

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENGENHARIA DE PRODUÇÃO**

SILMARA DA COSTA MAIA

**ANÁLISE ERGONÔMICA DO TRABALHO DO ENFERMEIRO NA
UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA: PROPOSTA PARA A
MINIMIZAÇÃO DO ESTRESSE E MELHORIA DA QUALIDADE DE
VIDA NO TRABALHO**

*Dissertação submetida à Universidade
Federal de Santa Catarina para a
obtenção do Grau de Mestre em
Engenharia de Produção.*

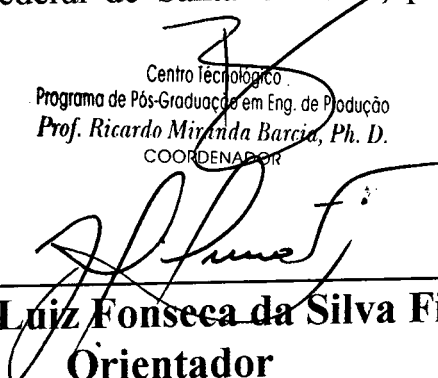
**FLORIANÓPOLIS
1999**

SILMARA DA COSTA MAIA

**ANÁLISE ERGONÔMICA DO TRABALHO DO ENFERMEIRO
NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA: PROPOSTA PARA A
MINIMIZAÇÃO DO ESTRESSE E MELHORIA DA QUALIDADE DE
VIDA NO TRABALHO**

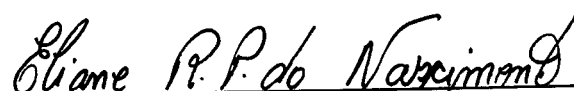
Dissertação aprovada como requisito para a obtenção do grau de Mestre em Engenharia de Produção, no Programa de Pós-Graduação em Engenharia de Produção da Universidade Federal de Santa Catarina, pela Comissão formada pelos professores:

Centro Tecnológico
Programa de Pós-Graduação em Eng. de Produção
Prof. Ricardo Miranda Barcia, Ph. D.
COORDENADOR


Dr. José Luiz Fonseca da Silva Filho
Orientador


Dra. Alacoque Lorenzini Erdmann
Examinadora


Dr. Neri dos Santos
Examinador


Dda. Eliane Regina Pereira do Nascimento
Examinadora

Dedicatória

*Aos meus pais, Alcides e Tereza,
pelo amor, empenho e dedicação, sem o que
não seria possível a realização deste
trabalho.*

AGRADECIMENTOS

. Com o objetivo alcançado, manifesto o meu agradecimento a todos que, direta ou indiretamente, contribuíram para este estudo, em especial:

. Às minhas irmãs Silvana, Elaine e Vania, pelo estímulo, apoio e preocupação, o meu eterno agradecimento.

. Ao orientador Dr. José Luiz Fonseca da Silva Filho.

. À Dra. Alacoque Lorenzini Erdmann, ao Dr. Neri dos Santos e à Dda. Eliane Regina Pereira do Nascimento, por aceitarem compor a banca de avaliação deste estudo, e pela riqueza de seus comentários.

. Às amigas Telma Magrini Brochado de Figueiredo e Márcia Schmit, pelo incentivo e colaboração.

. À professora Maria de Assis Straseio, pela revisão ortográfica.

. A todas as enfermeiras que se dispuseram, gentilmente, a participar deste estudo, mesmo no anonimato, a minha eterna gratidão, amizade, respeito e carinho. O meu mais sincero reconhecimento.

. À Instituição Hospitalar que consentiu na realização deste trabalho.

RESUMO

Com a crescente necessidade quanto a melhoria da qualidade de vida do trabalhador da área de saúde, este estudo teve por finalidade, realizar a análise ergonômica do trabalho do enfermeiro de Unidade de Terapia Intensiva, e propor estratégias na tentativa de minimizar os efeitos deletérios de diversos atores envolvidos no trabalho deste profissional. Consideramos de suma importância realizar o levantamento dos agentes estressores envolvidos neste posto de trabalho, com o intuito de criar subsídios para a proposta de melhoria das condições do mesmo. Utilizamos um agrupamento destes agentes, conforme proposição de Iida (1997). Para tanto, realizamos um estudo de campo, envolvendo enfermeiros de uma Unidade de Terapia Intensiva de um hospital particular do Estado de Santa Catarina. Este estudo revelou um acentuado comprometimento no que concerne à organização do trabalho, gerado, principalmente, pela falta de relacionamento adequado entre a equipe multiprofissional, hierarquização rígida, ritmo de trabalho, envolvendo alta carga física e mental do enfermeiro de uma Unidade de Terapia Intensiva. Elaboramos, para minimizar tais condições, algumas propostas, relativas: a ambiente físico, incorporação de uma estratégia participativa e uma adequação quanto a relação numérica entre enfermeiro/paciente, culminando na diminuição dos agentes estressores e conseqüentemente melhora na qualidade de vida do trabalhador enfermeiro. Esta dissertação resgatou uma outra necessidade, quanto à incorporação do paciente, nesta análise, pois este se encontra no mesmo ambiente, interagindo com os mesmos agentes estressores, necessitando, para tanto, uma abordagem global desta situação.

ABSTRACT

With increasing necessity refer the improvement in the life's quality of the worker in the health area, this study had the finality, to realize the ergonomic analyse of the work the nurse in the Intensive Therapy Unity, and propose strategies in the trial of reduce the harmufuls effects of several actors involved in the work of this professional. We consider the importance in realize the survey of the stressors agents involvid in this work post, with the objective of create subsidies to the proposal of improvement of the same conditions. We utilize a agroupment these agents, according propositions Iida (1997). Because this situation, we realize a camp's study, involving nurses of a Intensive Therapy Unity of a particular hospital in the Santa Catarina State. **This study revealed a accentuaded compromisement refer in the organization of the work, principally because of the absent of relations adjusted between the multiprofessional equip, a rigid hierachyztion, the work envolving a big mental and fysical cargo of the nurse in a Intensive Therapy Unity.** We utilize to reduce these conditions, some proposes: the fysical ambient, incorporation of the participeted strategy and an adaptation refer the numeric relation between nurse/pacient, culminating in the redution of the stressors agents and consequentment in the improving in the life's quality of nurse worker. This dissertation met an the other necessity, refer the incorporation of the pacient in this anlyse, because this is in the same ambient, with the same stressors agents, necessiting a global approach of this situation.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	10
1.1. Justificativa.....	10
1.2. Objetivos.....	14
1.2.1. Objetivo Geral.....	14
1.2.2. Objetivos Específicos.....	14
1.3. Metodologia.....	15
1.3.1. Tipo de Pesquisa.....	15
1.3.2. População e Amostra.....	15
1.3.3. Coleta de Dados.....	16
1.3.4. Instrumentos para a Coleta de Dados.....	16
1.3.5. Análise dos Dados.....	16
1.4. Limitações do Estudo.....	17
2. TRABALHO, ERGONOMIA E PRODUTIVIDADE.....	18
2.1. Trabalho.....	18
2.1.1. Produtividade.....	19
2.1.2. Organização do Trabalho.....	20
2.2. Ergonomia.....	24
3. O TRABALHO DO ENFERMEIRO.....	34
3.1. História da Profissão.....	34
3.1.1. Área Hospitalar.....	35
3.1.2. Equipe de Enfermagem.....	37
4. UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA.....	40
4.1. A Enfermagem na Unidade de Terapia Intensiva.....	42
4.2. Estresse.....	44
4.2.1. Agentes Estressores.....	48
5. ANÁLISE ERGONÔMICA DO TRABALHO DO ENFERMEIRO DE UTI.....	51
5.1. Origem e Fonte de Informações sobre a Demanda.....	51
5.1.1. Hipóteses Formuladas a partir da Demanda.....	51
5.2. Caracterização do Local do Estudo.....	51
5.3. Dados sobre a Unidade de Terapia Intensiva Adulto.....	55
5.4. Dados sobre a População Envolvida no Estudo.....	56

5.5. Análise da Tarefa	57
5.5.1. Dados do Meio Ambiente de Trabalho	58
5.5.1.1. Ambiente Arquitetônico	58
5.5.1.2. Ambiente Luminoso.....	61
5.5.1.3. Ambiente Sonoro.....	61
5.5.1.4. Ambiente Térmico e Ventilação.....	62
5.5.1.5. Ambiente Tóxico ou Infectado.....	63
5.5.2. Dados do Ambiente Organizacional.....	63
5.5.2.1. Normas e Rotinas.....	63
5.5.2.2. Organização do Trabalho.....	64
5.5.2.3. Materiais e Equipamentos.....	65
5.5.2.4. Equipe de Trabalho	65
5.5.2.5. Admissão do Enfermeiro	66
5.6. Descrição das Exigências do Trabalho	66
5.7. Análise da Atividade da Enfermeira Assistencial da UTI.....	68
5.7.1. Turno da Manhã.....	68
5.7.2. Turno da Tarde	76
5.7.3. Turno da Noite.....	86
5.8. Análise da Carga de Trabalho da Enfermeira da UTI.....	97
5.8.1. Carga Física da Enfermeira da UTI.....	97
5.8.1.1. Turno da Manhã	98
5.8.1.2. Turno da Tarde.....	98
5.8.1.3. Turno da Noite.....	98
5.8.2. Carga Mental da Enfermeira da UTI.....	99
5.8.2.1. Turno da Manhã	102
5.8.2.2. Turno da Tarde.....	103
5.8.2.3. Turno da Noite	103
5.9. Diagnóstico.....	104
5.9.1. Meio Ambiente	105
5.9.1.1. Ambiente Arquitetônico	105
5.9.1.2. Ambiente Luminoso.....	105
5.9.1.3. Ambiente Sonoro.....	105
5.9.1.4. Ambiente Tóxico e Infectado.....	106
5.9.2. Ambiente Organizacional.....	106
5.9.2.1. Normas e Rotinas.....	106
5.9.2.2. Material e Equipamento.....	106

5.9.2.3. Equipe de Trabalho	107
5.9.2.4. Treinamento.....	107
5.9.3. Carga de Trabalho	107
6. ANÁLISE DOS AGENTES ESTRESSORES E PROPOSTAS PARA A MELHORIA DA QUALIDADE NO TRABALHO E MINIMIZAÇÃO DO ESTRESSE DO ENFERMEIRO NA UTI.....	108
6.1. Conteúdo do trabalho.....	109
6.2. Condições de trabalho	114
6.3. Fatores Organizacionais.....	129
6.4. Desenvolvimento da Carreira Profissional.....	132
6.5. Pressões Econômico-Sociais	132
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	134
8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	137
9. ANEXOS	142

1. INTRODUÇÃO

1.1. Justificativa

As instituições hospitalares, em geral, estão se modernizando, com a finalidade de prestar uma assistência cada vez mais qualificada ao indivíduo doente. Contudo, para tal realização, devem ter, além de uma eficiente estrutura física, recursos materiais, planejamento e organização, uma estrutura adequada em relação aos recursos humanos. Estes, aqui representados pelos trabalhadores, os quais devem sempre ter condições adequadas para suas atividades, viabilizando uma melhor qualidade de assistência, o que pode ser transformada ou entendida por produtividade.

O termo produtividade, nas áreas com clareza em sua linha de produção, é simples; porém, a nível hospitalar, esta conceituação não é tão clara. Desta forma, torna-se necessário realizar algumas considerações.

Podemos considerar como matéria prima o paciente, um ser humano que está apresentando algum distúrbio fisiológico e que necessita de assistência ou cuidado. Em relação ao produto final, esperamos uma melhora no estado fisiológico do mesmo, o qual pode ser conseguido através de assistência, cuidado, que no caso de uma instituição hospitalar, é realizado pela equipe multiprofissional. Podemos concluir então, que uma maior produtividade, implica em uma melhora da assistência de enfermagem prestada.

A assistência prestada pela equipe de enfermagem em área hospitalar é organizada, planejada e supervisionada pelo enfermeiro¹. Este profissional coordena a equipe, com embasamento técnico-científico, utilizando o processo

¹ Optou-se por colocar no masculino, por se tratar de uma categoria profissional.

assistencial, o qual tem por objetivo cuidar do ser humano de forma individual. Isto implica em uma atitude que requer inúmeras informações, conhecimentos, técnicas e equipamentos específicos. Enfim, uma estrutura hospitalar complexa. Tal conclusão pode ser encontrada na afirmação de Gerges (1994, p.47), onde “*o hospital, sob o enfoque sistêmico, pode ser considerado como um sistema aberto, sociotécnico estruturado, que recebe ‘inputs’, processa-os e o devolve ao ambiente através dos ‘outputs’ reavaliando seus procedimentos através do feedback. Caracterizado como um sistema complexo de elementos em interação mútua*”.

Desta forma, o hospital é uma instituição complexa e completa, sendo parte integrante de uma organização médica e social, cuja função básica consiste em proporcionar à população assistência médica integral, curativa e preventiva, sob quaisquer regimes de atendimento (Ministério da Saúde. 1978).

Nesta pesquisa, enfocaremos mais especificamente, o trabalho em uma Unidade de Terapia Intensiva (UTI), por ser a área de atuação da pesquisadora, e pelo enorme desgaste físico e mental do enfermeiro, encontrado neste setor. Torna-se imprescindível conhecermos esta unidade em relação aos seus objetivos, suas dificuldades, seu cotidiano, para que possamos analisar de forma ampla, as conseqüências nos trabalhadores, aqui especificamente, no enfermeiro .

Em uma UTI, o objetivo é a recuperação do paciente em tempo hábil, dentro de um ambiente físico e psicológico adequados, onde cada membro que ali trabalha deve estar orientado para o aproveitamento das facilidades técnicas existentes, aliados a um bom relacionamento humano (Kamada, 1978).

Podemos considerar que o ambiente intenso e frenético da UTI é muitas vezes encarado como agressivo, frio e os pacientes tidos como mais graves do que podem estar na realidade, favorecendo a percepção de condições ambientais instáveis e estressantes (Souza e Col.,1985).

Salientamos que a equipe de enfermagem também está susceptível ao ambiente, pois realiza tarefas complexas envolvendo elevada carga de trabalho, tanto a nível físico como mental, o que conseqüentemente determina estresse, medo e angústia. Segundo Vélez Benito (1994, p.3) *“a carga de trabalho do pessoal de enfermagem está ligada à qualidade da assistência e ao bem estar dos pacientes, às exigências cognitivas que sofrem os trabalhadores de enfermagem ao desenvolver suas atividades, também estarão ligadas à saúde do trabalhador”*. Conseqüentemente, o estresse pode aparecer no desenvolvimento das atividades de enfermagem.

O estresse pode ser definido segundo Lipp (1996, p.20) como *“uma reação do organismo, causada por alterações psicofisiológicas que ocorrem quando a pessoa se defronta com uma situação que, de um modo ou de outro, a irrite, a amedronte, excite ou confunda.”* Existem, no trabalho do enfermeiro de UTI, inúmeras fontes geradoras de estresse, entre as quais incluem-se condições: ambientais, sócio-econômicas, culturais, organizacionais e a própria assistência de enfermagem, dentre outras.

O ambiente pode ser encarado como altamente estressante, em virtude da alta movimentação de pessoas, sons de equipamentos, correria na realização dos cuidados a pacientes graves, aumento de tecnologias empregadas, que às vezes não estão acompanhadas de treinamento adequado.

Outra fonte geradora de estresse é o próprio cuidado de enfermagem, que inclui desde uma simples verificação de sinais vitais, até uma avaliação e atuação em situações de emergência, a qual requer uma alta capacidade de resolução de problema para que este paciente não morra, ou não piore ainda mais o seu estado de saúde. Este fato proporciona a geração de estresse inteiramente ligada à assistência prestado pelo enfermeiro, já que um atendimento qualificado pode salvar a vida do ser humano, sob sua responsabilidade.

Podemos dizer então, que as condições de trabalho do enfermeiro de UTI influem direta e indiretamente sobre o cuidado, conforto moral e material dos pacientes, bem como a adaptação do material hospitalar de acordo com as necessidades do mesmo (Vélez Benito, 1994).

Com a finalidade de minimizar o estresse e melhorar a qualidade de vida do enfermeiro no trabalho, utilizaremos os princípios ergonômicos, pois a influência da ergonomia, enquanto metodologia a ser adotada, na tentativa de direcionar o trabalho desenvolvido pelo profissional enfermeiro, no âmbito hospitalar, busca diminuir a sobrecarga de trabalho físico e mental, com conseqüente melhoria nas condições de trabalho, e a minimização das psicopatologias envolvidas nesta prática.

Segundo Vélez Benito (1995, p.44), podemos considerar que *“a aplicação da ergonomia com o intuito metodológico permite que a enfermagem se defronte principalmente com o processo de desenvolvimento das atividades em relação a dois objetivos: a qualidade da assistência, e a saúde do trabalhador de enfermagem, este dois fazendo parte do processo de trabalho da enfermagem”*. Desta forma, propicia-se a criação de estratégias que ajudem na adaptação do ambiente de trabalho ao trabalhador, bem como a melhora da qualidade do que produz, entendida por nós aqui, como a assistência de enfermagem.

Ressaltamos que, quanto mais estruturado ergonomicamente for o ambiente de trabalho do pessoal da enfermagem, melhor será sua capacidade de adaptação, diminuindo sua carga física e mental, elevando, desta forma, o grau de sua assistência, o que indiscutivelmente poderá minimizar o estresse gerado no profissional.

A partir da necessidade de se estabelecer condições favoráveis para o trabalho em uma UTI, torna-se necessário realizar uma análise ergonômica do

posto de trabalho do enfermeiro, a fim de elucidar interferências ambientais e cognitivas arroladas, as quais prejudicam o desempenho e a saúde do trabalhador.

Para tanto, o ergonomista deve privilegiar ações condizentes com a realidade detectada, uma vez que, tanto o paciente, quanto o profissional, estão sujeitos a inúmeras interações.

Uma das interações importantes diz respeito ao fato de que neste sistema de produção existem dois seres humanos, e a princípio, a ergonomia lida somente com um - neste caso o trabalhador. Mas, se não considerarmos o paciente como tal, podemos interferir na assistência prestada, interferindo sobremaneira na sobrevivência do mesmo.

O problema se torna mais amplo quando nos deparamos com a realidade da saúde vivenciada hoje no país, onde a problemática envolvendo a qualificação dos recursos humanos tem sido postergada, o que tem ocasionado a deterioração da qualidade da assistência.

1.2. Objetivos

1.2.1. Objetivo Geral

. Realizar a avaliação ergonômica das condições de trabalho do enfermeiro de UTI e sugerir recomendações, visando minimizar o estresse e melhorar a qualidade de vida no trabalho.

1.2.2. Específicos

- . Identificar os agentes estressores atuantes sobre o enfermeiro da UTI.
- . Propor uma filosofia de trabalho centrada na ergonomia em relação à

estrutura física e material da UTI.

. Propor medidas preventivas quanto aos agentes estressores, buscando a melhoria na qualidade da assistência de enfermagem e de vida no trabalho do enfermeiro.

1.3. Metodologia

Buscando alcançar os objetivos propostos, serão adotadas as seguintes etapas:

- . Revisão bibliográfica do tema abordado;
- . Análise ergonômica do posto de trabalho do enfermeiro na UTI.
- . Análise e avaliação dos resultados;
- . Conclusões e considerações finais;

1.3.1. Tipo de Pesquisa

Trata-se de um estudo exploratório e de campo.

1.3.2. População e Amostra

A população foi constituída por enfermeiros que trabalham ou supervisionam a Unidade de Terapia Intensiva do hospital em estudo, no total de cinco enfermeiros. A amostra foi integrada por três enfermeiras, sendo que a análise das atividades foi realizada em um período de vinte e quatro horas, envolvendo todos os períodos, ou seja, manhã, tarde e noite.

1.3.3. Coleta de Dados

A coleta de dados foi realizada nos meses de agosto a outubro de 1998. Abordou-se, para as etapas de análise da demanda e análise das tarefas, os seguintes profissionais: gerente de enfermagem, supervisora da UTI, enfermeiras assistenciais da UTI, supervisora da Capacitação e Desenvolvimento, Analista de Capacitação e Desenvolvimento, presidente da CIPA do hospital e médico do trabalho.

Para a análise das atividades, foram observadas três enfermeiras, em turnos de 8 horas e 12 horas. Ressaltamos que existem dois turnos referentes ao trabalho noturno, contudo, observamos apenas uma das noites, em virtude da homogeneidade das equipes e do trabalho realizado.

1.3.4. Instrumentos para a Coleta de Dados

Foi elaborada uma entrevista semi-estruturada com os diversos profissionais, visando determinar a demanda e, posteriormente, utilizada para a análise das tarefas.

Após determinar a demanda, foi aplicado um questionário com os enfermeiros assistenciais e supervisora da unidade, por fim, foi realizada a análise das atividades, através de um roteiro de observação direta do enfermeiro e do ambiente.

1.3.5. Análise dos Dados

Os dados foram analisados seguindo as etapas recomendadas pela metodologia da análise ergonômica do trabalho, constando de: análise da

demanda, análise das tarefas e análise das atividades, diagnóstico e recomendações ergonômicas.

Com a finalidade de estabelecermos de forma clara os agentes estressores arrolados no trabalho do enfermeiro desta Unidade de Terapia Intensiva, categorizamos estes agentes segundo a causa, utilizando o referencial de Iida, 1997.

1.4. Limitações do Estudo

Este estudo limitou-se a identificar os fatores causadores de estresse em uma Unidade de Terapia Intensiva, em um hospital particular. Ressaltamos que não tivemos como objetivo, nesta dissertação, no que se refere ao estudo de campo, medir o estresse, mas sim, levantar possíveis causas, as quais foram verificadas levando em consideração a observação da pesquisadora no local de trabalho e o relato dos enfermeiros desta unidade.

2. TRABALHO, ERGONOMIA E PRODUTIVIDADE

2.1. Trabalho

Leontiev apud Fialho e Santos (1995, p.18) afirma que o trabalho humano *“é uma atividade originalmente social, fundada sobre a cooperação de indivíduos, a qual supõe uma divisão técnica”*.

As condições de vida e do trabalho, ao longo do tempo, vêm sofrendo reivindicações por parte dos trabalhadores.

Segundo Silva Filho e Montedo (1996), historicamente pode-se dividir o trabalho em três períodos: do século XIX até a primeira guerra, demonstrado pela luta da sobrevivência, onde a preocupação com a saúde era não morrer. Apresentava também, uma jornada de trabalho muito longa, baixos níveis de higiene, alta periculosidade, grandes esforços musculares, alimentação precária e repressão do governo contra o trabalhador. Após a primeira guerra até 1968, começa o segundo período, o qual caracteriza-se, preponderantemente pela saúde do corpo. Inicia-se com Taylor, as influências da forma de trabalhar com a produtividade. Nesta época, a mão de obra não especializada era abundante e barata, onde o saber-fazer não era prioridade por parte da empresa. Havia uma divisão muito forte dos profissionais que detinham o conhecimento total e os que faziam; estes últimos constituíam a maioria na indústria. Com o terceiro período, iniciado após 1968, começa a percepção da deterioração da saúde mental como fator prejudicial do trabalho. Passam a ser valorizadas as questões relativas ao conteúdo da tarefa, flexibilidade, ritmo e velocidade de trabalho e participação. Com este advento, surgiram movimentos de resistência e estudos de formas alternativas quanto à organização do trabalho, mais voltados para o ser humano.

Desta forma, começa haver preocupação com as soluções para o problema de produtividade competitiva, sem a perda do nível de saúde do trabalhador. Este é o atual problema vivenciado pelas empresas, muito mais afluído com a globalização. Nesta etapa, uma empresa que não se preocupa com o nível de saúde de seu trabalhador, torna-o insatisfeito, infeliz no trabalho, interferindo na sua produtividade, o que pode refletir em uma empresa não produtiva, seguindo a mesma analogia não competitiva, inviabilizando a inserção da empresa no mercado.

2.1.1. Produtividade

Spink (1979), já afirmava que produtividade nada mais é do que a capacidade de produzir. De forma mais ampla, pode ser expressada pela relação entre o que foi produzido e os recursos gastos nesta produção.

Segundo Silva Filho (1995), as organizações buscam permanentemente ser competitivas, de tal forma que este objetivo requer um acompanhamento constante dos chamados “*mecanismos responsáveis pela dinâmica da produtividade*”. Estes devem estar ligados com conceitos de qualidade, inovação tecnológica, qualidade de vida, entre outras.

A então produtividade competitiva, tão almejada pela empresa pode ser conseguida através de ambientes participativos, pois vários autores são unânimes em afirmar que a produtividade está ligada à participação dos trabalhadores nas decisões.

Esta participação dos trabalhadores também apresenta uma relação direta com a qualidade de vida, pois neste processo, existe uma maior possibilidade do trabalhador assumir uma condição de trabalho mais adequada. Fernandes e Gutierrez (1988), afirmavam que a qualidade de vida no trabalho pode ser

conseguida por uma filosofia humanista, a fim de transformar o ambiente de trabalho de acordo com as expectativas dos trabalhadores.

Qualidade de vida no trabalho é conceituada por Silva Filho e Montedo (1996, p.62), como *“o quanto as pessoas na organização são aptas a satisfazer suas necessidades pessoais importantes, através de suas experiências de trabalho e de vida na organização”*. Consideram também, que, quando a satisfação no trabalho é alta, o compromisso com os objetivos do grupo e da organização também os são.

De acordo com o que já foi exposto, podemos considerar que a melhoria da qualidade de vida no trabalho, conseqüentemente melhora a produtividade.

2.1.2. Organização do Trabalho

Orssatto (1995, p.07) afirma que *“as organizações são tão antigas quanto a história do homem (...), como também são as idéias sobre como administrá-las (...) Ao longo do tempo, as pessoas se reuniam para alcançar determinadas metas, primeiro em famílias, depois em tribos e, posteriormente em unidades políticas mais sofisticadas”*.

Podemos considerar que as organizações são estruturas compostas por unidades internas com suas peculiaridades, as quais interagem com o meio externo, em um processo contínuo, onde os acontecimentos numa das partes interfere diretamente na outra.

A partir dos modelos de organização ditados por Taylor existiu um novo paradigma, no qual anulava-se as interferências do meio externo, pois considerava a empresa hermética, sem a possibilidade de trocas com o exterior.

Segundo Chiavenato apud Fialho e Santos (1995), os princípios básicos da organização são: administração com ciência; divisão do trabalho e especialização

do operário; estudo da fadiga humana; análise do trabalho - estudo de tempos e movimentos; concepção de cargos e tarefas; incentivos salariais e prêmios de produção; conceitos de homem econômico; condição de trabalho; padronização e supervisão funcional.

No nosso entendimento, o princípio mais característico da organização taylorista, é a divisão do trabalho, o qual explicitava uma equipe que planejava e detinha o conhecimento, e outra, que somente executava as tarefas, sem a oportunidade de participar do processo como um todo. Esta divisão técnica do trabalho limitava a criatividade do ser humano, pois neste modelo, o homem é tratado como instrumento de produção, tornando-se alienado e insatisfeito no trabalho.

A alienação e a insatisfação no trabalho, que de início aumenta a produtividade, posteriormente deteriora a saúde mental deste homem, o que reflete negativamente na produtividade esperada, diminuindo a possibilidade de produtividade competitiva.

Com a busca da produtividade competitiva nasce um novo paradigma industrial, o qual se caracteriza pelo gerenciamento que processe e absorva, de forma continuada, as inovações emergentes, elevando a competitividade (Rattner, 1995).

Mormente a inadaptação das empresas ao novo momento econômico, e a desatualização da organização do trabalho conforme o modelo, principalmente taylorista, começam a ser concebidas estruturas organizacionais participativas (Gaudier apud Silva Filho, 1995).

Os processos participativos proporcionam ao homem maior interação entre equipes, possibilita melhorar o exercício de suas capacidades intelectuais, favorecem um ambiente de trabalho mais agradável, propiciando uma melhor condição de vida, influência esta relacionada ao aumento da produtividade, o que

torna a empresa mais competitiva.

Para Pizzinato (1988, p.85) *“o homem só se realiza integralmente se participar efetivamente das decisões que vão afetá-lo enquanto trabalhador, membro de uma organização”*.

O que não podemos negar é que existe hoje uma nova maneira de gerenciar as pessoas, que difere da forma antiga de administrar, até por que o perfil do profissional exigido hoje é totalmente diferente de épocas anteriores. Há uma tendência em se enfatizar os valores que conduzam ao aprimoramento da qualidade dos produtos, serviços, relacionamentos, melhoria da qualidade de vida no trabalho e compatibilização da empresa com o seu ambiente externo.

Atualmente se tem a certeza de que as pessoas aprendem melhor quando se sentem responsáveis por seus atos. Por isso, cada vez mais vemos a necessidade de descentralizar a administração das empresas e delegar responsabilidades e autoridades às pessoas em todos os níveis hierárquicos. Segundo Senge (1990), descentralizar significa dar liberdade de ação, deixando que as pessoas testem suas idéias e assumam a responsabilidade dos resultados obtidos.

Segundo Pinchot (1994), a mudança de poder em direção a uma maior liberdade e responsabilidade no local de trabalho só se sustenta pela implantação de processos democráticos, nos mais variados níveis de coordenação. Isto representa um desafio, porém, conforme sugere o Gerenciamento pela Qualidade Total, a formação das equipes para a resolução de problemas é uma ótima ferramenta que visa promover um novo aprendizado. Eis a democracia em seu nível mais simples. A democracia onde todos procuram a melhor forma de realizar o seu trabalho compartilhado, permitindo assim, a auto gestão em equipe. Na medida em que os sistemas de trabalho fazem uso dessa capacidade de trabalho, proporcionam às pessoas um controle bem maior do planejamento de

suas vidas.

Para este autor, a democracia participativa em uma organização inteligente é qualquer processo que envolva diretamente a inteligência de todos em prever, solucionar e seguir pelos desafios complexos que se defronta qualquer organização. Um sistema de ações de melhorias através do trabalho em equipe é um meio de se implantar a democracia e a participação nos ambientes de trabalho. Para que a utilização de uma gestão participativa surta efeitos significativos, esta deve conter três princípios fundamentais, quer sejam: a flexibilidade, o controle e a regulação.

Flexibilidade é a capacidade de se responder às circunstâncias de mudanças. Conforme Dellagnelo (1995, p.221), a flexibilidade deve ser caracterizada *“por estruturas organizacionais semi-autônomas, proporcionando um poder cada vez mais descentralizado, com ênfase na inovação e relação adaptativa com o ambiente, mais próxima de tecnologias do tipo não rotineira ou intensiva”*.

Esta flexibilidade proporciona à empresa a capacidade de se moldar de forma rápida e organizada às necessidades do mercado, capacitando-a para a produtividade competitiva.

Não podemos deixar de ressaltar que estas mudanças favorecem uma melhora na qualidade de vida no trabalho, já que promove uma maior satisfação do trabalhador, pois torna-o um membro pensante e cooperante na empresa.

Outro princípio fundamental da gestão participativa é o controle, pois este proporciona um processo contínuo que afeta as relações entre os elementos. Segundo Silva Filho (1995, p.83) *“é definido como um processo pelo qual a organização segue os planos e as políticas da administração. É um processo recorrente que não tem princípio ou fim definíveis”*.

O terceiro princípio fundamental da gestão participativa é a regulação, pois

a possibilidade dos trabalhadores regularem suas tarefas cria um clima favorável aos processos participativos, por ocorrer um maior envolvimento do trabalhador com o trabalho.

2.2. Ergonomia

A ergonomia é caracterizada formalmente como ciência a partir deste século, tendo seus primórdios no final do século passado, a partir da preocupação de alguns estudiosos em analisar as situações de trabalho nas empresas.

Historicamente, recebeu vários conceitos tais como: a ergonomia é a disciplina que estuda as leis naturais do trabalho humano (Barros, 1991); o estudo do homem em suas relações com o ambiente de trabalho (Murrel apud Barros, 1991); *“o conjunto dos conhecimentos científicos relativos ao homem e necessários para a concepção de ferramentas, máquinas e dispositivos que possam ser utilizados com o máximo de conforto, de segurança e de eficácia”* (Wisner apud Fialho e Santos, 1995, p.09), entre outros.

Esta ciência, portanto, busca promover a máxima ambientação do trabalhador através da adequação a este de condições físicas, psíquicas e emocionais, a fim de levar as pessoas a enxergarem o trabalho como algo capaz de gerar satisfação e realização, como já concebiam os gregos como sendo o trabalho *“ergon, que designa, a criação, a obra de arte”* e não como *“ponos, que se refere ao esforço e a penalidade”* (Fialho e Santos, 1995, p.17).

A ergonomia, enquanto ciência, sempre buscou analisar situações de trabalho, tentando interferir em algumas e modificar outras que considerou necessárias, no sentido de obter uma maior racionalização e otimização, com o máximo de conforto, rendimento e eficiência.

A fase inicial da ergonomia se caracterizou por uma preocupação maior

com os postos de trabalho propriamente ditos: concepção dos móveis, elementos, e com o projeto dos espaços de trabalho. Constitui-se em uma ergonomia mais física (Montmollin, 1990). Atualmente, trabalha-se também, além de outras, a questão cognitiva do trabalho, almejando avaliar e considerar a carga mental exigida para o desempenho de uma determinada atividade e o grau de sofrimento psíquico a que se submete o ser humano no trabalho. Em certas condições, emerge um sofrimento que pode ser atribuído ao choque entre uma história individual, portadora de projetos, de esperanças e de desejos, e uma organização do trabalho que os ignora (Dejours, 1992). É preciso compreender que nem sempre há uma divisão, *in locu*, desses momentos históricos e evolutivos da ergonomia.

Embora estejamos vivendo um enfoque mais cognitivo da ergonomia, é importante pensarmos que os problemas ditos ergonômicos são de origem das mais diversas possíveis, principalmente quando falamos de países em vias de desenvolvimento industrial. Por um lado, temos uma economia pobre, pouca ou nenhuma estrutura industrial básica, políticas internas desfavoráveis, endividamento interno, dificuldades em algumas regiões na regularidade do fornecimento de elementos básicos em alguns processos produtivos como, por exemplo, água e energia elétrica; e, por outro lado, altos índices de analfabetismo. Portanto, reduzido grau de instrução, falta de pessoal com formação de nível técnico, falta de cultura de organização por parte dos trabalhadores e de uma cultura tecnológica.

Nestes casos, é muito provável que uma dificuldade ou problema detectado dentro de uma empresa possa ser originado por uma somatória de fatores ambientais, cognitivos e organizacionais, buscando respostas suportadas nos conhecimentos das várias fases ou escolas da ergonomia.

A atual reestruturação da organização social traduz-se por uma

necessidade de abertura econômica, que leva à criação de grandes mercados livres, onde a competitividade exerce papel fundamental para a manutenção das empresas, as quais oportunizam melhores condições de vida à sociedade. Entendemos que esta tendência também é encontrada em empresas hospitalares, pois a procura de melhores condições de assistência médica fazem com que os hospitais tornem-se cada vez mais eficientes e eficazes.

Para a obtenção de tais condições de produção e qualificação, faz-se necessário uma nova concepção de organização, a qual é traduzida pela flexibilidade, controle e regulação, princípios estes tidos e citados aqui, como fundamentais em uma gestão participativa.

A gestão participativa influencia de maneira positiva a produtividade, sendo conseguida através da sistematização, onde o homem não é visto somente como um instrumento de produção, e sim, como um sujeito eficiente, criativo, pensante, uma vez que a possibilidade de participação o torna co-responsável e valoriza seu trabalho na sociedade. Instaura-se, então, uma nova percepção do trabalho, que reflete um melhor ambiente do mesmo, interferindo diretamente na satisfação, minimizando as psicopatologias decorrentes do trabalho.

Dentro deste novo paradigma, a ergonomia tem um grande papel na construção de um novo tempo, não só no sentido de buscar e garantir melhores condições de trabalho, mas também de se comprometer com a concretização de uma nova organização participativa e estruturação da própria sociedade, que seja capaz de dar cabo à miséria, à pobreza e à total desinformação que abatem tantas pessoas.

Para tal, a ergonomia utiliza uma metodologia chamada análise ergonômica do trabalho, que, segundo Santos e Fialho (1995), compreende três etapas: a primeira é a análise da demanda, cujo objetivo é a definição do problema a ser analisado; a segunda fase comporta a análise da tarefa, na qual é o trabalho que

deve ser realizado pelo trabalhador; e, finalmente, a análise das atividades, representando o que realmente o trabalhador realiza para executar a tarefa e compreende, desta forma, a análise do comportamento do homem no trabalho.

Em cada uma destas três fases é estabelecido um ciclo de coleta de dados, análise e formulação de hipóteses, com a possibilidade de retorno e reformulação, se necessário, permitindo que os resultados obtidos, em cada etapa, sejam globalizados no final da intervenção ergonômica.

Ressaltamos que esta análise não somente categoriza as atividades dos trabalhadores, mas norteia as modificações necessárias para uma ampla adequação do trabalho ao homem.

Descreveremos a seguir, o sistema homem-tarefa envolvido no trabalho do enfermeiro de UTI, que consiste, segundo Fialho e Santos (1995), em definir a escala de abordagem, a partir da qual o analista vai estabelecer as funcionalidades do sistema.

O hospital pode ser considerado como um sistema aberto, o qual permite a interação de inúmeros fatores intervenientes. O trabalho do enfermeiro se torna muito complexo, pois além de toda uma necessidade em relação aos conhecimentos científicos e técnicos, este profissional enfrenta dificuldades, relacionadas com o cuidar de outro ser humano, envolvendo toda uma peculiaridade, o que implica em um ser humano cuidando de outro. Esta relação permanente deve ser analisada sempre de forma individual, necessitando, geralmente, de diversos agentes e elementos interferindo direta e indiretamente em seu trabalho.

Além disso, existe uma pressão em relação ao tempo para a sua intervenção, implicando, sem dúvida, no estado desta pessoa a ser cuidada, interferindo, necessariamente, na responsabilidade, no estresse, na dúvida, na insegurança, e na necessidade de tentar salvaguardar a vida de um outro ser

humano, com toda a cientificidade que deve ter o enfermeiro. Devemos lembrar que uma falha em relação ao cuidado poderá acarretar, em diferentes graus, a piora ou até a morte de outra pessoa.

Muito embora as tarefas executadas por este profissional sejam determinadas pelo código da categoria, existe em cada instituição, contudo, atribuições específicas ou não a este profissional. Um agravante, ainda a ser considerado, diz respeito ao fato, de que seu trabalho depende do estado dos pacientes ali internados e toda a ordem na execução destas tarefas, podendo as mesmas serem alteradas diariamente ou até em curtos períodos. Isto exige uma tomada de decisão inicial em relação ao seu planejamento e execução de suas tarefas. Detalharemos, no decorrer deste trabalho, suas tarefas e suas atividades.

Outro ponto a ser considerado, com o intuito de realizar a análise ergonômica do trabalho, diz respeito à carga de trabalho. Esta é resultante de inúmeras variáveis que dependem de cada indivíduo e das condições de trabalho. Para tal, devemos ressaltar a existência de três aspectos: físicos, cognitivos e psíquicos (Wisner, 1994).

Em relação aos aspectos físicos, os autores são unânimes em afirmar que alguns fatores como ambiente térmico, ruídos, iluminação, trabalho noturno, ritmo de trabalho, dentre outros, determinam o desgaste físico do trabalhador, interferindo diretamente no seu desempenho profissional, comprometendo, conseqüentemente, sua produtividade. Neste âmbito, a ação do ergonomista deve ser direcionada para a adaptação do ambiente de uma forma geral, com vistas à solução emergente dos problemas relacionados à carga de trabalho (Montmollin, 1990).

Já no que tange aos aspectos cognitivos, devemos entendê-los como sendo um ramo da ergonomia que se preocupa com os aspectos mentais do trabalho (Vélez Benito, 1996). Neste contexto, Richard (1990), já apontava que as

atividades mentais poderiam ser inferidas a partir dos comportamentos e verbalizações, finalizadas pelas simulações oriundas dos modelos de tratamento da informação.

Esta questão, ao ser reportada para a UTI, nos faz resgatar Wisner (1994), quando o mesmo revela que a carga cognitiva fica mais evidenciada em situações que envolvem tarefas estritamente organizadas, ritmo de exigência rápida, interação de numerosas tarefas e desproporção entre a exigência do trabalho e o pessoal disponível.

Com a finalidade de podermos elucidar quais são os mecanismos envolvidos no processamento das informações, torna-se mister nos respaldar na arquitetura do processo cognitivo de Richard (1990).

Esta arquitetura cognitiva é a descrição dos diferentes elementos que constituem o sistema cognitivo e de suas relações. A arquitetura funcional é uma descrição estática das diferentes funções do sistema cognitivo, com o único fim de servir de base a uma descrição do funcionamento cognitivo. Este sistema comporta a descrição dos elementos do sistema e a descrição das relações entre esses elementos.

O esquema da arquitetura do processo cognitivo (figura 01) demonstra que as entradas do sistema cognitivo são as situações, sendo estas informações resultados dos tratamentos dos sistemas sensoriais, podendo ser de duas ordens: as de natureza espaço-temporal, referentes aos objetos e eventos; e as de natureza simbólica, que veiculam significados e são interpretadas no interior dos sistemas de sinais e do contexto da situação. As saídas do sistema cognitivo são os movimentos, os gestos e as produções lingüísticas.

Em relação ao sistema cognitivo, Richard (1990), distingue seis grandes funções, sendo elas: construção de estruturas cognitivas permanentes; elaboração das decisões de ação para as tarefas; construção das representações; produção de

inferências com fins epistêmicos ou pragmáticos; tratamento da informação e função de diagnóstico, regulagem e controle das atividades.

A primeira corresponde à construção cognitiva permanente, sendo estes os conhecimentos. Esta função garante a evolução do sistema cognitivo, permitindo o enriquecimento através de experiências. Existem dois modos de construção dos conhecimentos que, em geral, contribuem para a aprendizagem. Estes podem ser construídos a partir de informações simbólicas veiculadas por textos ou serem constituídos pela ação e experiências, a partir da resolução de problemas.

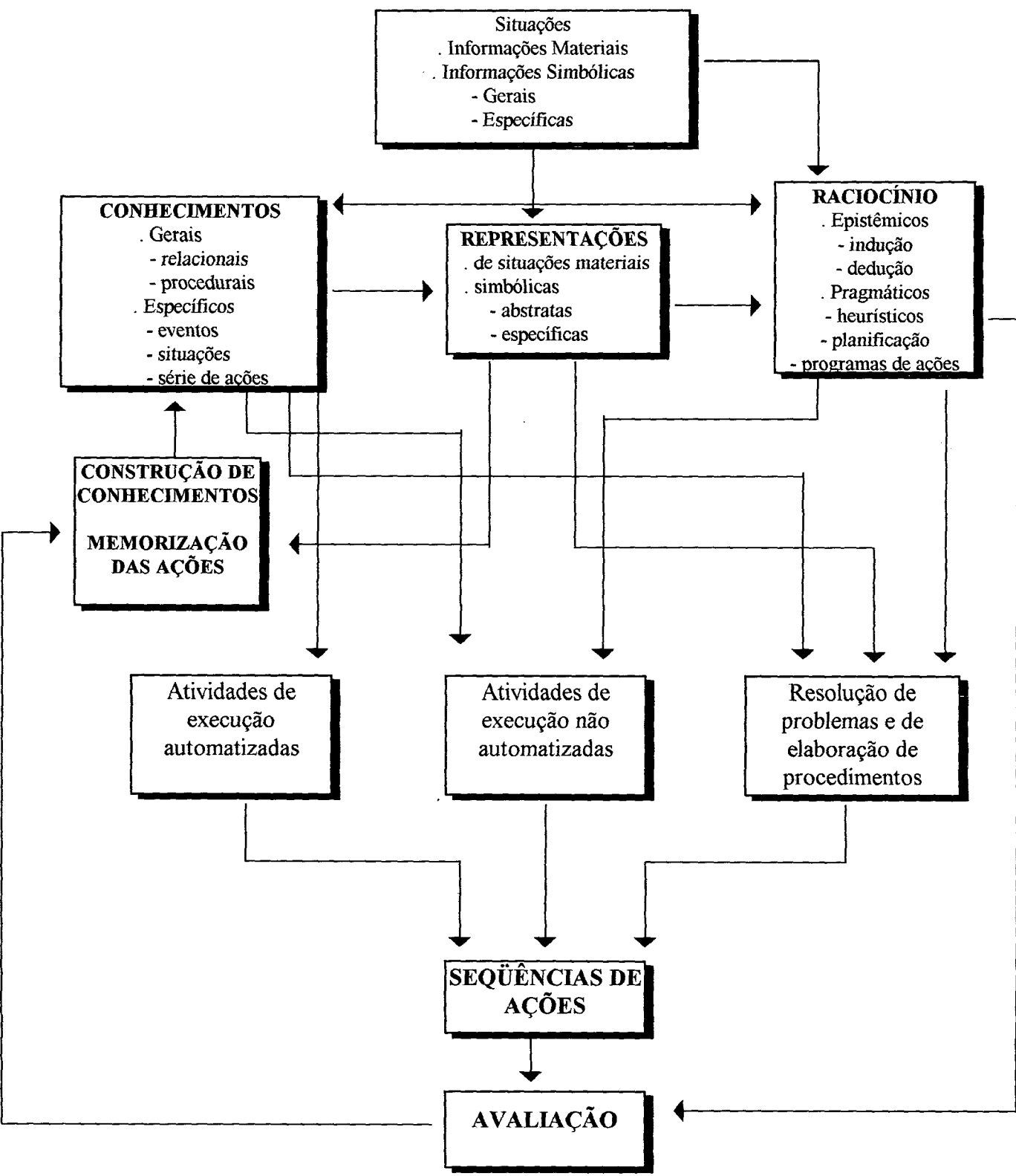
Os conhecimentos podem ser gerais e referem-se às classes de objetos, de acontecimentos, de situações ou de ações. São de duas formas: conhecimentos relacionais (prefere-se este termo ao de conhecimentos declarativos) e os procedurais. Por outro lado, podem ser específicos, os quais referem-se aos objetos, situações, acontecimentos ou seqüências de ações particulares, que foram objeto de uma experiência singular dentro de um contexto bem definido. Os conhecimentos específicos constituem a memória episódica.

Em relação à elaboração das decisões, (Richard apud Vélez Benito, 1994, p. 32) afirma que *“as decisões de ação constituem as produções do sistema cognitivo (suas saídas sob forma de descrição sistêmica). Sua elaboração corresponde a três tipos de tarefas para o sistema cognitivo.*

1º. As tarefas de resolução de problemas, isto é, situações de elaboração de procedimentos nos quais esta elaboração depende da representação da situação;

2º. as tarefas de execução não automatizadas, que correspondem a situações para as quais existem procedimentos gerais na memória que devem ser adaptados ao caso particular e;

FIGURA 1
ESQUEMA DA ARQUITETURA DO PROCESSO COGNITIVO



3º. tarefas de execução automatizadas, que consistem na utilização de procedimentos específicos.

Estas três tarefas correspondem a níveis diferentes de elaboração das decisões e se diferenciam pelo papel maior ou menor que os conhecimentos estocados na memória desempenham nesta elaboração. ”

No aspecto ora abordado, a tomada de decisão é um fator preponderante, pois a mesma pode gerar sobrecarga mental, determinando a exacerbação da percepção individual, com conseqüências psicopatológicas, as quais apresentam uma grande probabilidade de comprometer toda uma estrutura organizacional (Dejours, 1992). Ressaltamos que esta atividade está sempre presente nas atividades do enfermeiro de UTI, o que nos faz refletir sobre a elevada carga mental a que o mesmo está susceptível.

No que tange às representações, Richard (1990), afirma que são os conteúdos do pensamento aos quais se refere o termo compreender. São construções que constituem o conjunto das informações levadas em conta pelo sistema cognitivo na realização da tarefa. Elas desempenham, então, um papel central na elaboração de decisões, visto que são as únicas informações referentes à situação e à tarefa a partir das quais são elaboradas as decisões de ação.

Em relação às inferências, o mesmo autor afirma que consistem na produção de novas informações, a partir das informações existentes na memória, a saber: os conhecimentos e as informações procedentes da situação. Podem ser de dois tipos, onde algumas têm por finalidade a compreensão e contribuem para as representações. Outras, têm finalidade pragmática, pois produzem objetivos de ação, planos ou séries de ações.

Outro ponto a ser salientado, refere-se à regulação e controle das atividades, que são difíceis de representar em um esquema estático. Richard (1990), distingue dois componentes. O primeiro, como sendo a regulação da

atividade, que consiste em selecionar as tarefas a realizar e em ordená-las no tempo. O segundo é o controle, que se refere à realização da tarefa e seu bom funcionamento. Este último, antes da realização, garante a planificação e após a avaliação dos resultados da ação.

O funcionamento cognitivo é a descrição das atividades que garantem o uso das funções. Utilizando ainda as afirmações de Richard (1990), as atividades cognitivas são definidas a partir de três componentes: seus produtos, os objetos sobre os quais elas atuam, e seus modos de realização e de funcionamento.

Em relação ao papel dos conhecimentos anteriores, consideramos que sua participação é indispensável e muito importante no desenvolvimento de tarefas. Os conhecimentos anteriores facilitam a aprendizagem pela melhor representação da situação. Por outro lado, a informação estruturada é mais facilmente memorizável. As analogias aproveitam os conhecimentos anteriores, e é por isso que são usadas para facilitar a aprendizagem. Quanto maior é o número de relações mostrando o conceito, mais rápido e fácil fica o acesso ao mesmo (Vélez Benito, 1994).

“No desenvolvimento da tarefa, as atividades de controle e diagnóstico são as que precisam de processos de elaboração mais complexos. Assim, para realizar efetivamente atividades de controle e diagnóstico, precisamos desenvolver competências de antecipação e planificação, e a prática de ferramentas cognitivas como abstração, generalização, inferências, etc”.
(Ibidem)

Na busca quanto à minimização dos efeitos nocivos, relacionados aos fatores determinantes da sobrecarga do trabalho, a ergonomia deve estar voltada para as questões que envolvam hipóteses de trabalho acerca da situação e organização do mesmo. O objetivo é subsidiar medidas alternativas para a melhoria das condições do trabalho.

3. O TRABALHO DO ENFERMEIRO

3.1. História da Profissão

Na tentativa de se buscar um maior conhecimento sobre as relações existentes no trabalho do enfermeiro, faz-se necessário conhecer a história desta profissão, a qual apresenta inúmeros estigmas e mudanças de comportamento no decorrer do tempo.

A atividade de cuidar em enfermagem é antiga, caracterizando-se, sobretudo, pela promoção, manutenção e recuperação das necessidades básicas do indivíduo, em especial, quando este é atingido em sua integridade física e mental.

Uma das definições mais antigas de enfermagem é de autoria de Florence Nightingale, em 1859, onde esta definiu a Enfermagem como possuindo responsabilidade pela saúde de alguém, colocando o paciente na melhor condição, para que a natureza aja sobre ele. Em 1978, Fagin sugeriu que a enfermagem possa ser definida de modo a incluir a promoção e a manutenção da saúde, a prevenção à doença, o cuidado de pessoas durante fases agudas de doença e a reabilitação e restauração da saúde. Já em 1970, Rogers descreveu a enfermagem como uma arte e uma ciência (Iyer et al, 1993).

Pode-se confirmar com os conceitos anteriores, que, de início, existia a necessidade de cuidado, nem sempre fundamentado e cientificamente utilizado, onde o emprego do conhecimento científico ficava relegado a segundo plano, e os estigmas de caridade, doação eram muito fortes, envolvendo a enfermagem como

um todo. Esta visão vem se descaracterizando, tendo em vista a profissionalização desta categoria.

No Brasil, a Enfermagem se firmou como profissão com a institucionalização dos seus cursos de graduação que datam cerca de dez décadas e de pós-graduação da década de 70 (Marziale, 1990).

A enfermagem do século XX buscou a sua profissionalização, e para tal, construiu um corpo de conhecimentos específicos, sendo introduzidas as teorias de enfermagem e o processo de enfermagem, como métodos de trabalho, com a finalidade de transformar o trabalho do enfermeiro, tornando-o científico.

A enfermagem profissional ou moderna, nasce sob o modo de produção capitalista e se organiza dentro dos seus preceitos, isto é, basicamente dentro do espaço institucional hospitalar já organizado dentro dos princípios empresariais, onde a divisão parcelar do trabalho garante ao proprietário, diretamente ou mediado pela figura do gerente, o controle do processo de trabalho (Pires, 1989, p.121).

Desta forma, o enfermeiro é preparado para administrar a assistência de enfermagem e, para tanto, controla e delega tarefas específicas aos demais trabalhadores de enfermagem, os quais executam este trabalho de forma alienada, sem controle do processo e do produto final (Ibidem).

Contudo, o enfermeiro é assalariado e executa um trabalho do tipo intelectual e gerenciador, estando sempre vinculado às características capitalistas, tornando-o membro envolvido por um sistema de trabalho rígido e hierarquizado, principalmente em algumas áreas de atuação.

Os campos de atuação do enfermeiro são vários. Contudo, nosso interesse recai na área hospitalar, na qual se insere as Unidades de Terapia Intensiva.

3.1.1. Área Hospitalar

Como já mencionado no início desta pesquisa, o hospital pode ser considerado como um sistema aberto, recebendo informações de diferentes fontes, desta forma, o hospital é tido como uma instituição complexa e completa.

As atribuições dos hospitais incluem tratamento, ensino, pesquisa e prevenção. Para tal, a administração deve favorecer estes objetivos, analisando algumas características, entre elas, as necessidades a satisfazer e as estruturas encarregadas de satisfazê-las.

A natureza das necessidades a satisfazer depende, evidentemente, da função do hospital, pois este deve adequar seus serviços às necessidades da população, tanto no plano qualitativo quanto quantitativo.

Em relação às estruturas encarregadas para satisfazê-las, é indispensável que o hospital conheça o conjunto de organizações que, quando utilizadas, ajudem a alcançar estas metas. Entende-se por organização, o agrupamento de atividades necessárias para atingir os objetivos da empresa e a atribuição de cada agrupamento a um executivo com devida autoridade para atingir tais atividades (Bittar, 1996).

Com o intuito de implantar uma estrutura organizacional eficiente, visando clarear o ambiente interno, de forma que todos saibam quem deve fazer o que; remover os obstáculos por confusão e incerteza nas atribuições; fornecer uma rede de comunicações, de tomada de decisões que espelhe e apoie os objetivos da empresa, devemos estabelecer uma estrutura organizacional, comumente chamada de organograma, onde são mostradas a hierarquia das diversas áreas e sub-áreas da instituição com as posições na organização. Contudo, estas devem possibilitar trabalhar com autonomia e flexibilidade. Devem ser também racionais

e modernamente horizontalizadas, o que aumentaria a eficiência, a efetividade e a eficácia dos hospitais.

Porém, o que se vê hoje em dia, com o aumento das especialidades, é o excesso de cargos encontrados, principalmente na área médica e de enfermagem, o que dificulta a visão desse sistema ou instituição como um todo, provocando inchaço nas estruturas organizacionais. Além das dificuldades encontradas para uma administração, existe também o aumento no custo de manutenção de todos estes níveis hierárquicos.

Outro ponto a ser lembrado, em qualquer instituição e, principalmente, em um hospital, é o fluxo de informações, devendo este ser simples, proporcionando a todos a facilidade de utilizá-las plenamente. Contudo, para um desempenho adequado destes profissionais, tais informações devem ser completas, devendo oferecer informações administrativas e técnicas em tempo real para a administração da unidade.

De nada adiantará tais informações serem completas e simples, se não houver uma agilidade na transmissão, podendo ser utilizado o computador como ferramenta, porém deve ser de baixo custo, o que pode ser conseguido, quando utilizados os itens supra-citados.

Para proporcionarmos melhora nas estruturas mencionadas até o momento, devemos construí-la de maneira participativa, na qual os membros desta equipe possam, de acordo com suas atribuições, melhorar sua performance, ou seja, a qualidade de sua assistência prestada e sua qualidade de vida.

3.1.2. Equipe de Enfermagem

A equipe de enfermagem tem por atribuições assistir os doentes sob seus

cuidados, em todas as instalações do hospital. Isto implica na interrelação da maioria das sub-áreas do organograma, pois para que se possa assistir um ser humano doente, devemos ter condições físicas e materiais, além do diagnóstico médico. Este fato faz com que a equipe de enfermagem constitua com outros profissionais uma relação multiprofissional para uma melhora na qualidade de sua assistência.

A equipe de enfermagem é formada, na sua maioria, por profissionais de nível superior e técnico, distribuídos em: enfermeiro - nível superior; técnicos e auxiliares de enfermagem - nível técnico (médio).

Desta forma, podemos salientar que nesta equipe, existe uma diferença em relação a níveis de instrução, atribuições, responsabilidades, uma hierarquia que já vem sendo implantada. Estas relações, atualmente, não são realizadas de maneira participativa, como também acontece na administração das demais áreas do hospital.

A equipe de enfermagem compreende a maior contingência de funcionários, e também os maiores problemas em relação à satisfação no trabalho, à qualificação e motivação, interferindo diretamente na produtividade hospitalar. Para tanto, devemos proporcionar condições para estas melhorias, o que pode ser conseguido com uma administração participativa.

Conforme Antunes e Sant Anna (1996), o hospital constitui-se em um sistema orgânico composto por vários subsistemas, envolvendo a equipe de enfermagem, equipe médica, serviços de apoio, os quais devem interagir-se mantendo um constante processo de ajuste e reajuste, com a finalidade de alcançar o equilíbrio.

Inúmeras questões afetam o equilíbrio interno deste sistema e podemos citar dentre elas: o grau de satisfação/motivação das pessoas que ali trabalham; o grau de relacionamento entre estas equipes; a capacidade técnico-científica dos

profissionais envolvidos, enfim, todos os elementos indispensáveis para a manutenção de uma equipe multiprofissional. Estes pontos, interferem sobremaneira na atuação da equipe de enfermagem, pois o enfermeiro normalmente exerce uma posição de chefia ou coordenação, já que sua posição dentro da estrutura organizacional do hospital, torna-o um elemento chave para a instituição.

4. UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA

A criação da Unidade de Terapia Intensiva (UTI) ocorreu por volta dos anos 60, quando as técnicas sofisticadas de tratamento e instrumentação sofreram um grande avanço na medicina, implicando na necessidade de implantar e/ou ampliar um local, nos hospitais, destinados a atender e tratar pacientes com risco de vida.

As UTIs podem ser definidas, segundo Souza e Cols., (1985, p.77) como sendo *“locais destinados à prestação de assistência especializada a paciente crítico, sendo necessário controle rigoroso de seus parâmetros vitais e assistência de enfermagem contínua e intensiva”*.

Para Gomes (1988, p.17) a unidade de terapia intensiva é *“uma área onde os pacientes em estado grave podem ser tratados por uma equipe qualificada, sob melhores condições possíveis: centralização de esforços e coordenação de atividades”*.

Portanto, a UTI pode ser caracterizada como um local destinado ao atendimento a pacientes em estado crítico, visando receber supervisão contínua de seu estado, podendo, desta forma, controlá-los com maior eficácia do que nas outras áreas hospitalares.

Para que esta unidade possa oferecer tais condições, devemos fazer uso de uma planta física específica, com materiais especializados e mão de obra qualificada, onde todas estas exigências objetivam assegurar uma assistência adequada aos pacientes nela internados (Gomes, 1988).

Entretanto, este ajuste nem sempre se torna fácil, uma vez que se faz necessário realizar a adequação para a prestação da assistência a um paciente crítico, sendo este assistido por um ser humano, que sofre influência do meio, com repercussão direta na sua produtividade (Vélez Benito, 1995).

Na maioria das vezes, esquecemos que o trabalhador desta unidade desempenha um papel fundamental na assistência, em função da sua interação com o ambiente, paciente, e, principalmente, pelo fato da carga de trabalho física e mental ser muito intensa. Elhart apud Costa e Deus (1989, p.107) já alertava que *“todo o profissional de enfermagem se vê perante um fluxo cada vez mais intenso de dados que exigem capacidade de decisão para a satisfação de carências do doente”*.

Percebemos que em uma UTI, a demanda de trabalho é intensa, pois devemos estar preparados para, a qualquer momento, atender pacientes com alterações hemodinâmicas importantes, as quais requerem conhecimento específico e habilidades para tomar a decisão correta e em tempo hábil. Smoermaker (1992), alerta que o trabalho deste setor requer um maior esforço emocional, mental e físico.

A percepção do trabalhador, em relação ao equilíbrio entre as demandas existentes no trabalho e sua habilidade e/ou possibilidade para respondê-las, pode contribuir para o aparecimento do estresse ocupacional (Cox apud Paraguay, 1990). O estresse é definido por Brunner & Suddarth (1993), como o estado advindo de alterações no meio ambiente, a qual é percebida como desafiadora, ameaçadora ou lesiva para o equilíbrio do corpo.

Várias são as fontes de estresse para o trabalhador desta unidade, tais como: fatores ambientais (ruído, iluminação, temperatura, ventilação, etc); fatores organizacionais (envolvimento e participação do trabalhador), a organização do trabalho definida a partir dos aspectos “mentais”, da relação monotonia versus sobrecarga de trabalho, do ritmo de produção e de trabalho, das jornadas diárias e semanais, do tipo de alternância dos turnos de trabalho, pressões temporais e da natureza das tarefas (Paraguay, 1990).

Buscando a adequação do ambiente e dos fatores intervenientes neste

processo de trabalho, torna-se imperativo estabelecer condições necessárias, tanto para o trabalhador que presta o cuidado ao paciente, como também ao paciente que está sendo assistido. Desta forma, não podemos esquecer que um bom desempenho do trabalhador torna a assistência mais qualificada, minimizando as percepções desagradáveis do paciente em relação à unidade e seu tratamento.

É primordial que, para um bom atendimento a estes pacientes, o trabalhador tenha condições propícias, visando melhorar seu rendimento e produtividade. Para que isto se concretize, devemos nos respaldar nos preceitos da ergonomia.

O ambiente de uma terapia intensiva, no qual temos dois seres humanos, com papéis diferente, o trabalhador e o paciente, na verdade algumas vezes uma “situação ou resolução” ergonômica para um, não é a mesma que para o outro e vice e versa, muitas vezes sendo o inverso. Exemplo: a iluminação artificial, com luz indireta é ótimo para o paciente mas não o é para a equipe de enfermagem; a temperatura que deve ser mantida baixa, pela proliferação bacteriana, é ótimo para a equipe, mas às vezes ruim para o paciente; o turno de trabalho, a carga mental, levando o profissional, na maioria das vezes, ao estresse, influenciando na piora da assistência prestada, etc..

4.1. A Enfermagem na Unidade de Terapia Intensiva

Para Mendes e cols. (1979, p. 20) “... as funções de enfermagem são bastante diversificadas e compreendem atividades tanto de natureza simples, para a execução das quais pode-se contar com pessoal que recebeu apenas treinamento em serviço; quanto de natureza complexa, cujo desempenho requer a utilização de pessoal profissional com conhecimento científico, capacidade de

análise, julgamento e decisão.

O enfermeiro de UTI, para Gomes (1988, p.30) *“precisa estar capacitado a exercer atividades de maior envergadura, para o que é imprescindível a fundamentação teórica, aliada à capacidade de liderança, discernimento, trabalho, iniciativa e responsabilidade. A auto-confiança e um trabalho metódico, apoiados em amplo conhecimento técnico-científico são essências para liderar um grupo que deve estar bem treinado, apto a atender o paciente e a manejar o equipamento com segurança.”*

“É necessário que os membros da equipe de enfermagem demonstrem não somente aprimoramento técnico científico como também, atitude humana, habilidade e sensibilidade ao atuar em situações de sobrecarga emocional” Souza e Cols (1985, p. 79).

“Um enfermeiro qualificado por experiência e educação formal deve ser designado como responsável pelo trabalho de enfermagem na unidade. Esse profissional, além de apresentar um julgamento maduro, estabilidade emocional, qualidade de liderança e habilidade de ensino, deve ter experiência de enfermagem geral, para adquirir uma ampla visão dos problemas relativos ao cuidado do paciente e dos procedimentos e métodos e tratamento. Deve possuir habilidade de trabalhar eficientemente com sua equipe e com o corpo clínico” (Gomes, 1988, p.31).

Elhart apud Costa (1989), afirma que a segurança dos doentes e do pessoal do serviço de saúde constitui atribuição e responsabilidade de todo o enfermeiro, possibilitando cada vez mais uma assistência segura e humana a todos os doentes. Na verdade, as imposições da lei e as queixas do cliente continuam a demonstrar que a assistência ideal, ou pelo menos satisfatória, nem sempre é conseguida. Uma das responsabilidades que cabem ao enfermeiro é a de avaliar, modificar e fomentar um ambiente seguro, em que seja possível dispensar cuidados o mais

próximo possível da perfeição.

“Todo o profissional de enfermagem se vê perante um fluxo cada vez mais intenso de dados que exigem capacidade de decisão, para satisfação de carências do doente. Uma vez que essas carências se alteram constantemente, o enfermeiro vê-se obrigado a variar as suas decisões e adaptá-las a essas alterações, à medida que novas informações vão sendo colhidas para processamento. Para poder utilizar essas informações e chegar a conclusões válidas, o enfermeiro tem de saber formular ou compreender os princípios científicos genéricos que norteiam os cuidados de saúde, raciocinar com base nestas leis e princípios e orientar a sua ação de acordo com eles” (Ibidem, p.107).

A utilização de recursos humanos, não qualificados, para Mendes e Cols. (1979) já constituía um dos problemas com que se defronta a enfermagem brasileira, devido à escassez de profissionais de enfermagem. Infelizmente este problema ainda é encontrado nos dias de hoje, não somente pelo número de profissionais existentes, mas, sobretudo, pela baixa remuneração e o não cumprimento das exigências legais, quanto à necessidade de enfermeiros.

4.2. Estresse

O desenvolvimento acelerado da tecnologia ligado não somente a nível hospitalar, como também na vida cotidiana, geram alterações importantes no comportamento do ser humano, implicando em ajustes necessários para tais experiências. Aliado a estas mudanças encontramos uma problemática, no que concerne à manutenção e necessidade do emprego, como meio de subsistência e/ou valorização pessoal.

A todo instante estamos fazendo atividades de adaptação, ou seja,

tentativas de nos ajustarmos às mais variadas exigências, seja do ambiente externo, seja do mundo interno, atingindo este vasto mundo de idéias, sentimentos, desejos, expectativas, sonhos, imagens, que cada um tem dentro de si.

Lipp (1996), define estresse como uma reação do organismo, com componentes físicos e/ou psicológicos, causada pelas alterações psicofisiológicas, resultante de fatores internos e externos, capazes de alterar o equilíbrio físico e mental do indivíduo, provocando estímulos que irritam, apavoram ou confundem.

Lazarus e Launier apud Silva e Bianchi, citado por Oliveira (1996), definem o estresse como qualquer acontecimento que advenha do ambiente interno ou externo e que ultrapasse os limites de adaptação do ser humano.

Segundo Brunner & Suddarth (1993, p.100-101) o estresse é *“um estado produzido por uma alteração no meio ambiente que é percebida como desafiadora, ameaçadora ou lesiva para o equilíbrio dinâmico da pessoa (...). A mudança ou estímulo que provoca esse estado é o agressor”*.

Sabemos que o ambiente da UTI não é calmo, há o corre-corre do pessoal, equipamentos barulhentos, luzes, emergências ..., enfim, muitos fatores que acarretariam estresse aos enfermeiros. Estes fatores, associados a outros que o enfermeiro traz consigo, podem abalá-lo emocionalmente, prejudicando sua atuação e conseqüentemente a assistência por ele prestada.

As funções do enfermeiro que atua em Unidade de Terapia Intensiva, são bastante diversificadas e compreendem atividades tanto de natureza simples, quanto de natureza complexa, ocorrendo na maioria das vezes, situações em que o enfermeiro tenha que se adaptar. Segundo Lipp (1996), tudo o que cause uma quebra da homeostase interna, o qual exija alguma adaptação pode ser chamado de estressores.

Para Iida (1997), existem muitas causas de estresse no trabalho, o qual pode-se tornar mais acentuado, quando existirem outros fatores relacionados ao cotidiano, sem especificamente, estarem ligados somente ao trabalho. Podemos perceber que as adaptações podem se tornar mais difíceis, ou serem encaradas como tal, por interferências tanto ocupacionais, sociais, ou ainda domésticas.

Desta forma, podemos relacionar como agentes estressores, quaisquer atividades que o enfermeiro tenha que enfrentar e/ou adaptar-se. Sabemos que o ambiente de uma Unidade de Terapia Intensiva é tido como pesado, agressivo por si só, pois o enfermeiro se depara com inúmeras situações, entre elas:

- . Sofrimento e a morte de um ser humano, no caso, o paciente.
- . Situações em que a rapidez no atendimento significa a melhora ou a piora do estado clínico de um paciente.
- . Inúmeras informações, que vêm de diferentes fontes, devendo ser processadas de maneira eficiente.
- . Utilização de alta tecnologia, que requer uma observação constante e conhecimento científico.
- . Sobrecarga de atividades, tanto física como mental.
- . Dificuldade de relacionamento, que ocorre na maioria das unidades, entre médicos e enfermeiros.
- . Insatisfação profissional, baixa remuneração.
- . Necessidade de manutenção das atividades durante as 24 horas do dia, implicando em trabalho noturno, feriados e finais de semana.
- . Pouca valorização da profissão.
- . Conflitos de funções.
- . Dupla jornada de trabalho, dentre outras.

Devemos ressaltar que estas situações estão ocorrendo no trabalho diário, mas não podemos esquecer de outras fontes geradoras de estresse, que ocorrem

em casa, durante o transporte, enfim, várias situações conflitantes requerendo uma adaptação.

Desta forma, torna-se claro e evidente as inúmeras situações ou condições que atuam diretamente no trabalhador “enfermeiro”, acarretando inúmeras alterações fisiológicas e/ou psicológicas, diminuindo a qualidade de vida deste trabalhador.

O estresse pode causar diversos efeitos, tanto físicos como emocionais, razão pela qual detalharemos algumas destas alterações, com a finalidade de reconhecer sua sintomatologia e seus efeitos.

O estresse é essencialmente um grau de desgaste no corpo e da mente, que pode atingir níveis degenerativos. Impressões de estar nervoso, agitado, neurastênico ou debilitado, podem ser percepções de aspectos subjetivos de estresse. Contudo, estresse não implica necessariamente em uma alteração mórbida: a vida normal também acarreta desgaste na máquina do corpo.

O estresse produz certas modificações na estrutura e na composição química do corpo, as quais podem ser avaliadas. Algumas dessas modificações são manifestações das reações de adaptação do corpo, seu mecanismo de defesa contra o estressor; outras já são sintomas de lesão. No conjunto dessas modificações, o estresse é denominado síndrome de adaptação geral (SAG) (Bernik, 1997).

Existem várias modificações que podem ser evidenciadas em uma situação de estresse; dentre elas podemos ressaltar: aumento da frequência cardíaca, da respiração e da pressão arterial, aumento dos glóbulos vermelhos, aumentando o transporte de oxigênio, liberação de glicose pelo fígado, acarretando mais energia; aumento da circulação em áreas mais necessárias como músculos e cérebro; dilatação pupilar, na tentativa de aumentar a eficiência visual; dentre outras. Tais reações são desencadeadas por descargas adrenérgicas da medula da

glândula supra-renal e de noradrenalina em fibras pós-ganglionares do sistema nervoso autônomo simpático. Paralelamente, é acionado o eixo hipotálamo-hipófise-supra-renal que desencadeia respostas mais lentas e prolongadas e que desempenha um papel crucial na adaptação do organismo ao estresse a que está sendo submetido (Guyton, 1997).

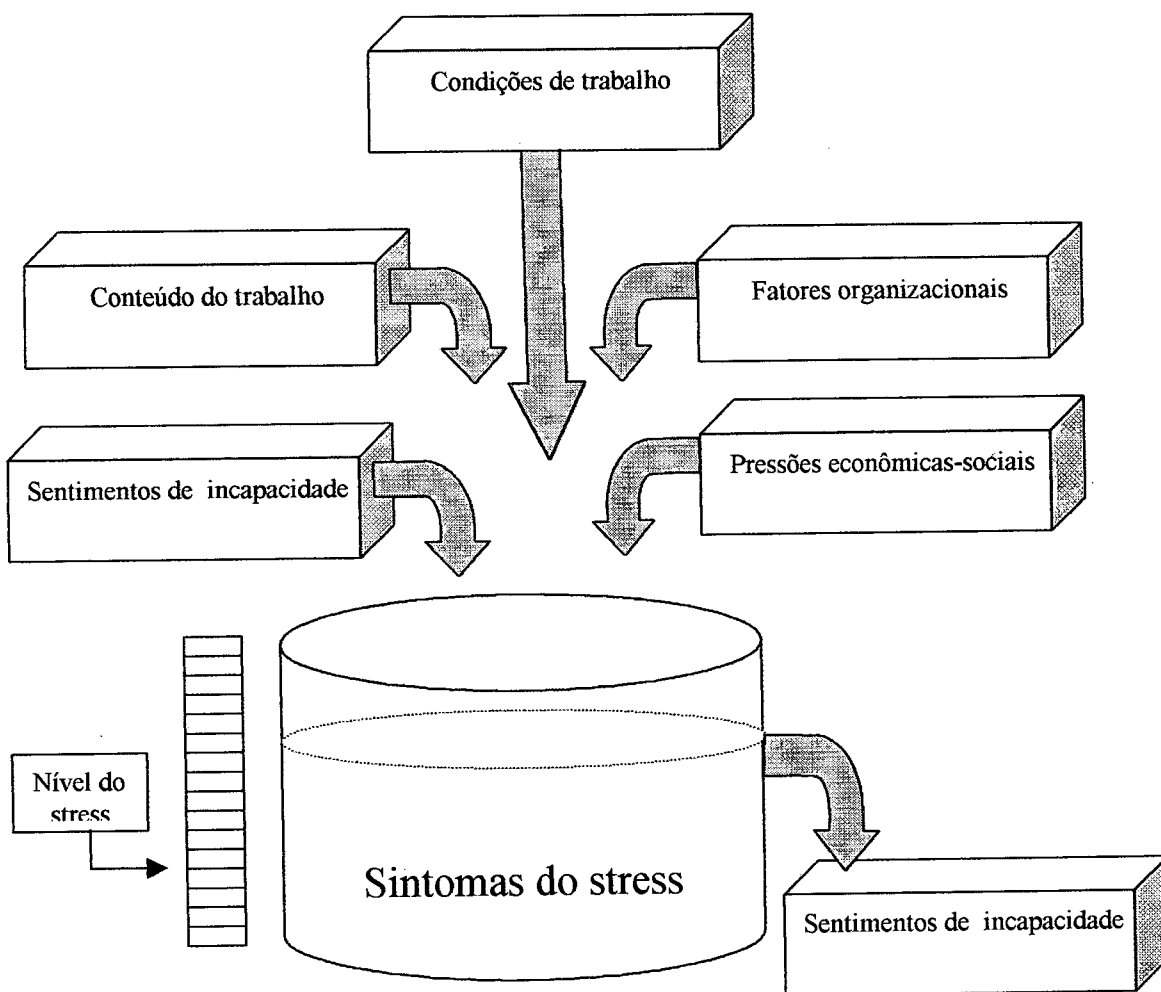
Se os agentes estressores desaparecerem, estas respostas tendem a regredir. Contudo, se permanecerem, o organismo é obrigado a manter seu esforço de adaptação, o que traz conseqüências desastrosas para o organismo.

4.2.1. Agentes Estressores

Inúmeras pesquisas já foram realizadas com o intuito de estabelecer as fontes estressoras em uma UTI. Na maioria delas, aparece como fonte o ambiente físico; confronto permanente com o sofrimento e a morte; carga excessiva de trabalho; trabalho noturno; organização do trabalho; falta de reconhecimento e autonomia profissional; dupla jornada de trabalho; casa/hospital, ou ainda, casa/hospital/hospital; inter-relacionamento médico / enfermeiro; enfermeiro/enfermeiro; enfermeiro / supervisão; enfermeiro / administrador, dentre outros.

Como já mencionado na metodologia, iremos agrupar os agentes estressores em categorias, conforme as mais freqüentes fontes de estresse tratadas por Iida (1997) e Souza (1992).

FIGURA 02
O ESTRESSE OCUPACIONAL



FONTE: Iida, 1997, p. 306

Ressaltamos contudo, que consideramos as situações envolvidas com enfermeiros em uma Unidade de Terapia Intensiva, e agrupamos conforme as peculiaridades.

Conteúdo do Trabalho: em uma UTI podemos considerar: confronto permanente com o sofrimento e morte; responsabilidade em relação a uma assistência de enfermagem de qualidade, que, na maioria das

vezes, proporciona um melhor prognóstico ao paciente; impossibilidade de precisar quais serão as atividades da jornada de trabalho, já que existem inúmeras condições que podem, a qualquer momento, mudar as prioridades ou até mesmo a seqüências das atividades.

. Condições de Trabalho: envolvem as condições físicas do ambiente de trabalho, trabalho noturno, riscos de acidentes de trabalho, carga de trabalho.

. Fatores Organizacionais: envolve a hierarquização, relacionamento inter-pessoais, a organização do trabalho.

. Desenvolvimento da Carreira Profissional: falta de reconhecimento profissional.

. Pressões Econômico-Sociais: engloba dupla jornada de trabalho, baixa remuneração.

5. ANÁLISE ERGONÔMICA DO TRABALHO DO ENFERMEIRO DE UTI

5.1. Origem e Fonte de Informações sobre a Demanda

A demanda originou-se de um trabalho realizado pela pesquisadora na disciplina de Análise Ergonômica do Trabalho, no decorrer do Curso de Mestrado, que encontrou como resultado um alto nível de estresse do enfermeiro em uma Unidade de Terapia Intensiva.

5.1.1. Hipóteses Formuladas a partir da Demanda

Existem três hipóteses relacionadas a esta demanda, são elas:

- . Alta carga mental do enfermeiro, e, em menor escala, a carga física.
- . Falta de relacionamento adequado entre a equipe e, principalmente, entre os enfermeiros.
- . Falta de capacitação adequada dos enfermeiros atuantes na UTI.

5.2. Caracterização do Local do Estudo

O hospital em estudo possui 150 leitos particulares, sem fins lucrativos. Foi fundado em 1920. Possui aproximadamente 410 funcionários e seu corpo clínico é constituído por 170 médicos.

Tem, em média, 800 internações/mês, com média de ocupação de 70%, ficando o movimento maior para os pacientes adultos cirúrgicos e clínicos.

O hospital tem como missão ser o centro de excelência, promovendo a

melhor medicina e a satisfação dos clientes, através de uma estrutura auto-sustentável.

Os princípios do hospital incluem: cliente como centro das atenções; conscientização e valorização do Corpo Clínico; desenvolvimento e valorização dos funcionários; qualidade e competitividade nos serviços; recursos para gerar a auto-sustentação; investimentos no desenvolvimento tecnológico; comportamento ético, honestidade, respeito e comprometimento, preservação da história e cultura da instituição.

Apresenta um planejamento estratégico que evidencia uma preocupação com a rentabilidade, qualidade no atendimento ao cliente, preparar o hospital para o Programa de Qualidade Total, dentre outros.

Verificamos a seguir o organograma do hospital, o qual demonstra várias áreas. Este organograma (figura 03), representa uma empresa com hierarquia verticalizada, caracterizado por três corpos funcionais: médico, de enfermagem e administrativo. Esta verticalização implica em dificuldades de comunicação, o que alimenta os conflitos.

Cecílio (1997), considera que em sistemas verticalizados ocorre uma tendência a encaminhar para níveis mais altos os problemas e decisões, inviabilizando uma resolução próxima da necessidade real das equipes, onde tais condições impedem um maior engajamento por parte das equipes que ficam na base.

O alto contingente de problemas levam a direção a funcionar como imediatista, implicando em uma atitude focal, dificultando o planejamento e a avaliação real da qualidade do serviço prestado. Tais condições proporcionam um elevado nível de pouca aceitação em relação às chefias.

FIGURA 03 - Organograma do Hospital

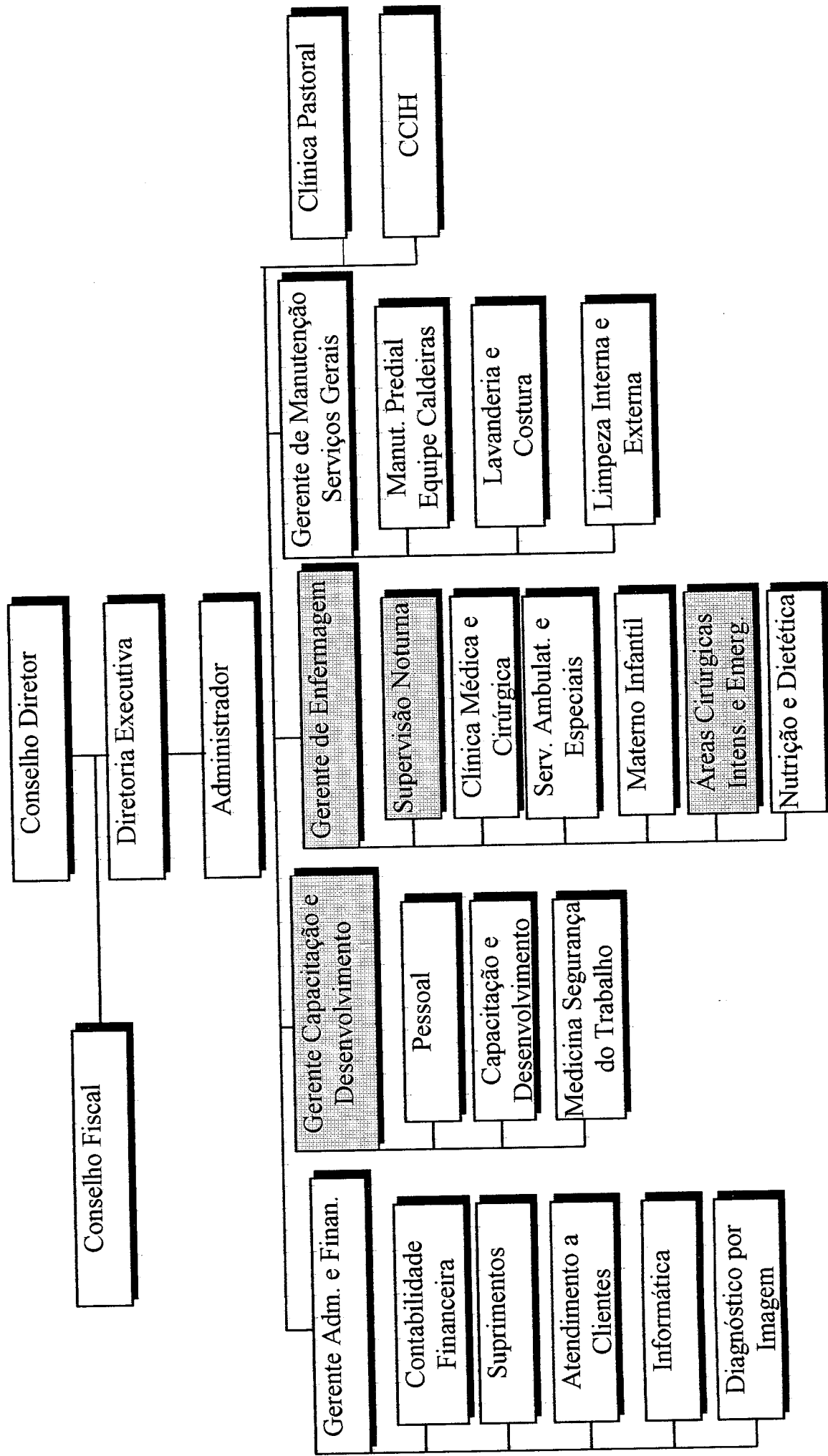
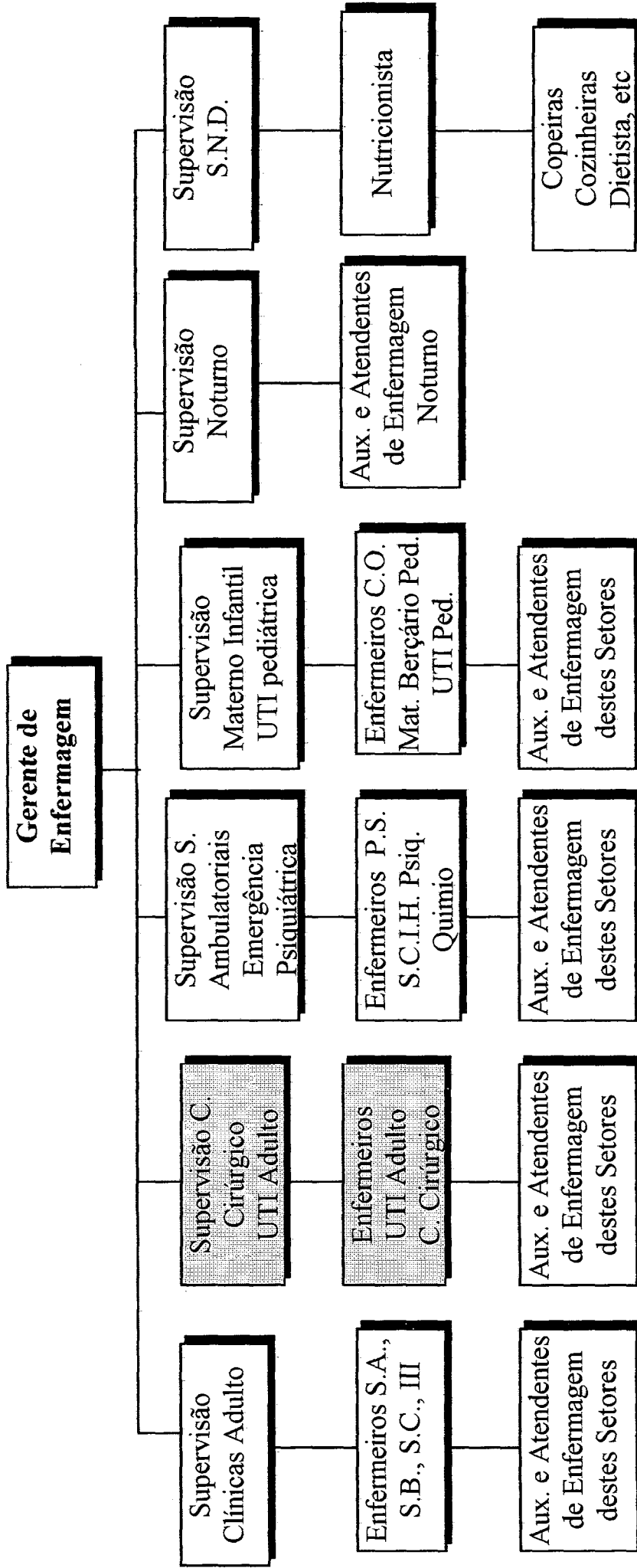


FIGURA 04 - Organograma do Serviço de Enfermagem



5.3. Dados sobre a Unidade de Terapia Intensiva Adulto

A unidade de terapia intensiva adulto possui oito leitos com capacidade para ampliação de mais dois leitos, o que deverá acontecer ainda em 1999. É uma UTI geral e realiza, como especificidade, o atendimento ao pós-operatório de cirurgia cardíaca. Os pacientes internados nesta unidade apresentam alto grau de instabilidade hemodinâmica ou grande propensão a esta instabilidade, requerendo uma alta qualificação do pessoal que assiste diretamente o paciente.

É uma unidade mista, com quatro leitos abertos e quatro leitos fechados, ou seja, quatro leitos estão dispostos em box, com visualização para o exterior. Estes têm por objetivo aumentar a privacidade dos pacientes e minimizar os ruídos do ambiente. Também pode servir como isolamento, viabilizando a não proliferação de agentes bacterianos e/ou infecciosos.

Esta unidade atende pacientes de ambos os sexos, com patologias diversas, tanto clínico como cirúrgico.

Funciona 24 horas por dia, em turnos de trabalho, cuja equipe de enfermagem mantém por turno: 1 enfermeira, 4 auxiliares ou técnicos de enfermagem; 1 escriturário no período da manhã e outro no período da tarde, 1 auxiliar de serviços gerais; 1 médico intensivista; 1 fisioterapeuta; e 1 nutricionista.

Os enfermeiros do período manhã e tarde realizam carga horária de 44 horas/semanais; os da noite, 42 horas/semanais. A disposição dos turnos compreende: 6:30 - 15:30, 12:00 - 21:00 e 18:30 - 6:30 (noites alternadas).

A unidade apresenta várias instalações como suporte para o atendimento dos pacientes ali internados, os quais serão discriminadas posteriormente.

5.4. Dados sobre a População Envolvida no Estudo

A população envolvida neste estudo compreende: gerente de enfermagem, supervisor de enfermagem, enfermeiros assistenciais, Departamento de Capacitação e Desenvolvimento, médico do trabalho, CIPA.

Para que possamos realizar a análise das atividades e levantarmos as fontes geradoras de estresse, iremos trabalhar somente com os enfermeiros assistenciais que atuam na Unidade de Terapia Intensiva deste hospital.

As três enfermeiras são do sexo feminino, com idade que oscila entre 23 e 36 anos de idade. Em relação ao estado civil, encontramos duas solteiras e duas casadas, ambas têm filhos com idade que varia entre 11 meses e 10 anos.

No que concerne ao transporte até o hospital, constatamos que apenas uma enfermeira utiliza o ônibus como meio de transporte, sendo que o restante utiliza condução própria.

Em relação ao tempo de atuação neste hospital, o mesmo varia de 2 a 5 anos. No que se refere ao tempo de experiência na unidade de terapia intensiva, constatamos um período compreendido de 18 meses a 4 anos.

No que tange a trabalhar em outro serviço, constatamos que apenas uma das enfermeiras trabalha em outra instituição.

Quanto às preocupações existentes antes de ir trabalhar, encontramos como unanimidade a incerteza no que concerne à carga de trabalho, ou seja, como iriam encontrar a unidade. Fato este explicado, pois conforme o número de leitos ocupados, gravidade dos pacientes e número de funcionários na escala, eqüivale à carga de trabalho deste plantão; o que, na maioria das vezes, só é constatado no início ou durante o plantão, podendo gerar ansiedade e medo ao entrar no plantão.

Em relação às preocupações existentes no decorrer do plantão,

constatamos também uma unanimidade de respostas, que está relacionada à boa assistência de enfermagem prestada.

Quando questionadas sobre as preocupações sentidas após o plantão, encontramos diversidade de respostas. Destacamos que três enfermeiras relataram como preocupação, a prestação de uma assistência adequada e a passagem de informações coerentes e necessárias. Obtivemos apenas uma resposta, ser sua preocupação a de descansar e chegar bem em casa.

Outro dado a ser apresentado, refere-se aos sintomas relatados pelas enfermeiras antes, durante e após os plantões. Destacamos que apenas uma enfermeira relata ter cefaléia e dores nas pernas antes do plantão; o restante refere satisfação e bem-estar geral. Quanto aos sintomas vivenciados durante e após o plantão, constatamos os sintomas como: dores nas costas e pernas, cansaço físico às vezes, cansaço mental e satisfação.

5.5. Análise da Tarefa

Descrição do Sistema Homem-Tarefa

O trabalhador enfermeiro tem várias fontes de entrada, devendo, após avaliação, executar os procedimentos necessários para o atendimento em tempo hábil. Tem como tarefas, neste hospital:

- Realizar todas as técnicas de enfermagem, e com exclusividade, passagens de sondas, atendimento a pacientes graves, acompanhamento de cardioversões elétricas, quimioterapia, preparo de nutrição parenteral, enfim, todos as técnicas de grau de complexibilidade maior;
- Chefiar o setor;
- Realizar as técnicas de enfermagem de acordo com a Lei do

Exercício Profissional e os que lhe forem delegados: medicação, sinais vitais, higiene, curativos, encaminhamentos de exames, etc.

Desta forma, o enfermeiro realiza todas as atividades para satisfazer as necessidades humanas básicas do paciente, envolvendo, tanto a parte de chefia e administração, quanto a assistência direta aos pacientes.

Nesta unidade de terapia intensiva não existem atribuições especiais para o enfermeiro. Este deve, após avaliação da unidade e pacientes, realizar a priorização de suas atividades, delegando funções ou realizando as ações. Conforme as entrevistas, todas as enfermeiras trabalham segundo as prioridades do setor.

Cabe ressaltar no entanto, que diariamente executam certas ações visando à manutenção de suas tarefas. Entretanto, a ordem dos procedimentos, sua duração e sua necessidade dependem diretamente das condições dos pacientes.

5.5.1. Dados do Meio Ambiente de Trabalho

O ambiente de trabalho pode gerar uma grande fonte de tensão no trabalhador, que influi diretamente na assistência prestada, interferindo, por um lado, na maneira pela qual o enfermeiro executa suas atividades e, por outro, no aumento do estresse.

5.5.1.1. Ambiente Arquitetônico

Como já mencionado anteriormente, em uma UTI, devemos manter sempre uma observação contínua, com facilidades no que concerne à movimentação, conforto e eficiência do trabalho. Desta forma, o ambiente arquitetônico é de fundamental importância para que a enfermagem possa assistir adequadamente

com o mínimo desgaste, sendo este o papel da ergonomia.

Para tanto, desenvolvemos uma análise da estrutura física da UTI em estudo, a partir de observação direta, planta arquitetônica da unidade e segundo entrevistas com as enfermeiras, o qual, conforme necessidade foram realizadas algumas medições, pois levamos em consideração também a percepção das mesmas.

A unidade de terapia intensiva (anexo 1) abrange as seguintes instalações:

- . Salão, compreendendo quatro leitos ativados, um posto de enfermagem central, num total de 120,75 m².
- . Quatro boxes, dois deles com W.C, área do box de 12,60 m² cada um.
- . Três W.C., sendo dois para pacientes e um para a equipe multiprofissional.
- . Um expurgo; área de 6,66 m².
- . Uma sala de estar, servindo como copa da equipe multiprofissional; área de 12,60m².
- . Um quarto para o médico de plantão; área de 13,32 m².
- . Uma sala de utilidades; área de 9,00 m².
- . Uma sala para reuniões e guarda de alguns materiais; área de 7,92 m².
- . Uma sala para pastoral; área de 9,36 m².
- . Uma sala de espera para visitas, com W.C.; área de 17,94 m².
- . Uma sala para material de limpeza; área de 3,80 m².
- . Uma sala para nutrição deixar as dietas dos pacientes; área de 4,40 m².
- . Uma rouparia; área de 6,60 m².
- . Uma sala de guarda de material; área de 21,84 m².

Detalharemos ainda, em relação ao ambiente, alguns locais.

O salão compreende quatro leitos. Cada leito tem uma área de 9,00 m². Estes mantêm saídas de gases imprescindíveis para o tratamento, local fixo para a colocação de monitor cardíaco, situado acima da cabeceira da cama, com uma altura de 1,70 m. e luz indireta. Ressaltamos que com a compra de novos monitores, estes estão sendo colocados em suportes reguláveis, ao lado da cama do paciente, o que torna o ajuste da altura necessária adequadamente satisfatória.

O posto de enfermagem central compreende quatro bancadas dispostas de forma quadrada, com três pias, as quais são usadas para a lavagem das mãos; três balcões para a realização de medicação e outro balcão para a realização de prescrições e procedimentos burocráticos, usado por toda a equipe multiprofissional. Mede 2,45 m de comprimento, 1,00 de largura e 74 cm de altura.

Os três balcões para o preparo de medicações e materiais estão divididos por um material transparente, ficando as pias para a parte externa e uma superfície plana para a parte interna, dos dois lados existem gavetas amplas com roldanas, onde são colocados os materiais e medicações necessários para a assistência individual ao paciente, existem algumas gavetas voltadas para a parte externa e outras voltadas para a parte interna deste posto. As bancadas possuem 1,00 m de altura, 2,45 m de comprimento e 1,00 m de largura, ficando o funcionário, às vezes, de costas para o paciente, quando aquele prepara a medicação. Contudo, quando o funcionário está no centro do posto de enfermagem, encontra-se sempre mantendo a observação ao paciente.

O ambiente é claro, com cores agradáveis, sendo nos tons pastéis de azul, verde e bege. O piso é lavável, anti-derrapante, do tipo "paviflex" e limpo.

As paredes são laváveis, limpas, cantos não arredondados, com proteção para batidas de macas ou equipamentos, sendo as portas amplas, limpas e

laváveis.

5.5.1.2. Ambiente Luminoso

Segundo Iida (1997), o correto planejamento da iluminação e das cores contribuem para aumentar a satisfação no trabalho, melhorar a produtividade e reduzir a fadiga e os acidentes.

A unidade apresenta boa luminosidade, natural e artificial, sendo esta última realizada através de luz fluorescente. Tal fato foi observado pela pesquisadora e referido pelas quatro enfermeiras da unidade, razão pela qual tornou-se desnecessário realizar a medição da iluminação. Os pontos de luz são bem localizados, com distinção dos pontos em relação aos leitos e ao posto de enfermagem. Existe também, como alternativa, os pontos de luz na cabeceira de cada leito.

Destacamos que, para os profissionais que atuam nesta unidade, não existem problemas relacionados a este item. Porém, se analisarmos a necessidade dos pacientes, encontramos um problema no que tange à iluminação constante, quer dizer, uma iluminação permanente, de 24 horas por dia, interferindo no sono e repouso dos pacientes ali internados.

5.5.1.3. Ambiente Sonoro

A unidade apresenta restrições em relação à entrada de pessoas no setor, diminuindo a quantidade de conversas entre os profissionais. Contudo, durante as visitas médicas e de outros profissionais da área da saúde, encontramos um certo tumulto, fato este não entendido pelas enfermeiras como sons indesejáveis, o que segundo Iida (1997) pode ser considerado como ruído.

Outro ponto de fundamental importância para a assistência ao paciente internado em uma UTI são os equipamentos que proporcionam uma maior segurança, pois todos quando corretamente programados, emitem sons “alarmes”, que devem ser identificados pelos profissionais, afim de alertar para qualquer problema desencadeado.

Os equipamentos que emitem alarmes nesta unidade são: bomba de infusão, respiradores e monitores.

Conforme observação nas 24 horas, os alarmes soaram 163 vezes, o que perfaz, aproximadamente, 6,79 por hora. Destacamos neste caso também, que as enfermeiras não se incomodam com este som, e que na verdade são necessários para uma assistência eficiente.

Devemos ressaltar que existem problemas no que concerne à utilização de alguns equipamentos, vindo de uma realidade diferente, tais como: manutenção, alterações de voltagem, alterações de fluxo de gases, etc. Estes problemas podem ser decorrentes de uma não adequação do equipamento para a realidade brasileira, o que pode acarretar insegurança na utilização do mesmo.

5.5.1.4. Ambiente Térmico e Ventilação

O setor está equipado com aparelhos de ar condicionado, dispostos em vários pontos, o que mantém a temperatura agradável. Nestes setores, é recomendado evitar temperaturas mais altas. Possui boa circulação de ar.

Todas as enfermeiras consideram a temperatura e a ventilação agradáveis, tanto no inverno, quanto no verão.

5.5.1.5. Ambiente Tóxico ou Infectado

A unidade apresenta riscos de contaminação, em função das situações de saúde dos pacientes e procedimentos realizados. Estes procedimentos envolvem contato com sangue, fluídos corporais, radiações ionizantes, dentre outros. Conforme Soares e Peixoto (1987), a unidade de terapia intensiva, reflete um grau de risco ocupacional III.

Contudo, nesta unidade, a CIPA desenvolve um trabalho de conscientização e fiscalização, tornando esta contaminação pouco frequente. Segundo informações do setor, o número de contaminações da equipe de enfermagem é muito pequeno, e quase nulo, em relação às enfermeiras.

5.5.2. Dados do Ambiente Organizacional

Este setor apresenta uma estrutura de enfermagem hierarquizada, compreendendo uma supervisora da UTI de adulto e pediátrica, enfermeiras dos turnos, técnicos e auxiliares, e serviços gerais.

Segundo entrevista realizada com as enfermeiras, todas elas mencionam a existência de uma hierarquia rígida, existindo dificuldade na aceitação da mesma. A unanimidade também ocorreu no que tange à falta de relacionamento adequado entre as profissionais da área de enfermagem.

5.5.2.1. Normas e Rotinas

A unidade apresenta somente algumas rotinas escritas (anexo 2). As demais são verbais. Estas rotinas são elaboradas pelas enfermeiras assistenciais e supervisora da unidade, com o aval da gerente de enfermagem.

Conforme entrevista, existem algumas rotinas verbais, que não são seguidas por todos os enfermeiros, o que gera insatisfação de alguns profissionais.

5.5.2.2. Organização do Trabalho

A organização do trabalho é realizada segundo prioridades, conforme a percepção de todas as enfermeiras entrevistadas.

Existem várias tarefas que são consideradas como normas e são realizadas diariamente, porém não existe uma ordem na realização de algumas destas tarefas.

Há uma preocupação em que a enfermeira não necessite sair da unidade. Desta forma, os materiais necessários são enviados por outros setores, envolvendo lavanderia, nutrição, farmácia, material estéril, exames laboratoriais e RX.

Para uma melhor organização da unidade, são realizadas reuniões técnico/administrativas periódicas, sendo estas distribuídas da seguinte forma:

- . uma reunião por mês com as enfermeiras, supervisoras e gerente de enfermagem;
- . quatro reuniões por mês com as supervisoras e enfermeiras;
- . duas reuniões por mês com as supervisoras e gerente de enfermagem.

O cargo de supervisor foi instalado há mais de um ano, e todas as enfermeiras concordam que ainda está em período de adaptação.

5.5.2.3. Materiais e Equipamentos

Na unidade, são utilizados vários materiais necessários para os procedimentos realizados, porém, nos deteremos em relação a alguns equipamentos, pois pelo incremento de altas tecnologias, seu uso e sua manutenção trazem a necessidade de aperfeiçoamento contínuo. Dentre estes equipamentos e materiais utilizados para seu funcionamento, relacionamos:

- . monitores de pressão invasiva e não invasiva;
- . monitores cardíacos;
- . bombas de infusão;
- . cardioversores;
- . respiradores, dentre outros.

Destacamos que um dos problemas levantados pelas enfermeiras, diz respeito ao pouco treinamento, no que tange a equipamentos novos, proporcionando ansiedade por parte das mesmas, em função da subutilização de tais equipamentos e até mesmo a sua conservação.

5.5.2.4. Equipe de Trabalho

A equipe é formada por diversos profissionais, sendo estes:

- . Enfermeiros;
- . Médicos;
- . Técnicos e Auxiliares de enfermagem;
- . Nutricionista;
- . Fisioterapeuta;
- . Serviços Gerais;

Estes profissionais devem formar uma equipe multiprofissional, no intuito

de atender às necessidades afetadas do paciente.

Os diferentes profissionais têm atribuições distintas, mas um único objetivo, ou seja, tratar e cuidar do paciente.

Conforme entrevistas, existem problemas de relacionamento entre os profissionais, principalmente entre os da equipe de enfermagem. Em relação a problemas de relacionamento, as enfermeiras relatam, com maior veemência, o relacionamento enfermeira/gerente e enfermeira/supervisora. Este fato, conforme as quatro enfermeiras, interfere diretamente na sua assistência, na satisfação no trabalho, o que gera maior estresse para o enfermeiro desta unidade.

5.5.2.5. Admissão do Enfermeiro

Em relação à admissão deste profissional, o departamento de capacitação e desenvolvimento realiza uma triagem dos currículos enviados, procede uma entrevista envolvendo candidato, psicóloga e gerente da capacitação e desenvolvimento. Após, é realizada uma entrevista com a gerente de enfermagem e, posteriormente, com o supervisor da área em que o candidato irá atuar.

Após sua admissão, é informado sobre as diretrizes do hospital, seu funcionamento, suas instalações, e outras informações pertinentes. Posteriormente, realiza um treinamento em todas as unidades do hospital, já que o enfermeiro desta instituição realiza supervisão de final de semana, na qual supervisiona todo o hospital.

5.6. Descrição das Exigências do Trabalho

A enfermeira de Unidade de Terapia Intensiva deve ser capaz de atender o paciente com rapidez e destreza. Para tanto, deve ter condições técnicas e

científicas para desempenhar tal trabalho.

Todas as enfermeiras entrevistadas confirmam que o conhecimento científico é imprescindível para uma boa assistência ao paciente, e que este conhecimento diminui consideravelmente o estresse, melhorando, de forma ampla, a assistência prestada. Esta afirmação vem de encontro com Richard (1990), quando relata que os conhecimentos anteriores facilitam a aprendizagem pela melhor representação da situação.

Em relação à sua qualificação, o hospital para realizar a admissão deste profissional, além da titulação de enfermeiro, exige experiência profissional, que segundo os próprios enfermeiros, confere-lhes maior segurança no desempenho de suas atividades.

Em relação às exigências físicas, o enfermeiro deve estar preparado para deambular constantemente, realizar manobras com o tronco, para transporte em geral, apresentar destreza para a realização de várias técnicas específicas, bem como agilidade para o atendimento de emergências.

Exige também uma boa condição para a percepção, tanto sonora quanto visual, com o intuito de discernir sons de alarmes e visualização direta do paciente e equipamentos.

Este profissional deve estar preparado, também, para vivenciar situações envolvendo morte, estresse, agitação, dentre outros.

5.7. Descrição das Atividades da Enfermeira Assistencial da UTI

As atividades foram observadas no período que compreendeu os três turnos de trabalho da enfermeira, nas 24 horas. Para tanto, acompanhamos três enfermeiras: no plantão da manhã, tarde e noite. Esta análise foi feita através de observação direta.

5.7.1. Turno da manhã

Na unidade, neste dia, haviam seis pacientes internados, com cuidados diferenciados. Segundo a enfermeira, o plantão foi calmo.

nº at.	Das	as	Descrição da Atividade
1	6:30	6:45	Recebeu o plantão.
2	6:45	6:50	Realizou a divisão dos pacientes e orientou sobre alguns cuidados específicos a dois pacientes.
3	6:50	6:51	Lavou as mãos
4	6:51	6:55	Iniciou uma rápida avaliação do paciente, L ² .162; realizou um inspeção rápida do leito e do paciente e orientou-o quanto aos procedimentos realizados na unidade.
5	6:55	6:57	Foi até a rouparia pegar um travesseiro e voltou para o L. 162, arrumou adequadamente a posição do paciente com a ajuda do funcionário.
6	6:58	6:59	Lavou as mãos.
7	7:00	7:02	Foi até o L. 164, verificou o funcionamento de equipamentos (respirador e monitor) e condições do paciente; realizou orientações ao paciente sobre seus cuidados.

Descrição da Atividade		
nº at.	Das	as
8	7:03	7:05
Foi até o L. 165, realizou orientações ao paciente e verificou condições gerais do mesmo. Questionou com o funcionário alguns cuidados dispensados ao paciente.		
9	7:06	7:07
Lavou as mãos		
10	7:07	7:09
Disparou o alarme da bomba de infusão do paciente do L. 165, foi até o leito, resolveu o problema da bomba, avaliou o estado geral do paciente e informou-o de seus cuidados.		
11	7:10	7:11
Lavou as mãos		
12	7:11	7:14
Foi até o L. 166 verificar o estado geral do paciente.		
13	7:15	7:16
Lavou as mãos.		
14	7:16	7:19
Realizou a avaliação do paciente do L. 169 e verificou o funcionamento do respirador.		
15	7:20	7:21
Lavou as mãos.		
16	7:21	7:23
Avaliou o paciente do L. 161; realizou orientações sobre o seu estado e o exame que iria fazer no período da tarde.		
17	7:24	7:25
Lavou as mãos.		
18	7:25	7:31
Foi até o refeitório para tomar café.		
19	7:32	7:35
Assim que chegou na unidade, foi chamada para auxiliar na troca do paciente do L. 165 e ajudou a levantar o paciente.		
20	7:35	7:36
Lavou as mãos.		

Descrição da Atividade		
nº at.	Das	as
21	7:36	7:39
		Iniciou preparo do material para realizar curativo no paciente do L. 165; enquanto estava preparando o material realizou orientações para o funcionário, que estava acompanhando o mesmo paciente, sobre os cuidados com a fluidoterapia.
22	7:39	7:40
		Interrompida por um funcionário, para saber como proceder em relação à lavagem de alguns materiais, sendo o mesmo orientado pela enfermeira.
23	7:41	7:43
		Arrumou a bancada das prescrições.
24	7:44	7:45
		Foi até o L. 165 para deixar o material de curativo.
25	7:45	7:46
		Saiu do L. 165 e foi pegar o resto do material.
26	7:47	7:48
		Lavou as mãos.
27	7:48	7:58
		Levou o resto do material de curativo e iniciou-o, avaliando seu aspecto e a necessidade de mudança na terapêutica empregada.
28	7:59	8:01
		Recolheu o material e levou-o para o expurgo.
29	8:02	8:03
		Lavou as mãos.
30	8:04	8:06
		Ligou para solicitar informações sobre os novos procedimentos em relação a substituição da água esterilizada.
31	8:06	8:07
		Interrompida por um funcionário que estava responsável pelo paciente do L. 169, sobre os cuidados com o curativo, solicitou ao funcionário que aguardasse um pouco.

nº at.	Das	As	Descrição da Atividade
32	8:08	8:10	Realizou orientações aos funcionários sobre os novos procedimentos a serem implementados no que tange à utilização da água esterilizada.
33	8:11	8:13	Foi até o paciente do L. 169, com a finalidade de avaliar as condições do curativo e necessidade de mudança de terapêutica.
34	8:13	8:15	Preparou material para realizar a troca de curativo do L. 169.
35	8:15	9:20	Realizou a troca de curativo e avaliou as condições da lesão.
36	8:21	8:22	Orientou funcionário sobre os cuidados com o curativo.
37	8:22	8:24	Orientou funcionário sobre os cuidados específicos a serem realizados ao paciente do L. 161.
38	8:25	8:27	Iniciou aprazamento das prescrições.
39	8:27	8:28	Interrompeu esta atividade para informar ao escriturário sobre o pedido de novos medicamentos.
40	8:29	8:31	Recebeu orientações da supervisora da UTI sobre a aquisição de novos equipamentos.
41	8:32	8:35	Reiniciou o aprazamento das prescrições.
42	8:35	8:36	Foi interrompida pelo médico intensivista para saber qual a quantidade de sangue que um paciente havia recebido; informação dada.
43	8:37	8:38	Atendeu o telefone para dar informações sobre um funcionário.
44	8:39	8:40	Reiniciou novamente o aprazamento.
45	8:40	8:42	Interrompida pelo médico, para saber a que horas uma droga vasoativa foi retirada de um dos pacientes.

nº at.	Das	as	Descrição da Atividade
46	8:43	8:45	Retornou a realizar o aprazamento.
47	8:46	8:48	Interrompeu o aprazamento para orientar um funcionário sobre mudanças na prescrição médica do L. 161.
48	8:49	8:50	Informou ao escriturário sobre mudanças na prescrição e necessidade de solicitar algumas medicações.
49	8:51	9:03	Realizou o lanche na copa na unidade.
50	9:04	9:14	Informou o médico assistente das condições dos pacientes dos L. 162 e 166, com detalhes em relação a exames, cuidados e sintomas.
51	9:15	9:17	Orientou funcionários sobre condutas em relação ao material - frasco - de aspiração endotraqueal.
52	9:18	9:24	Realizou orientações ao funcionário sobre a esterilização dos circuitos do respirador e montou um pacote para tal procedimento.
53	9:25	9:27	Orientou o paciente do L. 161, sobre mudanças na data do exame que iria realizar no período da tarde.
54	9:28	9:30	Entregou ao funcionário de um outro setor um armário.
55	9:31	9:40	Reiniciou aprazamento.
56	9:41	9:43	Interrompida pelo funcionário para explicar com se fazia o preparo dos frascos de aspiração.
57	9:44	9:47	Realizou explicação sobre preparo e indicação de algumas medicações que iriam ser administradas em um paciente.
58	9:48	9:49	Interrompida pelo intensivista para comunicar sobre a alta de um paciente.

n° at.	Das	as	Descrição da Atividade
59	9:50	9:54	Foi ao banheiro
60	9:55	9:56	Lavou as mãos
61	9:57	10:00	Preparou material para curativo do paciente do L. 162
62	10:01	10:38	Realizou o curativo do paciente do L. 162
63	10:39	10:42	Recolheu material e levou-o para o expurgo.
64	10:43	10:44	Lavou as mãos
65	10:45	10:47	Conversou com a fisioterapeuta sobre o melhor posicionamento para o paciente do L. 162
66	10:48	10:54	Auxiliou os funcionários para o posicionamento do paciente do L.162 na cadeira.
67	10:55	11:15	Auxiliou médico na troca do curativo do paciente do L. 164. Durante o curativo, saiu para buscar novos materiais solicitados pelo médico.
68	11:16	11:17	Lavou as mãos
69	11:18	11:21	Realizou a reavaliação do paciente do L. 169
70	11:22	11:24	Arrumou o balcão de prescrições
71	11:25	11:28	O alarme da bomba de infusão do paciente do L. 165 soou; identificou que o soro havia acabado e iniciou o preparo do mesmo.
72	11:29	11:31	Interrompida pela fisioterapeuta, para solicitar informações sobre o paciente do L. 169
73	11:32	11:34	Reiniciou o preparo do soro do paciente do L. 165

nº at.	Das	as	Descrição da Atividade
74	11:35	11:38	Trocou a fixação da cânula endotraqueal.
75	11:39	11:40	Lavou as mãos
76	11:41	11:42	Preparou material para o curativo do paciente do L. 165
77	11:43	11:44	Interrompida pelo médico para solicitar sangue para o paciente do L. 165.
78	11:45	11:46	Solicitou por telefone o sangue para o paciente
79	11:47	11:49	Reiniciou o preparo de material para curativo do paciente do L. 165
80	11:49	11:52	Realizou o curativo do paciente do L. 165
81	11:53	11:55	Recolheu material e encaminhou para o expurgo
82	11:56	11:57	Lavou as mãos
83	11:58	12:00	Trocou a água do respirador do paciente do L. 166
84	12:01	12:05	Solicitada para reavaliação do paciente do L. 161, sobre dieta e sondagem nasointestinal.
85	12:06	12:08	Iniciou preenchimento do boletim informativo sobre o estado dos pacientes ali internados.
86	12:09	12:11	Interrompida pela enfermeira do andar para solicitar informações sobre procedimentos em relação ao intracath que um paciente estava fazendo uso.
87	12:12	12:14	Reiniciou preenchimento do boletim informativo.
88	12:15	12:17	Indagada pelo médico da cirurgia cardíaca sobre o estado de um paciente.
89	12:18	12:20	Iniciou o preparo do prontuário do paciente que estava de alta.

nº at.	Das	as	Descrição da Atividade
90	12:21	12:22	Interrompida pelo funcionário para informar sobre a administração da dieta ao paciente
91	12:23	12:28	Informou algumas intercorrências para a enfermeira do turno da tarde, e a necessidade de aprontar o prontuário do paciente de alta.
92	12:29	12:49	Passagem de plantão dos funcionários do turno da manhã para os da tarde.
93	12:50	13:50	Almoço
94	13:51	13:53	Conversou com a enfermeira da tarde sobre a escala de funcionários.
95	13:54	14:04	Resolveu alguns problemas relacionados a cabos e monitores com o técnico do equipamento.
96	14:05	14:08	Preparou material para a entrada das visitas - aventais
97	14:09	14:25	Acompanhou a visita dos familiares
98	14:26	14:32	Realizou orientações a um funcionário sobre o preenchimento correto do balanço hídrico.
99	14:33	15:30	Chamada para uma reunião com a gerente de enfermagem
100	15:30	15:36	Realizou a passagem de plantão no livro das enfermeiras.

5.7.2. Turno da Tarde

As atividades foram observadas no período da tarde, compreendendo das 12:00 hs até às 20:00 hs, o acompanhamento foi feito com uma enfermeira.

Na unidade, neste dia, haviam cinco pacientes internados, com cuidados diferenciados. Segundo a enfermeira, o plantão foi calmo.

nº at.	Das	as	Descrição da Atividade
1	12:00	12:10	Iniciou o recebimento do plantão questionando a enfermeira do turno da manhã sobre as condições de um paciente que realizou cirurgia cardíaca no dia anterior e se houveram intercorrências no ato cirúrgico.
2	12:11	12:13	Recebeu informações da enfermeira da manhã sobre procedimentos que ficaram para ser realizados no período da tarde.
3	12:14	12:20	Iniciou o preparo de um prontuário do paciente que estava de alta.
4	12:21	12:30	Orientou funcionário quanto ao manuseio e preparo de um circuito de respirador, mais especificamente a colocação de um filtro.
5	12:30	12:50	Recebeu o plantão dos funcionários.
6	12:51	12:53	Realizou a divisão dos funcionários.
7	12:54	12:55	Lavou as mãos

nº at.	Das	as	Descrição da Atividade
8	12:56	12:58	Orientou um funcionário sobre procedimentos a serem realizados com o paciente sob seus cuidados.
9	12:59	13:04	Iniciou avaliação do paciente do L. 161; realizou um rápido exame físico e orientações para o paciente.
10	13:05	13:06	Lavou as mãos
11	13:06	13:09	Foi até o L. 162 para realizar a avaliação do estado geral e exame físico rápido do paciente.
12	13:10	13:11	Lavou as mãos
13	13:12	13:14	Orientou funcionário sobre a alta de um paciente e o preparo do mesmo.
14	13:15	13:18	Realizou a avaliação do paciente do L. 164; orientou sobre cuidados, paciente apresentou dificuldade em se comunicar. Após providenciar um papel, o mesmo conseguiu se comunicar através da escrita.
15	13:19	13:20	Interrompida pelo funcionário para ser questionada sobre o não preparo do leito na clínica médica, para receber o paciente de alta.
16	13:21	13:22	Avisou pelo telefone aos familiares sobre a alta do paciente.
17	13:23	13:24	Lavou as mãos.
18	13:25	13:28	Realizou orientações ao funcionário sobre preparo e acondicionamento de soluções
19	13:29	13:30	Ligou para a nutricionista solicitando mudanças na dieta de um paciente.
20	13:31	13:32	Lavou as mãos.
21	13:33	13:35	Realizou a avaliação, exame físico do paciente do L. 166 e orientando-o sobre os cuidados.
22	13:36	13:38	Interrompida pelo alarme da bomba de infusão, verificou o problema e solucionou-o.

Nº at.	Das	As	Descrição da Atividade
23	13:39	13:40	Lavou as mãos
24	13:40	13:42	Questionada pelo funcionário sobre cuidados e observação com o paciente do L. 169; realizou as orientações necessárias.
25	13:43	13:45	Alarme no respirador, foi até o leito, verificou o problema e retirou a água da extensão; problema solucionado.
26	13:46	13:47	Lavou as mãos.
27	13:48	13:50	Passou o plantão por telefone ao enfermeiro da unidade, sobre o paciente que iria ser transferido.
28	13:51	13:53	Questionada pelo funcionário sobre uma nutrição parenteral, solucionou o problema.
29	13:54	13:56	Preparou o prontuário para alta
30	13:57	13:58	Interrompida pelo alarme do respirador do paciente do L. 166, solicitou para que o funcionário verificasse a causa.
31	13:59	14:00	Recebeu telefonema sobre a nutrição de um paciente.
32	14:01	14:03	Ajudou funcionários a colocar o paciente que estava de alta na maca, para ser transferido.
33	14:04	14:05	Lavou as mãos.
34	14:06	14:07	Questionada pelo funcionário sobre a diluição correta de uma droga; orientações realizadas.
35	14:08	14:10	Resolveu um problema de monitor com um funcionário.
36	14:11	14:24	Orientou os familiares sobre cuidados que os pacientes estavam recebendo

nº at.	Das	As	Descrição da Atividade
37	14:25	14:26	Lavou as mãos
38	14:27	14:30	Avaliou, após solicitação de um funcionário, a irrigação vesical do paciente do L. 166.
39	14:31	14:32	Lavou as mãos.
40	14:32	14:34	Avisou pelo telefone ao cirurgião sobre as condições do paciente do L. 166 e problemas com a irrigação.
41	14:35	14:36	Ligou para o centro cirúrgico, para saber se havia solicitação de uma sala para cirurgia.
42	14:37	14:38	Solicitou ao escriturário para pedir sonda de três vias para a troca, conforme solicitação médica
43	14:38	14:39	Orientou funcionário sobre a troca de medicação e o preparo da mesma.
44	14:40	14:41	Checkou a medicação e reorientou o funcionário sobre a nova prescrição.
45	14:42	14:44	Iniciou o preparo do material para a troca da sonda vesical.
46	14:45	14:46	Interrompida para saber se havia sido solicitada uma vaga de um paciente que viria de outra cidade.
47	14:47	14:56	Auxiliou o médico na troca da sonda vesical; durante o procedimento foi questionada sobre as condições do paciente, respondeu a todos os questionamentos.
48	14:54	14:56	Durante o procedimento, foi pegar novos materiais solicitados pelo médico.
49	14:57	14:59	Recolheu o material e levou-o para o expurgo
50	15:00	15:01	Lavou as mãos
51	15:01	15:02	Interrompida pelo funcionário para reavaliar uma possível obstrução da sonda vesical.

nº at.	Das	as	Descrição da Atividade
52	15:03	15:05	Reavaliou a irrigação e orientou o funcionário quanto ao uso correto de equipamento e procedimentos.
53	15:06	15:07	Lavou as mãos
54	15:08	15:10	Arrumou o balcão de prescrições e solicitou ao médico nova receita de uma medicação controlada.
55	15:11	15:13	Iniciou o preparo do material para a realização do curativo do paciente do L. 166.
56	15:14	15:16	Interrompida para orientar o pessoal da manutenção sobre a confecção de uma porta para o balcão central.
57	15:17	15:19	Reiniciou o preparo para a realização do curativo e levou o material até o leito para iniciar o procedimento.
58	15:20	15:21	Interrompida pelo intensivista, para solicitar a coleta de um exame para o paciente do L. 166
59	15:22	15:23	Ligou para o laboratório solicitando o exame com urgência
60	15:24	15:25	Lavou as mãos
61	15:25	15:32	Iniciou o curativo e reavaliou as condições da irrigação.
62	15:33	15:34	Interrompida pelo funcionário para saber se o paciente do L. 169 poderia mudar de decúbito; orientou-o quanto ao procedimento correto.
63	15:35	15:37	Lavou as mãos
64	15:38	15:39	Iniciou o aprazamento de novas medicações
65	15:40	15:41	Interrompida para realizar nova avaliação da irrigação do paciente do L. 169

nº at.	Das	as	Descrição da Atividade
66	15:42	15:43	Lavou as mãos
67	15:44	15:45	Comunicou ao intensivista sobre as condições e estado da irrigação do paciente do L. 169
68	15:46	15:48	Preparou material para nova tentativa de desobstrução da irrigação
69	15:49	15:52	Realizou desobstrução da sonda vesical
70	15:53	15:54	Lavou as mãos
71	15:55	16:03	Foi tomar café na copa da unidade
72	16:03	16:04	Interrompida para dar informações ao médico sobre o estado do paciente do L. 169.
73	16:05	16:07	Chamada pelo funcionário para verificar a quantidade e tipo de dieta que um paciente deveria tomar.
74	16:08	16:12	Foi até o paciente do L. 169 para realizar uma reavaliação de seu estado e condições da irrigação.
75	16:13	16:14	Lavou as mãos
76	16:14	16:16	Interrompida para ser informada sobre uma internação, procedente de outro hospital.
77	16:17	16:20	Iniciou a montagem de um leito para receber o paciente que iria ser admitido
78	16:21	16:23	Interrompida para explicar ao funcionário os procedimentos corretos em relação a administração do plasma.
79	16:24	16:25	Ligou para o pronto socorro, visando solicitar o encaminhamento do paciente para a UTI.
80	16:26	16:28	Retornou a arrumação do leito e solicitou ao funcionário que providenciasse uma identificação

n° at.	Das	as	Descrição da Atividade
81	16:29	16:31	Checou as medicações prescritas
82	16:32	16:33	Interrompida por um telefonema da internação, dando o nome do paciente que iria internar e o seu leito.
83	16:34	16:36	Iniciou a evolução do paciente do L.166
84	16:37	16:38	Interrompida pelo intensivista para saber quantas unidades de sangue o paciente do L. 169 havia tomado.
85	16:39	16:41	Questionada pelo funcionário sobre a necessidade de troca de sonda nasogástrica para uma sonda enteral.
86	16:42	16:43	Recebeu a informação do funcionário sobre nova obstrução da sonda do L. 169.
87	16:44	16:46	Foi verificar o carrinho de emergência, se havia algum material faltando.
88	16:47	16:48	Interrompida pelo funcionário para avaliar falta de ar do paciente do L. 161.
89	16:48	16:50	Foi até o L. 161 e realizou uma avaliação da função respiratória, orientando o paciente como respirar mais adequadamente.
90	16:51	16:53	Arrumou o balcão de prescrições
91	16:54	16:55	Passou as intercorrências para o intensivista sobre o paciente do L. 166.
92	16:56	16:57	Solicitado o resultado de exame do paciente do L.166
93	16:58	17:02	Ajudou o médico na avaliação e desobstrução da sonda do L. 166.
94	17:03	17:05	Arrumou o paciente para ser encaminhado ao CC.
95	17:05	17:06	Lavou as mãos

nº at.	Das	as	Descrição da Atividade
96	17:07	17:12	Admitiu o paciente que veio do Pronto Socorro, ajudou a colocar o paciente na cama, realizou um exame físico rápido e realizou a verificação de sinais vitais.
97	17:13	17:14	Passou o valor dos sinais vitais para o intensivista
98	17:15	17:16	Verificou novamente a pressão arterial, com mudança no braço da verificação.
99	17:17	17:20	Solicitada avaliação pelo funcionário do paciente do L. 164; avaliação feita.
100	17:21	17:23	Passou novamente resultado da pressão arterial, sendo solicitada a instalar soro e medicação.
101	17:24	17:25	Lavou as mãos
102	17:26	17:29	Preparou medicação prescrita e colocou em bomba de infusão.
103	17:30	17:34	Realizou o aprazamento da prescrição médica e realizou a evolução de enfermagem do paciente admitido
104	17:35	17:37	Arrumou o balcão das prescrições
105	17:38	17:39	Interrompida pelo intensivista para solicitar exames marcados para as 19:00 h.
106	17:40	17:41	Ligou para o laboratório solicitando coleta de material para exames
107	17:42	17:44	Reiniciou aprazamento e orientou funcionário sobre medicações e dieta prescrita.
108	17:45	17:48	Checou a colocação do soro e medicação e fez escala do soro.
109	17:49	17:50	Interrompida pelo funcionário para avisar que os familiares do paciente, estavam aguardando na sala de espera.

nº at.	Das	as	Descrição da Atividade
110	17:51	17:52	Foi comunicar aos familiares a necessidade de entrarem em contato com a internação.
111	17:53	17:55	Auxiliou os funcionários a colocarem o paciente do L. 161 no leito.
112	17:56	17:57	Lavou as mãos
113	17:58	18:00	Após ter recebido a dieta de um paciente, foi colocá-la na bomba de infusão
114	18:01	18:03	Após alarme do monitor, realizou a troca do sensor do L.161
115	18:04	18:06	Comunicou aos funcionários sobre um equipamento que estava quebrado.
116	18:07	18:09	Interrompida pela fisioterapeuta para questionar sobre um respirador.
117	18:10	18:13	Iniciou a evolução de enfermagem
118	18:14	18:17	Interrompida pelo funcionário para questionar o procedimento correto em relação ao soro do paciente.
119	18:18	18:20	Arrumou o prontuário e os exames que vieram do paciente que foi admitido.
120	18:21	18:23	Questionada pelo médico sobre as condições do paciente que havia sido admitido.
121	18:24	18:29	Conversou com a enfermeira do noturno sobre novas rotinas e problemas ocasionados em um respirador, do plantão passado.
122	18:30	18:45	Passagem do plantão dos funcionários
123	18:45	18:48	Fez o boletim informativo e o censo diário.
124	18:49	19:00	Conversou com a enfermeira do noturno, para resolver problemas nos respiradores.
125	19:01	19:05	Interrompida pelo alarme de um respirador; realizou aspiração com melhora do paciente.

nº at.	Das	As	Descrição da Atividade
126	19:06	19:07	Lavou as mãos
127	19:08	19:20	Verificou a necessidade de reposição de materiais no carrinho de emergência.
128	19:21	19:35	Arrumou a sala de materiais.
129	19:36	19:40	Arrumou os prontuários e balcão das prescrições.
130	19:41	19:49	Conversou com a enfermeira do noturno sobre as modificações necessárias na folha de controles
131	19:50	20:00	Passagem de plantão no livro das enfermeiras

5.7.3. Turno da Noite

As atividades foram observadas no período da noite, compreendendo das 18:30 hs até às 6:30 hs. O acompanhamento foi feito apenas com uma enfermeira do plantão noturno. Ressaltamos que a observação foi realizada na noite onde houve a mudança de horário em função da entrada do horário de verão. Desta forma, o plantão ocorreu em 11 horas.

Na unidade, neste dia, haviam quatro pacientes internados, com cuidados diferenciados e houveram duas internações. Segundo a enfermeira, o plantão foi calmo.

nº at.	Das	as	Descrição da Atividade
1	18:28	18:50	Passagem de plantão
2	18:51	18:55	Realizou a divisão das tarefas com os funcionários.
3	18:56	18:57	Realizou orientações específicas ao funcionário que estava com paciente do L. 165.
4	18:58	18:59	Lavou as mãos.
5	19:00	19:02	Iniciou a avaliação do paciente do L. 161.
6	19:03	19:04	Lavou as mãos
7	19:05	19:08	Avaliou o paciente do L. 164 e orientou-o sobre seus cuidados

nº at.	Das	as	Descrição da Atividade
8	19:09	19:10	Lavou as mãos
9	19:11	19:12	Arrumou o balcão de prescrições
10	19:13	19:16	Interrompida pelo alarme do respirador do L. 169, foi até o leito e resolveu o problema.
11	19:17	19:18	Lavou as mãos.
12	19:18	19:20	Chamada pelo funcionário para avaliar as condições do paciente do L. 169; pós avaliação, realizou aspiração de secreção endotraqueal.
13	19:20	19:21	Lavou as mãos
14	19:21	19:23	Foi pegar um novo sensor para o respirador.
15	19:24	19:26	Retornou ao leito e trocou o sensor do respirador.
16	19:27	19:28	Foi até a sala das enfermeiras apanhar impressos que estavam faltando.
17	19:29	19:30	Iniciou preenchimento do senso diário.
18	19:31	19:32	Interrompida para atender o telefone, sobre uma vaga na UTI.
19	19:33	19:34	Retornou para o preenchimento do senso diário.
20	19:35	19:36	Ligou para o laboratório, visando solicitar a coleta de exames de um paciente, que havia sido solicitado na passagem de plantão
21	19:37	19:40	Realizou orientações aos funcionários sobre quais pacientes iriam tomar banho.
22	19:41	19:42	Interrompida novamente para atender o telefone sobre uma vaga na UTI.

Nº at.	Das	As	Descrição da Atividade
23	19:43	19:45	Forneceu informações ao funcionário do laboratório sobre os exames solicitados
24	19:48	19:52	Foi até a copa tomar café.
25	19:53	19:54	Lavou as mãos
26	19:55	19:57	Recebeu material solicitado para um paciente, e guardou o mesmo.
27	19:58	19:59	Avisou o intensivista sobre a solicitação de vaga.
28	20:00	20:02	Iniciou o controle do carrinho de emergência
29	20:03	20:05	Preparou material para a entrada das visitas
30	20:05	20:11	Acompanhou as visitas e deu algumas informações gerais
31	20:12	20:13	Retornou para arrumar o balcão da UTI.
32	20:14	20:15	Lavou as mãos
33	20:16	20:18	Orientou o acompanhante do paciente do L. 164.
34	20:19	20:25	Iniciou a verificação das prescrições dos pacientes
35	20:26	20:29	Foi ao banheiro
36	20:30	20:31	Lavou as mãos
37	20:32	20:34	Foi até o L. 164 realizar novas orientações aos familiares.
38	20:35	20:36	Atendeu o telefone e foi chamar o funcionário na copa.

nº at.	Das	As	Descrição da Atividade
39	20:36	20:38	Recebeu as medicações da farmácia.
40	20:39	20:40	Comunicou aos familiares sobre o término do horário da visita.
41	20:41	20:42	Lavou as mãos
42	20:43	20:44	Realizou orientações sobre o início dos banhos.
43	20:45	20:47	Foi providenciar os materiais que faltavam para os procedimentos.
44	20:48	20:49	Lavou as mãos
45	20:50	20:53	Iniciou a montagem de um circuito de respirador.
46	20:54	20:55	Interrompida para desligar o alarme de uma bomba de infusão e constatou o término do soro.
47	20:56	20:57	Lavou as mãos
48	20:57	21:00	Iniciou o preparo do soro.
49	21:01	21:03	Interrompida pelo intensivista para informar das mudanças na sedação de um dos pacientes.
50	21:04	21:06	Terminou o preparo do soro e foi até o leito instalá-lo
51	21:07	21:08	Lavou as mãos
52	21:09	21:12	Foi até o paciente do L. 161 para realizar a avaliação de uma escara; realizado orientações ao funcionário sobre cuidados.
53	21:13	21:14	Lavou as mãos
54	21:15	21:15	Recomeçou a montagem do circuito do respirador

n° at.	Das	as	Descrição da Atividade
55	21:16	21:18	Trocou o circuito do respirador do paciente do L. 169
56	21:19	21:21	Levou o material para o expurgo
57	21:22	21:23	Interrompida para verificar a necessidade de trocar o circuito do respirador do L. 161; avaliação feita.
58	21:24	21:25	Lavou as mãos
59	21:26	21:29	Montou o circuito do respirador do L. 161
60	21:30	21:32	Trocou o circuito do respirador do L. 161
61	21:33	21:34	Levou o material para o expurgo
62	21:35	21:36	Interrompida pelo intensivista para comunicar mudança na reposição de eletrólitos de um paciente.
63	21:37	21:38	Avisou ao funcionário da mudança do soro de um paciente.
64	21:39	21:40	Lavou as mãos
65	21:40	21:43	Foi preparar o soro que havia sido prescrito.
66	21:44	21:47	Foi instalar o soro em bomba de infusão
67	21:48	21:50	Avaliou a causa do alarme do respirador do L. 169; resolveu o problema.
68	21:51	21:52	Solicitada, pelo intensivista, quanto a montagem da pressão venosa central para um paciente.
69	21:53	21:54	Solicitou material pelo telefone
70	21:55	21:56	Lavou as mãos

nº at.	Das	as	Descrição da Atividade
71	21:57	22:02	Trocou o curativo do paciente do L. 165.
72	22:03	22:04	Levou o material para o expurgo
73	22:05	22:06	Lavou as mãos
74	22:07	22:09	Questionada pelo intensivista sobre a modalidade de ventilação que o paciente fazia uso.
75	22:10	22:12	Foi preparar material para instalar PVC
76	22:13	22:14	Lavou as mãos
77	22:15	22:18	Foi instalar e verificar o valor da PVC, no paciente do L. 165
78	22:19	22:21	Foi preparar o material para curativo
79	22:22	22:23	Lavou as mãos
80	22:24	22:30	Realizou o curativo do paciente do L. 164.
81	22:31	22:32	Levou o material para o expurgo
82	22:33	22:34	Lavou as mãos
83	22:35	22:50	Foi jantar no refeitório
84	22:51	22:52	Lavou as mãos
85	22:53	22:57	Solicitada pelo funcionário que verificasse problemas do respirador; verificação feita e problemas resolvidos.

nº at.	Das	as	Descrição da Atividade
86	22:58	22:59	Lavou as mãos
87	23:00	23:03	Verificou se as medicações estavam checadas.
88	23:04	23:06	Interrompida pelo funcionário para solicitar informações sobre procedimentos de aspiração endotraqueal.
89	23:07	23:08	Recebeu um médico e deu informações sobre um paciente.
90	23:09	23:13	Foi até a sala das enfermeiras pegar o livro de passagem de plantão.
91	23:14	23:17	Foi auxiliar o funcionário a posicionar adequadamente um paciente.
92	23:18	23:19	Lavou as mãos
93	23:20	23:22	Foi verificar o problema com um respirador que estava alarmando no L. 161
94	23:23	23:25	Verificou os exames solicitados.
95	23:26	23:30	Interrompida novamente para verificar o motivo do alarme do respirador e tentou resolver o problema
96	23:31	23:32	Lavou as mãos
97	23:33	23:35	Verificou as evoluções no caderno de passagem de plantão
98	23:36	23:39	Interrompida para avaliar o paciente do L. 161; verificou o problema e chamou o médico.
99	23:40	23:45	Identificado arritmia pela enfermeira, solicitado eletrocardiograma, e o preparo do material.
100	23:46	01:00	Realizou eletrocardiograma, com ajuda do funcionário.
101	01:01	01:02	Lavou as mãos

nº at.	Das	As	Descrição da Atividade
102	01:03	01:06	Preparou medicação solicitada pelo intensivista, e instalou conforme prescrição.
103	01:07	01:09	Checou e aprazou as medicações prescritas pelo intensivista.
104	01:10	01:11	Ligou para a farmácia para solicitar as medicações.
105	01:12	01:14	Verificou a evolução e a prescrição médica.
106	01:15	01:17	Reavaliou as condições do paciente do L. 161
107	01:18	01:20	Foi ao banheiro
108	01:21	01:22	Lavou as mãos
109	01:23	01:25	Verificou as condições do paciente do L. 164 e questionou o funcionário sobre os cuidados prestados.
110	01:26	01:27	Foi comunicada pelo médico sobre uma internação que seria realizada; paciente vindo do pronto socorro.
111	01:28	01:29	Lavou as mãos
112	01:30	01:31	Ligou para o pronto socorro para saber as condições do paciente que iria ser admitido
113	01:32	01:33	Chamou a funcionária da limpeza
114	01:34	01:35	Solicitada, pelo telefone, mais uma vaga na UTI
115	01:36	01:40	Iniciou preparo dos leitos, montando para um deles respirador, monitor e bomba de infusão.
116	01:41	01:43	Interrompida para avaliar as condições do paciente do L.164; realizou avaliação e posteriormente aspirou secreções com melhora do quadro.

nº at.	Das	as	Descrição da Atividade
117	01:44	01:45	Ligou para o pronto socorro informando que o paciente já podia ser encaminhado.
118	01:46	01:48	Continuou a arrumar o leito para a internação
119	01:49	01:50	Iniciou a montagem do outro leito para internação.
120	01:51	01:52	Foi comunicada que o paciente que iria internar estava sem fluidoterapia.
121	01:53	01:55	Preparou material para punção venosa.
122	01:56	01:57	Lavou as mãos
123	01:58	02:05	Realizou a admissão do paciente, verificando seu estado geral e realizou orientações sobre os seus cuidados.
124	02:06	02:07	Lavou as mãos
125	02:01	02:05	Realizou o procedimento de punção.
126	02:06	02:07	Lavou as mãos
127	02:08	02:12	Realizou aprazamento na prescrição médica
128	02:13	02:20	Preparou material e realizou um eletrocardiograma, solicitado pelo intensivista
129	02:21	02:22	Lavou as mãos
130	02:23	02:30	Realizou a evolução do paciente na folha de enfermagem e no livro da passagem de plantão.
131	02:31	02:32	Lavou as mãos

n° at.	Das	As	Descrição da Atividade
132	02:33	02:56	Recebeu o paciente que veio do centro cirúrgico, com grave instabilidade hemodinâmica, verificando condições gerais, realizando posicionamento adequado e cuidados gerais.
133	02:57	02:58	Lavou as mãos
134	02:59	03:03	Iniciou o registro da evolução de enfermagem e a colocação no senso diário.
135	03:04	03:07	Interrompida para atender os familiares do paciente que havia sido admitido
136	03:08	03:13	Deixou os familiares entrarem para ver o paciente, realizou as informações sobre os cuidados recebidos.
137	03:14	03:18	Iniciou o aprazamento da prescrição médica do paciente que foi admitido
138	03:19	03:20	Ligou para a farmácia para solicitar as medicações prescritas
139	03:21	03:27	Realizou nova avaliação do paciente do L. 162
140	03:28	03:29	Lavou as mãos
141	03:30	03:42	Realizou as anotações de enfermagem referentes as admissões ocorridas.
142	03:43	03:44	Recebeu informações sobre a quantidade de sangue que o paciente havia recebido
143	03:45	03:49	Chamada para avaliar as condições de sangramento do paciente do L. 162
144	03:50	03:51	Lavou as mãos
145	03:52	04:00	Acabou de realizar a evolução de enfermagem dos pacientes.
146	04:00	05:00	Folga
147	05:00	05:01	Lavou as mãos

nº at.	Das	As	Descrição da Atividade
148	05:02	05:05	Chamada para avaliar o paciente do L. 162
149	05:06	05:11	Chamou o médico; realizado procedimentos necessários e constatado óbito pelo médico.
150	05:12	05:32	Auxiliou o funcionário a preparar o corpo do paciente para ser encaminhado ao IML.
151	05:33	05:35	Avisou os familiares sobre o óbito do paciente.
152	05:36	05:37	Lavou as mãos
153	05:38	05:48	Levou o paciente para o necrotério
154	05:49	05:50	Lavou as mãos
155	05:51	05:53	Foi avaliar o paciente do L.165; realizou novo posicionamento no leito
156	05:54	05:55	Lavou as mãos
157	05:56	05:58	Realizou avaliação do paciente do L. 169.
158	05:59	06:00	Lavou as mãos
159	06:01	06:04	Revisou a reposição das medicações utilizadas
160	06:05	06:08	Preparou o prontuário do paciente que foi a óbito.
161	06:09	06:24	Iniciou o fechamento dos balanços hídricos e verificou as prescrições médicas
162	06:25	06:30	Fez o censo diário e o boletim informativo sobre o estado dos pacientes
163	06:30	06:37	Recebeu e verificou os exames
164	06:37	6:58	Passagem de plantão dos funcionários

5.8. Análise da Carga de Trabalho da Enfermeira da UTI

A carga de trabalho da enfermeira de uma Unidade de Terapia Intensiva, depende fundamentalmente das condições dos pacientes internados e/ou admitidos e do número de funcionários. Desta forma, na maioria das vezes, o profissional não sabe o que vai encontrar e como será seu plantão.

Conforme entrevista e dados obtidos através do questionário, constatamos que todas as enfermeiras têm como preocupação inicial, a situação da unidade, uma vez que conforme a demanda exigida pelos pacientes, sua carga de trabalho será definida.

Em relação à preocupação no decorrer e após o plantão, encontramos três respostas, nas quais relataram que esta recai na boa assistência prestada, quer dizer *“dar conta de todas as atividades”*.

5.8.1. Carga Física da Enfermeira da UTI

Como já mencionado, a carga de trabalho da enfermeira de UTI depende das condições dos pacientes ali internados, mas todas ressaltam que o cansaço físico aparece na maioria das vezes.

É importante considerar na análise das atividades das enfermeiras, que, embora o plantão tendo sido considerado calmo pelas próprias enfermeiras, as atividades foram em grande número. Desta forma, podemos considerar como agente estressante, o número elevado de atividades desenvolvidas em um único plantão.

5.8.1.1. Turno da Manhã

Para a execução destas atividades, a enfermeira andou 1.600 m, aproximadamente. Cabe salientar, que este profissional saiu somente em três oportunidade da unidade de terapia intensiva.

Em relação à posição, este profissional, ficou 52,2% das nove horas em pé, e 47,8% sentada. O maior intervalo na posição em pé foi de 97 minutos, e sentada de 89 minutos. Salientamos ainda, que os intervalos foram muito variáveis, tanto na posição sentada, como na posição em pé.

Apresentou três ações (5, 19 e 66) que requeriam força física para a sua execução.

5.8.1.2. Turno da Tarde

Para a execução destas atividades, a enfermeira andou 2.100 m, aproximadamente. Cabe salientar, que este profissional saiu somente em uma oportunidade da unidade de terapia intensiva.

Em relação à posição, este profissional, ficou 72,5% das nove horas em pé, e 27,5% sentada. O maior intervalo na posição em pé foi de 105 minutos, e sentada de 46 minutos. Salientamos ainda, que os intervalos foram muito variáveis, tanto na posição sentada, como na posição em pé.

Apresentou três ações (94, 96 e 111) que requeriam força física para a sua execução.

5.8.1.3. Turno da Noite

Para a execução destas atividades, a enfermeira andou 3.100 m,

aproximadamente. Cabe salientar, que este profissional saiu somente em três oportunidades da unidade de terapia intensiva.

Em relação à posição, este profissional, ficou 66,4% das nove horas em pé, e 34,6% sentada. O maior intervalo na posição em pé foi de 88 minutos, e sentada de 70 minutos. Salientamos ainda, que os intervalos foram muito variáveis, tanto na posição sentada, como na posição em pé.

Apresentou cinco ações (91, 115, 132, 150 e 155) que requeriam força física para a sua execução.

5.8.2. Carga Mental da Enfermeira da UTI

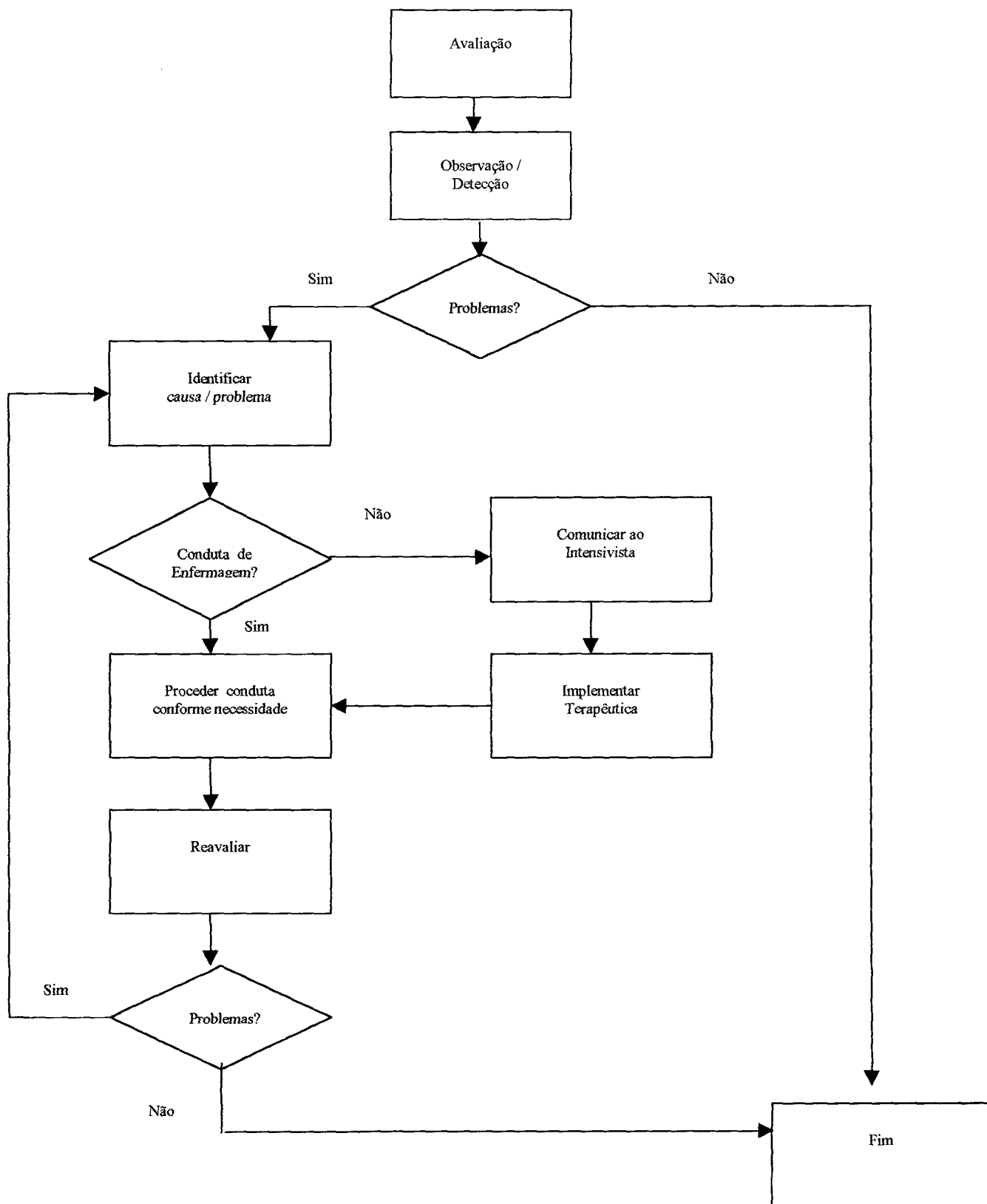
Podemos constatar que, no desenvolvimento das atividades do enfermeiro da unidade de terapia intensiva, existe uma multiplicidade de funções e inúmeras interrupções durante estas atividades.

Outro ponto importante desta análise compreende a exigência cognitiva de algumas destas atividades, pois conforme Richard (1990), as atividades que envolvem decisão e avaliação demandam alta carga cognitiva.

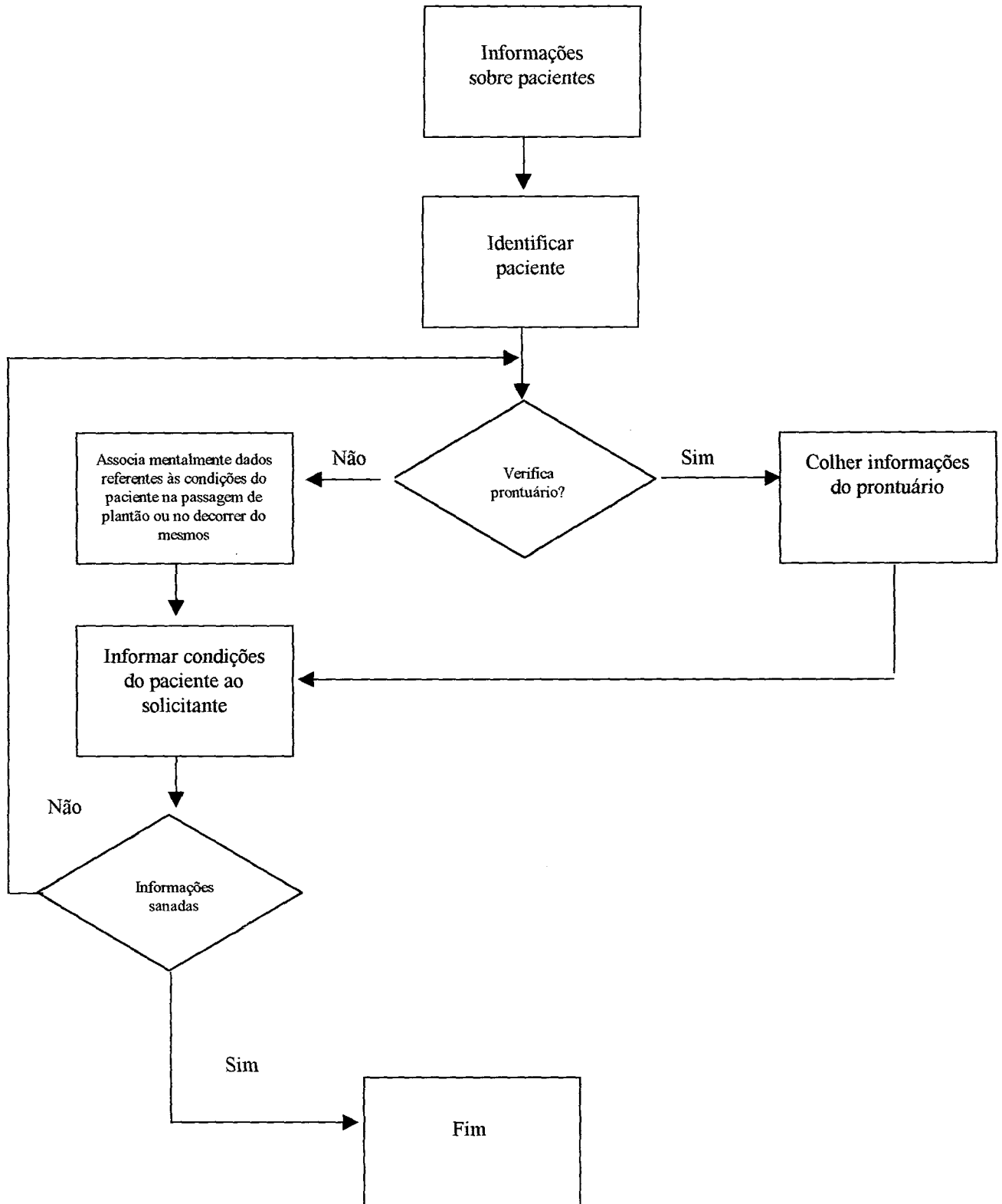
Para podermos analisar tais exigências, faremos uma modelagem cognitiva das atividades de tomada de decisão, avaliação e atividades de passagem de plantão, que envolvem um grande número de informações, os quais apresentam alta carga cognitiva.

Destacamos também que as enfermeiras desenvolviam outras atividades como a realização de técnicas, exigindo além de conhecimento técnico-científico, responsabilidade e segurança, já que no caso da enfermagem envolve outro ser humano, sendo que uma técnica mal realizada, pode acarretar problemas em relação ao seu tratamento e/ou prognóstico.

MODELAGEM COGNITIVA DAS ATIVIDADES DE TOMADA DE DECISÃO E AVALIAÇÃO



MODELAGEM COGNITIVA DAS ATIVIDADES DE PASSAGEM DE INFORMAÇÕES



5.8.2.1. Turno da Manhã

Esta enfermeira cumpriu 100 atividades diferentes, num período compreendendo oito horas; das 6:30 - 15:30, com uma hora para almoço.

Um aspecto importante a ser levantado refere-se ao fato deste profissional desempenhar uma função de solucionador de problemas.

A avaliação e a tomada de decisão são pontos muito significativos no desenvolvimento das atividades do enfermeiro da unidade de terapia intensiva, sobrecarregando-o, o que pode elevar o estresse e a insegurança. Destacamos as atividades nº 2, 4, 7, 8, 10, 12, 14, 16, 21, 22, 27, 32, 33, 35, 36, 37, 51, 52, 53, 57, 65, 69, 71, 84, 86, 90, 95 e 98. Estas atividades envolvem processos cognitivos complexos, por exigir alto tratamento de informações.

A realização de algumas técnicas de enfermagem requer, por parte deste trabalhador, um conhecimento científico em relação à técnica a ser realizada, já que se trata de procedimentos realizados em outros seres humanos. Este fato aumenta o grau de responsabilidade na execução das atividades. Destacamos as atividades nº 19, 27, 35, 62, 67, 73, 74, 80 e 83.

As atividades que envolvem o recebimento de informações sobre os pacientes, envolvem atividades de alto nível de exigência cognitiva pela grande quantidade de informações a serem tratadas e o armazenamento de muitos dados. Destacamos as atividades nº 1, 30, 39, 40, 42, 45, 47, 48, 50, 58, 72, 77, 85, 88, 91 e 100.

Constatamos que esta enfermeira realizou 61 atividades do início do plantão até às 10:00 hs, sobrecarregando-a neste período.

Destacamos ainda, que após o retorno do almoço, a mesma executou, na sua maioria, atividades burocráticas, o que nos evidencia existir um mecanismo de regulação deste profissional no que concerne à realização de suas atividades.

5.8.2.2. Turno da Tarde

Esta enfermeira cumpriu 131 atividades diferentes, num período compreendendo oito horas; das 12:00 - 20:00.

Um aspecto importante a ser levantado refere-se ao fato deste profissional manter-se como um solucionador de problemas, também neste período.

A avaliação e a tomada de decisão, também neste turno são as atribuições mais desempenhadas por este profissional, o que pode sem dúvida também elevar o estresse e a insegurança. Destacamos as atividades nº 4, 6, 8, 9, 11, 13, 14, 18, 21, 22, 24, 25, 28, 34, 35, 36, 38, 43, 44, 52, 56, 61, 62, 65, 73, 74, 78, 85, 89, 93, 96, 99, 107, 114, 116, 118, 124, 125 e 127. Sempre mantendo processos cognitivos complexos, por exigir alto tratamento de informações.

A enfermeira da tarde também realizou algumas técnicas de enfermagem, requerendo, como já mencionado anteriormente conhecimento científico em relação à atribuição a ser realizada, o que poderá ser agravada por este ser realizado em outro ser humano, o que, por si só, aumenta o grau de responsabilidade na execução das atividades. Destacamos as atividades nº 25, 32, 47, 61, 69, 77, 93, 94, 97, 98, 102, 108, 111, 113, 114 e 125.

As atividades que envolvem o recebimento de informações sobre os pacientes, envolvem atividades de alto nível de exigência cognitiva pela grande quantidade de informações a serem tratadas e o armazenamento de muitos dados. Destacamos as atividades nº 01, 02, 05, 16, 27, 31, 40, 46, 47, 67, 72, 76, 83, 84, 86, 91, 103, 117, 120, 121, 123, 130 e 131.

5.8.2.3. Turno da Noite

Esta enfermeira cumpriu 164 atividades diferentes, num período

compreendendo onze horas; das 18:30 - 06:30, com uma hora de descanso.

Um aspecto importante a ser levantado, refere-se ao fato deste profissional desempenhar uma função de solucionador de problemas.

A avaliação e a tomada de decisão são pontos muito significativos no desenvolvimento das atividades do enfermeiro da unidade de terapia intensiva, sobrecarregando-o, o que pode elevar o estresse e a insegurança. Destacamos as atividades nº 02, 03, 05, 07, 10, 12, 21, 37, 42, 46, 52, 57, 63, 67, 85, 88, 93, 95, 98, 99, 106, 109, 116, 123, 132, 135, 139, 143, 148, 151, 155 e 157. Estas atividades envolvem processos cognitivos complexos, por exigir alto tratamento de informações.

A realização de algumas técnicas de enfermagem requer, por parte deste trabalhador, conhecimento científico em relação à técnica a ser realizada, já que se trata de procedimentos realizados em outros seres humanos. Este fato aumenta o grau de responsabilidade na execução das atividades. Destacamos as atividades nº 12, 15, 28, 45, 48, 50, 55, 60, 66, 68, 71, 77, 80, 91, 100, 102, 115, 116, 125, 128, 149, 150, 155 e 161.

As atividades que envolvem o recebimento de informações sobre os pacientes, envolvem atividades de alto nível de exigência cognitiva pela grande quantidade de informações a serem tratadas e o armazenamento de muitos dados. Destacamos as atividades nº 1, 17, 20, 23, 27, 30, 33, 34, 49, 62, 74, 89, 97, 105, 110, 112, 120, 130, 134, 135, 141, 142, 145 e 162.

5.9. Diagnóstico

Teceremos, a partir da análise das tarefas e das atividades, o diagnóstico da situação de trabalho, em relação aos diversos atores relacionados com o mesmo.

5.9.1. Meio Ambiente

Como já relatado, o ambiente interfere diretamente no trabalho da enfermeira. Procederemos então, a uma análise separada de cada um deles.

5.9.1.1. Ambiente Arquitetônico

Esta estrutura foi avaliada segundo Gomes (1998), e no que concerne ao espaço dos leitos, os mesmos estão dentro do preconizado, porém com espaço reduzido para um número maior de equipamentos.

Ausência de uma local para descanso da equipe da unidade. Em relação ao isolamento, podemos considerar que não existe um box apropriado, já que o mesmo deve conter uma ante-sala.

A inexistência de um local próximo ao leito, para que o funcionário possa, mesmo realizando funções burocráticas, manter a visualização constante do mesmo, mostrou-se ser uma questão importante.

Os demais ambientes não apresentam alterações a serem realizadas.

5.9.1.2. Ambiente Luminoso

Bem iluminado, sem problemas para os funcionários.

5.9.1.3. Ambiente Sonoro

Existem vários equipamentos que têm alarmes para proporcionar uma maior segurança; no entanto, estes, quando disparam, não são interpretados de maneira correta pelo profissional, ou seja, não existe, necessariamente, uma

preocupação com este alarme.

Em relação ao número excessivo de profissionais, em determinados momentos, quando da observação das atividades do enfermeiro, este representa uma das fontes de ruído.

5.9.1.4. Ambiente Tóxico e Infectado

Este ambiente propicia sobremaneira a contaminação dos membros da equipe, principalmente por materiais pérfuro-cortantes e materiais orgânicos.

Conforme a CIPA, existe um trabalho em relação à prevenção destes acidentes, com diminuição de 21% neste ano.

5.9.2. Ambiente Organizacional

5.9.2.1. Normas e Rotinas

As normas e rotinas são pouco seguidas pelas enfermeiras da unidade. Segundo elas, cada qual faz do seu jeito.

5.9.2.2. Material e Equipamento

A unidade dispõe de materiais necessários para a execução dos procedimentos, conforme a gravidade dos pacientes, porém, o treinamento para a sua utilização, nem sempre é realizado.

5.9.2.3. Equipe de Trabalho

Constatamos uma dificuldade de relacionamento, principalmente entre a equipe de enfermagem.

Há uma desproporção entre o número de pacientes e enfermeiros, bem como dificuldade na admissão de enfermeiros capacitados.

5.9.2.4. Treinamento

Não é realizado um treinamento eficiente para os enfermeiros.

5.9.3. Carga de Trabalho

Alta carga cognitiva e ressaltamos que o diagnóstico confirma o alto nível de estresse do enfermeiro de uma unidade de terapia intensiva.

6. ANÁLISE DOS AGENTES ESTRESSORES E PROPOSTAS PARA A MELHORIA DA QUALIDADE NO TRABALHO E MINIMIZAÇÃO DO ESTRESSE DO ENFERMEIRO NA UTI

Podemos afirmar, como é de consenso da comunidade científica, que o trabalho pode contribuir para o estresse. Este chamado estresse ocupacional, pode ser definido por Dejours (1992), como um conjunto de perturbações psicológicas ou sofrimento psíquico, associado às experiências de trabalho.

O estresse ocupacional pode ser entendido, segundo Paraguay (1990), como o reconhecimento por parte de um trabalhador, de sua “inabilidade” ou “incapacidade” para enfrentar as exigências relacionadas ao trabalho, e sua subsequente experiência de desconforto, mal-estar e sofrimento. Enfatiza também, que este estresse reside na percepção, pelo trabalhador, do equilíbrio entre as demandas existentes no trabalho e sua habilidade e/ou possibilidade para respondê-las.

A abordagem ergonômica neste estudo, visa sugerir modificações nos aspectos identificados como prejudiciais ao trabalhador, os quais são causadores de estresse, criando estratégias para minimizá-los, com a finalidade principal de salvaguardar a integridade física e mental do enfermeiro desta unidade.

Encontramos alguns sintomas que podem ser característicos de estresse entre as enfermeiras integrantes do estudo e destacamos entre eles: dores nas pernas, cansaço físico e mental, ansiedade, insegurança e preocupações.

Com o intuito de analisar as fontes geradoras de estresse, vivenciado pelo enfermeiro de uma Unidade de Terapia Intensiva, em um hospital particular do Estado de Santa Catarina, e propor condições para a minimização do estresse, com subsequente melhoria na qualidade de vida destes trabalhadores,

resgataremos os dados coletados na análise da tarefa e atividade do trabalho e agruparemos em categorias, conforme propõe Lida (1997).

6.1. Conteúdo do Trabalho

Conforme Fialho e Santos (1995), podemos definir conteúdo do trabalho como sendo o que faz o indivíduo que trabalha, e que pode ser construída a partir das seqüências de operações, o qual sofre inúmeras interferências, podendo ser representado pela pressão para manter um ritmo de produção.

Como já foi mencionado anteriormente, o enfermeiro de UTI enfrenta inúmeras interferências, no que concerne à manutenção de sua produção. Tal fato pode ser explicado, em virtude da impossibilidade de se manter o controle do que vai ocorrer nesta unidade, tanto no início, no decorrer ou mesmo no término de seu plantão.

Devemos destacar que a escala da equipe de enfermagem, incluindo auxiliares, técnicos e enfermeiros, é realizada mensalmente, isto quer dizer, no início de cada mês. É evidente que devemos sempre manter uma relação equitativa funcionário/paciente, contudo, nem sempre o número preconizado pela legislação atual é suficiente para manter a produção, lembrando que, para nós, isto diz respeito à qualidade da assistência prestada.

Para Gomes (1988), o pessoal deve ser calculado com base em algumas condições: características do hospital; quantidade e qualidade de equipamento; capacidade do pessoal; planta física; número de leitos. Estas condições têm como objetivo a adequada assistência ao paciente e harmônica dinâmica em grupo.

Quando confrontamos com as observações feitas nesta unidade, o número de funcionários equívale ao recomendado, contudo, não podemos moldar uma concepção de assistência individual, se não soubermos antecipadamente das

condições existentes, o que inviabiliza tal quantificação, comprometendo a assistência prestada. Porém, esta quantificação é uma realidade vivenciada, não somente nesta unidade, mas na maioria das unidades hospitalares, o que, sem dúvida, acarreta ao enfermeiro maiores desgastes neste setor.

Diante do exposto, esta quantificação nem sempre pode ser exclusivamente considerada, em virtude da existência de intercorrências ocorridas em alguns plantões. Na verdade, ninguém pode com certeza, afirmar qual a quantidade de cuidados necessários para assistir oito pacientes, número esse existente nesta unidade, mesmo conhecendo a estrutura do hospital, as características desta unidade, os equipamentos, a planta física, a capacidade da equipe, enfim, todas as exigências para este dimensionamento de pessoal.

Podemos exemplificar tal afirmação, quando reportamo-nos à existência de alguns pacientes com graves instabilidades hemodinâmicas, internados nesta unidade, em um determinado plantão. Em nossa experiência, podemos inferir que são necessários pelo menos, em alguns casos, um funcionário para cada paciente nesta condição, supervisionado por um enfermeiro.

Concordamos com Nogueira (1994, p.16), ao relatar que desde “1967 a Associação Americana de Enfermeiros aconselha que cada instituição elaborasse seus próprios planos, de acordo com as necessidades da unidade”. Evidentemente, sabemos que a manutenção de um elevado número de enfermeiros e/ou funcionários na escala de plantão irá aumentar, de início, o gasto do hospital com os recursos humanos. Contudo, devemos considerar que com uma melhor qualidade de assistência prestada, iremos diminuir os dias de internação e mesmo reduzir a necessidade da utilização de recursos materiais. Este quadro implica em uma não perda de ganhos. Esta não perda pode ser explicitada, pois embora os gastos sejam repassados para o paciente, a qualidade da assistência prestada tenderia a ser melhor, o que, em primeira instância,

determinaria a competitividade entre as instituições de saúde da região.

Com um número maior de enfermeiros e/ou funcionários de plantão, teríamos uma menor ansiedade em relação às condições do plantão, pois teríamos possibilidades de assistir, de forma qualificada, os pacientes em quaisquer situações.

Desta forma, nossa proposta quanto ao número de funcionários, seria: um enfermeiro para cada quatro leitos e um auxiliar ou técnico de enfermagem para cada dois leitos, perfazendo um total de dois enfermeiros e quatro funcionários (auxiliares ou técnicos de enfermagem) por plantão. Destacamos, contudo, o aumento somente no número de enfermeiros em relação à escala atual desta unidade, incorrendo na necessidade da contratação de quatro enfermeiros para as 24 horas. Isto porque, quando houverem pacientes necessitando de maiores cuidados, um dos enfermeiros auxiliará e acompanhará mais de perto este funcionário, dividindo as funções. Se resgatarmos uma das atribuições específicas do enfermeiro, veremos que este é responsável pela assistência direta do paciente com maior gravidade. Nos dias em que não houverem pacientes com maior instabilidade hemodinâmica, um dos enfermeiros fará o papel mais de administrador, colocando tais atividades em ordem.

Contudo, para que esta mudança possa ocorrer, devemos manter turnos de seis horas diárias, no plantão diurno, com plantões de 12 horas nos finais de semana e feriados e plantões de 12 horas no plantão noturno. Desta forma, os enfermeiros do plantão diurno trabalhariam seis horas diárias, com dois finais de semana de 12 horas, diminuindo a carga horária de 42 para 40 horas semanais. Para os enfermeiros do plantão noturno, a carga horária também diminuiria, de 44 para 40 horas semanais, com a possibilidade de folga em dois finais de semana. (anexo 03).

Ressaltamos, porém, que nos finais de semana a unidade contaria somente

com uma enfermeira por turno. Contudo, devemos lembrar, que não são realizadas cirurgias cardíacas eletivas nos finais de semana. Com o intuito de evitar maiores intercorrências nos finais de semana, as cirurgias cardíacas eletivas poderiam ser marcadas somente de segunda a quinta-feira, o que não implicaria em diminuição desta prática, já que não são realizadas tais cirurgias todos os dias da semana.

Outro ponto a ser considerado sobre o conteúdo do trabalho do enfermeiro de uma Unidade de Terapia Intensiva, citado pelos enfermeiros e observado pela pesquisadora, diz respeito à responsabilidade que estes têm em relação à assistência prestada. Ressaltamos que este profissional é responsável por todas as atividades desenvolvidas pelos funcionários da equipe de enfermagem do seu plantão.

De acordo com Oguisso (1985, p.185), *“responsabilidade tem o significado de obrigação, encargo, compromisso ou dever de satisfazer ou executar alguma coisa que se convencionou deva ser feita ou executada, ou ainda, suportar as sanções ou penalidades decorrentes dessa obrigação”*.

De acordo com o Conselho Regional de Enfermagem (1993), as responsabilidades envolvem, entre outras, assegurar ao cliente uma assistência de enfermagem livre de danos decorrentes de imperícia, negligência ou imprudência. Destacamos também, que conforme art. 11 da Lei nº 7.498, as atribuições privativas do enfermeiro, entre outras, são: planejamento, organização, coordenação, execução e avaliação dos serviços da assistência de enfermagem; cuidados diretos de enfermagem a pacientes graves com risco de vida; cuidados de enfermagem de maior complexidade técnica e que exijam conhecimentos de base científica e capacidade de tomar decisões imediatas. Desta forma, torna-se claro que esta responsabilidade gera uma preocupação intensa com a qualidade da assistência prestada, o que influi diretamente sobre a carga de

trabalho do enfermeiro, gerando fonte de estresse acentuada, em se tratando de uma unidade em que os pacientes estão sob condições que requerem cuidados intensivos.

Esta preocupação com a eficiente assistência prestada ao paciente, também está totalmente relacionada à alta exigência científica deste trabalho, pois todas as enfermeiras afirmam que seus conhecimentos científicos contribuem para uma melhora na assistência prestada, tornando-as mais capacitadas e seguras para tal atribuição. Esta aquisição de conhecimentos requer, além de uma bagagem prática, uma preocupação constante no que concerne ao aprimoramento e cursos de especialização.

Nesta unidade, encontramos três enfermeiras, que, além de sua carga horária destinada ao hospital, estão realizando uma especialização na área de Unidade de Terapia Intensiva, o que, sem dúvida, acarretará em um aumento na sobrecarga diária. Ressaltamos, entretanto, que tanto a observação, quanto os questionários e entrevistas foram realizados antes do início do referido curso. Mas, evidentemente, este fato contribui para o aumento do estresse quando da realização do mesmo, porém, aumentará sobremaneira a segurança adquirida após a conclusão desta especialização, minimizando o estresse em relação à assistência prestada.

Outro problema que poderá ser minimizado pelo aumento do número de enfermeiros, diz respeito à responsabilidade, no que tange à qualidade da assistência, pois as dividiremos entre as duas enfermeiras de cada plantão.

Além de prestar assistência a outro ser humano, existe toda uma pressão no que tange à possibilidade da ocorrência de morte, o que às vezes não pode ser contornado, e este profissional tem que metabolizar tal acontecimento. Além disso, ocasionalmente, como observado nesta unidade, no plantão noturno, deve também avisar aos familiares, gerando um sentimento de incapacidade, frustração

e tristeza. Estas atividades aumentam a alta carga psíquica e mental dos plantões, acarretando em estresse inevitável, conforme (Estryn-Behar, 1996), a profissão enfermagem, especialmente quando o confronto da doença grave e da morte, pode ser uma fonte significativa de estresse emocional o que pode levar à depressão.

A habilidade do enfermeiro em lidar com este estresse depende da extensão de sua rede de apoio e da qualidade de vida. Desta forma, podemos proporcionar condições ao enfermeiro para lidar com estas questões, diminuindo o desgaste decorrente com estas atividades.

Assim, torna-se imprescindível manter uma equipe de suporte, no que diz respeito à parte psicológica, isto é, manter uma psicóloga para atuar nestes casos, realizando reuniões de grupo ou individualmente, conforme a necessidade. Ressaltamos, contudo, que a psicóloga poderá também fazer este trabalho com os pacientes e familiares, melhorando a qualidade de vida dos trabalhadores, paciente e família.

Este profissional faria parte de uma equipe multiprofissional, desenvolvendo uma parceria eficiente, no que concerne à equipe de trabalho e na assistência prestada.

6.2. Condições de trabalho

As condições de trabalho envolvem todas as condições físicas do ambiente de trabalho, e neste estudo, particularmente, envolvem um ambiente tumultuado, com equipamentos especializados de alta tecnologia, com alguns riscos em relação a acidentes, no que tange à contaminação por materiais orgânicos, turnos de trabalho de 24 horas, envolvendo trabalho noturno, e elevada carga de trabalho.

Com a finalidade de analisarmos estes dados com maior clareza, iremos subdividir estas condições. Contudo, devemos esclarecer que estes fatores formam um conjunto, interagindo de forma cumulativa sobre o trabalho do enfermeiro desta unidade.

6.2.1. Ambiente Físico

Em relação à planta física, existem algumas condicionantes importantes a serem relatadas, as quais dizem respeito, segundo Hudson (1985), à estrutura indispensável para servir como suporte de um tratamento intensivo, o qual propicie: condições de internar pacientes críticos em ambientes individuais e ou coletivos; execução e registro da assistência médica e de enfermagem intensiva; apoio diagnóstico-laboratorial, de imagem e terapêutico 24 horas; condições de monitoramento e assistência respiratória contínua, dentre outras. O planejamento e projeto deverão levar em consideração os padrões de admissão dos pacientes, fluxo de visitantes e funcionários, necessidade de instalações de apoio (posto de enfermagem, armazenamento, parte burocrática, exigências administrativas e educacionais).

Entretanto, devemos fazê-lo de forma a assistir os pacientes que necessitem de cuidados intensivos e que apresentem condições satisfatórias para que os trabalhadores que atuam neste local não percam sua saúde. Porém, em uma estrutura física já montada, devemos tentar adaptar o ambiente e as condições existentes às exigências ergonômicas adequadas. Neste caso, a função do ergonomista torna-se mais complicada, em virtude da necessidade de estratégias para criar um ambiente ergonomicamente adequado a uma estrutura física criada sem os preceitos ergonômicos.

No que tange ao espaço dos leitos, os mesmos estão dentro do preconizado

por Gomes (1988). Contudo, se houver necessidade quanto à utilização de equipamentos outros, tal situação torna-se crítica, em função do pouco espaço disponível, o que dificulta o trabalho e a movimentação nesta área, podendo prejudicar a assistência e ocasionando, às vezes, acidentes de trabalho. Tal fato pode ser explicado pelo aumento da tecnologia empregada nas unidades de terapia intensiva e a ausência de estudos mais atualizados, no que concerne ao tamanho necessário para cada leito.

Podemos constatar que existe uma maior sobrecarga para o enfermeiro, pois o mesmo deve manter esta unidade, de modo a favorecer manobras para a assistência no caso de emergência e/ou necessidade de mais equipamentos. Este fator se torna mais acentuado nesta unidade, pois a mesma admite pacientes em pós-operatório de cirurgia cardíaca, que necessita de equipamentos de alta tecnologia e que ocupam um maior espaço.

Conforme análise do espaço destinado para os leitos, este fator poderia ser minimizado, colocando os pacientes que apresentam alto risco ou instabilidade hemodinâmica comprovada nos boxes maiores, o que facilitaria as manobras e a utilização de maior número de equipamentos. Mas, destacamos que esta atitude deverá sempre ser mantida por todos os plantões, devendo, portanto, constar em uma rotina de admissão, favorecendo a unificação dos procedimentos.

Esta normatização se torna necessária, lembrando que os turnos são de seis horas para o diurno e doze para o noturno. Contudo, devemos ressaltar que esta mudança só será aceita por todos os turnos de trabalho, se houver explanação e justificativa aceitável, pois não adianta em hipótese nenhuma, obrigarmos, conforme rotina estipulada por uma única pessoa, devendo esta atitude ser discutida com todas as equipes envolvidas, e, em conjunto, chegarem a um denominador comum. Esta forma participativa traria melhora na satisfação das equipes e normatização eficiente.

Outro ponto a ser analisado em relação ao ambiente arquitetônico, diz respeito à inexistência de um local de descanso para a equipe da unidade, o qual torna-se indispensável, pois é importante proporcionar à equipe de enfermagem um local privado, confortável e com ambiente descontraído. Destacamos que os enfermeiros passam pelo menos seis horas ininterruptas dentro deste ambiente fechado, lidando com pacientes graves, dor, morte, que requerem uma atenção contínua e cuidados intensivos.

Quando ocorre, este descanso é realizado na copa, que não tem as características ideais para minimizar o cansaço, tanto físico como mental, os quais geram outro ponto desfavorável implicando em aumento do estresse, já que a equipe deve, sempre que possível, tentar aliviar as tensões, ansiedades, medos e sofrimentos durante o plantão, pois estes sintomas acarretam inadequação em relação ao cuidado a outro ser humano, o que leva a uma piora na assistência e, conseqüentemente, sentimento de frustração e desgaste físico e mental.

Esta problemática, sem uma reestruturação da planta física, não pode ser satisfeita plenamente, contudo, podemos tentar adaptar a copa para este fim, tornando-a um local mais propício para tal descanso. O material necessário compreende uma cadeira reclinável e confortável.

Em relação ao ruído, pudemos constatar que os enfermeiros relatam uma maior perturbação, no que concerne à presença de um grande número de pessoas na unidade, em alguns períodos, o que foi constatado na observação das atividades deste profissional. Tal fato se deve a conversas entre médicos, principalmente, durante as visitas que os mesmos fazem diariamente.

Na tentativa de minimizar este tumulto, devemos manter as reuniões entre os médicos, em um local afastado da área utilizada para a assistência aos pacientes, devendo este ser alocado, na sala de espera, quando não ocupada por visitantes, ou mesmo no corredor de entrada da unidade, ou ainda, na sala de

apoio.

Esta atitude deverá gerar um certo desconforto por parte da equipe médica, contudo, deverá existir uma maior preocupação com a integridade do trabalho, e melhores condições do mesmo para os trabalhadores que necessitam de um ambiente calmo, a fim de proporcionar uma boa qualidade de assistência e boas condições para os pacientes ali internados.

Um dado que devemos ressaltar, diz respeito ao fato de não ter sido colocado como percepção negativa, o uso de equipamentos permanentes nesta unidade (respiradores, monitores, bomba de infusão, entre outros). Esta constatação está ligada a uma tecnologia, que com o passar dos anos, vem desenvolvendo equipamentos mais silenciosos, e que, excluindo os alarmes, normalmente não apresentam ruídos.

Podemos também considerar que estes equipamentos proporcionam uma maior segurança para os enfermeiros, pois apresentam alguns alarmes, os quais podem ajudar na identificação de falhas ou problemas decorrentes de seu uso e/ou piora do paciente. Este aspecto será melhor discutido mais adiante.

O ambiente hospitalar, e, principalmente, a Unidade de Terapia Intensiva, apresentam vários problemas ditos ergonômicos, relativos à atividade da enfermagem, contudo, este estudo evidencia as atividades do enfermeiro, que mesmo prestando uma assistência direta ao paciente grave, na maioria das vezes, não está susceptível a problemas em relação à inadequação de equipamentos de enfermagem, como por exemplo: camas, transporte, postura, dentre outros, já que estas atividades, em sua maioria, são realizadas por auxiliares e técnicos de enfermagem, ficando o enfermeiro responsável pela coordenação das atividades, incluindo detecção, avaliação e prevenção de intercorrências ocorridas com os pacientes sob sua responsabilidade. Este fato, pode ser uma justificativa do pouco relato dos enfermeiros deste estudo, no que concerne ao ambiente, principalmente

à planta física e equipamentos utilizados para a assistência ao paciente crítico.

6.2.2. Equipamentos Especializados

Em um ambiente de terapia intensiva, lidamos com equipamentos sofisticados, que nos ajudam a manter uma maior estabilidade e manutenção dos pacientes, utilizados também como suporte diagnóstico e de tratamento, contudo, jamais substitui a assistência prestada pela equipe multiprofissional e principalmente a de enfermagem. Portanto, estes equipamentos servem como suporte necessário, porém, podem causar danos irreversíveis aos pacientes, quando não utilizados adequadamente e/ou não estiverem em boas condições, tanto de manutenção quanto de funcionamento. Desta forma, os profissionais devem estar atentos a qualquer problema no seu uso.

Como já foi mencionado anteriormente, a maioria destes equipamentos possuem alarmes, os quais proporcionam maior segurança, porém, a maioria destes são importados, e apresentam inúmeros problemas no que se refere à sua manutenção e mesmo ao seu adequado funcionamento, tendo em vista que seus insumos, na maioria das vezes, não apresentam uma boa qualidade ou características necessárias. Podemos ilustrar tal afirmação, quando nos reportamos à qualidade da energia e dos gases destinados a estes equipamentos. Este fato propicia um funcionamento parcialmente adequado, o que normalmente ocasiona o disparo de alguns alarmes, porém, o equipamento não está danificado.

Desta forma, os alarmes que deveriam ser um dispositivo para chamar a atenção sobre o seu funcionamento, perdem um pouco este significado, já que estes profissionais sabem da existência de falhas, e que às vezes não interrompem o seu funcionamento.

Tal fato pôde ser observado durante as atividades do enfermeiro, o que

sem dúvida, pode prejudicar uma assistência adequada da equipe, interferindo sobremaneira na insegurança deste profissional.

Esta inadequação somente poderá ser minimizada com as melhorias no que tange aos insumos necessários para o funcionamento destes equipamentos, situação esta que, por vezes, torna-se demorada, dependendo exclusivamente de instituições outras. Uma das sugestões seria um estudo antropotecnológico para a resolução deste problema, o que deverá ser realizado pela pesquisadora, em outros estudos.

Ainda em relação aos equipamentos, os enfermeiros demonstraram maior segurança quando da presença destes recursos, o que reflete boa aceitação dos profissionais pelos equipamentos. Quando questionados sobre a possibilidade dos alarmes serem agentes estressores, os mesmos negaram tal afirmação.

Contudo, em relação ao manuseio destes equipamentos, os enfermeiros alegaram que a falta de treinamento e conhecimento trazem insegurança intensa quanto da sua utilização, gerando uma fonte de estresse.

O treinamento normalmente deveria ser realizado antes da implantação destes equipamentos no serviço, em virtude da necessidade na sua utilização e instalação. Como já foi mencionado, os equipamentos podem salvaguardar a vida dos pacientes, porém, se não utilizados corretamente, poderão acarretar danos à sua integridade, e conseqüentemente piorará o estado clínico. Neste raciocínio, torna-se imprescindível que o enfermeiro tenha pleno controle e conhecimentos sobre estes equipamentos.

Infelizmente, este treinamento não é realizado nesta unidade, o que acarreta insegurança, medo e conseqüentemente, aumento no estresse.

Ressaltamos, contudo, que os treinamentos normalmente são realizados pela empresa de fabricação, o que gera demora na sua concretização, razão pela qual recomenda-se a não utilização dos mesmos sem um treinamento adequado,

isto é, em todos os turnos de trabalho, devendo este ser durante o período em que cada enfermeiro estiver de plantão. A observação deste preceito impede que o enfermeiro, não receba tal treinamento, pois, se realizado em períodos fora do horário de trabalho, poderá incorrer no não treinamento dos mesmos.

6.2.3. Riscos de Contaminação

Conforme Soares e Peixoto (1987), os riscos mais evidentes, nas unidades de terapia intensiva, podem ser divididos em radiações ionizantes e agentes biológicos. Quando não devidamente controlados, esses agentes podem causar inúmeros acidentes e doenças profissionais. Conforme a NR4, as unidades de terapia intensiva apresentam um grau de risco ocupacional III.

Os riscos biológicos abrangem doenças transmissíveis agudas e crônicas, parasitoses, reações tóxicas e alérgicas. Para a enfermagem, estes riscos são representados, principalmente, por infecções (causadas por bactérias, vírus, fungos, dentre outros), pois estão em contato direto com pacientes infectados, onde a manipulação de líquidos corporais e materiais pérfuro-cortantes contaminados são grandes. Contudo, a maior parte da manipulação destes líquidos corporais é realizada pelos auxiliares e técnicos de enfermagem. Desta forma, o enfermeiro mantém-se um pouco menos susceptível a este risco. Destacamos também, que este profissional apresenta maior conhecimento científico sobre o tema, já que tem como atribuição a orientação da equipe de enfermagem, no que concerne aos riscos de acidentes.

A problemática tornou-se mais acentuada depois da possibilidade de contaminação do profissional da área hospitalar pelo vírus HIV, o que requereu um maior cuidado em relação ao manuseio dos líquidos corporais. É evidente que existem outras fontes de contaminações, porém, em especial, representa um

maior receio em relação ao contágio.

Inúmeras pesquisas mostram a pouca possibilidade de uma contaminação deste vírus por acidente, principalmente com materiais pérfuro-cortantes, contudo, o medo é muito grande e faz com que a equipe se previna mais intensamente, o que não deixa de ser um ganho para minimizar tal acidente. Desta forma, o uso de luvas e algumas técnicas para evitar acidentes com materiais pérfuro-cortantes ficaram mais evidentes e necessários.

Estes fatos podem explicar a não inclusão destes riscos, como agente estressor pelos enfermeiros desta unidade. Conforme relatos da CIPA da Instituição em questão, existe um trabalho em relação à prevenção destes acidentes, o que conseguiu em 1998, uma diminuição de 21% nos acidentes. Ressalta-se também, que a equipe de enfermagem não é a mais susceptível a estes acidentes, e sim a equipe de limpeza, o que também é demonstrado em outros estudos realizados nesta área.

Com o intuito de manter o baixo índice de acidentes desta natureza, devemos manter uma educação continuada, no que tange aos aspectos ora citados, e mantermos também a boa atuação da CIPA, neste controle.

Em relação aos riscos com radiações ionizantes, o exemplo mais comum é o RX, que é muito utilizado na Unidade de Terapia Intensiva. Os efeitos da radiação podem incluir abortamentos, natimortalidade, anomalias congênitas, neoplasias e leucemias, dentre outras (Bulhões, 1994).

Conforme a mesma autora, se as regras de segurança forem rigorosamente observadas, torna-se possível o emprego de fontes de radiações com um mínimo de risco. Segundo informações e observação feita pela pesquisadora, as normas de segurança são realizadas nesta instituição. Por conseguinte, este risco não foi apontado pelos enfermeiros como agente estressor.

Ressalta-se contudo, que as medidas de radiação e a manutenção destes

equipamentos devem ser feitas periodicamente, o que assegurará um ambiente sem riscos de contaminação.

6.2.4. Trabalho noturno

O enfermeiro assiste aos pacientes durante as 24 horas do dia, sendo este organizado em turnos. Nesta unidade um enfermeiro trabalha no período da manhã, outro à tarde e dois à noite, isto é, um enfermeiro em cada noite, já que trabalham 12 e folgam 36 horas. Desta forma, os enfermeiros do plantão noturno trabalham noite sim e outra não.

Os enfermeiros do plantão noturno da Unidade de Terapia Intensiva, trabalham das 18:30 às 6:30 hs, perfazendo 12 horas de trabalho com uma hora de descanso.

Segundo Koller e Machado (1992), os trabalhadores submetidos ao trabalho noturno estão sujeitos aos riscos ergonômicos específicos desta jornada.

Tais riscos podem ser decorrentes da falta de sincronismo entre o ritmo circadiano e a atividade física, ou seja, à noite quando o ritmo circadiano está baixo, a atividade física está alta; e durante o dia, quando o ritmo circadiano está alto, a atividade física está baixa.

Conforme Iida (1997), o ritmo circadiano não é completamente alterado pelo plantão noturno, já que a outra noite este profissional não trabalha, e qualquer início de adaptação regride rapidamente.

Em consequência desta falta de sincronismo, ocorrem manifestações como: cansaço, aumentando a sensação de mal-estar durante o período noturno; diminuição do apetite e redução do período de sono, para 4 a 6 horas durante as 24 horas. Segundo Couto (1978), estas manifestações podem ser reduzidas ou até mesmo desaparecerem após um período chamado de adaptação ao trabalho

noturno. Contudo, esta adaptação depende de cada indivíduo, podendo às vezes não regredir e sim, tornar-se mais deletérios.

Estry-Behar e Fonchain apud Bulhões (1994), afirmam que o trabalho noturno contínuo do pessoal da enfermagem proporciona: déficit de sono, problemas de viglância, alterações no humor e riscos em relação à qualidade da assistência, efeitos negativos sobre a vida social ou familiar, dentre outros.

Outros autores também evidenciam, como efeitos da privação total ou parcial do sono, uma deterioração mais ou menos importante das funções cognitivas, diminuindo a capacidade de audição, rapidez, precisão e memorização. Alegam também, que quanto maior o sono, menor a viglância.

Após esta breve explanação sobre os efeitos do plantão noturno no organismo humano, podemos justificar como fonte geradora de estresse este turno de trabalho. Destacamos também, que nesta unidade não existe nenhuma diferença entre as atribuições dos enfermeiros, nos diferentes turnos de trabalho, implicando na manutenção da observação e viglância constante aos pacientes, o que torna esta atividade no plantão noturno menos eficiente, podendo interferir na qualidade da assistência e no aumento da responsabilidade do enfermeiro do plantão noturno.

Após obtermos dados indiscutíveis da deterioração da saúde em detrimento do trabalho noturno, surge um questionamento, no que tange ao fato de termos, mesmo com estes efeitos deletérios, enfermeiros trabalhando neste turno. Tal questionamento foi realizado pela pesquisadora a estes enfermeiros, e obtivemos como resposta, a necessidade de uma maior remuneração. Isto se justifica, já que os enfermeiros do plantão noturno recebem um adicional correspondente a este turno.

Este fato, de maneira nenhuma minimiza os efeitos nocivos à saúde, contudo, mantém alguns profissionais neste período, o que indubitavelmente, é

necessário, gerando um problema ergonômico a ser resolvido.

Este problema poderá ser minimizado com a presença de mais uma enfermeira em cada plantão, evitando, desta forma, uma grande exigência de vigilância e responsabilidade, pelo fato deste ser dividido pelos enfermeiros. Outra solução já apontada em outros estudos refere-se à oferta de uma refeição quente e de boa qualidade.

Outro fator importante para minimizar o problema dos plantões noturnos, seria um melhor entrosamento com os plantões diurnos, o que proporcionaria uma menor ansiedade quando da passagem de plantão. Infelizmente, ocorre uma maior cobrança quando se recebe o plantão noturno, já que muitos alegam apresentar este menores atividades do que os plantões diurnos. Tal alegação não foi registrada durante a observação das atividades do enfermeiro nesta unidade.

Desta forma, torna-se indispensável um maior conhecimento por parte dos enfermeiros do plantão diurno das atividades desenvolvidas nos plantões noturnos, proporcionando uma melhora na aceitação dos problemas acarretados neste plantão.

6.2.5. Elevada Carga de Trabalho

Segundo Brito (1991), as cargas de trabalho podem ser definidas como multidimensionais e exprimem fatos em interação a serem integralmente avaliados através da análise do processo de trabalho. Esta carga em si não deve ter a conotação necessariamente de peso e dificuldade, mas como demandas do processo de trabalho. Já a sobrecarga, deve ser entendida como aquilo que é vivido, como um sofrimento.

Desta forma, podemos considerar que a carga de trabalho resulta de uma série de variáveis que dependem de cada indivíduo e das condições em que é

realizada a tarefa.

Analisaremos a carga de trabalho, conforme as observações feitas na análise da tarefa e atividade do trabalho dos enfermeiros desta unidade de terapia intensiva. Devemos ressaltar contudo, que a maioria dos estudos realizados, no que tange à carga de trabalho da equipe de enfermagem, envolvem auxiliares, técnicos e enfermeiros e que o presente estudo, observou somente o trabalho do enfermeiro.

O estresse físico, segundo Estry-Behar (1996), é um dos determinantes da saúde dos trabalhadores na área hospitalar e da qualidade de cuidado que eles dispensam. Isto se deve em função das freqüentes interrupções e o efeito dos fatores psicológicos associados diante do confronto com sérias doenças e a morte.

Conforme observação realizada durante as 24 horas, as enfermeiras da unidade de terapia intensiva realizaram entre 100 a 164 atividades diferentes em seus plantões, percorreram uma média de 2,2 quilômetros e permaneceram durante 63,7% do seu trabalho na posição em pé. Ao se comparar com outros estudos realizados na Bélgica, França e Brasil, encontramos diferenças acentuadas nestes índices. Os estudos já realizados envolvem unidades de clínica médica e cirúrgica, centro cirúrgico, e não especificamente, em uma unidade de terapia intensiva. Segundo alguns, os enfermeiros franceses chegam a andar cerca de 4 a 7 quilômetros por dia (Estry-Behar, 1996).

Outras investigações confirmam a presença de um alto índice de lombalgias nos profissionais de enfermagem, sendo que Alexandre (1996), destaca como fatores contribuintes para esta patologia: pisos irregulares e escorregadios, camas com alturas fixas, distância inadequada entre uma cama e outra, número insuficiente de profissionais, falta de auxílios mecânicos, falta de preparo da própria equipe, grande movimentação, transporte de pacientes, dentre

outros.

O trabalho noturno, como já mencionado anteriormente, também é uma fonte de estresse, causando a fadiga física.

Cabe salientar, como já relatado no decorrer deste estudo, que as Unidades de Terapia Intensiva proporcionam um ambiente contendo todos os recursos necessários para o cuidado intensivo, o que pode justificar a menor quilometragem percorrida, no que concerne ao trabalho com alto custo energético, envolvendo levantar, sustentar e transportar pacientes ou outras cargas. Estes não ocorreram com frequência, em virtude da realização destas atividades pelos outros profissionais da equipe de enfermagem. Contudo, não podemos simplesmente, desconsiderar tal carga de trabalho, pois como já citado, outros fatores contribuem, com a mesma ou até maior intensidade para o aparecimento do estresse ocasionado pela carga de trabalho.

O trabalho hospitalar apresenta um componente cognitivo intenso e complexo, envolvendo inúmeras variáveis, entre elas: exigências de tratamento de informações, complexidade crescente das técnicas médicas, confronto com o sofrimento, falta de comunicação eficiente, enfim, condições que nem sempre podemos prever antecipadamente, causando imprevisibilidade durante o trabalho, principalmente para o enfermeiro da unidade, que deve coordenar uma equipe.

Observações sequenciais revelaram que o dia de trabalho do enfermeiro é caracterizado por contínua reorganização de seu trabalho e freqüentes interrupções. Conforme estudos realizados na Bélgica, os enfermeiros desempenham de 120 a 323 diferentes atividades em seu trabalho, e as interrupções entre 28 a 78 por local de trabalho (Estry-Behar, 1996).

Este grande número de diferentes atividades também foi encontrado no presente estudo, o qual demonstra a alta complexidade envolvida no trabalho do enfermeiro de uma Unidade de Terapia Intensiva. Tal complexidade se torna mais

evidente, quando tais atividades envolvem um grande número de tarefas, que necessitam de tratamento de informações e tomada de decisão.

Evidentemente, o enfermeiro de UTI deve estar preparado para tomar decisões rápidas e contornar os problemas decorrentes. Contudo, o que se torna mais difícil, é que de uma hora para outra ocorrem intercorrências com os pacientes, as quais, se não devidamente avaliadas, podem desencadear a piora no estado de saúde do mesmo. Esta responsabilidade faz parte das atribuições do enfermeiro desta unidade.

A responsabilidade na não tomada de decisão parece ser o fator de estresse, como destaca Estry-Behar (1996). Em nosso estudo, constatamos que os enfermeiros desempenharam em média 42% de suas atividades envolvendo tomada de decisão e tratamento de um grande número de informações. Tal fato contribui de maneira significativa para uma alta exigência cognitiva, o que eleva a carga de trabalho, transformando-a em sobrecarga de trabalho.

Após a confirmação de uma alta carga de trabalho desenvolvido pelo enfermeiro da Unidade de Terapia Intensiva, torna-se mister desenvolvermos estratégias, com o intuito de minimizar tais efeitos, proporcionando uma melhora na qualidade de vida deste enfermeiro, pois minimizaremos o estresse ocasionado por tais sobrecargas de atividades.

Uma recomendação já feita, a qual diminuiria o grande número de atividades, seria a admissão de mais uma enfermeira por plantão. Contudo, este profissional deverá estar capacitado para o desempenho eficiente de suas atribuições, pois, a não segurança deste enfermeiro admitido, poderá acarretar em maiores responsabilidades para o enfermeiro já locado nesta unidade.

No que tange às características das atividades desenvolvidas, podemos incentivar e melhorar o conhecimento deste enfermeiro, propiciando uma melhora na tomada de decisões, diminuindo a ansiedade e aumento na segurança.

Destacamos que este aprimoramento já vem sendo realizado por três enfermeiros desta unidade.

Outro fator que poderá melhorar o desenvolvimento das atividades do enfermeiro desta Unidade de Terapia Intensiva, diz respeito à organização do trabalho, a qual será analisada em separado, em virtude da complexidade e necessidade de alterações, encontradas após a análise das atividades do enfermeiro.

6.3. Fatores Organizacionais

Em decorrência de sua complexidade, o trabalho na área hospitalar é realizado por uma equipe de trabalhadores com formações e graus de qualificação diversificados. Neste raciocínio, se não houver condições apropriadas para tal condição, este trabalho se torna individual, não trazendo um resultado satisfatório.

Desta forma, cada trabalhador deve exercer suas atividades integradas a outro trabalhador, pois estas, juntas, podem alcançar os objetivos da assistência eficiente.

Lunardi Filho (1997), acredita que um clima de harmonia, compreensão e respeito e o conseqüente relacionamento amistoso e cordial, favorecem o compartilhamento de experiências, vivências e conhecimentos, bem como oportunizam condições do livre exercício de expressão para opinar e sugerir acerca de questões assistenciais.

O profissional enfermeiro, pela sua posição dentro da estrutura organizacional do hospital, freqüentemente torna-se um elemento chave para a instituição, pois este coordena e organiza o trabalho da equipe de enfermagem e a assistência de enfermagem está exclusivamente sob a sua responsabilidade. Desta

forma, torna-se imprescindível tornar este profissional satisfeito, motivado e capacitado, com a finalidade de melhorar o seu desenvolvimento profissional. Esta relação acontece tão somente quando se proporciona uma melhora na qualidade de vida no trabalho.

Pudemos perceber uma insatisfação dos enfermeiros assistenciais que fizeram parte do estudo, no que concerne ao relacionamento, principalmente entre os profissionais que integram a equipe de enfermagem. Tal fato pode gerar desmotivação intensa, em virtude da falta de comunicação e, principalmente, uma participação efetiva na estrutura necessária para a prestação de uma assistência qualificada, gerando estresse acentuado.

Os problemas levantados sugerem uma hierarquização acentuada, acarretando uma falta de comunicação, que dificulta a comunicação e alimenta conflitos.

A imposição de uma série de obrigações, normas e rotinas a serem realizadas, sem a participação dos elementos que a realizam, torna-se totalmente vulnerável à não realização, causando uma não cooperação formal da equipe que recebe ordens. Tal fato é comum, infelizmente, nesta categoria profissional.

Outro fator que inviabiliza uma melhora na organização do trabalho, diz respeito à rigidez organizacional, o que se apresenta de forma indiscutível, nas instituições hospitalares.

Dejours (1992), afirma que uma rigidez excessiva na organização do trabalho neutraliza a vida mental durante o trabalho. Destaca ainda, que, quando o trabalhador apresenta uma maior liberdade em organizar seu próprio trabalho, adapta-se melhor ao mesmo.

Desta forma, torna-se indispensável proporcionarmos condições que envolvam um processo participativo. Este diz respeito tanto aos aspectos relacionados à organização e ao ambiente, como aos aspectos relacionados com

os indivíduos. Isto implica em uma atitude gradativa, na incorporação efetiva da participação e não somente trocar nomes, organogramas ou realizar reuniões.

Devemos tentar descentralizar a administração hospitalar. Isto implica em deixar as pessoas terem idéias e assumirem responsabilidades dos resultados obtidos, ou seja, da qualidade da assistência prestada. Enfim, devem ter a possibilidade de participação e capacidade de decisão na organização de trabalho.

Segundo Cecílio (1997), quanto mais estruturado os corpos funcionais em organogramas formais, maiores dificuldades de mudanças aparecerão, dificultando os processos participativos.

Desta forma, propomos uma participação como estratégia para a integração dos profissionais, principalmente de enfermagem, desenvolvendo a socialização e melhorando sua qualidade de vida, tornando-os mais satisfeitos e motivados. Existe uma relação muito estreita entre satisfação/motivação, a qual, segundo Antunes e Sant Anna (1996), afeta o equilíbrio de um sistema como o hospital, pois um profissional insatisfeito e desmotivado, por afetar de forma marcante o clima organizacional de uma unidade hospitalar, pode induzir outros elementos da equipe a adotarem uma postura semelhante.

A satisfação no trabalho foi documentada por vários estudos realizados, conforme Estryng-Behar (1996), onde as enfermeiras que apresentaram maior satisfação no trabalho, são aquelas que mais participavam na tomada de decisão.

Esta estratégia implicará em uma melhor aceitação das normas e rotinas, as quais serão elaboradas em conjunto, problema este relatado pelos enfermeiros desta unidade.

Outro ponto favorável nesta estratégia será um melhor relacionamento inter-pessoal, pelo fato de existir uma melhor satisfação e motivação durante o trabalho.

6.4. Desenvolvimento da Carreira Profissional

A enfermagem vem sofrendo mudanças, no que concerne ao seu desenvolvimento profissional, envolvendo baixa remuneração e acentuada desvalorização profissional. Estes fatos causam enorme descaracterização desta profissão, em virtude da baixa procura pelos cursos de graduação.

Esta categoria vive atualmente uma procura de suas bases científicas, tentando resgatar sua autonomia e sua valorização. Contudo, este é um processo lento, conflitante, o qual envolve a necessidade de reestruturação, tanto na formação, quanto na atitude dos enfermeiros.

Essas situações propiciam certa insegurança da categoria, gerando também preocupação nas instituições que necessitam destes profissionais. De tal forma que existe uma desvalorização incontestável, tanto pelos profissionais, como também pelas instituições.

Porém, neste estudo, este fator não preponderou, podendo ser explicado pelo motivo de existir, segundo os enfermeiros desta unidade, um prazer muito grande na realização de suas atividades, onde todas relatam gostar do que fazem, o que nos parece um ponto favorável para a valorização profissional e pessoal de cada um.

6.5. Pressões Econômico-Sociais

Quando nos deparamos com o trabalho do enfermeiro, nos deparamos também, com um trabalho na sua maioria feminino, o qual gera uma outra característica, envolvendo o trabalho doméstico, que implica em uma duplicidade de trabalho.

Tal fato pode ser considerado como fonte estressora, tendo em vista que na população estudada, temos enfermeiras casadas e com filhos. Contudo, devemos lembrar que não existiu preocupação em relatar tais dificuldades, o que pode ser considerado com uma percepção não negativa, não se caracterizando como fonte geradora de estresse.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao final desta dissertação, podemos confirmar a existência de inúmeras fontes geradoras de estresses, interagindo no trabalho do enfermeiro de Unidade de Terapia Intensiva. Destacamos o conteúdo de trabalho, as condições do trabalho e os fatores organizacionais, como sendo os mais importantes.

Em relação ao conteúdo de trabalho, consideramos como maior agente estressor as inúmeras interferências, quanto à manutenção de sua produção, em virtude da impossibilidade de se manter o controle do que vai ocorrer nesta unidade, tanto no início, no decorrer ou mesmo no término de seu plantão. Este fato aumenta a responsabilidade do enfermeiro, pois este deve organizar e planejar toda a assistência prestada nesta unidade, gerando maior preocupação quanto à qualidade da mesma.

No que concerne às condições de trabalho, destacamos um ambiente tumultuado, com equipamentos especializados de alta tecnologia, com alguns riscos em relação a acidentes, no que tange à contaminação por materiais orgânicos, turnos de trabalho de 24 horas, envolvendo trabalho noturno e elevada carga de trabalho. Destacamos nesta categoria, a elevada carga de trabalho, onde as enfermeiras da unidade de terapia intensiva realizaram entre 100 a 164 atividades diferentes em seus plantões, envolvendo um alto componente cognitivo.

Dentre os fatores organizacionais, destacamos que, atualmente, é empregado um modelo de organização do trabalho concebido no início do século, com valores, informações e tecnologias daquela época. Isto implica na necessidade de se modificar o processo de trabalho, já que carrega algumas concepções tayloristas, que acreditava na divisão absoluta da tarefa, para

aumentar a produtividade, pois minimizaria os erros.

Para conseguir uma melhor satisfação no trabalho, devemos interferir na organização do mesmo, tornando-se imprescindível um tratamento humanizado, quer seja, levar em consideração o homem, tornando-o parte integrante do trabalho, minimizando as psicopatologias causadas na sua maioria pelo medo e ansiedade, decorrentes das próprias estratégias defensivas do ser humano.

Segundo Dejours (1992), a exploração das estratégias defensivas do trabalhador pela empresa, de início aumenta a produtividade, mas com o decorrer do tempo torna-se deletéria, causando muitas psicopatologias, as quais interferem no rendimento do trabalhador. Contudo, o mais importante é a deterioração que esta carreta ao ser humano, impossibilitando-o para o trabalho.

As situações de medo, insatisfação e ansiedade estão presentes na maioria das empresas hospitalares, as quais são proporcionadas principalmente pelas hierarquias rígidas, o domínio “necessário” para conseguir melhor produtividade, no entanto, para nós, fica muito claro que estas estratégias não funcionam a longo prazo. Para tanto, devemos tentar humanizar o trabalho, com o intuito de melhorar a satisfação, diminuir os medos e sanar a insatisfação resultante.

A organização do trabalho, respaldada na gestão participativa, tem um papel indiscutível, por exigir do trabalhador maior capacidade e possibilidade de decisão, mais criatividade e, sobretudo, maior satisfação no trabalho, refletindo na melhoria da competitividade.

Estas conquistas podem ser conseguidas através da abordagem ergonômica, demonstrando para a empresa hospitalar, como uma adequação do trabalho ao homem melhora a satisfação e minimiza as fontes geradoras de estresse.

Ressaltamos, contudo, que na área hospitalar, o produto final é a melhora da saúde do paciente, o qual também sofre agressões, muito semelhantes aos do

profissional. Desta forma, sua melhora também está relacionada com a diminuição dos agentes estressores envolvidos em uma Unidade de Terapia Intensiva.

Portanto, na utilização de uma abordagem ergonômica, não devemos deixar de considerar o paciente, contudo, destacamos neste estudo, somente a análise ergonômica do profissional enfermeiro.

Na tentativa de moldar tais necessidades, sugerimos outros estudos, com a finalidade de integrar de maneira funcional os dois seres humanos envolvidos no processo. Cabe ressaltar que a pesquisadora pretende, a posteriori, realizar tal estudo, com a finalidade de criar novas propostas para o ambiente de uma Unidade de Terapia Intensiva.

8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALEXANDRE, N.M.C. et al. Dores nas costas e enfermagem. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**. v.30, n.2. p.267-85, ago. 1996.
- ANTUNES, Arthur Velloso; SANT ANNA, Lígia Rodrigues. Satisfação e motivação no trabalho do enfermeiro. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 49, n.3, p.425-434, jul./set. 1996.
- BARROS, Olavo B. **Ergonomia: a eficiência ou rendimento e a filosofia correta de trabalho em odontologia**. São Paulo: Pascast, 1991.
- BERNIK, Vladimir. Estresse: O assassino silencioso. **Cérebro & Mente**. Revista Eletrônica de Divulgação Científica em Neurociência. número 3, set-nov, 1997.
- BITTAR, Olímpio J. Nogueira V. **Hospital - Qualidade & Produtividade**. São Paulo: SARVIER, 1996.
- BRITO, Jussara Cruz de. Procurando compreender os conceitos de carga, trabalho e risco (tecnológico). **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**. n° 72, v. 19- Janeiro, Fevereiro, Março, 1991.
- BRUNNER, Lilian S. & SUDDARTH, Doris S. **Tratado de enfermagem médico-cirúrgica**. 7.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1993. v.1 e v.2.
- BULHÕES, Ivone. **Riscos do trabalho de enfermagem**. Rio de Janeiro, 1994.
- CECÍLIO, Luíz Carlos de Oliveira. A modernização dos hospitais públicos: o difícil exercício da mudança. **Revista de Saúde Pública**. v.31, n.3, 1997.
- CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM. **Código de ética dos profissionais de enfermagem**. São Paulo, 1993.
- COSTA, Maria da Natibidade A.; DEUS, Irene A. Riscos ocupacionais em UTI: proteção específica. **Revista Brasileira de Enfermagem**. Brasília, v.42. n.1,2,3/4, p. 106-107, jan./dez. 1989.

- CÓUTO, Hudson de Araújo. **Fisiologia do trabalho aplicada**. Belo Horizonte: Ibérica, 1978.
- DEJOURS, Christophe. **A loucura do trabalho: estudo da psicologia do trabalho**. 5.ed. São Paulo: Cortez, 1992.
- DELLAGNELO, E. H. L. **Flexibilidade e ciclo de vida organizacional**. IN: Cadernos de resumos/ III Semana de Pesquisa. Universidade Federal de Santa Catarina. Departamento de Apoio à Pesquisa. Florianópolis: [s/n], 1995. (Florianópolis: Imprensa Universitária da UFSC).
- ESTRYN-BEHAR, Madeleine. Ergonomia hospitalar. **Revista de Enfermagem da UERJ**, v.4, n.2, p.247-256, dez, 1996.
- FERNANDES, Eda Conte; GUTIERREZ, Luiz Homero. Qualidade de vida no trabalho (QVT): uma experiência brasileira. **Revista de administração**. São Paulo, v.23, n.4, p. 29-38, out/dez. 1988.
- FIALHO, Francisco; SANTOS, Neri dos. **Manual de análise ergonômica do trabalho**. Curitiba: Genesis, 1995.
- GERGES, Márcia Cruz. Visão da decisão gerencial dos enfermeiros administradores do sistema de enfermagem de um hospital universitário. Dissertação de Mestrado. Curso de Pós-Graduação em Engenharia de Produção. Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 1994
- GOMES, Alice. **Enfermagem na unidade de terapia intensiva**. 2.ed. São Paulo: EPU, 1988.
- GUYTON, Arthur C. **Tratado de fisiologia médica**. 9.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1997.
- HUDSON, L. D. Design, of the intensive care unit from a monitoring point of view. **Respir Care** v.30, p.549-559. 1985.
- IIDA, Itiro. **Ergonomia: projetos e produtos**. 4.ed. São Paulo: Editora Edgard Blücher Ltda., 1997.
- IYER, Patrícia W; TAPTICH, Barbara J; BERNOCCHI-LOSEY, Donna. **Processo e diagnóstico de enfermagem**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.

- KAMADA, C. e Cols. Equipe multiprofissional em unidade de terapia intensiva. **Revista Brasileira de Enfermagem**. Brasília, v.31, p. 60-67, 1978.
- KOLLER, Evely M. Pereira; MACHADO, Heloisa Beatriz. Reflexões sobre a prática da enfermagem e prenúncios de mudanças para o século XXI. **Revista Brasileira de Enfermagem**. Brasília, 45(1):74-79, jan./mar. 1992.
- LIPP, Marilda. **Pesquisas sobre stress no Brasil: ocupações e grupos de risco**. Campinas: Papirus, 1996.
- LUNARDI FILHO, Wilson Danilo. Prazer e sofrimento no trabalho: contribuições à organização do processo de trabalho da enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**. Brasília, v.50, n.1, p.77-92, jan./mar. 1997.
- MARZIALE, Maria Helena Palucci. Estudo da fadiga mental de enfermeiras atuantes em instituição hospitalar com esquema de turnos alternantes. Dissertação de mestrado apresentada ao programa de Pós-Graduação de Filosofia Ciência e Letras de Ribeirão Preto - Área de Psicobiologia, 1990.
- MENDES, Isabel Amélia Costa e Cols. Problemática da utilização de recursos humanos não qualificados nos serviços de enfermagem no Brasil. **Revista Brasileira de Enfermagem**. Brasília, 32:20-24, 1979.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Normas e padrões de construções e instalações de serviços de saúde - conceitos e definições: hospital geral de pequeno e médio portes, unidades sanitárias**. Brasília, 1978.
- MONTMOLLIN, Maurice de. **A ergonomia**. Lisboa: Instituto Piaget, 1990.
- NOGUEIRA, Adriana Nunes. Uma abordagem humanística e integralizadora em terapia intensiva: O papel do profissional enfermeiro. Projeto de Conclusão de Curso. Blumenau, 1994.
- OGUISSO, Taka. A responsabilidade legal do enfermeiro. **Revista Brasileira de Enfermagem**. Brasília. 38(2): 185-189, abr./jun. 1985.
- OLIVEIRA, Dilma de e Cols. Causas de estresse, segundo a opinião dos funcionários de enfermagem que atuam na U.T.I. Monografia apresentada para conclusão do curso de graduação em enfermagem. Itajaí, 1996.

- ORSSATTO, Carlos Henrique. **Mudança estratégica organizacional** - um caso na agroindústria catarinense. Florianópolis, Santa Catarina, 1995. Dissertação (Mestrado em Engenharia) - Universidade Federal de Santa Catarina.
- PARAGUAY, Ana Izabel Bruzzi. Estresse, conteúdo e organização do trabalho: contribuições da ergonomia para melhoria das condições de trabalho. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**. n.70. abril, maio, junho, 1990.
- PINCHOT, Elisabeth et Gifford. **O poder das pessoas: como usar a inteligência de todos dentro da empresa para conquista de mercado**. Rio de Janeiro: Campus, 1994.
- PIRES, Denise. **Hegemonia médica na saúde e a enfermagem** - Brasil 1500 a 1930. São Paulo: Cortez, 1989.
- PIZZINATO, Nadia Kassouf. Homem, trabalho, sociedade - Evolução da relação homem X trabalho, à luz da Teoria da Organização. **Impulso - Revista de Pesquisa e Reflexão da UNIMEP**. Ano 2, n 3, 1º semestre de 1988.
- RATTNER, Henrique. Meio ambiente e desenvolvimento - Apontamentos para uma perspectiva interdisciplinar. **Caderno CRH**, Salvador, n. 23 p. 37-47, jul./dez., 1995.
- RICHARD, Jean François. **As atividades mentais: compreender, raciocinar, encontrar soluções** UFSC. 1990.
- SENGE, Peter M. **A quinta disciplina**. São Paulo: Best Seller, 1990.
- SILVA FILHO, José Luiz Fonseca da. **Gestão participativa e produtividade: uma abordagem da ergonomia**. Florianópolis, Santa Catarina, 1995. Tese (Doutorado em Engenharia) - Universidade Federal de Santa Catarina.
- SILVA FILHO, José Luiz Fonseca da.; MONTEDO, Uira B. **Ergonomia e organização do trabalho** - uma base para a qualidade. Florianópolis, Santa Catarina, 1996. Mimeo.
- SMOERMAKER, Willian C. et al. **Problemática psicológica para pacientes, familiares e profissionais da saúde**. Tratado de Terapia Intensiva. 2. ed. São Paulo: Médica Pan-Americana, 1992

SOARES, Onedina; PEIXOTO, Josefa Clelia. Graus de riscos a que estão expostos os trabalhadores em instituições hospitalares. **Revista Brasileira de Enfermagem**. Brasília, 40 (2/3) abri/maio/jun./jul./ago./set., 1987.

SOUZA, Abnoel L. de. Saúde mental e trabalho: dois enfoques. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**. V.20, n.75, p.65-71, jan/jun. 1992.

SOUZA, M. de e Cols. Humanização da abordagem nas unidades de terapia intensiva. **Revista Paulista de Enfermagem**. São Paulo, v.5, n.2, p.77, abr./jun, 1985.

SPINK, Peter. **Teoria e prática no planejamento do trabalho: reflexões acerca de uma área de confusão**. Ensaio apresentado no II Seminário Internacional de Produtividade e Humanização do Trabalho, São Paulo, 1979.

VÉLEZ BENITO, Gladys A. V. **Análise de exigências cognitivas das atividades do trabalhador de enfermagem**. Florianópolis: UFSC, 1994. 166p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Curso de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, 1994.

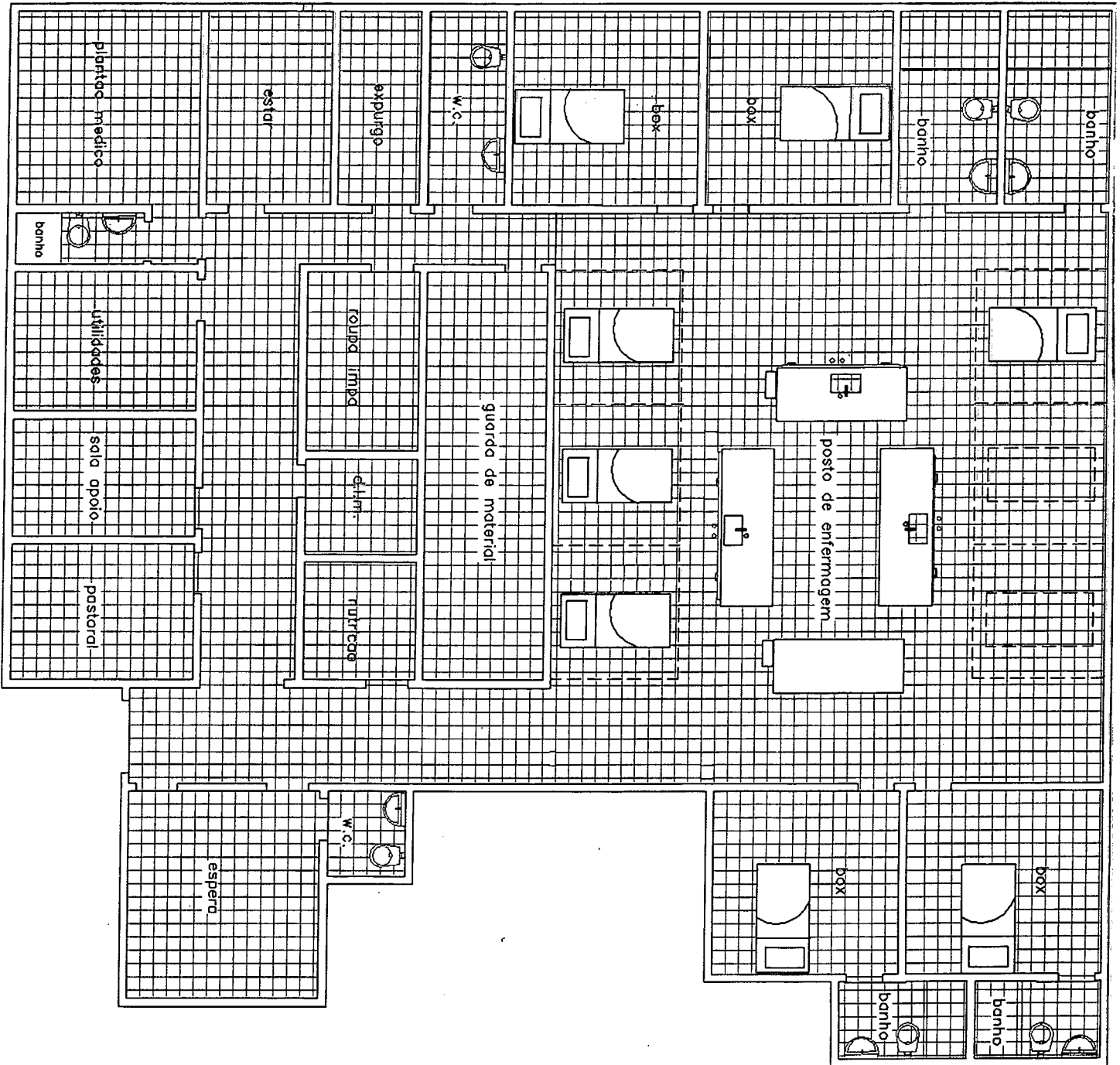
VÉLEZ BENITO, Gladys. A ergonomia como instrumento no processo de trabalho de enfermagem. **Revista Texto e Contexto Enf.** Florianópolis, v.4, n.1, p.41-46, jan/jun. 1995.

WISNER, Alain. **A inteligência no trabalho: textos selecionados de ergonomia; tradução de Roberto Leal Ferreira**. São Paulo: FUNDACENTRO, 1994.

9. ANEXOS

ANEXO 01
PLANTA FÍSICA

PLANTA FÍSICA



ANEXO 02
ROTINAS DA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA

ROTINA DE ADMISSÃO DO PACIENTE NA U.T.I.

Definição - é a entrada do paciente na U.T.I.

Objetivo - estabelecer um bom relacionamento com o paciente, proporcionando-lhe segurança e ajustamento ao meio.

A unidade do paciente deverá conter:

- leito arrumado
- suporte de soro
- cuba rim
- aspirador de parede (vácuo) montado
- umidificador de oxigênio montado
- monitor cardíaco
- eletrodos
- bomba de infusão
- respirador se for solicitado
- material para verificação de sinais vitais.

Cuidados de Enfermagem na Admissão:

1. Receber o paciente com gentileza e amabilidade e chamá-lo pelo nome ou Sr. ou Sra., evitando chamá-lo de vovó, vovô, tia, nega, querida.
2. Colocar o paciente no leito e orientar quanto à necessidade de permanecer com roupa própria do setor.
3. Retirar jóias, relógios e pertences entregando para a família.
4. Monitorizar, instalar drenos, sondas, oxigênio, respirador, e o que for solicitado.
5. Verificar sinais vitais e anotar no gráfico.
6. Orientar quanto à rotina do setor, horário de visitas, refeições, etc.
7. Realizar rápido exame físico, ouvir a história do paciente e fazer a anotação enfermagem.
8. Apresentar-se, dizendo seu nome e função.
9. Iniciar imediatamente as medidas terapêuticas prescritos.
10. Registrar o paciente no censo.
11. Requisitar laboratório e RX.

OBS: - Fazer tudo para que o paciente sinta-se protegido, confortável e ajudado, aliviando o medo, angústia e ansiedade do mesmo.

- Mostrar real interesse em ajudá-lo.
- Atender seus pedidos, com a maior brevidade possível.
- Se o paciente vier transferido de outro setor deverá vir acompanhado de prontuário completo, medicação, RX, exames e os pertences deverão ser entregues para a família.
- A enfermagem que acompanhar o paciente deverá passar o plantão.
- Prestar as informações aos familiares sobre as condições do paciente.

ROTINA DE ADMISSÃO DE PACIENTE NO BERÇÁRIO

Definição: É a recepção do Recém-nascido no setor berçário.

Objetivos: Oferecer os primeiros cuidados aos recém-nascidos.

Material: Unidade preparada com:

- Luva para procedimento
- Incubadora aquecida
- Balança
- Papel Toalha.

Método:

1. Receber o recém-nascido proveniente da Sala de Parto ou Centro Cirúrgico com luvas, conferindo sua pulseira de identificações.
2. Pesar o recém-nascido e colocá-lo em uma incubadora aquecida na posição lateral e em proclive.
3. Manter o recém-nascido na incubadora por aproximadamente 4 horas, observando: padrão respiratório, cianose, temperatura.
4. Anotar no censo diário, livro de registros, carteirinha e preencher todos os impressos do prontuário identificando cada um.
5. Proceder o primeiro banho de rotina, verificar as medidas, vesti-lo e colocá-lo no berço já identificado.
6. Chamar um funcionário da maternidade para vir pegar o recém-nascido e encaminhá-lo à mãe para amamentação.

OBS.: O recém-nascido usa próprias roupas. A funcionária da maternidade pega a quantidade certa para as 24 horas com a mãe e deixa no berçário previamente identificados.

ROTINAS

Assistência de Enfermagem no período pós-operatório imediato de um paciente submetido a cirurgia cardíaca.

A transição da sala de cirurgia para a unidade de tratamento intensivo é feita com o máximo de segurança, acompanha o paciente o monitor de transporte que consta:

· Batimento Cardíaco e traçado eletrocardiográfico, PAM, PAE, e PVC. Chega também com Oxigênio administrado pelo anestesista mais ventilação artificial. Informações específicas acerca da cirurgia e fatores importantes acerca do tratamento pós-operatório são comunicados pela equipe cirúrgica e pessoal da anestesia à equipe de enfermagem e médica que então assume a responsabilidade do cuidado intensivo do paciente.

Ao ser admitido na Unidade de Terapia Intensiva imediatamente troca-se monitor, organiza-se conexões, colhe-se exames laboratoriais, RX, ECG, drenos, sondas e são avaliados os seguintes parâmetros:

- Condições Neurológicas:

Nível de consciência, tamanho da pupila e sua reação à luz.

- Condições Cardíacas:

Frequência, ritmo, PA, PVC, PAE.

Débito Cardíaco, drenagem mediastino.

A monitorização hemodinâmica determina a eficácia do débito cardíaco.

- Condições Respiratórias:

Volume corrente, frequência, concentração de O₂, ruídos, oximetria de pulso, gasometria arterial, necessidade de aspirar secreções, drenagem torácica. Perda excessiva sangue leva à hipovolemia.

- Condições Vasculares Periféricas:

Pulsos periféricas, cor da pele, leito ungueal, lábios, lóbulo orelha,

temperatura da pele. Palidez e cianose indicam queda do débito cardíaco.

- Função Renal:

Débito urinário, abaixo 30ml/h indica débito cardíaco baixo e menor perfusão renal.

- Condições Hídricas e eletrolíticas

Controle vigoroso de infusões e eliminações por todos os drenos e sondas.

- Dor

Natureza, tipo de dor incisional ou dor anginosa, localização, resposta aos analgésicos.

O levantamento de dados abrange a observação de todos os aparelhos e tubos para determinar se estão funcionando adequadamente:

Tubo endotraqueal, aspirador, respirador, ar comprimido mais oxigênio via venosa central, cateteres arteriais, marcapasso, drenos torácicos e mediastinais, sonda vesical de demora, equipos endovenoso, equipos de transfusão sangue, torneirinhas e extensores venosos, bomba de infusão, oxímetro de pulso, BIA.

À medida em que o paciente retorna à consciência e evolui durante o período pós-operatório, a enfermeira amplia a avaliação incluindo os parâmetros indicativos das condições psicológicas e emocionais. O paciente pode exibir um comportamento que reflita negação, depressão ou psicose pós-cardiotomia. Os sinais de psicose incluem ilusões perceptivas transitórias, alucinações visuais e auditivas, desorientação e ilusões paranóides.

Detecção de complicações levam o médico e a equipe de enfermagem trabalhar juntos, avaliando o paciente continuamente para localizar os sinais e sintomas a fim de reverter o quadro.

Preparativos são feitos para retornar o paciente para cirurgia se houver necessidade.

ATRIBUIÇÕES DA GERENTE DE ENFERMAGEM E SUPERVISORA

GERÊNCIA DE ENFERMAGEM

Coordena as atividades assistenciais aos clientes internos e externos, buscando o atendimento das necessidades bio-psico-físico-emocionais na área da Enfermagem e de Nutrição.

Suas responsabilidades específicas são:

- Executar os procedimentos de Enfermagem e de Nutrição, a partir das prescrições médicas.
- Administrar medicamentos.
- Zelar pelo conforto do atendimento aos clientes.
- Facilitar o trabalho dos Médicos.
- Cooperar com a assistência pastoral aos clientes.

A Gerência da enfermagem é composta por seis Supervisores:

- Supervisão Noturna.
- Supervisão das Clínicas Médicas e Cirúrgica
- Supervisão dos Serviços Ambulatoriais e Especiais
- Supervisão Materno Infantil
- Supervisão Áreas Cirúrgicas e CTI
- Supervisão de Nutrição e Dietética

Funções do Gerente

- Administrar a Gerência buscando um elevado nível de assistência aos clientes.
- Gerir os recursos humanos da área.
- Realizar reuniões permanentes com as Supervisões e equipe.
- Participar da Administração do Hospital.
- Coordenar as construções e reformas de áreas físicas da sua área.
- Decidir sobre compra de equipamentos, materiais.
- Responder pelas rotinas técnicas e comportamento das pessoas.
- Admitir e demitir as pessoas de sua área.
- Manter atualizados os dados e informações gerenciais da Gerência.
- Facilitar a atuação das outras áreas do Hospital.

SUPERVISÃO NOTURNA

Esta Supervisão é responsável pelo funcionamento do Hospital no horário noturno.

Funções do Supervisor

- Administrar todas as áreas que operam à noite.
- Atender a todas as intercorrências no Hospital.
- Acionar o Administrador ou os Gerentes em caso graves que exijam posições e decisões de envergadura.
- Responder pelos serviços assistenciais da Enfermagem e da Nutrição.
- Coordenar as escalas do pessoal.
- Solicitar o treinamento técnico e de postura do pessoal.

SUPERVISÃO DAS ÁREAS CIRÚRGICAS E CTI

Esta Supervisão é formada pelas seguintes Unidades:

- Centro Cirúrgico
- Sala de Recuperação
- CTI Adulto

Funções do Supervisor

- Administrar a política assistencial do Hospital a ser prestada pelas pessoas nas Unidades.
- Coordenar a distribuição do pessoal nas Unidades.
- Realizar reuniões semanais com as equipes.
- Participar das reuniões gerenciais.
- Avaliar e controlar os materiais e equipamentos necessários para as tarefas das equipes.
- Facilitar o trabalho dos Médicos.
- Coordenar o treinamento técnico e de postura do pessoal.
- Coordenar as escalas de pessoal.
- Manter atualizados os dados e informações gerenciais das Unidades.
- Zelar pela eficiência na apropriação dos débitos dos clientes.

ANEXO 03
ESCALA DOS ENFERMEIROS DA UTI

PROPOSTA DE ESCALA DOS ENFERMEIROS DO TURNO DO DIA

seg	ter	qua	qui	sex	sab	dom	seg	ter	qua	qui	sex	sab	dom	seg	ter	qua	qui	sex	sab	dom	seg	ter									
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30		
m	t	m	t	m	t	m	t	m	t	m	t	m	t	m	t	m	t	m	t	m	t	m	t	m	t	m	t	m	t	m	t
a	c	a	c	a	c	a	c	a	c	a	c	a	c	a	c	a	c	a	c	a	c	a	c	a	c	a	c	a	c	a	c
b	d	b	d	b	d	b	d	b	d	b	d	b	d	b	d	b	d	b	d	b	d	b	d	b	d	b	d	b	d	b	d

A = Enfermeira manhã

B = Enfermeira manhã

C = Enfermeira Tarde

D = Enfermeira tarde

PROPOSTA DE ESCALA DOS ENFERMEIROS DO TURNO DA NOITE

seg	ter	qua	qui	sex	sab	dom	seg	ter	qua	qui	sex	sab	dom	seg	ter	qua	qui	sex	sab	dom	seg	ter									
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30		
E	G	E	G	E	G	E	G	E	G	E	G	E	G	E	G	E	G	E	G	E	G	E	G	E	G	E	G	E	G	E	G
F	H	F	H	F	H	F	H	F	H	F	H	F	H	F	H	F	H	F	H	F	H	F	H	F	H	F	H	F	H	F	H

E = Enfermeira noite Impar

F = Enfermeira noite impar

G = Enfermeira noite par

H = Enfermeira noite par

ANEXO 04
INSTRUMENTOS DE PESQUISA

ENTREVISTA I (Enfermeira)

• **Data:** / / .

Cargo:

• Turno:

• Quais são os maiores problemas que você encontra para trabalhar nesta UTI?

• Como você realiza a organização do seu trabalho?

• Como é o seu relacionamento entre:

enf/gerente:

enf/enf.

enf/func.

enf/equipe

enf/sup.

enf/admin.

enf/outros setores

Você acredita que sua experiência interfere na sua assistência? Como?

Qual a importância do conhecimento para sua assistência?

• Você gosta de ser enfermeira?

• Você acha importante esta profissão, e qual a sua valorização?

• Você está satisfeita com o seu salário?

Descreva como é realizada a organização do trabalho na empresa?

- Quais os serviços a que está subordinada?

- Quais os serviços que estão relacionados ao seu trabalho?

- De quem e como você recebe as tarefas ou procedimentos?

Existe uma norma ou rotina que você segue diariamente. (escrita ou verbal)

Relacione os pontos positivos e negativos em relação ao ambiente de trabalho, que influem direta ou indiretamente na sua assistência

Arquitetura da UTI:

Pontos positivos: _____

Pontos negativos: _____

Ambiente da UTI:

Pontos positivos: _____

Pontos negativos: _____

Iluminação:

Pontos positivos: _____

Pontos negativos: _____

Ruído:

Pontos positivos: _____

Pontos negativos: _____

Equipamentos:

Pontos positivos: _____

Pontos negativos: _____

Qual o método de cobrança das tarefas?

— Quais as atividades que você não gosta de fazer?

Você sofreu algum acidente de trabalho?

✓ Você trabalha em outro local? () não () Sim Qual: _____
Período: _____

ENTREVISTA (Médico do trabalho)

Data: / / .

Cargo:

Turno:

Tempo na empresa:

Tempo neste cargo:

1. Quais os principais problemas encontrados nesta UTI?
2. Quais são as exigências necessárias para a enfermeira na UTI?
3. Quais as principais patologias do enf. desta UTI. Existe alguma diferença entre os outros setores?
4. Quais os riscos do trabalho nesta unidade?
5. Fale sobre o trabalho relacionado ao estresse, realizado neste hospital.
6. Existe algum programa desenvolvido neste setor. Quais?

ENTREVISTA (CIPA)

Data: / / .

Idade: Tempo de empresa: Tempo no cargo:
Profissão: Cargo: Turno:

1. Desde quando existe a CIPA, neste hospital?
2. Como funciona este setor?
3. Quais os principais problemas encontrados na UTI deste hospital?
4. Existem algumas medidas preventivas e de controle na UTI?

ENTREVISTA (Recursos Humanos - Departamento de Capacitação)

Data: / / .

Idade: Tempo na empresa: Tempo no cargo:

Profissão: Cargo: Turno:

1. Quais os maiores problemas em relação aos enfermeiros nesta UTI?
2. Como é realizada a admissão do enfermeiro? Quais as exigências?
3. Qual é a rotatividade do pessoal (Enfermeiro na UTI), absenteísmo?
4. Como é realizado o processo de treinamento?

Periodicidade

Temas

Motivos.

QUESTIONÁRIOS (ENFERMEIROS)

I. Dados de Identificação:

Idade: _____ Sexo: _____ Tempo na Empresa: _____
Tempo na função: _____ Tempo no setor: _____
*Cargo: _____ Experiências anteriores: _____
Turno de trabalho: _____

*Trabalha em outro serviço: () não () Sim. Qual: _____

Estado civil: () casada () solteira () separada () outras

Tem filhos: () não () sim. Quantos e qual a idade?

*Qual o meio de transporte que você utiliza para vir trabalhar?

() carro () ônibus () bicicleta () a pé () outros

Qual a sua preocupação quando você vai trabalhar?

Qual a sua preocupação durante o seu trabalho?

Qual a sua preocupação após o seu trabalho?

Quais os sintomas que você apresenta antes de começar seu trabalho:

() Cefaléia () Taquicardia () Irritação
() Mal estar geral () Ansiedade () Dores nas pernas
() Dores na costas () cansaço físico () cansaço mental
() insatisfação () satisfação () dor epigástrica
() felicidade () bem-estar geral () outros: _____

Caso positivo: explicar o porquê.

Quais os sintomas que você apresenta durante ou após o trabalho:

() Cefaléia () Taquicardia () Irritação
() Mal estar geral () Ansiedade () Dores nas pernas
() Dores na costas () cansaço físico () cansaço mental
() insatisfação () satisfação () dor epigástrica
() felicidade () bem estar geral () outros: _____

Caso positivo: explicar o porquê.

*Como você poderia diminuir o estresse ocupacional?

II. Dados relativos à tarefa:

—Quais as suas atribuições como enfermeiro da UTI?

—Quais são as suas atividades diárias?

— Quem define estas atividades diárias?

— Como você distribui suas tarefas?

Quais os fatores que para você aumentam o estresse em uma UTI?

Em que situações você sente maior estresse?

— O que você sente quando entra na UTI, física e mentalmente?

— O que você sente quando sai da UTI, física e mentalmente?

— Quais os riscos de sua profissão?

— O que você acha de sua profissão?

— Sugestões para melhorar sua situação de trabalho na UTI?

OBSERVAÇÃO AMBIENTE

Arquitetura

Tamanho dos móveis, camas, pias, monitor, respirador, etc.

Luminosidade
número de pontos de luz; tipo.

Ambiente sonoro:
Equipamentos com alarmes
Ruídos dos equipamentos
Outros

Ambiente Térmico:
ventilação
número de janelas

Ambiente tóxico ou infectado:

Equipamentos:

Materiais:

