte de nossas vidas onde os doentes estão.

Aprofundamos nossos conhecimentos sobre o espaço com BOLLNOW (2008), SANTOS (1999), GUATTARI (2012) e NIGHTINGALE (1989) para compreender seus efeitos em nós principalmente como o espaço do conforto. É bom saber que ele não é homogêneo⁵, pois ele tem direções diversas. Não há como pensar em conforto sem pensar em espaço e tempo. A dor tem um espaço no corpo e o corpo está nos dois.

⁵ 1. Que possui igual natureza e/ou apresenta semelhança de estrutura, função, distribuição etc. em relação a (diz-se de qualquer coisa em comparação com outra). 2. Que apresenta grande unidade, adesão entre seus elementos. Dicionário informal 2016/2018. Disponível em: <http://www.dicionarioinformal.com.br/homog%C3%A3o/>. Acesso em: 05 de mar de 2018.

Sobre o lugar natural, Bollnow (2008 p.27) e Aristóteles (1956) referem que “o espaço tem em si uma articulação natural e que cada um dos quatro elementos estão diferenciados (fogo, ar, água e terra) tem local definido ao qual pertence e no qual sempre tende a se colocar novamente”. “Cada elemento quando não é impedido, se compulsiona do seu local, um para cima, outra para baixo e o restante das seis direções. O espaço é finito sem que ele próprio se mova, é um corpo cercado por fora e preenchido em si. Cada espaço tem sua língua própria, suas relações diversas, suas metas, seus impasses (...)”.

Suas direções são diversas e é importante lembrar que, de onde o leito esteja ele também sofre intervenções e provoca consequências. O chão, o tipo de chão, como ele é limpo também e nós precisamos dele para nos movimentar nele. Bollnow cita Kierked para explicar “na falta dessa base (o chão), o homem despenca, e na falta parcial logo ao lado de um precipício no plano abrupto de uma montanha ou na beira desprotegida de uma torre, então ele sente vertigem, conseqüentemente uma ameaça ao fundamento de sua posição em pé” (...). O desconforto sentido pelos doentes pode ser insegurança. Medo de cair do leito; ele também têm medo de despencar, principalmente se não tiver grade, pois o leito é um espaço sobre outro espaço. O leito pode ser o marco zero de onde ele está, espaço vivenciado, onde está e que é preciso ver as várias direções em que se encontra.

Precisamos estar orientados no espaço em que estamos caso contrário nos sentimos perdidos. Saber o que é espaço interior e exterior, precisamos nos orientar nele. O medo, o desconforto aparece no doente quando ele não está orientado, ele precisa encontrar seus caminhos reais e subjetivos. O hospital é um lugar estranho, pessoas que não conhecemos barulhos que não assimilamos o que é.

Existem muitas trilhas entre a UTI e os vários outros espaços do hospital, a farmácia, a lavanderia, o laboratório, os Recursos Humanos, as entradas e saídas e dentro da rua. Todos os elementos encontrados na pesquisa estão no espaço do doente.

Ampliando a discussão sobre espaço SANTOS (1999, p.18) faz algumas ressalvas, definir espaço é uma questão de pertinência, para que ele possa aspirar a ser, um ente analítico independente dentro do conjunto das ciências sociais é indispensável que conceitos e instrumentos de análise apareçam dotados de condições de coerência e de operacionalidade. O ponto de partida que propõe que o espaço é um conjunto indissociável de sistemas de objetos e sistemas de ações (...).

Está na UTI preocupado com o que o doente sente e quando surge o desconforto seja de que origem for, exige um sistema de objetos e ações de cuidar, um espaço cheio de atores quem cuida e quem é cuidado, por isso o ambiente está agitado e pouco privativo.

Quando Santos (1999), define o sistema de objetos e ações ele nos diz: “podemos reconhecer suas características analíticas internas. Entre elas estão a paisagem, a configuração territorial, a divisão territorial do trabalho, o espaço produzido ou produtivo, as sociedades e as formas de conteúdo (...).

Barulho, movimento, lugar frio ou quente também provoca dor física/desconforto, que nem sempre nos atentamos a estes aspectos. Às vezes, só pensamos em sintomas clínicos advindo de dentro do “espaço corpo”, uma enfermeira atenta e com conhecimento sobre, sabe que no processo de nível superior do impulso da dor diversas estruturas estão envolvidas, mas ainda não conseguimos captar as estruturas do ambiente. Nesse sentido não é possível esquecer que o doente que sente dor tem dois principais e mais conhecidos neurotransmissores da dor que são: Substância P e glutamato.

Para Sherwood (p.192) “A substância P ativa vias ascendentes que transmitem sinais conceptivos a níveis superiores para maior processamento. Vias de dor tem destinos diferentes no córtex, o tálamo e a formação reticular. Áreas de processamento somatossensorial cortical localizam a dor, enquanto outras áreas corticais participam em outros componentes conscientes das experiências da dor (...),por isso, só é possível dizer que ficar de olho no ambiente para ou como a substância P localiza um ponto de dor no ambiente.

O ambiente/espaço é um dado que devemos está de “olho”, podemos bloquear ou diminuir desconfortos.

É no espaço que as técnicas são realizadas e segundo Santos (2002, p.27) “é por demais sabido que a principal forma de relação entre o homem e a natureza, ou melhor, entre o homem e o meio é dado pela técnica. As técnicas são um conjunto de meios instrumentais e sociais com os quais o homem realiza sua vida produz e, ao mesmo tempo, cria espaço (...)

As técnicas também produzem dor, desconforto, medo e é importante lembrar dos doentes submetidos à tratamentos na UTI, suas consequências são físicas e sensoriais. Perceber e caracterizar esta última, provavelmente é um dos grandes desafios enquanto profissional de enfermagem.

Nesse sentido, quando um geógrafo fala de espaço e suas preocupações teóricas também nos ajudam a pensar como enfermeiros, quando ele diz: “a influência da técnica sobre o espaço se exerce de duas maneiras em duas escalas diferentes: a ocupação do solo pelas

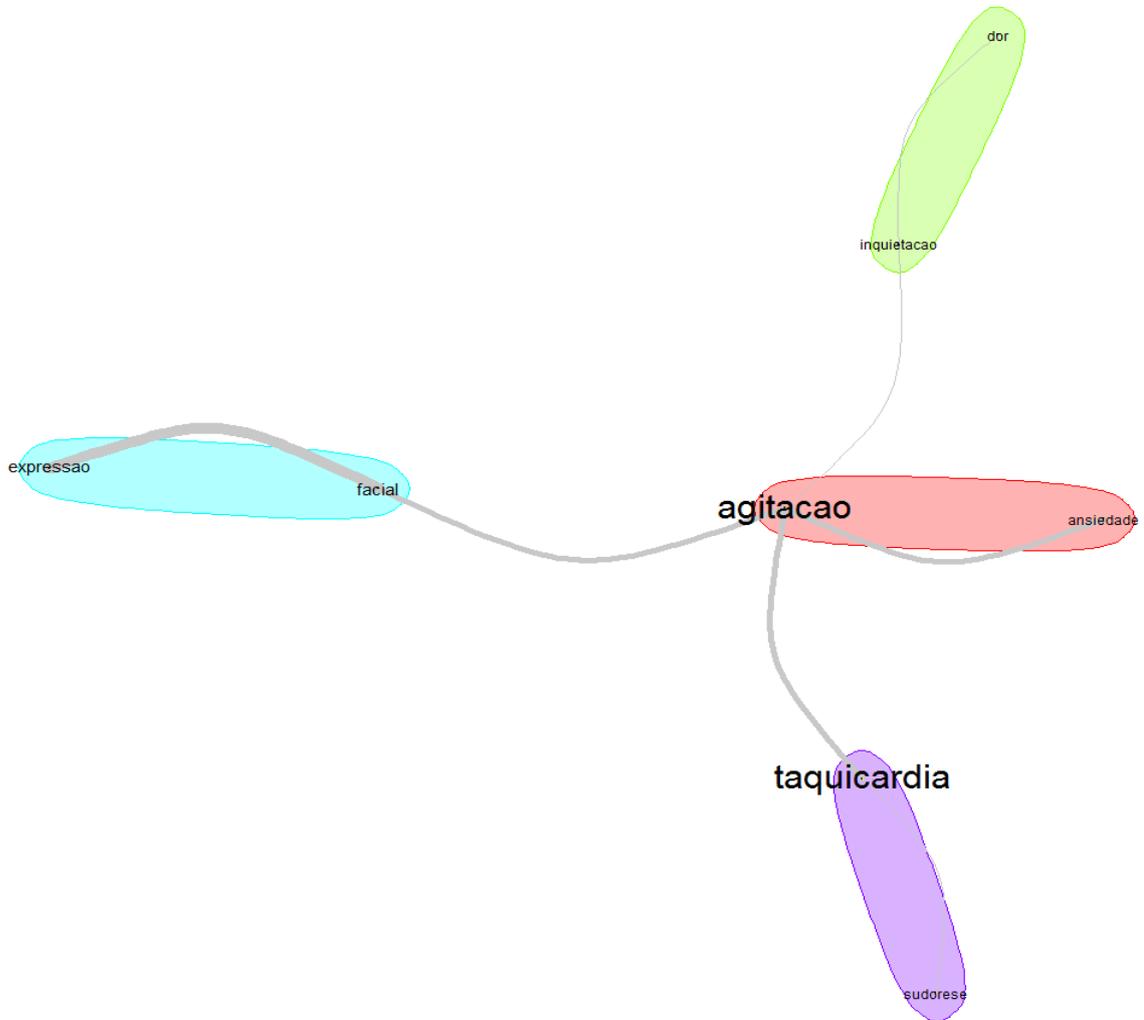
infra-estruturas das técnicas modernas (fábricas, minas, espaços reservados á circulação) e, do outro lado, as transformações generalizadas impostas pelo uso da máquina e pela execução dos novos métodos de produção e de existência (...)” ninguém, tão próximo da nossa área como NIGHTINGALLE (1989) quem mais deixou detalhes escritos há mais de 150 anos, sobre ambiente e cuidados, não falava de desconforto, diretamente, mas acrescenta muito ao que têm nos estimulado a pesquisar. Tudo sobre ambiente no seu entendimento têm relação muito próxima como responsabilidade da enfermagem. Mergulhando em tudo o que ela traz nos estudos sobre ambiente do paciente, as duas primeiras denominações sobre contexto físico e ambiental, tentamos nos aproximar do que precisamos saber sobre uma Clínica de Conforto.

A Clínica de Conforto precisa de regras de saber fazer e sua base se sustenta no doente e no seu ambiente, o que temos teorizado até aqui e é preciso saber de clínica para fazer as diversas conexões de saúde com as doenças; saber o que é e como fazer a manutenção das condições sanitárias mesmo que não façam diretamente, deve saber ensinar a fazer e a supervisionar. É urgente iniciar estudos que comprovem as consequências do ambiente sobre dor, sintomas, desconfortos, tipo de roupa, medicamentos administrados, tensões pessoais e lembrar que tudo pode estar articulado, alimentos, visitas indesejadas.

4.2 ANÁLISE DE SIMILITUDE E NUVEM DE PALAVRAS

Marchand e Ratinaud, (2011), discorre que a Análise de Similitude baseia-se na teoria dos gráficos e é utilizada basicamente para descrever representações sociais (base de questionários de investigação). O objetivo desta análise é estudar a proximidade e a relação entre os elementos de um conjunto, suas formas apresentadas como “árvores de máxima” (número de ligações entre dois itens que se deslocam), procuram o menor número possível de ligações para chegar a um gráfico de conexões sem ciclo.

Figura 11 – Análise de Similitude Sinais e Sintomas de desconforto 1.



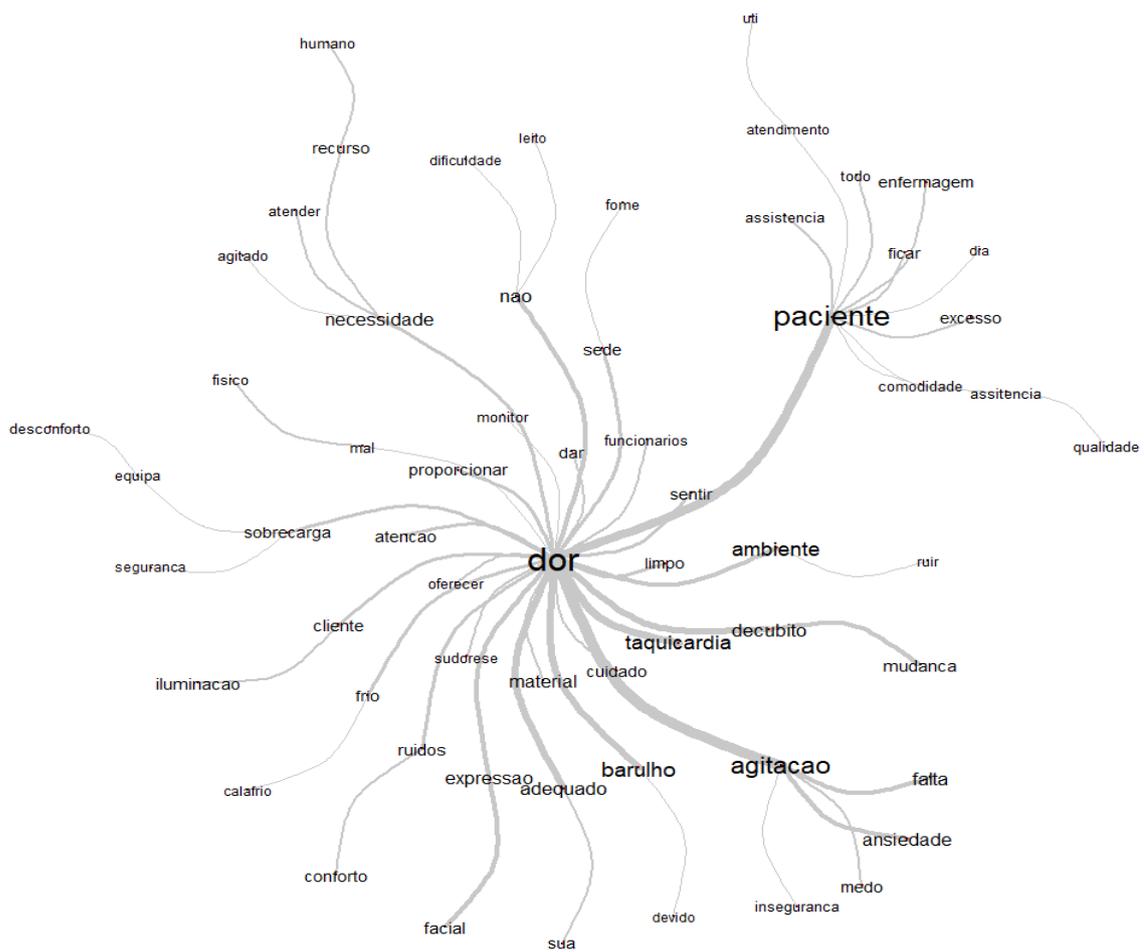
Fonte: Autores da pesquisa, 2018.

A figura 11 representada como nuvem de palavras, ilustra a similitude entre as unidades lexicais evocadas pelos participantes da pesquisa e retidas após o processamento do *corpus* no Iramuteq. Quanto maior a palavra, maior é sua frequência evocada. Quanto mais próxima uma palavra da outra, maior a sua similitude.

A análise de similitude revela que quanto mais espessa a linha, maior é o nível de correlação, expressão, por exemplo, é perceptível pela análise facial, agitação x inquietação e dor, ele diz que agitação presente ocorre por estes motivos, mas esta, muito mais tem uma correlação maior com a ansiedade e em seguida com a taquicardia e expressão facial.

O ambiente da terapia Intensiva é um ambiente que causa dor física e dor psíquica “O medo é um gigante enraizado profundamente, que se alimenta da nossa auto-preservação ante o perigo, mas que se fortalece quando se alia com a imaginação. Capaz de paralisar completamente nossa vida”.

Figura 12 – Árvore de Similitude.



Fonte: Autores da pesquisa, 2018.

Essa “árvore” contém todos os elementos de adoecimentos ou sintomas de dor e desconforto na percepção da equipe de enfermagem em relação ao paciente na Unidade de Terapia de Intensiva. Existe sempre uma solução, nos parece que, a primeira é saber perguntar e a segunda é encontrar a intervenção adequada.

A ligação de uma palavra com a outra traz uma diferença no tamanho da letra da palavra e espessura da linha, representando que quanto mais espessa for a linha e o tamanho

da palavra, maior a ocorrência e a correlação entre elas, formando um emaranhado com significado.

Estamos em pleno século XXI, apesar de tantos avanços na ciência e tecnologias muitas recidivas de doenças controladas retornam e aumentam os sintomas de dor, stress, desconforto, medo, insegurança, o que tem nos obrigado a ampliar e avançar o que pensamos saber sobre cuidados. Precisamos ampliar os resultados que estão sugerindo pensar para o futuro.

Guattari (2000, p.7) nos diz que “o planeta terra vive o período de intensas transformações técnico-científicas, em contra partida das quais são fenômenos de desequilíbrios ecológicos que se não forem remediado, no limite, ameaçam a vida em sua superfície. Paralelamente a tais perturbações, o modo de vida humana individual e coletivo evolui no sentido de uma progressiva deteriorização (...)”. Isso nos faz pensar em nossos doentes fora da UTI pois o que vemos é uma diluição total da vida, da ética, da saúde, das emoções e o desconforto está tornando-se uma doença. A mídia nos regula e controla, perdemos as relações com os outros e estamos todos padronizados com os comportamentos, com os vizinhos, com tudo e todos.

Que enfermeiros seremos, o que aprender e o que fazer como plano orientador de cuidado e da prevenção de riscos de desgaste, stress, desgosto, desafeto, desconforto?

Falar de ambiente é ter um conhecimento amplo sobre ele, pois o mundo redesenha uma nova geografia, novos processos para os hospitais, para as tecnologias; novas doenças se considerar o que Guattari (2000, p.10) diz: “através de cada um desses exemplos, encontra-se o mesmo questionamento dos modos dominantes de valorização das atividades humanas, a saber: primeiro o do império de um mercado mundial que domina os sistemas particulares de valor, que coloca num mesmo plano de equivalência os bens materiais, os bens culturais, as áreas naturais, etc. Segundo: o que coloca o conjunto das relações sociais e das relações internacionais sob a direção das máquinas policiais e militares.

mesmo sentido ético-político que atravessa diversas questões como racismo, falocentrismos⁶, pedagogias que inventam mediadores sociais, criando problemas da produção da existência humana nos contextos históricos (...) assim nos preocupamos com crises éticas e ecológicas que com certeza envolve o social e os adoecerá.

GUATTARI sugere três tipos de ecosofia⁷ (inventar) o que ele sugere como ecosofia social:

1. Desenvolvimento de práticas específicas que tendem a modificar e a reinventar maneiras de ser no seio social de casal, da família, do contexto urbano, do trabalho (...)
2. Numa ecosofia mental, levada a reinventar a relação do sujeito com o corpo, como os fantasmas, com o tempo que passa, com os “mistérios” da vida e da morte. Procurar antídotos para a uniformização midiática e telemática.
3. Ecologia ambiental sobre a ético-estética de uma ecosofia. As relações de humanidade, o sócio, com a psique e com a “natureza” tendem, com efeito, a se deteriorar cada vez mais não só em razão de nocividades e poderes com relação a essas questões consideradas em conjunto (...).”

Com isso, e, adiantando depois do terceiro contexto estamos diante de novos sujeitos, que achamos conhecer. Indivíduos líquidos, vidas líquidas, modos de ser e estar líquidos.

Tabela 3 – Desconfortos observados por profissionais de enfermagem nos pacientes do Hospital Geral no Contexto Social e Cultural. Boa Vista, Roraima, Brasil, 2017. (N=40).

Contexto Social e Cultural		
Ausência ou pouco comparecimento dos familiares	27	67,5
Menor convivência com familiares/cuidador	23	57,5
Sensação de deslocamento do ambiente residencial	20	50
Afirmações de infelicidade por está hospitalizado	12	30
Dificuldade de comunicação/de se fazer compreender	15	37,5

Fonte: Autores da pesquisa, 2018.

Embora possa nos parecer, este contexto, que temos chamando de dimensão social para a Clínica do Conforto o mais atual e o mais complexo desafio como elementos de

⁶ Postura, convicção, atitude ou comportamento baseado na ideia da superioridade masculina, na qual falo representa o valor significativo fundamental. Dicionário Informal. Disponível em: <<https://www.dicionarioinformal.com.br/falocentrismo/>>. Acesso em 20 de jan. de 2018.

⁷ Ecosofia é um neologismo formado pela junção das palavras ecologia e filosofia, ou seja, é um conceito que aproxima atitudes ecológicas com o pensamento abstrato humano. Disponível em: <<https://www.dicionarioinformal.com.br/ecosofia/>>. Acesso em 20 de jan. de 2018.

desconforto não muito bem compreendidos e muito menos operacionalizados como sentidos no corpo como é o caso da temperatura, do calor, do ruído, etc.

Algumas enfermeiras têm aceções em relação ao conforto e cuidados, os profissionais mencionaram:

Prof. Enf8: *O conforto e o bem estar material e a comodidade física no ambiente hospitalar/O conforto e a ação de cuidar, preservar, guardar, conservar, apoiar etc.*

Prof. Enf10: *Conforto é uma estrutura física adequada para atender as necessidades subjetivas de cada individuo/ Cuidado e dar atenção, proporcionar o bem estar ao próximo.*

Prof. Enf14: *Sentir-se bem acomodado suprindo com todas as suas necessidades básicas do dia a dia sem dor, limpo etc./ Cuidado e oferecer atenção continua ao cliente, dedicação e empenho.*

Quanto às dificuldades em proporcionar confortos aos pacientes, os profissionais de enfermagem relataram:

Prof. Enf10: *Déficit de funcionários e sobrecarga de trabalho.*

Prof. Enf5: *A estrutura física oferece acomodações inadequadas.*

Prof. Enf2: *Muitas coisas, o barulho dos monitores, trabalho excessivo e a falta de materiais para prestar uma boa assistência.*

Prof. Enf4: *Número reduzido de funcionários, falta de equipamentos e medicação.*

Quando questionados sobre o desconforto que consideram mais frequente nos pacientes em UTI, os profissionais de enfermagem destacaram no contexto físico, a dor; no contexto ambiental: ruídos excessivos e lugar frio; e no contexto sociocultural, ausência ou pouco comparecimento dos familiares e menor afirmação de infelicidade por está hospitalizado.

Durante o processo de identificação dos desconfortos do paciente em UTI, os profissionais de enfermagem destacaram o relato verbal do paciente e observação/comunicação não-verbal.

No ensaio de análise de conteúdo o conforto aqui anunciado aos temas conforto e sua relação com o social, cultural aparece com diversas conotações que devem ser ampliadas para o futuro de uma enfermagem de conforto.

Guattari (2000, p.13) tem muita afinidade com as questões que explodem no mundo de hoje e interessa a enfermagem que interfere em todas as áreas da vida e de seu trabalho, nos dizendo:

“nós nos enganamos: a grande agitação em torno da unificação econômica da Comunidade Europeia em nada refere essa terceira mundialização de zonas consideráveis da Europa. Um outro antagonismo transversal ao das lutas de classe continua a ser o das relações Homem – Mulher. Em escala global, a condição feminina está longe de ser melhorada. A exploração do trabalho feminino, correlativa à do trabalho das crianças, nada têm a invejar aos períodos do século XIX. Os desconfortos serão sociais e subjetivos e continuam a alimentar os mesmos problemas do passado que envolvia independência sexual, disponibilidades dos meios de contracepção e aborto, violência familiar, de gênero, de poder (...)”. (GUATTARI 2000, p.13).

No mundo todo a juventude está esmagada, não é mais uma questão de luta de classe, é de ética, política e de respeito pelo outro e de revisão das práticas humanas e a busca de novos dispositivos para reinventar formas de pensar, de viver, de outras ideologias – arte, esporte para produzir outras subjetividades.

Essa dimensão social e da ordem macromolecular, como diz Guattari (2000, p.18)

“em nome do primado das infraestruturas, das estruturas ou dos sistemas, a subjetividade não está bem cotada, e aqueles que delas se ocupam na prática ou na teoria em geral só a abordam usando luvas, tomando infinitas preocupações, cuidando para nunca afastá-las demais dos paradigmas pseudocientíficos tomando de empréstimo de preferência às ciências duras: a termodinâmica, a teoria da informação, a teoria dos sistemas, a linguística”. (Guattari 2000, p.18).

A reflexão que ele faz é que tudo passa como se, superego cientista exigisse retificar as entidades e por causa disso e de muito mais reflexões para ele é de espantar que as ciências humanas e as sociais tenham se condensado por si mesmas a deixar escapar as dimensões intrinsecamente evolutivas, criativas e auto posicionantes dos projetos de subjetivação (...).

Nossa posição neste terceiro contexto nos encaminha para pensar numa clínica específica que têm o conforto como objeto central de interesse da enfermagem e começar a pensar como se modificará nossa existência; como afetaremos e seremos afetados por situações de desconforto e de como criar uma outra expressão que conecte a já existente com as tecnologias que envolvem sintomas de afeto, mesmo considerando a história das pessoas cheias de fixação de sonhos, de lendas, de história de um outro tempo.

Agora o discurso que interessa são as tecnologias “duras”, nas quais peças de amor, afeto, perceptores não se encaixam mesmo que Guattari (2000, p.22) diga que “a evolução

mais espetacular com respeito aos processos de subjetivação nas ciências duras, invoquem a necessidade de introduzir na física um “elemento narrativo”, indispensável para teorizar a evolução em termos de inversibilidade”.

As três rubricas de Guattari (2000), complementares – Ecologia social, ecologia mental e ecologia ambiental – sobre égide do ético-estética de uma ecosofia=ecologia filosófica “as ações da humanidade com o “socius”, com a psiqué e com a “natureza”, tendem com efeito a se deteriorar cada vez mais, e não só em razão da nocividades e poluições objetivas mas também pela existência de fato de um desconhecimento e de uma passividade fatalista dos indivíduos e dos poderes com relação a essas questões consideradas em seu conjunto (...).

O termo conforto é, empregado em diferentes contextos da prática de enfermagem, e faz parte da linguagem usual da equipe, sendo considerado como um componente do cuidar (LOURO et al., 2012).

No presente estudo, os profissionais de enfermagem descreveram sua visão sobre conforto predominantemente sendo bom, relatando o conforto como bem estar do paciente. O bem estar constitui um resultado das intervenções de cuidado remete à Teoria de Conforto, a qual propõe que após a avaliação holística do paciente, as necessidades de conforto sejam identificadas de forma multidimensional e propostas ações (KOLCABA, 2009).

Entretanto, a maioria dos estudos que abordam este fenômeno centra-se na identificação dos níveis de conforto que os pacientes demonstram. A perspectiva do profissional de enfermagem nesse processo e o conceito que este possui sobre conforto são raramente abordados.

Nonino, Anselmi e Dalmas (2008) relatam que as investigações que focalizam os enfermeiros geralmente procuram identificar as ações de promoção de conforto que estes realizam no seu cuidar e como resultado identificam, principalmente, medidas para atender as necessidades físicas ou aliadas às técnicas de cuidado - por exemplo, à administração de medicamentos (CUNHA, 2009).

Diante disso, se explicam os resultados do estudo no qual a maioria dos profissionais de enfermagem interpreta o conforto como o bem-estar físico do paciente, já que ambos têm caráter subjetivo e são muito próximos. “Ambos os termos, de forma direta ou indireta dependem da relação interpessoal entre quem cuida e quem é cuidado, seja de forma mais adjacente às intervenções de enfermagem, minimizando os desconfortos, ou de maneira mais

complexa como um balanço positivo de vários resultados da vida pessoal” (OLIVEIRA et al., 2013 p. 33).

Neste estudo, os profissionais de enfermagem relataram dentre os desconfortos no contexto físico, a dor como principal. Devido ao caráter subjetivo da dor, a melhor forma de identificá-la é através do próprio relato do paciente (OLIVEIRA et al., 2013).

Portanto, é imprescindível ao profissional de enfermagem, reconhecê-la através de expressões faciais, gestos, gemidos, inquietudes, alterações no humor, hipoatividades, adequando as intervenções para alívio deste (HAGEMEYER e GUSMAN, 2011).

O principal desconforto ambiental que afeta os pacientes em UTI, destacou-se na percepção dos profissionais de enfermagem, o frio e os ruídos excessivos. Este fator termorregulação, a diminuição do metabolismo corporal, a exposição ao frio da UTI, incluindo o efeito dos anestésicos, contribuem para a instalação de hipotermia e consequente desconforto comum nas primeiras horas de internação do paciente (MACHADO e BRÊTAS, 2006).

Pode-se destacar que dos sinais e sintomas avaliados pelos profissionais de enfermagem como sendo os mais presentes nos pacientes em desconforto, um grande número não está previsto nas características definidoras do diagnóstico de enfermagem conforto prejudicado, o que pode influenciar ou não no levantamento do diagnóstico conforto prejudicado. Nesse sentido, várias são as razões para o levantamento de diagnósticos de enfermagem, principalmente conhecer as reais necessidades do paciente e desenvolver planos de cuidados objetivos (SALLUM e SOUSA, 2012).

Esse diagnóstico tem como características definidoras: ansiedade, choro, relatos de sentir-se desconfortável, da falta de satisfação com a situação, de falta de sentir-se à vontade com a situação, fome, inquietação, prurido, calor, frio, suspiros, incapacidade de relaxar, inquietação, lamentação, medo, padrão de sono perturbado e sintoma de angústia (HERDMAN, 2013).

Pode-se identificar no discurso Nightingale (1989), a importância que atribui ao ambiente físico para o enfermo sentir-se confortável. A sua preocupação com aspectos do ambiente, incluía não só os cenários hospitalares, como também os lares dos doentes e as condições físicas de vida dos pobres. A autora acreditava que um ambiente saudável era necessário aos cuidados de enfermagem e à sua específica condição de adaptabilidade.

Além do mais, outros autores identificaram as medidas de conforto que as enfermeiras usavam nesse sentido das intervenções ambientais. Nesse sentido, Watson (1979) usava a expressão “medidas de conforto como sinônimo de intervenção”.

Os profissionais de enfermagem relataram ainda o ruído excessivo como principal fonte de desconforto ambiental para os pacientes em UTI, mormente atribuído ao elevado número de alarmes sonoros provenientes de equipamentos eletromédicos, que podem trazer prejuízos fisiológicos, e psicológicos aos pacientes, prolongando a internação e interferindo na sua recuperação. Esse fato foi igualmente identificado em um estudo realizado em UTI brasileira (HEIDERMANN et al., 2011).

Promover conforto a partir dos cuidados de enfermagem com vistas à qualidade de vida em um ambiente de terapia intensiva se torna uma questão no mínimo desafiadora para a enfermagem, sobretudo, essa a qual nos referimos, imersa em um ambiente marcadamente tecnológico, prestadora de um cuidado específico e que, ainda em que pese o fato da não generalização, muito menos da aceitação universal, trata-se de um ambiente entendido pelo senso comum e, até mesmo, entre os acadêmicos, como (des) humano conforme Silva (2006).

Essa tecnologia entendida por Merhy (1997) como dura⁸, leve-dura⁹ e leve¹⁰, possui papel relevante e decisivo para o sucesso da terapia e cumprimento do propósito da unidade. De forma mais minuciosa, intensa e com maior inquietação reflito sobre o espaço dado às tecnologias duras neste ambiente de cuidados intensivos e de que forma estas interferem no cuidado de enfermagem prestado, mesmo tendo consciência de que elas são fundamentais, quando bem manuseadas e devidamente indicadas para os pacientes se manterem viáveis do ponto de vista do discurso biomédico.

Por isso, sugere-se uma articulação entre o cuidar e a tecnologia, de modo que a competência tecnológica seja uma expressão de cuidado, mediante valorização da interação entre o profissional, o cliente e a tecnologia - uma experiência efetiva de cuidado (HALLDÓRSDÓTTIR, 1997; BITENCOURT et al., 2007).

Quanto às dificuldades em proporcionar conforto aos pacientes, os participantes da pesquisa apontaram à estrutura física da unidade, o estresse ocupacional, a complexidade do atendimento prestado, barulho, equipamentos eletromédicos, isolamento (solidão), dor e

⁸ Representadas pelas máquinas e instrumentos, essencialmente compostas por trabalho morto (instrumental), embora precisem de trabalho vivo para serem operadas.

⁹ Representadas pelo conhecimento técnico de tipos de saberes profissionais estruturados, como por exemplo, a epidemiologia e a enfermagem; protocolos e métodos de trabalho; rotinas e processos.

¹⁰ Representadas pelas relações entre trabalhador e usuário, que podem produzir sensação de acolhida, vínculo entre os dois sujeitos, responsabilização de ambos pela resolução do problema.

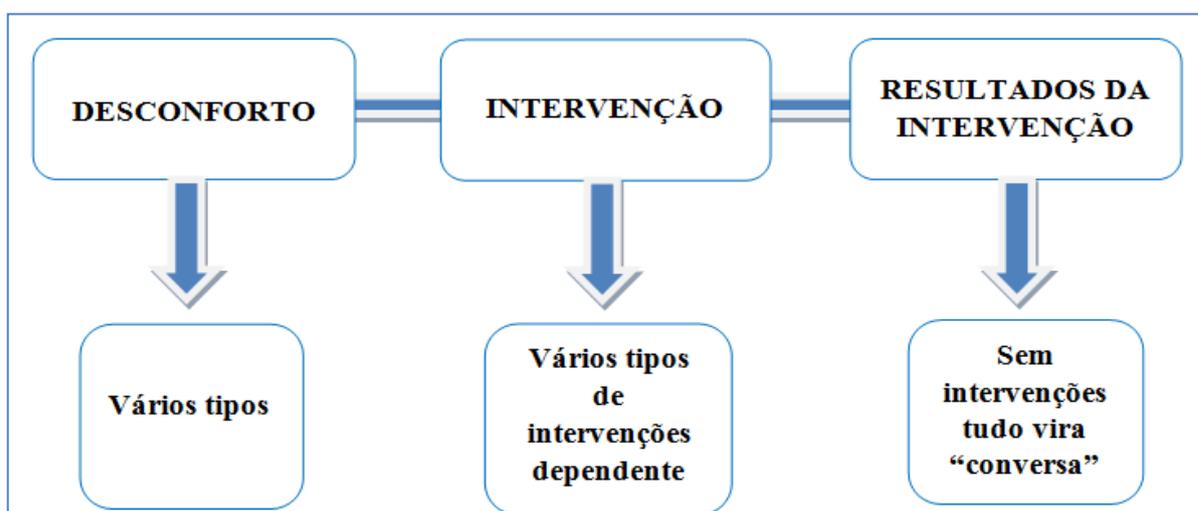
dificuldade para dormir, como os principais aspectos que provocam e potencializam alterações tanto psicológicas - afetivas (RIBEIRO e COSTA, 2012); a ansiedade e o medo são frequentemente encontrados entre os clientes críticos (MURPHY et al., 2008), mas também, fisiológicas tais como o aumento da frequência cardíaca e respiratória.

Destarte Pott et al., (2013), enfatiza que a prática de promover medidas de conforto é imprescindível ao cuidado de qualidade ao paciente, no entanto muitas vezes é minimizada frente às tecnologias presentes em ambientes complexos. Ressalta-se sua relevância no restabelecimento da saúde do indivíduo, uma vez que é por meio de medidas de conforto que os profissionais de enfermagem e sua equipe promovem reforço, esperança, consolo, apoio, encorajamento e assistência de qualidade, proporcionando ainda, melhor interação enfermagem/paciente, possibilitar o estabelecimento de vínculo afetivo, traduzido em confiança por parte do indivíduo cuidado.

Dependendo do contexto em que o paciente se insere, suas particularidades, necessidades, crenças e valores, o cuidado de enfermagem relacionado ao conforto pode assumir inúmeros significados, pois, cada indivíduo exprime suas angústias, medos, mal-estar, expectativas ou desconforto de acordo com sua individualidade, frente à doença e o estresse do internamento (APÓSTOLO 2009; DURANTE, TONINI e ARMINI, 2014).

Mesmo que o barulho principal dessa dimensão do conforto seja ruídos é bom não levar a sério apenas eles, os sentidos são fundamentais na captação dos desconfortos, neste sentido tentamos articular: Não há dúvidas de que o termo técnico esteja presente no estudo, mas de que técnicas estamos falando para intervir no desconforto?

Figura 14 – Demonstração dos sentidos para captação de desconfortos.



Fonte: Autores da pesquisa, 2018.

As técnicas fazem parte do mundo, do trabalho e da saúde e a doença que só temos olhado para elas pensando apenas nos doentes. No mundo atual há de repensar FRANCO e MERHY (2013), relata que quando olhamos para as práticas em saúde percebemos o quanto há para ser desconstruído e construído nesse campo, a hegemonia exercida pelo modelo hegemônico¹¹, biomédico, sustentado pela força do capital e seu poder de subjetivação, atua como linha de força para agenciar os atos profissionais.

Quando a intervenção envolve conforto/desconforto o desafio é muito maior, sem que consideremos tecnologias como peso que ela tiver, porque envolve pessoas, relações humanas, sentimentos, desejos e dificuldades diversas.

Que fenômenos têm sido produzidos para confortar quando cuidamos e prevenir o desconforto, não só no tempo de agora, mas para daqui a pouco, um futuro tão próximo?

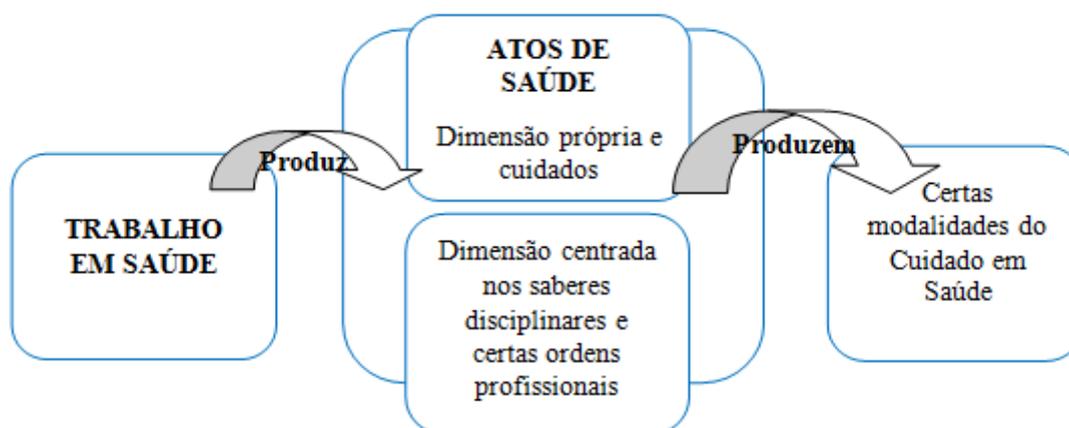
A UTI é um lugar de uso de tecnologias diversas e interdisciplinares, mas não são as tecnologias médias ou pesadas as mais importantes, depende do que entendemos por “pesado” quando queremos confortar alguém de uma dor, de um frio, de um ruído e até de uma saudade.

Segundo os mesmos autores, eles dizem que o trabalho médio na sua intervenção procura captar o usuário a partir do seu universo de ação profissional e dos saberes tecnológicos que o contornam; é interessante observar que apesar desse esforço, o recorte desses processos relacionais pelos saberes médicos não se sobrepõe plenamente ao que é pretendido pelo usuário nessa mesma relação, esse trabalho constrói projetos terapêuticos tensos, pois cobra-se dela, e também de todo seu saber-fazer, tanto em operar a produção de uma dimensão própria do cuidar atado pelos processos relacionais e leves do trabalho em saúde, nas suas relações próprias com os saberes tecnológicos estruturados das valises tecnologias leve-duras. (FRANCO e MERHY 2013).

Na enfermagem essa produção de saúde nos sugere o mesmo ritmo, embora a ordem que os autores, tentam dar visibilidade:

¹¹ Relativo a hegemonia; Hegemonia significa preponderância de alguma coisa sobre outra. É a supremacia de um povo sobre outros povos, ou seja, a superioridade que um país tem sobre os demais, tornando-se assim um Estado soberano. Dicionário informal 2016/2018. Disponível em: <http://www.dicionarioinformal.com.br/homog%C3%A3neo/>. Acesso em: 05 de mar de 2018.

Figura 15 – Demonstração das técnicas para intervir no desconforto.



Fonte: Merhy, 2002.

Essa avaliação amplia nosso olhar, embora no mesmo território tenham ações, metas, interesses, técnicas diferentes, como: Sociedade/Comunidade, Comunicar; Falar; Escutar; Acolher; Zonas éticas; Articulação com o saber dos outros; Familiar; Espaço; Ecológico, ambiental, espiritual e social; Espiritualidade; Afetos/desafetos; Emoções; Habilidades técnicas e mentais; Criatividade; Avaliação Clínica.

Aliar tudo isso como base de uma clínica voltada para o corpo e sentidos, para o ambiente e suas práticas. Ele é alguém único e pessoal para a enfermagem.

É bom lembrar Guattari (1989, pág.12), para ampliar a construção de nossa Clínica do Conforto:

“o sujeito não é evidente: não basta pensar para ser, como o proclamava Descartes, já que há inúmeras outras maneiras de existir que se instauram de dentro pra fora da consciência, ao passo que o sujeito advém no momento em que o pensamento se obstina em apreender a si mesmo e se põe a girar como pião enlouquecido sem enganchar em nada dos territórios reais da existência, os quais por sua vez derivam uns em relação aos outros, como placas tectônicas sob superfície dos continentes”. (GUATTARI 1989, pág.12).

É como se cada um de nós trabalhasse por conta,sua própria história e segundo ele:

“isso conduziria necessariamente a reexaminar a relação entre o indivíduo e a subjetividade antes de mais nada, separar nitidamente esses conceitos, teses, vetores de subjetivação não passam necessariamente pelo indivíduo o qual, na realidade, se encontra em posição de terminal com respeito dos processos que implicam grupos humanos, conjuntos socioeconômicos, máquinas informacionais, (...)”. (GUATTARI 1989, pág.12).

Pensando em tudo que pretendo refletir para discorrer - fazer - Clínica do Conforto no que já está dito e nós queremos incluir com maior propriedade numa discussão sobre a terceira dimensão deste estudo que envolve o social, a sociedade, a prática, a ética e outros desconfortos que se encontram a nossa frente.

São paradigmas que conhecemos, mas que não estão juntos, porque suas conexões são ou estão ocultas.

Os termos desta terceira dimensão ou contexto (como estamos dizendo) é de nossa responsabilidade como produtores de conforto (saúde) e que será o nosso grande desafio quando estamos tão “agarrados” à questão da doença e do saber biomédico.

Seremos, também, operadores de tudo isso que intervém nas nossas instâncias psíquicas, individuais e coletivas (através de educação, saúde, cultura, esporte, arte, mídia, modos de fazer) produtores de conforto, não sendo mais possível ficar “em cima do muro” como se a neutralidade fosse a posição mais acertada, que apenas amplia nossa “zona de conforto”. É preciso ampliar os campos “psi” que estão nos prolongamentos e em interface aos campos estéticos.

Quando Guattari (1989 p.23) descreve acerca da Ecologia Social ele insiste em dizer que:

“as relações de humanidade com o socius, cria a psique e com a “natureza” tendem, com efeito, a se deteriorar cada vez mais, não só em razão de nocividades e poluições objetivas, mas também pela existência de fato de um conhecimento e de uma passividade fatalística dos indivíduos e dos poderes com relação a essas questões consideradas em seu conjunto catastróficas ou não, as evoluções negativas são aceitas tal como são (...)”. (GUATTARI 1989 p.23).

O que é importante intervir é de que sairemos do conforto das paredes hospitalares que nos protegem para pensar conforto, em casa, na universidade, nas ruas, nas instituições (militar, igrejas, presídios, organizações a nos agenciar) para compreender e enfeitar a vida, para sair de um mundo que acostumamo-nos a uma visão de eliminar a pertinência das intervenções humanas que se encarnam em políticas e micropolíticas, Guattari (1989) chama nossa atenção quando diz que não é justo separar a ação sobre a psique daquela sobre o socius e o ambiente. “A recusa de olhar de frente as degradações desses três domínios, tal como isto é alimentado pela mídia, confina num empreendimento de infantilização da opinião e de neutralização destrutiva da democracia (...)”. (GUATTARI 2012, p.24).

Não temos dúvidas, de que é impossível retornar para reconstruir antigas maneiras de viver. Jamais o trabalho humano ou o habitat voltarão a ser o que eram há poucas décadas,

depois das revoluções, do desenvolvimento do gene, genético e depois da mundialização do conjunto dos mercados.

Poderíamos continuar, até nos perdermos no tempo, nesse argumento que é importante e nos encanta como produtores de conforto, para agora e para o futuro.

Tentando determinar essa argumentação¹² que temos sobre as ideologias de conforto e saúde valemo-nos do que Merhy e Franco (2003, pág.109), dizem a produção de saúde é dependente de trabalho humano (o conforto também) um ato configurado no trabalho vivo na sua micropolítica, ou seja, trabalho no exato momento de sua atividade criativa na construção dos produtos através do que se realiza ali nesse momento é um processo essencialmente relacional entre alguém e outros. Nessa relação há uma lógica operando, mas sobre tudo há, uma potência, nos espaços relacionais, literalidades em acontecimentos como, aliás, de fala e escrita, toque e olhares constitutivos desse processo de trabalho que produz cuidado (conforto) e nessa relação, os sujeitos, que se encontram fazem em conjunto, a produção da saúde (do conforto).

Por fim, em uma dimensão que aparece em todos os resultados dos trabalhos orientados pelo Professor Dr. Carlos Roberto Lyra da Silva, criou alicerces para nossa argumentação em apoio de outros teóricos que fortalecem nossa ousadia reflexiva e o nosso querer criar uma Clínica para o Conforto diríamos “devir clínica” ou devires da Clínica do Conforto, devir como conteúdo próprio do nosso desejo. (máquinas, desejanter ou agenciadoras).

Considerando que devir se ocupa de uma variedade de percepções nos incita afirmar que não é um conceito universalizante que busca a generalização, mas prima pela singularidade, Zourabichville (2004, p. 48): "Acima de tudo, devir não é uma generalidade, não há devir em geral: não se poderia reduzir esse conceito, instrumento de uma clínica fina

¹² A explicação da argumentação procede e está ancorado em Viana (2005 p.8) ampliando, ou tomando de empréstimo para justificar a nossa opção nessa dissertação, ao fazer isso estamos nos comunicando para compartilhar o que estamos estudando, conhecendo e justificando nossa escolha. Destacamos aspectos da argumentação que interessa a nossa escolha: “comunicação é ato entre indivíduos que usam os nossos signos, cuja finalidade é transmitida numa determinada mensagem (...); se um discurso for dominado pelo sujeito que faz, ele não se fará compreender por seus pares (...); após dominar os elementos da comunicação o falante, perceber que poderia inseri-los na construção de seu discurso para defender seu ponto de vista e influenciar a opinião e o comportamento do ouvinte (...); a organização do discurso, uma vez que se tem que comunicar uma determinada ideia, deve ser capaz de convencer o receptor, o qual deve aceitá-la e dimensioná-la (...); o discurso é essencialmente argumentativo, complexo e encontram-se nas petições, contestações, apelações, enunciados; o argumento de certo ponto de vista do profissional (...); todo discurso tem uma ideologia e cabe ao profissional o direito de internalizar os instrumentos argumentativos disponíveis (...); definir ideologia é tarefa árdua porque o conceito é abstrato e propenso a suscitar controvérsias; mas comporta várias matrizes uma vez que a organização conceitual de ideologia é tomada sob ótica ideológica daquele que pretende conceituá-lo (o Conforto) (...); nesse caso o argumentados articulam todo um processo para convencer seu ouvinte, convencer alguém sobre determinado ponto de vista (...) sobre conforto”.

da existência concreta e sempre singular, à apreensão exática do mundo em seu universal escoamento - maravilha filosoficamente oca'. Uma clínica que não pode ser separada de cultura e exige de nós apreendermos transversalidades (entre dor e calor, frio e agonia, dor e náusea, dor e falta de pessoal). Transversalidades como interação entre sistemas, mecanosfera e universos de referência sociais e individuais que mudam constantemente de territórios, de compreensão da vida.

“É que devir não é imitar algo ou alguém, identificar-se com ele. Tampouco é proporcionar relações formais. Nenhuma dessas duas figuras de analogia convém ao devir, nem a imitação de um sujeito, nem a proporcionalidade de uma forma. Devir é, a partir das formas que se tem, do sujeito que se é, dos órgãos que se possui ou das funções que se preenche, extrair partículas, entre as quais instauramos relações de movimento e repouso, de velocidade e lentidão, as mais próximas daquilo que estamos em vias de nos tornarmos, e através das quais nos tornamos”. (Deleuze e Guatarri 1997, p. 64).

O que vale, valeu e valeria nesta dissertação é mais uma consciência eco – lógica, eco-científico, eco-prática na vida cotidiana, que operam em nossas vidas e às vezes nem temos consciência delas.

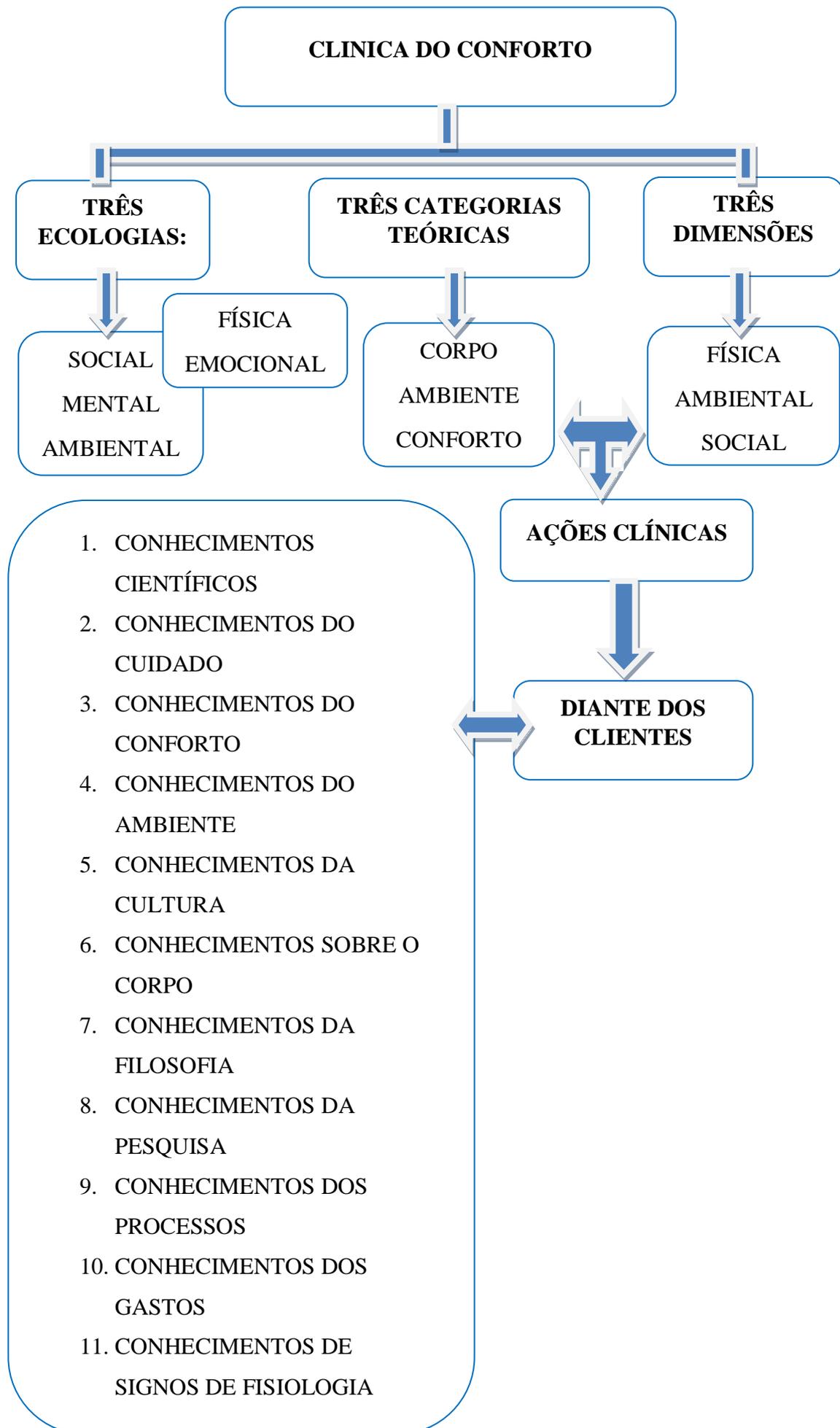
V – CONSIDERAÇÕES FINAIS

Entende-se que no mestrado, surgem inúmeros desafios, dificuldades para desenvolver o estudo, que tem uma base teórico-filosófica de difícil domínio, mas com esforço (des)confortante pessoal para concluir este desafio, descobri-me interessada, fui instigada a sair da “linha de conforto”, passos significativos do meu orientador. Pensar sinais e sintomas dentro da UTI nas bases biomédicas e despontou novas “linhas de fuga” para pensar, compreender e fazer cuidados que levem ao conforto a partir de um saber mais interdisciplinar.

Sem a leitura dos textos, resultados de pesquisa sobre o objeto conforto de diversas orientações, os resultados em menor número de sujeitos envolvidos contribuem também para as dimensões ou contextos que vem sendo construídas tanto na teoria como na prática e assim pode-se contra argumentar e propor uma “Clínica do Conforto” sem o temor científico de cometer impertinências, isso é ousado, coragem de sair do conforto e aliar novas percepções, reflexivas, sobretudo utilizando os numerosos aforismos sobre a colaboração do homem com a natureza.

Pretendemos construir uma Clínica do Conforto como ação de diagnóstico e por intervenção. Essa clínica não é aquela de doença que estamos acostumados a fazer como uma semiologia e anamnese médica.

Essa clínica é dos atos e ações dos enfermeiros para confortar seus pacientes com uma semiologia e anamnese da Enfermagem, que exige dos enfermeiros capacidade aguçada de perceber através dos signos, dos corpos dos pacientes que cuidam, o que o doente pode estar sentindo como desconforto ou conforto. A habilidade da enfermeira deve estar aguçada para perceber os ‘sentidos reais’ para cuidar e confortar seus pacientes. Habilidades estas que dependem de saber olhar e ver; saber ouvir e escutar, saber sentir odores, saber comunicar-se e saber tocar para sentir, tocar para formar uma parceria sensível: pode ser através de um diálogo, tocar para sentir o calor de perto, sem deixar de estar atento aos sinais e sintomas fisiológicos, é preciso sensibilidade tátil e considerar o sujeito como ser humano singular e único.





Fonte: Autores da pesquisa, 2018.

Essa flexibilidade pode traduzir que o processo de identificar (des)conforto é flexível no movimento de ir e vir, de repensar os achados e voltar para rever o paciente novamente, se há algo na anamnese que não viu. Pode ser uma forma cartográfica de agir. Flexível como fluxos para sair do fixo e de estar sempre em movimento des/reconstrução.

Contudo, temos a convicção de que esta é uma experiência primeira, que merece ser testada várias vezes e ampliada num doutorado. Não só pela necessidade de rever conceitos e práticas de conforto, mas numa fundamentação teórica emergente e atual para este século, quando, constantemente ouvimos que as relações da humanidade com o socius, com a psiqué e com a natureza estão em tamanha deteriorização, por nocividades, poluições, problemas éticos, políticos e tecnológicos, catástrofes, novos desenhos geográficos pelas guerras, fomes e imigrações; poluição do meio ambiente e da própria alma do ser humano.

Para nós esta proposta é desafiante, mas muito instigante, porque nos obriga a pensar pontos de referências indicadas nos estudos do Professor Dr. Carlos Roberto Lyra da Silva que traz uma “lógica escondida” que é diferente do que temos pensado sobre conforto, uma lógica cheia de intensidades que podem ser de dor ou prazer, de agenciamentos existenciais, que envolvem pessoas, ambientes, políticas, culturas; possuem uma lógica de conjunto, de objetos e tecnologias; de objetos institucionais; de imagens e paisagens nas quais os (des)confortos estão circulando.

A proposta aqui colocada está contaminada por teóricos do ambiente, da tecnologia do cuidado e da subjetividade, e, por isso importante porque nos possibilita novas “linhas de fuga” para sair dos paradigmas pseudocientíficos, mesmo que possamos estar falando de doentes e doenças, de sintomas de frio, calor, dor, angustia, náusea, medo, problemas políticos e no trabalho, nos processos de produzir saúde – conforto.

VI - REFERÊNCIAS

ALLIGOOD, M.R. e MARRINER Tomey, A. **Nursing Theory: Utilization and application**. 2ªed. St. Louis: Mosby, 2002.

AMIB. **Associação de Medicina Intensiva Brasileira**. Resolução – RDC nº 7 de 24 de Fevereiro de 2010. Disponível em: < <http://www.amib.org.br/pdf/RDC-07-2010.pdf> >. Acesso em: 12 abr. 2017.

AMORIN, R.C, SLVÉRIO, I. P. S. **Perspectiva do Cliente na UTI na admissão e alta**. Revista Paulista de Enfermagem, v 22, n.2, p. 209-212, 2003.

APÓSTOLO, J. L. A. **Vivências do conforto-desconforto nos doentes internados em serviços de clínica psiquiátrica**. Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental, 2, 2009, 10-17.

ARISTÓTELES. Física. 208b. Eu me atenho à nova tradução de P. Gohlke: Aristóteles: **die Lehrschiften**. Paderborn, 1956. A antiga tradução de C. Prantil (Leipzig, 1854) ainda presta sempre bons serviços.

BARDIN, Laurence. **Análise de Conteúdo**; Tradução: Luiz Antero Reto, Augusto Pinheiro. São Paulo: Edições 70. 2011. Tradução de: L'analyse de contenu.

BECKER, Howard S. **Segredos e Truques da Pesquisa**. Tradução: Maria Luiza X. de A. Borges, 2 ed., São Paulo, Zahar, 2007.

BACKES MTS, ERDMANN AL, BÜSCHER A. **O cuidado intensivo oferecido ao cliente no ambiente de unidade de terapia intensiva**. Esc Anna Nery. 2012;16(4):689-96. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S141481452012000400007>. Acesso em: 02 de mar de 2018.

BERGAMINI, ACDG. **Humanização em uma UTI - adulto no Distrito Federal** [dissertation]. Brasília – DF: Faculdade de Ciências da Saúde/UNB; 2008. 169p.

BITENCOURT AGV, NEVES FBSC, DANTAS MP, ALBUQUERQUE LC, MELO RMV, ALMEIDA AM, AGARENO S, TELES JMM, FARIAS AMC, MESSEDER OH. **Análise de estressores para os clientes em Unidade de Terapia Intensiva**. Rev Brasileira de Terapia Intensiva. 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde, **Agência Nacional de Vigilância Sanitária, ANVISA**. Disponível em: < <http://www.anvisa.gov.br>>. Acesso em: 21 abr. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde, **Agência Nacional de Vigilância Sanitária, ANVISA**. Resolução – RDC nº 7 de 24 de Fevereiro de 2010. Disponível em: <http://www.saude.mg.gov.br/atos_normativos/legislacao-sanitaria/estabelecimentos-desau/uti/RDC-7_ANVISA%20240210.pdf/>. Acesso em: 12 abr. 2017.

CINTRA, E. A. **Monitoração Hemodinâmica Invasiva** In: CINTRA, E. A.; NISHIDE, V. M.; NUNES, W. A. *Assistência de Enfermagem ao Cliente Crítico*. 1. ed. São Paulo: Ed. Atheneu, 2000. p. 81-105.

COSTA MCG, ARANTES MQ, BRITO MDC. **A UTI neonatal sob a ótica das mães. Revista Eletrônica de Enfermagem** [Internet]. 2010 [cited em 2011 mar 12];12(4):698-704. Available Disponível em: [http:// www. fen.ufg.br/revista/v12/n4/v12n4a15.htm](http://www.fen.ufg.br/revista/v12/n4/v12n4a15.htm). Acesso em: 27 de abr. de 2017.

CUNHA PJ, ZAGONEL IPS. **As relações interpessoais nas ações de cuidar em ambiente tecnológico hospitalar**. *Acta Paul Enferm* 2008; 21(3).

DANTAS, F. M. S. **A relação entre os fatores sócio-demográficos e o nível de conforto da mulher com cancro da mama em tratamento com quimioterapia**. 2010. 121f. Tese (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Católica Portuguesa, Lisboa, 2010.

DURANTE ALTC, TONINI T, ARMINI LR. **Conforto em cuidados paliativos: o saber-fazer do enfermeiro no hospital geral**. *Rev. Enferm UFPE online*. 2014; 8 (3): 530-6.

FALCO SM, ABDELLAH, FG. **Teoria de enfermagem: dos fundamentos à prática profissional**. 4ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas Sul; 2000. p. 121-32.

FRIZON G, NASCIMENTO ERP, BERTONCELLO KCG, MARTINS JJ. **Familiares na sala de espera de uma unidade de terapia intensiva: sentimentos revelados**. *Rev gaúch enferm* [Internet]. 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S198314472011000100009&lng=en&enrm=iso. Acesso em: 02 mar. 2018.

GONÇALVES LC, NOGUEIRA LT, SILVA GRF DA, LUZ MHBA. **Teoria transcultural no acolhimento com classificação de risco: um olhar reflexivo sobre possibilidades**. *J Nurs UFPE on line* [Internet]. 2012 July [cited 2012 July 27];6(7):1714–20. Disponível em: http://www.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/2255/pdf_1317. Acesso em: 02 mar. 2018.

GOMES, A . M. **Enfermagem na unidade de terapia intensiva**, 2 ed., São Paulo, EDU, 1988.

GONSALVES, E. P. **Conversas sobre iniciação à pesquisa científica**. Campinas, SP: Alínea, 2001.

GUATTARI, Félix. **As Três Ecologias**. São Paulo: Papirus, 2000.

HALLDÓRSDÓTTIR S. **Implications of the caring competence dichotomy**. In: Thorne SE, Hayes VE, editors. *Nursing praxis: Knowledge and action*; 1997. p.105-124.

HAGEMEYER V, GUSMAN FT. Pós-operatório no idoso. In: **Tratado de geriatria e gerontologia**. 3a ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011; 3-13.

HEIDEMANN AM, CÂNDIDO APL, KOSOUR C, COSTA ARO, DRAGOSAVAC D. **Influência do nível de ruídos na percepção do estresse em clientes cardíacos**. Rev Bras Ter Intensiva. 2011; 23(1): 62-67.

HENDERSON, V. **The nature of nursing**. New York: McMillan. 1981.

HERDMAN, T. **Diagnósticos de Enfermagem da NANDA: definições e classificação – 2012/2014**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2013.

HULLEY, S. B. **Delineando a pesquisa clínica: uma abordagem epidemiológica**. 4a ed, Porto Alegre: Artmed, 2001.

INOJOSA RM. **Acolhimento: a qualificação do encontro entre profissionais de saúde e usuários**. X Congresso Internacional del CLAD sobre la Reforma del Estado y de la Administración Pública. Santiago, Chile, 1821 Oct. 2005.

JAPIASSÚ, Hilton. Apresentação. In: RICOEUR, Paul. **Interpretação e Ideologias**. Org. e Trad. de Hilton Japiassú. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1988.

_____. **CIÊNCIA – questões impertinentes** e ditado por Márcio Tabui. Aparecido. SP. Ideias e letras, 2011 (Coleção Fisiologia e História).

KALAMPALIKIS, N. L'apport de la méthode Alceste dans l'analyse des représentations sociales. In : J. C. Abric (Org.). **Méthodes d'étude des représentations sociales**. Paris: Érès, 2003. p. 147-163.

KOLCABA, K. **A taxonomic structure for the concept comfort**. Image, 23 (4), (1991). 237-240.

_____. **Comfort theory and practice: a vision for holistic health care and research**. New York: Springer publishing company, Inc., 2003.

_____. **Comfort theory and practice: a vision for holistic health care and research**. New York: Springer publishing company, Inc., 2009.

LAKATOS, Eva Maria; MARCONI, Marina de A. **Fundamentos de metodologia científica**. 3. ed. rev. e ampl. São Paulo: Atlas, 2008.

LEMONS, RCA, ROSSI LA. **O significado cultural atribuído ao centro de terapia intensiva por clientes e seus familiares: um elo entre a beira do abismo e a liberdade**. Rev Latino-am Enferm. 2002;10(3): 345-57. Disponível em: <http://dx.doi.org/1590/S0104-11692002000300009>. Acesso em: 02 mar 2018.

LINO, M.M.; SILVA, S.C. **Enfermagem na Unidade de Terapia Intensiva: a história como explicação de uma prática**. Nursing, 2001.

LOURO TQ, SILVA RCL, MOURA LF, MACHADO DA. **A terapia intensiva e as tecnologias como marca registrada**. Rev Pesq Cuid Fundam 2012;4(3):2465-82.

LUCCHESI F, MACEDO PCM, DE MARCO MA. **Saúde mental na unidade de terapia intensiva**. Rev SBPH. 2008;11(1):19-30. 5.

MACHADO ACA, BRÊTAS ACP. **Comunicação não-verbal dos idosos frente ao processo de dor**. Rev Bras Enferm. 2006; 59(2): 129-33.

MARCHAND, P e RATINAUD, P.. **L'analyse de similitude appliqué aux corpus textuels: les primaires socialistes pour l'élection présidentielle français**. Universidae de Toulouse, França 2011. Disponível em: <http://lexicometrica.univparis3.fr/jadt/jadt2012/Communications/Marchand,%20Pascal%20et%20al.%20L'analyse%20de%20similitude%20appliquee%20aux%20corpus%20textuels.pdf>. Acesso em: 18 ago. 2017.

MENDES AM, LINHARES NJR. **A prática do enfermeiro com clientes da UTI: uma abordagem psicodinâmica.** Rev Bras Enferm. 1996;49(2):267-80

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.

_____. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo.** São Paulo: Hucitec, 2002.

MERHY, E. E.; FRANCO, T. B. **Por uma composição técnica do trabalho em saúde centrada no campo relacional e nas tecnologias leves: apontando mudanças para os modelos technoassistenciais.** Saúde Debate., Rio de Janeiro, v. 27, n.65, p.316-23, 2003.

MINAYO, Maria Cecília de Souza (org.). **Pesquisa Social. Teoria, método e criatividade.** 18 ed. Petrópolis: Vozes, 2001.

_____. (Org.). **Pesquisa social: teoria método e criatividade.** 17^a ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 1994. 80 p.

MIYADAHIRA, A. M. K. **Prefácio** In: PADILHA, K. G.; VATTIMO, M. F. F.; da SILVA, S. C.; KIMURA, M. **Enfermagem em UTI: Cuidando do Cliente Crítico.** 1. ed. Barueri: Ed. Manole, 2010.

MORSE, J. **Comfort: the refocusing of nursing care.** *Clinical Nursing Research.* Volume 1 (1), 1992, 91-106.

_____. **On Comfort and Comforting.** *Am J Nurs.* 2000 set; 100(9):34-8.

MURPHY CA, MERRIMAN K, ZABKA C, PENICK M, VILLAMAYOR P. **Patient-entered electronic healthcare records with electronic medical record integration: lessons learned from the field (Paper Presentation).** *Comput Inform Nurs.* 2008 Sep-Oct; 26(5):302.

MUSSI FC, FRIEDLANDER MR, NEVES-ARRUDA E. **Os significados da palavra conforto segundo a perspectiva do cliente com infarto agudo do miocárdio.** Rev Latino-Am Enferm 1996;4(3):19-39.

NIEWEGLOWSKI VH, MOREÉ CLOO. **Comunicação equipe-família em unidade de terapia intensiva pediátrica: impacto no processo de hospitalização.** Estudos de Psicologia. 2008; 25(1):111-122.

NIGHTINGALE, F. **Notas sobre Enfermagem.** São Paulo: Cortez, 1989.

_____. **Notes on Nursing.** New York: Dover, 1859.

NIETZSCHE, F. **A vontade de Poder.** Rio de Janeiro: Contraponto, 2008b.

NONINO, EAPM, ANSELM ML, DALMAS JC. **Avalia o da qualidade do procedimento curativo em clientes internados em um Hospital Universitário.** Rev Latino-Am Enferm 2008. Disponível em: www.eerp.usp.br/rlae. Acesso em 25 de fev. 2017.

OLIVEIRA CM, CARVALHO DV, MATOS SS, SOARES SM, MALHEIROS JÁ, ARANTES JR AA. **Dor em idosos hospitalizados com comprometimento osteomuscular.** Rev Med. 2013; 23(1): 33-8.

PATERSON JG, ZDERAD LT. **Enfermeria humanística.** México: Editorial Limusa; 1979.

PINA RZ, LAPCHINSK LF, PUPULIM JSL. **Percepção de clientes sobre o período de internação em unidade de terapia intensiva.** Cienc Cuid Saude. 2008;7(4):503-8. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.4025/ciencucuidsaude.v7i4.6658> 6. Acesso em: 02 de mar de 2018.

PINTO, C.F. Critérios de admissão e alta na UTI In: PADILHA, K. G.; VATTIMO, M. F. F.; da SILVA, S. C.; KIMURA, M. **Enfermagem em UTI: Cuidando do Cliente Crítico.** 1. ed. Barueri: Ed. Manole, 2010. p. 1138.

PORTO, Isaura Setenta, et al. **Técnicas e Tecnologias para Cuidar em Terapia Intensiva.** In: FIGUEIREDO, et al. **UTI: Atuação, Intervenção e Cuidados de Enfermagem.** São Caetano do Sul, SP: Yendis, 2008.

POTT, F. S. et al. **Medidas de conforto e comunicação nas ações de cuidado de enfermagem ao cliente crítico.** Rev. bras. enferm., Brasília, v. 66, n. 2, p. 174-179, Abr. 2013.

PROENÇA MO, DELL AGNOLO CM. **Internação em unidade de terapia intensiva: percepção de clientes.** Rev Gaúcha Enferm. 2011;32(2):279-286. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1983-14472011000200010>. Acesso em : 02 de mar de 2018.

RATINAUD, P., e MARCHAND, P. **Application de la méthode ALCESTE à de “gros” corpus et stabilité des “mondes lexicaux”:** analyse du “Cable Gate” avec IraMuTeQ. In: Actes des 11eme Journées internationales d’Analyse statistique des Données Textuelles 2012, pp. 835-844. Liège, Belgique. Retrieved April 13, 2017, Disponível em: <<http://lexicometrica.univparis3.fr/jadt/jadt2012/Communications/Ratinaud,%20Pierre%20et%20al.%20%20Application%20de%20la%20me-thode%20Alceste>>. Acesso em: 02 de mar de 2018.

REINERT, M. **Alceste.** Version 4.0 – Windows (Manual). Toulouse: Societé IMAGE, 1998.

RIBEIRO, Patrícia Cruz Pontifice Souza Valente; COSTA, Maria Arminda Mendes. **O conforto do doente idoso crônico em contexto hospitalar:** contributos para uma revisão sistemática da literatura. Revista de Enfermagem Referência. vol. serIII. n.7. 2012; 149-158.[citado 2017 mar 20]. Disponível em: <http://www.scielo.gpeari.mctes.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0874-02832012000200016&lng=pt>. Acesso em: 02 de mar de 2018.

RODRIGUES, Y.T. and RODRIGUES, P.P.B. **Semiologia Pediátrica.** Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2003. 2ed.

ROSA BA, RODRIGUES RCM, GALLANI CBJ, SPANE TM, PEREIRA CGS. **Estressores em unidade de terapia intensiva:** versão brasileira do The Environmental Stressor Questionnaire. Rev Esc Enferm USP. 2010;44(3):627-35. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S008062342010000300011>. Acesso em: 20 mar. 2018.

SALLUM AMC, SOUSA RMC. **Diagnósticos de enfermagem em vítimas de trauma nas primeiras seis horas após o evento.** Acta Paulista Enferm. 2012; 25(2).

SANTANA JCB, LIMA JI, MATOS TG, DUTRA BS. **Humanização do cuidar em uma unidade de terapia intensiva adulto:** percepções da equipe de enfermagem. Rev Enferm UFPE On Line [Internet]. 2008; 3(1):1-8. Disponível em: http://www.portaldoenfermeiro.com.br/artigos/PORTAL_O_ENFERMEIRO_ARTIGO_02.pdf. Acesso em: 25 ago. 2017.

SANTOS, Milton. **A natureza do espaço.** São Paulo: Edusp, 2002. p.29.

SEVERINO, Antônio Joaquim. **Metodologia do trabalho científico.** – 23 ed. Ver. E atualizada – São Paulo: Cortez, 2007.

SILVA, Roberto Carlos Lyra. **O significado do cuidado em unidade de terapia intensiva e a (DES)construção do discurso de humanização em unidades tecnológicas.** Tese de Doutorado, EEAN/UFRJ. RJ, 2006.

SILVA, Carlos Roberto Lyra; CARVALHO, Vilma de. **O conceito de conforto da perspectiva de clientes e enfermeiras em unidades de internação hospitalar.** Tese de Doutorado, EEAN/UFRJ. RJ, 2008.

_____. **O Conceito de Conforto na Perspectiva de Clientes e de Enfermeiras em Unidades de Internação Hospitalar** – Rio de Janeiro: UFRJ. EEAN, 2008.

SILVA, R. C.; SILVA, C. R.; FRANCISCO, M. T. R. Unidade de Cuidados Intensivos In: FIGUEIREDO, N. M. A. de; VIANA, D. L. **Fundamentos do Uso de Tecnologias na Enfermagem.** 1. ed. São Caetano do Sul: Yendis Editora, 2006. p. 150-56.

SILVEIRA, RS, MARTINS CR, LUNARDI VL, VARGAS MAO, FILHO WDL, AVILA LI. **A dimensão moral do cuidado em terapia intensiva.** Cienc Cuid Saude. 2014;13(2):327-34. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.4025/cienccuidsaude.v13i2.19235>. Acesso em: 02 de mar de 2018.

SHUSTERMAN, Richard. **Consciência Corporal.** Tradução de Pedro Sette-Câmara. Rio de Janeiro: E Realizações, 2012. 352 pgs. (original: *Body Consciousness: A Philosophy of Mindfulness and Somaesthetics*). Cambridge: Cambridge University Press, 2008. 256 pgs).

SOUZA RB, SILVA MJP, NORI A. **Pronto-Socorro:** uma visão sobre a interação entre profissionais de enfermagem e clientes. Rev Gaúcha Enfermagem. 2005; 28(2):242-9.

URIZZI F, CORRÊA AK. **Vivências de familiares em terapia intensiva:** o outro lado da internação. Rev Lat Am Enfermagem. 2007;15(4):85-91.

VATICAN NEWS. **Enfermeiros são "peritos em humanidade", afirma o Papa;** 03 março 2018, 11:58. Disponível em: <http://www.vaticannews.va/pt/papa/news/2018-03/papa-francisco-enfermeiros-saude.html#.WpqpeGh74KI.whatsapp>. Acesso em: 04 de mar de 2018.

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

WATSON, Jean. **Nursing: the philosophy and science of caring.** Boulder, CO. Associated University Press, 1973.4.

APÊNDICE A
INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS



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

QUESTIONÁRIO

TECNOLOGIAS E O CONFORTO DOS PACIENTES NA UNIDADE DE TERAPIA
INTENSIVA

1. CARACTERIZAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM

1) Sexo: 1. Masculino ()

2. Feminino ()

2) Idade: _____ anos

3) Anos de Formado: _____ anos

4) Profissional de enfermagem () Técnico em Enfermagem ()

Formação Complementar:

1. Não ()

2. Sim () Especificar: _____

5) Tempo de trabalho na instituição:

() menos de 1 ano () mais de 1 ano Especificar: _____ anos

6) Número de vínculos profissionais:

1. Um vínculo() 2. Dois vínculos() 3. Três vínculos()

7) Setor/ambiente de atuação profissional:

2. NECESSIDADES DE CONFORTO NA UTI

8) Inicialmente, como você caracteriza o seu entendimento do termo CONFORTO?

1. Muito Bom() 2. Bom() 3. Razoável() 4. Muito Pouco() 5. Nenhum()

9) Você considera possível prestar conforto ao PACIENTE na Unidade de Terapia Intensiva (UTI)? 1.Sim () 2.Não ()

10) Em sua prática, quais os desconfortos FÍSICOS que você têm observado nas pessoas instaladas na UTI?

1.Dor() 2.Frio() 3.Mal estar físico() 4.Dificuldade de locomoção() 5.Fome()
6. Constipação() 7.Náuseas() 8.Nenhum destes()

9. Outros: _____

11) Para você qual o mais frequente desconforto FÍSICO referido pelos pacientes da UTI em pós-operatório?

12) Como relata as características do AMBIENTE em que os pacientes da UTI se deparam?

1.Indutor de medo() 2.Ruídos excessivos() 3.Pouco privativo() 4.Frio()
5.Quente() 6. Fétido() 7.Iluminação inadequada/constante() 8.Estressante()
9.Inseguro() 10.Agitado() 11.Outras: _____

13) Qual o mais frequente desconforto AMBIENTAL referido pelos pacientes na UTI em pós-operatório?

14) Quais os desconfortos relacionados ao CONTEXTO SOCIAL E CULTURAL que você têm observado nas UTIs?

1.Ausência ou pouco comparecimento dos familiares ()

2. Menor convivência com familiares/cuidador ()
3. Sensação de deslocamento do ambiente residencial ()
4. Afirmações de infelicidade por está hospitalizado ()
5. Dificuldade de comunicação/de se fazer compreender ()
6. Desejo de ter consigo seus pertences ()
7. Nenhum destes ()
8. Outros: _____

15) Como você identifica os desconfortos do PACIENTE em UTI?

1. Relato verbal do PACIENTE()
2. Observação/comunicação não verbal ()
3. Pela classificação de Diagnósticos de Enfermagem ()
4. De outras formas: _____

16) Quais os sinais e sintomas que, na sua opinião, indicam que o PACIENTE em UTI está desconfortável?

17) Com base na resposta anterior quais os possíveis fatores que, na sua opinião, estariam relacionados a estes desconfortos?

18) Você registra o desconforto no prontuário?

1. Sim ()
2. Não ()

19) O que é conforto para você?

20) O que é o cuidado para você?

21) O que impede você durante a prática das atividades de enfermagem de proporcionar conforto em pacientes que estão em uso de tecnologias no setor da UTI?

22) Quais indicadores nos prontuários que identificam a proporcionalidade do conforto aos pacientes?

3. INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM

23) Para as seguintes intervenções de enfermagem indique se você a realiza (Sim) ou (Não) para proporcionar conforto ao PACIENTE na UTI?			Marque X nas intervenções que você considera prioritárias para esse conforto.
1. Ouvir ativamente	()Sim	()Não	()
2. Redução da ansiedade	()Sim	()Não	()
3. Aconselhamento	()Sim	()Não	()
4. Apoio à tomada de decisão	()Sim	()Não	()
5. Suporte emocional	()Sim	()Não	()
6. Instilação de esperança	()Sim	()Não	()
7. Apoio espiritual	()Sim	()Não	()
8. Toque terapêutico	()Sim	()Não	()
9. Contar a verdade	()Sim	()Não	()
10. Esclarecimento de valores	()Sim	()Não	()
11. Controle do comportamento	()Sim	()Não	()
12. Melhora da comunicação: déficit auditivo	()Sim	()Não	()

13. Controle de delírio	()Sim	()Não	()
14. Controle do ambiente: conforto	()Sim	()Não	()
15. Controle de pressão sobre áreas do corpo	()Sim	()Não	()
16. Facilitação no pesar	()Sim	()Não	()
17. Controle de líquidos e eletrólitos	()Sim	()Não	()
18. Assistência ao morrer	()Sim	()Não	()
19. Controle de constipação	()Sim	()Não	()
20. Controle de incontinência intestinal	()Sim	()Não	()
21. Cuidados na incontinência urinária	()Sim	()Não	()
22. Treinamento ao hábito urinário	()Sim	()Não	()
23. Monitorização acidobásica	()Sim	()Não	()
24. Controle de vias aéreas	()Sim	()Não	()
25. Aspiração de vias aéreas	()Sim	()Não	()
26. Administração de analgésicos	()Sim	()Não	()
27. Sedação da consciência	()Sim	()Não	()
28. Cuidados com ostomias	()Sim	()Não	()
29. Envolvimento familiar	()Sim	()Não	()
30. Controle de líquidos/eletrólitos	()Sim	()Não	()
31. Regulagem hemodinâmica	()Sim	()Não	()
32. Administração de medicamentos	()Sim	()Não	()
33. Oxigenoterapia	()Sim	()Não	()
34. Controle da dor	()Sim	()Não	()
35. Monitorização de sinais vitais	()Sim	()Não	()
36. Monitorização respiratória	()Sim	()Não	()
37. Posicionamento	()Sim	()Não	()

38. Assistência respiratória	()Sim	()Não	()
39. Contenção física	()Sim	()Não	()
40. Cuidados com úlceras de pressão	()Sim	()Não	()
41. Prevenção do choque	()Sim	()Não	()
42. Controle do choque	()Sim	()Não	()
43. Cuidados com sondas e drenos	()Sim	()Não	()
44. Cuidados com lesões	()Sim	()Não	()
45. Controle de infecção	()Sim	()Não	()
46. Administração de derivados de sangue	()Sim	()Não	()
47. Prevenção de quedas	()Sim	()Não	()
48. Monitorização neurológica	()Sim	()Não	()
49. Controle nutricional	()Sim	()Não	()
50. Cuidados pós-anestesia	()Sim	()Não	()
51. Assistência respiratória	()Sim	()Não	()
52. Controle de arritmias	()Sim	()Não	()
53. Cuidados com prótese	()Sim	()Não	()
54. Controle de hipotermia	()Sim	()Não	()
55. Controle de hipoglicemia	()Sim	()Não	()
56. Controle de hiperglicemia	()Sim	()Não	()
57. Proteção aos direitos do CLIENTE	()Sim	()Não	()
58. Outras: _____			

24) Sobre o Prontuário:

1. As intervenções realizadas são registradas no prontuário? 1.Sim() 2.Não()
2. Existem recomendações sobre Conforto? 1.Sim() 2.Não()
3. Existem avaliações sobre o Conforto dos Pacientes no setor UTI? 1.Sim() 2.Não()

APÊNDICE B

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



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

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
Título: TECNOLOGIAS E O CONFORTO DO PACIENTE NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA

OBJETIVO DO ESTUDO: O objetivo deste projeto é Analisar os fatores ambientais que dificultam a oferta de conforto dos pacientes cuidados pelos profissionais de enfermagem em UTI frente às tecnologias.

ALTERNATIVA PARA PARTICIPAÇÃO NO ESTUDO: Você tem o direito de não participar deste estudo. Estamos coletando informações para analisar os fatores ambientais que dificultam a oferta de conforto aos pacientes cuidados por profissionais de enfermagem nas UTIs frente às tecnologias duras, tais como: (1) Descrever os conhecimentos adquiridos que são capazes de serem transferidos para a prática do enfermeiro, com vistas a promoção do conforto; (2) Identificar os fatores ambientais que podem ser impeditivos do conforto dos pacientes na UTI, seu nome também não será revelado. Se você não quiser participar do estudo, isto não irá interferir na sua vida profissional/estudantil.

PROCEDIMENTO DO ESTUDO: Se você decidir integrar este estudo, você participará de uma entrevista em grupo e/ou de uma entrevista individual que durará aproximadamente 1 hora, bem como utilizaremos seu trabalho final como parte do objeto de pesquisa.

GRAVAÇÃO EM ÁUDIO: Todas as entrevistas serão gravadas em áudio. As fitas serão ouvidas por mim e por uma entrevistadora experiente 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. As fitas serão utilizadas somente para coleta de dados. Se você não quiser ser gravado em áudio, você não poderá participar deste estudo.

RISCOS: Você pode achar que determinadas perguntas incomodam 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. Tenho ciência que a participação na pesquisa por responder questionários poderá trazer riscos como o de cansaço físico e mental e irritação pessoal ao responder perguntas de questionários, constrangimento ao ser exposto a questões a qual possa ter sensibilidade pessoal, alterações de comportamento gerado por estresse ao tentar transmitir e expor respostas, alterações na autoestima provocadas pela evocação de memórias ou por reforços na conscientização sobre uma condição física ou psicológica restritiva e comportamentais em função de reflexões sobre histórico da saúde e experiências pessoais. Providências e cautelas serão empregadas para evitar e/ou reduzir efeitos e condições adversas que possam causar dano. Entre essas providências está o interromper a aplicação de questionário, pausar, remarcar ou mesmo a exclusão ou cancelamento de perguntas específicas ou do todo.

BENEFÍCIOS: Sua entrevista ajudará a melhorar a qualidade do conforto ofertado aos clientes das Unidades de Terapias Intensivas do Hospital Geral de Roraima, mas não será, necessariamente, para seu benefício direto. Entretanto, fazendo parte deste estudo você fornecerá mais informações sobre o lugar e relevância desses escritos para própria instituição em questão.

CONFIDENCIALIDADE: Como foi dito acima, seu nome não aparecerá nas fitas 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. **DÚVIDAS E RECLAMAÇÕES:** Esta pesquisa está sendo realizada no Hospital Geral de Roraima. Possui vínculo com a Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro – UNIRIO através do Programa PPGENF sendo a aluna Paula Cristina de Vieira pesquisadora principal, sob a orientação do Prof. Carlos Roberto Lyra da Silva. Os investigadores estão disponíveis para responder a qualquer dúvida que você tenha. Caso seja necessário, contacte Carlos Roberto Lyra da Silva no telefone (21) 2542-6479, ou o Comitê de Ética em Pesquisa, CEP-UNIRIO no telefone (21)2542-7796 ou e-mail cep.unirio09@gmail. Você terá uma via deste consentimento para guardar com você. Você fornecerá nome, endereço e telefone de contato apenas para que a equipe do estudo possa lhe contactar em caso de necessidade.

Eu concordo em participar deste estudo.

Assinatura: _____

Data: _____

Endereço _____

Telefone de contato _____

Assinatura (Pesquisador): _____

Nome: Paula Cristina de Sousa Vieira

Data: _____

APÊNDICE C**TERMO DE COMPROMISSO COM A UNIRIO**

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

TERMO DE COMPROMISSO COM A INSTITUIÇÃO

Eu, Paula Cristina de Sousa Vieira, portador (a) do RG nº 2262141 SSP/PI, vinculado (a) a Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro - UNIRIO assumo o compromisso com a instituição Hospital Geral de Roraima, a realizar a pesquisa sob o título de: **“IMPLICAÇÕES DO AMBIENTE TECNOLÓGICO NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA PARA A PROMOÇÃO DO CONFORTO EM ENFERMAGEM”**. A citação do nome da instituição está vinculada a esta autorização que poderá nela consentir ou não a menção do nome do mesmo.

O presente estudo representará uma contribuição para a produção de conhecimento.

Ressalto ainda que a pesquisa estará dentro dos preceitos do Código de Ética, sujeita à aprovação anterior do Comitê de Ética e pesquisa da Instituição de Ensino em atendimento a Resolução 466 de 2012 do Conselho Nacional de Saúde.

Boa Vista, 09 de março de 2017.

Paula Cristina de Sousa Vieira

Pesquisador (a)

Recebido
09/03/17
Regina Silva Beltrami
 Gerente de Núcleo de Atividades
 Acadêmicas - HGR

ANEXO A**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP**

UNIRIO - UNIVERSIDADE
FEDERAL DO ESTADO DO RIO
DE JANEIRO

**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP****DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

Título da Pesquisa: TECNOLOGIAS E O CONFORTO DO PACIENTE NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA

Pesquisador: Paula Cristina de Sousa Vieira

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 65801817.8.0000.5285

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

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.217.289

Apresentação do Projeto:

Trata-se de uma proposição investigativa de caráter exploratório, descritivo, com base no método qualitativo. Tal opção se deu em respeito ao objeto e objetivos propostos, de maneira que fosse possível melhor compreender como os fatores ambientais podem interferir no conforto dos clientes internados na unidade de terapia intensiva. A pesquisa qualitativa possibilita ao pesquisador, responder questões mais particulares, dentro das Ciências Sociais, com um nível de realidade, impossível de ser quantificado. Nesta perspectiva, o método qualitativo "trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis" (MINAYO, et al., 2002, p.21). Contudo, para contribuir ainda mais com o método, neste estudo, será utilizada a análise lexicográfica, que por sua vez, irá determinar, quantitativamente, a ocorrência de palavras com a frequência absoluta, porcentual, χ^2 e grau de significância ou P(significância), palavras (unidades

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: 2.217.289

lexicais) que serão listadas a partir do processamento das respostas dos participantes da pesquisa, com a ajuda do software Iramuteq 7.2.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Descrever os saberes adquiridos que são capazes de serem transferidos para a prática do enfermeiro, com vistas a promoção do conforto.

Objetivo Secundário:

Identificar os fatores ambientais condicionantes do conforto dos pacientes na UTI.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Para os participantes profissionais de enfermagem da Unidade de Terapia Intensiva entendemos que os riscos para eles são maiores que o mínimo, considerando as exigências das atividades no setor, a participação na pesquisa por responder questionários poderá trazer riscos como o de cansaço físico e mental e irritação pessoal ao responder perguntas de questionários, constrangimento ao ser exposto a questões a qual possa ter sensibilidade pessoal, alterações de comportamento gerado por estresse ao tentar transmitir e expor respostas, alterações na autoestima provocadas pela evocação de memórias ou por reforços na conscientização sobre uma condição física ou psicológica restritiva e comportamentais em função de reflexões sobre histórico da saúde e experiências pessoais. Providências e cautelas serão empregadas para evitar e/ou reduzir efeitos e condições adversas que possam causar dano. Entre essas providências está o interromper a aplicação de questionário, pausar, remarcar ou mesmo a exclusão ou cancelamento de perguntas específicas ou do todo, aliado a isto existe a vulnerabilidade dos pacientes que necessitam de vigilância constante. Isso requer que os pesquisadores tenham informações suficientes se o participante estará sujeito a outras fontes de desvio de atenção, ocasionadas por circunstâncias externas para ajustar medidas adequadas do instrumento de coletas das informações, facilitando o entendimento do estudo.

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: 2.217.289

Benefícios:

Os benefícios esperados, ou seja, uma contribuição para melhoria da assistência de enfermagem a pacientes internados em Unidade de Terapia Intensiva tendo em vista que os diagnósticos de enfermagem relacionados a promoção do conforto serão identificados através do instrumento de coleta, visionando a interferência sobre os fatores negativos prevalentes, enaltecendo os fatores positivos que surgirem, justificando a execução da pesquisa, serão implantadas estratégias sob forma de campanha de sensibilização e treinamentos no formato de mini-cursos/oficinas para aperfeiçoamento dos envolvidos, será fundamental a divulgação dos resultados.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Relevante

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Adequados

Recomendações:

-

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

-

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_878469.pdf	01/08/2017 17:59:48		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	01/08/2017 17:03:36	Paula Cristina de Sousa Vieira	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	QUESTIONARIO.pdf	01/08/2017 17:02:57	Paula Cristina de Sousa Vieira	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO.pdf	01/08/2017 17:02:35	Paula Cristina de Sousa Vieira	Aceito

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: 2.217.289

TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	NOVODOCCEP.pdf	10/03/2017 16:50:00	Paula Cristina de Sousa Vieira	Aceito
Folha de Rosto	FolhadeRostomarc2017.pdf	10/03/2017 10:47:04	Paula Cristina de Sousa Vieira	Aceito
Declaração de Pesquisadores	TermodeCompromisso.pdf	10/03/2017 10:45:16	Paula Cristina de Sousa Vieira	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	AUTORIZACAOPESQUISAHGR.pdf	09/03/2017 12:01:59	Paula Cristina de Sousa Vieira	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

RIO DE JANEIRO, 14 de Agosto de 2017

Assinado por:
Paulo Sergio Marcellini
(Coordenador)

Endereço: Av. Pasteur, 296
Bairro: Urca **CEP:** 22.290-240
UF: RJ **Município:** RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)2542-7796 **E-mail:** cep.unirio09@gmail.com

ANEXO B**CARTA DE AUTORIZAÇÃO PARA O DESENVOLVIMENTO DA PESQUISA**

ESTADO DE RORAIMA
 "AMAZONIA PATRIMONIO DOS BRASILEIROS"
 GERÊNCIA DE ENSINO, PESQUISA E DIVULGAÇÃO CIENTÍFICA
 HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

CARTA DE AUTORIZAÇÃO PARA DESENVOLVIMENTO DE PESQUISA ACADÊMICA**UTIs 1 e 2 - HGR**

Autorizamos à acadêmica **Paula Cristina de Sousa Vieira**, aluna do Curso de Mestrado em Enfermagem, da *Universidade Federal do Rio de Janeiro - UNIRIO*; que desenvolverá nas dependências desta Unidade Hospitalar pesquisa de campo referente ao projeto acadêmico intitulado, *Pesquisa institucional: "Tecnologias e o Conforto do Paciente na Unidade de Terapia Intensiva."* Ressaltamos que esta gerência autorizou o desenvolvimento do projeto após submissão no Comitê de Ética em Pesquisa conforme resolução 466/2012, a qual propõe diretrizes para pesquisas envolvendo seres humanos.

Boa Vista RR, 15 de Agosto de 2017.

ESTADO DE RORAIMA

Regina
Regina Silva Beltrami

Gerente de Núcleo de Atividades Acadêmicas
 GEDIC -HGR

Recebido em:
17/08/17
 Comissão de Ética em Pesquisa
 Hospital Geral de Roraima
 3308 RR

Recebido
Agosto primo 2017
Boa Vista RR 27/3/17

Recebido
17/08/17
às 19:40

ANEXO C
SOLICITAÇÃO PARA COLETAS DE DADOS

Boa Vista, 17 de junho de 2016.

De: Paula Cristina de Sousa Vieira – Técnica em Enfermagem

Para: Hospital Geral de Roraima – Gerência de Ensino, Pesquisa e Divulgação Científica.

Assunto: **Solicitação de dados**

Senhor Gerente,

Solicito a Vossa Senhoria a informação concisa comprobatória do quantitativo dos profissionais da área da enfermagem que atuam nas Unidades de Terapia Intensiva deste Hospital, assim como dados numéricos em relação à quantidade de monitores multiparâmetros disponíveis em cada uma, assim como a quantidade de bombas de infusão disponíveis e quantidade de leitos, existindo a possibilidade de mensurar o tamanho e comprimento dos leitos seria de grande valia, solicito o modelo da planta física de cada Unidade de Terapia Intensiva, levantamento de dados relacionados ao número de acidentes de trabalho da equipe de enfermagem ocorridos nos últimos cinco anos em cada unidade, para efeitos de elaboração de Projeto de Pesquisa Científica voltada para linha de pesquisa **O conforto (im)possível a partir dos cuidados de enfermagem frente às tecnologias pesadas em UTI**, tendo como para submissão ao Comitê de ética em Pesquisa – CEP da Universidade Estadual de Roraima – UERR orientado pelo prof. Dr. Carlos Roberto Lyra da Silva do Curso de Mestrado Acadêmico em Enfermagem da Universidade Federal do Rio de Janeiro e posterior apreciação e publicação. Podendo a qualquer momento, surgindo novas possibilidades da linha de pesquisa, serem realizadas novas solicitações junto a este setor. Segue anexo comprovante de matrícula e currículo Lattes do orientador citado. Desde já agradeço a solicitude e estarei à disposição para eventuais esclarecimentos, sou técnica em enfermagem servidora efetiva da SESA/RR e trabalho no setor Bloco B deste hospital.



Paula Cristina de Sousa Vieira



Regina Siqueira
Gerente de Núcleo de Atividades
Acadêmicas - HGR
Recebido
17/06/16