



FACULDADE MARIA MILZA
BACHARELADO EM ENFERMAGEM

ANDRIELLE DE OLIVEIRA MAGALHÃES

**COMUNICAÇÃO EFICIENTE E EFICAZ: CAMINHOS PARA A HUMANIZAÇÃO DO
CUIDADO DE ENFERMAGEM EM UMA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA**

GOVERNADOR MANGABEIRA-BA

2016

ANDRIELLE DE OLIVEIRA MAGALHÃES

**COMUNICAÇÃO EFICIENTE EFICAZ: CAMINHOS PARA A HUMANIZAÇÃO DO
CUIDADO DE ENFERMAGEM EM UMA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA**

Monografia apresentada ao curso de Bacharelado em Enfermagem da Faculdade Maria Milza, como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

Prof.^aMsc. Mariado Espírito Santo da Silva
Orientadora

**GOVERNADOR MANGABEIRA-BA
2016**

Dados Internacionais de Catalogação

| | |
|-------|--|
| M188c | <p>Magalhães, Andrielle de Oliveira</p> <p>Comunicação eficiente eficaz: cominhos para a humanização do cuidado de enfermagem em uma unidade de terapia intensiva/ Andrielle de Oliveira Magalhães. – 2016</p> <p>72 f.</p> <p>Orientadora: Profa. Ma. Maria do Espírito Santo da Silva</p> <p>Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Enfermagem) – Faculdade Maria Milza, 2016.</p> <p>1. Cuidado Humanizado. 2. Segurança do Paciente. 3. Assistência de enfermagem. I. Silva, Maria do Espírito Santo da. II. Título.</p> <p>CDD 610.73</p> |
|-------|--|

ANDRIELLE DE OLIVEIRA MAGALHÃES

**COMUNICAÇÃO EFICIENTE EFICAZ: CAMINHOS PARA A HUMANIZAÇÃO DO
CUIDADO DE ENFERMAGEM EM UMA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA.**

Aprovada em: ____/____/____

BANCA DE APRESENTAÇÃO

Prof^aMSC. Mariado Espirito Santo da Silva
Orientadora FAMAM

Membro avaliador
Instituição

Membro avaliador
Instituição

Prof^a. Dr^a. Andréa Jaqueira da Ailva Borges.
Profa do TCC

GOVERNADOR MANGABEIRA-BA

2016

Dedico esse trabalho primeiramente a Deus por ter me concedido força para superar todas às dificuldades. A minha amada avó Maria Augusta (in memoriam), pelo amor e carinho dedicados a mim, e por ter sonhado junto comigo pela realização dessa conquista.

AGRADECIMENTO

Está chegando o grande dia. Cinco anos se passaram e não foi fácil a trajetória até aqui. Primeiramente agradeço a Deus por ter me concedido força e sabedoria para que eu pudesse realizar mais essa etapa da minha vida, só ele sabe das minhas lutas, dificuldades, angústias, dos meus medos, incertezas e noites sem dormir, enfim, de todos os obstáculos vencidos por mim. A Ti SENHOR, eu devo toda a minha honra e glória.

Agradeço imensamente aos meus pais Edinalva e Jorge, por todo amor e dedicação.

Minha amada mãe, o que seria de mim sem seu apoio? Você foi meu porto seguro a todo o momento, e mesmo na distância, nunca me deixou só. Muito obrigada minha princesa por todas as noites de sono perdidas, por todo amor, dedicação e compromisso. A senhora é meu maior exemplo, minha guerreira. Eu amo você!

Pai, o que dizer do senhor? Você que sempre esteve do meu lado, me apoiando, sem medir esforço e dificuldades para poder me proporcionar tudo que preciso. Obrigada por tudo meu pai, o senhor é um guerreiro. Te amo e te admiro muito, a tua presença é essencial em minha vida.

Ao meu irmão Fabio, por ser como um pai para mim, por todos os conselhos, puxões de orelha e por sempre acreditar em meu potencial.

Ao meu príncipe Rhuan por todo amor e carinho, você é um dos motivos pelo qual tenho garra para vencer na vida. Amo você.

Não poderia deixar de agradecer a minha avó Maria Augusta (in memoriam), que mesmo lá no céu está do meu lado. E onde quer que estejas certamente estará radiante com a minha conquista. Te amarei eternamente.

A minha querida tia Ana Lucia por ter disponibilizado um pouco do seu tempo para me ajudar, pelo carinho e dedicação. Muito Obrigada por tudo!

Ao meu namorado pelo amor e cuidado dedicado a mim, e por suportar todo meu estresse e desespero nessa reta final, estando sempre do meu lado me apoiando, eu amo você.

Aos meus amados amigos que estiveram do meu lado em todos os momentos e por todo o apoio nessa reta final, em especial: Jheryck e Jamily.

Aos meus sogros Claudia e Cicero, pelo carinho, companheirismo, atenção, paciência, apoio e incentivo durante esses últimos meses e principalmente por terem

me acolhido como uma filha. A meu cunhado Cássio por todo apoio e incentivo. Amo vocês.

Aos meus companheiros de jornada: Antônia, Edna, Jair e Luciene, por nesses últimos 4 meses estarem junto comigo tanto nas vitórias quanto nas dificuldades, obrigada por toda ajuda e companheirismo. Adoro vocês.

A minha orientadora Maria do Espírito Santo pelo incentivo e disponibilidade. À minha querida professora de TCC Andréa Jaqueira, pelas suas contribuições e incentivo. Sem vocês eu não chegaria até aqui. OBRIGADA.

“O sucesso nasce do querer, da determinação e persistência em se chegar a um objetivo. Mesmo não atingindo, quem busca e vence obstáculos no mínimo fará coisas admiráveis. “(José de Alencar)”.

“Você nunca sabe que resultados virão da sua ação. Mas se você não fizer nada, não existirão resultados.”

(Mahatma Gandhi)

RESUMO

O cuidado de enfermagem ao paciente requer do enfermeiro uma visão holística baseada na eficiência e eficácia da comunicação, utilizando de todo seu conhecimento técnico-científico, sensibilidade e interação, fazendo com que a assistência prestada seja realizada com empatia, intuição, percepção aguçada para que assim possa atender às necessidades apresentadas pelo paciente. O estudo foi realizado em uma organização hospitalar de alta complexidade no primeiro semestre de 2016 tendo como objetivo investigar como a comunicação pode ser uma ferramenta mais eficiente e eficaz no desenvolvimento do cuidado humanizado de enfermagem em uma organização hospitalar de um município do Recôncavo Baiano. A metodologia envolveu a aplicação de um formulário contendo duas partes, sendo que a primeira contava dados sócio demográficos e a segunda sobre a temática do estudo. Os participantes do estudo são profissionais da equipe de enfermagem com o mínimo de seis meses de atuação na unidade e familiares de pacientes internados na unidade de terapia intensiva por no mínimo 72 horas. Trata-se de um estudo descritivo com abordagem qualitativa. A amostra foi composta por dez enfermeiros, dez técnicos de enfermagem e dez visitantes, de uma Unidade de Terapia Intensiva situada no município em estudo. Como instrumento de coleta de dados, foi aplicado um formulário. Para análise e tratamento dos dados utilizou-se a análise de conteúdo temático de Minayo (2010). Os resultados do estudo apontam para a qualificação dos profissionais referentes a humanização da assistência mesmo diante das dificuldades encontradas no setor de Terapia Intensiva, sobre tudo no que tange a utilização de estratégias para por em prática as diretrizes que fazem parte do protocolo de segurança do paciente. Ficaram nítidas também as dificuldades encontradas pelos familiares em compreender os termos técnicos utilizados pelos médicos durante o boletim diário e a maneira em que os mesmos se portam para com o familiar, muitas vezes de forma rude e grosseira. Sendo assim, espera-se que o estudo contribua para a literatura existente, sendo uma fonte de conhecimento para os estudantes e profissionais, para que dessa forma obtenha-se uma melhoria no processo de comunicação voltado para o cuidar humanizado de enfermagem ao paciente e familiar.

Palavra Chave: Cuidado. Humanização. Enfermagem. Cultura de segurança.

SUMÁRIO

| | |
|---|-----------|
| 1 INTRODUÇÃO | 10 |
| 2 REVISÃO DE LITERATURA | 12 |
| 2.1 COMUNICAÇÃO | 12 |
| 2.1.1 COMUNICAÇÃO VERBAL E NÃO VERBAL | 13 |
| 2.1.2 COMUNICAÇÃO NO CONTEXTO DE ENFERMAGEM | 14 |
| 2.2 POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO NA REDE HOSPITALAR | 15 |
| 2.3 SEGURANÇA DO PACIENTE | 17 |
| 2.4 UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA (UTI) | 17 |
| 2.5 PROCESSO HUMANIZADO DO CUIDAR EM ENFERMAGEM | 19 |
| 2.5.1 SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM | 21 |
| 3 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS..... | 22 |
| 3.1 TIPO DE ESTUDO | 22 |
| 3.2 LOCAL DE ESTUDO..... | 22 |
| 3.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO..... | 23 |
| 3.4 PROCEDIMENTOS E INSTRUMENTOS DE COLETA..... | 23 |
| 3.5 ASPECTOS ÉTICOS..... | 24 |
| 3.6 ANÁLISE DOS DADOS..... | 24 |
| 4 RESULTADOS E DISCURSÃO..... | 27 |
| 4.1 Caracterização dos participantes..... | 27 |
| 4.2 Categorias das identificadas..... | 29 |
| 4.2.1 Assistência Humanizada em Enfermagem..... | 29 |
| 4.2.2 Comunicação Eficiente e Eficaz..... | 30 |
| 4.2.3 Entendimento de familiares sobre a assistência..... | 33 |
| 4.2.4 Fatores intervenientes ao processo de comunicação..... | 35 |
| 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS | 39 |
| REFERÊNCIAS..... | 40 |

| | |
|--|-----------|
| APÊNDICES | 47 |
| APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE) ... | 48 |
| APÊNDICE B – ROTEIRO DA ENTREVISTA DA EQUIPE ENFERMAGEM | 51 |
| APÊNDICE C – ROTEIRO DA ENTREVISTA DO VISITANTE | 53 |
| APÊNDICE D – DECLARAÇÃO DO ORIENTADOR..... | 55 |
| APÊNDICE E – TERMO DE COMPROMISSO ÉTICO DO PESQUISADOR | 56 |
| | |
| ANEXOS | 57 |
| ANEXO A –Anuência da Organização Hospitalar para Execução da Pesquisa .. | 58 |
| ANEXO B –Cadastro na Plataforma Brasil..... | 59 |
| ANEXO C – Parecer Consubstanciado do CEP..... | 60 |
| ANEXO D–RESOLUÇÃO COFEN Nº 358/ 2010..... | 64 |
| ANEXO E –RDC Nº 36/2013 ANVISA..... | 68 |

1 INTRODUÇÃO

O cuidado humanizado de enfermagem baseia-se na transação do processo saúde-doença, de forma que o enfermeiro tem o papel de amenizar o sofrimento do paciente através da humanização da assistência, tendo como consequência a restauração da saúde em todos os aspectos (WALDOW, 1998).

Assim, enquanto os profissionais se alternam, o paciente e a família são os mesmos. Nessa perspectiva, estão em posição-chave para em parceria com a equipe assegurar a continuidade do cuidado.

Ratifica-se a necessidade que a comunicação entre profissional, paciente e familiar seja eficiente e eficaz de forma que o enfermeiro possa ter uma visão holística do cliente possibilitando que haja um cuidado humanizado e consequentemente a restauração da saúde.

Uma vez que, a Unidade de Terapia Intensiva (UTI) possui uma estrutura única direcionada para atender as necessidades de pacientes graves, dispendo de particularidades as quais necessitam que os profissionais que nela atua possuam um bom relacionamento baseando na comunicação eficiente e eficaz.

O interesse pelo tema surgiu a partir da realização do estágio em um ambiente hospitalar, o qual se observou importância da comunicação eficaz e eficiente para uma prática assistencial humanizada.

Nesse sentido, o estudo buscou responder a seguinte pergunta de investigação: Como tem ocorrido o desenvolvimento do cuidado humanizado de enfermagem ao paciente e família em uma organização hospitalar pública da cidade do Salvador-Bahia?

Dessa forma, o estudo traz como objetivo geral: Investigar como a comunicação tem ocorrido no desenvolvimento do cuidado humanizado de enfermagem ao paciente e família em uma organização hospitalar pública da cidade do Salvador-Bahia?.

Como objetivos específicos: identificar o conhecimento dos profissionais de enfermagem sobre a humanização do cuidado. Verificar os fatores que tem interferido na comunicação durante o processo do cuidar. Conhecer as estratégias da equipe de enfermagem para o cuidado humanizado. Identificar a contribuição da comunicação eficaz no processo de humanização do cuidado.

Assim, o estudo justifica-se por permitir novos conhecimentos na área sobre a temática, mesmo já se tendo certo arcabouço teórico sobre o objeto. Também, poderá

contribuir para que os profissionais de enfermagem possam refletir sobre suas praticas, reavaliando comportamentos e ações nesse ambiente de alta complexidade.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 COMUNICAÇÃO

O ato de comunicar-se com o outro acontece através da compreensão das mensagens, sejam elas enviadas ou recebidas de forma que as informações contidas nelas venham a despertar alguma reação no receptor, sancionando o envolvimento do ser humano com o campo internacional (STEFANELLI, 2005).

Takahashi (1991, p.2) define que, a comunicação é:

Função vital, por meio da qual indivíduos e organização se relacionam uns com os outros, bem como o meio ambiente e com as próprias partes do seu próprio grupo, influenciando-se mutuamente e transformando fatos em informação.

Nesse viés, utiliza-se a comunicação como pilar dos relacionamentos entre os seres humanos. Essa inter-relação envolve a subjetividade que os mesmos têm do mundo, contudo, se não houver o compartilhamento das idéias e opiniões dos indivíduos eles se tornam inúteis, de forma que, é de suma importância que essa relação seja baseada nos canais de comunicação (BIGOLIN, 2006).

O ato de comunicar-se é feito através da troca de informações, o qual não depende apenas do receptor e emissor, sua complexidade está interligada na forma em que o sujeito emite a mensagem, uma vez que, cada indivíduo tem sua própria forma de linguagem (LIMA, 2003; MAXIMIANO, 2000).

Salientam ainda, que o gestor deve criar estratégias voltadas para o aperfeiçoamento dos sistemas de informações e a partir destas, possa lidar melhor com as subjetividades que permeiam as relações no ambiente de trabalho.

Nesse contexto, a comunicação organizacional tem como princípio a integração das partes, de modo que as atividades desenvolvidas possam ser compreendidas por todos como componente transversal das ações as quais estabelecem o perfil dos objetivos organizacionais (CARDOSO, 2006).

Portanto as práticas comunicacionais são uma função vital utilizada pelo ser humano para que ele possa se relacionar de forma individual ou em grupo, sendo de sua importância que essa inter-relação seja feita de forma clara eficiente e eficaz, para que a mensagem a qual seja passada possa ser compreendida por todos.

2.1.1 COMUNICAÇÃO VERBAL E NÃO VERBAL

A comunicação entre pessoas e muito complexa pode acontecer de diversas formas, essa interação pode ser por meio de palavras, ou por ações não verbais como, gestos, expressões corporais, entre outros (SILVA, 2006).

Salienta também que existem duas maneiras do ser humano se comunicar são elas: verbal a qual é feita através de um repertório psicolinguístico, e a não verbal a qual possibilita a exteriorização do processo psicológico.

Assim, a comunicação verbal é desenvolvida através de mensagens sendo elas escritas ou faladas, por meio de palavras ou sons, sendo por sua vez o meio mais utilizado pelo ser humano de se comunicar (DUTRA et al., 2010).

No entanto, quando se trata de comunicação não verbal refere-se a ações como gestos e expressão corporal, assim nesse tipo de interação não há emissão de palavras. Esse tipo de comunicação tem grande valor uma vez que auxilia na confirmação ou negação da mensagem emitida verbalmente (DUTRA et al., 2012 ;MARQUES,SILVA,MAIA,2009; SANTOS, SHIRATORI, 2005).

Freire (1983, p. 2) traz que:

Todo ato de pensar exige um sujeito que pensa, um objeto pensado, que mediatiza o primeiro sujeito do segundo, e a comunicação entre ambos, que se dá através de signos linguísticos. O mundo humano é, desta forma, um mundo de comunicação.

Os seres humanos se desenvolvem através das interações com a sociedade e a partir daí passam a ter uma visão holística das suas próprias ações, possibilitando uma inter-relação com outras pessoas. Esse processo desencadeia em uma comunicação eficaz facilitando a integração de ambas as partes (BRAGA, 2004).

2.1.2 COMUNICAÇÃO NO CONTEXTO DE ENFERMAGEM

Os profissionais de saúde buscam através da comunicação analisar quais condutas devem ser tomadas diante da patologia do cliente, utilizando da mesma para realizar a anamnese, promovendo educação em saúde e assim induzir a mudanças voltadas a restauração da saúde (FRANÇA, MOTA, 2010; PONTES, LEITÃO, RAMOS, 2008).

França, Mota (2010) enfatizam ainda que, toda a equipe multidisciplinar utiliza da comunicação para a interação com o paciente e para que ele possa compreender as

informações que estão sendo passadas, adaptando-se ao espaço, tempo e lugar o qual se encontram.

Galvão (1998, p.4) traz que:

Comunicação é um recurso para o sucesso da liderança exercida pelo enfermeiro, pois permite a esse profissional o desempenho de suas ações através de inter-relações com o cliente, a instituição, a equipe médica e o pessoal da enfermagem, buscando a melhoria da qualidade da assistência prestada.

Contudo, é a partir da comunicação realizada de forma efetiva e eficaz que o profissional pode intervir frente ao paciente para que ele passe a compreender melhor o processo saúde-doença, possibilitando que o mesmo crie estratégias e cuidados diante dos agravos apresentados pelo enfermo (SILVA, 1996).

A comunicação não se baseia apenas na troca de conteúdo ela se interpõe também na emissão de sentimentos e emoções entre pessoas. Nesse viés, a comunicação pode ocorrer de forma verbal ou não verbal, permitindo uma melhor relação terapêutica entre enfermeiro-paciente (POTTER; PERRY, 2004).

A sistematização da comunicação no contexto da assistência de enfermagem é realizada através do vínculo criado entre enfermeiro e o paciente, o que conseqüentemente desencadeará em um bom desenvolvimento do tratamento para a restauração da saúde do cliente (LARAIA; STUART, 2002).

Balsanelli e Cunha (2006, p.1) ressaltam que:

A comunicação constitui-se num elemento de suma importância no processo de liderar do enfermeiro e a maneira como se dá a transmissão de mensagens interferirá no resultado desejado.

Assim é de suma importância que toda a equipe multidisciplinar utilize a comunicação eficiente e eficaz como subsidio para realização das condutas de trabalho, bem como as relações interpessoais, o que desencadeará em uma assistência mais homogenia (PEDUZZI, 2001).

2.2 POLITICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO NA REDE HOSPITALAR

O Ministério da Saúde visando melhorias na qualificação dos profissionais e uma pratica assistencial eficiente e eficaz voltada para a humanização do cuidado, criou em 2003 a Política Nacional de Humanização (PNH), objetivando melhorias na atenção a saúde pública (BRASIL, 2006).

Com a implementação da PNH nos serviços prestados buscou-se atender as necessidades dos trabalhadores da área de saúde e dos clientes fundamentando-se na integralidade da assistência (BRASIL, 2004).

Traz ainda que, os princípios do SUS possuem os mesmos propósitos trazidos pela proposta da PNH a qual ratifica a importância de assegurar atenção integral a toda população baseando-se em estratégias que possam garantir os direitos e a cidadania as pessoas.

De acordo com a Política do Humaniza SUS, o cuidado humanizado consiste em troca de conhecimentos, entre usuários e o meio sociocultural, a comunicação entre os profissionais e a forma com que trabalham em equipe (BRASIL, 2005).

Assim, a humanização do cuidado consiste na busca pela melhoria da assistência e pela promoção a saúde de forma coletiva, onde a instituição deve visar os direitos dos pacientes (BRASIL, 2006).

Martins (2001, p.324) ressalta que:

A humanização é um processo amplo, demorado e complexo, ao qual se oferecem resistências, pois envolve mudanças de comportamento, que sempre despertam insegurança. Os padrões conhecidos parecem mais seguros; além disso, os novos não estão prontos nem em decretos nem em livros, não tendo características generalizáveis, pois cada profissional, cada equipe, cada instituição terá seu processo singular de humanização.

Um dos pilares que norteiam a SAE é o Processo de Enfermagem (PE) que é subdividido em identificação do problema, diagnóstico de enfermagem, prescrição do plano de cuidado e práticas assistenciais voltadas para recuperação da saúde e por fim avaliação da evolução do paciente (ALFARO; LEFREVE, 2002).

No entanto, escolher o tipo de assistência a ser prestada, as estratégias que melhor se encaixa com as necessidades do paciente e a partir daí criar um plano de cuidado voltado para restauração da saúde, são dificuldades encontradas pelo profissional de enfermagem na implementação do PE (CARVALHO ROSSI, 2002).

Em Brasil (2006, p.10) é enfatizado que:

O acolhimento é uma das diretrizes de maior relevância ética/estética/política da Política Nacional de Humanização do SUS [...] É uma ferramenta tecnológica de intervenção na qualificação de escuta, construção de vínculo, garantia do acesso com responsabilização e resolutividade nos serviços [...] É uma tecnologia do encontro [...] Com ação técnico-assistencial, o acolhimento possibilita que se analise o processo de trabalho em saúde com foco nas relações, e pressupõe a mudança da relação profissional/usuário [...] levando ao reconhecimento do usuário como sujeito e participante ativo no processo de produção de saúde.

Assim, para que a assistência de enfermagem seja realizada de forma humanizada é necessário primeiramente que as condições de trabalho oferecidas ao profissional respeitem tais propriedades (DESLANDES, 2004).

2.3 SEGURANÇA DO PACIENTE

Define-se como segurança do paciente a precaução ou a melhora dos eventos adversos ocasionados no processo do cuidado médico, sendo ele hospitalar ou domiciliar (RIGOBELLO et al.,2012).

A literatura traz que, é de suma importância a anamnese, notificação e a avaliação de eventos adversos de forma contínua para que a partir destas sejam realizados planos de cuidados voltados para prevenir a ocorrência de novos danos ao paciente e assim prestar uma assistência qualificada e sem agravos a saúde (SOUSA et al.,2013).

Ainda que, os eventos adversos estão interligados diretamente com a ação humana, alguns fatores como a estrutura do local, as condições de trabalhos oferecidas e as ações desenvolvidas também contribui para a ocorrência de falhas (PADILHA,2006).

A comunicação eficaz e a notificação dos agravos são fatores indispensáveis para que se possa evitar futuros eventos adversos, porém tem-se grande dificuldade da parte dos profissionais realizarem tais condutas pelo medo de sofrerem alguma retaliação. Assim é necessária a utilização de registros de todas as condutas realizada baseando-se em normas legais colocando em prática assim a segurança do paciente (GONZALES; MONTORO; QUES, 2010).

Portanto, manter a segurança do paciente é função de todos os profissionais que fazem parte da equipe, os quais são cobrados tanto pelos colegas de trabalho quanto pelos familiares, de forma que o cuidado seja o mais seguro possível diante da situação apresentada pelo cliente (PADILHA, 2001).

2.4 UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA (UTI)

A Unidade de Terapia Intensiva (UTI) possui uma estrutura própria a qual é direcionada ao tratamento de pacientes em estado crítico, de forma que seus recursos matérias e a equipe multiprofissional possui subsídios necessários para prestar esse

cuidado, buscando uma prática assistencial segura e continua para que assim possa haver a recuperação das funções vitais do paciente que ali se encontra (GOMES, 1988).

De acordo com Brasil (1998, p.31) as UTI,

São unidades hospitalares destinadas ao atendimento de pacientes graves ou de risco que dispõem de assistência médica ou de enfermagem interruptas, com equipamentos específicos próprios, recursos humanos especializados e que tenham acesso a outras tecnologias destinadas a diagnóstico e terapêutica.

Assim compreende-se que tem-se como características da unidade intensiva a complexidade do cuidado prestado ao paciente associado ao emprego de tecnologias que são utilizadas para promover a recuperação da saúde.

Segundo Zoboli (2003, p.31):

[...] cuidar é mais que um ato ou um momento de atenção, zelo e desvelo. É por atitude. É uma atitude. E por atitude, nessa situação, entende-se a fonte geradora de muitos atos que expressam a preocupação a responsabilização radical e a aproximação vincular com o outro. Cuidar, portanto, configura uma atitude que possibilita a sensibilidade para com a experiência humana, reconhecendo o outro como pessoa e sujeito [...].

A assistência de enfermagem em uma Unidade de Terapia Intensiva é voltada para pacientes em estado crítico, dispendo de suas particularidades que vão desde uma infraestrutura própria até instrumentos específicos da UTI, em busca da restauração e recuperação da saúde (GOMES, 1988).

Diante do exposto, é de suma importância a utilização eficiente e eficaz da comunicação, uma vez que, a assistência na saúde é baseada nas relações humanas, as quais envolve a equipe multidisciplinar, pacientes e familiares. Todavia, o que norteia a comunicação na área da saúde é a melhora da assistência voltada para inter-relação entre o profissional e o usuário, de forma que o mesmo possa compreender as necessidades do paciente (FERREIRA, 2000; MORAES; ORIÁ; VICTOR, 2008).

Contudo, a comunicação é uma ferramenta utilizada pelo enfermeiro e por toda equipe para que a partir desta possa compreender as necessidades do pacientes criando estratégias e planos de cuidados voltados para restauração da saúde (SILVA et al., 2000).

Nesse viés, a utilização da comunicação na UTI tem grande relevância, uma vez que a mesma está diretamente ligada com a assistência de enfermagem de qualidade,

voltada para a humanização do cuidado possibilitando ao enfermeiro colocar em prática todo seu conhecimento técnico-científico (BARBOSA; BRASIL, 2007).

Assim os pacientes que se encontram internados em uma UTI além de requerer cuidados especiais e, mais minuciosos, também possuem, mais pré-disponibilidade a ocorrência de eventos adversos uma vez que correm risco constante de morte, de forma que a equipe de enfermagem deve ter um olhar mais amplo com cuidados complexos e eficientes (ROTHSCHILD et al.,2005).

2.5 PROCESSO HUMANIZADO DO CUIDAR EM ENFERMAGEM

Partindo do pressuposto ético o cuidado humanizado de enfermagem consiste em uma visão holística do paciente, de forma que o profissional de saúde saiba associar o cuidado técnico científico com a humanização (FONSECA; GARCIA; MORAES, 2004).

O cuidar na enfermagem baseia-se na transação do processo saúde-doença, de forma que o enfermeiro tem o papel de amenizar o sofrimento do paciente através da humanização da assistência, tendo como consequência a restauração da saúde em todos os aspectos (WALDOW, 1998).

O Ministério da Saúde instituiu, através da portaria nº 881 de 19/06/2001 o Programa Nacional de Humanização Hospitalar (PNHAH), no âmbito do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2002), que assegura a efetiva qualificação do sistema, pressupõe um bom relacionamento, como também a incidência da tecnologia para assim, viabilizar a implementação de projetos de humanização, do atendimento e consequentemente a melhoria da assistência (ROCKENBACK, 1985).

Segundo Waldow (1998, p.145), o processo de cuidar é:

O desenvolvimento das ações, atitudes e comportamentos com base no conhecimento científico, experiência, intuição e pensamento crítico, realizada para o e com o paciente/cliente, ser cuidado no sentido de promover, manter e/ou recuperar sua dignidade e totalidade humana (englobam o sentido de integralidade e a plenitude física, social, emocional, espiritual e intelectual nas fases do viver e morrer).

Dentro dessa ótica a enfermagem concomitante com a humanização busca manter o bem estar do paciente utilizando-se de ações, as quais ajudam o individuo a superar os impactos, o reflexo cultural, social e existencial causados pela doença (HORTA, 1979).

Assim, “Humanizar é resgatar a importância dos aspectos emocionais, indissociáveis dos aspectos físicos na intervenção em saúde” (MEZZOMO, 2002, p.5).

Para que o enfermeiro possa humanizar sua assistência ele tem que criar estratégias que interliguem a recuperação a saúde e o acolhimento do paciente levando em conta as bases éticas e culturais do paciente, realizando assim um cuidado diferenciado, de forma que tanto os profissionais da equipe quanto os usuários ficaram satisfeitos (DELANDES, 2004).

Um paciente em estado crítico requer cuidados específicos e individualizado, assim para que a equipe de enfermagem preste a assistência adequada é necessário um ambiente diferenciado (MATTÉ; MUNIZ; THOFHERN, 2001).

Benevides e Passos (2005, p.9) ratificam que:

A Humanização da atenção e gestão do SUS [...] se apresentava para nós como estratégia de interferência no processo de produção de saúde levando em conta que sujeitos, quando mobilizados, são capazes de transformar realidades transformando-se a si próprios neste mesmo processo.

Assim, os princípios do SUS: equidade, integralidade da assistência e o envolvimento do usuário são utilizados como subsídios para a humanização da assistência na saúde, fazendo com que as instituições passem a preservar, mas a integridade dos profissionais e clientes (CASATE; CORRÊA, 2005).

2.5.1 SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

A utilização da SAE no processo de cuidar possibilita que os enfermeiros possam colocar em prática todos os seus conhecimentos técnico-científico adquiridos na sua trajetória acadêmica, facilitando com que haja uma assistência de enfermagem eficaz e individualizada, baseando-se nos pilares que a norteiam de forma com que elas se adequam aos protocolos de cada instituição (GARCIA; NÓBREGA, 2000).

Salienta ainda que, outra ferramenta utilizada pelo enfermeiro são os diagnósticos de enfermagem que se baseiam no processo saúde-doença dos pacientes internados, refletindo em um cuidado de enfermagem integral e individual, fundamentando-se no conhecimento científico e na prática assistencial.

O Processo de Enfermagem é subdividido em etapas as quais se fundamentam em identificação do problema, diagnóstico de enfermagem, plano de cuidado, implementação das ações e avaliação, sendo por sua vez fatores de grande relevância

para implementação da SAE, fazendo com que a assistência prestada seja de excelência, aumentando a probabilidade de restauração da saúde do indivíduo (ALFARO; LEFREVE, 2002).

Segundo Garcia e Nobrega (2000, p.2):

A Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) é o modelo metodológico ideal para enfermeiro aplicar seus conhecimentos técnico-científico na prática assistencial, favorecendo o cuidado e a organização das condições necessárias para que ele seja realizado.

Nesse viés, com a implantação da SAE é possível que haja um cuidado unificado, baseando-se em um olhar holístico do profissional para com o paciente bem como para o ambiente em que o mesmo se encontra, buscando estratégias possam supri as necessidades apresentadas pelo indivíduo, facilitando assim qualificação da assistência prestada pelo enfermeiro.

3PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

3.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo descritivo com abordagem qualitativa, descritivo porque permite descrever de forma detalhada o meu objeto de estudo e qualitativo porque trabalha com a subjetividade.

A investigação deseja conhecer a realidade dos enfermeiros em um ambiente hospitalar e a prática da comunicação eficiente e eficaz, a partir da relação com os pacientes e familiares.

Segundo Mitchel (2005), o estudo com caráter descritivo, possibilita o uma descrição detalhada e precisa do objeto a ser estudado, objetivando uma análise fidedigna dos fatos e das características principais do estudo, observando , registrando e avaliando suas relações, conexões e interferências.

No que se refere à abordagem, Gil (2002) salienta que, a pesquisa qualitativa possibilita a extensão de discussões perante os eventos observados em uma determinada realidade. Tornando-se possível esclarecimento e abrangências sobre a temática estudada, o que permite a subjetividade nas relações causa-efeito do objeto em estudo.

3.2 LOCAL DE ESTUDO

O estudo foi desenvolvido no Hospital Geral Roberto Santos, com 720 leitos ativos e atendimento exclusivo pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Serve de referência para pacientes portadores de patologias de hemorragia digestiva, neurologia, vascular, obstetrícia e neonatologia de alto risco, cirurgias neonatais, intoxicações e envenenamentos.

O serviço de enfermagem funciona em nível de coordenação, composta de um coordenador, supervisores, assessores, enfermeiros de referência e assistencial, técnicos e auxiliares de enfermagem. Utilizou-se como campo de estudo a Unidade de Terapia Intensiva (UTI) adulto, com o quadro de pessoal composto por um supervisor, 25 enfermeiros, 36 profissionais entre técnicos e auxiliares de enfermagem, seis residentes de enfermagem em rodízio entre as outras unidades de UTI, além de fisioterapeutas, nutricionistas e psicólogos.

3.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO

A Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 466 de 12 de Dezembro de 2012, traz que, o participante de pesquisa é o pesquisado, seja ele de forma individual ou coletiva, de caráter voluntário, livre de qualquer forma de remuneração. Nesse contexto para que o indivíduo seja incluído num estudo como participante de pesquisa deve-se atender aos critérios exigidos num protocolo o qual documenta sua voluntariedade através da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (BRASIL, 2012).

Nesse viés, participaram do estudo 30 colaboradores, sendo estes 10 técnicos de enfermagem, 10 enfermeiros e 10 familiares de pacientes internados na unidade de pesquisa. Como critérios de inclusão foram considerados os profissionais com o mínimo de seis meses de atuação na UTI, e os visitantes dos pacientes que possuíam no mínimo setenta e duas horas de internação na UTI, ambos em concordância com a participação no estudo, assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Como critério de exclusão considerou-se os participantes que não atenderam os requisitos citados acima, e os profissionais que se encontravam afastados por motivo de licenças e não aceitaram participar do estudo, esses participantes foram escolhidos de forma aleatória.

3.4 PROCEDIMENTOS E INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS

A coleta de dados é um procedimento o qual conduz a realização do estudo, onde a partir do instrumento de coleta, seja este: entrevista, formulário ou questionário, obtém-se informações necessárias para responder as inquietações do entrevistador e a questão norteadora do estudo (MARCONI; LAKATOS, 2010).

A partir do momento que os participantes consentiram participar do estudo, os mesmos foram solicitados a ler e assinar o TCLE conforme (APÊNDICE A).

Como instrumento da coleta de dados foram utilizados dois formulários, sendo um composto oito questões (APÊNDICE B), aplicado para os familiares e outro composto por seis questões (APÊNDICE C), aplicado aos profissionais de enfermagem. Ambos contendo duas partes, sendo a primeira composta de dados para caracterização dos profissionais, e dos familiares (identificação, tempo de formação, de atuação na área, de atuação na UTI idade, especialização, sexo, profissão, religião,

tempo que o familiar se encontra internado na UTI, grau de escolaridade e grau de parentesco). A segunda parte foi composta de dados sobre a temática do estudo.

A coleta de dados foi realizada no primeiro semestre de 2016.

3.5 ASPECTOS ÉTICOS

Inicialmente foi realizada a aproximação com o campo de estudo e enviado o projeto à organização para obtenção da anuência (ANEXO A) e realização da pesquisa. Em seguida foi feito o cadastramento na Plataforma Brasil, a qual deliberou o projeto ao Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade Maria Milza (CEP-FAMAM), (ANEXO B), sendo apreciado e aprovado por meio do parecer de número 1.509.486/ 2016 (ANEXO C).

Logo após o parecer favorável, foi entregue a cada participante do estudo uma cópia do TCLE, no qual continha orientações quanto à natureza do estudo, objetivos, justificativa e informações referentes às diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos, quanto aos princípios éticos. Sendo este lido, e assinado, consentindo a sua participação na pesquisa.

3.6 ANÁLISE DE DADOS

Para a finalização da pesquisa, a análise dos dados foi de fundamental importância para a interpretação das informações obtidas em campo, possibilitando assim analisar os resultados alcançados e compreendê-los, com o intuito de promover informações relacionadas à temática e obter subsídios para a melhoria da assistência à saúde das mulheres.

Nesse contexto, Marconi e Lakatos (2010) salientam que após coletar e conferir os dados obtidos faz-se necessário a análise e interpretação dos mesmos, organizando-os no núcleo da pesquisa.

Reforçando, Minayo (2010) diz que a análise de dados, é um conjunto de procedimentos com o intuito de descobrir o que está por trás dos elementos manifestados pelos sujeitos da pesquisa, por meio da investigação minuciosa das falas, depoimentos e documentos. Salienta ainda que a análise de conteúdo tem como finalidade relacionar as estruturas semânticas com as sociológicas, correlacionando

dessa forma, os textos transcritos e analisados com os fatores que definem suas características.

Dessa forma, foi adotada a análise temática de Minayo e através desta, foi possível ponderar todas as informações coletadas através da transcrição das falas dos questionados, além de possibilitar a categorização de todas as informações, consentindo uma análise e interpretação criteriosa dos dados.

Complementando, a autora ressalta que a análise dos dados é contemplada em três etapas: a pré-análise, que amadurece o objeto de estudo e delimita o problema da investigação; a segunda, exploração do material, onde serão colhidas informações que respondam ao problema, e por último o tratamento dos resultados com simultânea interpretação, a qual é feita através de inferências e interpretações dos dados coletados.

Assim, as variáveis do estudo no que tange a equipe de enfermagem foram: (idade, sexo, tempo de formação, tempo de atuação na área, tempo de atuação na UTI e especialização na área), já o dos familiares foram: (identificação dos participantes, idade, sexo, profissão, religião, tempo que o familiar se encontra internado na UTI, grau de escolaridade e grau de parentesco) ambos foram agrupados em quadros. Essa iniciativa proporcionou uma melhor visualização dos resultados obtidos. A partir da leitura das respostas dos informantes, surgiram as categorias de análise (assistência humanizada em enfermagem; comunicação eficiente e eficaz; entendimento de familiares sobre a assistência; fatores intervenientes ao processo de comunicação), e por fim foram realizadas as inferências e discussão dos resultados, utilizando literaturas pesquisadas a cerca do tema, ocasionando a discussão dos resultados conforme referencial adotado.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Diante dos propósitos iniciais realizou-se a pesquisa com a participação de 10 enfermeiros, 10 técnicos de enfermagem atuantes na unidade de terapia intensiva (UTI) e 10 familiares de pacientes internados na referida unidade, em uma organização hospitalar pública do Município de Salvador – Bahia, perfazendo um total de trinta (30) participantes, e após análise, apresentamos os resultados a seguir.

4.1 CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES

A caracterização dos informantes na pesquisa constitui importância fundamental para o processo de comunicação eficiente e eficaz para a assistência humanizada em uma UTI.

A seguir apresentamos a tabela com a caracterização desses participantes.

Tabela 01 – Caracterização das participantes do estudo quanto categoria profissional, faixa etária, qualificação profissional, tempo de formado, tempo de atuação na área segundo informantes, Salvador – Bahia, 2016.

| Variável | F | % |
|---------------------------------|----|-------|
| Categoria Profissional | | |
| Enfermeira (o) | 10 | 33,3% |
| Técnico (a) de Enfermagem | 10 | 33,3% |
| Familiar | 10 | 33,3% |
| Faixa Etária | | |
| 20 →30 | 13 | 43,3% |
| 31→ 40 | 14 | 46,6% |
| 41 → 50 | 3 | 10% |
| Tempo de Formada(o) | | |
| 03 → 09 anos | 11 | 55% |
| 10→ 15 anos | 8 | 40% |
| 16→ 21 anos | 1 | 5% |
| Área de Atuação | | |
| Unidade de Tratamento Intensivo | 20 | 100% |

| | | |
|----------------------------------|----|-----|
| Qualificação Profissional | | |
| Pós-Graduação | 20 | 90% |

Fonte: Dados da pesquisa, 2016.

Os entrevistados são 19 do sexo feminino, e 11 (são 30 ou 29?) do sexo masculino, com faixa etária de 20 a 50 anos de idade, como descrito na tabela acima. A predominância do sexo feminino é notória na área da saúde, principalmente quando se trata da enfermagem que desde os primórdios tem prevalência do sexo feminino. Como podemos observar neste estudo, essa cultura ainda é predominante, mesmo com a inserção do homem na profissão.

Pode-se observar também que a faixa etária predominante varia entre 30 e 40 anos de idade, podendo ser associado à experiência e maturidade dos participantes da pesquisa.

Nota-se na tabela acima que o tempo de formação acadêmica variante entre os profissionais é de 03 a 21 anos, tendo maior destaque para o período de 03 a 09 anos, o que representa cerca de 55% dos entrevistados. Nesse contexto, sabe-se que o tempo de formação profissional tem grande influência na obtenção de conhecimento e prática assistencial, tendo em vista que o indivíduo com o passar do tempo se torna cada vez mais capacitado e experiente na área em que atua. Em contra partida, devido ao desgaste, cansaço físico, psíquico e saturação profissional, essa variável pode lavar também o indivíduo ao comodismo.

4.2 CATEGORIAS IDENTIFICADAS

Considerando os conhecimentos prévios sobre a temática e adquiridos com a realização do estudo, e após organização, codificação e análise dos dados, foram identificadas quatro categorias que apresentamos a seguir.

4.2.1 Assistência Humanizada em Enfermagem

Fontes e Alvim (2008) ratificam que a enfermagem é a área da saúde que tem maior contato com o paciente, tendo como norteador um cuidado contínuo e eficaz, o que possibilita a criação de vínculos entre cliente e profissional, facilitando assim o processo saúde-doença e a diminuição dos impactos psicossociais causados no período de hospitalização do indivíduo.

Nessa perspectiva, Puccine e Cecílio (2004) trazem que, o processo de humanização vem crescendo gradativamente, de forma que busca-se melhorias nas inter-relações entre os indivíduos e seus reflexos diante da sociedade, uma vez que com os avanços tecnológicos essas interações ficam cada vez mais frias, calculistas e objetivas. Sendo assim, compreende-se que a humanização é um resultado de ações voltadas ao bem estar e respeito ao próximo, as quais geram atitudes que garantem uma abordagem de forma holística e integral.

Desta forma buscou-se saber qual o entendimento dos familiares sobre assistência humanizada, como demonstrado nos depoimentos a seguir:

Tratar o próximo com humanidade. **(Visit. 7)**

É uma assistência pensando no bem estar da pessoa. **(Visit. 1)**

É uma assistência que cuida do ser humano com compaixão. **(Visit. 10)**

Mediante a análise das falas dos participantes é possível perceber que estes possuem pouco conhecimento a cerca da temática abordada, impossibilitando assim a associação da teoria com a prática vivenciada no âmbito de um ambiente de alta complexidade.

Alguns participantes ao serem questionados sobre humanização afirmavam saber o significado do termo, entretanto enfrentaram dificuldades para se expressar de forma clara o que lhe foi solicitado. Como fica confirmado nas respostas que seguem:

Nada praticamente assim. **(Visit. 4)**

Eu sei o que é mais para descrever fica difícil. **(Visit. 8)**

Durante a pesquisa os entrevistados demonstraram insatisfação ao responder o formulário, alegaram ainda que não era o momento apropriado para responder as perguntas, pois não estavam em boas condições psicológicas, devido o estado crítico do seu familiar, e por não compreenderem aquele ambiente de alta complexidade no qual eles se encontravam. Assim é notória a necessidade de melhorar ou intensificar o processo de orientação e informação a esses familiares, quanto a assistência prestada ao paciente.

Nessa perspectiva a assistência de enfermagem deve ser prestada de forma integral, visando à humanização do cuidado, os danos emocionais e físicos do ser humano e suas peculiaridades, resultando na restauração da saúde do indivíduo. No entanto essas ações só possuem resultados satisfatórios a partir do momento em que são praticadas de forma eficiente e eficaz, visando sempre o bem estar do paciente, bem como dos seus familiares.

Nesse contexto quando questionado aos enfermeiros sobre sua relação com os pacientes e familiares, os mesmos se posicionaram revelando que:

A comunicação referente ao familiar é pouca o contato maior é com médicos no boletim médico. Em relação ao paciente é ativa e muito importante para realização da anamnese. **(Enf. 2)**

Se da de forma ética, complexa e empática. **(Enf4)**

Relação insegura em alguns aspectos principalmente no processo da morte. **(Enf5)**

As vezes muito difícil principalmente pelo paciente está em estado crítico a família não consegue compreender. **(Enf. 9)**

Diante da análise das falas percebe-se que a relação entre os enfermeiros e os familiares ocorre de forma extremamente profissional, tendo como justificativa o pouco tempo reservado para as visitas, bem como pelo fato das informações sobre os pacientes serem passadas apenas durante o momento do boletim médico. Evidenciou-se ainda que os mesmos utilizam desses fatos para manterem a mecanização da assistência sem que haja envolvimento sentimental com os pacientes e familiares.

4.2.2 Comunicação Eficiente e Eficaz

Rodriguez, Ferreira e Menezes (2010) evidenciam que, o processo de comunicação é de suma importância para as relações interpessoais, de forma que é subdividida em verbal, paraverbal e não verbal o que facilita essa interação entre os indivíduos, pois através das mesmas abre-se um leque de possibilidades as quais facilitam essa troca de informação tornando o processo contínuo estabelecendo uma permuta entre ela e o seu meio.

Stefanelli, Carvalho e Arantes(2005) afirmam que, através da comunicação é possível o compartilhamento das mensagens enviadas e recebidas de modo que

facilite a compreensão das mesmas e a forma a qual é realizada essa troca de informações entre os indivíduos, permitindo a criação de estratégias que identifiquem suas influências no dia a dia das pessoas sendo elas de curto, médio ou longo prazo.

Nessa perspectiva, foi indagado aos familiares sobre o que eles consideram uma boa comunicação. As respostas mais relevantes seguem descritas abaixo:

Entender de forma clara o que o outro que me passar. **(Visit. 2)**

Ambas as partes tem que entender o que foi dito. **(Visit. 8)**

Quando as coisas são esclarecidas sem deixar duvidas. **(Visit. 10)**

Diante do exposto, observa-se que os familiares referem-se a todo o momento sobre a importância do dialogo ser baseado na simplicidade e clareza das palavras, de forma que, independente do grau de instrução do receptor a mensagem seja entendida sem que haja duvidas ou incertezas, melhorando por sua vez a relação entre a equipe multiprofissional e o familiar. Vale ressaltar ainda, a importância da adaptação da linguagem utilizada, ao grau de instrução do individuo, com o qual esta sendo realizada essa troca de informações.

Stefanelli (2012) explana que a equipe de enfermagem possui uma ligação direta com o paciente devido a quantidade de atribuições de sua competência que são voltadas ao cuidado continuo do cliente, nesse contexto é de grande relevância a humanização da assistência realizada. No entanto os familiares e pacientes geralmente possuem dificuldades em identificar cada integrante da equipe de enfermagem, seja ele enfermeiro, técnico ou auxiliar de enfermagem, algumas estratégias como, por exemplo, se identificar dizendo o nome, profissão e procedimento a ser realizado, pode facilitar a relação entre equipe e o cliente, proporcionando assim a segurança do mesmo.

Diante do exposto foi indagado aos enfermeiros e técnicos da UTI sobre seu conhecimento a respeito da comunicação eficiente e eficaz, os mesmos trouxeram o seguinte entendimento:

Comunicação eficiente é quando consegue transmitir a informação e eficaz é quando você consegue que a informação seja executada. **(Enf. 1)**

Toda comunicação entre a equipe e o paciente cujo objetivo seja assistir o paciente como um todo. **(Enf. 4)**

Aquela onde tem reciprocidade de ambas as partes. **(Tec. Enf. 1)**

Saber dialogar com os familiares dos pacientes, dar as respostas precisas e saber ouvir. **(Tec. Enf. 4)**

Mediante a análise das falas dos participantes é possível perceber que estes discorreram de forma clara e objetiva, demonstrando possuir convicção e domínio a respeito do questionamento realizado. Foi notório também a associação da importância da comunicação de forma clara não só com o familiar, bem como com o cliente, o que reflete em uma assistência mais eficiente e eficaz.

Quando o questionamento foi a respeito das estratégias utilizadas no processo de comunicação para o cuidar humanizado, os entrevistados se posicionaram da seguinte forma:

Dentro da UTI utilizamos estratégias que proporcione conforto, bem estar, através da fala, gestos e escalas estabelecidas pela instituição. **(Enf4)**

Estar sempre disposto a estabelecer uma comunicação clara tanto para a família quanto paciente. **(Enf. 9)**

O ouvir o que o paciente tem a dizer analisando e agindo de acordo com as necessidades fundamentais. **(Tec. Enf1)**

Chamar o paciente pelo nome, manter o dialogo constante e observar os sinais físicos dos pacientes. **(Tec. Enf9)**

Durante o questionamento a maioria dos participantes apontaram a identificação do profissional e a informação dos procedimentos a serem realizados, independente do estado de consciência do paciente como fator chave para realização de uma comunicação eficaz voltada para a humanização da assistência.

Sendo assim, é de grande relevância que o enfermeiro desenvolva habilidades que permitam a utilização da comunicação de forma eficiente e eficaz independente da sua área de atuação. Pois na maioria das vezes os profissionais da área de saúde encontram dificuldades para desenvolver tais estratégias, pelo fato de ser necessário trabalhar com todo processo psicossocial do cliente, desenvolvido durante o processo de hospitalização, e ainda as restrições causadas pela especificidade de suas patologias.

4.2.3 Entendimento de familiares sobre a assistência humanizada

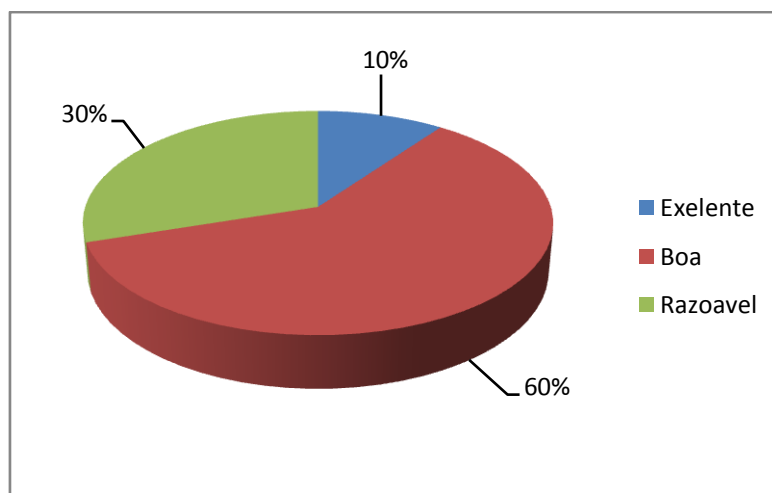
Mezzomo (2003) traz que, diante da dor e das dificuldades vivenciadas no cotidiano dos familiares de um paciente crítico, torne-se possível manter a dignidades, e integralidade humana dos mesmos, através da assistência prestada, voltada para o cuidado solidário buscando preservar o estado físico e psicológico do visitante, através da resolutividade das necessidades apresentadas por eles e pelos pacientes. Portanto o familiar deixar de ser visto como um ser empírico e torna-se um paciente.

Desta forma buscou-se saber dos familiares se estes consideram humanizada a assistência prestada pelos profissionais, e esses em sua totalidade, consideram humanizada a assistência que recebem.

Tais resultados possuem grande importância no processo saúde-doença do paciente, e seus reflexos diante dos que estão em sua volta. Assim a humanização do cuidado vem sendo um assunto bastante discutido, devido a sua grande relevância na assistência e aos seus resultados positivos na eficiência e eficácia do tratamento proposto para o cliente, principalmente pelas iatrogênias que são cada vez mais frequentes na área da saúde.

Quanto ao processo de comunicação entre o familiar do paciente e a equipe de enfermagem, os visitantes chamam atenção para o fato de que no início da internação, o processo foi difícil, sendo melhorado aos poucos e considerado como excelente (10%), boa (60%), razoável (30%), atentando para a necessidade de intensificar esse contato e prestar maiores esclarecimentos, conforme mostra o gráfico a seguir:

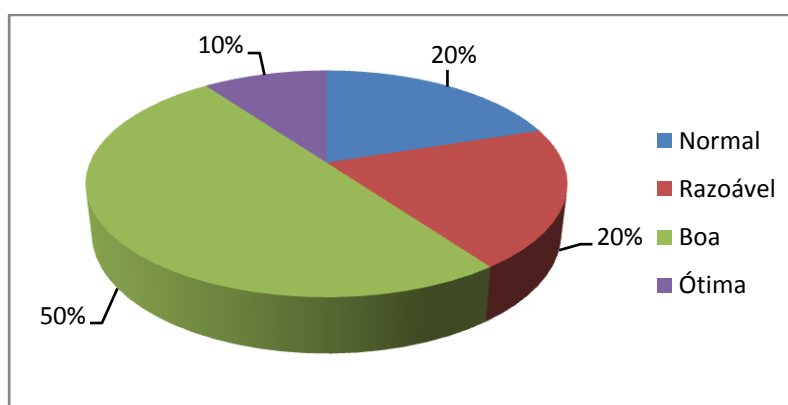
Gráfico 1- Processo de comunicação entre o familiar do paciente e a equipe de enfermagem. Salvador, 2016.



FONTE: Dados da pesquisa, 2016.

Sobre a receptividade da equipe da unidade com eles, sinalizaram que acontece de forma normal (19%), razoável (20%), boa (49%) e ótima (12%). Enfatizaram ainda que a depender do médico que atende, esse se traduz de forma rude, como mostra o gráfico abaixo:

Gráfico 2- Receptividade da equipe da unidade com os familiares. Salvador, 2016.



FONTE: Dados da pesquisa, 2016.

No que diz respeito às informações recebidas sobre o quadro clínico do paciente, consideraram como sendo feitas de forma devida, assim como relativas as condutas realizadas. Destacam ainda que as informações repassadas no boletim médico e pela equipe assistencial, facilitam a compreensão deles, apesar de serem utilizados termos que dificultam essa compreensão e que no decorrer da internação do paciente, a equipe médica evoluiu, pois foi comunicado adversidade à diretoria solicitando melhorias no processo. Como fica evidenciado na fala dos seguintes entrevistados:

As vezes algumas coisas que os médicos falam não entendo. **(Visit. 6)**

A parte médica agora está informando, pois fui à diretoria, antes não era esclarecido. **(Visit. 8)**

Dessa forma vale ressaltar a importância da utilização da linguagem simples e objetiva, para que o familiar possa entender como está ocorrendo a evolução do processo saúde-doença do paciente, e quais mediadas são utilizadas pela equipe multiprofissional para realizar a restauração as saúde do mesmo.

4.2.4 Fatores intervenientes ao processo de comunicação

Balssanelli e Cunha (2006) salientam que a liderança consiste em um instrumento que norteia a enfermagem, de forma que a comunicação esta diretamente ligada com esse processo, uma vez que é através desta que é feita a interrelação entre toda a equipe de saúde, tendo como exemplo o momento da passagem de plantão onde as informações transmitidas devem ser fidedignas, pois a ocultação de algumas delas podem desencadear em danos a saúde do cliente.

Quando questionado aos enfermeiros e técnicos de enfermagem sobre quais as principais dificuldades enfrentadas por eles para a execução das estratégias de comunicação no processo do cuidar humanizado os participantes se posicionaram da seguinte forma:

Não vejo dificuldades, não. **(Enf. 1)**

Para a enfermagem são “N” fatores, primeiro ponto a sobre carga de trabalho, o segundo ponto é a equipe que não trabalha em comunicação, e o que a unidade disponibiliza para favorecer um ambiente mais propicio para comunicação. **(Enf. 2)**

Não tenho dificuldades, porque mesmo se o paciente está impossibilitades de se comunicar pode-se observar pelos SSVV se o paciente esta sentindo dor ou pelo semblante da face. **(Tec. Enf. 1)**

Sobre carga de trabalho e desorganização da equipe. **(Tec. Enf. 8)**

Diante do que foi exposto pelos profissionais, notou-se que os mesmos não apresentaram uniformidade nas respostas, chegando a apresentar contradições em alguns aspectos, sinalizando fatores positivos e negativos ao mesmo tempo, relacionados à mesma questão. Ficou nítido ainda insegurança ao responderem o que lhes foram solicitados, não tendo arbítrio em suas colocações, respondendo de forma incoerente a questão.

Quanto aos fatores de interferência para o desenvolvimento de estratégias para uma comunicação eficiente entre paciente, equipe e família, os enfermeiros sinalizaram a resistência da equipe, sobrecarga de trabalho, gravidade dos pacientes, deficiência recursos humanos e materiais, os atritos e conflitos na equipe e o não entendimento por parte da família quanto ao que eles desejam informá-la. Como identificado nos depoimentos que seguem:

Intercorrências e falta de identificação no leito. **(Enf. 1)**

Estrutura física, mal dimensionamento de pessoal e conflitos na equipe. **(Enf. 6)**

Estado crítico do paciente e comunicação de notícias difíceis. **(Enf. 9)**

As dificuldades do processo ficaram por conta das intercorrências do setor, o número inadequado de profissionais para o atendimento às demandas, da realização de uma quantidade significativa de procedimentos, o barulho produzido na unidade e a comunicação de notícias difíceis.

Nessa perspectiva, os técnicos de enfermagem ressaltaram ainda aspectos relacionados ao quadro de desorientação do paciente, a desorganização da equipe, relacionamento interpessoal, jornada de trabalho e o cansaço físico e mental dos profissionais, além da unidade não disponibilizar materiais para o entretenimento dos pacientes como, aparelhos de rádio e TV o que dificulta o processo. Como identificado nas seguintes falas:

Instituição não fornece matérias para o entretenimento do paciente, como por exemplo: tv, som nos setores. **(Tec. Enf. 3)**

Nível de orientação do paciente. **(Tec. Enf. 4)**

Algumas barreiras no relacionamento com a equipe. **(Tec. Enf. 6)**

Conflitos da equipe, estrutura física, sobrecarga de trabalho. **(Tec. Enf. 8)**

Nesse contexto foi solicitado aos enfermeiros e técnicos de enfermagem, que os mesmo discorressem sobre os fatores de interferência que facilitam o processo de comunicação para o cuidado humanizado. As respostas mais relevantes seguem descritas abaixo:

Todos os pacientes hoje são identificados o que permite a assistência de forma humanizada através do nome, os estudos avançados voltados para a humanização persiste que seja, mas holisticamente. **(Enf. 4)**

Passagem de plantão de forma minuciosa, boa relação da equipe multidisciplinar. **(Enf. 10)**

A estrutura física, pois facilita a abordagem ao paciente, pois se você proporciona conforto ao paciente, facilita a comunicação logo a assistência é humanizada. **(Tec. Enf. 2)**

Interrelação entre profissional, paciente e familiar. **(Tec. Enf. 3)**

Nota-se a partir do discorrido, que tanto enfermeiros como técnicos de enfermagem evidenciaram aspectos específicos da prática assistencial que

constituem facilidade para a comunicação tais como: passagem de plantão, o conhecimento do quadro do paciente, o fato de todos os pacientes serem identificados com pulseiras, o comprometimento da equipe, a estrutura do setor que facilita a interação e abordagem, a boa qualidade dos registros e impressos utilizados e o diálogo entre paciente, equipe e família. Enfatizaram também o tratamento carinhoso e com atenção para o paciente, o teste do nível de consciência dos pacientes e o atendimento às necessidades desses.

Nesse aspecto os familiares dos pacientes também notificaram alguns aspectos de interferência na comunicação, como podemos observar nas seguintes colocações:

Linguagem clara e objetiva, informar a situação do paciente. **(Visit. 2)**

Pouco tempo de visita, os médicos às vezes falam algumas palavras que não entendo. **(Visit. 1)**

A visita todos os dias. **(Visit. 1)**

Os profissionais sempre tiram minhas dúvidas sobre o estado do meu marido. **(Visit. 5)**

Pouco tempo de visita, o jeito que os médicos falam de forma grossa e mal explicada. **(Visit. 6)**

Como pode-se perceber foram destacados como positivos a oportunidade de visita diária ao paciente, a fala clara e objetiva dos profissionais de enfermagem, o tratamento com respeito e dignidade prestado a eles, assim como toda explicação sobre o estado do paciente e a doença que mesmo possui. Por outro lado, salientaram que o período curto de tempo disponibilizado para a visita ao paciente, os termos utilizados pelos médicos que eles não compreendem e a forma, muitas vezes rude e grosseira como os tratam, constituem aspectos negativos.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Sabe-se que a humanização da assistência é algo que vem sendo muito discutido atualmente, uma vez que possui grande relevância quando se trata da qualificação do cuidado prestado ao próximo. Nesse viés a comunicação eficiente e eficaz é uma das estratégias utilizadas pela equipe para nortear essa inter-relação entre equipe multidisciplinar, paciente e família, de forma que a mesma deve ser feita de forma clara e objetiva, preservando sempre a fidedignidade das informações passadas.

Nesse sentido, os resultados da pesquisa possibilitaram contemplar as questões norteadoras e os objetivos do estudo, apontam ainda para a necessidade de qualificação dos profissionais referentes à humanização da assistência mesmo diante das dificuldades encontradas na terapia intensiva, sobretudo no que tange a utilização de estratégias para efetivar as diretrizes que fazem parte do protocolo de segurança do paciente.

Ficaram nítidas também as dificuldades encontradas pelos familiares em compreender os termos técnicos utilizados pelos médicos durante o boletim diário e a maneira em que os mesmos se portam para com o familiar, muitas vezes de forma rude e grosseira.

É importante ressaltar o posicionamento da equipe sobre a necessidade de melhorias para o entretenimento dos pacientes de forma que os mesmos possam se sentir mais acolhido pelo setor, uma vez que uma UTI é considerado um local pouco acolhedor.

Dessa forma, a partir da realização desse estudo evidencia-se a necessidade de desenvolver estratégias que facilitem a atuação da equipe multiprofissional no processo de comunicação com o familiar, de forma que não haja dúvida de nada quanto ao quadro do paciente.

Chama-se a atenção ainda para a deficiência dos médicos para com a humanização quando se refere a assistência ao familiar.

Assim, espera-se que o estudo contribua com a literatura existente, sendo uma fonte de conhecimento para os estudantes e profissionais, para que esses possam qualificar o processo de comunicação, voltado para o cuidar humanizado de enfermagem ao paciente e familiar.

REFERÊNCIAS

- ALFARO, LEFREVE R. **Aplicação do processo de enfermagem**: um guia passo a passo. Porto Alegre, RS: Artes Médicas; 2002. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072006000400010. Acesso em: 23.nov.2015.
- BALSANELLI, A. P; CUNHA, I. C. K. **Liderança no contexto da enfermagem**. Rev. Esc. Enferm. USP, São Paulo, v. 40, n.1, p. 117-122. Set, 2006. Disponível em: http://www.inicepg.univap.br/cd/INIC_2009/anais/arquivos/0148_0069_01.pdf. Acesso em: 27.nov.2015.
- BALSANELLI, A. P; CUNHA, I. C. K. **Liderança no contexto da enfermagem**. Rev. Esc. Enferm. USP, São Paulo, v. 40, n.1, p. 117-122. Set 2006. Disponível em: <http://www.ee.usp.br/reeusp/upload/pdf/227.pdf>. Acesso em: 07.jun.2016.
- BARBOSA EMA, BRASIL VV. **Boletim informativo em UTI**: percepção de familiares e profissionais da saúde. Rev. Eletr. Enf. [Internet]. 2007 [cited 2008 mar 17];9(2):315-28. Disponível em: <http://repositorio.furg.br/bitstream/handle/1/1170/Comunica%C3%A7%C3%A3o%20como%20instrumento%20de%20humaniza%C3%A7%C3%A3o%20do%20cuidado%20de%20enfermagem%3a%20experi%C3%AAs%20em%20unidade%20de%20terapia%20intensiva?sequence=1> Acesso em: 09.dez.2015.
- BIGOLIN MFF. **Comunicação organizacional**: um estudo multicasos em centros de saúde no município de palhoça. Santa Catarina. Dissertação [Mestrado em Ciências da Saúde] -Universidade do Sul de Santa Catarina; 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v66n1/v66n1a07.pdf>. Acesso em: 10.dez.2015.
- BENEVIDES, R.; PASSOS, E. A humanização como dimensão pública das políticas de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 561-571, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/physis/v19n4/v19n4a10.pdf>. Acesso em: 17.out.2015
- BRAGA EM. **Competência em comunicação**: uma ponte entre aprendizado e ensino na Enfermagem [tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v20n4/03.pdf>. Acesso em: 26.nov.2015.
- BRASIL. **Ministério da saúde**. Portaria n.3432, de 12 de agosto de 1998. Estabelece critérios de classificação entre as Unidades de Tratamento Intensivo [legislação na internet]. Brasília; 1998. [citado 2004 ago. 30]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342009000100004. Acesso em: 06.ago.2015.
- _____. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Humaniza SUS**: documento base para gestores e trabalhadores do SUS. 3.ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Disponível

em:<http://site.ufvjm.edu.br/revistamultidisciplinar/files/2011/09/ODesenvolvimento-da-Pol%C3%ADtica-Nacional-de-Humaniza%C3%A7%C3%A3o.pdf>. Acesso em: 03.nov.2015.

_____. Ministério da Saúde. **Cartilha da PNH: acolhimento com classificação de risco**. Brasília, Ministério da Saúde, 2004. Disponível em:<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/0650.pdf>. Acesso em 23.nov.2015.

_____. Ministério da Saúde. Portaria Nº648. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da saúde, 2006. Disponível em:<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/0650.pdf>. Acesso em 22.nov.2015.

_____. Política nacional de humanização. **HumanizaSUS**, 2005. Disponível em:<http://www.scielo.br/pdf/pe/v11n2/v11n2a1o>. Acesso em: 23.nov.2015.

_____, **Resolução número 466 de 12 de Dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde**. Disponível em: http://www.sap.sp.gov.br/download_files/pdf_files/comite_de_etica_em_pesquisa_SAP/resolucao-466_12-12.pdf. Acesso em: 10.dez.2015.

_____. **Conselho.Federal.de.Enfermagem**,2009.Disponível.em http://www.cofen.gov.br/resoluco-cofen-3582009_4384.html. Acesso em: 10.dez.2015.

_____, **Resolução número 466 de 12 de Dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde**. Disponível em: http://www.sap.sp.gov.br/download_files/pdf_files/comite_de_etica_em_pesquisa_SAP/resolucao-466_12-12.pdf. Acesso em: 02.mai.2015.

_____. Ministério da Saúde. **Programa Nacional de Humanização Hospitalar**. Brasília, 2002. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pnhah01.pdf>. Acesso em: 25.nov.2015.

CARDOSO, O.O. **Comunicação empresarial versus comunicação organizacional: novos desafios teóricos**. RevAdm Pública,2006;46(6):1123-44. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v66n1/v66n1a07.pdf>. Acesso em: 10.dez.2015.

CASATE JC, CORRÊA AK. **Humanização do atendimento em saúde: conhecimento veiculado na literatura brasileira de enfermagem**. RevLatinoam Enfermagem. 2005; 13(1): 105- 11. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672010000100024. Acesso em:23.nov.2015.

DESLANDES, F.S. Análise do discurso oficial sobre a humanização da assistência hospitalar. **Ciência eSaúde coletiva**. V.9, n.1, p.7-14, 2004. Disponível em:<http://www.scielo.br/pdf/csc/v9n1/19819.pdf>. Acesso em: 05.ago.2015.

DUTRA BS, etal. **Significado para as mães de conviver com a internação de um filho em uma unidade de terapia intensiva neonatal**. RevEnferm UFPE. 2010;4(4):1743-52. [Citado em 2012 jan. 4]. Disponível em: <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/915>. Acesso em: 26.nov.2015.

FERREIRA MIPR. **A comunicação entre a equipe de saúde e o paciente em coma:** dois mundos diferentes em interação [dissertation]. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina/UFSC; 2000. 106 p. Disponível em: <http://repositorio.furg.br/bitstream/handle/1/1170/Comunica%C3%A7%C3%A3o%20como%20instrumento%20de%20humaniza%C3%A7%C3%A3o%20do%20cuidado%20de%20enfermagem%3a%20experi%C3%AAncias%20em%20unidade%20de%20terapia%20intensiva?sequence=1> Acesso em: 09.dez.2015.

FONTES, C.A.S; ALVIM N.A.T. **A relação humana no cuidado de enfermagem junto ao cliente com câncer submetido a terapêutica antineoplásica.** Acta Paul Enferm. 2008.21(1): 77-83. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v22n3/a14v22n3.pdf>. Acesso em: 06.jun.2016.

FREIRE P. **Extensão ou comunicação?** Rio de Janeiro: Paz e Terra; 1983. Disponível em: <http://www.scielo.org/pdf/csc/v12n6/v12n6a19>. Acesso em: 26.nov.2015.

GALVÃO CM. **Liderança situacional:** uma contribuição ao trabalho do enfermeiro líder no contexto hospitalar [tese]. Ribeirão Preto (SP): Escola de Enfermagem/USP; 1995. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232007000600021. Acesso em:27.nov.2015.

GARCIA TR, NÓBREGA MML. **Sistematização da assistência de enfermagem:** reflexões sobre o processo: livro resumo. In : Anais do 52o Congresso Brasileiro de Enfermagem;2000 Out 21-26; Recife, Brasil. Recife (PE): Associação Brasileira de Enfermagem; 2000.p.680.Disponível em:http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072006000400010. Acesso em:16.out.2015.

GIL, A.C. **Como elaborara projetos de pesquisa.**4. ed. São Paulo: Atlas,2002.Disponível em:https://professores.faccat.br/moodle/pluginfile.php/13410/mod_resource/content/1/como_elaborar_projeto_de_pesquisa_antonio_carlos_gil.pdf>. Acesso em: 10.dez.2015.

GOMES AM. **Enfermagem na UTI.** 2ª ed. São Paulo: EPU; 1988. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342009000100007. Acesso em: 10.ago.2015.

HORTA, W.A. **Processo de Enfermagem.** São Paulo: EPU; C1979. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342009000100007. Acesso em: 19.set.15.

LIMA SB. A comunicação organizacional rompendo barreiras. **Rev CCEI - URCAMP** 2003;7(11):32-7. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v66n1/v66n1a07.pdf>. Acesso em: 10.dez.2015.

LEFEVRE, R.A. **Aplicação do processo de enfermagem:** promoção do cuidado colaborativo. 5ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2002. Disponível em: <http://www.unifra.br/eventos/sepe2012/Trabalhos/6689.pdf>. Acesso em 23.nov.2015

MARQUES RC, SILVA MJP, MAIA FOM. Comunicação entre profissional de saúde e familiares de pacientes em Terapia Intensiva. **RevEnferm UERJ**. 2009;17(1):91-5. Disponível em: <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/915> Acesso em: 26.nov.2015.

MARTINS, M. C. F. **Humanização das relações assistenciais de saúde: a formação do profissional de saúde**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2001. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/pe/v11n2/v11n2a10>. Acesso em: 22.nov.2015.

MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M. **Fundamentos de metodologia científica**. 7ª ed. São Paulo: Atlas, 2010. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X1992000300013&script=sci_arttext. Acesso em: 09.dez. 2015.

MATTÉ VM, THOFERN MB, MUNIZ RM. Opinião dos enfermeiros quanto à aplicabilidade do processo de enfermagem em unidade de tratamento intensivo. **Rev. Gaúcha Enferm**. 2001 Jan; 22 (1): 101-22. Disponível em: <http://www.seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/viewFile/4354/2302>. Acesso em: 23.nov.2015.

MAXIMIANO ACA. **Introdução à administração**. São Paulo: Atlas; 2000. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v66n1/v66n1a07.pdf>. Acesso em: 10.dez.2015.

MEZZOMO, A. A. **Humanização hospitalar**. 1. ed. Fortaleza: Realce, 2002. Disponível em: <http://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/3049/2/Cledi.pdf>. Acesso em: 20.ago.2015.

MEZZOMO, A. A. et al. **Fundamentos da humanização hospitalar: uma visão multiprofissional**. São Paulo, 2003. Disponível em: <http://www.unaerp.br/sici-unaerp/edicoes-antiores/2004/secao-5/869-reflexoes-sobre-a-assistencia-de-enfermagem-aos-familiares-que-perderam-um-ente-querido/file>. Acesso em: 07.jun.2016.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 12. ed. São Paulo: Hucitec, 2010.

MITCHEL, M.H. **Metodologia e Pesquisa Científica em Ciências Sociais**. Atlas: São Paulo. 2005. Acesso em: 19.out.2015.

MORAES, J.C.; GARCIA, V. da G.L.; FONSECA, A. da S. Assistência prestada na unidade de terapia intensiva adulta: Visão dos clientes. **Revista Nursing**.v.79, n.7, 2004. Disponível em: https://www.fen.ufg.br/fen_revista/revista8_3/v8n3a08.htm. Acesso em 23. nov.2015.

MOTA GP, FRANÇA FCV. **Comunicação não verbal em unidade de terapia intensiva: validação de um método alternativo**. Com Ciências Saúde. 2010;21(1):39-48. Disponível em: <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/915> Acesso em: 26.nov.2015.

ORIÁ MOB, MORAES LMP, VICTOR JFA. **Comunicação como instrumento do enfermeiro para o cuidado emocional do cliente hospitalizado**. Rev. Eletr. Enf. [Internet]. 2004 [cited 2008 dec 31];6(2):292-7. Disponível em: <http://repositorio.furg.br/bitstream/handle/1/1170/Comunica%C3%A7%C3%A3o%20co>

mo%20instrumento%20de%20humaniza%C3%A7%C3%A3o%20do%20cuidado%20de%20enfermagem%3a%20experi%C3%AAs%20em%20unidade%20de%20terapia%20intensiva?sequence=1 Acesso em: 09.dez.2015.

PADILHA KG. **Ocorrências iatrogênicas em Unidade de Terapia Intensiva (UTI): análise dos fatores relacionados.** Rev Paul Enferm. 2006;25(1):18-23. Disponível em:<http://www.scielo.br/pdf/rbti/v21n3/a07v21n3> Acesso em :28.out.15.

PADILHA KG. Ocorrências iatrogênicas na UTI e o enfoque de qualidade. **Rev Latinoam Enferm.** 2001;9(5):91-6. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbti/v21n3/a07v21n3> Acesso em :28.out.15.

PEDUZZI M. **Equipe Multiprofissional de Saúde: conceito e tipologia.** Rev. Saúde Pública, 2001; 35(1):103-109. Disponível em:http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232007000600021. Acesso em: 27.nov.2015.

PONTES AC, LEITÃO IMTA, RAMOS IC. **Comunicação terapêutica em enfermagem: Instrumento essencial do cuidado.** Rev Bras Enferm. 2008;61(3):312-8. Disponível em:<http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/915> Acesso em: 26.nov.2015.

POTTER PA, PERRY AG. **Fundamentos de enfermagem.** 5ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2004. Disponível em:<http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/view/419/pdf>. Acesso em: 09.dez.2015.

PUCCINE, P.T; CECÍLIO L.C.O. **A humanização dos serviços e o direito à saúde.** Cad Saúde Pública. 2004. Disponível em:http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X2004000500029&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em: 06. jun.2016.

QUES ÁAM, MONTORO CH, GONZALEZ MG. Strengths and Threats Regarding the Patient's Safety: Nursing Professionals' Opinion. **Rev Latinoam Enferm** 2010 mai/jun;18(3):339-45. Disponível em:<http://apps.cofen.gov.br/cbcentf/sistemainscricoes/arquivosTrabalhos/I52927.E12.T10104.D8AP.pdf>. Acesso em:25.nov.12.

RIGOBELLO MCG, et al. **Clima de segurança do paciente: percepção dos profissionais de enfermagem.** Acta Paul Enferm 2012; 25(5):728-35. Disponível em: <http://apps.cofen.gov.br/cbcentf/sistemainscricoes/arquivosTrabalhos/I52927.E12.T10104.D8AP.pdf>. Acesso em:25.nov.12.

RODRIGUES, M.V.C; FERREIRA, E.D; MENEZES, T.M.O. **Comunicação da enfermeira com pacientes portadores de câncer fora de possibilidade de cura.** Rev enferm UERJ. Rio de Janeiro, v.18, n.1, p. 86-91, 2010. Disponível em: <http://www.facenf.uerj.br/v18n1/v18n1a15.pdf>. Acesso em: 06.jun.2016.

ROCKENBACK, L.H. **A Enfermagem e a humanização do paciente.** Rev Bras Enferm. 1985 jan-mar.;38(ed. especial):49-54. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v59n1/a15v59n1.pdf>. Acesso em: 16.out.2015

ROTHSCHILD JM, Landrigan CP, Cronin JW, Kauschal R, Lockley SE, Burdick E, et al. **The Critical Care Safety Study:** the incidence and nature of adverse events and serious medical errors in intensive care. CritCare Med. 2005;33(8):1694-700. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v46nspe/11.pdf>. Acesso em: 25.nov.2015.

ROSSI LA, CARVALHO EC. **A coleta de dados:** relação com modelos, filosofia institucional e recursos disponíveis. In: Anais do 3o Fórum Mineiro de Enfermagem; 2002 Nov 20-21; Uberlândia, Brasil. Uberlândia: Universidade Federal de Uberlândia; 2002. p.21-8. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072006000400010. Acesso em: 22.nov.2015.

SANTOS CCV, SHIRATORI K. **A influência da comunicação não verbal no cuidado de enfermagem.** Rev Bras Enferm. 2005;58(4):434-7. Disponível em: <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/915>. Acesso em: 26.nov.2015.

SILVA MJP. **Comunicação tem remédio:** a comunicação nas relações interpessoais em saúde. 11a ed. São Paulo: Loyola; 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v20n4/03.pdf>. Acesso em: 26.nov.2012.

_____. **Comunicação tem remédio:** a comunicação nas relações interpessoais em saúde. 4ª ed. São Paulo: Gente; 1996. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v39n4/07>. Acesso em: 09.dez.2015.

SILVA LMG, et al. **Comunicação não verbal:** reflexões acerca da linguagem corporal. Rev Latino-am Enfermagem. 2000;8(4):52-8. Disponível em: <http://repositorio.furg.br/bitstream/handle/1/1170/Comunica%C3%A7%C3%A3o%20como%20instrumento%20de%20humaniza%C3%A7%C3%A3o%20do%20cuidado%20de%20enfermagem%3a%20experi%C3%A7%C3%A3o%20em%20unidade%20de%20terapia%20intensiva?sequence=1> Acesso em: 09. dez.2015.

SOUSA MRG, SILVA AEBC, Bezerra ALQ, Freitas JSF, Miasso AI. **Eventos adversos em hemodiálise:** relatos de profissionais de enfermagem. Rev Esc Enferm USP 2013; 47(1): 76-83. Disponível em: <http://apps.cofen.gov.br/cbcentf/sistemainscricoes/arquivosTrabalhos/I52927.E12.T10104.D8AP.pdf>. Acesso em: 25.nov.12.

STEFANELLI, M.C.; CARVALHO, E.C.; ARANTES, E.C. **A comunicação nos diferentes contextos da enfermagem.** Barueri, São Paulo: Manole, 2005. Disponível em: <http://www.ufjf.br/admenf/files/2010/03/Comunica%C3%A7%C3%A3o-27-09.pdf>. Acesso em: 06.jun.2016

_____. **A comunicação nos diferentes contextos da enfermagem.** São Paulo: Manole, 2012. Disponível em: <http://publicacoes.unigranrio.br/index.php/rcs/article/viewFile/1901/905>. Acesso em: 07.jun.2016.

STUART, G.W.LARAIA, M.T **Enfermagem psiquiátricas** 4 ed.. Rio de Janeiro: Reichmann& Affonso editores 2002. Disponível em:http://www.inicepg.univap.br/cd/INIC_2009/anais/arquivos/0148_0069_01.pdf. Acesso em:27.nov.2015.

TAKAHASHI, R.T; PEREIRA, L.L. Liderança e comunicação. **Rev. Esc. Enfermagem USP** 1991; 25(2): 123–35. Disponível em:http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_nlinks&ref=000096&pid=S1413-8123200700060002100003&lng=en. Acesso em: 27. ago.2016.

WALDOW,V.R. **Cuidado humano**: o resgate necessário. Porto Alegre: Artes Médicas; 1998. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v58n2/a17.pdf>.Acesso em: 27.set.2015.

ZOBOLI,E.L.C.P. **Bioética do cuidado**: a ênfase na dimensão racional. Revista estima. 2003; 1 (1): 38-40. Disponível em:<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v43n1/04.pdf>.Acesso em: 06.ago.2015.

APÊNDICES

APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (conforme Resolução CNS nº 466/2012)

APÊNDICE A

O (A) Senhor (a) está sendo convidado (a) a participar do estudo intitulado “**Comunicação eficiente e eficaz: caminhos para a humanização do cuidado de enfermagem em uma organização hospitalar**”. Esta pesquisa se justifica por permitir novos conhecimentos na área sobre a temática, mesmo já se tendo certo arcabouço teórico sobre o objeto. Também, poderá contribuir para que os profissionais de enfermagem possam refletir sobre suas práticas, reavaliando comportamentos e ações nesse ambiente de alta complexidade.

Assim o estudo traz como objetivo geral :Investigar como a comunicação pode ser uma ferramenta mais eficiente e eficaz no desenvolvimento do cuidado humanizado de enfermagem ao paciente e família em uma organização hospitalar doMunicípio Baiano. Como objetivos específicos:identificar o conhecimento dos profissionais de enfermagem sobre a humanização do cuidado. Verificar os fatores que tem interferido na comunicação durante o processo do cuidar. Conhecer as estratégias da equipe de enfermagem para o cuidado humanizado. Identificar a contribuição da comunicação eficaz no processo de humanização do cuidado

Trata-se de um estudo descritivo de abordagem qualitativa, que será realizado no 1º semestre de 2016, em uma organização hospitalar do Município Baiano: inicialmente será realizada uma entrevista semiestruturada contendo 06 questões. Na segunda fase, será realizada a análise dos dados e por fim os resultados finais.Como instrumento de coleta de dados, será realizado uma entrevista estruturada. Para análise e tratamento dos dados será utilizada a análise temática de Minayo (2010).

Foi-me concedido um prazo adequado, para que eu pudesse refletir ou consultar familiares, ou ainda terceiros, para ajudar na tomada de decisão quanto a minha adesão à pesquisa.

Solicito gentilmente que o (a) senhor (a) leia atentamente este Termo de Consentimento, em toda sua íntegra, antes de decidir sobre a sua participação voluntária na pesquisa.

Gostaríamos de também informar que o (a) senhor (a) poderá se recusar a participar do estudo, ou retirar seu consentimento a qualquer momento, sem precisar justificar, e caso desejar sair da pesquisa, tal fato não terá prejuízos para o (a) senhor (a).

Informamos que sua privacidade será respeitada, ou seja, seu nome ou qualquer outro dado ou elemento que possa, de qualquer forma, identificá-lo (a), será mantido em sigilo.

Caso o senhor (a) se sinta a vontade em participar da pesquisa, informamos que uma via deste termo de consentimento livre e esclarecido será assinado na página final, pelo (a) senhor (a), pelo (a) pesquisador (a) responsável Fernanda Pinheiro Santos; contendo rubricas em todas as folhas do TCLE. Informamos que qualquer despesa decorrente da participação na pesquisa será reembolsada e caso ocorra algum dano decorrente da sua participação no estudo, o (a) senhor(a) será indenizado (a), conforme determina a lei.

Os pesquisadores envolvidos com o referido projeto são Prof.^aMsc Maria do Espírito Santo da Silva e Andrielle de Oliveira Magalhães, respectivamente, orientador(a) do projeto e estudante do Curso de Bacharelado em Enfermagem, ambas da Faculdade Maria Milza. O (A) senhor (a) poderá manter contato com eles pelos telefones (75) 983730545 dúvidas também poderão ser esclarecidas na FAMAM pelo telefone institucional (75) 3638-2119 junto ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da FAMAM, pelo telefone (75) 36382549, localizado na Rodovia BR, 101, Km 215- Zona Rural, Sungaia.

Como a pesquisa será efetuada a partir do método observacional e análise documental, o risco da pesquisa seria a divulgação dos dados sem respeito a Resolução N°466/2012, e alteração do comportamento real do pesquisado (constrangimento dos sujeitos) observados durante a pesquisa. Esses riscos serão minimizados a partir da descrição previa feita pelo pesquisador sobre a pesquisa, a não

interferência do pesquisador, fidelidade na coleta e interpretação dos dados, além da imparcialidade do pesquisador. Em relação dos benefícios trata-se em minimizar a taxa de mortalidade materno infantil realizando um pré-natal de qualidade nas Unidades Básicas de Saúde.

Após realização da análise os instrumentos de coleta de dados com os registros de informações dos participantes da pesquisa serão arquivados pelos Pesquisadores responsáveis, por cinco anos. Os participantes terão acesso aos resultados da pesquisa, assim como os resultados da pesquisa serão tornados públicos, por meio de revistas e periódicos.

Governador Mangabeira, de de 2015.

Nome e assinatura do (a) participante da pesquisa

Msc Maria do Espirito Santo da Silva

Pesquisadora responsável

Andrielle de Oliveira Magalhães

Estudante de graduação

APÊNDICE B- ROTEIRO DE ENTREVISTA DA EQUIPE DE ENFERMAGEM



PESQUISADOR RESPONSÁVEL: Maria do Espírito Santoda Silva
ACADÊMICA PESQUISADORA: Andrielle de Oliveira Magalhães
TÍTULO DO PROJETO: COMUNICAÇÃO EFICIENTE E EFICAZ: CAMINHOS PARA A
HUMANIZAÇÃO DO CUIDADO DE ENFERMAGEM EM UMA ORGANIZAÇÃO
HOSPITALAR

Data: __/__/2016

Entrevista N^o _____

Início: _____ hs Término: _____ hs

1. CARACTERIZAÇÃO DO ENTREVISTADO

Idade _____

Sexo _____

Tempo de formação _____

Tempo de atuação na área _____

Tempo de atuação na UTI _____

Especialização na

área _____

2. QUESTÕES DO ESTUDO

1. O que você entende sobre Comunicação eficiente e eficaz?
2. Quais estratégias são realizadas por você através da comunicação para realização de uma assistência qualificada?
3. Quais as principais dificuldades enfrentadas para a execução dessas estratégias?

4. Como é a relação entre profissional, paciente e familiar nesse ambiente de alta complexidade?

5. O que você entende como humanização da assistência de enfermagem?

6. Quais as principais dificuldades encontradas na UTI para realização do cuidado humanizado?

APÊNDICE C- ROTEIRO DE ENTREVISTA DO VISITANTE



PESQUISADOR RESPONSÁVEL: Maria do Espirito Santo
ACADÊMICA PESQUISADORA: Andrielle de Oliveira Magalhães
TÍTULO DO PROJETO: COMUNICAÇÃO EFICIENTE E EFICAZ: CAMINHOS PARA A
HUMANIZAÇÃO DO CUIDADO DE ENFERMAGEM EM UMA ORGANIZAÇÃO
HOSPITALAR

Formulário para Aplicação aos Familiares

Data: __/__/2016

Formulário Nº:.....

Início:.....hs Término:.....hs

1. CARACTERIZAÇÃO DO ENTREVISTADO

1.1 Profissão:..... 1.2 Idade:..... 1.3 Sexo:..... 1.4 Religião:.....

1.5 Período em que o familiar se encontra internado (a) na UTI () Dias..... () Mês.....

1.6 Grau de parentesco.....

1.7 Grau de Escolaridade.....

2. QUESTÕES RELATIVAS AO ESTUDO

2.1. O que você entende por assistência humanizada?

2.2 Você considera humanizada a assistência que você recebe? () Sim () Não

2.3 O que você considera necessário para uma boa comunicação?

2.4 Como está sendo a comunicação entre você e a equipe de enfermagem?

2.5. Como está sendo a recepção da equipe da UTI para com a família?

2.6 Você está sendo informado (a) devidamente sobre o quadro clínico do paciente e as condutas realizadas?

() Sim () Não

2.7 As informações fornecidas no boletim médico e pela equipe assistencial facilitam a sua compreensão? () Sim () Não (Outro).....

2.8 Quais as facilidades e dificuldades encontradas no seu processo de comunicação com a equipe assistencial?

| Nº | Facilidades | Dificuldades |
|----|-------------|--------------|
| | | |

APÊNDICE D- DECLARAÇÃO DO ORIENTADOR

32

APÊNDICE C- DECLARAÇÃO DO ORIENTADOR



Faculdade Maria Milza
Bacharelado em Enfermagem

APÊNDICE C- TERMO DE COMPROMISSO DO ORIENTADOR

Declaro para os devidos fins estar acompanhando a pesquisa **COMUNICAÇÃO EFICIENTE E EFICAZ: CAMINHOS PARA A HUMANIZAÇÃO DO CUIDADO DE ENFERMAGEM EM UMA ORGANIZAÇÃO HOSPITALAR** e afirmo que a mesma pode ser encaminhada ao Comitê de Ética e Pesquisa da Faculdade Maria Milza para a sua apreciação.

Governador Mangabeira, abril de 2016.

Docente/orientador

APÊNDICE E- TERMO DE COMPROMISSO ÉTICO DO PESQUISADOR

33

APÊNDICE D - TERMO DE COMPROMISSO ÉTICO DO PESQUISADOR

Faculdade Maria Milza
Bacharelado em Enfermagem

APÊNDICE D - TERMO DE COMPROMISSO DO ALUNO PESQUISADOR

Em face da possibilidade de utilizar o Termo de Consentimento Livre Esclarecimento do estudo intitulado: **COMUNICAÇÃO EFICIENTE E EFICAZ: CAMINHOS PARA A HUMANIZAÇÃO DO CUIDADO DE ENFERMAGEM EM UMA ORGANIZAÇÃO HOSPITALAR**. Afirmarei através deste documento, compromisso ético, de acordo com a resolução 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde, que versa sobre a pesquisa envolvendo seres humanos, de resguardar o sigilo fiel das informações obtidas, bem como garantir a utilização dos dados exclusivos para fins científicos.

Governador Mangabeira-BA, 10 de 06 de 2016.

Andrielle de Oliveira Magalães
Pesquisadora e Graduanda Enfermagem

Maria do Espírito Santo
Pesquisadora Responsável

ANEXOS



ANEXO A: ANUÊNCIA HOSPITALAR PARA EXECURÇÃO DA PESQUISA

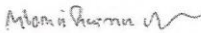


HOSPITAL GERAL ROBERTO SANTOS

Salvador-Ba, 16 de Dezembro 2015

DECLARAÇÃO

Declaro conhecer e cumprir as Resoluções Éticas Brasileiras, em especial a Resolução CNS 466/2012. Esta organização está ciente de suas co-responsabilidades como organização co-participante do projeto de pesquisa intitulado "COMUNICAÇÃO EFICIENTE EFICAZ: CAMINHOS PARA HUMANIZAÇÃO DO CUIDADO DE ENFERMAGEM EM UMA ORGANIZAÇÃO HOSPITALAR.", de autoria da graduanda de Enfermagem Andrielle De Oliveira Magalhães tendo como origem a FACULDADE MARIA MILZA, e de seu compromisso no resguardo da segurança e bem-estar dos sujeitos de pesquisa nela recrutados, dispondo de infra-estrutura necessária para garantia de tal segurança e bem-estar.


Dr. Antônio Raimundo Pinto de Almeida
Diretor Geral - HGRS



ANEXO B: CADASTRO NA PLATAFORMA BRASIL

| Plataforma Brasil | | | |
|---|---|---------------------|---|
| MINISTÉRIO DA SAÚDE - Conselho Nacional de Saúde - Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - CONEP FOLHA DE ROSTO PARA PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS | | | |
| 1. Projeto de Pesquisa: COMUNICAÇÃO EFICIENTE E EFICAZ: CAMINHOS PARA A HUMANIZAÇÃO DO CUIDADO DE ENFERMAGEM EM UMA ORGANIZAÇÃO HOSPITALAR | | | |
| 2. Número de Participantes da Pesquisa: 61 | | | |
| 3. Área Temática: | | | |
| 4. Área do Conhecimento: Grande Área 4. Ciências da Saúde | | | |
| PESQUISADOR RESPONSÁVEL | | | |
| 5. Nome: MARIA DO ESPIRITO SANTO DA SILVA | | | |
| 6. CPF: 116.091.505-97 | 7. Endereço (Rua, n.º): DESEMBARGADOR GILBERTO ANDRADE CHAME-CHAME N 92 APT 01 SALVADOR BAHIA 40157200 | | |
| 8. Nacionalidade: BRASILEIRO | 9. Telefone: (71) 3235-5639 | 10. Outro Telefone: | 11. Email: maria.do.espirito@gmail.com |
| Termo de Compromisso: Declaro que conheço e cumprirei os requisitos da Resolução CNS 466/12 e suas complementares. Comprometo-me a utilizar os materiais e dados coletados exclusivamente para os fins previstos no protocolo e a publicar os resultados sejam eles favoráveis ou não. Aceito as responsabilidades pela condução científica do projeto acima. Tenho ciência que essa folha será anexada ao projeto devidamente assinada por todos os responsáveis e fará parte integrante da documentação do mesmo. | | | |
| Data: 16, 02, 16 | | Assinatura | |
| INSTITUIÇÃO PROPONENTE | | | |
| 12. Nome: FACULDADE MARIA MILZA | 13. CNPJ: 04.920.006/0001-38 | 14. Unidade/Orgão: | |
| 15. Telefone: (75) 8864-3066 | 16. Outro Telefone: | | |
| Termo de Compromisso (do responsável pela instituição): Declaro que conheço e cumprirei os requisitos da Resolução CNS 466/12 e suas Complementares e como esta instituição tem condições para o desenvolvimento deste projeto, autorizo sua execução. | | | |
| Responsável: | Assinatura | | |
| Cargo/Função: | Diretora Acadêmica | | |
| CPF: | 49454496553 | | |
| Data: | 01, 03, 2016 | | |
| PATROCINADOR PRINCIPAL | | | |
| Não se aplica. | | | |
| Josemaria P. dos Santos Pinheiro Diretora Acadêmica Faculdade Maria Milza | | | |



ANEXO C: PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP



FACULDADE MARIA MILZA -
FAMAM/BA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: COMUNICAÇÃO EFICIENTE E EFICAZ: CAMINHOS PARA A HUMANIZAÇÃO DO CUIDADO DE ENFERMAGEM EM UMA ORGANIZAÇÃO HOSPITALAR

Pesquisador: MARIA DO ESPIRITO SANTO DA SILVA

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 54769616.9.0000.5025

Instituição Proponente: FACULDADE MARIA MILZA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.509.486

Apresentação do Projeto:

Esta pesquisa se justifica por que o cuidado humanizado de enfermagem baseia-se na transação do processo saúde-doença, de forma que o enfermeiro tem o papel de amenizar o sofrimento do paciente através da humanização da assistência, tendo como consequência a restauração da saúde em todos os aspectos. Assim, enquanto os profissionais se alternam, o paciente e a família são os mesmos e, nessa perspectiva, estão em posição-chave para, em parceria com a equipe, assegurar a continuidade do cuidado. Ratifica-se a necessidade que a comunicação entre profissional, paciente e familiar seja eficiente e eficaz de forma que o enfermeiro possa ter uma visão holística do cliente possibilitando que haja um cuidado humanizado e consequentemente a restauração da saúde.

A validade social desta pesquisa está relacionada com o fato que os profissionais de saúde buscam através da comunicação analisar quais condutas devem ser tomadas diante da patologia do cliente, utilizando da mesma para realizar a anamnese, promovendo educação em saúde e assim induzir a mudanças voltadas a restauração da saúde. Toda a equipe multidisciplinar utiliza da comunicação para a interação com o paciente e para que ele possa compreender as informações que estão sendo passadas, adaptando-se ao espaço, tempo e lugar o qual se encontram.

Enquanto a validade científica está relacionada com a possibilidade de produção de novos

Endereço: Rodovia BR. 101, Km 215 - Zona Rural, Sungaia
Bairro: Zona Rural **CEP:** 44.350-000
UF: BA **Município:** GOVERNADOR MANGABEIRA
Telefone: (75)3638-2549 **E-mail:** conselho.etica@famam.com.br



FACULDADE MARIA MILZA -
FAMAM/BA



Continuação do Parecer: 1.509.486

conhecimentos, que contribuirão com a literatura científica já existente e que subsidiará novas ações para a assistência humanizada em enfermagem. Essa pesquisa contribuirá com a formação acadêmica de uma Bacharelada em Enfermagem.

O suporte bibliográfico é adequado para o desenvolvimento da pesquisa.

O tema desta investigação é coerente com a formação e atuação da pesquisadora responsável, e se refere a uma pesquisa tecnicamente viável para o cenário em que está inserida. A investigação se refere a uma pesquisa descritiva com abordagem qualitativa, a ser realizada em uma organização hospitalar pública de alta complexidade. Serão participantes do estudo 61 profissionais da equipe de enfermagem, com no mínimo seis meses de atuação na Unidade de Terapia Intensiva que aceitaram participar do estudo, e familiares de pacientes com no mínimo de setenta e duas horas que aceitaram participar do estudo. Será utilizado como instrumento de coleta de dados uma entrevista semi-estruturada, contendo duas partes. A primeira contará de dados para caracterização dos participantes e a segunda constará dados sobre a temática do estudo. Além de questionários será realizado análise de documentos referentes ao processo de comunicação disponível na unidade. Para a análise dos dados será utilizada a técnica de análise de conteúdo.

Objetivo da Pesquisa:

OBJETIVO GERAL

Investigar como a comunicação pode ser uma ferramenta mais eficiente e eficaz no desenvolvimento do cuidado humanizado de enfermagem ao paciente e família em uma organização hospitalar de um município baiano.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Identificar o conhecimento dos profissionais de enfermagem sobre a humanização do cuidado;
- Verificar os fatores que tem interferido na comunicação durante o processo do cuidar;
- Conhecer as estratégias da equipe de enfermagem para o cuidado humanizado;
- Identificar a contribuição da comunicação eficaz no processo de humanização do cuidado.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os participantes que aceitarem participar da pesquisa estarão expostos ao risco de constrangimento durante o preenchimento do questionário; para minimizar tal risco as pesquisadoras estarão disponíveis a todo o momento para ajudá-los. E ainda, os participantes poderão responder aos questionários em local e hora mais adequados e convenientes aos

Endereço: Rodovia BR. 101, Km 215 - Zona Rural, Sungaia
 Bairro: Zona Rural CEP: 44.350-000
 UF: BA Município: GOVERNADOR MANGABEIRA
 Telefone: (75)3638-2549 E-mail: conselho.etica@famam.com.br



FACULDADE MARIA MILZA -
FAMAM/BA



Continuação do Parecer: 1.509.486

mesmos. Caso os participantes ainda se sintam constrangidos ou incomodados para responder alguma questão a coleta de dados será interrompida imediatamente.

Os que aceitarem participar da pesquisa irão contribuir para evidenciar como a comunicação pode ser uma ferramenta mais eficiente e eficaz no desenvolvimento do cuidado humanizado de enfermagem ao paciente e família em uma organização hospitalar de um município baiano. De maneira que esse processo seja otimizado para que avanços e melhorias ocorram no processo doença-saúde, em favor do cliente e seus familiares.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O cuidado de enfermagem ao paciente requer do enfermeiro uma visão holística baseada na eficiência e eficácia da comunicação, utilizando de todo seu conhecimento técnico-científico, sensibilidade e interação, fazendo com que a assistência prestada seja realizada como empatia, intuição, percepção aguçada para que assim possa atender às necessidades apresentadas pelo paciente. O cuidado humanizado de enfermagem baseia-se na transação do processo saúde-doença, de forma que o enfermeiro tem o papel de amenizar o sofrimento do paciente através da humanização da assistência, tendo como consequência a restauração da saúde em todos os aspectos. Ratifica-se a necessidade que a comunicação entre profissional, paciente e familiar seja eficiente e eficaz de forma que o enfermeiro possa ter uma visão holística do cliente possibilitando que haja um cuidado humanizado e consequentemente a restauração da saúde.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os documentos que compõem um protocolo de pesquisa e necessários para análise dos aspectos éticos da proposta se encontram em consonância com a Resolução 466/12 do CNS.

Recomendações:

Na última folha do TCLE deve constar o nome do município no qual será realizada a pesquisa (Salvador) e não o município sede da FAMAM (Governador Mangabeira).

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não há.

Considerações Finais a critério do CEP:

A Resolução 466/12 da Conep/CNS/MS apresenta no parágrafo XI – DO PESQUISADOR RESPONSÁVEL e no subparágrafo XI.2 – Cabe ao Pesquisador e no item d) elaborar e apresentar os relatórios parciais e final. Por isso, esclarece-se que "Após a defesa da monografia, deve-se salva-la em arquivo PDF e enviá-la à Plataforma Brasil.

Endereço: Rodovia BR. 101, Km 215 - Zona Rural, Sungaia
Bairro: Zona Rural CEP: 44.350-000
UF: BA Município: GOVERNADOR MANGABEIRA
Telefone: (75)3638-2549 E-mail: conselho.etica@famam.com.br



FACULDADE MARIA MILZA -
FAMAM/BA



Continuação do Parecer: 1.509.486

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

| Tipo Documento | Arquivo | Postagem | Autor | Situação |
|---|--|------------------------|--|----------|
| Informações Básicas do Projeto | PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P ROJETO_666825.pdf | 27/03/2016 23:15:14 | | Aceito |
| Projeto Detalhado / Brochura Investigador | TrabalhoCompleto.doc | 27/03/2016 23:14:44 | MARIA DO ESPIRITO SANTO DA SILVA | Aceito |
| TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência | TCLE.docx | 27/03/2016 23:11:54 | MARIA DO ESPIRITO SANTO DA SILVA | Aceito |
| Declaração de Instituição e Infraestrutura | Declaracao.pdf | 27/03/2016 23:10:56 | MARIA DO ESPIRITO SANTO DA SILVA | Aceito |
| Folha de Rosto | FolhadeRostoAssinadaAnd.pdf | 27/03/2016 23:09:38 | MARIA DO ESPIRITO SANTO | Aceito |

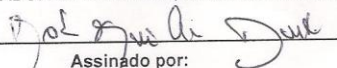
Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

GOVERNADOR MANGABEIRA, 20 de Abril de 2016


Assinado por:
Robson Ryli Cotrim Duete
(Coordenador)

Endereço: Rodovia BR. 101, Km 215 - Zona Rural, Sungaia
Bairro: Zona Rural CEP: 44.350-000
UF: BA Município: GOVERNADOR MANGABEIRA
Telefone: (75)3638-2549 E-mail: conselho.etica@famam.com.br



ANEXO D: RESOLUÇÃO COFEN Nº 358/ 2010



RESOLUÇÃO COFEN-358/2009

Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem, e dá outras providências

Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem, e dá outras providências. O Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), no uso de suas atribuições legais que lhe são conferidas pela Lei nº 5.905, de 12 de julho de 1973, e pelo Regimento da Autarquia, aprovado pela Resolução COFEN nº 242, de 31 de agosto de 2000;

CONSIDERANDO o art. 5º, Inciso XIII, e o art. 196 da Constituição da República Federativa do Brasil, promulgada em 05 de outubro de 1988;

CONSIDERANDO a Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, e o Decreto nº 94.406, de 08 de junho de 1987, que a regulamenta;

CONSIDERANDO os princípios fundamentais e as normas do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem, aprovado pela Resolução COFEN nº 311, de 08 de fevereiro de 2007;

CONSIDERANDO a evolução dos conceitos de Consulta de Enfermagem e de Sistematização da Assistência de Enfermagem; CONSIDERANDO que a Sistematização da Assistência de Enfermagem organiza o trabalho profissional quanto ao método, pessoal e instrumentos, tornando possível a operacionalização do processo de Enfermagem;

CONSIDERANDO que o processo de Enfermagem é um instrumento metodológico que orienta o cuidado profissional de Enfermagem e a documentação da prática profissional;

CONSIDERANDO que a operacionalização e documentação do Processo de Enfermagem evidencia a contribuição da Enfermagem na atenção à saúde da população, aumentando a visibilidade e o reconhecimento profissional;

CONSIDERANDO resultados de trabalho conjunto havido entre representantes do COFEN e da Subcomissão da Sistematização da Prática de Enfermagem e Diretoria da Associação Brasileira de Enfermagem, Gestão 2007-2010;

e CONSIDERANDO tudo o mais que consta nos autos do Processo nº 134/2009;

RESOLVE:

Art. 1º O Processo de Enfermagem deve ser realizado, de modo deliberado e sistemático, em todos os ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem.

§ 1º – os ambientes de que trata o caput deste artigo referem-se a instituições prestadoras de serviços de internação hospitalar, instituições prestadoras de serviços ambulatoriais de saúde, domicílios, escolas, associações comunitárias, fábricas, entre outros.

§ 2º – quando realizado em instituições prestadoras de serviços ambulatoriais de saúde, domicílios, escolas, associações comunitárias, entre outros, o Processo de Saúde de Enfermagem corresponde ao usualmente denominado nesses ambientes como Consulta de Enfermagem. Art. 2º O Processo de Enfermagem organiza-se em cinco etapas inter-relacionadas, interdependentes e recorrentes:

I – Coleta de dados de Enfermagem (ou Histórico de Enfermagem) – processo deliberado, sistemático e contínuo, realizado com o auxílio de métodos e técnicas variadas, que tem por finalidade a obtenção de informações sobre a pessoa, família ou coletividade humana e sobre suas respostas em um dado momento do processo saúde e doença.

II – Diagnóstico de Enfermagem – processo de interpretação e agrupamento dos dados coletados na primeira etapa, que culmina com a tomada de decisão sobre os conceitos diagnósticos de enfermagem que representam, com mais exatidão, as respostas da pessoa, família ou coletividade humana em um dado momento do processo saúde e doença; e que constituem a base para a seleção das ações ou intervenções com as quais se objetiva alcançar os resultados esperados.

III – Planejamento de Enfermagem – determinação dos resultados que se espera alcançar; e das ações ou intervenções de enfermagem que serão realizadas face às respostas da pessoa, família ou coletividade humana em um dado momento do processo saúde e doença, identificadas na etapa de Diagnóstico de Enfermagem.

IV – Implementação – realização das ações ou intervenções determinadas na etapa de Planejamento de Enfermagem.

V – Avaliação de Enfermagem – processo deliberado, sistemático e contínuo de verificação de mudanças nas respostas da pessoa, família ou coletividade humana em um dado momento do processo saúde doença, para determinar se as ações ou intervenções de enfermagem alcançaram o resultado esperado; e de verificação da necessidade de mudanças ou adaptações nas etapas do Processo de Enfermagem.

Art. 3º O Processo de Enfermagem deve estar baseado num suporte teórico que oriente a coleta de dados, o estabelecimento de diagnósticos de enfermagem e o planejamento das ações ou intervenções de enfermagem; e que forneça a base para a avaliação dos resultados de enfermagem alcançados.

Art. 4º Ao enfermeiro, observadas as disposições da Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986 e do Decreto nº 94.406, de 08 de junho de 1987, que a regulamenta, incumbe a liderança na execução e avaliação do Processo de Enfermagem, de modo a alcançar os resultados de enfermagem esperados, cabendo-lhe, privativamente, o diagnóstico de enfermagem acerca das respostas da pessoa, família ou coletividade humana em um dado momento do processo saúde e doença, bem como a prescrição das ações ou intervenções de enfermagem a serem realizadas, face a essas respostas.

Art. 5º O Técnico de Enfermagem e o Auxiliar de Enfermagem, em conformidade com o disposto na Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, e do Decreto 94.406, de 08 de junho de 1987, que a regulamenta, participam da execução do Processo de Enfermagem, naquilo que lhes couber, sob a supervisão e orientação do Enfermeiro.

Art. 6º A execução do Processo de Enfermagem deve ser registrada formalmente, envolvendo:

- a) um resumo dos dados coletados sobre a pessoa, família ou coletividade humana em um dado momento do processo saúde e doença;
- b) os diagnósticos de enfermagem acerca das respostas da pessoa, família ou coletividade humana em um dado momento do processo saúde e doença;
- c) as ações ou intervenções de enfermagem realizadas face aos diagnósticos de enfermagem identificados;
- d) os resultados alcançados como consequência das ações ou intervenções de enfermagem realizadas.

Art. 7º Compete ao Conselho Federal de Enfermagem e aos Conselhos Regionais de Enfermagem, no ato que lhes couber, promover as condições, entre as quais, firmar convênios ou estabelecer parcerias, para o cumprimento desta Resolução.

Art. 8º Esta Resolução entra em vigor na data de sua publicação, revogando-se as disposições contrárias, em especial, a Resolução COFEN nº 272/2002.

Brasília-DF, 15 de outubro de 2009.

MANOEL CARLOS NERI DA SILVA

COREN-RO nº 63.592

Presidente GELSON LUIZ DE ALBUQUERQUE

COREN-SC nº. 25.336

Primeiro-Secretário



ANEXO E: RDC Nº 36/2013 ANVISA



Ministério da Saúde
Agência Nacional de Vigilância Sanitária

RESOLUÇÃO - RDC Nº 36, DE 25 DE JULHO DE 2013

*Institui ações para a
 segurança do paciente em
 serviços de saúde e dá
 outras providências.*

A Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Vigilância Sanitária, no uso das atribuições que lhe conferem os incisos III e IV, do art. 15 da Lei n.º 9.782, de 26 de janeiro de 1999, o inciso II, e §§ 1º e 3º do art. 54 do Regimento Interno aprovado nos termos do Anexo I da Portaria nº 354 da ANVISA, de 11 de agosto de 2006, republicada no DOU de 21 de agosto de 2006, e suas atualizações, tendo em vista o disposto nos incisos III, do art. 2º, III e IV, do art. 7º da Lei n.º 9.782, de 1999, e o Programa de Melhoria do Processo de Regulamentação da Agência, instituído por meio da Portaria nº 422, de 16 de abril de 2008, em reunião realizada em 23 de julho de 2013, adota a seguinte Resolução da Diretoria Colegiada e eu, Diretor-Presidente, determino a sua publicação:

CAPÍTULO I

DAS DISPOSIÇÕES INICIAIS

Seção I

Objetivo

Art. 1º Esta Resolução tem por objetivo instituir ações para a promoção da segurança do paciente e a melhoria da qualidade nos serviços de saúde.

Seção II

Abrangência

Art. 2º Esta Resolução se aplica aos serviços de saúde, sejam eles públicos, privados, filantrópicos, civis ou militares, incluindo aqueles que exercem ações de ensino e pesquisa.

Parágrafo único. Excluem-se do escopo desta Resolução os consultórios individualizados, laboratórios clínicos e os serviços móveis e de atenção domiciliar.

Seção III

Definições

Art. 3º Para efeito desta Resolução são adotadas as seguintes definições:

I - boas práticas de funcionamento do serviço de saúde: componentes da garantia da qualidade que asseguram que os serviços são ofertados com padrões de qualidade adequados;

II - cultura da segurança: conjunto de valores, atitudes, competências e comportamentos que determinam o comprometimento com a gestão da saúde e da segurança, substituindo a culpa e a punição pela oportunidade de aprender com as falhas e melhorar a atenção à saúde;

III - dano: comprometimento da estrutura ou função do corpo e/ou qualquer efeito dele oriundo, incluindo doenças, lesão, sofrimento, morte, incapacidade ou disfunção, podendo, assim, ser físico, social ou psicológico;

IV - evento adverso: incidente que resulta em dano à saúde;

V - garantia da qualidade: totalidade das ações sistemáticas necessárias para garantir que os serviços prestados estejam dentro dos padrões de qualidade exigidos para os fins a que se propõem;

VI - gestão de risco: aplicação sistêmica e contínua de políticas, procedimentos, condutas e recursos na identificação, análise, avaliação, comunicação e controle de riscos e eventos adversos que afetam a segurança, a saúde humana, a integridade profissional, o meio ambiente e a imagem institucional;

VII - incidente: evento ou circunstância que poderia ter resultado, ou resultou, em dano desnecessário à saúde;

VIII - núcleo de segurança do paciente (NSP): instância do serviço de saúde criada para promover e apoiar a implementação de ações voltadas à segurança do paciente;

IX - plano de segurança do paciente em serviços de saúde: documento que aponta situações de risco e descreve as estratégias e ações definidas pelo serviço de saúde para a gestão de risco visando a prevenção e a mitigação dos incidentes, desde a admissão até a transferência, a alta ou o óbito do paciente no serviço de saúde;

X - segurança do paciente: redução, a um mínimo aceitável, do risco de dano desnecessário associado à atenção à saúde;

XI - serviço de saúde: estabelecimento destinado ao desenvolvimento de ações relacionadas à promoção, proteção, manutenção e recuperação da saúde, qualquer que seja o seu nível de complexidade, em regime de internação ou não, incluindo a atenção realizada em consultórios, domicílios e unidades móveis;

XII - tecnologias em saúde: conjunto de equipamentos, medicamentos, insumos e procedimentos utilizados na atenção à saúde, bem como os processos de trabalho, a infraestrutura e a organização do serviço de saúde.

CAPÍTULO II

DAS CONDIÇÕES ORGANIZACIONAIS

Seção I

Da criação do Núcleo de Segurança do Paciente

Art. 4º A direção do serviço de saúde deve constituir o Núcleo de Segurança do Paciente (NSP) e nomear a sua composição, conferindo aos membros autoridade, responsabilidade e poder para executar as ações do Plano de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde.

§ 1º A direção do serviço de saúde pode utilizar a estrutura de comitês, comissões, gerências, coordenações ou núcleos já existentes para o desempenho das atribuições do NSP.

§ 2º No caso de serviços públicos ambulatoriais pode ser constituído um NSP para cada serviço de saúde ou um NSP para o conjunto desses, conforme decisão do gestor local do SUS.

Art. 5º Para o funcionamento sistemático e contínuo do NSP a direção do serviço de saúde deve disponibilizar:

I - recursos humanos, financeiros, equipamentos, insumos e materiais;

II - um profissional responsável pelo NSP com participação nas instâncias deliberativas do serviço de saúde.

Art. 6º O NSP deve adotar os seguintes princípios e diretrizes:

I - A melhoria contínua dos processos de cuidado e do uso de tecnologias da saúde;

II - A disseminação sistemática da cultura de segurança;

III - A articulação e a integração dos processos de gestão de risco;

IV - A garantia das boas práticas de funcionamento do serviço de saúde.

Art. 7º Compete ao NSP:

I - promover ações para a gestão de risco no serviço de saúde;

II - desenvolver ações para a integração e a articulação multiprofissional no serviço de saúde;

III - promover mecanismos para identificar e avaliar a existência de não conformidades nos processos e procedimentos realizados e na utilização de equipamentos, medicamentos e insumos propondo ações preventivas e corretivas;

IV - elaborar, implantar, divulgar e manter atualizado o Plano de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde;

V - acompanhar as ações vinculadas ao Plano de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde;

VI - implantar os Protocolos de Segurança do Paciente e realizar o monitoramento dos seus indicadores;

VII - estabelecer barreiras para a prevenção de incidentes nos serviços de saúde;

VIII - desenvolver, implantar e acompanhar programas de capacitação em segurança do paciente e qualidade em serviços de saúde;

IX - analisar e avaliar os dados sobre incidentes e eventos adversos decorrentes da prestação do serviço de saúde;

X - compartilhar e divulgar à direção e aos profissionais do serviço de saúde os resultados da análise e avaliação dos dados sobre incidentes e eventos adversos decorrentes da prestação do serviço de saúde;

XI - notificar ao Sistema Nacional de Vigilância Sanitária os eventos adversos decorrentes da prestação do serviço de saúde;

XII- manter sob sua guarda e disponibilizar à autoridade sanitária, quando requisitado, as notificações de eventos adversos;

XIII - acompanhar os alertas sanitários e outras comunicações de risco divulgadas pelas autoridades sanitárias.

Seção II

Do Plano de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde

Art. 8º O Plano de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde (PSP), elaborado pelo NSP, deve estabelecer estratégias e ações de gestão de risco, conforme as atividades desenvolvidas pelo serviço de saúde para:

I - identificação, análise, avaliação, monitoramento e comunicação dos riscos no serviço de saúde, de forma sistemática;

II - integrar os diferentes processos de gestão de risco desenvolvidos nos serviços de saúde;

III - implementação de protocolos estabelecidos pelo Ministério da Saúde;

IV - identificação do paciente;

V - higiene das mãos;

VI - segurança cirúrgica;

VII - segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos;

VIII - segurança na prescrição, uso e administração de sangue e hemocomponentes;

IX - segurança no uso de equipamentos e materiais;

X - manter registro adequado do uso de órteses e próteses quando este procedimento for realizado;

XI - prevenção de quedas dos pacientes;

XII - prevenção de úlceras por pressão;

XIII - prevenção e controle de eventos adversos em serviços de saúde, incluindo as infecções relacionadas à assistência à saúde;

XIV - segurança nas terapias nutricionais enteral e parenteral;

XV - comunicação efetiva entre profissionais do serviço de saúde e entre serviços de saúde;

XVI - estimular a participação do paciente e dos familiares na assistência prestada.

XVII - promoção do ambiente seguro

CAPÍTULO III

DA VIGILÂNCIA, DO MONITORAMENTO E DA NOTIFICAÇÃO DE EVENTOS ADVERSOS

Art. 9º O monitoramento dos incidentes e eventos adversos será realizado pelo Núcleo de Segurança do Paciente - NSP.

Art. 10 A notificação dos eventos adversos, para fins desta Resolução, deve ser realizada mensalmente pelo NSP, até o 15º (décimo quinto) dia útil do mês subsequente ao mês de vigilância, por meio das ferramentas eletrônicas disponibilizadas pela Anvisa.

Parágrafo único - Os eventos adversos que evoluírem para óbito devem ser notificados em até 72 (setenta e duas) horas a partir do ocorrido.

Art. 11 Compete à ANVISA, em articulação com o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária:

- I - monitorar os dados sobre eventos adversos notificados pelos serviços de saúde;
- II - divulgar relatório anual sobre eventos adversos com a análise das notificações realizadas pelos serviços de saúde;
- III - acompanhar, junto às vigilâncias sanitárias distrital, estadual e municipal as investigações sobre os eventos adversos que evoluíram para óbito.

CAPÍTULO IV

DAS DISPOSIÇÕES FINAIS E TRANSITÓRIAS

Art. 12 Os serviços de saúde abrangidos por esta Resolução terão o prazo de 120 (cento e vinte) dias para a estruturação dos NSP e elaboração do PSP e o prazo de 150 (cento e cinquenta) dias para iniciar a notificação mensal dos eventos adversos, contados a partir da data da publicação desta Resolução.

Art. 13 O descumprimento das disposições contidas nesta Resolução constitui infração sanitária, nos termos da Lei n. 6.437, de 20 de agosto de 1977, sem prejuízo das responsabilidades civil, administrativa e penal cabíveis.

Art. 14 Esta Resolução entra em vigor na data de sua publicação.

DIRCEU BRÁS APARECIDO BARBANO

