

O PERFIL HUMANISTA DO ENFERMEIRO QUE ATUA NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA

THE HUMANIST PROFILE OF NURSES ACTING IN INTENSIVE CARE UNIT

Claudia Cristina Dias Granito Marques¹; Sarah Delgado Braga Silva; Enfermeira²

¹Mestre; Enfermeira; UNIFESO. claudiacristinagranito@unifeso.edu.br

²Sarahdelgado@outlook.com

RESUMO

Introdução: Visando compreender até onde a dureza do trabalho interfere na qualidade da assistência de enfermagem humanizada pelo profissional enfermeiro, considerando que este é um local pleno de tecnologia que conta com uma equipe multiprofissional cuja formação deve ser específica em cuidados intensivos, preparados para atuar no suporte avançado de vida. **Objetivos:** analisar os fatores intervenientes no cuidado humanizado nas UTI; conhecer o perfil do enfermeiro que atua na UTI; apresentar a autopercepção do enfermeiro relacionada a prática no cuidado humanizado; identificar os principais fatores que interferem no cuidado humanizado prestado pelo enfermeiro que atua na UTI. **Método:** O estudo apresenta uma abordagem qualitativa, quantitativa, descritiva, realizada através da pesquisa de campo, submetida à Plataforma Brasil, sendo aprovado pelo CAAE n° 13022119.6.0000.5247. **Considerações finais:** Concluímos que ofertar ambientes e condições de trabalho dignas aos enfermeiros é uma forma de comprometer o profissional com o cuidado a ser desenvolvido. As mais potentes ferramentas para este contexto são a educação permanente, que aponta as fragilidades e fortalezas de um serviço, utilizando-as na potencialização da assistência prestada, a seguir não menos importante é o processo de educação continuada, com a intenção de promover a homogeneidade da equipe tanto em conhecimento, quanto habilidade. **Palavras-chave:** Enfermeiro; Cuidado Humanizado; UTI.

ABSTRACT

Introduction: Aiming to understand how hard the work interferes in the quality of humanized nursing care by the professional nurse, considering that this is a place full of technology that has a multidisciplinary team whose training must be specific in intensive care, prepared to work in the advanced life support. **Objectives:** to analyze the intervening factors in humanized care in the ICU; know the profile of the nurse who works in the ICU; present the nurse's self-perception related to the practice in humanized care; identify the main factors that interfere in the humanized care provided by nurses working in the ICU. **Method:** The study presents a qualitative, quantitative, descriptive approach, carried out through field research, submitted to Plataforma Brasil, being approved by CAAE n° 13022119.6.0000.5247. **Final considerations:** We conclude that offering dignified environments and working conditions to nurses is a way of committing professionals to the care to be developed. The most potent tools for this context are permanent education, which points out the weaknesses and strengths of a service, using them to enhance the assistance provided, the no less important is the continuing education process, with the intention of promoting homogeneity of the team in both knowledge and skill.

Keywords: Nurse; Humanized Care; ICU.

CONSIDERAÇÕES INICIAIS

A Unidade de Terapia Intensiva, é um local pleno de tecnologia (leve, leve-dura e dura), onde se executa as mais diversas intervenções, de baixa, média e alta complexidade, bem como conta com a presença de uma equipe multiprofissional cuja formação

deve ser específica em cuidados intensivos, preparados para atuar no suporte avançado de vida, nas 24 horas, pois a UTI nunca para. Todos estão sempre alertas aos diversos sinais de gravidade, para rápida e efetiva intervenção em prol da estabilidade hemodinâmica dos pacientes ali internados.

O diferencial de uma UTI é a questão da monitorização hemodinâmica invasiva e não invasiva, contando com a presença de profissionais especializados e de alta performance para oferta da tecnologia leve e operacionalização da tecnologia dura. Os cuidados intensivos são muito abrangentes, por isso este serviço oferece ainda ações, intervenções e terapêuticas que promovam a recuperação da saúde e a reabilitação do cidadão ali internado.

A assistência prestada ao paciente que necessita de cuidados intensivos é prioridade na atuação dos profissionais envolvidos neste cenário, pois ela tem impacto direto na vida de todos (enfermeiro, médico, fisioterapeuta, paciente, família, pets, sociedade e meio ambiente), quanto aos desfechos clínicos favoráveis e esperados. Para tanto, as Unidades de Terapias Intensivas trabalham baseadas em protocolos devidamente referenciados e validados, bem como a realização e análise regular de indicadores de qualidade e infecção hospitalar, os quais são utilizados como ferramentas na gestão para avaliação contínua do serviço oferecido.

A atuação do enfermeiro intensivista não é centrada na utilização das tecnologias duras, compreendendo que em seu cotidiano lida com situações imprevisíveis, exaustivas e estressantes, que emergem à Política Nacional de Humanização (PNH), sendo necessário inserir os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), Lei nº. 8080, de 19 de setembro de 1990, no cotidiano da prática, produzindo mudanças significativas nos modos de gerir e cuidar.

O “HumanizaSUS”, Política Nacional de Humanização (PNH), aposta na inclusão de trabalhadores, usuários e gestores na produção e gestão do cuidado e dos processos de trabalho. Humanizar se traduz como incluir as diferenças, necessidades e individualidade no cuidado. Tais mudanças são construídas não por uma pessoa ou grupo isolado, mas de forma coletiva e compartilhada. Inclusão para estimular a produção de novos modos de cuidar e novas formas de organizar o serviço. A PNH atua a

partir de orientações clínicas, éticas e políticas, que se traduzem em determinados arranjos para atenção à saúde.

Tem-se como instrumentos da tecnologia leve: estabelecimento de uma comunicação com o paciente, o toque terapêutico, empatia e atenção para prestar uma assistência individualizada de qualidade (MARQUES; SOUZA, 2010; SCHWONKE et al., 2011).

O cuidado humano é construído socialmente como a tecnologia leve, logo, é necessário que o profissional permita o estabelecimento de relações, conjugue a tecnologia leve no cuidado com a tecnologia dura, respeite, de modo ético, o ser humano que se encontra atrás da máquina, considerando que a mesma não possui sensibilidade, senso crítico e capacidade de observação, pois a visualização do visor do equipamento pode não interpretar de modo fidedigno o estado de saúde do paciente/ser humano. Assim, além de todos os aspectos assinalados, pode-se dizer que a tecnologia leve compreende o cuidar nos seus aspectos pessoais e sociais, por meio do uso da sensibilidade, respeito, solidariedade, comunicação efetiva e atenta, através de gestos de amor, compaixão, do ouvir, do não verbal, da observação, confiança e afeto (SILVA; FERREIRA, 2009; MARQUES; SOUZA, 2010; SILVA; FERREIRA, 2013).

OBJETO DO ESTUDO

Os fatores que interferem na assistência de enfermagem humanizada em uma Unidade de Terapia Intensiva.

QUESTÃO NORTEADORA

A questão que norteou o estudo foi: até onde a dureza do trabalho interfere na qualidade da assistência de enfermagem humanizada pelo profissional enfermeiro na Unidade de Terapia Intensiva?

JUSTIFICATIVA

Através da observação da assistência e o cuidado do enfermeiro dentro de uma Unidade

de Terapia Intensiva, onde a maioria dos pacientes estão sedados, o profissional tende a ter uma atitude mecânica, quando deveria ter um olhar diferenciado, trabalhando a prática da tecnologia leve através de um cuidado qualificado.

Neste sentido o estudo pretende analisar os fatores intervenientes no cuidado humanizado nas UTI.

Para tanto, com a realização deste estudo espera-se contribuir para a reflexão acerca da importância do cuidado humanizado a partir do uso das tecnologias leves.

OBJETIVOS

Objetivo Geral

Analisar os fatores intervenientes no cuidado humanizado nas Unidades de Terapia Intensiva.

Objetivos específicos

Conhecer o perfil do enfermeiro que atua na Unidade de Terapia Intensiva;

Apresentar a autopercepção do enfermeiro relacionada a prática no cuidado humanizado;

Identificar os principais fatores que interferem no cuidado humanizado prestado pelo enfermeiro que atua na Unidade de Terapia Intensiva.

REFERENCIAL TEÓRICO

UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA

A primeira UTI foi criada pelo Dr. Walter Dandy em 1926 em Boston a partir da evolução das “Salas de Recuperação Pós-Anestésicas” para os pacientes neurocirúrgicos do Hospital Johns Hopkins, nos Estados Unidos.

Porém, antes disso havia um projeto idealizado pela enfermeira Florence Nightingale, iniciado em 1854 através da Guerra da Criméia, onde tinham precárias condições de cuidados, resultando em um alto índice de mortalidade. Com isso, a mesma iniciou classificando os enfermos de acordo com o seu grau de dependência, colocando os

mais graves próximos da enfermagem, a fim de proporcionar uma maior vigilância e um melhor atendimento, ou seja, iniciando o projeto do que hoje são as unidades de terapia intensiva.

No Brasil, a primeira UTI surgiu na década de 70, no Hospital Sírio Libanês em São Paulo. O surgimento desse nível de assistência diferenciada foi um marco no progresso hospitalar, haja vista que antes dela, o cuidado ao enfermo grave acontecia nas próprias enfermarias o que representava um risco à evolução da saúde do paciente.

De acordo com a RESOLUÇÃO Nº 7, DE 24 DE FEVEREIRO DE 2010, que dispõe sobre os requisitos mínimos para funcionamento de Unidades de Terapia Intensiva e dá outras providências, ficam aprovados os requisitos mínimos para funcionamento de Unidades de Terapia Intensiva, nos termos desta Resolução, possui o objetivo de estabelecer padrões mínimos para o funcionamento das Unidades de Terapia Intensiva, visando à redução de riscos aos pacientes, visitantes, profissionais e meio ambiente e se aplica a todas as Unidades de Terapia Intensiva gerais do país, sejam públicas, privadas ou filantrópicas; civis ou militares. Na PORTARIA Nº 895, DE 31 DE MARÇO DE 2017. Institui o cuidado progressivo ao paciente crítico ou grave com os critérios de elegibilidade para admissão e alta, de classificação e de habilitação de leitos de TIA, TIP, TIN, UCO, CTH, URPA, CTQ e CIA, CIP, CIN no âmbito do SUS. (BRASIL, 2017).

LEI DO EXERCÍCIO PROFISSIONAL

A presença do enfermeiro nas UTI está regulamentada através da Resolução ANVISA Nº7/2010 os artigos 17 e 49, que corroboram com a Lei e Decreto que regulamentam a Lei do Exercício Profissional.

Importante ressaltar, que os enfermeiros devem utilizar a tecnologia aliada à empatia, a experiência e a compreensão do cuidado prestado fundamentado no relacionamento interpessoal terapêutico, a fim de promover um cuidado seguro, responsável e ético em uma realidade vulnerável e frágil. (COFEN, 2011).

POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO

A PNH existe desde 2003 para efetivar os princípios do SUS no cotidiano das práticas de atenção e gestão, qualificando a saúde pública no Brasil e incentivando trocas solidárias entre gestores, trabalhadores e usuários (BRASIL, 2013).

A PNH deve se fazer presente e estar inserida em todas as políticas e programas do SUS.

Promover a comunicação entre estes três grupos pode provocar uma série de debates em direção as mudanças que proporcionam melhor forma de cuidar e novas formas de organizar o trabalho. (BRASIL, 2015)

A humanização é a valorização dos usuários, trabalhadores e gestores no processo de produção de saúde. Valorizar os sujeitos é oportunizar uma maior autonomia à ampliação da sua capacidade de transformar a realidade em que vivem, através da responsabilidade compartilhada, da criação de vínculos solidários, da participação coletiva nos processos de gestão e produção de saúde. Produzindo mudanças nos modos de gerir e cuidar, a PNH estimula a comunicação entre gestores, trabalhadores e usuários para construir processos coletivos de enfrentamento de relações de poder, trabalho e afeto que muitas vezes produzem atitudes e práticas desumanizadas que inibem a autonomia e a corresponsabilidade dos profissionais de saúde em seu ambiente de trabalho e com o cuidado aos usuários. (BRASIL, 2015)

Vinculada à Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde, a PNH conta com um núcleo técnico sediado em Brasília – DF e equipes regionais de apoiadores que se articulam às secretarias estaduais e municipais de saúde. A partir desta articulação se constroem de forma compartilhada, planos de ação para promover e disseminar inovações em saúde. Analisando os problemas e dificuldades em cada região. A PNH tem sido experimentada em todo o país. (BRASIL, 2013)

Existe um SUS que dá certo como dito por Brasil (2015), não é utopia, e dele partem as orientações da PNH, traduzidas em seu método, princípios, diretrizes e dispositivos.

BEM-ESTAR BIOPSISSOCIAL E ESPIRITUAL

A saúde e o bem-estar compreendem a integração de aspectos espirituais, emocionais, físicos, intelectuais e sociais.

Em 1988, a Organização Mundial de Saúde (OMS) iniciou um as investigações sobre espiritualidade, incluindo o aspecto multidimensional de saúde. Atualmente, o bem-estar espiritual vem sendo considerado mais uma dimensão do estado de saúde, junto às dimensões corporais, psíquicas e sociais.

Na Enfermagem, a espiritualidade é uma questão que aparece desde Florence Nightingale. No decorrer do tempo, o pensamento sobre a dimensão foi se modificando, passando de uma tendência de ver a espiritualidade atrelada à religião para reflexões de caráter ético, bioético, filosófico e a tentativa de compreender os fenômenos da espiritualidade dos pacientes como também do próprio enfermeiro.

TECNOLOGIA LEVE

As tecnologias são divididas segundo Merhy e Onocko (2007) em três dimensões nomeadas como: tecnologias leves (comunicação, acolhimento, vínculo e escuta); tecnologias leves duras (epidemiologia, clínica e outras com saberes estruturados) e as tecnologias duras (equipamentos e máquinas, material utilizado no ato de cuidado em saúde).

O termo tecnologia é definido por Arone e Cunha (2007) como um aglomerado de ações, nas quais estão inclusas métodos, procedimento, práticas e técnicas, instrumentos e equipamentos que são utilizados com conhecimento e saber técnico e científico, envolvendo habilidades e sensibilidade de reconhecer o quê, por quê, para quem e como utilizá-las.

Na prática do cuidado de enfermagem, o profissional utiliza estas tecnologias aliadas à prática do cuidado

que embasam a profissão. Desta forma, o cuidado como inerente ao ser humano, que considera suas necessidades e o auxilia no enfrentamento frente às dificuldades da enfermidade para então promover a sua saúde (SILVA; FERREIRA, 2013).

O ambiente de trabalho na UTI deve ser harmonioso e prazeroso, onde se possa desenvolver interação e relações positivas no decorrer da atividade laboral entre a equipe, paciente e familiares. Assim, criar um espaço onde o profissional possa se expressar e beneficiar o bem-estar da saúde espiritual e humana de cada um neste contexto (LIMA, 2006).

Valorizar observação e sensibilidade entre o familiar e o paciente internado na UTI como um condicional para melhoria da saúde do mesmo faz com que o contexto se torne menos impessoal para ambos, o que possibilita o diálogo aberto e a interação entre doentes e familiares, entre eles e o ser cuidado (CASANOVA; LOPES, 2009).

Dentre as Diretrizes da PNH, encontramos o acolhimento (triagem), onde o acolher é reconhecer o outro e o que ele traz como legítima e singular sua necessidade de saúde. O acolhimento deve comparecer e sustentar a relação entre equipes/serviços e usuários/populações. Como valor das práticas de saúde, o acolhimento é construído de forma coletiva, a partir da análise dos processos de trabalho e tem como objetivo a construção de relações de confiança, compromisso e vínculo entre as equipes/serviços, trabalhador/equipes e usuário com sua rede sócio afetiva. Acolhimento não só entendido para dentro dos estabelecimentos, mas também ultrapassando seus limites institucionais constituindo como elemento de fortalecimento da rede de atenção à saúde.

Gestão Participativa e cogestão, onde expressa tanto a inclusão de novos sujeitos nos processos de análise e decisão quanto a ampliação das tarefas da gestão - que se transforma também em espaço de realização de análise dos contextos, da política em geral e da saúde em particular, em lugar de formulação e de pactuação de tarefas e de aprendizado coletivo.

Ambiência, termo derivado da junção das palavras ambiente e vivência, aponta para o processo de construção de espaços saudáveis, acolhedores e confortáveis, que respeitem a privacidade, propiciem mudanças no processo de trabalho e considerem todas as dimensões humanas implicadas no processo de ocupação dos espaços para que estes sejam de fato produtores de saúde e lugares de encontro entre as pessoas.

Clínica ampliada e compartilhada, que parte do princípio de núcleo e campo de competência, onde um profissional pode realizar atividades e ações que não pertencem somente à sua especialidade, mas sim diz respeito às suas atribuições como profissional de saúde. Desta forma, o olhar sobre um usuário ou uma situação de saúde não deve se resumir a apenas ao olhar de um especialista, mas sim de toda uma equipe, um olhar interdisciplinar, que coloca o sujeito e sua necessidade de saúde em outras perspectivas, como a social, econômica, cultural, psíquica, ou seja, para além do olhar biomédico. A clínica ampliada é uma ferramenta teórica e prática cuja finalidade é desviar de uma abordagem clínica do adoecimento e do sofrimento, que considere a singularidade do sujeito e a complexidade do processo saúde/doença. A clínica ampliada se propõe a enfrentar a fragmentação do conhecimento e das ações de saúde.

Valorização do trabalho e do trabalhador, que visa promover a valorização e saúde nos locais de trabalho é aprimorar a capacidade de compreender e analisar o trabalho de forma a fazer circular a palavra, criando espaços para debates coletivos, buscando novos modos de fazer e se relacionar no trabalho. A gestão coletiva das situações de trabalho é critério fundamental para a promoção de saúde e a prevenção de adoecimento. Trata-se de compreender as situações nas quais os sujeitos trabalhadores afirmam a sua capacidade de criação e de avaliação das regras de funcionamento coletivo instituídas nas organizações de saúde.

Por fim, a defesa dos Direitos dos Usuários, onde os usuários de saúde possuem direitos garantidos por lei e os serviços de saúde devem incentivar o conhecimento desses direitos e assegurar que eles sejam cumpridos em todas as fases do cuidado, desde a recepção até a alta.

EDUCAÇÃO PERMANENTE E EDUCAÇÃO CONTINUADA

Segundo Brasil, 2018. A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), instituída no ano de 2004, por meio da Portaria GM/ MS nº 198/20041, teve suas diretrizes de implementação publicadas na Portaria GM/MS nº 1.996/20071, representa um marco para a formação e trabalho em saúde no País. Resultado de lutas e esforços promovidos pelos defensores do tema da educação dos profissionais de saúde, como forma de promover a transformação das práticas do trabalho, sendo uma conquista da sociedade brasileira.

Como diz Brasil (2017), Dentre as novas formas e propostas de aprendizagem em saúde, a Educação Permanente em Saúde (EPS) é destacada por trazer consigo uma dinâmica nas organizações que proporciona uma vertente educacional com mecanismos que visam propiciar a melhora na visão de trabalho e nas propostas de aprender em serviço, em equipe, embora a aprendizagem individual também faça parte da sua implementação;

Educação continuada é um programa de formação e desenvolvimento dos recursos humanos que visa manter a equipe em um constante processo educativo, aprimorando e melhorando a assistência prestada aos usuários. Ela pode ser entendida como a elaboração de uma experiência formal da pessoa, para Grácio (1995), a educação é um processo contínuo e continuado que só a morte pode interromper; caracteriza-se por ser um processo de incessante busca e renovação do saber fazer.

As discussões feitas pelos ideólogos sobre o projeto de Educação Continuada na integração docente assistencial, isso nas décadas de 70 e 80, abordaram a complementação educacional de profissionais,

majoritariamente médicos e enfermeiros, o que simbolizou a extensão profissional já proposta pela Organização Pan-americana de Saúde (OPAS). (NUNES, 1993, p. 46).

ENQUADRAMENTO TEÓRICO-METODOLÓGICO

O estudo apresenta uma abordagem qualitativa, quantitativa, descritiva. Realizada através da pesquisa de campo.

DESENHO DA PESQUISA

A pesquisa foi submetida à Plataforma Brasil, sendo aprovado pelo CAAE nº 13022119.6.0000.5247. Foi realizada no Hospital das Clínicas de Teresópolis Costantino Ottaviano (HCTCO), autorizada pelo Comitê de Ética e Pesquisa do Centro Universitário Serra dos Órgãos –Teresópolis e Direção de Integração Ensino-Assistência do HCTCO.

PARTICIPANTES DO ESTUDO

Participaram da pesquisa 10 enfermeiros que atuam na unidade de terapia intensiva do HCTCO, onde foi realizada a pesquisa. Os sujeitos não foram identificados, o que possibilitou a manutenção do anonimato dos participantes.

CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Enfermeiros que trabalham na unidade de terapia intensiva do HCTCO que aceitaram participar da pesquisa e assinaram o TCLE.

CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Enfermeiros que trabalham na unidade de terapia intensiva do HCTCO, que se recusaram a participar da pesquisa.

BENEFÍCIO DA PESQUISA

O benefício deste estudo foi identificar os fatores de interferem no cuidado humanizado dentro da unidade de terapia intensiva, para que assim possamos minimizar estes fatores a fim de melhorar a qualidade da assistência com os pacientes ali internados, acolher os familiares e promover o bem-estar biopsicossocial dos indivíduos em questão.

RISCOS DA PESQUISA

A Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, em suas diretrizes e normas

para pesquisa com seres humanos indica: "V - Toda pesquisa com seres humanos envolve risco em tipos e gradações variados". Portanto, haverá riscos mínimos para os participantes, mesmo que sejam na forma de desconforto ou constrangimento que poderão ser gerados a partir da coleta de dados por meio de entrevistas e/ou questionários.

Os participantes receberam esclarecimentos necessários sobre os possíveis desconfortos e riscos decorrentes do estudo e todas as medidas de prevenção e proteção para sanar esses riscos foram tomados. O participante foi orientado que poderia desistir a qualquer momento e retirar seu consentimento. Sua recusa, desistência ou retirada de consentimento não acarretaria prejuízo.

INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

O instrumento de coleta utilizado foi um questionário entregue para os enfermeiros que atuam na unidade de terapia intensiva do HCTCO que assinaram o Termo de Consentimento Livre Esclarecido.

FORMA DA ANÁLISE DOS DADOS

A análise de dados foi realizada utilizando a técnica de Bardin (2010), através da verificação dos questionários individualmente, a qual se organiza em três fases: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados, inferência e interpretação.

A pré-análise é a fase em que se organiza o material a ser analisado com o objetivo de torná-lo operacional, sistematizando as ideias iniciais. A exploração do material constitui a segunda fase, que consiste na exploração do material com a definição de categorias e a identificação das unidades de registro e das unidades de contexto nos documentos. Essa exploração é uma etapa importante, porque vai possibilitar ou não a riqueza das interpretações e inferências. Esta é a fase da descrição analítica, a qual diz respeito ao corpus submetido a um estudo aprofundado, orientado pelas hipóteses e referenciais teóricos. Dessa forma, a codificação, a classificação e a categorização são básicas nesta fase. A terceira

fase diz respeito ao tratamento dos resultados, inferência e interpretação. Esta etapa é destinada ao tratamento dos resultados; ocorre nela à condensação e o destaque das informações para análise, culminando nas interpretações inferenciais; é o momento da intuição, da análise reflexiva e crítica (Bardin, 2010).

Os resultados da pesquisa, foram divididos em duas categorias: o enfermeiro como instrumento principal no uso das tecnologias leves; o enfermeiro e seus principais fatores de estresse que podem prejudicar o desenvolvimento da PNH.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

PRÉ-ANÁLISE

Técnica de investigação:

As informações foram obtidas através de um questionário, identificado como: "O Perfil Humanista do Enfermeiro que atua na Unidade de Terapia Intensiva", direcionando as questões para o conhecimento e aplicabilidade da PNH. Contendo 10 perguntas objetivas para análise direta.

Coleta de dados:

A coleta de dados foi realizada na Unidade de Terapia Intensiva de um hospital universitário localizado na Região Serrana do Rio de Janeiro.

O questionário foi aplicado com autorização da Plataforma Brasil, do Comitê de Ética e Pesquisa do hospital e com assinatura do TCLE dos enfermeiros intensivistas.

Análise dos dados:

Verificação dos questionários individualmente e análise dos dados utilizando segundo Bardin (2010).

EXPLORAÇÃO DO MATERIAL

Resultados:

CATEGORIA 1

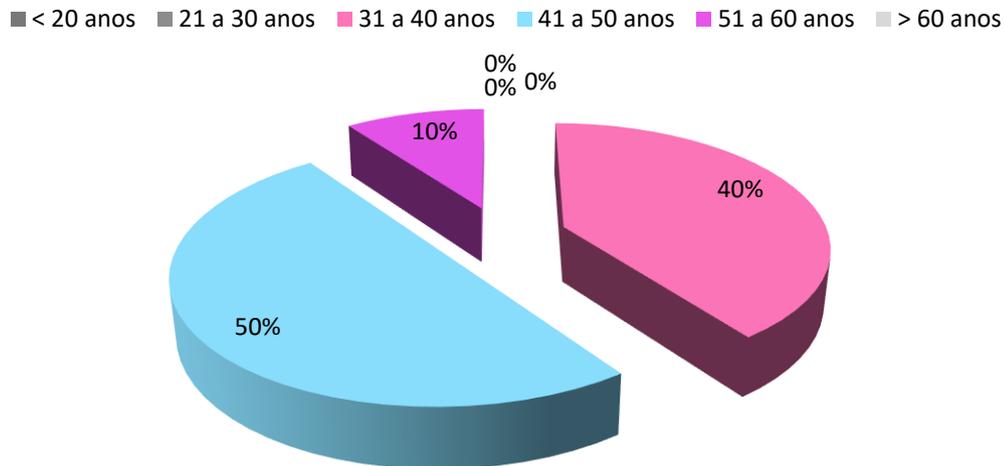
O enfermeiro como instrumento principal no uso das tecnologias leves

Participaram da pesquisa 10 enfermeiros, com idades entre 31 e 60 anos. Com a maior parte deles com a média de idade entre 41 a 50 anos. Os resultados obtidos mostram que os

critérios de fatores de estresse em sua maior proporção afetam a todos indiscriminadamente.

Gráfico 1- Idade relacionada dos enfermeiros da UTI do HCTCO, Teresópolis - RJ.

Idade dos Profissionais



Fonte: elaborado pela autora, Teresópolis, Rio de Janeiro, Brasil, 2019.

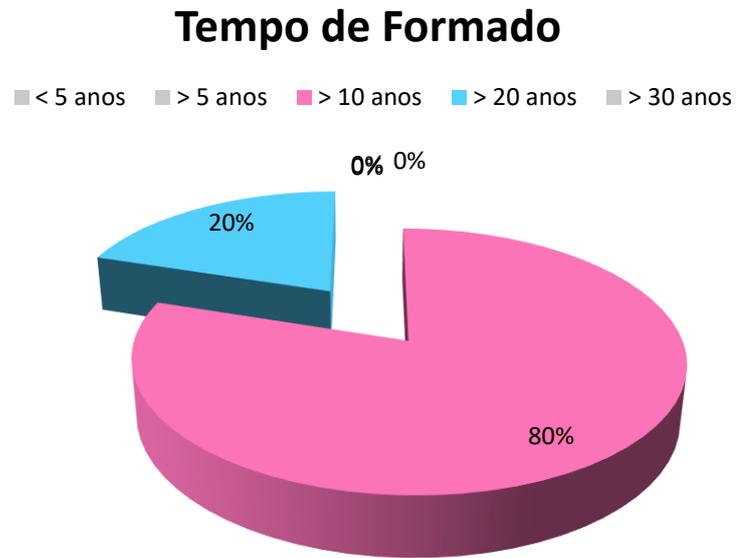
Conforme o instrumento de avaliação, pode-se observar que todos os enfermeiros entrevistados eram pós-graduados em terapia intensiva, com conhecimento sobre a PNH e sobre as tecnologias leves, contudo há controvérsias no momento de definir os principais fatores de estresse que prejudicariam o ato de humanizar a assistência de enfermagem na UTI, haja vista que embora tenham respondido nesta questão que conheciam a PNH, porém, um enfermeiro não sabia como aplicá-la e cinco dos profissionais entrevistados afirmaram que a falta de recursos para tecnologia leve também os impediam de fazê-lo, considerando que esta trata-se da mão de obra do profissional.

A literatura aponta a necessidade de conjugar a tecnologia dura e leve na assistência ao paciente crítico, pois acredita-se que estas se complementam, para que se possa oportunizar um cuidado de enfermagem de forma integral e integrado (SILVA; PORTO; FIGUEIREIDO, 2008)

O enfermeiro como mediador do cuidado, acolhimento e provedor do bem-estar biopsicossocial do paciente e seus familiares durante seu período de internação;

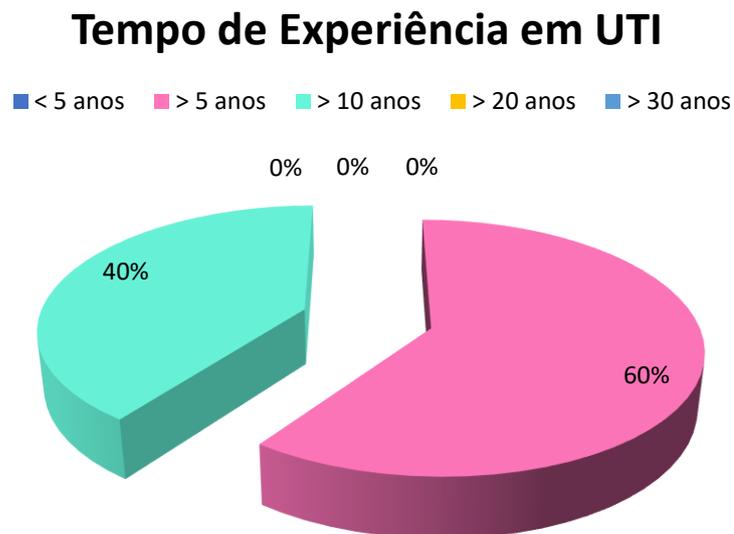
Observa-se que embora experientes, todos com mais de 5 anos de atuação na área, a carga horária excessiva sobrecarga de atividades, a falta de tempo e a necessidade de mais de um emprego, implicam fortemente na aplicação da humanização na UTI.

Gráfico 2 – Tempo de formação dos enfermeiros da UTI do HCTCO, Teresópolis – RJ.



Fonte: elaborado pela autora, Teresópolis, Rio de Janeiro, Brasil, 2019.

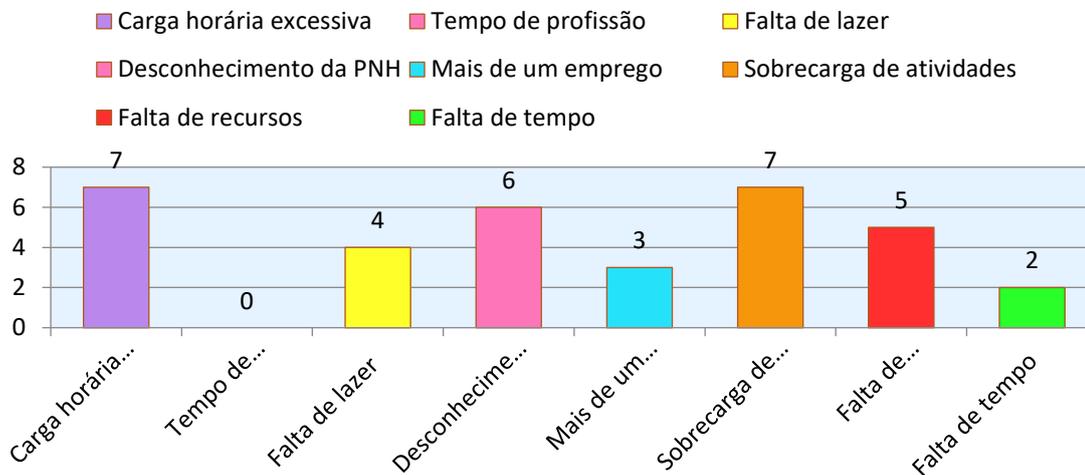
Gráfico 3 – Tempo de experiência dos enfermeiros em UTI do HCTCO, Teresópolis - RJ.



Fonte: elaborado pela autora, Teresópolis, Rio de Janeiro, Brasil, 2019.

Gráfico 4 – Principais fatores de estresse dos enfermeiros da UTI do HCTCO, Teresópolis - RJ.

Principais fatores de estresse que podem prejudicar o desenvolvimento da PNH



Fonte: elaborado pela autora, Teresópolis, Rio de Janeiro, Brasil, 2019.

Todos os 10 enfermeiros assinalaram a alternativa alegando serem especialistas em terapia intensiva, a alternativa alegando conhecer a PNH, conhecimento sobre as tecnologias leves e sobre saber o benefício biopsicossocial dos pacientes e seus familiares que o cuidado humanizado pode promover;

Dos 10 enfermeiros, 09 sabem aplicá-la no seu dia-a-dia e 01 assinalou que não sabe;

Dos 10 enfermeiros, 06 marcaram que não conseguem tirar férias dos dois ou mais empregos juntos, 01 marcou que raramente consegue e 03 não responderam à pergunta.

Considerando as respostas obtidas, os resultados apontam para necessidade de atualizações/capacitações bem como educação permanente/continuada da equipe de enfermagem, refletindo sobre o bem-estar biopsicossocial e espiritualidade do paciente. A saber, que com esse equilíbrio, o processo de saúde-doença, apresentará resultados positivos acerca da recuperação/cura do mesmo.

CATEGORIA 2

O enfermeiro e seus principais fatores de estresse que podem prejudicar o desenvolvimento da PNH

Embora todos os enfermeiros entrevistados já tivessem algum tempo de experiência profissional, esse fator não afeta na visão dos mesmos a aplicação da PNH, todavia na ordem de maior relevância os itens de carga horária excessiva na jornada de trabalho, sobrecarga de atividades laborais, desconhecimento da PNH, falta de recursos, falta de lazer, mais de um emprego, falta de tempo... implicam diretamente na aplicação das diretrizes da humanização na assistência de enfermagem, considerando não só os excesso de carga horária, mas também a falta de comunicação entre os gestores/colaboradores, fazendo com que não seja possível conciliar as férias no mesmo período, o que acaba prejudicando o período de ócio do profissional, não permitindo que este consiga reestabelecer suas energia para o ano laboral.

Segundo Senado Federal, o Projeto de Lei 2295/2000. Dispõe sobre a jornada de trabalho dos Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares de Enfermagem. Alterando a Lei nº 7.498, de 1986, fixa a jornada de trabalho em seis horas diárias e trinta horas semanais.

A prática regular de atividade física/hobby e momento de lazer é de extrema

relevância na vida dos enfermeiros, pois traz diversos benefícios biopsicossociais, minimizando o estresse do dia a dia, melhorando a qualidade do sono e bem estar, trazendo energia, diminuindo a ansiedade, efeitos na aparência física e na mente do indivíduo, como redução do peso, melhora do quadro clínico de algumas doenças, assim como o humor, dentre outros.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir da análise dos dados, percebe-se que na enfermagem a idade, as condições de trabalho e o estresse tem influência na assistência a ser prestada aos pacientes.

Dos participantes, a maioria encontra-se na faixa dos 31 aos 60 anos de idade, o que pode comprometer a assistência, não pelo lado da experiência profissional, mas remetendo-se a realidade atual na enfermagem onde as múltiplas jornadas impactam na qualidade de vida de seus trabalhadores.

Como fortaleza na análise dos dados, emergiu do fato dos participantes possuírem especialização, o que garante a competência técnica para a prática em serviço, porém essa prática torna-se comprometida quando os profissionais não se sentem parte do processo de humanização.

Torna-se uma necessidade premente de que os profissionais se reconheçam como parte fundamental da equipe, haja vista que a PNH descreve em suas bases a tecnologia leve como o cuidado promovido pelos recursos humanos então, ao afirmarem ter o reconhecimento da política, os enfermeiros devem se sentir parte da assistência/cuidado.

Outros fatores são destacados como possíveis causas que desfavorecem a assistência humanizada, tais como: as múltiplas jornadas, a sobrecarga de atividades, carga horária excessiva, desconhecimento da PNH, falta de recursos e falta de lazer, com impacto na qualidade de vida profissional e pessoal do ser.

A partir da realização deste estudo pode-se concluir que ofertar ambientes e condições de trabalho dignas aos enfermeiros é uma forma de

comprometer o profissional com o cuidado a ser desenvolvido. As mais potentes ferramentas para este contexto de ajuste da aplicação da PNH (tecnologia leve) são a educação permanente, que tende a observar e apontar as fragilidades e fortalezas de um serviço, utilizando-as na potencialização da assistência prestada, a seguir não menos importante e o processo de educação continuada, com a intenção de promover a homogeneidade da equipe tanto em conhecimento, quanto habilidade.

Profissionais com conhecimento científico e perspicácia de prática, tendem a ser mais engajados, estimulados e sanos. São profissionais que conseguem distanciar a assistência mecânica do cuidado e aproximar a assistência da arte do cuidar, enxergando o corpo não como objeto, mas sim como foco, preservando o bem-estar biopsicossocial e espiritual do seu paciente, além de promover o reestabelecimento da sua saúde, conforme os princípios de universalidade, integralidade e equidade.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, Q.; FÓFANO, G. A. **Tecnologias leves aplicadas ao cuidado de enfermagem na unidade de terapia intensiva: uma revisão de literatura.** Disponível em: <file:///C:/Users/Sarah%20Delgado/Downloads/2494-15505-1-PB.pdf>. Acesso em: 13/11/2018.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo.** Lisboa: Edições. 1977.
- BRASIL, MS. Ministério da Saúde. **Pratique atividades físicas e combata o estresse.** Disponível em: <http://www.blog.saude.gov.br/index.php/34450-pratique-atividades-fisicas-e-combata-o-estresse>. Acesso em: 04/09/2019.
- BRASIL, MS. Ministério da Saúde. **Diretrizes HumanizaSUS.** Disponível em: <http://portalms.saude.gov.br/acoes-e-programas/humanizasus/diretrizes>. Acesso em: 02 abril 2019.

BRASIL, MS. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde: o que se tem produzido para o seu fortalecimento? 2018. Disponível em:

<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_educacao_permanente_saude_fortalecimento.pdf>. Acesso em: 01 setembro 2019.

BRASIL, MS. Política Nacional de Humanização – Humaniza SUS, 2015. Disponível em:

<http://portalms.saude.gov.br/acoes-e-programas/politica-nacional-de-saude-bucal/legislacao/693-acoes-e-programas/40038-humanizasus>. Acesso em: 09 novembro 2018.

BRASIL, MS. Política Nacional de Humanização, 2013. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_humanizacao_pnh_folheto.pdf.

Acesso em: 09 novembro 2018.

BRASIL, MS. Portaria N° 895, de 31 de março de 2017. Disponível em:

http://www.sgas.saude.ms.gov.br/wp-content/uploads/sites/105/2016/08/Portaria_895_2017_UTI_UCO.pdf. Acesso em: 12 novembro 2018.

BRASIL, MS. Resolução N° 7, de 24 de fevereiro de 2010. Disponível em:

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2010/res0007_24_02_2010.html. Acesso em: 12 novembro 2018.

BRASIL, MS. Política Nacional de Educação Permanente (PNEPS), 2017. Disponível em:

<<http://www.saude.gov.br/trabalho-educacao-e-qualificacao/gestao-da-educacao/qualificacao-profissional/40695-politica-nacional-de-educacao-permanente-pneps>>. Acesso em: 01 setembro 2019.

Câmara dos Deputados. PL 2295/2000. Senado Federal

Lúcio Alcântara PSDB/CE, 2019. Disponível em:

<<https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/f>

[ichadetramitacao?idProposicao=17915](http://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=17915)>

Acesso em: 31 agosto 2019.

COFEN. Legislação profissional. Atividades de enfermeiros em unidade de terapia intensiva, 2011. Inteligência dos Artigos 11, 12, 13 e 14 da Lei do Exercício Profissional, combinado com a RDC ANVISA N° 7/2010.

Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2012/03/Legisla%C3%A7%C3%A3o%20Profissional.%20Atividade%20de%20Enfermeiro%20em%20unidade%20de%20Terapia%20intensiva.PDF>. Acesso em: 26 novembro 2018.

CRUZ, Isabel. PINTO, Andréia. Condições para a saúde e o bem-estar? Inquérito sobre as mulheres negras do Estado do Rio de Janeiro. **Cad. Saúde Pública vol.18 no.1 Rio de Janeiro Jan./fev. 2002**

GAMA, Raelyn Amorim. et al. **Educação continuada para prevenção e controle das infecções hospitalares em cirurgias cardíacas e torácicas em um hospital público da Região Norte:** relato de experiência, 2016. Disponível em:

<http://www.coesa.ufpa.br/arquivos/2016/expancidos/retrato_de_experiencia/educacao_em_saude/REL198.pdf>. Acesso em: 01 setembro 2019.

Hospital de Acidentados, Clínica Santa Isabel. **Projeto de educação continuada, 2018.**

Disponível em: <<http://189.112.249.210/pop/ds16.pdf>>.

Acesso em: 01 setembro 2019.

NIGHTINGALE, F. *Notes on Hospitals*. 3. ed. Londres: Longman Green, 1863.

PEDRÃO, Raphael. BERESIN, Ruth. **O enfermeiro frente à questão da espiritualidade.** Einstein (São Paulo) vol.8 no.1 São Paulo Jan/Mar. 2010

Sá AC, Pereira LL. **Espiritualidade na enfermagem brasileira: retrospectiva histórica.** O Mundo da Saúde. 2007;31(2):225-37.

SILVA, R. C. L.; PORTO, I. S.; FIGUEIREDO, N. M. A. Reflexões acerca da assistência de

enfermagem e o discurso de humanização em terapia intensiva. **Escola Anna Nery Revista**

de Enfermagem, Rio de Janeiro, v. 12, n. 1, Mar. 2008.

WEIL, M.H., PLANTA, M.V., RACKOW, E.C. Terapia Intensiva: Introdução e Retrospectiva Histórica. In: Schoemaker, W.C. et al. **Tratado de Terapia Intensiva**. 1992. p.1-4. cp.1.



FUNDAÇÃO EDUCACIONAL SERRA DOS ÓRGÃOS
CENTRO UNIVERSITÁRIO SERRA DOS ÓRGÃOS
PRÓ-REITORIA ACADÊMICA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO

Você está sendo convidado (a) como voluntário (a) a participar da pesquisa com o seguinte tema: **“O PERFIL HUMANISTA DO ENFERMEIRO QUE ATUA NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA”**. Esse estudo está sendo conduzido pelo pesquisador Claudia Cristina Dias Granito.

O instrumento de coleta utilizado será um questionário, que será entregue para os enfermeiros que atuam nas Unidades de Terapia Intensiva do HCTCO que assinarem o Termo de Consentimento Livre Esclarecido.

Você será esclarecido (a) sobre a pesquisa em qualquer aspecto que desejar. Você é livre para recusar-se a participar, retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento. A sua participação é voluntária e a recusa em participar não irá acarretar qualquer penalidade ou perda de benefícios ou em qualquer prejuízo na sua relação com o pesquisador ou com essa instituição.

A Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, em suas diretrizes e normas para pesquisa com seres humanos indica: "V - Toda pesquisa com seres humanos envolve risco em tipos e gradações variados". Portanto, haverá riscos mínimos para os participantes, mesmo que sejam na forma de desconforto ou constrangimento que poderão ser gerados a partir da coleta de dados por meio de entrevistas e/ou questionários.

Descrição das medidas de precaução/prevenção para os riscos: Os participantes receberão esclarecimentos necessários sobre os possíveis desconfortos e riscos decorrentes do estudo e todas as medidas de prevenção e proteção para sanar esses riscos serão tomadas. O participante será orientado que poderá desistir a qualquer momento e retirar seu consentimento. Sua recusa, desistência ou retirada de consentimento não acarretará prejuízo.

O benefício deste estudo será identificar os fatores de interferem no cuidado humanizado dentro da unidade de terapia intensiva, para que assim possamos minimizar estes fatores a fim de melhorar a qualidade da assistência com os pacientes ali internados, acolher os familiares e promover o bem-estar biopsicossocial dos indivíduos em questão.

Declaro que as informações obtidas nesta pesquisa não serão associadas à identidade de nenhum dos participantes, respeitando, assim, o seu anonimato. Essas informações serão utilizadas para fins científicos em publicações de revistas, anais de eventos e congressos, desde que não revelada a identidade dos participantes. Além disso, as informações coletadas serão de responsabilidade dos pesquisadores.

Custos da participação, ressarcimento e indenização por eventuais danos: Não será cobrado qualquer tipo de taxa ou pagamento de qualquer natureza para cobrir os custos do projeto, assim como os participantes não receberão qualquer tipo de pagamento, justificando o caráter voluntário da pesquisa. Entretanto, caso necessário, você poderá ser ressarcido em relação às despesas que possa ter com a sua participação na pesquisa, como transporte, alimentação. Caso ocorra algum dano decorrente da pesquisa, você será indenizado.

Concordo com o que foi anteriormente exposto. Eu
;RG: _____

_____, estou de acordo em participar dessa pesquisa, assinando este consentimento em duas vias, ficando com a posse de uma delas.

Em caso de dúvidas, você poderá entrar em contato com o pesquisador: Claudia Cristina Dias Granito (21)98756-6455, ou entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário Serra dos Órgãos, situado na Avenida Alberto Torres, nº 111. CEP: 25976345. Alto – Teresópolis-RJ, telefone (21) 2641-7088.

Este termo de consentimento livre e esclarecido atende às determinações da Resolução 466/2012. Teresópolis, _____ de _____ de 2019.

Assinatura do Participante

Assinatura do responsável
pela pesquisa



**FUNDAÇÃO EDUCACIONAL SERRA DOS ÓRGÃOS
CENTRO UNIVERSITÁRIO SERRA DOS ÓRGÃOS
PRÓ-REITORIA ACADÊMICA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

APÊNDICE B – QUESTIONÁRIO

1. Qual a sua idade?

() < 20 () 20 a 30 () 31 a 40 () 41 a 50 () 50 a 60 () > 60

2. Quanto tempo você tem de formado?

() < 5 ANOS () > 5 ANOS () > 10 ANOS () > 20 ANOS () > 30 ANOS

3. Você é especialista em Terapia Intensiva?

() SIM () NÃO

4. Quanto tempo você atua na área de Terapia Intensiva?

() < 5 ANOS () > 5 ANOS () > 10 ANOS () > 20 ANOS () > 30 ANOS

5. Você conhece a Política Nacional de Humanização?

() SIM () NÃO

6. Sabe como aplicá-la no seu dia-a-dia?

() SIM () NÃO

7. Tem conhecimento sobre as Tecnologias Leves?

() SIM () NÃO

8. Sabe sobre o benefício biopsicossocial dos pacientes e seus familiares que o Cuidado Humanizado pode promover?

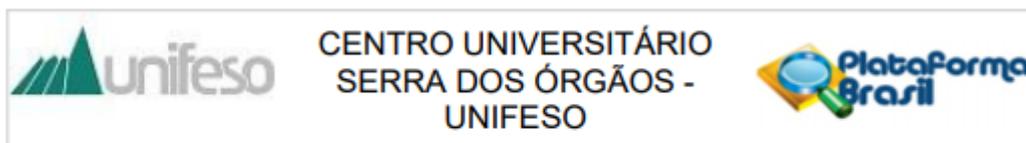
() SIM () NÃO

9. Para você, quais os principais fatores de estresse que podem prejudicar o desenvolvimento da Polícia Nacional de Humanização? (Marcar quantos quiser).

- () CARGA HORÁRIA EXCESSIVA () MAIS DE UM EMPREGO
() TEMPO DE PROFISSÃO () SOBRECARGA DE ATIVIDADES
() FALTA DE LAZER () FALTA DE RECURSOS
() DESCONHECIMENTO DA PNH () FALTA DE TEMPO

10. Caso você tenha mais de um emprego, você consegue tirar férias dos dois ou mais empregos juntos?

- () SIM () NÃO () RARAMENTE

ANEXO**ANEXO A- Parecer Consubstanciado do CEP****PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP****DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

Título da Pesquisa: O PERFIL HUMANISTA DO ENFERMEIRO QUE ATUA NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA

Pesquisador: CLAUDIA CRISTINA DIAS GRANITO

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 13022119.6.0000.5247

Instituição Proponente: FESO FUNDACAO EDUCACIONAL SERRA DOS ORGAOS

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.304.807

Apresentação do Projeto:

A Unidade Terapia Intensiva é um local dotado de muita tecnologia e condições para diversas intervenções, inclusive de alta complexidade, bem como a presença de profissionais de várias áreas da saúde com formação em cuidados críticos, preparados para instituição de medidas de Suporte Avançado de Vida em qualquer momento, nas 24 horas, pois a UTI nunca para. A qualidade dos Cuidados Intensivos é uma grande prioridade para os profissionais envolvidos, pois ela tem impacto direto tanto na segurança de todos (profissional, paciente, familiar e meio ambiente), quanto aos desfechos clínicos favoráveis e esperados.

Objetivo da Pesquisa:

Analisar os fatores intervenientes no cuidado humanizado nas Unidades de Terapia Intensiva.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

A Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, em suas diretrizes e normas para pesquisa com seres humanos indica: "V - Toda pesquisa com seres humanos envolve risco em tipos e gradações variados". Portanto, haverá riscos mínimos para os participantes, mesmo que sejam na forma de desconforto ou constrangimento que poderão ser gerados a partir da coleta de dados por meio de entrevistas e/ou questionários. Os participantes receberão esclarecimentos necessários sobre os possíveis desconfortos e riscos decorrentes do estudo e todas as medidas de prevenção e proteção para sanar esses riscos serão tomadas. O participante será orientado que poderá desistir a qualquer momento e retirar seu consentimento. Sua recusa, desistência ou retirada de consentimento não acarretará prejuízo.