



Prevalência da utilização de tecnologias leves pela equipe de enfermagem de um hospital estadual

Prevalence of the use of light technologies by the nursing staff of a state hospital

Pabliane Matias Lordelo Marinho¹, Thialla Andrade Carvalho¹, Maria Cláudia Tavares de Mattos¹, Eliana Ofélia Llapa-Rodríguez¹, Maria Pontes de Aguiar Campos¹

Objetivo: descrever a prevalência da utilização de tecnologias leves pela equipe de Enfermagem de um hospital estadual. **Métodos:** estudo transversal e de natureza observacional. A amostra foi composta por 19 Enfermeiros e 67 Técnicos de Enfermagem. Os dados foram coletados por meio de observação simples direta, utilizando instrumento validado. Utilizou-se qui-quadrado para comparação do uso de tecnologias leves entre as categorias de enfermagem. **Resultados:** prevaleceu técnico de enfermagem, do sexo feminino, sem companheiro e com um vínculo empregatício. Na dimensão “Vínculo” prevaleceram as intervenções presença para os técnicos e aumento da segurança para enfermeiros. Na dimensão “Acolhimento”, supervisão e segurança foram as mais utilizadas pelas duas categorias. **Conclusão:** a avaliação da prevalência das tecnologias leves mostrou que as dimensões mais utilizadas pela equipe de enfermagem foram “Acolhimento” e “Vínculo” e que os enfermeiros utilizam-nas mais que os Técnicos de Enfermagem na unidade do estudo.

Descritores: Tecnologia em Saúde; Enfermagem de Cuidados Críticos; Unidade de Terapia Intensiva.

Objective: to describe the prevalence of the use of light technologies by the nursing team of a state hospital. **Methods:** cross-sectional and observational study. The sample consisted of 19 Nurses and 67 Nursing Technicians. The data were collected through direct simple observation using a validated instrument. Chi-square was used to compare the use of light technologies between the nursing categories. **Results:** there was prevalence of nursing technicians, females, with no partner and with an employment relationship. In the “Bonding” dimension, the interventions presence and security enhancement prevailed for nursing technicians and nurses, respectively. In the “Welcoming” dimension, surveillance and security were the most used by both categories. **Conclusion:** evaluation of the prevalence of light technologies showed that the dimensions “Welcoming” and “Bonding” were the most used by the nursing team and that nurses use them more often than the Nursing Technicians in the studied unit.

Descriptors: Biomedical Technology; Critical Care Nursing; Intensive Care Units.

¹Universidade Federal de Sergipe. Aracaju, SE, Brasil.

Autor correspondente: Thialla Andrade Carvalho
Rua Maye Bell Taylor, Nº 151, Bairro Luzia. CEP: 49045030. Aracaju, SE, Brasil. E-mail: thiallaba@hotmail.com

Introdução

Várias são as tecnologias utilizadas para o desenvolvimento do trabalho nas instituições de saúde. Essas podem ser classificadas em: tecnologias duras, como os equipamentos tecnológicos do tipo máquinas, equipamento e estruturas organizacionais; tecnologias leve-duras, como os saberes que norteiam o trabalho em saúde; e tecnologias leves, que são relações baseadas nos preceitos vínculo, autonomia, acolhimento e gestão do processo de trabalho⁽¹⁻²⁾.

A tecnologia leve pode ser compreendida como a construção de uma relação otimizada para a prestação do cuidado em saúde, estabelecida entre o profissional e/ou equipe e o paciente. Assim, incentiva-se uma ligação entre os atores da prestação da assistência à saúde. Portanto, amplia-se o reconhecimento das necessidades singulares individuais e, ao mesmo tempo, promove a autonomia para tomada de decisão. Além disso, produzem-se espaços coletivos de gestão e participação ativa de todos os envolvidos no processo de assistência – profissional/equipe de saúde, paciente e gestores⁽¹⁻²⁾.

O uso das tecnologias leves, em ambiente hospitalar, é citado na Política Nacional de Humanização como imprescindível para o resgate do acesso universal, da equidade e da integralidade do cuidado ao indivíduo; sendo imperioso para promoção de um cuidado humanizado. Desta forma, a requalificação das relações entre profissional e/ou equipe de saúde e pacientes, com base em valores como respeito às singularidades e defesa dos direitos dos usuários, é extremamente necessária e relevante⁽³⁾.

Outro paralelo pode ser feito com pressupostos de alguns teóricos da enfermagem que, embora seguindo referenciais teórico-filosóficos distintos, tem como premissa a produção de relações de reciprocidade e de interação e ambiência, indispensáveis à efetivação do cuidado, resgate da autonomia e cidadania⁽⁴⁻⁵⁾.

A quantidade de trabalhos que mencionam ou utilizam as tecnologias de relacionamento ou tecno-

logias leves na enfermagem são escassos na literatura. Supõe-se que, tal fato, deva-se à dificuldade dos profissionais em definir o que são tais tecnologias e reconhecê-las como recursos tecnológicos. Estudo que avaliou o uso de tecnologias na enfermagem demonstrou que apenas 9,0% dos artigos discorriam sobre tecnologias leves e 2,9% sobre tecnologias leves e leve-duras⁽⁶⁾.

Da mesma forma, afirmou que o uso das tecnologias em enfermagem pode produzir um impacto de 58,8% no fortalecimento e qualidade no cuidado na enfermagem ao paciente. Portanto, a tecnologia leve, que emana da relação com a equipe de enfermagem, é capaz de propiciar um planejamento baseado nas individualidades e necessidades reais. Assim, é gerado um cuidado singular, reflexivo, efetivo e seguro⁽⁶⁾.

Diante do exposto e dada a importância do tema para o desenvolvimento de uma assistência de enfermagem de qualidade, descrever a prevalência da utilização de tecnologias leves pela equipe de Enfermagem de um hospital estadual é o objetivo deste estudo.

Métodos

Estudo transversal de natureza observacional. O ambiente de pesquisa foi a Unidade de Terapia Intensiva de uma Instituição de Assistência à Saúde de grande porte da rede Estadual de Sergipe, Brasil.

A amostra foi composta por 86 trabalhadores (19 Enfermeiros e 67 Técnicos/Auxiliares de Enfermagem), que correspondem a 77,5% da população de profissionais da equipe de enfermagem (111). A seleção foi realizada por amostragem não probabilística por quota, estratificada por categoria profissional e obtida assumindo valor de erro amostral de 5,0% e um intervalo de confiança de 95,0%. O critério de inclusão da pesquisa foi o desenvolvimento de atividade assistencial na Unidade de Terapia Intensiva. Como critérios de exclusão foram considerados a ausência dos profissionais, por motivo de férias, licença, folgas e faltas no período da coleta dos dados.

Os dados foram coletados no período de 01 a 31 de março de 2015, pela equipe de pesquisa e por graduandos de enfermagem da Universidade Federal de Sergipe, devidamente treinados. O instrumento de coleta foi construído baseado na metodologia psicométrica, referencial teórico de tecnologias leves de Mehry e Feuerweker e na Política Nacional de Humanização do Sistema único de Saúde.

Entre dezembro de 2014 e janeiro de 2015 o instrumento passou por validação de conteúdo com seis juízes, selecionados por critérios adaptados de Fering, que analisaram seis critérios: aparência, clareza/compreensão, conteúdo, eficiência/consistência, objetividade e validade ao modelo proposto.

A primeira parte do instrumento está relacionada à caracterização da amostra quanto aos atributos biosóciodemográficos (idade, sexo, situação conjugal, escolaridade) e profissionais (função, tempo de serviço no setor, horas de trabalho semanal, número de vínculos empregatícios e satisfação em trabalhar no setor). A segunda parte investigou a utilização das tecnologias leves pela equipe de enfermagem, a partir de quatro dimensões identificadas no conceito de tecnologia leve do referencial teórico selecionado.

Para adequar a tecnologia leve à prática da enfermagem foi utilizada a Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC). Assim, realizou-se uma busca na NIC e foram selecionadas 19 Intervenções de Enfermagem com definição e atividades que mais se aproximavam dos pontos identificados no referencial selecionado; em seguida, essas foram agrupadas nas dimensões correspondentes: Vínculo, Autonomia, Acolhimento e Gestão.

A diretriz da primeira dimensão é a construção do vínculo entre a pessoa e o profissional. Esta relação requer uma ligação afetiva e moral e promove o processo de aprendizagem sobre o cuidar. Assim, foram selecionadas as Intervenções de Enfermagem: Escutar Ativamente (4920); Toque (5460); Construção de Relação Complexa (5000); Aumento de Segurança (5380); e Presença (5340).

Na segunda dimensão, a diretriz estabelece que

o processo de produção de saúde é pleno quando as pessoas passam a ser sujeitos capazes de decidir sobre seu cuidado. E, conjuntamente com os profissionais de saúde, capazes de construir regras de funcionamento para si e para o coletivo. Foram escolhidas Assistência no Autocuidado (1800); Treinamento da assertividade (4340); Suporte emocional (5270); Melhora na Autopercepção (5390); e Esclarecimento de valores (5480) na NIC.

A recepção do usuário, desde sua chegada, responsabilizando-se por ele e abertura de espaços de escuta e fala nas relações assistenciais e de cuidados são as diretrizes das práticas acolhedoras nos serviços e foi aplicada à terceira dimensão. Para o estudo foram eleitas as Intervenções de Enfermagem Supervisão: Segurança (6654); Passagem de Plantão (8140); Gerenciamento de Caso (7320); Cuidado na Admissão (7310); e Facilitação da Visita (7560).

Na última dimensão, a forma de gerir os processos de trabalho e a análise das informações e tomada das decisões é construída por espaços coletivos, com envolvimento de todos os entes nas unidades produtoras de saúde. Foram então selecionadas Desenvolvimento de Protocolo de Cuidados (7640); Apoio à Tomada de Decisão (7560); Proteção dos Direitos do Paciente (7460); e Melhora da Educação em Saúde (5515).

Foram realizadas observações simples diretas, nas quais os profissionais eram analisados durante os cuidados. Cada Intervenção de Enfermagem pré-selecionada em que três atividades eram realizadas pelo profissional observado equivalia a "sim", sendo registrada no instrumento. Em média, foram realizadas três horas de observações, de segunda a sexta-feira, nos três turnos de trabalho.

As variáveis selecionadas para o estudo foram: a variável dependente que corresponde à aplicação das tecnologias leves e as variáveis independentes que dizem respeito aos atributos biosóciodemográficos e profissionais.

Os dados foram tabulados no programa *Epi-info 7* e analisados por meio do *software* BioEstat

para Windows® versão 5.3. Para analisar as variáveis categóricas utilizou-se frequência de distribuição simples. Realizou-se o teste de Kolmogorov – Smirnov para avaliação da distribuição de normalidade relativa ao uso de tecnologia leve e os testes Qui-quadrado (χ^2) e/ou Exato de Fisher para comparação do uso de tecnologias leves entre as categorias de enfermagem. Para analisar a variável quantitativa “número de Intervenções de Enfermagem” utilizou-se a medida de tendência central- mediana- em função da amostra não apresentar uma distribuição normal.

O estudo respeitou as exigências formais contidas nas normas nacionais e internacionais regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos.

Resultados

Os resultados, expostos na Tabela 1, apresentaram o predomínio do sexo feminino (76,7%). Houve maior ocorrência de pessoas sem companheiro e de profissionais Técnico de Enfermagem com nível superior.

A relação entre número de vínculos empregatícios e carga horária demonstrou que, apesar da maioria ter apenas um vínculo empregatício, o número de profissionais que tem carga horária semanal superior a 60 horas semanais foi expressivo (46,5%). Outro destaque encontra-se nas elevadas (90,7%) respostas sobre satisfação em trabalhar na Unidade de Terapia Intensiva.

Sobre as tecnologias leves (Tabela 2) utilizadas pela Equipe de Enfermagem obteve-se que as dimensões mais prevalentes foram “Acolhimento” (52,3%) e “Vínculo” (48,8%). Quanto à categoria profissional prevaleceram, para os Enfermeiros, as dimensões “Acolhimento” (68,4%) e “Gestão” (52,6%), enquanto que para os Técnicos de Enfermagem, “Vínculo” (47,8%) e “Acolhimento” (47,8%).

Na dimensão “Vínculo” as Intervenções de Enfermagem mais utilizadas foram Aumento da Segurança (5380) para ambas as categorias, seguida do Toque (5460) para os Enfermeiros e Presença (5340) para os Técnicos de Enfermagem.

Tabela 1 - Distribuição da amostra segundo as variáveis biosóciodemográficas e profissionais (n=86)

Variável	n (%)
Idade, média/desvio-padrão = 34,20/6,18	
25-34	52(60,5)
35-44	27(31,4)
45-54	7(8,1)
Sexo	
Masculino	20 (23,3)
Feminino	66 (76,7)
Situação conjugal	
Com companheiro/a	31 (36,0)
Sem companheiro/a	55 (64,0)
Função	
Enfermeiro/a	19 (22,1)
Técnico/a de Enfermagem	67 (77,9)
Escolaridade	
Ensino médio	28 (32,5)
Ensino superior	43 (50,0)
Ensino superior com pós-graduação	15 (17,5)
Tempo de serviço no setor, média/desvio-padrão=3,68/2,03	
Turno de trabalho	
Manhã	15 (17,5)
Tarde	21 (24,4)
Noturno	50 (58,1)
Número de vínculos empregatícios	
1	54 (62,8)
2	32 (37,2)
Carga horária semanal (horas)	
30 – 36	41 (47,7)
40 – 44	5 (5,8)
> 60	40 (46,5)
Satisfação em trabalhar na Unidade de Terapia Intensiva	
Não	8 (9,3)
Sim	78 (90,7)

A Intervenção de Enfermagem mais prevalente na dimensão “Autonomia” foi Assistência no Autocuidado (1800) de igual modo para ambas as categorias. Observa-se que esta intervenção foi a única com predomínio da categoria Técnico de Enfermagem. Para a equipe de enfermagem, a menos prevalente foi Esclarecimento de Valores (5480). Ressalta-se que esta foi a intervenção menos observada na prática assistencial dos Enfermeiros.

Na dimensão “Acolhimento” a Intervenção de

Enfermagem Supervisão: Segurança (6654) foi a mais prevalente para Enfermeiros e Técnicos de Enfermagem, sendo utilizada por 94,7% e 86,6% desses, respectivamente. Destaca-se o achado relativo à Intervenção de Enfermagem Facilitação de Visita (7560), com apenas 2,3% e o fato lamentável dessa intervenção ser a segunda menos praticada pelos Enfermeiros.

Quando avaliada a dimensão “Gestão”, encontrou-se um percentual de utilização expressivamente maior entre os enfermeiros (52,6%) quando comparado com os Técnicos de Enfermagem (28,3%). Dentre as Intervenções de Enfermagem dessa dimensão, Proteção dos Direitos do Paciente (7460) foi a mais pre-

valente para as duas categorias de enfermagem, sendo mais utilizada pelo enfermeiro. Das 19 Intervenções de Enfermagem aplicadas pela equipe, apenas três não apresentaram diferença estatisticamente significativa entre as categorias profissionais: Facilitação de Visita (7560), Assistência no Autocuidado (1800) e Treinamento da Assertividade (4340). Nesse estudo, o valor da mediana foi de sete Intervenções de Enfermagem por categoria profissional. Assim, 74,0% dos Enfermeiros e 51,0% dos Técnicos de Enfermagem apresentaram desempenho acima da mediana do grupo no uso das tecnologias leves.

Tabela 2 - Distribuição da prevalência de uso das tecnologias leves segundo as dimensões Vínculo, Autonomia, Acolhimento e Gestão e por categoria profissional

Intervenções de Enfermagem por dimensão	Uso	p-valor	Enfermeiros (n=19)	Técnicos de Enfermagem (n=67)
	n (%)		n(%)	n(%)
Vínculo	42 (48,8)		10 (52,6)	32 (47,8)
Escutar ativamente (4920)	30 (34,9)	<0,000	9 (47,4)	21 (31,3)
Toque (5460)	41 (47,7)	<0,000	12 (63,2)	29 (43,3)
Construção de relação complexa (5000)	23 (26,7)	<0,000	5 (26,3)	18 (26,9)
Aumento da segurança (5380)	61 (70,9)	<0,000	15 (78,9)	46 (68,7)
Presença (5340)	56 (65,1)	<0,000	11 (57,9)	45 (67,2)
Autonomia	28 (32,5)		5 (26,3)	23 (34,3)
Esclarecimento de valores (5480)	9 (10,5)	0,004	1 (5,3)	8 (11,9)
Assistência no autocuidado (1800)	75 (87,2)	0,526	12 (63,2)	63 (94,0)
Treinamento da assertividade (4340)	11 (12,8)	0,526	2 (10,5)	9 (13,4)
Melhora da autopercepção (5390)	16 (18,6)	0,001	1 (5,3)	15 (22,4)
Suporte emocional (5270)	30 (34,9)	0,001	8 (42,1)	22 (32,8)
Acolhimento	45 (52,3)		13 (68,4)	32 (47,8)
Cuidados na admissão (7310)	40 (46,5)	0,000	12 (63,2)	28 (41,8)
Gerenciamento do caso (7320)	44 (51,2)	<0,000	17 (89,5)	27 (40,3)
Supervisão: segurança (6654)	76 (88,4)	0,019	18 (94,7)	58 (86,6)
Passagem de plantão (8140)	63 (73,3)	0,000	17 (89,5)	46 (68,7)
Facilitação da visita (7560)	2 (2,3)	0,501	2 (10,5)	0 (0,0)
Gestão	29 (33,7)		10 (52,6)	19 (28,3)
Desenvolvimento de protocolos de cuidados (7640)	35 (40,7)	<0,000	13 (68,4)	22 (32,8)
Apoio à tomada de decisão (7560)	25 (29,1)	<0,000	9 (47,4)	16 (23,9)
Melhora da educação em saúde (5515)	13 (15,1)	0,000	8 (42,1)	5 (7,5)
Proteção dos direitos do paciente (7460)	44 (51,2)	0,001	13 (68,4)	31 (46,3)

*p-valor dos testes χ^2 ou Exato de Fisher

Discussão

Configurou-se como limitação deste estudo a realização da pesquisa com profissionais de uma única instituição de saúde retratando, portanto, uma realidade local e o método utilizado para coletas de dados. A observação simples suscita a interpretação subjetiva e parcial do fenômeno estudado e a presença do pesquisador pode provocar alterações no comportamento dos observados.

No que diz respeito à caracterização da amostra, o predomínio do sexo feminino corrobora a pesquisa do Conselho Federal de Enfermagem⁽⁷⁾, que também constata o resultado sobre a formação de nível superior dos Técnicos de Enfermagem. Este talvez se explique devido ao crescente número de faculdades de Enfermagem e pelo maior acesso aos subsídios do Governo Federal por meio de programa de financiamento estudantil⁽⁷⁻⁸⁾. Tal fato, contudo, não aproximou os resultados quanto ao uso das tecnologias leves quando foi avaliado o desempenho por categoria.

A maior parte dos profissionais referiu apenas um vínculo empregatício, porém apresentou elevada jornada de trabalho, associada ao fato de muitos deles cumprirem carga horária extra na mesma unidade. Resultado preocupante, pois as longas jornadas são apontadas pela literatura como um dos principais fatores desencadeadores de estresse no profissional, comprometendo assim a qualidade da assistência de enfermagem⁽⁹⁾.

Quase a totalidade dos participantes da pesquisa relata satisfação em trabalhar na Unidade de Terapia Intensiva em estudo. Resultado positivo, pois se sabe que a satisfação tem influência na assistência prestada pela equipe de Enfermagem. Essa diz respeito a uma somatória de variáveis internas e externas que influenciam na motivação para o desenvolvimento das atividades assistenciais e na produtividade, independente da capacitação técnica-científica, além de estar intrinsecamente ligada à autonomia para realização das atividades laborais e à qualidade de vida no trabalho^(4,10).

Quanto às tecnologias leves, a predominância das dimensões “Acolhimento” e “Vínculo” demonstram o quanto a equipe de enfermagem está sensibilizada sobre a importância do processo de humanização. Fato que implica em envolvimento de profissionais da saúde e utilização das relações enquanto tecnologia, edificando uma construção entre os sujeitos e dando alicerce à satisfação de necessidades mútuas⁽⁵⁻⁶⁾. Entretanto, diante dos resultados obtidos, recomenda-se, a requalificação das relações entre os profissionais e os pacientes com a reavaliação na formação dos profissionais^(1,3,5).

Dentro dessas dimensões as intervenções de enfermagem mais utilizadas, por ambas as categorias, foram as relacionadas ao controle de fatores de risco à segurança do paciente e confirmam aspectos relevantes da assistência^(4,5,11) praticados pela equipe de enfermagem lotada nesta unidade. Já o baixo percentual de utilização observado na intervenção de enfermagem relacionada ao estabelecimento de relação terapêutica pode ser justificado pelo perfil dos pacientes internados nesta unidade, pela predominância da interação com as tecnologias duras disponíveis e pelo modelo biomédico na Unidade de Terapia Intensiva, o que dificulta a produção de *insight*⁽¹¹⁾.

Similarmente, considera-se a mesma explicação para a menor prevalência da intervenção autonomia, contudo, estudo comprova alterações nas respostas fisiológicas quando são realizados estímulos auditivos e táteis⁽¹²⁾, fato pouco observado em Unidade de Terapia Intensiva. Deste modo, é primordial ampliar as intervenções de enfermagem quanto à assertividade, autopercepção, suporte emocional e autocuidado, para o resgate da equidade e integralidade do cuidado, configurando-se como um desafio da Política Nacional de Humanização⁽³⁾.

A viabilização do acesso de familiares e acompanhantes à Unidade de Terapia Intensiva é uma ação realizada e orientada por Enfermeiros, no entanto, foi a Intervenção de Enfermagem menos utilizada pela equipe estudada. Resultado contraditório ao preconizado pelas diretrizes da Política Nacional de Humanização.

zação⁽²⁾, visto que, a aproximação da rede de relações sociais do paciente ao processo de cuidado é primordial para uma assistência integral, uma vez que, eles também são sujeitos da atenção à saúde^(3,5-6).

A humanização nessa unidade não é uma tarefa fácil, pois exige atitudes individuais contra um modelo biomédico estabelecido e um sistema tecnológico, comumente, pouco humanizante⁽⁶⁾. Outro fator dificultador é a existência de normas e rotinas, fundamentais para a organização, que precisam ser flexibilizadas para o exercício de uma assistência humanizada aos pacientes críticos, cabendo aos enfermeiros a corresponsabilidade nesse processo^(3,6,13). A visita deve proporcionar o estabelecimento de uma comunicação eficaz e de uma relação terapêutica com a família, favorecendo desta maneira a compreensão do todo e a reabilitação do doente^(3,14).

A gestão do cuidado, com melhores resultados entre os Enfermeiros, confirmam a responsabilidade pelo gerenciamento da assistência prestada por esta categoria, além de cumprir o Código Civil, o Direito do Consumidor, e o Código de Ética Profissional no que diz respeito aos direitos do cidadão⁽¹⁵⁻¹⁷⁾. Nas unidades críticas, além de desenvolver atividades assistenciais complexas, o enfermeiro deve gerenciar o cuidado de forma dinâmica, exercendo a liderança da sua equipe para alcançar os melhores resultados, a satisfação dos clientes e familiares e reduzir os eventos adversos relacionados à assistência^(4,10,17).

Destaca-se que a unidade em estudo realiza o Processo de Enfermagem, contudo, não há ênfase para as tecnologias leves, sendo preponderante o modelo biomédico pautado na resolução dos problemas biológicos. As tecnologias leves se confundem com o próprio processo de trabalho e de cuidado da Enfermagem, por isso enfatiza-se, a necessidade de reavaliação e sua inserção no cuidado^(3-4,11). Reformulações são necessárias na aplicação das tecnologias leves nessa Unidade de Terapia Intensiva, tendo em vista, o impacto positivo no cuidado prestado ao paciente crítico^(6,11,17).

Salienta-se como contribuição deste estudo a construção do conhecimento científico relacionado às tecnologias leves aplicadas pela equipe de enfermagem em unidade de terapia intensiva. Ainda permite que profissionais e gestores da instituição estudada reflitam sobre a utilização de tecnologias leves e que planejem intervenções para intensificar seu uso.

Conclusão

A avaliação da prevalência das tecnologias leves mostrou que as dimensões mais utilizadas pela equipe de enfermagem foram “Acolhimento” e “Vínculo”. Considerando a categoria profissional prevaleceram, para os Enfermeiros, as dimensões “Acolhimento” e “Gestão”, enquanto que para os Técnicos de Enfermagem, “Vínculo” e “Acolhimento”. As Intervenções de Enfermagem, que materializaram as tecnologias leves, foram predominantemente significativas.

Colaborações

Marinho PML contribuiu com a concepção do projeto, coleta, análise e interpretação dos dados e redação do artigo. Carvalho TA contribuiu com a análise e interpretação dos dados e redação do artigo. Mattos MCT e Llapa-Rodríguez EO realizaram revisão crítica relevante do conteúdo intelectual e aprovação da versão a ser publicada. Campos MPA contribuiu com a concepção do projeto, análise e interpretação dos dados e revisão crítica relevante do conteúdo intelectual.

Referências

1. Merhy EE, Franco TB. Trabalho em saúde. In: Pereira IB, Lima JCF. Dicionário da educação profissional em saúde. Rio de Janeiro: EPSJV; 2008.
2. Merhy EE. Saúde: a cartografia do trabalho vivo. Saúde em Debate. São Paulo: Hucitec; 2002.

3. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e da Gestão do SUS [Internet]. 2006 [citado 2017 jan. 13]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humaniza_sus_atencao_basica.pdf
4. Freitas FDS, Silva RN, Araújo FP, Ferreira MA. Environment and humanization: resumption of nightingale's discourse in the national humanization policy. *Esc Anna Nery*. 2013; 17(4):654-60. doi: <http://dx.doi.org/10.5935/1414-8145.20130008>
5. Oliveira CN, Nunes EDCA. Caring for family members in the ICU: challenges faced by nurses in the interpersonal praxis of user embracement. *Texto Contexto Enferm*. 2014; 23(4):954-63. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072014003590013>
6. Pereira CDFD, Pinto DPSR, Tourinho FSV, Santos VEP. Tecnologias em Enfermagem e o impacto na prática assistencial. *Rev Bras Inov Tec Saúde* [Internet]. 2012 [citado 2016 fev. 26]; 2(04):29-37. Disponível em: www.ufrn.emnuvens.com.br/reb/article/view/333
7. Escola Nacional de Saúde Pública. Conselho Federal de Enfermagem. Perfil da Enfermagem [Internet]. 2012 [citado 2016 set. 18]. Disponível em: <http://aenfermagem.com.br/materia/perfil-da-enfermagem>.
8. Queiroz V. Fundo de Financiamento Estudantil (FIES): uma nova versão do CREDUC. *Universidade Soc* [Internet]. 2015 [citado 2017 fev. 08]; 24(55):44-57. Disponível em: <http://www.andes.org.br/imprensa/publicacoes/imp-pub-1227849465.pdf>
9. Dalri RCMB, Silva LA, Mendes AMOC, Robazzi MLCC. Nurses' workload and its relation with physiological stress reactions. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2014; 22(6):959-65. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-1169.3292.2503>
10. Carvalho JF, Martins EPT, Lúcio L, Papandréa PJ. Qualidade de vida no trabalho e fatores motivacionais dos colaboradores nas organizações. *Educ Foco*. 2013; 7(9):21-31.
11. Terra TCC, Gomes SR. A humanização da assistência em unidade de terapia intensiva para adultos. *Reinpec*. 2015; 1(1):233-44. doi: <http://dx.doi.org/10.20951/2446-6778/v1n1a17>
12. Puggina ACG, Silva M JP. Patients with disorders of consciousness: vital, facial and muscular responses to music or messages. *Rev Bras Enferm*. 2015; 68(1):102-10. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2015680114p>
13. Silva RS, Pereira Á, Mussi FC. Comfort for a good death: perspective nursing staff's of intensive care. *Esc Anna Nery*. 2015; 19(1):40-6. doi: <http://dx.doi.org/10.5935/1414-8145.20150006>
14. Barth AA, Weigel BD, Dummer CD, Machado KC, Tisott TM. Stressors in the relatives of patients admitted to an intensive care unit. *Rev Bras Ter Intensiva*. 2016; 28(3):323-9. doi: <http://dx.doi.org/10.5935/0103-507X.20160055>
15. Soares LG, Reis MR, Leticia Gramazio Soares. Humanização na UTI: dificuldades encontradas para sua implementação uma revisão integrativa. *Rev Polidisciplinar Eletr Faculdade Guairacá* [Internet]. 2014 [citado 2016 fev 21]; 6(1):70-86. Disponível em: <http://www.revistavoos.com.br/seer/index.php/voos/article/viewArticle/263>
16. Conselho Federal de Enfermagem (BR). Resolução COFEN nº 311/2007 de 8 de fevereiro de 2007 (BR). Dispõe sobre: Aprova a reformulação do Código de ética dos profissionais de enfermagem [Internet], Rio de Janeiro (RJ). 2007 [citado 10 mar 2016]. Disponível em: <http://se.corens.portalcofen.gov.br/codigo-de-etica-resolucao-cofen-3112007>
17. Balsanelli AP, Cunha ICKO. Nursing leadership in intensive care units and its relationship to the work environment . *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2015; 23(1):106-13. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-1169.0150.2531>