

realizadas de modo que favoreça as potencialidades dos pacientes, mantenha e melhore a condição humana destes no processo de viver e morrer que ali permeia (SILVEIRA et al., 2015). A humanização em UTI ainda é um desafio, a Enfermagem é uma das áreas que se ocupa com esta prática, o entendimento de que a humanização envolve assistência, os processos e condições de trabalho, vários são os atores produtores e que há interferentes na sua produção. Objetivo: identificar as dificuldades vivenciadas por profissionais de enfermagem na implementação da humanização em UTI. Método: revisão de literatura, de abordagem qualitativa, realizada nas bases de dados e livrarias virtuais. Resultados: Estudos apontam que a complexidade da assistência no ambiente da UTI ainda se concentra na alta tecnologia, com a finalidade de satisfazer primeiro as necessidades biológicas dos pacientes. Outro apontamento pautado pelos profissionais de enfermagem é a falta de autonomia, onde a enfermagem acaba sendo considerada como um mero cumpridor de tarefas, ficando aquém de outros profissionais, no que tange à autonomia, motivado pela sobrecarga de trabalho. Outra forma de promover a humanização das UTIs, está no acolhimento a família e paciente no ambiente intensivo devendo ser uma prática constante. Evidencia-se que a alta complexidade e a tecnologia envolvida, o respeito a autonomia de cada profissional dentro da equipe multidisciplinar e implementação do acolhimento dos usuários e seus familiares favorecem uma relação de confiança e compromisso entre as equipes e os serviços prestados, sendo contextos importantes para estudo e reflexão. Conclusão: A humanização é apontada como forma de resgatar a dignidade humana, para isso é necessário guiar o cuidado tendo em vista desenvolver uma prática profissional sensível à integralidade e à subjetividade do ser humano atendendo suas diversas necessidades.

Descritores: Humanização. Terapia intensiva. Assistência de enfermagem.

2848

PREPARANDO O PACIENTE PARA ALTA: A SOLICITAÇÃO DO PROGRAMA MELHOR EM CASA PARA A CONTINUIDADE DO CUIDADO

JULIANA DA SILVA LIMA; GRAZIELA LENZ VIEGAS; LUCIANA PEREIRA TARRAGO DE SOUZA
HCPA - Hospital de Clínicas de Porto Alegre

INTRODUÇÃO: O rápido envelhecimento populacional, acompanhadas de doenças crônicas, são um dos principais determinantes para a hospitalização. O Programa Melhor em Casa visa promover a desospitalização dos pacientes estáveis, que possam ter seu cuidado de saúde continuado no domicílio. **OBJETIVO:** Refletir sobre o papel do enfermeiro no planejamento da alta hospitalar precoce em pacientes de unidades de internação cirúrgica. **MÉTODO:** Trata-se de um relato de experiência sobre o trabalho de enfermeiras para promover a alta precoce em unidades de internações cirúrgicas, localizadas em um hospital de grande porte da região sul do Brasil. **RELATO DE EXPERIÊNCIA:** O planejamento da alta hospitalar de pacientes que necessitam de cuidados mais complexos que a Atenção Básica pode oferecer deve ser planejada pela equipe multidisciplinar que os acompanham. A admissão do paciente no programa Melhor em Casa ocorre através da solicitação de acompanhamento por parte de um dos integrantes dessa equipe, considerando os critérios de elegibilidade. Deste modo, as enfermeiras que acompanhavam diariamente esses pacientes e preocupadas com a continuidade dos cuidados pós alta hospitalar, passaram a realizar esta solicitação. A solicitação do programa é online, onde preenchemos os dados do solicitante e do paciente, além do motivo do encaminhamento, uma breve descrição do quadro clínico e os cuidados que o paciente necessitará após alta. Após recebimento do formulário e avaliação do caso, o Programa Melhor em Casa retorna com um e-mail para o profissional solicitante informando se irá acompanhar aquele paciente, e em caso de negativa, informando o motivo pelo qual não poderá realizar o acompanhamento. Além disso, recebemos alguns relatos de pacientes/familiares, que foram atendidos pelo Melhor em Casa, com melhora do seu quadro de saúde. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** O Programa Melhor em Casa visa proporcionar ao paciente um cuidado mais humanizado, próximo da rotina da família, além de reduzir custos com as internações hospitalares desnecessárias, buscando melhor conforto ao paciente em seu domicílio e o sucesso do seu tratamento, sendo benéficos tanto para ele, quanto para a rede pública de saúde.

2863

CONFIABILIDADE DA FERRAMENTA DE OBSERVAÇÃO DA DOR EM PACIENTES CRÍTICOS

JHONATHAS OLIVEIRA SOARES; ROSAURA SOARES PACZEK; ANA KARINA TANAKA
UFRGS - Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Introdução: A avaliação da dor é um desafio em terapia intensiva, sendo ela, associada a vários desfechos adversos, incluindo aumento da taxa de infecção, ventilação mecânica prolongada, alterações hemodinâmicas, delirium e imunidade comprometida. A Ferramenta de Observação da Dor em Pacientes Críticos (CPOT) é precisa e um instrumento viável por não demandar muito tempo na sua aplicação, estando indicada pelas diretrizes para monitorar a dor em pacientes adultos críticos em terapia intensiva. Ela consiste em quatro itens

comportamentais: 1) expressões faciais, 2) movimentos corporais, 3) conformidade com o ventilador (pacientes intubados) ou vocalização (pacientes não intubados) e 4) tensão muscular. **Objetivo:** Evidenciar a confiabilidade e validação da Ferramenta de Observação da Dor em Pacientes Críticos, em pacientes adultos em terapia intensiva. **Métodos:** Estudo de revisão integrativa da literatura, com busca nas bases de dados: BDeInf, CINAHL, LILACS, SCOPUS e PubMed, nos períodos entre 2006 e 2019, com os descritores: Dor; Cuidados críticos/intensivos; Medição da dor; Avaliação da dor e Enfermagem. **Resultados:** 17 estudos elegíveis e sintetizados. As medidas gerais de confiabilidade e validade convergem entre os estudos. A ferramenta possui boas propriedades psicométricas. Validade de critério e discriminante positivo durante procedimento algico. Confiabilidade inter observador: ICC >0,90; sensibilidade (93%) e especificidade (84%). Foi observada uma concordância quase perfeita entre os avaliadores, com o coeficiente de Kappa de Cohen que variou entre 0,67 e 0,92. Após implantação do instrumento nas terapias intensivas