

UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO – MESTRADO EM ENFERMAGEM

VIVIANE PINTO MARTINS BARRETO

**A gerência do cuidado prestado pelo enfermeiro a
clientes internados em Terapia Intensiva.**

Rio de Janeiro
2009

VIVIANE PINTO MARTINS BARRETO

**A gerência do cuidado prestado pelo enfermeiro a clientes internados
em Terapia Intensiva.**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação –
Mestrado em Enfermagem, da Universidade Federal do
Estado do Rio de Janeiro – UNIRIO, como requisito para
obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Orientadoras: Prof^ª Dr^ª Beatriz Gerbassi Costa Aguiar
Prof^ª Dr^ª Teresa Tonini

Rio de Janeiro
2009

Barreto, Viviane Pinto Martins.
B273 A gerência do cuidado prestado pelo enfermeiro a clientes
internados
em terapia intensiva / Viviane Pinto Martins Barreto, 2009.
116f.

Orientador: Beatriz Gerbassi Costa Aguiar.

Co-orientador: Teresa Tonini.

Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal do
Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2009.

1. Enfermagem de tratamento intensivo. 2. Cuidados em enferma-
gem – Planejamento. 3. Enfermeiros e pacientes. 4. Enfermeiros –
Con-
duta. I. Aguiar, Beatriz Gerbassi Costa. II. Tonini, Teresa. III. Univer-
sidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (2003-). Centro de
Ciências
Biológicas e da Saúde. Curso de Mestrado em Enfermagem. IV.
Título.

CDD – 616.0280231

VIVIANE PINTO MARTINS BARRETO

**A gerência do cuidado prestado pelo enfermeiro a clientes internados
em Terapia Intensiva.**

Dissertação apresentado ao Programa de Pós-Graduação –
Mestrado em Enfermagem, da Universidade Federal do
Estado do Rio de Janeiro – UNIRIO, como requisito
necessário para obtenção do título de Mestre em
Enfermagem.

Aprovada em Março de 2009.

BANCA EXAMINADORA:

Prof^a Dr^a Beatriz Gerbassi Costa Aguiar
Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro – UNIRIO

Prof. Dr. Antônio Marcos Tosoli Gomes
Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro – UERJ

Prof^a Dr^a Teresa Tonini
Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro – UNIRIO

Prof^a Dr^a Josete Luzia Leite
Universidade Federal do Rio de Janeiro - UFRJ

Prof^a Dr^a Sônia Regina de Souza
Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro – UNIRIO

Dedicatória

Dedico este estudo a Deus!

Obrigada Senhor por me sustentar, Te louvo, pois quando eu estava fraca me deste Sua força, pois Tu és o meu refúgio, minha fortaleza, Deus de poder, que com sua imensa misericórdia me inspira, guia e cuida de cada detalhe na minha vida.

Senhor Jesus, Tu és o meu lugar seguro, o motivo da minha canção e com meu coração eu quero Te adorar, exaltar Teu Santo nome. Com palavras não consigo descrever o quanto Te amo e como preciso de Ti. Obrigada Senhor, por fazer Sua vontade em minha vida, pois ela é boa, agradável e perfeita.

“O Senhor é a minha força e a minha canção; Ele é a minha salvação! Ele é o meu Deus e eu o louvarei, é o Deus de meu pai, e eu o exaltarei!” Êxodo 15:02

Agradecimento especial

À Profª Drª Teresa Tonini, que me adotou e ensinou muito nesse tempo, ensino não somente para a dissertação, como também para a vida, aprendi com sua humildade e brilhante desempenho, mostrando que ser doutor é colocar a mão no arado e não olhar para trás, é dedicar-se, é ensinar e fazê-lo com amor.

Deus a colocou em meu caminho abençoando-me desde o primeiro instante. Agradeço a Deus por sua vida e por ter o privilégio de compartilhar com você um pouco da minha, levarei para sempre comigo teus ensinamentos e exemplo. Obrigada por ter sido mais que uma orientadora, uma amiga, uma mãe.

Louvo a Deus por sua vida, pois você é uma das responsáveis pela realização desse sonho. Você é muito especial para mim, não só pelas contribuições nesse estudo, mas também pelo carinho e respeito que tem demonstrado.

Agradecimentos

Agradeço a todas as pessoas que de alguma forma contribuíram para que esse sonho se tornasse realidade, destaco aqui algumas pessoas importantes nesse processo.

À Prof^a Dr^a Beatriz Gerbassi Costa Aguiar, minha orientadora, por sua tranquilidade, paciência e respeito.

Ao meu esposo Renato, pela compreensão, atenção, respeito, dedicação e amor a mim dispensados, muito obrigada por tudo, te amo.

Aos meus pais Paulo e Neuza pelo sustento em oração, compreensão, amor, paciência, respeito e apoio em todas as etapas da minha vida.

Aos meus irmãos Glauce e Marcos e minha “filha” Luana pelo amor, carinho e compreensão nos momentos de ausência.

A minha dupla Raquel Ramos, amiga sempre presente, me incentivando e “brigando” comigo nos momentos de desânimo.

A amiga Karla Fernanda pelo sustento em oração e apoio constante.

A amiga Gisele Fragoso pelo apoio e cobertura nos plantões, mesmo cansada.

Aos amigos Aline Costa, Renê Spezani e Cristiane Vaucher pela amizade e carinho no trabalho e na vida.

A amiga Yasmine Colley pelo apoio e carinho incondicionais.

Ao amigo Anderson pelo incentivo e apoio dispensados não só nesse estudo, mas em todos os meus projetos.

À Ailse Bittencourt, chefe de divisão de Enfermagem do HC I do Instituto Nacional de Câncer, pelo apoio institucional;

As enfermeiras Ana Rosa, Maria das Graças, Júlia, Tatiana, Cátia, Marisa, Roseli, Camila e Daniela, integrantes da equipe de enfermagem do Serviço de Cirurgia Abdômino-Pélvica, pela compreensão e ajuda nas trocas de plantão.

As enfermeiras Laura Vasconcelos e Juliane Antunes Diretora e Vice-diretora de Enfermagem do Hospital Estadual Azevedo Lima, pela compreensão e apoio institucional.

A Margareth Mara Mattos, Diretora de Enfermagem e Fabiana Braga, Gerente de Enfermagem do Hospital Universitário Antônio Pedro, pelo apoio institucional.

A todos os funcionários da Unidade Coronariana do HUAP pela compreensão nos momentos de ausência, em especial aos amigos Gesse e Rosa Maria.

Profª Drª Nébia Maria de Figueiredo pelas contribuições e pelo exemplo, uma guerreira que contamina os que estão ao seu redor com seu entusiasmo pela leitura e produção.

Ao Prof. Dr. Marcos Tosoli pela sua generosidade com que me orientou na composição e organização dos pensamentos, condições necessárias a meu ingresso no mestrado; e por acompanhar todas as fases dessa pesquisa, com sua atenção e disponibilidade.

As professoras Doutoradas Sônia Regina, Josete Leite e Denise de Assis Sória pela atenção, disponibilidade e valiosas contribuições para a construção dessa dissertação.

A professora Simone Leal pela gentileza e contribuições dispensadas para realização dessa pesquisa.

A todos os enfermeiros sujeitos desse estudo, pela colaboração, por dispor de seu tempo e atenção; sem vocês essa pesquisa não seria possível.

Aos docentes e discentes do Programa de Pós-Graduação Stricto-Sensu da EEAP/UNIRIO, pelo aprendizado e valiosas contribuições.

Ao Núcleo de Pesquisa “Enfermagem: O cotidiano da Prática de Cuidar e Ser Cuidado, de Gerenciar, de Pesquisar e Ensinar” pelas ricas discussões e contribuições para essa pesquisa.

Aos funcionários da EEAP/UNIRIO, em especial Márcia, pelas orientações e simpatia de sempre.

“Deus é o nosso refúgio e a nossa fortaleza, auxílio sempre
presente na adversidade.”
Salmos 46:1

RESUMO

As atividades da gerência do cuidado têm especificidades e peculiaridades que se materializam no processo do cuidar. O enfermeiro exerce atividades que envolvem coordenação, planejamento, implantação e a avaliação de atividades assistenciais e gerenciais do processo de assistência de enfermagem. Nesse estudo é abordada a gerência do cuidado direto prestado pelo enfermeiro a clientes internados em Terapia Intensiva, de um Hospital Universitário da rede federal. Os objetivos que nortearam a condução dessa pesquisa são: identificar o processo gerencial do enfermeiro em relação ao cuidado direto prestado ao cliente internado em terapia intensiva, caracterizar como o processo de trabalho do enfermeiro intensivista direciona o cuidado ao cliente em terapia intensiva e discutir o processo gerencial do cuidado direto no trabalho realizado pelo enfermeiro intensivista ao cliente internado em terapia intensiva. Trata-se de um estudo descritivo, com abordagem qualitativa, do qual participaram 16 enfermeiros assistenciais plantonistas do serviço diurno e noturno, líderes de suas respectivas equipes. A coleta de dados foi orientada por duas técnicas: entrevista semi-estruturada e a observação não participante, com a utilização do diário de campo. A análise dos dados obtidos foi realizada a partir de categorias oriundas dos conteúdos revelados, utilizando a técnica da análise de conteúdo de Bardin. Os resultados revelam que o enfermeiro intensivista tem dois eixos norteadores de suas ações que denominamos de mapa mental e mapa real. Os desenhos feitos em um mapa mental partem de um único centro, a partir do qual são irradiadas as informações relacionadas. Todavia, ao implantar o planejamento elaborado mentalmente, eles criam um mapa que denominamos de real por se configurar mesmo como ação de fazer, caracterizada por: ações de cuidado direto, de cuidado indireto e ações burocráticas.

Palavras-chave: Enfermeiro, Gerência do cuidado, Terapia Intensiva.

ABSTRACT

The activities of management of care have special characteristics and peculiarities that are materialized in the process of care. The nurse carries out activities involving coordination, planning, implementation and evaluation of care activities and management of the nursing care. In this study deals with the direct management of the care provided by nurses to clients hospitalized in intensive care, a federal university network. The goals that guided the conduct of this research are: to identify the management process of nurses in the direct care given to the client hospitalized in intensive care, characterized as the process of intensive work of the nurse directs the customer care in intensive care and discuss the process Direct management of care in the intensive work done by nurses customer hospitalized in intensive care. This is a descriptive study, with a qualitative approach, which involved 16 nurses on duty and care of the service day and night, leaders of their respective teams. Data collection was guided by two techniques: semi-structured and non-participant observation, using the log-field. The analysis of data was performed from categories from the content shown, using the technique of analyzing the content of Bardin. The results show that the nurses have intensive two guiding of their actions we term mental map and real map. The drawings made in a mental map from a single center, from which radiated related information. However, to implement the plan prepared mentally, they create a map that term is set for real action to make even, characterized by: shares of direct care, care and indirect bureaucratic actions.

Keywords: Nurse, Management of care, Intensive Care.

SUMÁRIO

CONSIDERAÇÕES INICIAIS	12
Questões Norteadoras.....	16
Objetivos.....	17
Justificativa e Relevância do Estudo.....	17
 CAPÍTULO I.....	 19
1.1- Centro de Terapia Intensiva	20
1.2 - Competências do Enfermeiro em Terapia Intensiva.....	25
1.3 - Gerência do Cuidado Direto e Indireto	32
 CAPÍTULO II	 38
2 - Materiais e Métodos de pesquisa.....	39
 CAPÍTULO III	 51
3 - Resultados e Discussão das Categorias	52
3.1 – Discussão dos dados Demográficos	52
3.2 – Discussão das Categorias	61
Categoria I – O Mapa Mental do Gerenciamento do Cuidado de Enfermagem	69
Categoria II – O Mapa Real do Gerenciamento do Cuidado de Enfermagem	85
 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	 95
REFERÊNCIAS.....	103
APÊNDICES.....	113

Considerações Iniciais

Considerações Iniciais

O presente estudo tem como objeto a gerência do cuidado direto prestado pelo enfermeiro¹ a clientes² internados em Terapia Intensiva, de um Hospital Universitário da rede federal.

O interesse em realizar esta pesquisa surgiu ao longo de minha trajetória profissional, enquanto enfermeira de Centros de Terapia Intensiva (CTI), e como consequência de uma reflexão acerca da correlação entre a dinâmica de trabalho do enfermeiro neste contexto e a gerência do cuidar.

Formada desde o ano de 2000, pela Escola de Enfermagem Anna Nery, da Universidade Federal do Rio de Janeiro – UFRJ iniciei minha atividade profissional em CTI. Este setor me despertou interesse desde a graduação pela possibilidade de ter contato direto com o cliente e por ter acompanhado no passado um familiar internado. Com o passar dos anos, a interação com o cliente grave me motivou a fazer o curso de especialização em Terapia Intensiva, com enfoque no cliente adulto/idoso³. Nesse contexto adquiri maior capacidade para promover o cuidado direto ao cliente, assim como para pensar sobre as ações e competências do enfermeiro inserido nesta unidade.

Assim é que trabalho, há cerca de sete anos, em CTI de instituições públicas e privadas, mas, a partir de 2003 restringi minhas atividades às unidades públicas. Essa trajetória me possibilitou observar o desempenho do enfermeiro na gerência do cuidado direto. Percebi que alguns enfermeiros vem se distanciando desse tipo de cuidado na medida em que buscam se envolver, durante seus plantões, com as ações gerenciais do cuidado indireto. Esse fenômeno parece gerar um certo distanciamento do cuidado direto, pois, quando ocorre, pode significar que o processo de trabalho⁴ do profissional está sendo direcionado às

¹ Utilizo a categoria profissional como enfermeiro, conforme descrito na Lei n. 7.498/86 que regulamenta a lei do exercício profissional da enfermagem.

² A opção de substituir a identificação de paciente para cliente fundamenta-se na orientação do código de deontologia de enfermagem de 1993; na definição aceita por nós, o sujeito da nossa atenção é o “paciente”; no dicionário Aurélio e no etológico, paciente é o sujeito que tem paciência, espera, não reage; o cliente, no entanto, é considerado como uma pessoa com direito de decidir sobre que cuidados deseja receber dos profissionais de saúde. O uso do termo cliente se faz pela compreensão e respeito do indivíduo como sujeito do cuidado, reconhecendo os direitos de cidadania.

³ Este curso foi desenvolvido em 2004, na Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa, da Universidade Federal Fluminense – UFF.

⁴ Neste estudo, considera-se “processo de trabalho” como as ações desenvolvidas pelos enfermeiros, e os instrumentos de trabalho que estes profissionais utilizam para esta finalidade.

ações administrativas. Essa mudança, por sua vez, pode estar dando origem a uma tendência: a delegação do cuidado direto aos demais membros da equipe sob sua responsabilidade.

De acordo com Kurcgant (2005), o trabalho em enfermagem constitui um processo, visto que esta atividade não produz bens a serem estocados e comercializados, como no trabalho agrícola ou industrial, e sim serviços que são consumidos no ato de sua produção, no momento da realização do cuidado.

Desta forma, Marx (1994) decompõe o processo de trabalho em três elementos: o objeto do trabalho; os meios e instrumentos do trabalho e a atividade adequada a um fim. Considerando o processo de trabalho do enfermeiro intensivista, pode-se afirmar que o objeto de sua atividade é o cliente, os meios e instrumentos são o suporte necessário para a realização do cuidado e as atividades meio vem a ser a atividade do cuidado direto propriamente dito.

Além de ser fruto de minhas observações, essa suposição está respaldada no trabalho de alguns estudiosos que têm se debruçado sobre o tema para compreender o processo gerencial do cuidado de enfermagem.

Para Trevizan (2006), o gerenciamento do enfermeiro na prática clínica tem se fundamentado nas necessidades burocráticas e formais da organização. Neste processo, o profissional privilegia e compromete-se muito mais com os objetivos organizacionais, em detrimento do alcance dos objetivos individuais dos funcionários e do próprio cliente. Isso acaba gerando um descompasso que tem provocado tensões, desmotivações e até descrenças no âmbito do trabalho na enfermagem. Esse pode ser, inclusive, um dos motivos de distanciamento do enfermeiro em relação ao cuidado direto.

O enfermeiro, segundo Fernandes (2003), tem centrado o seu trabalho predominantemente em atividades administrativo-burocráticas, distanciando-se, assim, de sua função precípua, o gerenciamento do cuidado direto a ser prestado ao cliente. Ainda nessa direção, Tanji e Coelho (2005) descrevem que, para os enfermeiros, a finalidade da gerência do cuidar é prestar assistência ao cliente e exercer suas funções de forma segura e convicta.

Dantas (2008) reflete o distanciamento do enfermeiro do cuidado direto ao cliente como se este último não fizesse parte de sua ação, o que não só prejudica a interação com a equipe, mas compromete o trabalho da enfermagem como um todo. O autor acrescenta que o enfermeiro está mais voltado para as questões administrativas, entre elas a gerência dos papéis, e só promove cuidados diretos ao cliente quando outro membro da equipe não pode executá-los. Neste contexto, não podemos deixar de levar em conta que os cuidados realizados pelos enfermeiros são invasivos e exigem maior complexidade.

A gerência do cuidado, sabemos, abarca inúmeras atividades e tem especificidades e peculiaridades que se materializam no processo do cuidar. A importância do enfermeiro neste contexto é destacada por Tanji e Coelho (2005). Esses autores sublinham que o profissional exerce papel fundamental para a produção de saúde. As tarefas envolvem coordenação, planejamento, implantação e avaliação de atividades assistenciais e gerenciais do processo de assistência de enfermagem.

Devido às condições de risco de vida do cliente em terapia intensiva, o enfermeiro intensivista encontra-se envolvido por um aparato tecnológico de ponta, executa inúmeros procedimentos invasivos e enfrenta situações limítrofes de vida e de morte do cliente. Este cenário exige que o enfermeiro seja capaz de tomar decisões de forma rápida, precisa e crucial, baseadas em conhecimentos das áreas da administração, biologia, fisiologia, psicologia, semiologia/semiotécnica, entre outras.

O enfermeiro plantonista, portanto, deve ter condições plenas para realizar o cuidado direto ao cliente grave. A ele devem ser disponibilizados recursos materiais, humanos e apoio administrativo, de modo que seu tempo não seja tomado por ações do cuidado indireto, mas voltado para ações do cuidado direto ao cliente crítico.

Ao enfermeiro gerente desse cuidado é exigida a observação e avaliação das condições de saúde do cliente, a detecção de problemas e conseqüente intervenção. As tarefas incluem ainda a execução de procedimentos técnicos de enfermagem, assim como a comunicação com o cliente e sua família. É necessário também saber ouvir e observar as mensagens emitidas nos corpos objetos do cuidado. Desta forma, é primordial o investimento nas relações intersubjetivas que, em última análise, reconhecem os clientes como sujeitos de seu cuidado.

Dar conta dessas múltiplas funções não é algo simples e fácil, especialmente se considerarmos o modelo tecno-assistencial dos hospitais, cuja modelagem gerencial se baseia na racionalidade instrumental. A docilização do corpo de enfermeiros é facilmente identificada na gestão das instituições, visto que administração das unidades desvia o profissional de sua principal função, que é o cuidado.

Muitos outros fatores podem ser relatados para justificar o afastamento do enfermeiro em relação ao cuidado direto e a aproximação cada vez maior ao cuidado indireto. As razões mais reveladas são de cunho institucional, administrativo e pessoal. (KURCGANT (1991); TREVIZAN (2006) e CASTILHO e GAIDZINSKI (1991)).

Embora os autores citados tenham referido o distanciamento do enfermeiro em relação ao cuidado direto, a questão que emerge para este estudo não se vincula às causas que levam

os enfermeiros a se distanciarem do gerenciamento do cuidado direto. O meu ponto de partida é observar se tal distanciamento ocorre no cenário em investigação e o como. Isso porque compreender um evento a partir do como, significa se “interar dos passos no processo pelo qual eles vieram a acontecer, não buscando as condições que tornaram sua existência necessária” (BECKER, 2008, p. 88).

A partir dessas considerações, as **questões norteadoras** eleitas para este estudo foram:

- Como se dá o processo de gerenciamento do cuidado direto prestado pelo enfermeiro ao cliente crítico em terapia intensiva?
- Como o processo de trabalho pode selecionar o enfermeiro para o cuidado direto e indireto em terapia intensiva?
- Que implicações o possível distanciamento pode gerar no cuidado direto de enfermagem?

Para o desenvolvimento deste estudo, defino os seguintes **objetivos**:

- **Identificar o processo gerencial do enfermeiro em relação ao cuidado direto prestado ao cliente internado em terapia intensiva;**
- **Caracterizar como o processo de trabalho do enfermeiro intensivista direciona o cuidado ao cliente em terapia intensiva;**
- **Discutir o processo gerencial do cuidado direto no trabalho realizado pelo enfermeiro intensivista ao cliente internado em terapia intensiva.**

Justificativa e Relevância do Estudo

As observações que tenho feito no cotidiano de trabalho dos enfermeiros de CTI durante minha trajetória profissional, justificam a intenção do presente estudo. As evidências levantadas, assim, me motivam a compreender as diferentes ações relacionadas à gerência do cuidado. Cabe ressaltar que considero, dentro dessa perspectiva, que o cuidar é o fio condutor do administrar, destacando-se que ambos estão em contínua relação, existindo, assim, várias implicações que dificultam o estabelecimento de uma conduta única nas ações dos enfermeiros.

Acredito que existam alguns obstáculos que dificultem o cuidado de enfermagem prestado ao cliente crítico, sendo estas tanto de cunho institucionais, quanto pessoais.

No entanto, essas dificuldades me impulsionam, de modo singular, a investigar e a compreender as interfaces existentes entre a gerência e o cuidado nas ações de enfermeiros intensivistas, de modo que seja possível minimizar as dificuldades enfocadas neste estudo. Acredito que o diferencial da profissão ainda é a proximidade, a observação e, certamente, o cuidado ao cliente.

Combinar cuidado e gerência em enfermagem podem desconstruir o que até o momento está instituído. Por isso, o entendimento do processo de trabalho do enfermeiro intensivista pode elucidar tais questões nos espaços de cuidar. Identificar e caracterizar esse processo de trabalho é fundamental porque permite a discussão do processo gerencial, no trabalho do enfermeiro.

Acredito que ao identificar as atividades do enfermeiro intensivista e sua forma de gerenciar o cuidado direto prestado, o estudo poderá clarificar o processo por meio do qual o profissional é afastado de sua prática assistencial.

O caráter desta pesquisa aprofunda a reflexão sobre o tema e alinhava os argumentos necessários à sua compreensão no âmbito da pesquisa e do ensino. O estudo permite ainda que novas concepções referentes ao gerenciamento do cuidado possam ser abordadas para a assistência na Enfermagem. Essas inovações seguramente ampliarão o leque de conhecimentos do enfermeiro assistencial sobre a gerência do cuidado. Os benefícios daí advindos irão aprimorar a formação profissional daqueles que se dedicam às práticas assistenciais em Terapia Intensiva.

Esperamos, portanto, que os resultados deste estudo impulsionem as discussões e gerem novas perspectivas sobre o gerenciamento do cuidado de enfermagem.

No âmbito da pesquisa, o estudo contribuirá com a linha denominada “Enfermagem: O cotidiano da Prática de Cuidar e Ser Cuidado, de Gerenciar, de Pesquisar e Ensinar”, já que focamos, aqui, o gerenciamento a partir da configuração da gerência do cuidado direto de Enfermagem prestado a clientes internados em Terapia Intensiva. Pretende-se também contribuir para o desenvolvimento de projetos integrados com núcleos e grupos de pesquisa nacionais e internacionais.

1.1- Centro de Terapia Intensiva

O Centro de Terapia Intensiva surgiu da necessidade de cuidar de forma centralizada, exclusiva e permanente dos clientes mais graves, sem que o cliente menos grave fosse prejudicado no atendimento de suas necessidades humanas básicas. O CTI, assim, tem por objetivo beneficiar tanto o profissional de saúde quanto prestar cuidados especializados ao cliente crítico.

De acordo com Resende (2000), essas unidades também vieram ao encontro da resolução de problemas de ordem econômico-administrativa. A descentralização dos clientes graves, por exemplo, implicaria na necessidade de um grande número de profissionais especialmente capacitados e aparelhos sofisticados, distribuídos em todas as unidades do hospital, onde houvesse este perfil de clientes. Isso demandaria um gasto exorbitante.

Os primeiros esboços do Centro de Tratamento Intensivo só começaram a se tornar realidade entre 1946 e 1948. À época, os antibióticos começaram a ser usados rotineiramente na terapêutica, destituindo o empirismo predominante até então, assim como as inovações na transfusão sanguínea, na anestesia e na ventilação mecânica. Podemos relacionar tais inovações na terapia intensiva com a participação dos Estados Unidos na II Grande Guerra, na Guerra da Coreia e do Vietnã.

Para Barbosa (1999), a terapia intensiva começou a ser praticada na Grã Bretanha numa sala próxima a de operações. Essa sala se destinava a atender clientes que necessitavam de maiores cuidados e outros que ali permaneciam até a recuperação anestésica.

Só no final da década de 60 surgiram os CTI's propriamente instituídos. Na ocasião, alguns pesquisadores, ingleses e americanos, criaram a sociedade de tratamento intensivo, pois concordavam que os clientes gravemente enfermos tinham problemas fisiopatológicos comuns e que a sobrevivência imediata dependia: de uma ventilação adequada, de um ritmo cardíaco regular e eficaz, de uma volemia e equilíbrio eletrolítico compatíveis com a função celular universal e, em particular, renal, enfatizando os perigos e a necessidade do controle cuidadoso das infecções. (SIMÃO, 1976).

O Centro de Tratamento Intensivo é definido por Simão (1976, p. 4) como:

uma unidade de hospitalização polivalente, localizada numa área de fácil acesso, que visa reduzir a morbidade e a mortalidade de pacientes com patologias graves, mas potencialmente recuperáveis fornecendo-lhes uma terapêutica e vigilância ininterruptas, através de pessoal e material especializados, até que se logre a estabilidade de seus sistemas vitais, dentro dos padrões estabelecidos.

Um pensamento similar é destacado por Souza e Col., (1985, p. 77) que classificam os Centros de Tratamento Intensivo como “locais destinados à prestação de assistência especializada a pacientes críticos, sendo necessário controle rigoroso de seus parâmetros vitais e assistência de enfermagem contínua e intensiva”.

Portanto, o CTI pode ser caracterizado como uma unidade destinada ao atendimento de clientes graves, que recebem observação contínua de seu estado geral e são submetidos a um controle eficaz seu estado hemodinâmico. O CTI, assim, vem a ser uma unidade diferenciada dos outros setores hospitalares, necessitando, por isso, de uma equipe multidisciplinar capacitada e especializada.

De acordo com Lino & Silva (2001), no Brasil, os primeiros Centros de Terapia Intensiva foram instalados com a finalidade de centralizar clientes de alto grau de complexidade numa área hospitalar adequada. Os Centros dispunham de infra-estrutura própria, com provisão de equipamentos e materiais, bem como a capacitação de recursos humanos para o desenvolvimento de um trabalho com segurança, promovendo, por meio de uma assistência contínua, o restabelecimento das funções vitais do organismo.

A história registra que a inserção dos profissionais de enfermagem nestes setores começou na metade do século XIX, com a liderança de Florence Nighingale, que desde a guerra da Criméia adotara um método para observação contínua de muitos clientes. Ela colocava os mais graves próximo à área de trabalho das enfermeiras, possibilitando observação e atendimento contínuo, mesmo dispondo de poucas enfermeiras. (GEORGE, 1993, p. 38; GOMES, 1988, p. 3 e 4).

Outros autores sublinham que havia dificuldades nos hospitais devido à permanência de clientes com diferentes níveis de complexidade em um mesmo local, pois havia uma grande demanda assistencial. Neste sentido, surgiu o Centro de Terapia Intensiva, com o objetivo de uma observação mais efetiva, dirigida a clientes mais graves, necessitando para isto agrupá-los em uma área comum, para facilitar o trabalho da equipe de saúde. (NASCIMENTO, M. T. e MARTINS, V. P. 2002, p. 89 e 90).

Atualmente, o CTI é altamente especializado, destinando-se a internação de clientes com instabilidade hemodinâmica e com alto potencial de gravidade. O CTI tem como objetivo principal salvar a vida e restabelecer a saúde por meio da monitorização completa e vigilância nas 24 horas.

Para que este objetivo se concretize na prática, sustenta Maia (1999), o CTI deve oferecer as condições necessárias para prestar o atendimento ao cliente em estado crítico,

entre elas o uso de uma planta física específica, com materiais especializados e mão de obra qualificada, onde todas estas exigências objetivam assegurar uma assistência adequada aos clientes nela internados.

A portaria número 466 de 4 de junho de 1998, da Secretaria de Vigilância Sanitária, define da seguinte maneira o objetivo dos Serviços de Tratamento Intensivo: prestar atendimento a pacientes graves e de risco que exijam assistência médica e de enfermagem ininterruptas, utilizando, para tal, equipamentos e recursos humanos especializados. O texto dispõe sobre a qualidade do atendimento, assegurando a cada cliente:

- direito à sobrevivência, assim como a garantia, dentro dos recursos tecnológicos existentes, da manutenção da estabilidade de seus parâmetros vitais;
- direito a uma assistência humanizada;
- uma exposição mínima aos riscos decorrentes dos métodos terapêuticos e do próprio tratamento em relação aos benefícios obtidos;
- monitoramento permanente da evolução do tratamento assim como de seus efeitos adversos.

Ainda de acordo com a Portaria supracitada, os Serviços de Tratamento Intensivo compreendem:

- Unidade de Tratamento Intensivo (UTI), que se constitui de um conjunto de elementos funcionalmente agrupados, destinado ao atendimento de pacientes graves ou de risco que exijam assistência médica e de enfermagem ininterruptas, além de equipamento e recursos humanos especializados. À UTI pode estar ligada uma Unidade de Tratamento Semi-Intensivo.
- Unidade de Tratamento Semi-Intensivo (Unidade Semi-Intensiva), que se constitui de um conjunto de elementos funcionalmente agrupados, destinado ao atendimento de pacientes, preferencialmente oriundos da UTI, que requeiram cuidados de enfermagem intensivos e observação contínua, sob supervisão e acompanhamento médico, este último não necessariamente contínuo, porém linear.
- Serviço de Tratamento Intensivo Móvel, que se constitui de um conjunto de elementos funcionalmente agrupados e de uma frota de veículos devidamente projetados e equipados,

destinados a garantir suporte avançado de vida durante o transporte de pacientes graves ou de risco, no atendimento de emergência pré-hospitalar e no transporte inter-hospitalar. Este Serviço pode ser parte integrante do serviço do hospital ou constituir-se em um prestador autônomo de Serviço de Tratamento Intensivo Móvel.

Denomina-se de Centro de Tratamento Intensivo (CTI) o agrupamento, numa mesma área física, de duas ou mais UTI's, incluindo-se, quando existentes, as Unidades de Tratamento Semi-Intensivo, sendo a UTI uma unidade especializada destinada ao atendimento de pacientes em uma especialidade médica ou selecionados por grupos de patologias, podendo compreender: cardiológica, coronariana, neurológica, respiratória, trauma, queimados, dentre outras.

Neste estudo, me refiro a CTI de forma geral, caracterizando sua clientela como clientes críticos em todas as especialidades clínicas.

Por meio dessa portaria, a Secretaria de Vigilância Sanitária preconiza a obrigatoriedade da existência de uma UTI em todo hospital secundário ou terciário, com capacidade igual ou superior a cem leitos. A distribuição de leitos deve corresponder a um percentual que varia entre 6 e 10% do total de leitos existentes no hospital, dependendo de seu porte e nível de complexidade, levando-se em conta os seguintes parâmetros referenciais:

- 5% de leitos UTI Adulto em se tratando de Hospitais Gerais;
- 5% de leitos UTI Pediátricos em relação ao total de leitos pediátricos do Hospital;
- 5% de leitos de UTI Neonatal em relação ao número de leitos obstétricos do Hospital;
- 10% de leitos de UTI especializada, em se tratando de Hospitais Gerais que realizem cirurgias complexas como Neurocirurgia, Cirurgia Cardíaca e que atendam trauma e queimados.

Os clientes críticos necessitam ainda de vários equipamentos. Já o trabalho da equipe de enfermagem tornava-se difícil pela falta de especialização e a pouca disponibilidade do profissional que não dispõe de tempo compatível com as necessidades do cliente.

Os benefícios advindos da tecnologia para o cuidado ao cliente crítico são inúmeros e muito importantes. Os CTIs conseguiram reduzir o sofrimento e prolongar a vida, utilizando

instrumentos que facilitam algumas funções que o cliente está impossibilitado de fazer. Entretanto, é vital estabelecer um equilíbrio para que a equipe que atua na terapia intensiva não se afaste do cliente e de sua subjetividade.

Remen (1993) assinala que o homem criou a tecnologia para que ela melhorasse sua qualidade de vida. Todavia, por seu caráter objetivo e generalista, ela (a tecnologia) não supre as necessidades subjetivas do homem, como o toque, o calor humano, o carinho e o envolvimento necessário para cuidar de seres humanos. Portanto, é necessário que as qualidades humanas se aliem à máquina, não como uma extensão dessas, mas para suprir as qualidades que lhe faltam para um atendimento de qualidade ao cliente, cuidando de forma integral e valorizando a sua individualidade.

1.2- Competências Gerenciais do enfermeiro em Terapia Intensiva

Num mundo de mudanças rápidas, em que conhecimentos e habilidades – necessários – já não são facilmente previsíveis, as organizações devem criar mais condições para que as pessoas liberem seu potencial criativo e promovam as inovações requeridas pelas novas circunstâncias. (Paulo Roberto Motta, 2007).

Para investigar as questões relacionadas ao processo de trabalho do enfermeiro intensivista, foi necessário estudar suas atribuições e competências. Por isso, colocamos em discussão as atribuições do enfermeiro inserido na terapia intensiva e suas competências, não somente as profissionais, aqui entendidas como a “capacidade de mobilizar, articular e colocar em ação valores, conhecimentos e habilidades necessários para o desempenho eficiente e eficaz de atividades requeridas pela natureza do trabalho”. (Parecer CNE-CEB 16/99 e Resolução CNE-CEB nº 04/99).

O conceito de competência relacionado somente com o modelo de qualificação, que privilegia a especialização, está sendo questionado, pois aspectos antes desconsiderados, tais como os componentes cognitivos e os componentes sócio-afetivos, passam a ser valorizados na formação e no exercício do trabalhador. Novos conhecimentos e habilidades são exigidos, visto que a otimização das atividades utiliza novas formas de organização do processo produtivo e novas tecnologias.

É possível, então, avaliar como competente aquele que julga, avalia e pondera; acha a solução e decide, depois de examinar e discutir determinada situação, de forma conveniente e adequada. A competência exige o saber e o saber fazer, levando em conta os conhecimentos, habilidades e atitudes.

A terapia intensiva, um setor altamente especializado dotado de muitos recursos tecnológicos, tem por objetivo proporcionar maiores condições de sobrevivência aos clientes graves, ali internados. Desta forma, o enfermeiro, inserido nesta unidade, deve atender as demandas específicas do setor, não só as relacionadas à capacitação profissional, mas também as que se referem aos aspectos psicossociais. Só assim é possível as necessidades dos clientes de forma completa.

A Lei do Exercício Profissional de Enfermagem, n. 7.498, de 25 de junho de 1986, em seu artigo 11, dispõe sobre as atividades privativas do enfermeiro e estabelece que cabe a este profissional o cuidado direto de enfermagem a pacientes graves com risco de vida; cuidados

de enfermagem de maior complexidade técnica, que exijam conhecimentos de base científica e capacidade de tomar decisões imediatas.

Para Mendes apud Maia (1999, p. 44)

as funções de enfermagem são bastante diversificadas e compreendem atividades tanto de natureza simples, para a execução das quais se pode contar com pessoal que recebeu apenas treinamento em serviço; quanto de natureza complexa, cujo desempenho requer a utilização de pessoal com conhecimento científico, capacitado de análises, julgamento e decisão”.

A história da formação do enfermeiro na Inglaterra Vitoriana, com Florence Nightingale, conta que, a partir de 1860, houve a categorização da equipe de enfermagem. Na ocasião, as tarefas relacionadas ao cuidado foram fragmentadas e as *Ladies-nurses*⁵ foram responsáveis pelo ensino e supervisão. Já as *nurses* ficaram com as tarefas manuais. Assim, legitimou-se a hierarquia e a disciplina no trabalho em enfermagem. Por volta de 1940, o foco da enfermagem era centrado em tarefas e procedimentos, sem valorizar a construção intelectual. Em 1950, a enfermagem passou a buscar princípios científicos, focados no modelo biomédico. A partir de 1960, a enfermagem iniciava a construção de um corpo de conhecimentos próprios, elaborando teorias para o embasamento de sua prática. (Waldow, 1995).

A formação do enfermeiro no Brasil passou por inúmeras mudanças que culminaram com a reforma universitária em 1970. Naquele ano, a prática começou a ser enfatizada e impulsionou o aperfeiçoamento do processo de cuidar. Neste período ocorreram alguns movimentos políticos e sociais. Um deles foi a conferência de Alma-Ata, em 1978, que possibilitou o repensar do processo de saúde-doença. Esse movimento levou a enfermagem a mudar sua postura de prática profissional. A revisão de conceitos e posturas culminaram em mudanças curriculares e contribuíram com o processo de transformação profissional. (Souza et al 2006).

Com base nas novas diretrizes curriculares, embasadas na Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB), nº 9394/96, houve a possibilidade de mudanças no processo de formação do enfermeiro. O novo modelo afastou-se da influência biomédica, caracterizada pelo estudo da doença e na reprodução de técnicas e tarefas, e passou a centrar-se no modelo

⁵ “O curso de enfermagem na Escola *St. Thomas Hospital* formava dois tipos de profissionais: *Nurses*: mulheres das classes populares que recebiam formação gratuita, moravam no hospital e dedicavam-se integralmente a ele, recebiam salários e se destinavam ao cuidado direto ao paciente, e *Ladies-nurses*: de classe social mais elevada, que custeavam seus próprios estudos, moravam na escola e se destinavam à supervisão e ao ensino” (Waldow, 1995, p. 70)

holístico, humanizado e contextualizado. O resultado foi a formação de enfermeiros críticos, éticos e mais preparados para a prática profissional.

Freitas et al. (2003, p.385) afirmam que a perspectiva das diretrizes curriculares para a formação dos enfermeiros é

...formar enfermeiros com compreensão científica, técnica, política e ética, capazes de intervir no processo saúde-doença do ser humano, numa perspectiva crítico-transformadora voltada para o cuidar, o educar, gerenciar e pesquisar, caracterizando interesses técnicos, práticos e emancipatórios.

Apesar das mudanças na formação do enfermeiro, observamos, que são poucos os profissionais formados nesta proposta holística e voltados de fato para um cuidado pautado no atendimento integral ao ser humano.

O ensino científico direcionado para os aspectos técnicos reforça o modelo biomédico e dificulta o contato direto com o cliente, pois o enfermeiro está preocupado em atender às necessidades biológicas, colocando em segundo plano o envolvimento com outros aspectos do ser humano.

O enfermeiro é formado de maneira generalista e está preparado para o cuidado de todo e qualquer cliente. Com o passar do tempo, no entanto, houve a necessidade de aprofundamento e especializações visando o cuidado de uma clientela específica.

A terapia intensiva pode ser considerada uma das áreas de maior evolução na saúde, pois preserva e prolonga a vida de pessoas. Relacionada com a tecnologia de última geração e profissionais cada vez mais qualificados, este cuidado exige que o enfermeiro acompanhe esta evolução e busque, cada vez mais, a qualificação científica necessária para atender um cliente cada vez mais crítico.

Com o passar dos anos, assim, a equipe de enfermagem lotada em CTI necessitou de um perfil diferenciado. Por isso, foram incluídos, nas disciplinas de graduação em enfermagem, assuntos referentes à terapia intensiva, o que propiciou o aparecimento dos primeiros cursos de especialização em enfermagem em terapia intensiva. (BARBOSA, 1995).

Alguns temas inerentes à terapia intensiva foram incluídos no currículo dos cursos de graduação em enfermagem, como ventilação mecânica, monitorização eletrocardiográfica, entre outros.

O enfermeiro, portanto, deve estar capacitado para o desenvolvimento de atividades de maior complexidade, principalmente o intensivista, pois lida, a todo momento, com clientes graves. Como aponta Gomes (1988, p. 30),

... é imprescindível a fundamentação teórica, aliada à capacidade de liderança, discernimento, trabalho, iniciativa e responsabilidade. A autoconfiança e um trabalho metódico, apoiados em amplo conhecimento técnico-científico são essenciais para liderar um grupo que deve estar bem treinado, apto a atender o paciente e a manejar o equipamento com segurança.

O enfermeiro intensivista deve ter base de conhecimento que facilite a percepção de uma grande variedade de questões, bem como informações altamente definidas e específicas.

Autores como Hudak & Gallo (1997) fundamentam bem a questão. Em terapia intensiva, dizem eles, o trabalho realizado por um enfermeiro requer capacidade para lidar com situações cruciais com uma velocidade e precisão que geralmente não são necessárias em outras unidades assistenciais. Requer competência na integração de informação, construção de julgamentos e estabelecimento de prioridades.

Spezani (2006) vai além. Para ele, as inovações na terapia intensiva despertaram nos profissionais enfermeiros a ambigüidade do saber e poder. Essa sensação se expressa pelo desafio constante, instituído pela necessidade e desejo de conhecer, desenvolver novas habilidades e técnicas para aplicá-las ao contexto operacional da assistência. Tudo visando o objetivo de melhorar os resultados do cuidado prestado aos clientes críticos.

Os enfermeiros de terapia intensiva se deparam com algumas questões difíceis como “clientes cada vez mais graves, tecnologia cada vez mais complexa, população cada vez mais idosa, dilemas éticos, pressões para redução de custos e alterações dos sistemas de serviço”. (Hudak e Gallo 1997, p. 4).

Nascimento e Martins (2002, p. 91) definem a equipe de enfermagem em terapia intensiva como “incansável, dispensadora de cuidados ao paciente, atendendo tanto aspectos relacionados com a doença, como os de caráter emocional ou sócio-ambiental”.

Neste contexto, é possível relacionar a gerência com o cuidado em CTI, pois o enfermeiro necessita gerenciar atividades, movimentos, tempo e os resultados de todas as tarefas realizadas por sua equipe. O saber científico deve aliar-se à apreensão das necessidades individuais e coletivas, a partir de uma vivência concreta, ininterrupta e capaz de promover a dinâmica da assistência.

O enfermeiro intensivista deve estar capacitado para exercer as atividades de maior complexidade. A autoconfiança respaldada no conhecimento científico é condição necessária ao bom atendimento prestado ao cliente crítico. É imprescindível, portanto, o treinamento do enfermeiro que atua em terapia intensiva.

Outro fator a ser considerado é a tecnologia existente na terapia intensiva. Ela continua exercendo influência direta em várias áreas profissionais, mas é neste cenário, mais visado pela ciência hospitalar, que a tecnologia se destaca, concentrando grande número de aparelhos que fornecem dados objetivos a respeito do cliente à equipe intensivista. (REZENDE, 2000).

A tecnologia pode ser copiada, assim, o grande diferencial no mercado competitivo são as pessoas. A capacitação do profissional, portanto, se configura no melhor instrumento para a qualidade do cuidado prestado ao cliente crítico.

O enfermeiro em terapia intensiva planeja o cuidado a ser prestado, passando por uma avaliação constante das necessidades do cliente crítico. Esta avaliação resulta, muitas vezes, em tomada de decisões cruciais para a manutenção da vida. Por isso, o enfermeiro deve estar em sintonia com sua equipe para a tomada de tais decisões e sua execução.

O conhecimento necessário a um enfermeiro intensivista envolve diversos aspectos. Desde a administração e efeitos de drogas utilizadas, funcionamento de equipamentos, avaliação hemodinâmica do cliente, técnicas realizadas, gerenciamento de seu cuidado e de sua equipe, como também os aspectos psicossociais dos clientes ali internados.

Compete ao enfermeiro o gerenciamento da equipe de enfermagem. Essa atribuição, no entanto, não pressupõe apenas a simples distribuição de tarefas, mas conhecer e avaliar as individualidades de cada componente desta equipe. À luz destas informações, o enfermeiro vai direcionar as atividades e, juntamente com sua equipe, realizar os cuidados diretos e indiretos. O enfermeiro é, assim, o reflexo da equipe, direcionando e orientando a todo o momento para que o cliente seja realmente o alvo de todas as ações realizadas.

Hudak e Gallo (1997) afirmam que os enfermeiros de UTIs devem aliar, à fundamentação teórica, a capacidade de liderança, o trabalho, o discernimento, a iniciativa, a habilidade de ensino, a maturidade e a estabilidade emocional. Para se adequar a esse perfil, o enfermeiro necessita se atualizar constantemente.

O trabalho do enfermeiro intensivista pode ser avaliado sob múltiplas facetas, pois, em certos momentos, a UTI é vista como um local em que se adquirem experiências e se desenvolvem atividades complexas e diferenciadas (prazer); em outras ocasiões, o trabalho no setor é marcado pelo cansaço físico e desgaste emocional (sofrimento), uma vez que o enfermeiro realiza atividades por um período de 12 horas consecutivas. (SANTOS et al., 2006).

Ao reportar-se ao conjunto de atividades desenvolvidas pelo enfermeiro intensivista, é importante salientar que, além das atividades relacionadas ao cuidado direto prestado aos

clientes críticos, em algumas situações há uma sobrecarga de atividades administrativas em detrimento das atividades assistenciais e de ensino. Chaves (1993, p. 54) ressalta que:

quando o enfermeiro assume sua função primordial de coordenador da assistência de enfermagem, implementando-a por meio de esquema de planejamento, está garantindo o desenvolvimento de suas atividades básicas (administrativas, assistências e de ensino) e promovendo, conseqüentemente, a melhor organização do trabalho da equipe, que passa a direcionar seus esforços em busca de um objetivo comum que é o de prestar assistência de qualidade, atendendo às reais necessidades apresentadas pelos pacientes sob seus cuidados.

Reporto-me neste estudo ao enfermeiro intensivista plantonista, que tem, como objetivo central, o cuidado direto ao cliente crítico, necessitando, para tanto, de um suporte administrativo. Entendo que deve haver uma estrutura para que o profissional consiga exercer as atividades-fim, relacionadas ao cuidado direto. É necessário, portanto, um enfermeiro diarista, que tenha como objetivo as atividades meio, relacionadas ao cuidado indireto, referente à organização, estrutura da unidade, previsão e provisão de materiais permanentes e de consumo. Assim, o enfermeiro plantonista poderá distribuir em suas 12 horas de trabalho, a avaliação das necessidades para prestar um cuidado de qualidade.

É importante ressaltar que o papel exercido pelo enfermeiro está diretamente relacionado à missão institucional, visto que, devido a rotinas institucionais, a atenção do enfermeiro pode ter outro foco. Por isso, é de fundamental importância compreender e saber como é o processo de trabalho do enfermeiro intensivista. Sem esse requisito é difícil diagnosticar possíveis distorções relacionadas às questões pessoais, profissionais, setoriais e institucionais.

De acordo com Figueiredo, a prática do cuidar em terapia intensiva está fundamentada essencialmente nos princípios do pensamento cartesiano. Essa visão privilegia o conhecimento racional e positivista, mas é possível pensar no corpo do cliente de forma completa, mesmo estando este em risco de vida. A emoção, a sensibilidade e a sutileza podem ser incluídas na filosofia cartesiana de cuidar, diferenciando o cuidar em terapia intensiva, pois devemos pensar a saúde e a doença não somente em sua função biológica, mas cuidar do corpo do cliente em sua plenitude. (FIGUEIREDO et al, 2006).

O paradigma cartesiano, de forma isolada, não é capaz de responder a todas as questões referentes à saúde do cliente. Esta última é muito importante em terapia intensiva, mas tem contribuído, segundo Figueiredo (2006, p.81), “para que os profissionais de enfermagem sejam, entre outras coisas, rotulados de desumanos, o que não é verdade”. Este é

um mito que foi criado no imaginário daqueles que cuidam de clientes críticos, pois aparentemente as máquinas parecem ser mais importantes que as pessoas.

O enfermeiro intensivista não pode ser rotulado como desumano somente por estar dedicado ao manejo de equipamentos especializados no tratamento ao cliente. Figueiredo (2006, p. 83) justifica a relação do profissional com o aparato tecnológico, pois “... esses equipamentos são imprescindíveis para a manutenção da vida de clientes criticamente enfermos nessas unidades”.

O profissional inserido na terapia intensiva também deve ser compreendido, pois passa por situações de difícil manejo emocional. Como qualquer indivíduo, ele também se emociona, ama, chora, sorri, sente sede, fome, sono, medo, dor. Tais aspectos devem ser considerados antes que esses profissionais sejam rotulados de forma equivocada como desumanos.

Quando pensamos no corpo, não devemos fazê-lo de forma fragmentada. O trabalho em terapia intensiva deve objetivar o equilíbrio, que é definido, por Figueiredo (2006, p. 84), como o “produto da perfeita interação entre o corpo e a mente, bem como, dos diversos sistemas e aparelhos orgânicos ... o corpo é complexidade e subjetividade”.

A subjetividade é inerente ao ser humano, devendo o enfermeiro, em todos os âmbitos de seu cuidado, observar o cliente crítico, mesmo aquele em risco iminente de morte, como uma pessoa que necessita de cuidados complexos e medidas que considerem a sua subjetividade.

1.3- Gerenciamento do Cuidado Direto e Indireto

Cuidar. . .

Quem cuida, cuida de alguém, de alguma coisa...

Cuidar precisa de um objeto para ser cuidado.

Cuidar tem raízes na vida e frutos na sobrevivência...

Cuidar envolve muito cuidado, estima, afeição...

Cuidar exige competência, conhecimento e dedicação!!!

Cuidar...

De quem eu cuido ou, como eu cuido de mim, do outro, da natureza, do mundo?

Cuidar ocupa espaço, ultrapassa limites, possui inúmeras dimensões...

É para além !!!

Além de si, além do outro, além da própria vida.

Como eu conjugo o verbo cuidar?

Para cuidar tem que saber, tem que querer...

Cuidar envolve interação, relação, coesão, disposição!!!

Cuidar requer sensibilidade,

Cuidar envolve muita emoção!!!

Cuidar...

Idas e vindas, chegadas e partidas...

Cuidar é encontro, mas pode gerar desencontros.

Cuidar...

Eu cuido, tu cuidas, eles cuidam...

Mas...

Como nós estamos cuidando na Enfermagem...?

Fátima Helena do Espírito Santo (2006)

Este capítulo tem por finalidade contextualizar a gerência e o cuidado em enfermagem. O enfermeiro gerencia seu processo de trabalho, compreendendo o gerenciamento do cuidado prestado ao cliente.

De acordo com Boff, tudo o que existe e vive precisa ser cuidado para continuar a existir e a viver: um planeta, um animal, uma criança, um idoso, o planeta Terra. Uma antiga fábula diz que a essência do ser humano reside no cuidado. O cuidado é mais fundamental do que a razão e a vontade. A ótica do cuidado funda uma nova ética, compreensível a todos e capaz de inspirar valores e atitudes fundamentais para a fase planetária da humanidade. (BOFF, 1999).

O cuidado é intrínseco à humanidade, desde o nascimento, passando pela vida e pela morte. Existem construções filosóficas, teológicas, estéticas, éticas e técnico-científicas na arte de cuidar, porém nem todo cuidado é de enfermagem. O cuidado é abrangente e envolve o humano e o animal. No ser humano ele é mediado pela linguagem e a construção cultural.

A base da vida social, da interação entre os sujeitos e da construção da vida em sociedade, com base nos estudos de Maturana e Varela (2001), está no amor. O cuidado envolve dimensões amorosas, que constroem os grupos sociais. No estudo citado, os autores ressaltam a reciprocidade e a preocupação com o outro, como biológica e intrínseca ao ser humano. Assim, ao cuidar de outra pessoa, o indivíduo está indiretamente investindo afetivamente em si mesmo.

A base amorosa do cuidado na enfermagem surge quando a relacionamos com a interação, ajuda, respeito, afeto, toque e amor. Na enfermagem, essa dimensão é tratada por Waldow (2004), que aborda o resgate do humano no cuidado.

Pinheiro destaca que, como prática fundamental, o cuidado, na área da saúde, é uma palavra que vem assumindo significados diversos. No latim, significa cura e o termo, quando era usado na Antiguidade, tinha sentido de amor e amizade. Outros relacionam a palavra cuidado com cogitar, pensar, colocar atenção, mostrar interesse, revelar uma atitude de desvelo e de preocupação. (PINHEIRO et al, 2005).

O mesmo autor segue adiante. Seja qual for o significado, diz ele, o cuidado faz parte do ser humano e tudo que tem vida clama por cuidado. Na realidade, o cuidado é o sustentáculo da criatividade, da liberdade e da inteligência humana. É tão importante para a humanidade, que é preciso que cada um de nós venha a desenvolver a afetividade para com os outros, para que possamos perceber suas necessidades, para que a construção de um mundo melhor não seja apenas utopia. (PINHEIRO et al, 2005).

Deve-se salientar que desde os primórdios da enfermagem, as idéias de Florence Nightingale são as bases do cuidado em enfermagem, pois delineou os primeiros conceitos da

profissão, assim como caminhos científicos e a observação sistemática como instrumento para realização do cuidado (SANTIAGO e ARRUDA, 2003, p. 169).

Florence não abordou o tema especificamente em seus escritos e não se preocupou em formular uma definição para cuidado, mas sim em estabelecer os conceitos de pessoa, ambiente, enfermagem, saúde e doença. Ela demonstrou, em sua teoria ambientalista, os efeitos dos ambientes do cuidado na promoção da saúde dos clientes.

A relevância do cuidado na enfermagem ganha destaque a partir da década de 50, quando várias teóricas – entre elas Virginia Henderson, Dorathea Orem, Jean Watson, Madeleine Leininger - buscaram subsídios teóricos com o objetivo de concretizar a enfermagem como profissão de cunho científico. Elas objetivaram principalmente, de acordo com Salles, eternizar o cuidado como uma âncora no assistir ao indivíduo, família e comunidade de uma forma sistematizada. (SALLES, 2002).

Dessa forma, durante sua evolução como profissão, a enfermagem passou por alguns estágios e momentos relacionados ao cuidado da pessoa doente ou sadia. O objetivo foi a construção de um corpo de conhecimentos próprios que lhe dessem uma base para consolidar a identidade da profissão.

Segundo Espírito Santo (2006), as teorias de enfermagem funcionaram como referência e eixo norteador para o agir e o pensar, buscando identificar o objeto do trabalho, a finalidade profissional e seus instrumentos, realizando, assim, as ações de forma sistemática.

Penso que o cuidado constitui um atributo para todos os seres humanos, porém é na área da saúde e, em especial, na enfermagem, que ele se caracteriza mais genuíno e peculiar. Neste sentido, concordo com Waldow et al (1995, p. 8) quando este autor diz que ele é “a razão existencial da enfermagem”.

O cuidar envolve um agir, uma atitude do enfermeiro integrado por duas formações: a pessoal e a profissional. As possíveis repercussões destes valores, com reflexos na prática dos enfermeiros, podem ser percebidas no cotidiano, no relacionamento entre clientes e profissionais de enfermagem. Este relacionamento perpassa pela subjetividade do profissional que assiste, intervindo no cuidar, no agir humano.

Acredito no cuidado “... de forma mais humanística, priorizando a ação de cuidar voltada para a pessoa, o meio ambiente e não somente centrada em procedimentos, patologias ou problemas”, sublinha WALDOW, 1998 apud BRUM, TOCANTINS e SILVA, 2005.

Essa percepção é endossada na literatura. Inúmeros autores relataram que a ação do cuidar pelo enfermeiro deve valorizar o ser humano em sua existência, independente da

expectativa de recuperação ou possibilidade de viver e sim pelas necessidades de cuidados.

Para Papaléo in Brum, Tocantins e Silva, (2005, p. 1021), cuidar é:

a verdadeira atenção à saúde da pessoa humana, enquanto conceituada como estado de bem-estar físico, psíquico e social, compreende não apenas a busca da cura das doenças, mas apoio e a palição quando a cura já não é possível, e, finalmente, o apoio para um fim de vida sem dores e sem sofrimentos desnecessários, preservada a dignidade da pessoa humana, derivada de sua condição de ser biológico e biográfico

Sob um mesmo prisma, Figueiredo et al (2006) afirmam que devemos pensar a saúde e a doença como algo que transcende a (dis)função biológica, que vai além do órgão comprometido. Não se deve mais cuidar do coração arritmico, mas cuidar do cliente em toda a sua plenitude, do corpo com arritmia cardíaca, mas em pleno ritmo da vida. Além disso, referem que a prática de cuidar em terapia intensiva está fundamentada nos princípios do pensamento cartesiano, relacionado ao conhecimento racional e positivista. Alguns aspectos, porém, devem ser aliados à filosofia cartesiana de cuidar, como a emoção, a sensibilidade e a sutileza.

Devemos ressaltar ainda que a enfermagem é uma profissão comprometida com o ser humano, desde o nascimento até a morte. Por isso, ela deve se utilizar do cuidado para transformar os desequilíbrios em equilíbrios, ou evitá-los.

Neste particular, lembro Figueiredo (2006, p. 84), segundo quem o “equilíbrio é produto de perfeita interação entre o corpo e a mente, bem como nos diversos sistemas e aparelhos orgânicos”. Portanto, não é possível pensar no corpo de forma fragmentada e positivista, pois “o corpo é complexidade e subjetividade”.

Assim sendo, penso, a exemplo de Figueiredo, que a prática do cuidar e assistir em terapia intensiva e seus desvios é que tem possibilitado a fragmentação da realidade do cliente grave, nessas unidades, pois o cliente de terapia intensiva, mesmo estando em risco iminente de morte, “não deixa de ser uma pessoa que exige cuidados complexos e medidas que considerem a subjetividade”. (FIGUEIREDO et al, 2006, p. 87).

O mesmo autor acrescenta que faz-se necessária, portanto, uma abordagem multidimensional em terapia intensiva, baseada no princípio de que “o cuidado deve considerar algumas dimensões do corpo que transcendem o biológico”, tais como a ética, ecologia, epidemiologia, econômica e política, educacional, psico-sócio-cultural e transcendental, sendo este relacionado com a religiosidade. (FIGUEIREDO, et al, 2006, p. 96).

Em outro trecho de sua obra, Figueiredo assinala não ser possível pensar a terapia intensiva somente a partir do pensamento complexo, mas este será o caminho mais curto e eficiente para o resgate do humano. Não é por meio do discurso de humanização, que rotula de desumano o profissional ali inserido, mas através da compreensão do todo, indivisível e total, que será possível perceber que a filosofia cartesiana tem muito do todo. Na verdade, “o que falta é treinar e ajustar olhares e saberes, fazer conexão entre emoção e razão, tecnologias e sujeitos” (FIGUEIREDO et al, 2006, p. 99).

Conforme a definição de Motta (2007, p. 26), gerência “é a arte de pensar, de decidir e de agir; é a arte de fazer acontecer, de obter resultados”. Penso que os resultados podem ser definidos, previstos, analisados e avaliados, sendo alcançados através das pessoas, necessitando, para tal, de uma interação constante.

Lunardi Filho (2000) mostra que a gerência dos enfermeiros ocorre sob um modelo alienante, normativo, punitivo, controlador e de supervisão burocrática. Pode-se observar uma influência direta do gerenciamento do cuidado do enfermeiro relacionado à organização do seu processo de trabalho.

Também vale a pena ressaltar que a gerência pode ser tratada de forma científica e racional, enfatizando as análises e as relações de causa e efeito, prevendo e antecipando ações de forma mais conseqüente e eficiente. Existe, no entanto, uma face de imprevisibilidade e de interação humana que lhe confere a dimensão do ilógico, do intuitivo, do emocional e espontâneo e do irracional. (MOTTA, 2007).

É neste sentido que, após refletirem sobre esta temática, Blake e Mouton (1978) referem que estudiosos da teoria e do treinamento gerenciais chegaram à conclusão que gerência é uma ciência e não uma arte e que, portanto, pode ser aprendida.

Penso em gerência como arte e ciência. Como tal, ela deve valorizar o lado racional e técnico, sem, contudo, esquecer a interação humana, do intuitivo, do emocional e espontâneo e do irracional, conforme sublinha Motta.

Assim é que todo profissional tem a possibilidade de adquirir a capacidade gerencial na arte de pensar e julgar para melhor decidir e agir. É este o sentido que faz da capacidade de gerenciar um requisito importante para o enfermeiro intensivista. Afinal de contas, este profissional necessita de julgamento rápido e preciso em suas ações assistenciais, porque trata de clientes extremamente graves. E para eles (os clientes) as ações são cruciais para a implantação do cuidado, que é vital, para sua recuperação.

Pode-se utilizar o termo administração em lugar de gerência, pois, como afirma Davel (2004, p.01), este “é um termo consagrado para indicar a função referente à obtenção de recursos como pessoal, materiais, serviços gerais e outros”.

Já Chiavenato (2004, p. 6) conceitua o termo administração como:

Maneira de utilizar os diversos recursos organizacionais – humanos, materiais, financeiros, de informação e tecnologia – para alcançar objetivos e atingir elevado desempenho. É o processo de planejar, organizar, dirigir e controlar o uso dos recursos organizacionais para alcançar determinados objetivos de maneira eficiente e eficaz.

Com base no gerenciamento em enfermagem, Tonini (2006, p.11) infere que “gerenciar não se restringe aos atos administrativos - organizacionais, devendo abarcar a dimensão subjetiva”.

No que se refere ao gerenciamento do cuidado prestado pelo enfermeiro, relacionado a todo seu processo de trabalho, gerenciar é um conjunto de ações desenvolvidas durante o cuidado prestado ao cliente. O gerenciamento pode ocorrer de forma direta, ou indireta, sendo essa última modalidade relacionada a atos administrativos. É necessário salientar a subjetividade implícita na interação entre os sujeitos envolvidos - cliente, enfermeiro, sua equipe e demais membros da equipe de saúde.

Pode-se afirmar, conforme sustenta Tonini, que a enfermagem atual pauta-se na cientificidade e seu processo de cuidar ocorre de forma mais sólida e não de maneira frágil, submissa e sem reflexão. O processo de cuidar em enfermagem é impregnado de saberes científicos, devendo o cuidado prestado ser avaliado como produção de um produto ou como oferta de um serviço. (TONINI, 2006).

Novas formas de olhar e pensar o cuidado em enfermagem são necessárias, como uma ação do gerenciamento do enfermeiro em seu processo de trabalho.

O gerenciamento em enfermagem possui atualmente uma conotação muito ampla, subjetiva e complexa, diferente dos discursos e da prática, fechados, engessados e inspirados em princípios de gerência ultrapassados.

Materiais e Métodos de Pesquisa

2. Materiais e Métodos de Pesquisa.

Este estudo é do tipo descritivo e utiliza uma abordagem qualitativa.

A abordagem qualitativa, como descrita por Minayo, é aquela capaz de incorporar a questão do significado e da intencionalidade como inerentes aos atos e às estruturas sociais. A autora enfoca a abordagem qualitativa como aquela que

se preocupa com um nível de realidade que não é quantificado, ou seja, ela trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos (MINAYO 2006, p. 25).

Pollit & Hungler (1995) consideram que a pesquisa qualitativa é fundamentada na premissa de que os conhecimentos são possíveis somente através da descrição da experiência humana, tal como ela é vivenciada e definida por seus próprios sujeitos. Esta abordagem metodológica tem sido muito utilizada pelos pesquisadores em saúde, como estratégia para o desenvolvimento de suas investigações.

Já os estudos descritivos são aqueles que têm como objetivo primordial a descrição das características de determinada população, levantamento de suas opiniões, atitudes e crenças, através da identificação da existência de relações entre variáveis, com possibilidade de determinar a natureza destas relações (GIL, 2002).

O presente estudo, para a sua execução, foi remetido ao Comitê de Ética em Pesquisa, existente em uma Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, onde a instituição está inserida, sendo aprovado em 14 de Maio de 2008, cadastrado sob o número CAAE 0030.0.258.000.08. Registro aqui que todos os imperativos ético-legais para o desenvolvimento de pesquisas em seres humanos, presentes na Resolução 196/1996 do CNS, foram adotados.

A natureza do estudo e a abordagem escolhida satisfizeram as expectativas, já que nossa proposta foi entender o problema apontado a partir do processo de trabalho dos sujeitos. Conseguimos extrair dos protagonistas os dados que subsidiaram, com clareza, a identificação, caracterização e discussão do problema apresentado.

O cenário de estudo é um Centro de Terapia Intensiva e uma Unidade Coronariana, em um hospital federal universitário de grande porte, localizado no estado do Rio de Janeiro, com o qual detenho vínculo profissional e onde observo a caracterização do problema descrito.

Este cenário é classificado pelo SUS como hospital de nível terciário e quaternário. Trata-se de uma unidade de saúde de alta complexidade de atendimento à população da Zona Metropolitana II, que engloba, além de Niterói, as cidades de Itaboraí, Maricá, Rio Bonito, São Gonçalo, Silva Jardim e Tanguá. Sua área de abrangência atinge uma população estimada em mais de dois milhões de habitantes e, pela proximidade com a cidade do Rio de Janeiro, atende também parte de sua população. Possui 263 leitos distribuídos por especialidades, Centro Cirúrgico e ambulatório. Seu CTI possui 17 leitos adultos, Unidade Coronariana com 07 leitos e um CTI neonatal com 06 leitos. O hospital dispõe ainda de uma emergência aberta, onde sua clientela é diferenciada em clientes graves e politraumatizados.

O CTI foi inaugurado recentemente, em novembro de 2006, em outra área física para ampliação dos leitos, uma vez que anteriormente contava com 06 leitos.

Nessas unidades, a prestação de cuidados é realizada por intermédio de uma equipe multiprofissional, da qual participam médicos, residentes de medicina, enfermeiros, fisioterapeutas, nutricionistas, assistentes sociais, técnicos e auxiliares de enfermagem. O trabalho desses profissionais é subsidiado por uma infra-estrutura, caracterizada por recursos tecnológicos e materiais, mas a unidade convive com as dificuldades inerentes ao setor público de saúde.

A equipe de enfermagem, à época da realização do estudo, era composta por uma enfermeira gerente, responsável pelas clínicas especializadas (CTI, Unidade Coronariana e Centro de Diálise). O CTI contava uma enfermeira diarista denominada coordenadora da assistência, 02 enfermeiros plantonistas diurnos e 02 noturnos e de 5 a 7 técnicos de enfermagem por plantão de 24 horas. Na Unidade Coronariana atuavam 01 enfermeira coordenadora da assistência, 01 enfermeiro plantonista, 3 técnicos de enfermagem no serviço diurno e 02 no serviço noturno em cada plantão. Existem dois tipos de contrato de trabalho, o funcionário estatutário cumprindo uma carga horária de 30h semanais, em uma escala de trabalho de 12h x 60h e um contrato temporário, com carga horária de 40h semanais em uma escala de 12h x 36h.

Os sujeitos deste estudo foram 16 enfermeiros assistenciais, sendo 06 da Unidade Coronariana e 10 do CTI, plantonistas do serviço diurno e noturno, líderes de suas respectivas equipes. Todos usufruíam da prerrogativa de trabalhar no cenário em questão, independente do tempo de trabalho.

Embora a capacidade operacional deste CTI seja de 17 leitos, no momento da coleta de dados havia somente 10 leitos em funcionamento.

A clientela atendida no CTI é diversificada, composta por um grande número de clientes politraumatizados, cirúrgicos (cirurgia geral, vascular, torácica, neurológica, entre outras) e clínicos.

Utilizamos na coleta de dados a técnica da entrevista semi-estruturada.

Esse modelo de investigação envolve a participação dos sujeitos e promove da tal forma a interação entre o pesquisador e os depoentes, que “o entrevistado tem a possibilidade de discorrer sobre o tema em questão sem se prender à indagação formulada” (Minayo 2006, p. 261). Nas investigações qualitativas, a entrevista é considerada um recurso importante tendo em vista a socialização entre os atores sociais envolvidos. Leopardi et al (2002, p. 176) refere que:

a entrevista tem a vantagem essencial de que são os atores sociais mesmos que proporcionam os dados relativos a suas condutas, opiniões, desejos, expectativas, coisas que, pela própria natureza, é impossível perceber de fora. Ninguém melhor do que a própria pessoa envolvida, para falar sobre aquilo que pensa e sente do que tem experimentado.

Além disso, a opção por esta técnica decorre não só da intenção de suscitar a reflexão, a partir das questões norteadoras apresentadas, mas torna possível identificar as modalidades de gerência do cuidado que os atores utilizam em seu dia a dia.

Após a aprovação no Comitê de Ética e Pesquisa, este estudo foi remetido à Diretoria de Enfermagem e a gerente de enfermagem das clínicas especializadas, para que tomassem conhecimento do projeto e encaminhassem a pesquisadora ao contexto pesquisado, de maneira que a autora do trabalho convidasse os sujeitos da pesquisa. Em ambas as situações, os objetivos deste estudo foram expostos e a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) foi solicitada.

As entrevistas foram gravadas em um gravador digital, com o objetivo de apreender o discurso dos sujeitos na íntegra. A gravação foi transferida para o computador por cabo USB e o conteúdo dos depoimentos foi transcrito para o programa Word e salvo na extensão “doc”.

A realização das entrevistas ocorreu de acordo com a disponibilidade de cada sujeito do estudo, em data, local e hora pré-estabelecidos, nos meses de maio e junho de 2008. Ao término da coleta de dados, as entrevistas foram arquivadas pelo pesquisador com anuência dos sujeitos entrevistados.

A análise dos dados coletados foi realizada a partir de categorias oriundas dos conteúdos revelados, utilizando-se a técnica da análise de conteúdo de Bardin, que a caracteriza como:

um conjunto de técnicas de análise de comunicação visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (qualitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção destas mensagens (Bardin, 1977, p. 42).

Na fase da pré-análise foi realizada a “leitura flutuante” (Bardin, 1977) dos conteúdos das entrevistas realizadas nos meses de maio e junho de 2008. A técnica utilizada para a organização dos conteúdos foi a de marcação dos textos no “corpus” de análise, ou seja, dos documentos a serem submetidos aos procedimentos analíticos. Durante as diversas leituras, organizaram-se os conteúdos por marcação de trechos, para estabelecer um contato com os depoimentos e conhecer o texto “deixando-se invadir por impressões e orientações”. (Bardin, 1977, p. 96).

Esses processos de marcação, associados a outras leituras do conteúdo, nos permitiram alcançar o nível de “exaustividade” (op. cit) e, portanto, a identificação de unidades de significação, indicadores do processo gerencial do enfermeiro em relação ao cuidado prestado ao cliente grave.

Todo o conteúdo foi organizado tendo como base os elementos estabelecidos na fase exploratória: objeto de estudo, questões norteadoras e objetivos.

Houve nova leitura dos conteúdos marcados para a construção de diagramas que identificassem a seqüência do processo gerencial do enfermeiro. Constituiu-se o esqueleto de cada entrevista, para apreensão dos conteúdos marcados.

Como exemplos, apresentam-se os diagramas das entrevistas 01, 02 06, 09 e 11 (Figuras 1, 2, 3, 4 e 5).

Figura 1 – Diagrama do processo gerencial do enfermeiro 01.

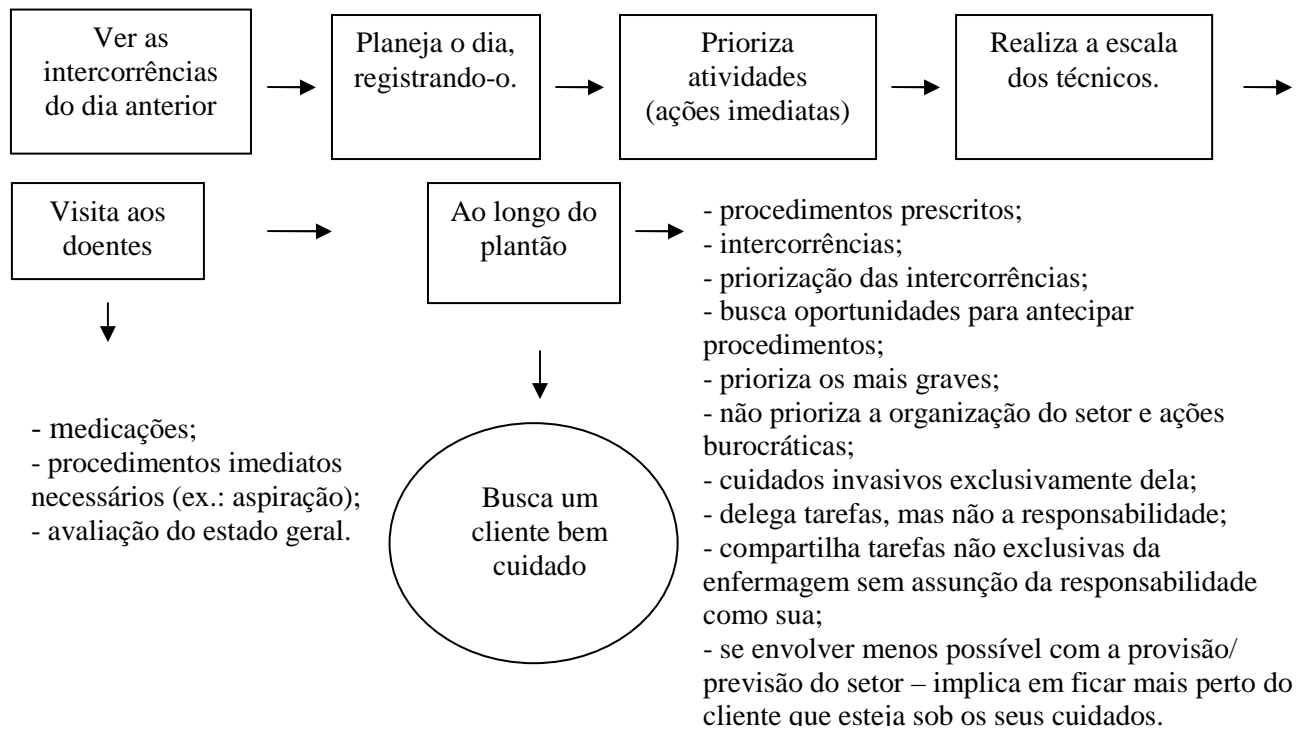


Figura 2 – Diagrama do processo gerencial do enfermeiro 02.

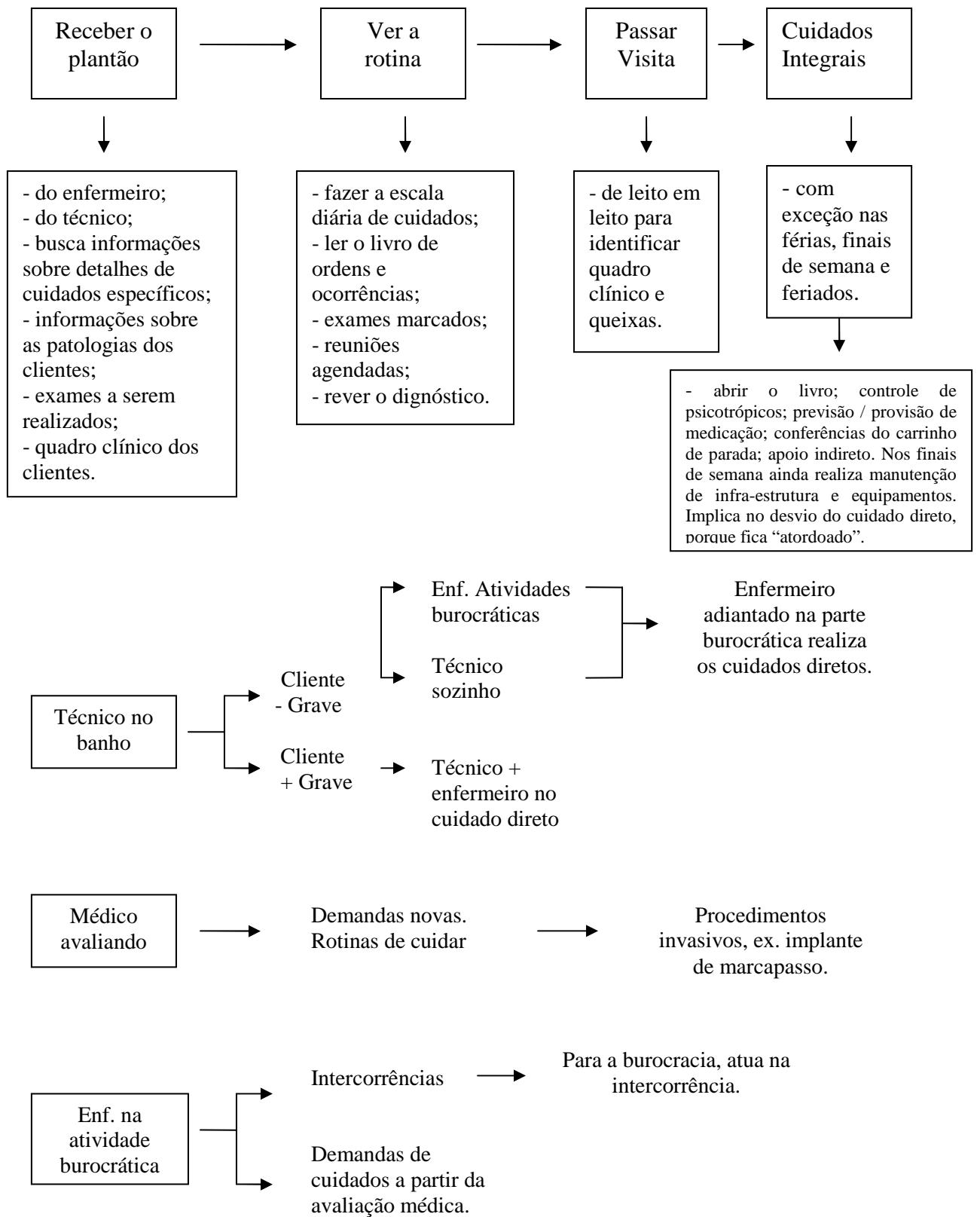


Figura 3 – Diagrama do processo gerencial do enfermeiro 06.

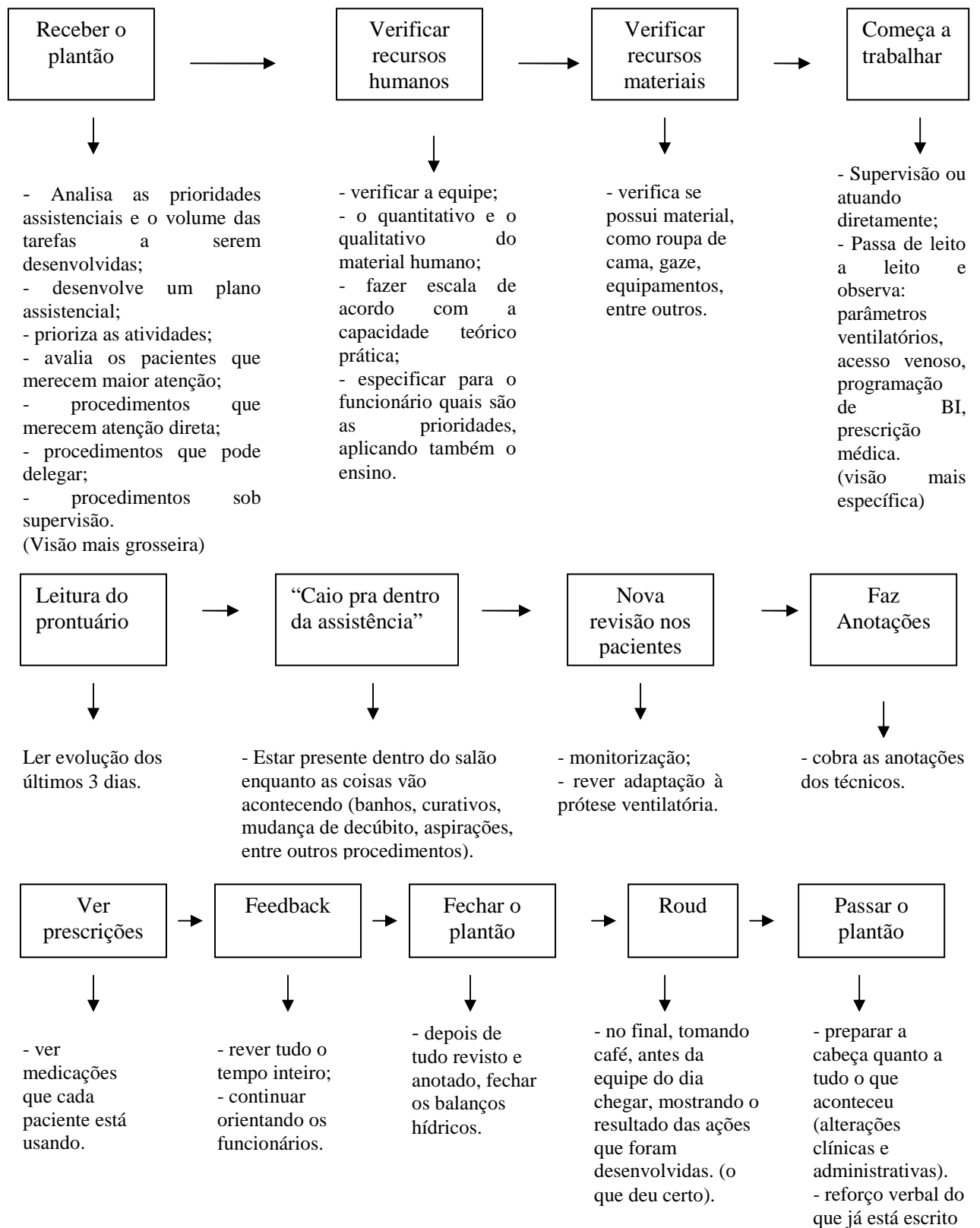


Figura 4 – Diagrama do processo gerencial do enfermeiro 09.

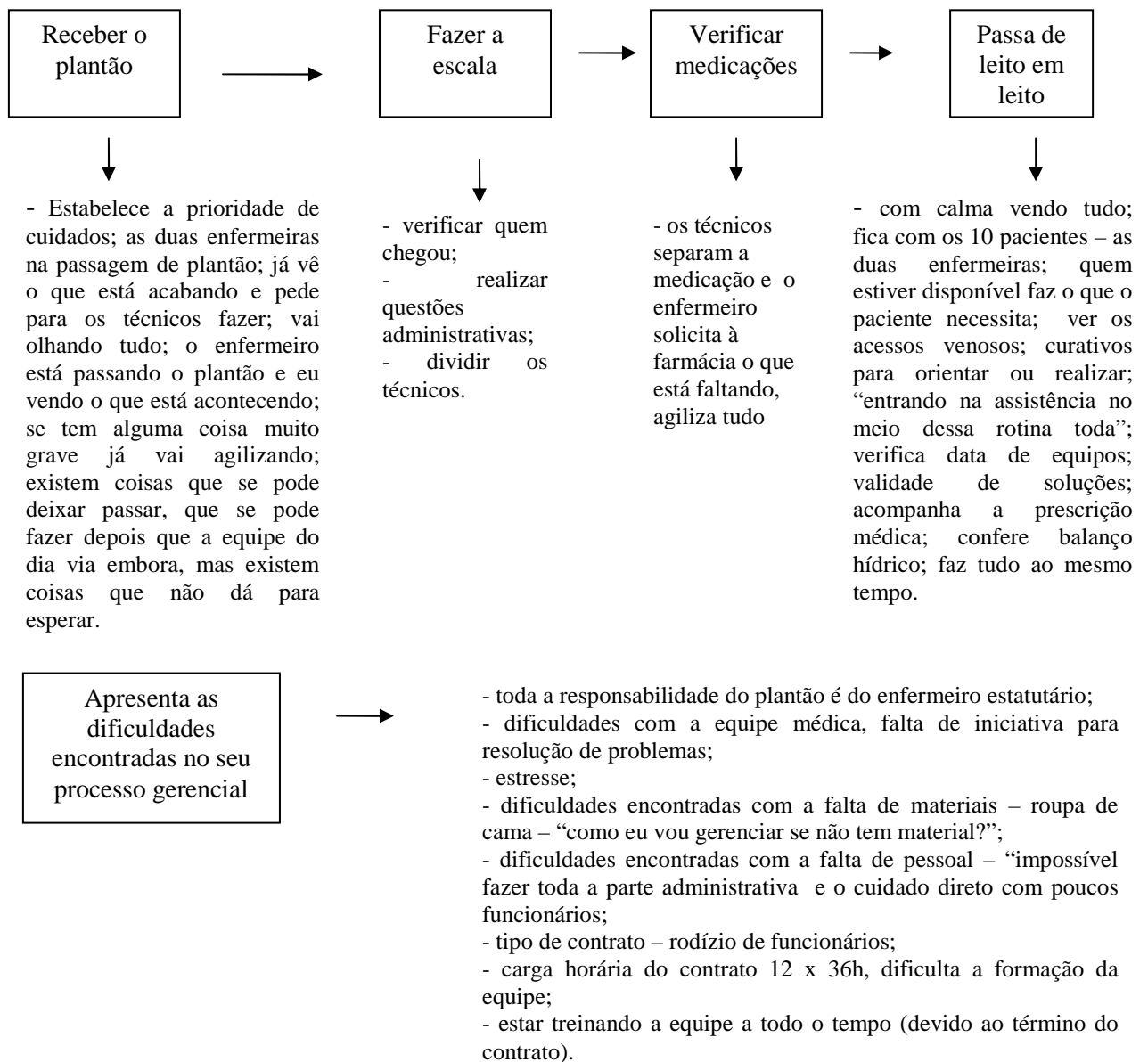
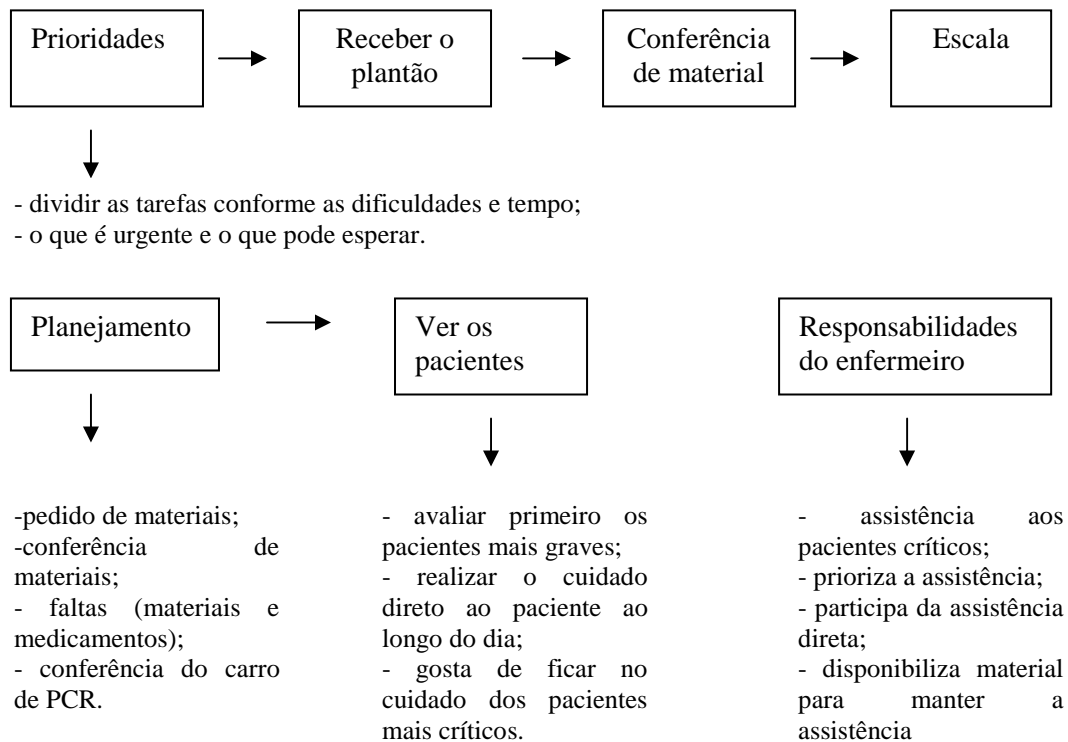


Figura 5 – Diagrama do processo gerencial do enfermeiro 11.



A partir dos diagramas aqui reproduzidos e com os conteúdos marcados nos textos, iniciou-se a análise dos dados com extração das unidades de registro, definidas por Bardin (2008, p. 130) como “unidade de significação a codificar”. Essa unidade se refere ao segmento de conteúdo que será considerado como unidades de base, para a categorização.

Os dados brutos foram transformados e codificados no texto para atingir a representação do conteúdo, agregados em unidades que permitissem a descrição das características dos conteúdos. (BARDIN, 2008).

Assim iniciou-se a preparação do material com a elaboração de quadros mapeadores para caracterizar o processo de trabalho do enfermeiro quando gerencia o cuidado direto ao cliente da Terapia Intensiva. Nessa fase, houve a escolha das unidades (o recorte referente ao conteúdo marcado) e a contagem (a enumeração) para posterior classificação e agregação objetivando a escolha das categorias (op. cit. p. 129).

Nessa construção de quadros “mapeadores” destacou-se os temas mais evocados. O tema como unidade de registro corresponde a uma regra de recorte, utilizado “para estudar motivações de opiniões, de atitudes, de valores, de crenças, de tendências, etc.”(BARDIN, 2008, p. 131).

A seguir, como exemplos, apresentam-se alguns quadros “mapeadores” por cada entrevistado, referentes às entrevistas de número 01, 02, 06 e 09.

Quadro I – Referente aos temas evocados na Entrevista 01

Temas evocados	Número de evocações
Prioridade assistencial	10
Cuidado direto	10
Gerenciamento	07
Intercorrências	05
Demonstrar confiança	04
Fazer pouco serviço burocrático	03
Planejamento	03
Buscar aperfeiçoamento	03
Ter uma equipe treinada	03
Cliente como foco	03
Supervisão dos técnicos	02
Receber plantão	01
Escala de pacientes	01

Quadro II – Referente aos temas evocados na Entrevista 02

Temas evocados	Número de evocações
Cuidado direto	13
Serviço burocrático	10
Intercorrências	06
Receber plantão	04
Gerenciamento	04
Quantitativo de funcionários insuficiente	04
Escala de pacientes	03
Prioridade assistencial	03
Supervisão dos técnicos	02
Planejamento	01
Ter uma equipe treinada	01
Cliente como foco	01

Quadro III – Referente aos temas evocados na Entrevista 06

Temas evocados	Número de evocações
Cuidado direto	13
Prioridade assistencial	07
Supervisão direta	07
Capacidade técnica da equipe	06
Treinamento em serviço / orientação a equipe	05
Cuidado indireto	04
Avaliação do material humano	04
Escala de pacientes	03
Falta de material	03
Planejamento	02
Receber plantão	01
Confiança na equipe	01
Pouca experiência da equipe	01

Quadro IV – Referente aos temas evocados na Entrevista 09

Temas evocados	Número de evocações
Estresse	11
Cuidado direto	07
Prazer no trabalho	05
Quantitativo de material insuficiente	05
Diversidade na equipe (contrato x estatutário)	04
Receber plantão	03
Prioridade assistencial	03
Ter toda a responsabilidade	03
Quantitativo de funcionários insuficiente	03
Cliente como foco	03
Planejamento	02
Escala de pacientes	02
Trabalho em equipe	02
Iniciativa	02
Supervisão/orientação dos técnicos	02
Profissionais qualificados	02
Profissionais pouco qualificados	02
Cuidado indireto	01
Intercorrências	01

Na codificação dos temas produzidos das evocações dos enfermeiros, pode-se sintetizar, no quadro V, os temas mais evocados a seguir:

Quadro V – Síntese dos temas mais evocados nas 16 entrevistas.

Temas evocados	Número de evocações
Cuidado direto	110
Prioridade assistencial	61
Cuidado Indireto	45
Supervisão / orientação dos técnicos	33
Intercorrências	28
Ter uma equipe treinada	28
Estresse / Sobrecarga	26
Liderança	24
Receber plantão	23
Planejamento	22
Quantitativo de funcionários insuficiente	22
Conhecimento técnico-científico (busca)	22
Escala de funcionários	21
Diversidade na equipe (contrato x estatutário)	20
Falta de material	20
Cliente como foco	13
Sobrecarga de trabalho	13
Importância do comprometimento e harmonia na equipe	11
Avaliação do material humano	10
Dificuldade de gerenciar	09
Possui prazer no trabalho	08
Iniciativa	07
Dar satisfação a outros profissionais	07
Demonstrar confiança	06
Falta de respeito (equipe interdisciplinar)	05
Importância da saúde física e mental do trabalhador	04
Fazer pouco serviço burocrático	03
Interação positiva com a equipe médica	03
Preocupação com a segurança dos profissionais	02
Ter motivação	02
Falta de apoio institucional	02
Flexibilizar regras	01

O início da análise dos dados se deu por meio de unidades de significação e construção do esqueleto da entrevista, (idem, p.102-28), atingindo as categorias analíticas que serão apresentadas.

Os resultados oriundos da análise serão tratados no capítulo a seguir denominado de Resultados e Discussões das Categorias.

Resultados e Discussão das Categorias

3. Resultados e Discussão das Categorias

O presente capítulo visa apresentar, analisar e discutir os dados obtidos com os depoimentos dos enfermeiros, mediante a criteriosa leitura e análise do material transcrito, o respaldo obtido através do referencial teórico-metodológico consultado e a reflexão crítica que busquei desenvolver a partir dos fenômenos encontrados.

3.1 – Discussão dos Dados Demográficos

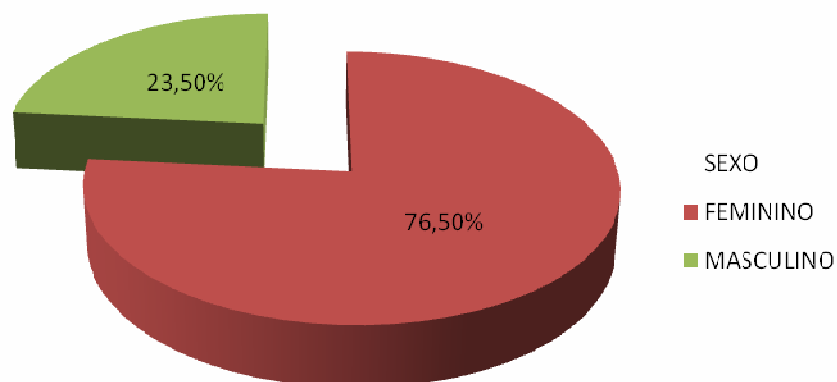
Apresentar os dados demográficos dos entrevistados nesse capítulo foi uma escolha na tentativa de oferecer ao leitor uma leitura contínua desde a organização da análise até a categorização.

Esses dados foram produzidos a partir das perguntas para caracterização dos participantes do roteiro de entrevista (Apêndice A). A organização dessa biografia foi realizada por meio de gráficos, quadros e figuras.

Utilizou-se, como suporte para compreensão e direcionamento, a apropriação de alguns dados que contempla um conteúdo numérico, no intuito de expor a realidade investigada com maior clareza e profundidade.

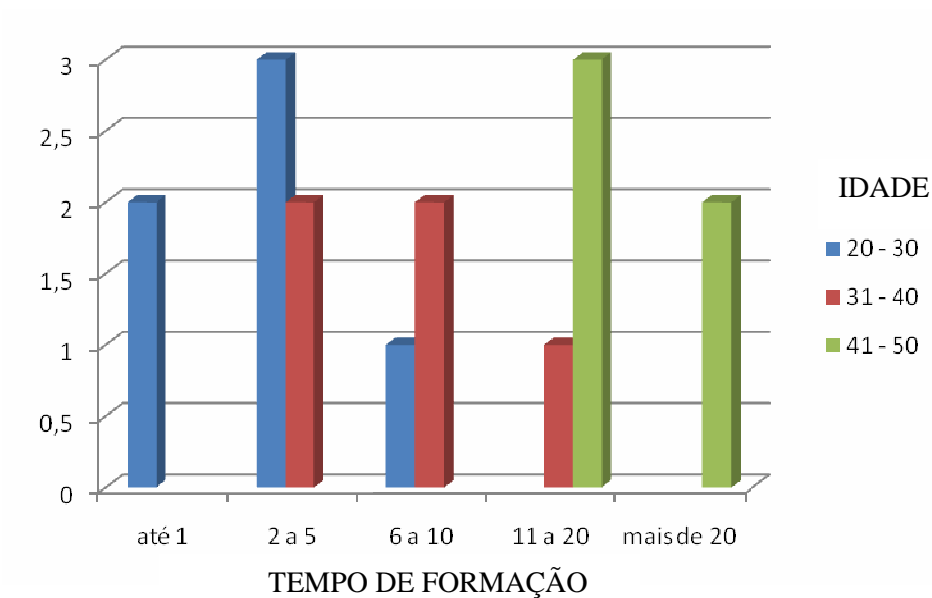
Dos enfermeiros entrevistados, 76,5% são do sexo feminino, ao passo que os demais 23,5% são do sexo masculino. Como demonstra o gráfico a seguir:

Gráfico I – Distribuição dos entrevistados por sexo.



Esses dados confirmam a afirmação de Figueiredo (2001). Este autor considera que a enfermagem é exercida, em sua maioria, por profissionais do sexo feminino e que o território criado por Florence Nightingale possibilitou a abertura de um espaço social e epistemológico amplos para desenvolver cuidados, contemplando as habilidades femininas e a incorporação de muitos valores morais e sociais na própria formação dos enfermeiros modernos.

Gráfico II – Distribuição dos entrevistados por faixa etária e tempo de formação.



A faixa etária e tempo de formação dos enfermeiros variaram entre 22 a 46 anos, dentre os quais 56% possuem tempo de graduação menor que 10 anos. Os 44% que concluíram a graduação há mais de 10 anos, atuaram a maior parte do tempo na terapia intensiva, conforme os relatos aqui transcritos:

“... tenho um bom tempo de formado, 15 anos, e um bom tempo de terapia intensiva, basicamente o mesmo período de 15 anos” (E05).

“Eu tenho dedicação, mais de 25 anos exclusivamente na terapia intensiva” (E06).

Esses dados demográficos (idade e tempo de formação) podem configurar dificuldades no processo gerencial, apontado da seguinte forma pelos depoentes:

- Insegurança para tomada de decisão e para liderança;

- Reconhecimento profissional e;
- Experiência insuficiente para detecção e resolução de problemas.

Os enfermeiros mais jovens em idade relatam dificuldades no gerenciamento, devido à idade e pouco tempo de formação. Já os profissionais com maior tempo de atuação expressam algumas dificuldades e sobrecarga devido à inexperiência de seus colegas de trabalho.

“... como eu sou nova ainda, eu estou pegando um pouco esse negócio de gerenciamento, eu acho que estou tendo um pouco de dificuldade nessa parte de liderança, porque sou nova, então muita gente não leva muito a sério porque é novinha e tal, mas eu tento gerenciar da melhor forma” (E03).

“Eu tenho muita dificuldade com essa coisa de gerenciar...” (E16).

“... apesar de eu ter uma segunda enfermeira, pela característica do contrato, são pessoas jovens, com pouquíssima experiência ou nenhuma experiência em terapia intensiva, são pessoas que acabaram de se formar” (E06).

“Eu tenho liderança, eu acho que não tinha quando eu me formei, eu adquiri” (E14).

Gomes e Oliveira (2004, p. 268) concluíram, após estudo realizado com enfermeiros, que a saída da universidade e o enfrentamento das demandas do mercado de trabalho retratam um sentimento de impotência e medo experimentados pelos jovens profissionais. Esse receio, lembram eles, pode estar relacionado com um processo formador baseado numa teoria que não capacita adequadamente os profissionais para o desempenho técnico da profissão. “A universidade não subsidia o profissional com habilidades e conhecimentos técnicos suficientes para a execução segura da prática profissional”, argumentam os autores. O depoimento abaixo, colhido na pesquisa, confirma a tese e questiona a formação voltada para a pesquisa:

“Hoje em dia o mercado fechou um pouco, você precisa de maior qualificação. Mas, será que já chegamos à hora de você, exigir a especialização pra atuação em área? Eu acho que a gente está chegando nessa hora, eu acho que o volume de procedimentos técnicos, o volume de conhecimento necessário para você atuar em determinadas áreas, não cabe mais para você pegar um enfermeiro com formação generalista. E a formação hoje em dia é ruim, ela é pouco prática, é uma formação teórica, é uma formação para pessoa voltada em pesquisa, é uma formação que as pessoas não são voltadas ao fazer enfermagem, mas tratar de pesquisa em enfermagem ou estudos em enfermagem.” (E06).

Ainda que a liderança seja uma dificuldade para os enfermeiros jovens e recém formados, o depoimento de E14 demonstra que a liderança ainda é uma competência adquirida com a experiência profissional ao longo dos anos – tal qual Blake e Mouton (1978) haviam descrito como algo a ser aprendido.

O diferencial do enfermeiro é a relação saber-fazer, pois “a relação entre a teoria e a prática emerge a partir do amadurecimento do profissional e da necessidade colocada pela prática”. A prática do cuidado requer o saber para ampliar/aprofundar o conhecimento de Enfermagem. (GOMES e OLIVEIRA, 2004, p. 269). O fazer técnico e racional, assim, é necessário sem que esqueçamos a interação humana, o intuitivo, o emocional e espontâneo e, até mesmo, o irracional.

Esse conjunto de elementos constitutivos do saber-fazer de Enfermagem possibilita pensar a gerência ora como ciência (op. cit. 1978), ora como arte (MOTTA, 2007).

O mercado de trabalho atual exige um enfermeiro capaz de atuar em todos os ramos de sua profissão, com conhecimentos, habilidades e atitudes para seu pleno desenvolvimento. Entretanto, Gomes (2002) apud Gomes e Oliveira (2004, p. 271) observa um descompasso entre os objetivos da universidade com o mercado de trabalho. Segundo eles,

“a universidade pretende formar profissionais com senso crítico desenvolvido – profissionais do pensar – e como consequência também de um fazer específico e contextualizado. O mercado por sua vez, espera um profissional com habilidade técnica perfeita e diversificada, que seja rápido, que atenda ao maior número possível de demandas colocadas pelo cotidiano hospitalar”.

Devido às exigências de uma parcela do mercado de trabalho, o enfermeiro busca se especializar para suprir as demandas impostas a partir do espaço de cuidar em que se encontra. O mesmo ocorre com os participantes deste estudo. 56% deles possuem especialização em terapia intensiva, 25% em outras áreas como clínica médica e cirúrgica, emergência, hematologia e enfermagem do trabalho e 19% não têm especialização, conforme observamos no depoimento a seguir:

“... porque o fazer enfermagem em terapia intensiva, demanda de conhecimento, demanda de segurança, demanda de atualização, demanda de investigação de buscar respostas. Tem que ter um tempo de ação diferente, e esse tempo de ação, esse tempo do fazer você só desenvolve com a prática profissional”. (E06)

De certo modo, o quantitativo majoritário de especialistas em terapia intensiva justifica-se por ser um setor altamente especializado, onde materiais e equipamentos sofisticados são usados para atender aos problemas de saúde dos clientes assistidos.

A quase imposição da especialização pode ser perversa para o enfermeiro, caso ele não esteja alerta ao cuidado de si e do cliente como um sujeito histórico, político, complexo, criativo e livre. Ignorar essas evidências pode comprometer o cuidado que não pode se basear apenas nos aspectos racionais e bio-fisiológicos (a doença) tão presente nos CTIs. Essa tendência cria sujeitos impregnados de racionalidades, moldados apenas para o funcionamento da instituição, “engessados em relação ao seu corpo, ao seu modo de pensar, a sua psique” (Enriquez, 1997, p. 19). O profissional fica isolado de um trabalho mais coletivo e interdisciplinar no interior de sua equipe. Um modelo de gerenciamento de cuidado excludente gera uma “dimensão cuidadora pouco comprometida com seu sujeito/objeto de trabalho – o cliente”. (Tonini, 2006, p.39).

O desafio dos enfermeiros é buscar um equilíbrio que dê conta das particularidades do sujeito que cuida, do sujeito que é cuidado, do mercado de trabalho e do CTI, ao mesmo tempo em que busca conhecimentos específicos que o capacitem para uma tecnologia do cuidado em Enfermagem. Essa realidade é apoiada por Spezani (2007, p. 5) ao afirmar que em terapia intensiva:

os profissionais buscam desenvolver uma vontade de saber, caracterizada pelo domínio incessante e massificado de conhecimentos de cunho técnico-científico para que sejam capazes de subsidiar a prática de suas ações, junto à clientela assistida, obtendo, com isso, melhores resultados, reconhecimento, satisfação pessoal e poder.

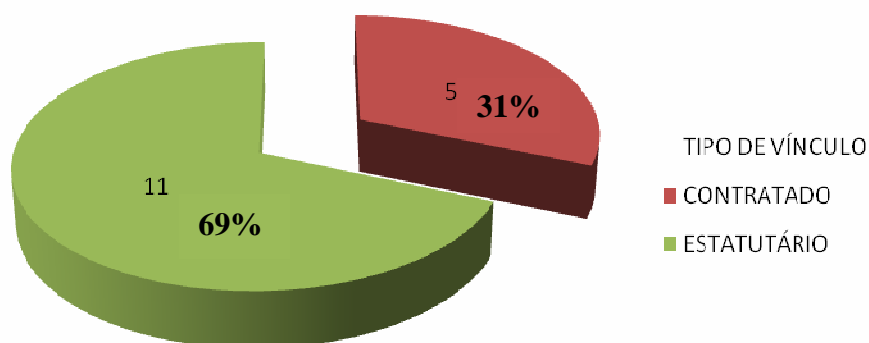
Muitas vezes, a alteração hemodinâmica observada no monitor não revela a causa dos sintomas, exigindo do enfermeiro uma competência comunicacional para identificar os signos emitidos pelo corpo do cliente e uma habilidade de observação para perscrutar tais signos. É essa capacidade perceptual que vai estabelecer as causas da descompensação hemodinâmica que pode ser de origem emocional, espiritual ou física. A origem de um posicionamento corporal desconfortável é um bom exemplo. Essas ações gerenciais do cuidado de enfermagem evitam ou minimizam intervenções invasivas, medicamentosas, além de riscos microbiológicos, acelerando o restabelecimento do processo saúde-doença.

Todavia, deve existir uma harmonia para que todas as necessidades dos clientes sejam atendidas, sem que a tecnologia afaste o profissional do cliente. A técnica, portanto, deve auxiliá-lo no cuidado. Valorizar a subjetividade e o equilíbrio hemodinâmico do cliente são essenciais mesmo com risco iminente de morte.

Em relação ao tipo de vínculo com a instituição, 69% são estatutários, realizando uma carga horária de 30 horas semanais e 31% mantém vínculo temporário, nos moldes da Lei nº

8.745, de 9 de dezembro de 1993, com carga horária de 40 horas semanais, em um contrato de trabalho de 1 ano.

Gráfico III – Distribuição dos entrevistados por tipo de vínculo empregatício



Ao avaliar o mercado de trabalho dos enfermeiros no Brasil, Varella et al.(2005) afirmam que:

Os recursos humanos em saúde vêm passando por transformações em relação a sua inserção em instituições prestadoras de serviço de saúde, que se caracterizam por um processo de desregulamentação verificado pela substituição do emprego formal e assalariado por diversas outras modalidades de vinculação dos profissionais aos serviços.

Essa situação diferenciada entre os enfermeiros tem gerado conflitos no processo de trabalho, conforme observamos no depoimento aqui reproduzido:

“... a própria desmotivação do setor, porque você não tem uma consolidação da equipe, você não tem equipe, pessoas novas entrando e 12 x 36 já tem uma questão da carga horária, então você não consegue ter a continuidade da equipe, eu me sinto sempre, pegando um plantão começando da estaca zero...” (E04)

O caráter relacional existente nos conflitos se torna um desafio para o gerente do serviço, no que tange à sua competência de se comunicar para saber ouvir cada enfermeiro. Isso permite que ele exprima os fatos ocorridos, levando em conta “fatores pessoais, como irritação ... diferentes estilos de comunicação advindos de características pessoais, de gênero ou culturais” (PERES; CIAMPONE, 2006; p. 497).

Embora sejam produzidos no micro espaço do cuidado, esses conflitos não são visualizados se o foco se dá no âmbito nacional. Varella (2007), ao avaliar o mercado de trabalho dos enfermeiros em uma pesquisa multicêntrica, refere que não existe desemprego estrutural para os enfermeiros. De acordo com este autor, a flexibilidade do mercado de trabalho e a precarização do emprego não consiste em agravo que afete o mercado laboral dos enfermeiros do Brasil.

Estudos anteriores aos de Varella (op. cit), no entanto, apontam que para enfrentar a competição mundial e promover as reformas organizacionais são estabelecidos contratos de trabalho precários e subcontratações, com redução de salários e de empregos, acarretando um pesado ônus. A precarização do trabalho atinge o conjunto da sociedade, de modo diferenciado, muitas vezes sob o eufemismo de novas formas de trabalho, esconde a diminuição de postos de trabalho e a fragilidade de novos arranjos laborais (GOMES; THEDIM-COSTA, 1999).

Já Pedduzi contextualizou as atividades da seguinte maneira: “O mercado de trabalho sofre influências das transformações políticas e econômicas existentes no mundo do trabalho, marcadas por desregulamentação das relações de trabalho, novos mecanismos de gestão, e exigência de novos perfis profissionais”. (PEDUZZI, 2001).

Vive-se atualmente as influências das transformações políticas e econômicas no Brasil e no mundo, devido à crise econômica global que atingiu diretamente o mercado de trabalho. O ministro do Planejamento recentemente afirmou ser necessário o cancelamento de concursos públicos já aprovados para este ano de 2009, devido à diminuição da arrecadação, mantendo-se somente os chamados prioritários, como a educação. Existe a proposta de prorrogar os contratos existentes. As declarações, do Senador Delcídio Amaral, relator do Orçamento da União para 2009, foram publicadas no Jornal O Globo, em 14/03/2009.

Outra questão importante na pauta de prioridades do gerente é como ele vai sensibilizar e manter a motivação dos enfermeiros diante da sobrecarga de trabalho e eventuais conflitos gerados pelos diferentes vínculos profissionais.

Considerando que todo comportamento humano é gerado por algo que o motiva, entendendo que é importante conhecer os mecanismos dessa motivação. Macêdo et al. (2004, p. 92) afirma que “motivação significa motivo para ação”. Já para Motta (2007, p. 192), motivação “é a energia oriunda do conjunto de aspirações, desejos, valores, desafios e sensibilidades individuais, manifestadas através de objetivos e tarefas específicas”. Ou seja, a motivação é algo intrínseco ao sujeito e só ele pode se motivar para atender as demandas e necessidades existentes em sua vida pessoal e profissional.

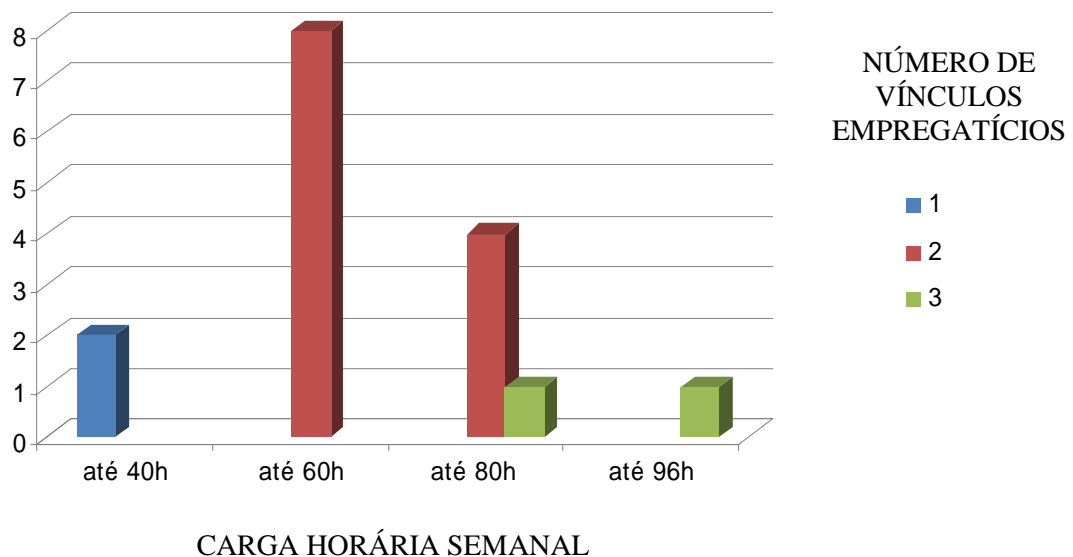
Segundo Porter (apud Macêdo, 2004), a condição ideal para haver motivação ocorre quando as habilidades e energias pessoais são suficientes para atender às expectativas organizacionais, e os recursos da organização são adequados para atender às necessidades e objetivos individuais.

Por isso, faz-se necessário ressaltar a motivação existente no enfermeiro intensivista. O profissional necessita de habilidades para promover o cuidado ao cliente, de modo a atender aos objetivos institucionais e individuais. O enfermeiro, assim, deve estar diretamente relacionado com os recursos que lhe são oferecidos para atender a tais metas.

Outros autores se debruçaram sobre o tema. Maslow, na teoria da hierarquia das necessidades, acredita que a motivação nasce da busca da satisfação de necessidades. Ele afirma que existem cinco sistemas responsáveis por grande parte de nosso comportamento, sendo eles: sobrevivência; proteção ou segurança; necessidade de pertencer a um grupo; estima ou ego; e auto-realização, na qual apenas a necessidades não satisfeitas são fontes de motivação. (MACÊDO, 2004).

O enfermeiro deve identificar as necessidades para estabelecer prioridades e, em consonância com os objetivos organizacionais, crescer pessoalmente e ter auto-realização. Como a motivação é um fenômeno intrínseco e pessoal, o gestor pode utilizar algumas ações facilitadoras para que o indivíduo gere a sua motivação. Entre elas se incluem manter ou aumentar a auto-estima; ouvir e responder com empatia e pedir ajuda a solucionar problemas. Esse é um desafio para o gerente de enfermagem. (BYHAM apud MACÊDO, 2004).

Gráfico IV – Distribuição dos entrevistados por carga horária e quantidade de vínculos empregatícios



Quanto à carga horária e número de vínculos empregatícios dos sujeitos, observamos que 12,5% têm um vínculo empregatício e 87,5% dos enfermeiros possuem dois ou mais vínculos, comportando uma carga horária semanal de 30 a 96h. Esses vínculos também são identificados no depoimento abaixo:

“Todo mundo vem de outro emprego, todo mundo vai pra outro emprego. Tem pessoas que estudam...” (E09).

O cansaço e sobrecarga apresentados pelos enfermeiros podem estar relacionados à carga horária excessiva desempenhada. A dupla jornada de trabalho, vivenciada por grande parte dos enfermeiros, favorece a diminuição do tempo dedicado ao auto cuidado e ao lazer, potencializando o cansaço e, conseqüentemente, gerando o estresse. Os enfermeiros cuidam de clientes e familiares e, às vezes, pelas contingências do cotidiano, esquecem de se preocupar com sua qualidade de vida, em especial com sua saúde.

Os dados demográficos apresentados não podem ser considerados como realidade na Enfermagem naquilo que diz respeito à capacitação dos enfermeiros. Os sujeitos são parte de um todo da profissão enfermagem e têm suas particularidades e subjetividades de sua realidade enquanto indivíduos.

3.2 - Discussão das Categorias

A partir desses temas mais frequentes, surgidos nas unidades de significação dos enfermeiros, constituiu-se o “esqueleto da entrevista”. Essa estratégia, concebida por Bardin (2008, p. 102), é usada para definir o estrutural e o semântico. Sua finalidade é delinear o “miolo substancial da entrevista tanto da organização cognitiva como no da temática profunda” (op. Cit). Esse esqueleto, apresentado na Figura 6, esquematiza o processo gerencial dos enfermeiros.

Ao identificar o processo de trabalho do enfermeiro intensivista, no cenário em questão, observa-se que o profissional tem dois eixos norteadores de suas ações. As duas vertentes podem ser classificadas como uma cartografia do processo de gerenciamento em enfermagem, que denominamos de mapa mental e mapa real.

A palavra cartografia foi registrada pela primeira vez em 1839 em uma correspondência do Visconde de Santarém para o historiador brasileiro Francisco Adolfo Varnhagem, indicando a idéia de um traçado de mapas e cartas. Em 1964, durante o XX Congresso Internacional de Geografia, organizado pela Associação Cartográfica Internacional (ACI), foi elaborada uma das mais completas definições para cartografia:

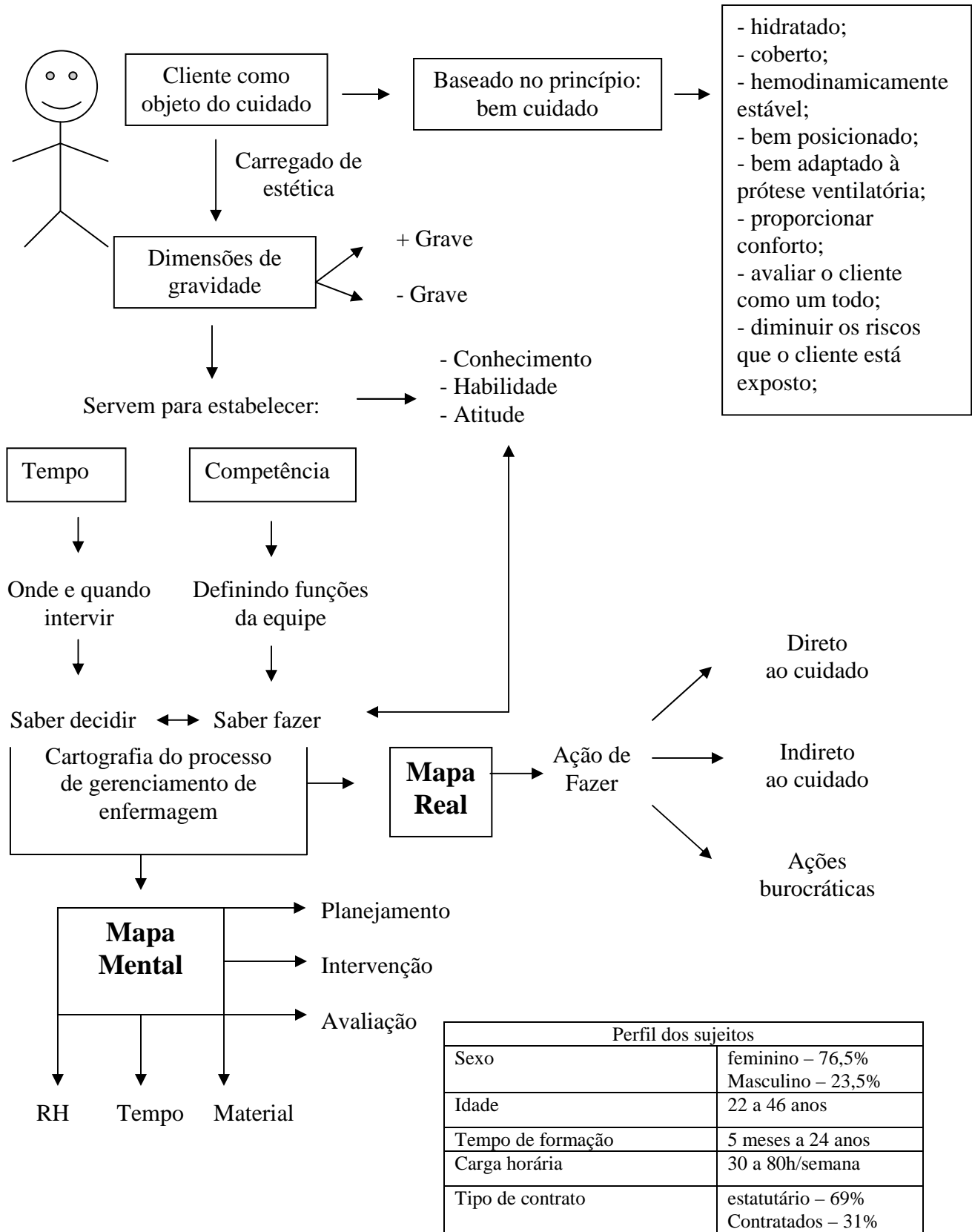
um Conjunto dos estudos e operações científicas, técnicas e artísticas que intervêm na elaboração dos mapas a partir dos resultados das observações diretas ou da exploração da documentação, bem como da sua utilização” (ACI, 1964).

O mapa mental ou memograma é definido por Triboli (2004, p.1) como “uma ferramenta de organização de idéias por meio de palavras chaves, cores e imagens em uma estrutura que se irradia a partir de um centro”. O esquema, desenvolvido por Tony Buzan, em Londres, na última década de 70, está voltado para a gestão de informações, de conhecimento e de capital intelectual com a finalidade de compreender e solucionar problemas na memorização e aprendizado.

Os desenhos feitos em um mapa mental partem de um único centro, a partir do qual são irradiadas as informações relacionadas. O sistema de diagrama dos mapas mentais funciona como uma representação gráfica de como as idéias se organizam em torno de um determinado foco.

A figura a seguir demonstra a síntese e seleção dos resultados oriundos dos diagramas das 16 entrevistas e dos temas mais evocados nas entrevistas (Quadro V).

Figura 6 – Esqueleto dos conteúdos das entrevistas dos depoentes representando o processo de gerenciamento de Enfermagem



Os mapas mentais funcionam exatamente como o cérebro e cada parte do mapa é associada com o restante, criando conexões entre cada conceito. Nesse sentido, os enfermeiros estabelecem o planejamento, a intervenção e avaliação do cuidado de enfermagem ofertado no CTI, preocupando-se basicamente com questões relacionadas à gestão de pessoal, de material, equipamentos e do tempo para o alcance dos objetivos e metas estabelecidos.

Todavia, ao implantar o planejamento elaborado mentalmente, eles criam um mapa que denominamos de REAL por se configurar como ação de fazer, caracterizada por: ações de cuidado direto, de cuidado indireto e ações burocráticas. Mais adiante trataremos especificamente sobre esse mapa Real.

Os dados nos permitem afirmar que o cliente é o objeto de cuidado do enfermeiro sob o princípio “bem cuidado”. O conteúdo dos depoimentos aqui reproduzidos ilustra bem a situação:

“... eu quero que o paciente esteja bem cuidado, que aparente estar bem cuidado, coberto, hidrate o doente...” (E01).

“... ver como aquele paciente está sendo assistido e o que a gente pode melhorar de imediato para esse paciente, até mesmo um posicionamento... um paciente saturando mal com uma máscara de hudson mal posicionada, um paciente grave que esteja precisando de uma utilização de oximetria, alguma coisa que não esteja bem adaptada...” (E05).

“... além da assistência técnica, de você olhar e estar sempre monitorando, todo o suporte ventilatório, monitorização, oxímetro, toda essa parte hemodinâmica, estar mesmo em campo, ali atuando, fazendo curativo, proporcionando o conforto do paciente, ... monitorização, cuidado, hidratação do paciente, em suma, é isso.” (E08).

O princípio de estar bem cuidado pode ter significados diferentes para cada enfermeiro, uma vez que ele é um ser individual e impregnado por subjetividades, ainda que atue dentro do mesmo cenário e com o mesmo objetivo: o cliente. Para estabelecer este princípio, alguns enfermeiros se detêm aos parâmetros hemodinâmicos:

“eu faço revisão novamente dos pacientes, principalmente no que tange ao posicionamento e regulação dos monitores e dos parâmetros dos monitores, revejo ventilometria, revejo os pacientes que estão adaptados às próteses ventilatórias” (E06).

Outros valorizam o conforto e a subjetividade:

“... o cuidado é às vezes você ir lá e ouvir ele [cliente] dez minutos. Às vezes, eu ouço dez minutos, porque ele está num ambiente fechado, com o paciente do lado todo entubado e ele acorda, isso gera um estresse absurdo” (E12).

Importa ressaltar que mesmo valorizando um ou outro aspecto, como determinante do princípio, ambos ratificam a visão do cliente como foco central do seu processo de trabalho, como podemos observar com os depoimentos a seguir:

“... o paciente é o paciente, eu fecho com o cliente as 12h do meu plantão” (E01).

“... eu procuro sempre fazer pelo doente, entendeu? Independente dele estar ou não com uma situação pior que os outros, sempre procuro estar ali de frente para eu vivenciar a situação, saber como lidar melhor com cada doente...” (E03).

“... vejo o paciente como um todo, vou pra minha assistência” (E04).

Pode-se identificar ainda que este cuidado esteja carregado de valor estético, observando o estado geral do cliente quanto à aparência.

“... eu vejo o estado geral dele como é que está se está ruim, eu vejo muito a aparência do paciente...” (E01).

Pode-se afirmar que a estética relacionada ao cuidado é uma forma de competência e não pode ser considerada secundária a outras modalidades de cuidado. Ela redimensiona as práticas de cuidados diretos e indiretos com o corpo e abre margem para a criatividade, o valor da vida, os sentimentos e a ecologia no cuidado. Nesse sentido, Guattari (2000) traz um paradigma ético e estético que inclui a subjetividade que passa pelo indivíduo, pela sociedade e pela ecologia.

“A potência estética de sentir, embora igual em direito às outras – potências de pensar filosoficamente, de conhecer cientificamente, de agir politicamente -, talvez esteja em vias de ocupar uma posição privilegiada no seio dos agenciamentos coletivos de enunciação de nossa época”. (Guattari, 2000, p. 30).

Trabalhar no território estético constitui um desafio, pois motiva a busca da novidade, seguindo os fluxos dos deveres, que implica em conhecer nossas atitudes, desejos e aspirações. Implica ainda em uma postura ética e estética frente ao mundo da Enfermagem para ofertar um cuidado que Waldow (2004, p.129) denomina de humano. O cuidado humano, sob o aspecto estético, é pautado por uma “forma de viver, de ser e de se expressar” fundamentada nos sentidos e valores impetrados na ação do enfermeiro com seus clientes, de modo coerente entre o que sente, pensa e age. (op. cit).

Para Teixeira (2008), é necessário trabalhar com a estética de modo crítico, reflexivo e criativo. É preciso definir sobre qual estética se fala, pois lidamos com os limites e as possibilidades da vida, entre eles o que é considerado feio e o que é considerado belo.

No campo estético é possível falar do desejo e da sensibilidade no cuidado com o corpo. Para ter senso estético é preciso sensibilidade e uma ética que norteie as ações humanas. A ética pode nortear a estética na enfermagem, comprometida com a vida humana, independente como ela se apresenta para ser cuidada. Desse modo, o cuidado passa a ser confortável e o sujeito encontra uma estética do viver com boa qualidade, que envolve a lógica da realização do desejo.

O cuidar na perspectiva estética representa, na enfermagem, um princípio de autonomia profissional, pois é possível reunir a ética, a estética e a política. Ter o sentido da estética nos diz que fazer o bem é algo profundamente gratificante, uma função auto justificada de nossa natureza humana, para além da utilidade. A Enfermagem é orientada por essa perspectiva desde seus primórdios. Ela também é norteadada pela harmonia social registrada em nossos sentidos, impressa em nossa sensibilidade, “demonstrando que o belo é apenas a ordem política justa vivida no nível do corpo e o move como atinge nossos olhos ou move nosso coração” (SANTOS, 2005, p. 49).

A estética, assim como nossa solidariedade, está além da razão, pois julgar esteticamente significa colocar entre parênteses os preconceitos, em nome de uma humanidade comum e universal. Na perspectiva estética,

a enfermagem torna-se a ciência do sensível que se contrapõe ao uso exclusivo do conhecimento racional, destacando a importância de a enfermeira utilizar suas dimensões, física, mental e espiritual no cuidado do ser humano. (SANTOS, 2005, p. 49).

O sentido estético está presente em nossas ações quando nos instiga a revolta. Quando presenciamos uma situação de indignidade humana e encontramos nosso cliente sem higiene corporal, despido, maltratado, isolado. Não é somente a busca pela beleza e organização que nos impulsiona à realização do cuidado:

“a questão não é apenas higienizar um corpo e um ambiente para olhar a atuação da equipe multidisciplinar. É uma questão de justiça social, de defesa dos direitos de cidadania do cliente, da preservação da sua humanidade” (SANTOS, 2005, p. 49).

Para a implementação de cuidados estéticos, exige-se, do enfermeiro, a junção de capacidade técnica, sensibilidade e habilidade na interação humana, compreensão da condição e da existência do ser humano nas dimensões física, mental, intelectual, social, profissional e espiritual.

Retornando ao mapa real, cabe explicar que a relação da ação de fazer pode estar direta ou indiretamente ligada ao cuidado e atividades burocráticas. Essas atividades são

entendidas pelos enfermeiros como aquelas vinculadas à rotina, imputando juízo de valor como “é chato, mas necessário” (E14). Outro fator importante a ser considerado é o cuidado direto relacionado às ações que o enfermeiro realiza no corpo do cliente como, por exemplo, banhos e curativos; e o cuidado indireto, quando o enfermeiro é o coadjuvante da ação de cuidar realizada por outro profissional, ou mesmo quando o enfermeiro delega uma atividade a ser supervisionada por ele de forma indireta.

Tendo o cliente como foco principal de seu processo de trabalho, o enfermeiro norteia suas ações a partir das demandas advindas da gravidade do quadro clínico do cliente. Importa frisar que os depoentes não se veem longe do cliente, mesmo quando estão em atividades relacionadas ao cuidado indireto realizado no mesmo espaço. Afinal de contas, ele está próximo do cliente e isso lhe permite supervisionar indiretamente os cuidados diretos delegados aos demais membros da equipe. Tal fato pode ser compreendido com as seguintes falas:

“...o técnico começa a fazer os cuidados, higiene corporal do paciente, encaminhar para banho, essas coisas e de acordo com que eles vão fazendo isso, quando não há necessidade de agente ajudar, de entrar em um banho de um paciente mais grave, fazer um curativo eu vou vendo a parte burocrática conjuntamente, pra quando agente acaba e eles acabam essa parte assistencial de higiene, encaminhar pra banho essas coisas eu já estou com essa parte mais administrativa adiantada, às vezes podendo depois ajudar em um banho ou um curativo se precisar entrar e ter uma atuação de um enfermeiro” (E02).

“eu sempre priorizo os pacientes mais graves, eu olho todos, mas tenho que priorizar os mais graves, na instabilidade e assistência mesmo à beira do leito” (E14).

Existem algumas ações que podem distanciar momentaneamente o enfermeiro do cliente, do cuidado direto, mas elas são necessárias para que as necessidades do cliente sejam atendidas. Algumas dessas ações podem estar relacionadas às rotinas institucionais, porém são da competência do enfermeiro, necessitando de sua intervenção.

Toda a ação realizada pelo enfermeiro, cuja base é o cliente e suas necessidades, está pautada em dimensões definidas: cliente mais grave e menos grave. Essas dimensões servem para que o enfermeiro estabeleça a ocupação do espaço pelos profissionais e determine o tempo da ação de cuidar. À luz dessas categorias o profissional também avalia a competência necessária para a prestação do cuidado. Assim, o enfermeiro identifica em que momento deve intervir na ação ou eleger quem irá cuidar. O trabalho do enfermeiro exige uma lógica, por

sua relação com o ser humano. Dele (do enfermeiro) exige-se não só o saber fazer, mas o saber decidir.

A característica marcante do cliente em terapia intensiva é sua gravidade e o risco iminente de morte, derivando a especificidade do enfermeiro intensivista. Assim, esse profissional deve possuir a habilidade exigida para as necessidades/demandas de sua clientela; ter capacidade de avaliação e observação criteriosa; tomar decisões rápidas; dominar o complexo aparato tecnológico. Complexo porque constitui-se de tecnologia leve, em que o enfermeiro é o “instrumento-ação do cuidado” direto que valoriza a subjetividade do cliente, conforme definem Figueiredo (1996) e Tonini (2006). A mesma complexidade caracteriza a tecnologia leve-dura, onde o enfermeiro necessita praticar o conhecimento técnico-científico adquirido para diagnosticar as necessidades do seu cliente; e também a tecnologia dura, na qual ele utiliza os equipamentos necessários para a manutenção da vida.

Para isso, o enfermeiro necessita utilizar todo o conhecimento científico adquirido ao longo de sua formação, referente às áreas de psicologia, fisiologia, biologia, anatomia, integrado aos conhecimentos técnicos na avaliação e realização de procedimentos, (semiologia e semiotécnica). É necessário também ter habilidade para aplicá-los e promover um cuidado diferenciado, completo, holístico no real sentido da palavra.

A competência também é marcante no processo gerencial do enfermeiro e está relacionada a conhecimento, habilidade e atitude, dos membros da equipe de Enfermagem, para cuidar dos clientes no CTI.

Os enfermeiros dominam uma cultura construída em seus quadros temporais do processo de cuidar. O tempo pode ser considerado como cultura. Ele pode ser consciente ou inconscientemente expresso e ser tratado como princípio organizador das atividades. Um meio, enfim, para estabelecer prioridades e ordenar o material. Hall (1996, p. 12) afirma que “cada cultura tem os seus próprios quadros temporais no interior dos quais funcionam modelos que lhe são específicos”.

A enfermeira organiza seu tempo de forma a dar conta de muitas atividades, já que está envolvida em diversos acontecimentos, situações ou relações ao mesmo tempo. Esse tempo da enfermeira é policrono, entendido por Hall (op. cit, p. 57) como um tempo-sistema cujo o “acento está colocado no compromisso de indivíduos e na realização do contrato, mais do que na adesão a um horário pré-estabelecido”. O tempo é tratado de modo menos concreto.

O indivíduo desse tempo policrono vê defeito na burocracia e em sua proliferação, notadamente quanto ao aumento das tarefas das sub-burocracias. Ele (o indivíduo) é

impotente para regular os problemas dos estrangeiros (idem), entendidos, neste estudo, como aqueles que não fazem parte da equipe de enfermagem.

Após explicar o “esqueleto das entrevistas”, discutiremos as categorias emergentes.

Categoria I – O Mapa Mental do Gerenciamento do Cuidado de Enfermagem

O mapa mental tem sua aplicação na educação e na aprendizagem, mas pode ser relacionado com as ações dos enfermeiros. Nunes (2006) define o mapa mental como uma técnica que permite concentrar conteúdos complexos, além de ordenar idéias e organizar tarefas.

Ao utilizar o mapa mental para a organização do seu processo de trabalho, o enfermeiro ordena idéias e tarefas a serem realizadas, baseado em dados concretos, coletados quando recebem o plantão, checam a escala mensal e os materiais e equipamentos disponíveis para o trabalho do dia.

A partir dessas informações, eles sistematizam o gerenciamento do cuidado macro e indireto, estabelecendo as ações prioritárias e as não prioritárias e definindo o diagnóstico situacional.

A palavra diagnóstico é definida por Houaiss (2007, p. 246) como “investigação sobre a natureza e as causas de determinada doença pela observação dos sintomas”. Concluo que diagnóstico situacional pode ser considerado como um processo analítico para se chegar a um conhecimento ou conclusão sobre uma determinada questão; neste estudo, portanto, o diagnóstico situacional realizado é referente às questões setoriais e específicas dos clientes internados em terapia intensiva. É realizado também na busca para identificar os recursos humanos e materiais e estabelecer o tempo de cada ação de cuidar.

É importante destacar a necessidade do resgate e devida valorização ao diagnóstico de enfermagem, fornecendo um direcionamento aos cuidados prestados, sem se basear no diagnóstico da doença para organização e priorização dos cuidados a serem realizados. O diagnóstico de enfermagem proporcionará mecanismos para definição do papel e domínio próprios do enfermeiro.

O diagnóstico de enfermagem é um julgamento clínico sobre as respostas do indivíduo, família ou comunidade aos problemas de saúde/processos vitais reais ou potenciais. Ele proporciona base para a seleção das intervenções de enfermagem, visando o alcance de resultados pelos quais a enfermeira é responsável (NANDA, 1990 apud CARPENITO, 1997).

O enfermeiro pode organizar o seu trabalho utilizando uma série de etapas/fases. O diagnóstico de enfermagem é um diferencial para a realização do cuidado direto e vai ao encontro das necessidades de cuidado apresentadas pelos clientes. Infelizmente, no entanto, alguns enfermeiros centralizam seu trabalho na prescrição médica, dando a ele um caráter organizador e informativo, suficiente e exclusivo para direcionar a atuação assistencial do

conjunto dos trabalhadores de enfermagem. Para Lunardi Filho (2000, p. 133), tal racionalidade, de acordo com o teor do que contém uma prescrição médica, poderia ser capaz de substituir o contato direto com o cliente:

essa ótica poderia favorecer a percepção de uma possível liberação ou de postergação da aproximação do enfermeiro ao paciente para observar, questionar, examinar, avaliar e, finalmente, decidir sobre quais os cuidados necessários, com vistas à adequação, continuidade e integralidade da assistência de enfermagem ...

Necessitamos de um olhar crítico para valorizar a avaliação, a tomada de decisão e o cuidado realizado pelo enfermeiro, pois “os cuidados são mais abrangentes do que o tratamento, pois, para tratar, há a necessidade de certos cuidados mínimos ou procedimentos que envolvam um certo número de cuidados” (LUNARDI FILHO, 2000, p. 144).

O diagnóstico situacional realizado no cenário deste estudo me parece mecanicista, partindo de uma rápida avaliação para que o enfermeiro dê conta de suas muitas tarefas em um curto espaço de tempo. Por isso, entendo ser necessário atrelar ao planejamento o diagnóstico de enfermagem que estabelece as necessidades de cuidado dos clientes.

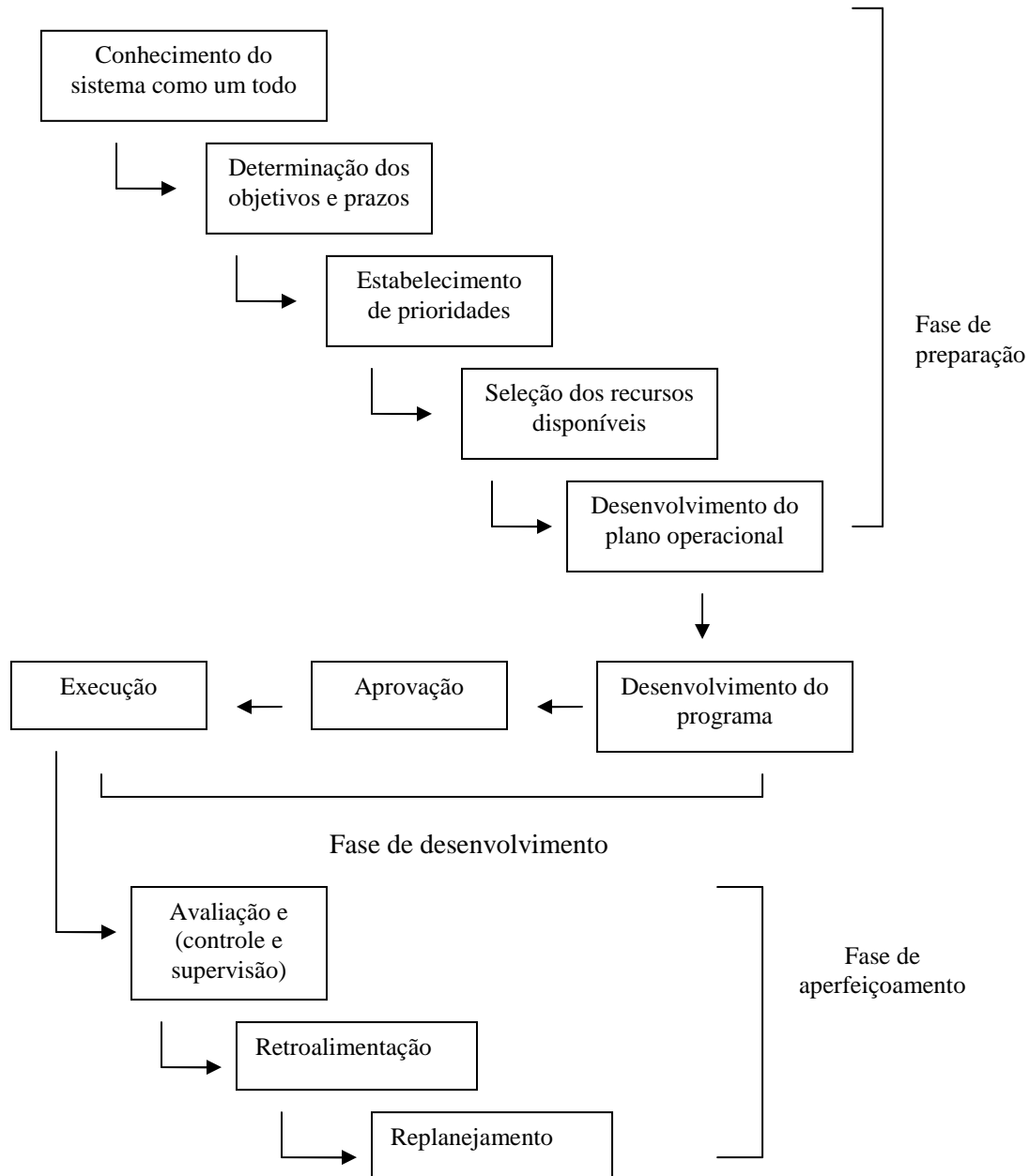
O planejamento do enfermeiro na formulação do diagnóstico da situação deve ser detalhado, pois “com planejamento cuidadoso e detalhado, pode-se vencer; com planejamento descuidado e menos detalhado, não é possível vencer”. (HOU, SHEANG E HIDAJAT, 2005, p. 34).

Para que o enfermeiro realize o planejamento detalhado é necessária avaliação das suas próprias forças e fraquezas. “Conheça seu inimigo, conheça a si próprio, e sua vitória não estará ameaçada. Conheça o terreno, conheça as condições do tempo, e sua vitória será completa” – assinala Tzu (1996, p. 36). De modo análogo, ousamos afirmar que o enfermeiro necessita ter conhecimento de si próprio, do cliente, do setor, planejar o tempo de suas ações, além de conhecer todas as “armas” que estão à sua disposição. Só assim seu processo de trabalho seja executado a contento.

O planejamento, assim, é vital para o processo de trabalho e serve como base para as demais funções. Chiavenato (1985, p. 23) define planejar como “uma função administrativa que determina antecipadamente o que se deve fazer e quais os objetivos que devem ser atingidos. É um modelo teórico para a ação futura”. O planejamento implica em lidar com estratégias para enfrentar incertezas e mudanças futuras no ambiente das organizações. Planejar, então, propicia meios de compreensão, antecipação, cooperação e exploração das mudanças.

Ao avaliar as fases do planejamento, descritas por Ciampone (1991), observamos que o enfermeiro efetivamente realiza as fases do planejamento. O quadro aqui reproduzido descreve o processo:

Figura 7 – Fases do Planejamento



Fonte: CIAMPONE, M. H. T. Metodologia do planejamento na enfermagem. In Kurgant, P.(org.) **Administração em Enfermagem**. São Paulo: EPU, 1991. p. 41 -58.

O suporte necessário para a tomada de decisão, ou implementação de qualquer conduta, é fornecido pelo planejamento. É por meio desta ferramenta que podemos analisar causa e efeito no processo de decisão. O processo envolve, portanto, raciocínio, reflexão e análise de como serão implantadas tais atividades.

As fases do planejamento descritas por Ciampone (1991) são conhecidas como: conhecimento do sistema como um todo; determinação de objetivos, referentes aos resultados futuros que se pretende atingir; estabelecimento de prioridades; seleção de recursos disponíveis; estabelecimento do plano organizacional; desenvolvimento, que engloba o desdobramento do programa, sua aprovação e execução e o aperfeiçoamento, que inclui avaliação e replanejamento das ações desenvolvidas.

O conhecimento do sistema como um todo pode ser relacionado com a coleta de dados realizada na passagem de plantão. É nessa hora que o enfermeiro capta informações para se inteirar sobre as condições dos clientes e do setor. O depoimento a seguir esclarece:

“Eu chego, recebo o plantão, todo mundo me conhece, procuro saber dos pacientes novos que eu não conhecia do plantão anterior, me inteirar das questões administrativas, como está o setor, se tem alguma coisa que não está funcionando, se tem alguma coisa faltando que é a realidade dos hospitais públicos, pra saber como a gente vai lidar no resto do dia” (E12).

Quanto aos objetivos, observamos, durante a pesquisa, a intenção do profissional quanto à qualidade do cuidado prestado:

“eu quero que o paciente esteja bem cuidado, que aparente estar bem cuidado ...” (E01)

Constatamos também que a definição das prioridades pauta-se na gravidade apresentada pelo cliente,

“Priorizar a assistência aos pacientes mais graves” (E11)

Já a seleção de recursos está relacionada aos recursos humanos e materiais disponíveis:

“faço o pedido de materiais, confiro os materiais, vejo se está faltando alguma coisa, vejo carrinho de parada, se está tudo completo, se precisa de alguma coisa, materiais, medicamentos, se tem alguma coisa faltando, os materiais que eu vou precisar ao longo do dia eu dou uma olhada logo no começo e solicito o que for necessário” (E11)

Os depoimentos indicam que o desenvolvimento são as ações de cuidado direto realizadas pelo enfermeiro e sua equipe:

“Eu vejo os pacientes que estão precisando de alguma coisa, que estão mais graves. E depois fico no cuidado direto do paciente e assim vai ao longo do dia” (11).

Percebemos, que a busca do aperfeiçoamento inclui a supervisão e avaliação que o enfermeiro faz da sua equipe, avaliando, assim, a necessidade de mudança de conduta.

“tem um evento à meia-noite, você tem uma concentração muito grande dos procedimentos ... supervisionar direto isso ... a gente sempre procura fazer um round no final, ali tomando o café, antes da equipe chegar, mostrando o resultado das ações que foram desenvolvidas, o que foi feito e como é que deu certo” (E06).

O enfermeiro intensivista traça a condução do seu plantão de forma a dar conta de seu objetivo, que é cuidar bem do cliente. Para isso, ele coleta dados que vão subsidiar a tomada de decisão e o gerenciamento do cuidado de enfermagem. Uma das fontes de informação essenciais para o enfermeiro é a passagem de plantão. Mais uma vez, é nesse momento que ele fica ciente dos recursos humanos e materiais disponíveis. O depoimento que se segue explica bem a situação:

“... como todo enfermeiro, quando você chega pra assumir o plantão eu acho que você tem três coisas pra serem avaliadas principalmente ... Primeiro: ao receber o plantão do colega do dia, eu procuro analisar quais são as prioridades assistenciais, quais são as coisas mais importantes, que envolvem mais riscos, que vão merecer maior atenção, que vão merecer maior empreendimento ... o segundo elemento que eu tenho que ver é qual é o meu material humano, qual é a equipe que eu tenho naquele dia ... e o terceiro elemento a ser observado, infelizmente, no serviço público, é saber que tipo de material, que tipo de insumo eu disponho para desenvolver a tarefa.” (E06).

Como o cliente é o foco do gerenciamento, a passagem de plantão serve como a primeira fonte de coleta de dados do enfermeiro. É durante essa transição que são fornecidas informações sobre as condições dos clientes e do próprio setor. Os depoimentos falam por si:

“Quando eu recebo o plantão, vejo as intercorrências do período anterior, e faço um planejamento do meu dia ...” (E01).

“... logo assim que agente pega um plantão, então eu tento buscar ao máximo, a rotina pra mim o conhecimento do paciente pra depois chegar para a assistência.” (E04).

“... receber o plantão claro, tomar ciência do caso de cada paciente, junto com minha equipe e definir a conduta a ser tomada em cada paciente ...” (E05).

“Eu procuro na passagem de plantão planejar para o que eu vou ficar atenta.” (E16).

A passagem de plantão é uma prática realizada pela equipe de enfermagem que objetiva a transmissão oral de informações de forma clara, concisa e objetiva, sobre acontecimentos ocorridos durante um período de trabalho, sobre o cliente e o processo de

trabalho, que envolvem assistência direta ou indireta ao cliente ou mesmo questões institucionais. Essa prática de passar o plantão possibilita ao enfermeiro desempenhar a grande variedade de intervenções envolvidas com a assistência, por fornecer informações exatas e em tempo real (Massad in Peres e Leite, 2005).

A literatura sobre o tema é rica. Para Arreguy-Sena et al (2001) o conceito de passagem de plantão, considerando os seus vários graus de abrangência, é:

uma estratégia descrita nos manuais e rotinas institucionais, implementada pela maioria dos serviços, a qual é capaz de assegurar a transferência de informações e evitar a solução de continuidade nos cuidados necessários aos usuários do sistema de saúde nas 24h (ARREGUY-SENA et al., 2001, p.3).

Já para Fenili (1996, p. 99), a passagem de plantão “é um dos instrumentos utilizados pela enfermagem para assegurar o fluxo das informações, garantindo, assim, a continuidade e qualidade da assistência”.

O instrumento básico utilizado para a passagem de plantão é a comunicação, para que a informação necessária seja devidamente transmitida e viabilize a continuidade da assistência ao cliente.

Na opinião de Camargo (1998, p. 74), a passagem de plantão deve ser considerada como um instrumento de comunicação relevante que a enfermagem utiliza para obter informações do estado de saúde do cliente, “visando ao planejamento da prestação de assistência de enfermagem e estimulando a reflexão crítica sobre a assistência a ser prestada no plantão subsequente”.

A passagem de plantão, assim, corresponde a uma síntese informativa dos principais acontecimentos considerados pertinentes, transmitidos verbalmente e/ou registrados pelo enfermeiro que esteja encerrando sua jornada de trabalho, para os colegas que os substituem, Lunardi Filho (2000, p.78) afirma que a passagem de plantão:

pode ser percebida e caracterizada como, essencialmente, um momento de ritualização e reatualização das informações acerca das condições gerais dos pacientes e das condições organizacionais do ambiente: suas precariedades, suas carências, suas (in)possibilidades, suas (in)disponibilidades, suas (in)operacionalidades para a realização do trabalho.

A passagem da informação também é um dado relevante neste processo e, por isso, reproduzimos trechos do trabalho de alguns autores sobre o tema. Para Machado, o processo de comunicação acompanha a história da humanidade. Ele cita os diferentes meios de comunicação registrados na história, entre eles o uso da fumaça, sons, dança, música, entre

outros. Segundo o autor, para que as pessoas se relacionem com o meio em que vivem, é necessário que a comunicação seja estabelecida, utilizando-se diferentes formas, para possibilitar a troca de idéias e experiências. (MACHADO, 2002).

King in Leopard (1999, p. 92) afirma que comunicação “é a estrutura de sinais e símbolos importantes, que dão ordem e significado às interações humanas. É o processo dinâmico fundamental para a existência, crescimento, desenvolvimento e trocas”.

A Organização Mundial de Saúde estabelece inclusive a relação e a importância do processo comunicacional com as práticas de saúde: “O sistema de informação é vital na saúde por contribuir para ampliar a conectividade em toda a rede de atenção, como também para apoiar decisões e gerar mudanças de padrões e condutas” (OMS, 2001).

Sobre o assunto, Évora (1993) afirma que o propósito fundamental de um sistema de informação em enfermagem é apoiar as atividades. Essa ferramenta ajuda os enfermeiros a documentar, apropriadamente, o processo de enfermagem, constituindo benefícios relacionados à eficiência do trabalho, que se traduzem na maior aproximação do cliente e melhora da qualidade da assistência prestada.

Já Machado (2002, p.35) afirma que “as relações que se estabelecem na instituição são baseadas em princípios objetivos definidos na mesma, e é senso comum que a comunicação efetiva é essencial para a prática de enfermagem”. Sendo as relações humanas a base para o trabalho na saúde, o processo de comunicação torna-se um instrumento fundamental para a prestação de um cuidado de enfermagem de excelência.

A informação, portanto, é essencial para a tomada de decisão no processo de gerenciamento do cuidado. Sara e McCormick in Peres e Leite (2005) definem o sistema de informação em enfermagem como sistema que coleta, armazena, processa, recupera, mostra e comunica a informação necessária, em tempo real, para que os profissionais gerenciem não só os serviços e a assistência de enfermagem, mas as informações sobre o próprio cuidado prestado.

O domínio de informação confere ainda centralidade à figura do enfermeiro e possibilita o exercício do poder. A busca por informação constitui um traço característico do enfermeiro e o valoriza profissionalmente. Para Lunardi Filho (2000, p. 80):

manter-se bem informado, saber de tudo o que acontece configura-se como situação altamente valorizada pelo enfermeiro, no seu cotidiano de trabalho. Assim, parece que a posse gera e possibilita o exercício do controle do processo de trabalho, no microespaço onde exerce o seu fazer.

No processo de trabalho do enfermeiro, a passagem de plantão é uma atividade fundamental, pois a troca de informações entre as equipes que prestou cuidados ao cliente, com a equipe que irá assumir tais cuidados, pode propiciar um cuidado de qualidade. É importante salientar que em terapia intensiva, é imprescindível garantir a continuidade das atividades desenvolvidas, devido à gravidade apresentada pela clientela.

Paralelamente à coleta de dados, o enfermeiro já realiza o diagnóstico situacional, traçando as prioridades assistenciais e planejando a assistência que irá realizar como observamos no discurso a seguir:

“... na passagem de serviço já começo a desenvolver um plano assistencial, no sentido de priorizar as atividades e de avaliação daqueles pacientes que merecem mais atenção, dos procedimentos que merecem atenção direta, procedimentos que posso delegar, procedimentos que eu tenho que delegar sob supervisão direta ... eu costumo fazer isso já durante a passagem de plantão” (E06).

Para a coleta de dados, a passagem de plantão é o ponto de partida para o planejamento do cuidado. É ali que o enfermeiro determina as prioridades de ação de cuidar. Arreguy-Sena et al. (2001, p. 3) afirmam que “a obtenção da efetividade, rapidez e atualização da comunicação entre profissionais da enfermagem influencia na tomada de decisões clínico-administrativas e no planejamento e replanejamento da assistência de enfermagem”.

A passagem de plantão pode ocorrer de várias formas. Para os depoentes, ela ocorre de leito a leito. Essa performance, junto à cabeceira do cliente, tem suas justificativas fundadas em uma racionalidade: ela serve para “oportunizar não só o recebimento das informações, mas, *in loco*, poder constatar a veracidade das mesmas, poder observar, perceber, estabelecer prioridades de atenção, de acompanhamento ...” (LUNARDI FILHO, 2000 p.130).

Entretanto, a coleta de dados pode ocorrer também nos momentos que antecedem a passagem de plantão, sendo muito úteis à aquisição de informações que possibilitam ao enfermeiro, que está assumindo o plantão, se inteirar da situação atual. Ou seja, instrumentalizar-se para a jornada de trabalho que irá iniciar. O depoimento, a seguir, ilustra esse momento de coletar dados:

“Primeiro a gente recebe o plantão ... eu tenho o costume de já ir passando nos leitos e já ir olhando box por box, vou vendo tudo ... paciente que está desconectado ... que está cheio de secreção, vou vendo um dripping que está no finalzinho ... já é uma coisa que eu adquiri com a experiência. Já vão passando o plantão, às vezes eu vejo coisas acabando já vou pedindo para o técnico separar ... às vezes isso até atrapalha a passagem de plantão ... quando eu recebo o plantão eu já vou olhando isso tudo. Eles estão falando ... e eu estou vendo o que está acontecendo ali ... tem coisas que vou deixando passar que eu posso ir fazendo depois que a pessoa foi embora, mas tem coisas que não dá pra esperar, tem que ser feita naquela hora”. (E09).

O depoimento acima também desvela como o enfermeiro identifica os problemas e as necessidades dos clientes; como ele estabelece quais são problemas de Enfermagem; quais ações de Enfermagem são prioritárias e a quem compete executar cada ação. Há uma hierarquização em seu saber fazer e saber decidir no gerenciamento do cuidado direto e indireto de enfermagem.

Ao formular um rápido planejamento de suas ações e prioridades, o profissional deve levar em conta que essas ações planejadas não podem prejudicar o trabalho como um todo. O enfermeiro não pode deixar de observar outras questões importantes no cuidado ao cliente grave.

Aqui, mais uma vez, o processo da comunicação assume um papel de extrema importância na passagem de plantão.

O processo de comunicação adquire maior relevância quando lidamos com uma clientela gravemente enferma, típica do CTI. E as informações atualizadas “são a base para o processo decisório de intervenções que podem fazer a diferença entre a vida e a morte. Isso porque as intervenções nos setores intensivos são adotadas com base na prioridade de fatos e a avaliação dos resultados”. (Arreguy-Sena et al. 2001, p. 3).

O domínio da informação constitui matéria prima do trabalho da enfermagem. Desde o início de sua jornada de trabalho, o enfermeiro busca informações que considera necessárias para sua atualização, acerca dos clientes, do ambiente e do processo de trabalho, muitas vezes antes da passagem de plantão propriamente dita.

Algumas informações também podem ser adquiridas por meio de consulta ao livro de registro de ordens e ocorrências ou por meio de questionamentos aos demais membros da equipe presentes. O depoimento a seguir confirma isso:

“... gosto muito de ler o livro de ordem e ocorrências do meu último plantão pra frente, é uma conduta que sempre tive, gosto de fazer pra saber se teve alguma intercorrência ... no plantão dos outros colegas, uma coisa que aconteceu até mesmo administrativa, ou que a chefia às vezes coloca, a gerência coloca alguma reunião, anotam no livro, gosto de estar sempre lendo pra estar sempre por dentro, para ver se aconteceu alguma coisa, se tem algum exame marcado”. (E02).

O enfermeiro detém, praticamente, o monopólio do conjunto de todas as informações das dinâmicas do ambiente e do trabalho, no microespaço onde exerce suas funções. Lunardi Filho (2000) afirma que ao deter tais informações o enfermeiro comporta-se como uma “central de informações”. Ele busca e recebe os dados a qualquer momento da jornada de trabalho e os seleciona e repassa de acordo com sua capacidade de julgamento e decisão. A posse da informação pode direcionar as ações somente para o profissional enfermeiro, impedindo outras formas de exercício de poder que privilegiem certo grau de criatividade e autonomia.

Somente deter as informações, no entanto, não garante ao enfermeiro sua autonomia. Mas munido do arsenal tecnológico e de determinados saberes, ele pode selecionar e estabelecer prioridades, repassando as informações que considera necessárias à tomada de decisão.

Deve-se observar o teor das informações transmitidas na passagem de plantão. Isso evita que as preocupações da enfermagem não se atenham apenas à implementação das determinações médicas, assim como a simples coleta de materiais usados nas questões operacionais. A passagem de plantão independente da forma como se processa, constitui-se

num ritual, em que ao ser destacado, basicamente, aquilo que tem a ver com as determinações médicas, ... relega o próprio fazer da enfermagem a um apêndice de tais determinações (LUNARDI FILHO, 2000, p. 132).

Desse modo, devemos tomar cuidado com o tipo de ênfase e teor conferidos à passagem de plantão, de maneira que o processo não seja centralizado e dependente das determinações médicas ou do modelo biomédico. Isso contribuirá para que a passagem de plantão seja o “principal rito de fortalecimento da representação da enfermagem como um trabalho subalterno” (LUNARDI FILHO, 2000, p. 132).

Outro fator importante enfatizado pelos enfermeiros para iniciar seu trabalho diz respeito aos recursos humanos e materiais para gerenciar toda a unidade, sua equipe e o cuidado a ser prestado ao cliente crítico.

“... organizo a escala, vejo quem faltou, quem está de folga, faço remanejamento...” (E08).

“Depois que a gente já recebeu o plantão já vem esse momento de fazer escala, ver quem chegou quem não chegou.” (E09).

“... vejo se a escala está completa ...” (E11).

Um dos aspectos avaliados pelo enfermeiro ao assumir o plantão é a conferência dos recursos humanos de que dispõe para desenvolver o cuidado a ser prestado ao cliente grave, durante seu período de trabalho.

A importância do planejamento no processo de trabalho do enfermeiro ganha visibilidade nesse estudo. Os aspectos abordados no plano mental do enfermeiro referem-se aos pontos essenciais para atender a seu princípio – ter um cliente bem cuidado. Para um adequado planejamento, portanto, é importante relacionar “questões materiais, organizacionais, recursos humanos, para obter qualidade, eficácia e eficiência no desenvolvimento do trabalho”.

O processo de gestão de recursos humanos é umas das competências relevantes no desenvolvimento das atividades do enfermeiro e no seu desempenho. O conhecimento do profissional quanto ao planejamento estratégico é necessário para que as ações realizadas estejam em consonância com os objetivos propostos.

O envolvimento da equipe também é vital para que o enfermeiro consiga ter sua equipe como aliada e participante de todo o processo de planejamento. Não por acaso, os enfermeiros mostram preocupação não só com o número de profissionais disponíveis, mas com sua qualificação. Esse incômodo está descrito nos depoimentos que se seguem:

“o que dificulta às vezes é a questão do quantitativo de pessoal ... e como a gente não tem um quantitativo de técnicos suficientes, há uma sobrecarga muito grande” (E02).

“quando a minha equipe está desfalcada, por exemplo, só tem eu de enfermeira, eu tenho apenas cinco técnicos aí realmente isso é um fator que me atrapalha.” (E03).

As limitações em termos de recursos materiais e humanos parecem ser constantes no trabalho da enfermagem. Lunardi Filho (2000), ao analisar situações do cotidiano dos enfermeiros, afirma que parece existir uma aceitação tácita daquilo que se chama de trabalhar na precariedade.

A quantidade de profissionais não deve se sobrepor à qualidade. O enfermeiro deve estar atento para não se deixar levar pelo simplismo de contar com mais uma pessoa,

independente de sua qualificação. E não aceitar esse tipo de rotina normal e tranquilizadora. Alguns enfermeiros, no entanto, preferem dispor de mais um componente na equipe, mesmo que ele não tenha a adequada formação, preparo e experiência para assumir tarefas com menor grau de complexidade.

A capacitação da equipe de enfermagem, conforme exposto por Willig, Lenardt e Trentini (2006, p. 179) “é de responsabilidade da enfermeira e deve acontecer de forma contínua, permitindo ao profissional melhorar seus conhecimentos e competências técnicas na perspectiva de transformar a sua prática”.

Outro fator avaliado é o recurso material disponível para a execução do cuidado ao cliente. Tais dados são necessários para o processo de planejamento e tomada de decisão quando o trabalho realizado em terapia intensiva é iniciado.

Há, ainda, preocupação constante do enfermeiro com as condições de segurança. Esta questão está intimamente relacionada aos recursos materiais necessários às situações de urgência ou que se configurem como imprevistos. Esses casos, é claro, não podem ser adiados pelos possíveis riscos que a indisponibilidade poderia acarretar aos clientes.

“Tenho que ver se está tudo corretamente, se o setor está em ordem, se os materiais estão legais, se está tudo funcionando, se todos os leitos estão com os equipamentos funcionando...” (E03).

“Tenho como rotina sempre verificar em terapia intensiva o equipamento de utilização de urgência, material de parada, material nos leitos de urgência, saída de oxigênio, se tem ambú, material de ressuscitação em mãos.” (E05).

“... faço o pedido de materiais eu confiro os materiais, vejo se está faltando alguma coisa, vejo carrinho de parada se está tudo completo, se precisa de alguma coisa, materiais, medicamentos, se tem alguma coisa faltando, os materiais que eu vou precisar ao longo do dia eu dou uma olhada logo no começo nos pedidos que são necessários” (E11).

“... dou uma olhada no setor pra ver se está faltando alguma coisa, se os aparelhos mais importantes, no caso do CTI, estão funcionando, o carrinho de parada, checo as medicações, laringo, se as coisas estão funcionando” (E12).

“a gente tem que ter o controle, tem que ter um carrinho de parada funcionando. Então logo quando você chega ao plantão é uma das primeiras coisas que você faz.” (E14).

Essa preocupação e vigilância do enfermeiro não ocorrem somente em momentos predeterminados, seja para realização de procedimentos, para o uso dos materiais em situações de urgência ou mesmo para a manutenção das condições necessárias para realizar o cuidado necessário ao cliente grave.

A constante busca e luta diária pela manutenção das condições materiais, relacionadas às instalações, equipamentos, materiais de consumo e demais artigos necessários para a realização do cuidado ao cliente, consomem não só o tempo de trabalho do enfermeiro, mas também sua energia física e mental. Lunardi Filho (2000, p.98) assemelha o trabalho do enfermeiro com o do síndico, que deve estar sempre atento para detectar problemas nas instalações e equipamentos, trocas de lâmpadas, consertos de telefone, de chuveiro, de esfigmomanômetros: “um trabalho que, além de implicar sua detecção, exige que seja, constantemente comunicado e requisitado por escrito” – explica Lunardi. Isso caracteriza, segundo o autor, complexidade do trabalho diário do enfermeiro, “constituído de descontinuidades, idas e vindas, um constante pegar e largar, um incessante correr atrás”.

A fim de manter as condições necessárias para o cuidar, o enfermeiro realiza contínuas atividades – entre elas verificar, organizar, controlar, repor, buscar, levar. Enfim, uma série de ações que demonstram seu empenho, perseverança e obstinação em se desincumbir delas. Todavia, as descontinuidades existentes no seu processo gerencial, oriundas das más condições de trabalho, por vezes justificam comportamentos de obstinação cujos reflexos são o aparente afastamento do cuidado direto. Mergulhar nesse cotidiano dos enfermeiros entrevistados nos permite identificar o compromisso do profissional com a clientela e com a promoção de condições de trabalho menos danosas para sua equipe.

Por isso, os temas relacionados à falta de material, intercorrências e pessoal foram bastante citados (Quadro V) pelos depoentes.

Uma outra explicação para esses comentários pode ser o contexto que envolve as instituições públicas:

“Tem aquela parte de material também, que aqui às vezes falta muita coisa, a gente tem que selecionar os materiais pra aqueles doentes que precisam mais, é a gente às vezes tem que improvisar muita coisa ...” (E03).

“Falta de material, que é muito freqüente em hospital público infelizmente. Esse é principal fator que prejudica a assistência, acho que o único fator que prejudica realmente.” (E11).

“O que vai me auxilia a prestar o cuidado é ... ter os materiais necessários na quantidade que você vai precisar ...” (E12).

A falta de recursos físicos e materiais têm sido apontados como gerador de conflito para os profissionais de enfermagem, pois existe uma demanda de cuidados aos clientes que pode não ser realizada com a qualidade almejada e acaba suscitando questões éticas. Nesse particular, há necessidade de se alertar para questões da ética relacionada com a instituição, pois “os trabalhadores se vêem na contingência de terem que atuar com recursos materiais inadequados, de qualidade questionável e insuficientes em quantidade” (MAZUR, LABRONICI e WOLFF, 2007, p. 374). Com isso, acrescentam, eles são expostos a riscos ocupacionais. A preocupação com essa exposição fica aqui explicitada:

“a questão da segurança do trabalhador, a gente vê o trabalhador exposto a muitas doenças, a gente se expõe muito, não há dinheiro que pague a nossa vida. A gente está se expondo muito ...” (E12).

Essas situações atingem diretamente ao profissional e ao cliente, e exigem do enfermeiro um posicionamento consistente frente à instituição. Para Mazur, Labronici e Wolff (2007, p. 374), o enfermeiro deve se posicionar de modo que tenha:

poder de argumentação esteja embasado no código de ética dos profissionais de enfermagem e na legislação profissional vigente, e tenha ainda determinação, a fim de que possa viabilizar mudanças planejadas que venham a contribuir para a categoria, e que redundem em adequada prestação de cuidados para indivíduos e à comunidade, de forma segura e de acordo com os padrões desejados de qualidade.

O código de Ética dos Profissionais de Enfermagem pode servir como embasamento ao poder de argumentação do enfermeiro. Em seu Art.16, Cap. III, referente à competência dos profissionais, o texto assegura ao cliente “uma assistência de Enfermagem livre de danos decorrentes de imperícia, negligência ou imprudência”. A inexistência de condições adequadas de trabalho para profissionais de enfermagem pode incorrer em imprudência involuntária na prestação de cuidados, devido a fatores como a carga excessiva de trabalho e falta de organização e provimento de recursos no processo de cuidar.

Ao reorganizar o cuidado e o processo de trabalho, a gerência de enfermagem pode transformar a realidade. Para isso, o enfermeiro deve buscar o “apoio de gestores quanto à viabilização de condições de trabalho, a fim de dirimir problemas e adequar recursos humanos e materiais para o cuidado aos pacientes”. (Mazur, Labronici e Wolff, 2007, p. 374).

De posse de todos os dados necessários e tendo realizado um diagnóstico situacional, o enfermeiro planeja e organiza o cuidado a ser prestado ao cliente por toda a equipe de enfermagem. O profissional define a escala levando em consideração não só o número de

profissionais presentes no plantão, como também sua qualificação, deixando os clientes mais graves aos cuidados do profissional que julga ser qualificado. Essa avaliação contínua de desempenho é realizada pelo enfermeiro da seguinte forma, conforme depoimentos aqui transcritos:

“... dentro da característica de cada funcionário e até da capacidade técnica de cada um, eu vou ter que observar qual é o material humano, qual é o quanti e o quali daquilo que eu tenho para trabalhar. E em cima disso é que eu vou desenvolver a minha escala, que eu vou ter que fazer uma escala de distribuição de tarefas. Baseado naquilo que eu vi, naquilo que eu já julguei como sendo prioridade, naquilo que eu já julguei sendo fundamental. E vou distribuir o meu elemento humano de acordo com isso. Qual o funcionário que eu acho que tem que ficar com determinada função, baseado no seu desenvolvimento prático e na minha observação da sua capacidade teórico-prática. Passa pela confiabilidade, passa por relações, passa por sentir como o funcionário está naquele dia, uma coisa continuada, não é única.” (E06).

“...faço a escala dos técnicos, cada um pra cada leito. O ideal seria cada um ficar com um leito, mas como nós temos 10 leitos, normalmente eu fico com 6, 7 técnicos aí normalmente eu os divido, dependendo também da gravidade dos doentes, aí o doente mais grave, fica um técnico só com esse doente”. (E03).

“... eu elaboro a escala distribuindo os pacientes para os técnicos, avalio a prioridade na assistência... como você tem um conhecimento da equipe eu procuro disponibilizar cada paciente de acordo com a capacidade individualizada de cada profissional que eu tenho. Eu sei aqueles que têm um limite maior, uma capacidade maior de atenção, de observação, de conhecimento técnico-científico. Então esses eu seleciono os pacientes mais críticos e coloco é pra esses profissionais.” (E07).

“Depois de receber o plantão eu procuro ver a escala de como está à equipe, prá poder fazer a escala. De acordo como eu recebi o plantão os pacientes arriscados a gente procura colocar com os profissionais, os técnicos, que estão mais acostumados a lidar com esse tipo de paciente, tem mais experiência, a gente tenta fazer isso.” (E12).

Nessa esquematização mental desenvolvida pelos enfermeiros, para ordenar seu trabalho, percebo que ele sistematiza empiricamente a assistência a ser prestada ao cliente. Ainda que a sistematização da assistência de enfermagem não tenha sido implantada nessa instituição, cenário do estudo, é possível observar a maior parte das etapas do processo de sistematização nas ações e orientações realizadas pelos enfermeiros. Mesmo que não realize todas as etapas do processo, o enfermeiro faz a prescrição de enfermagem mentalmente e orienta sua equipe para os cuidados importantes individualmente, de acordo com a particularidade de cada cliente. Podemos constatar isso nos relatos a seguir:

“... então verbalmente eu tento fazer as minhas prescrições de enfermagem, a gente não tem uma rotina para seguir ainda, ... mas a gente tenta verbalmente puxar pelos técnicos.” (E04).

“Quando eu escalo um funcionário com um paciente, eu faço questão de levá-lo até a beira do leito e especificar quais são as prioridades, quais são as coisas que merecem maior atenção e o porquê merecem maior atenção” (E06).

“Então eu dou as coordenadas, não pode manter sem oxigênio, eu dou a coordenada porque o técnico se sente mais preparado de onde ele vai dirigir a assistência ... esse paciente tem muita secreção e tem que ser aspirado de hora em hora, então você dirige a sua assistência com a equipe” (E14).

“... fazer as prescrições de enfermagem no sentido de que a gente não tem aquele impresso, mas a gente vai vendo o que precisa ser feito com o paciente e cobrando do técnico e agindo nas intercorrências até o surgimento de algum problema para resolver” (E15).

O enfermeiro funciona como um radar, que capta todos os dados ao seu redor e se organiza mentalmente, sistematizando suas ações e orientando os membros de sua equipe.

Além de coletar dados, identificar problemas e necessidades do cliente, e priorizar as ações, esse relato demonstra que o enfermeiro, na prática, promove um plano assistencial de enfermagem que Horta (1979) alinhavou como uma das seis fases do Processo de Enfermagem. Esse estágio deve ser estabelecido de forma mental pelo enfermeiro para subsidiar a fase subsequente denominada prescrição de Enfermagem ou Plano de Cuidados.

Categoria II – O Mapa Real do Gerenciamento do Cuidado de Enfermagem

O mapa real refere-se à ação de fazer do enfermeiro, relacionada ao cuidado direto e ao cuidado indireto. Esse instrumento dispõe sobre as orientações, a supervisão, seja essa direta ou indireta, a avaliação do cliente e da equipe de enfermagem e o cuidado direto prestado ao cliente e as ações burocráticas.

Os aspectos avaliados pelo enfermeiro, já discutidos até aqui, pautam-se no mesmo objetivo, um cliente bem cuidado. Para que isso aconteça, o enfermeiro intensivista, além de usar o conhecimento técnico-científico, deve aliá-lo ao fazer que cuida diretamente do cliente gravemente enfermo. Ele deve desempenhar a tarefa não como um executor de procedimentos, mas como um profissional qualificado que avalia o cliente de forma holística e diagnostica suas necessidades; realiza intervenções de enfermagem e interage com os outros profissionais inseridos no cuidado ao cliente a fim de suprir todas as necessidades por ele apresentadas.

Outro fator importante a ser considerado é o cuidado direto relacionado às ações realizadas no corpo do cliente, como banhos e curativos, por exemplo. Também o cuidado indireto, quando o enfermeiro é o coadjuvante da ação de cuidar realizada por outro profissional ou quando o enfermeiro delega uma atividade a ser supervisionada por ele de forma indireta.

Ao assumir as ações administrativas e burocráticas, os enfermeiros “estarão se afastando do seu foco principal que é o cuidado direto do paciente”. Mas, ao assumir tais funções, eles estão realizando ações em benefício dos clientes, como por exemplo, marcação de exames, pedidos de medicações e materiais, solicitação de avaliação de outros profissionais, dentre outras ações. (Albuquerque 2007, p.97).

Os enfermeiros reconhecem a necessidade de suporte de outros profissionais para que o plantonista, que tem como objetivo o cuidado direto, possa estar livre para realizá-lo, conforme exposto pelo depoente a seguir:

“O plantonista tem que estar com uma visão focada no cuidado, vão ter outras questões que eu acho que tem que ter outro profissional enfermeiro que dê suporte a ele, se não ele não vai conseguir dar conta” (E12).

Nos depoimentos a seguir, pode-se observar algumas formas de supervisão exercidas pelos enfermeiros intensivistas:

“... tudo que é relacionado dentro da enfermagem eu priorizo que eu faça e quando eu delego, eu delego as tarefas, mas eu as acompanho também” (E01).

“... eu observo muito o trabalho dos técnicos, para ver, como eles atuam assim diretamente com o doente” (E03).

“Estar sempre supervisionando essa parte ... prevenção de úlcera, ... a própria parte mesmo de monitorização, cuidado, hidratação do paciente...” (E08).

A palavra supervisão é amplamente discutida na Enfermagem. Podemos defini-la como uma força motivadora de integração e coordenação dos recursos humanos e materiais para tornar possível a realização de um programa de trabalho de forma eficiente. Para Andrade e Piva (1969, p. 237), supervisão “é um processo dinâmico e democrático de integração e coordenação dos recursos humanos e materiais, numa estrutura organizada, visando alcançar objetivos definidos em um programa de trabalho, mediante o desenvolvimento do pessoal”.

Nesse particular, Santos (1987, p.6) afirma que a responsabilidade do supervisor de enfermagem é “encaminhar e orientar o pessoal na direção do objetivo máximo da organização, que é a prestação da assistência à pessoa hospitalizada ou em tratamento ambulatorial”. O supervisor, assim, estabelece metas a serem alcançadas pelo grupo de trabalho.

O processo de supervisão atua como um mecanismo auxiliar de coordenação de esforços da alta administração, para assegurar que o processo de trabalho ocorra da forma como foi planejado.

Ao analisar a função de supervisão para o enfermeiro, Rangel (1997, p. 151) afirma que:

o supervisor não é um “técnico” encarregado da eficiência do trabalho e, muito menos, um “controlador” de “produção”; sua função e seu papel assumem uma posição social e politicamente maior, de líder, de coordenador, que estimula o grupo à compreensão – contextualizada e crítica – de suas ações e, também, de seus direitos.

Pensar a supervisão por meio de um processo educativo e reflexivo é uma estratégia importante para a conscientização dos profissionais de enfermagem. É também a busca de um trabalho criativo e satisfatório, que objetiva um cuidar de boa qualidade aos clientes assistidos. A educação é inerente ao processo de trabalho do enfermeiro. Freire (1999) a

entende como conseqüência da necessidade do ser humano de adaptar-se ao novo, na busca de sua realização como pessoa, pois é um ser inacabado em constante busca.

Durante estudo sobre a supervisão exercida pelos enfermeiros em um hospital universitário, Rebello (2002, p. 45) percebeu que os enfermeiros “orientam, passam experiências, mostram serviço para poder cobrar”. A supervisão para o autor, assim, é uma atividade inerente ao dia-a-dia do trabalho dos enfermeiros. É nela que os profissionais realizam o controle das atividades e tarefas dos demais trabalhadores da equipe de enfermagem.

A mesma autora afirma ser indispensável a preparação técnica do supervisor para que o processo de supervisão ocorra de uma maneira construtiva. A realização de uma supervisão eficaz exige conhecimento, experiência e vontade, saber como supervisionar, o que supervisionar e ter ciência do que fazer com o resultado da supervisão.

Rebello (2002, p. 48) observou um sentimento de desespero para a realização da supervisão da equipe de enfermagem, associando-o à “insegurança quanto à competência profissional, no que se refere à atividade de supervisionar a sua equipe. Daí, talvez, a tendência de algumas enfermeiras se limitarem à supervisão dos ambientes e dos materiais”.

A supervisão pode ainda ser considerada como um processo que demanda reflexões cuidadosas, planejamento e desenvolvimento de habilidades específicas. Caberá ao enfermeiro, no entanto, apropriar-se das bases científicas e tecnológicas de sua ocupação, desenvolver as competências comunicativas básicas que lhe permitam negociar os interesses individuais e coletivos, dentro e fora do mundo do trabalho.

Os dados obtidos com os depoentes permitem ratificar a classificação do fazer do enfermeiro quando cuida do cliente em ações burocráticas, cuidados indiretos e cuidados diretos. Embora compreendamos que as ações burocráticas se incluem nos cuidados indiretos, os enfermeiros deste estudo o compreendem dessa forma separada.

Ao avaliar o cuidado direto e indireto, Silva (1986) afirma que a dicotomia entre cuidado direto e indireto teve origem na estratificação da equipe de enfermagem, pois a subdivisão do trabalho e a cientifização dos enfermeiros favoreceram a indefinição de funções e a divisão entre trabalho intelectual e manual.

Os enfermeiros entendem que as ações burocráticas estão vinculadas a uma rotina. O depoimento “eu acho uma chatice ... mais se faz necessário” (E14) é bem elucidativo. As chamadas ações burocráticas envolvem contagem de psicotrópicos, checagem do material existente no setor. Os depoimentos falam por si:

“Primeiro eu recebo plantão, conferência do material, vejo se a escala está completa, planejamento, faço o pedido de materiais, confiro os materiais, vejo se está faltando alguma coisa, vejo carrinho de parada se está tudo completo, se precisa de alguma coisa, materiais, medicamentos, se tem alguma coisa faltando, os materiais que eu vou precisar ao longo do dia eu dou uma olhada logo no começo nos pedidos que seja necessário” (E11).

“Então eu faço de imediato a checagem do carrinho de parada, para ver se está tudo certo, para hora que precisar de uma emergência, isso faz parte da rotina. Faz parte também da rotina, você checar escala, o livro de ordens e ocorrências, colocar tudo não só em relação a equipe mas qualquer fato importante que envolva a nossa assistência, de cunho administrativo” (E14).

“quando a parte da assistência fica mais tranqüila aí eu faço a parte burocrática ... lá para meia noite, quando acaba tudo aí eu vou mexer no livro, exercer as partes mais burocráticas mesmo.” (E16).

Para que o enfermeiro e sua equipe consigam desenvolver as atividades propostas ao cuidado do cliente crítico, é necessário oferecer condições adequadas de trabalho. Sem isso não é possível atender às necessidades dos clientes, assim como as dos profissionais. Para dar conta desse objetivo, o enfermeiro executa “ações burocráticas”, tais como: conferência de materiais de emergência e psicotrópicos; se inteirar das questões administrativas do setor, utilizando, na maior parte do tempo, o livro de ordens e ocorrências para promover essa comunicação.

A provisão e previsão de recursos humanos e materiais garantem o funcionamento dos serviços de saúde, e a inadequação dos mesmos compromete a qualidade dos cuidados ao cliente. (Willig, Lenardt e Trentini, 2006).

Entende-se como cuidado indireto todas as ações realizadas para viabilizar a realização do cuidado direto ao cliente, como, por exemplo, a solicitação diária de material de consumo. Sem estes materiais, muitos cuidados e procedimentos não poderiam ser realizados. Encontramos, no entanto, entendimentos diferentes para o cuidado indireto com os enfermeiros desse estudo, conforme indicam os depoimentos a seguir:

“... quando eu falo administrativo, não está ligado à assistência ao paciente, são coisas de apoio indireto, não deixa de ser uma assistência, mas não é direta ao paciente.” (E02).

“Cuidado indireto é aquele que você não presta ao paciente, diretamente ao paciente. Tipo, prover material, fazer pedido de material, ver se está faltando alguma coisa, ver medicação.” (E11).

“O cuidado indireto seria o que está por trás do cuidado direto ao doente e que ajudaria e que o auxiliaria a melhorar. Ter cuidado com a estrutura é um cuidado indireto, por exemplo, eu tenho gaze, eu não estou tocando no paciente, mas se eu não tivesse gaze eu não poderia estar fazendo o curativo. O cuidado indireto é a manutenção do redor para você estar prestando um cuidado direto ... o cuidado indireto seria mais questões de suporte, todo o suporte fora do toque que seria o cuidado direto” (E12).

Há entendimentos diferenciados de cuidados indiretos quando o enfermeiro é coadjuvante do cuidado. Ou seja, outro profissional realiza o cuidado ao cliente e o enfermeiro viabiliza os meios para que tal cuidado possa ser feito. Em outros momentos, esse cuidado indireto se caracteriza quando o profissional delega atividades a sua equipe. O entendimento dos entrevistados foi explicitado da seguinte forma:

“Cuidado indireto ... seriam os cuidados que eu delego” (E01).

“... e às vezes surgem algumas rotinas, alguns procedimentos que a gente tem que estar também atuando, um procedimento invasivo, um implante de marcapasso, ou uma intercorrência que tenha uma parada cardíaca, uma coisa que a gente tem que parar o que agente está fazendo e atuando nisso.” (E02).

“Cuidado indireto para mim é aquele cuidado que você delega... Delega atribuições, ações, atividades, para outro profissional e você acredita que isso vá repercutir em bons resultados.” (E08).

O gerenciamento dos recursos físicos, ambientais e materiais compreendem o cuidado indireto. Takahashi e Gonçalves (2005, p.184) conceituam recursos físicos como “as áreas internas e externas que compõem um serviço de saúde”. Tratando-se de um CTI, pode-se classificá-lo como uma unidade que compreende “o espaço físico determinado e especializado para o desenvolvimento de atividades assistenciais, caracterizado por dimensões do equipamento, da população a ser atendida e das atividades a serem realizadas”.

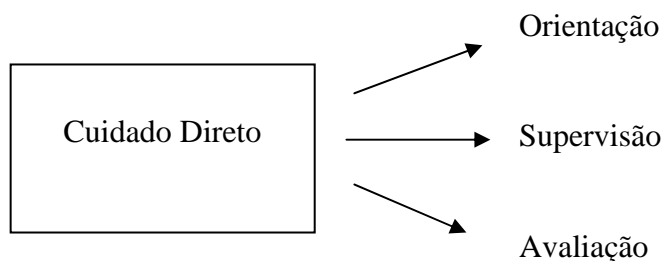
Para Willig, Lenardt e Trentini (2006), a função da enfermeira administrativa é o gerenciamento de recursos humanos, ambientais, além de estabelecer a articulação com a equipe interdisciplinar e serviços de apoio.

As preocupações com as condições de funcionalidade e segurança para a realização do cuidado, a manutenção das condições de limpeza e higiene das instalações do ambiente são preocupações constantes do enfermeiro. O profissional, assim, tem um olhar atento para a resolução de problemas. Durante seus constantes deslocamentos, idas e vindas, ele procura garantir, manter e conquistar condições materiais, de higiene e limpeza ideais para promover o cuidado ao seu cliente.

Independente do conceito de cuidado indireto que os depoentes desse estudo têm, é possível afirmar que todos buscam as necessidades dos clientes e a melhor maneira de supri-las. Às vezes surgem questões sobre as quais o enfermeiro não tem controle, tais como inexistência de recursos, sejam materiais ou humanos. O profissional, no entanto, acaba adaptando suas ações com a realidade e a necessidade apresentada.

Os enfermeiros entendem que sua atuação no cuidado direto ao cliente pode se dar de algumas formas, entre elas a orientação quanto aos cuidados realizados, a supervisão e a avaliação da equipe de técnicos de enfermagem. (Figura II)

Figura II: esquema de entendimento dos enfermeiros quanto às ações do cuidado direto



Os enfermeiros demonstram entender com clareza o conceito de cuidado direto e suas representações e implicações para o trabalho e para o cliente. Alguns entrevistados alinhavaram ações direcionadas ao cuidado direto.

“... eu posso dar um banho no leito, fazer um curativo, e todos os procedimentos invasivos sou eu que faço ... tudo que é relacionado dentro da enfermagem eu priorizo que eu faça...” (E01).

“... acredito que o enfermeiro tem muito a contribuir também na mão-de-obra, na assistência e não só ficar com a parte burocrática.” (E08).

“Eu vejo os pacientes que estão precisando de alguma coisa, que estão mais graves. E depois eu fico no cuidado direto do paciente e assim vai ao longo do dia ... minha atribuição é participar da assistência mais direta a esses pacientes, principalmente aos mais graves.” (E11).

Ainda que não se dedique o tempo todo ao cuidado direto, o enfermeiro não perde o cliente do seu foco. Mesmo delegando ações ou atribuições privativas, o profissional supervisiona o cuidado a ser prestado ao cliente, inclusive quando a tarefa é desempenhada por outro membro da equipe.

No que diz respeito ao cuidado direto, Silva (2002) afirma que é necessário disponibilizar de mais tempo do expediente de trabalho do enfermeiro a esta atividade. O objetivo deve ser sempre compreender o cliente como ser humano e não apenas como um ser doente.

O enfermeiro tem inúmeras atribuições. Ainda que o cuidado direto seja primordial, ele desempenha outras atividades durante seu plantão. No entanto, há alguns procedimentos que são de atribuição exclusiva do enfermeiro, como, por exemplo, os procedimentos invasivos (instalação de sondas e curativos mais complexos). O enfermeiro deve estar atento para que a superposição de atribuições não limite sua permanência junto ao cliente só quando procede cuidados invasivos. O depoimento a seguir confirma a tese de que o enfermeiro não deve ser apenas um tarefeiro:

“a sobrecarga do enfermeiro, você faz muitas coisas, às vezes você se transforma se não prestar atenção em um tarefista, você deixa de ser um gerente de uma equipe e passa a ser um executor de tarefas, o executor que passa sonda nasogástrica, o executor do cateter, o executor de preparo do material de punção profunda, o coletor de cultura, é muito difícil.” (E12).

A sobrecarga é uma questão marcante abordada pelos enfermeiros. Eles admitem que necessitar de ajuda em outras questões relacionadas ao setor, para que possam dedicar parte do tempo livre ao cuidado direto.

“Eu acho que para você ser uma enfermeira assistencial que seria a prioridade do paciente crítico, tem que ser uma enfermeira mais assistencial e a ajuda de um colega, um enfermeiro, que teria essa visão mais administrativa do suporte é essencial” (E12).

Para que eu faça o cuidado direto, quando tem o enfermeiro rotina, que fica na parte mais específica, parte administrativa, ... eu me sinto mais livre pra ficar vendo a parte assistencial do paciente, eu fico mais tranquilo quando tem o colega rotina, chefe do setor que ele vai estar ali eu sei que eu não preciso me preocupar que ele vai resolver, então eu fico mais preocupado com a assistência do paciente.” (E02) .

No processo de trabalho do enfermeiro existem muitos tipos de cargas. A interação com os meios e instrumentos, a sofisticação técnica e as relações sociais que determinam a maneira específica de trabalhar geralmente provocam desgastes. Essas cargas (emocionais) podem ser distinguidas em dois tipos: as cargas de materialidade externa, representadas pelas cargas biológicas, físicas, químicas e mecânicas e; as cargas de materialidade interna

caracterizadas pelas cargas fisiológicas (GONÇALVES, 1994). Os profissionais de enfermagem são expostos a toda essa diversidade de cargas. Os riscos daí decorrentes são capazes de gerar danos à saúde em função de sua natureza, concentração ou intensidade e tempo de exposição. (Santos, Oliveira e Moreira, 2006).

Para Leopardi (1994), a maior parte das cargas de trabalho poderia ser diminuída mediante a fiscalização das condições de trabalho e sua adaptação às normas vigentes. Mas, isso depende, em grande parte da organização dos trabalhadores e de sua consciência política e técnica sobre o processo de trabalho.

De acordo com Hudak e Gallo (1997), esse ambiente de risco pode ser um fator gerador de estresse para os profissionais em terapia intensiva. Os efeitos do estresse, sobre a saúde física e psicológica dos enfermeiros na terapia intensiva, mostram que os profissionais correm os riscos de esgotamento, devendo se considerar, também, certos traços da personalidade como a repressão de certas emoções (raiva e culpa, por exemplo), e a negação de suas necessidades em relação às necessidades dos pacientes.

Spíndola acrescenta que o trabalho de enfermagem, especialmente em CTI, possui uma grande carga de desgaste mental, uma vez que o enfermeiro se depara com diversos estressores como o excesso de trabalho, contato constante com o sofrimento do outro, complexidade de tarefas e imprevisibilidade do estado geral dos clientes. Isso leva os profissionais de enfermagem a desenvolverem alterações fisiológicas, emocionais, cognitivas ou comportamentais (SPÍNDOLA, 2003).

Já Willig, Lenardt e Trentini (2006, p. 177) afirmam que a formação profissional do enfermeiro sustenta o cuidado como foco principal. Por outro lado, o contexto de trabalho a direciona para as questões do administrar burocrático, ou seja, a realização de atividades que são pautadas em normas e rotinas preestabelecidas pela organização e que denotam racionalidade, eficiência e impessoalidade.

Para os mesmos autores, existe um descompasso entre o processo de formação e a prática do enfermeiro que dá origem a tensões, desmotivações e conflitos. O papel que a escola exerce na formação do enfermeiro é de um profissional preparado para exercer o cuidado individualizado com bases científicas, mas, na prática:

a função esperada desse profissional é a gerência dos serviços que em geral se limita ao controle de material de pessoal em detrimento do gerenciamento do cuidado. (WILLIG, LENARDT e TRENTINI, 2006, p. 177).

Acredito que o enfermeiro intensivista está mais ligado ao cuidado direto por se tratar de um cliente de alta complexidade. Alerto, porém, que as questões do cuidado indireto ainda

o sobrecarregam. O cuidado indireto é essencial para o processo de trabalho do enfermeiro, no que tange à realização do cuidado direto. Em alguns casos, no entanto, pode existir um enfermeiro encarregado dessas atividades indiretas, de maneira que o enfermeiro intensivista plantonista fique livre e disponível para realizar o cuidado direto ao cliente grave.

O enfermeiro plantonista necessita estar livre das funções administrativas para investir mais tempo no cuidado direto ao cliente grave e não deve estar tão ligado ao cuidado indireto, como observa-se nos depoimentos abaixo:

“Eu fico atordoado quando não tem a diarista e tenho que dar conta da parte administrativa e assistencial” (E02).

“você não tem uma liderança ... de início aqui, você tinha mais estímulo, o próprio coordenador entrava com você, te dava suporte para isso, porque eu acho que pra você assumir uma chefia, seja lá qual for, você tem que ter um elo, tem que consolidar aquela equipe e se você não tem, isso se parte, se quebra, então as coisas são feitas, são ditas, são impostas, cada um trabalha como quer ...” (E04).

“Então sobrecarga o enfermeiro com essa função que não necessariamente é nossa, ... porque você tem que estar cuidando do setor, e do telefone que toda hora toca, é da evolução do paciente ... você tem que estar vendo isso tudo. Dois olhos na frente, do lado e atrás. Tem que saber tudo, todas essas coisas. Sobrecarga mesmo.”(E10).

O coordenador da assistência deve fornecer um suporte ao enfermeiro plantonista, quanto ao cuidado com o setor, equipamentos, provisão e previsão de materiais. Os relatos dos depoentes referentes a esse tipo de sobrecarga indicam seguramente que tal suporte tem sido insuficiente.

As atividades de cuidado e administração, para Lima in Willig, Lenardt e Trentini (2006, p. 178) “têm sido consideradas inconciliáveis, mas fazem parte, no entanto, do mesmo processo que é o cuidado ampliado”. Ainda que integrem o mesmo processo, elas podem ser compartilhadas de modo que as atividades do cuidado e da administração sejam realizadas por diferentes profissionais, focados no cliente.

Ainda segundo Lima, cuidar do outro requer um conhecimento e envolvimento profundo por parte do cuidador em relação ao cliente: “cuidar é entender a linguagem do outro, linguagem na maior amplitude possível, o que resulta numa interação eficaz”, sustenta o autor. A linguagem de um cliente grave, muitas vezes sedado, é expressa pela fala do corpo, que tem maneiras de demonstrar dor ou conforto. Por isso, cabe ao enfermeiro decifrar e mergulhar no mundo desse cliente para realizar um cuidado direto direcionado às necessidades de cuidar.

O conceito de cuidar para Willig, Lenardt e Trentini (2006, p. 180)

“é próprio do local onde o cuidado se desenvolve (gerência situacional), depende das características e da demanda da população atendida, do contingente de recursos humanos capacitados disponíveis, bem como do ambiente destinado a prestação do cuidado, das especificidades do cuidado e dos recursos materiais e tecnológicos que a enfermeira tem ao seu dispor para a efetivação do gerenciamento do processo de cuidar”

Quando se busca o cuidado humanizado, a atenção da enfermagem na terapia intensiva abrange o cliente crítico e sua família. Família aqui entendida como célula básica da sociedade, formada por pessoas com laços biológicos ou afetivos que têm com crenças, valores, símbolos, significados, práticas e saberes semelhantes ou diferentes, construídos, compartilhados e ressignificados nas interações sociais e, como tal, influenciam e são influenciados por seus familiares.

Historicamente, as famílias foram mantidas distantes dos centros de terapia intensiva, com a justificativa na gravidade do cliente, na estrutura física imprópria e nas inúmeras e intensas atividades desempenhadas pela equipe interdisciplinar com o cliente. Essa realidade pode acarretar e/ou aprofundar o distanciamento entre a equipe de enfermagem e a família.

A família passa por um período de crise na hora da enfermidade. A superação desse momento depende do estágio de vida que o núcleo familiar está vivendo, o papel que o doente representa e a forma como a família se organiza durante o período da doença. Quando a família enfrenta um caso de doença grave, sentimentos são aflorados e buscam-se forças por meio da identificação das anormalidades, experiência da hospitalização, sensação de fragilidade e necessidade de ajuda (ELSEN et al., 2002).

Os depoentes deste trabalho têm o cliente como foco. Mas não demonstram preocupação com o cuidado e a participação da família no processo de saúde-doença. Muitas vezes, a comunicação entre o profissional e a família não é eficaz por conta da linguagem técnica utilizada pelos enfermeiros, que desconsidera as informações simples, claras e objetivas. É necessário ter a sensibilidade situacional para perceber que a família também tem o fator estresse como uma barreira na comunicação.

Para Dezorzi, Camponogara e Vieira (2002, p. 93) “conhecer as diferenças étnico-culturais, sensibilizando-se com a situação vivida pela família, pode fortalecer a inter-relação enfermeiro-família e propiciar maior valorização do enfermeiro”. O enfermeiro tem papel fundamental e está qualificado para prestar o cuidado que reconhece tais diversidades.

Considerações Finais

Considerações Finais

Acreditamos que este estudo venha a ser um instrumento para a melhor compreensão de uma estrutura complexa como a gerência do cuidado. Sua realização proporcionou a construção dos argumentos com os quais pretendemos ter explicado as questões que lhe deram origem. Nesse sentido, os objetivos propostos foram atingidos, na medida em que conseguimos identificar, caracterizar e discutir o processo gerencial do enfermeiro relacionado ao cuidado direto em terapia intensiva.

Este estudo retrata a realidade de um cenário investigado quanto ao gerenciamento do cuidado. O trabalho é fruto do recorte de uma realidade que apreendemos durante a saudável convivência que desfrutamos no ambiente de trabalho do enfermeiro intensivista.

Dois fatores foram essenciais para que atingíssemos nossos objetivos: a participação dos enfermeiros depoentes e o respaldo obtido nos textos de diversos autores, com a conseqüente contextualização da fundamentação teórica e as discussões acerca dos conceitos que são tratados nesse estudo.

A gerência do cuidado é um tema extremamente abrangente e instigante, que estabelece vínculos de caráter individual, profissional e institucional. Nesse sentido, avaliar os dados demográficos dos sujeitos, relacionando-os com o contexto em que estão inseridos, foi de suma importância para desvelar e compreender questões de cunho individual e institucional.

Nesse particular, os dados demográficos, nos permitiram avaliar questões atreladas às dificuldades no processo gerencial. Os temas aqui desenvolvidos estão relacionadas com insegurança para tomada de decisão e para liderança, reconhecimento profissional e a pouca experiência que enfermeiros mais jovens têm para identificar resolver problemas. Essa realidade implica em sobrecarga de trabalho para os enfermeiros mais experientes.

Nessa direção, questiona-se a formação acadêmica voltada para a pesquisa e baseada na teoria sem capacitar, adequadamente, os profissionais para o desempenho técnico da profissão, conforme as demandas do mercado de trabalho.

Pode-se considerar, ainda, que o mercado de trabalho busca profissionais competentes, sendo a competência relacionada ao conhecimento, habilidade e atitudes. A palavra competência tem abarcado enfoques diferenciados, direcionados não somente para o conhecimento técnico-científico, mas para questões relacionadas ao desempenho do indivíduo em seu processo de trabalho com enfoque na subjetividade.

Com as mudanças no conceito de competência - que passou a ter uma abrangência mais ampla englobando conhecimentos, habilidades e experiências voltadas para o exercício de uma função na organização - o perfil profissional exigido também sofreu alterações. E essas alterações, em parte, se devem à existência de profissionais com habilidades de flexibilidade, capacidade de relacionamento, adaptação às novas situações, assunção de desafios e o conhecimento técnico-científico necessário ao desempenho da profissão.

Sabemos que para obter êxito nos resultados é necessário buscar certa diferenciação. Todo profissional deve renovar-se continuamente, desenvolver o olhar crítico e investigador e a inquietude a respeito de diferentes aprendizados. Devem investir no desenvolvimento de competências essenciais e duráveis, traduzidas pela associação de conhecimentos, habilidades e atitudes.

A definição contemporânea de liderança baseia-se em um modelo formal que praticamente elimina qualquer tendência ao serviço. Neste modelo, o ato de servir chega a ser entendido como um sintoma de fraqueza ou perda de poder do líder.

É necessário valorizar as competências que o indivíduo já tem e que o qualificam para realizar seu trabalho. Esse é o ponto a partir do qual o enfermeiro vai buscar adquirir novas competências para aprimorar sua prática profissional. Essas necessidades serão sempre pautadas à luz das necessidades apontadas no contexto do seu trabalho. Cabe ressaltar que a competência não é um estado ou um conhecimento que se tem e nem é resultado de treinamento. Competência é colocar em prática o que se sabe em um determinado contexto.

A liderança centrada no serviço foi introduzida nas discussões atuais sobre liderança. Muitas empresas já orientaram seus líderes para um modelo de liderança orientado para o serviço, mudando de uma liderança concentrada na personalidade para uma baseada no caráter.

Quando penso em liderança reporto-me ao melhor exemplo que conheço. O de Jesus, líder do grupo que, numa atitude de servo, colocou uma toalha na cintura e lavou os pés dos discípulos. Acredito que esta deva ser a postura do enfermeiro assistencial pois, muitas vezes, acredita-se que somente o técnico deva executar algumas funções. Cuidar do cliente, porém, é um privilégio e não um peso para o enfermeiro, principalmente quando o cliente é grave e corre risco iminente de morte. Nesse caso, a proximidade do cliente e da equipe é essencial.

O amadurecimento profissional consolida no enfermeiro a percepção de que o processo formador é frágil. Acaba-se percebendo que a liderança pode ser aprendida, ao longo dos anos, agregada ao fortalecimento dos conhecimentos científicos. E que é a partir da conjugação destes dois elementos que se fortalece o saber-fazer em enfermagem.

Destaca-se ainda a busca que o enfermeiro empreende pelo aperfeiçoamento. Os cursos de especialização surgem como uma estratégia usada pelo profissional para suprir as demandas que surgem em seu espaço de cuidar. Ao mesmo tempo em que busca conhecimentos específicos, capazes de capacitá-lo para uma tecnologia do cuidado em enfermagem, o enfermeiro é desafiado a buscar um equilíbrio que dê conta das particularidades do sujeito que cuida, do sujeito que é cuidado, do mercado de trabalho e da terapia intensiva.

O enfermeiro intensivista não pode ser rotulado como desumano só porque tem como única tarefa o manejo de equipamentos especializados no tratamento ao cliente. Estudos apontam que a necessidade de dar atenção à tecnologia é entendida pelos enfermeiros. Para o profissional, a máquina é a extensão do corpo do cliente, uma vez que esses equipamentos são imprescindíveis para a manutenção da vida de clientes criticamente enfermos nessas unidades.

Dessa forma, o profissional inserido na terapia intensiva deve ser compreendido, pois passa por situações de difícil manejo emocional. Como qualquer indivíduo, ele também se emociona, ama, chora, sorri, sente sede, fome, sono, medo, dor. Tais aspectos devem ser considerados antes que esses profissionais sejam rotulados de forma equivocada como desumanos.

O vínculo de contrato de trabalho diferenciado, servidores estatutários e contrato temporário são situações que têm gerado conflitos no cenário estudado. Frequentemente, as diferenças quanto à carga horária e estabilidade interferem nas reações de vínculo e comprometimento com o trabalho realizado e com a instituição.

Este, aliás, é mais um desafio enfrentado pelo gerente de enfermagem: quais estratégias usar para sensibilizar e motivar os enfermeiros, de maneira a minimizar os conflitos gerados pelos diferentes vínculos profissionais apontados neste estudo.

A dupla jornada de trabalho é outra realidade que constatamos no universo da enfermagem. A maior parte dos enfermeiros tem dois ou mais vínculos empregatícios, o que pode justificar o cansaço e a sobrecarga identificados. A carga horária excessiva, vivenciada por grande parte dos enfermeiros, restringe o tempo dedicado ao auto cuidado e ao lazer, potencializando o cansaço e o estresse daí consequente. Os enfermeiros cuidam de clientes e familiares e, às vezes, pelas contingências do cotidiano, esquecem de se preocupar com sua qualidade de vida, em especial com sua saúde.

Os resultados nos levaram a identificar e avaliar o processo gerencial do enfermeiro intensivista, que denominamos de cartografia do processo de gerenciamento, dividido em mapa mental e mapa real.

O mapa mental se refere ao planejamento, intervenção e avaliação dos recursos humanos, materiais e tempo.

Destacamos que o enfermeiro gerencia em seu processo de trabalho e direciona suas atividades. Sua meta é dar conta de um único objetivo: atender um cliente bem cuidado. Percebemos que o profissional não se vê longe do cliente, ainda que execute outras atividades que não as do cuidado direto. O profissional vê neste último a base das demais funções.

Ao longo de toda a análise identificamos, ao observar as fases do gerenciamento, que o enfermeiro valoriza o planejamento. Planejar, assim, possibilita a ele construir, com segurança, as próximas fases de seu processo de trabalho. Como a realidade da terapia intensiva é dinâmica, não há planejamento definitivo e fechado. Por isso, é necessário considerar as incertezas e imprevistos possíveis. A avaliação das atividades e seu replanejamento também devem contribuir para o bem-estar do cliente.

A coleta de dados, visando o diagnóstico situacional e o planejamento diário, é feita inicialmente na passagem de plantão. Mas ficou claro também que o enfermeiro, ao realizar um rápido planejamento de suas ações e prioridades, deve tomar cuidado para que essas ações planejadas não prejudiquem o trabalho como um todo. Ou seja, o profissional não pode deixar de observar outras questões importantes no cuidado ao cliente grave.

O enfermeiro pode selecionar e estabelecer prioridades quando repassa as informações que considera necessárias à tomada de decisão. Mas, a simples posse desses dados não garante sua autonomia. Paralelamente, ele deve lançar mão do arsenal tecnológico e de determinados saberes.

Ressaltamos ainda que a prática da enfermagem deve ser muito criteriosa. Durante seu exercício, o enfermeiro deve observar o teor das informações transmitidas na passagem de plantão. Dessa forma, sua atuação transcenderá a simples implementação das determinações médicas e reunir materiais a fim de dar conta das questões operacionais indispensáveis para realização de seu trabalho.

A importância do planejamento no processo de trabalho do enfermeiro foi identificada ao longo de toda a pesquisa. Percebemos que os aspectos abordados no plano mental dos profissionais referem-se aos pontos essenciais para atender a seu princípio: ter um cliente bem cuidado. De onde se depreende, portanto, que um adequado planejamento exige que o enfermeiro relacione os recursos materiais, humanos e aspectos organizacionais. Esses

procedimentos visam, em última instância, a qualidade, eficácia e eficiência no processo de trabalho.

O diagnóstico da situação, portanto, exige a posse de informações relacionadas aos recursos humanos e materiais. É à luz delas que o enfermeiro vai programar seu dia de trabalho - gerenciando toda a unidade, sua equipe e o cuidado a ser prestado ao cliente crítico.

Para manter as condições necessárias ao ato de cuidar, o enfermeiro realiza contínuas atividades que envolvem verificar, organizar, controlar, repor, buscar, levar. Uma série de ações que, enfim, demonstram seu empenho, perseverança e obstinação durante a execução de suas tarefas. Todavia, as descontinuidades existentes no seu processo gerencial, oriundas das más condições de trabalho, podem eventualmente sugerir um aparente afastamento do cuidado direto. Mas, após mergulhar no cotidiano dos enfermeiros entrevistados pudemos identificar não só o compromisso que eles têm com a clientela, mas a preocupação de prover à sua equipe condições de trabalho menos danosas.

Outro ponto de destaque, advindo da análise, refere-se à falta de recursos físicos e materiais, apontados como gerador de conflito para os profissionais de enfermagem. É que existe uma demanda de cuidados aos clientes que pode não ser satisfeita com a qualidade almejada, suscitando questões éticas. Aqui no caso é preciso atentar para questões da ética relacionada com a instituição, pois os profissionais que trabalham com recursos materiais inadequados são expostos a riscos ocupacionais.

O enfermeiro não leva em conta somente o número de profissionais de que dispõe para realizar o cuidado ao cliente. Mas a qualificação deste profissional é avaliada, por meio de uma avaliação de desempenho. E a equipe de enfermagem é distribuída de acordo com a gravidade do cliente e a qualificação do profissional.

É possível afirmar que o enfermeiro sistematiza empiricamente a assistência de enfermagem em uma esquematização mental, ordenando seu trabalho, ainda que a sistematização da assistência de enfermagem não tenha sido implantada no cenário do estudo. É possível, no entanto, observar a maior parte das etapas do processo de sistematização nas ações e orientações realizadas pelos enfermeiros. O enfermeiro, portanto, realiza a prescrição de enfermagem mentalmente e orienta sua equipe para os cuidados importantes individualmente.

O enfermeiro funciona como um radar, que capta todos os dados ao seu redor e se organiza mentalmente, sistematizando suas ações e orientando os membros de sua equipe.

O outro ponto da cartografia do processo de gerenciamento do cuidado, prestado ao cliente grave, refere-se ao mapa real relacionado com a ação de fazer do enfermeiro, direta ou indiretamente ligadas ao cuidado.

Os dados obtidos com os depoentes nos permitem ratificar a classificação do fazer do enfermeiro quando ele cuida do cliente em: ações burocráticas, cuidados indiretos e cuidados diretos. Embora compreendamos que as ações burocráticas se incluem nos cuidados indiretos, os enfermeiros deste estudo as compreendem e enquadram dessa forma separada.

Ao assumir as ações administrativas e burocráticas, os enfermeiros se afastam do seu foco principal que é o cuidado direto ao cliente. Mas, quando assumem as funções do cuidado indireto, eles promovem ações em benefício dos clientes e buscam os substratos necessários para que o cuidado direto seja realizado de forma completa. A função do enfermeiro plantonista assistencial, no entanto, está diretamente relacionada ao cuidado direto e, para que ele possa praticá-lo, é necessário o suporte de outros profissionais. Constatamos que no universo pesquisado esse suporte é insuficiente.

Logo, para que o enfermeiro e sua equipe consigam desenvolver as atividades propostas no cuidado ao cliente crítico, é necessário oferecer condições adequadas de trabalho, não só ao atendimento das necessidades dos clientes, mas também as dos profissionais.

Muito embora as condições de trabalho ainda sejam insatisfatórias, constatamos que o enfermeiro, ainda que não se dedique o tempo todo ao cuidado direto, não perde o cliente do seu foco. Ainda que delegando ações ou atribuições privativas, ele supervisiona o cuidado que vai prestado ao cliente por outro membro da equipe.

O enfermeiro possui inúmeras atribuições, mesmo que o cuidado direto seja primordial, possui outras atividades que realiza durante seu plantão, porém há alguns procedimentos invasivos que são de atribuição somente do enfermeiro, devendo este atentar para que com tantas atribuições não permaneça junto ao cliente somente para a realização de cuidados invasivos, tornando-se somente um executor de tarefas, sem avaliar o cliente como um todo.

Sabemos que o cuidado de enfermagem em terapia intensiva abrange o cliente crítico. Isso acontece quando há no processo do cuidar a busca incessante por um cuidado humanizado. Nesse estudo, no entanto, não ficou demonstrado, ao longo dos depoimentos colhidos, a preocupação explícita com um cuidado voltado para a família. Por isso, devemos estar alertas e avaliar permanentemente se o cuidado holístico e completo é realizado, ou somente está no discurso da prática.

O reconhecimento de que cada ser revela-se de forma única é o passo inicial para o estabelecimento de um cuidado humano e integral que respeite as características individuais de cada pessoa.

Espera-se, dessa forma, que o enfermeiro busque novos modelos gerenciais voltados para o cuidado. Essa busca deve definir ações para uma gerência inovadora, capaz de melhorar a qualidade da assistência em Enfermagem e elevar o nível de satisfação da equipe. A consequência saudável destas inovações será o alcance dos chamados objetivos organizacionais.

O conhecimento deve ser amplo e não deve se relacionar apenas com o conhecimento técnico-científico. O enfermeiro precisa conhecer o seu cliente e, assim, realizar os diagnósticos necessários para o cuidado. Essas ações são possíveis desde que ele esteja próximo ao cliente.

O saber/fazer em enfermagem é idealizado e teorizado em uma perspectiva estética. Nesse modelo é possível desenvolver um cuidado além dos limites da ciência tradicional, pois os padrões estéticos, éticos e pessoais também compõem o conhecimento em enfermagem.

A enfermagem consiste na arte de ser e estar por inteiro no momento do cuidado. É na apreensão de todos os sentidos do conhecimento originado em sua prática que criamos, com a intuição e a imaginação, o instrumental necessário para realizar o ato, o cuidado.

É imprescindível, portanto, a promoção do desenvolvimento pessoal e profissional do enfermeiro. Seu perfil deve ser determinado por conhecimentos e habilidades, assim como por suas qualidades humanas. Para que o perfil do enfermeiro seja fortalecido, a valorização da investigação científica é necessária, no campo do cuidar. Só assim o saber/fazer em enfermagem pode vir a ser transformado em um fazer científico.

Como resultado da aplicação da perspectiva estética do cuidar em enfermagem espera-se que o profissional e o cliente tenham a facilidade de expressão verbal e corporal, acolhimento e liberdade para expressar sentimentos. Desta maneira, os dois protagonistas deste processo – enfermeiro e cliente – poderão expressar sua auto-imagem. É esse entendimento do cuidado que vai nos conduzir àquilo que todos os atores envolvidos na questão almejam: a qualificação dos cuidados de enfermagem prestados ao cliente.

Referências

Referências

AGUIAR, Beatriz Gerbassi Costa, SILVA, Ilda Cecília Moreira da. **Enfermeiras e o paradoxo das relações saber-poder no programa de controle de infecções hospitalares: uma contribuição hospitalar**. Rio de Janeiro, Anna Nery, 2002.

ALBUQUERQUE, Nicelha Maria Guedes, **Vivências do Enfermeiro no Cuidado Humano na Unidade de Terapia Intensiva Adulto**. 2007. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2007.

ARREGUY-SENNA, C.; OLIVEIRA, R. M. L.; LIMA, D. M. L.; VASCONCELLOS, C. M. R.; SACRAMENTO, E. L. **Construção e utilização de um painel informativo para passagem de plantão: Relato de Experiência**. Revista Eletrônica de Enfermagem, Goiânia, v.3, n.1, jan-jun. 2001. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista.html>. Acesso em 24 de nov. de 2008.

ANDRADE, Odete Barros de, PIVA, Nilce. Seminário sobre supervisão em Enfermagem. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, 1969.

BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1977.

_____. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2008.

BARBOSA, Sayonara de Fátima. **Indo Além do Assistir – Cuidando e Compreendendo a Experiência de Conviver com o Cliente Internado em Unidade de Terapia Intensiva**. 1995. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 1995.

BARBOSA, Sayonara de Fátima. **A Transcendência do Emaranhado Tecnológico em Cuidados Intensivos – A (re) invenção do Possível**. Blumenau, Nova Letra, 1999.

BECKER, Howard S. **Segredos e Truques da Pesquisa**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 2008.

BLAKE, R. R. & MOUTON, J. S. **O GRID GERENCIAL**. 3a ed. São Paulo: Pioneira, 1978.

BLAKE, R. R. & MOUTON, J. S. **O NOVO GRID GERENCIAL**. São Paulo: Pioneira, 1980.

BOFF, L. **Saber Cuidar: ética do humano, compaixão pela terra**. Petrópolis, RJ: Vozes, 1999.

BRASIL. Ministério da Saúde./Conselho Nacional de Saúde. **Resolução 196 de 10 de outubro de 1996**. Dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília, 1996.

BRASIL. Lei nº7498, de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 26 jun. 1986. Seção 1, p. 9273.

BRASIL. Lei nº8745, de 09 de DEZEMBRO de 1993. Dispõe sobre a contratação por tempo determinado para atender a necessidade temporária de excepcional interesse público. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 10 DEZ. 1993.

BRASIL, LEI n.º 9394, de 20.12.96, Estabelece as diretrizes e bases da educação nacional. **Diário da União**, ano CXXXIV, n. 248, 23.12.96.

BRASIL, **Parecer Conselho Nacional de Educação nº 16/99** – Câmara de Educação Básica. Diretrizes Curriculares Nacionais para a Educação Profissional de Nível Técnico. Disponível em: http://www.crmariocovas.sp.gov.br/pdf/diretrizes_p0563-0596_c.pdf. Acessado em: 16 de outubro de 2007.

BRASIL, **Portaria nº 466, de 04 de junho de 1998**. Estabelece o Regulamento Técnico para o funcionamento dos serviços de Tratamento Intensivo. Disponível em: <http://www.ufpe.br/utihc/portaria466.htm>. Acessado em: 16 de outubro de 2007.

BRASIL. **Resolução Câmara de Educação Básica, nº 4 de 03 de dezembro de 1999**. Institui as Diretrizes Curriculares Nacionais para a Educação Profissional de Nível Técnico. Disponível em: http://www.pedagogiaemfoco.pro.br/ires4_99.htm. Acessado em 16 de outubro de 2007.

BRUM, Ana Karine Ramos; TOCANTINS, Florence Romijn; SILVA, Teresinha de Jesus do Espírito Santo da. O enfermeiro como instrumento de ação no cuidar do idoso. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 13, n. 6, 2005. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692005000600015&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 05 Ago 2007.

CAMARGO, A.T.; SILVEIRA, M.R.; MATOS, S.S.; STEFANELLI, M.C. **Passagem de plantão como instrumento de comunicação em instituição hospitalar**. 1998, p.74.

CAMPOS, V. F. **Gerenciamento da rotina do trabalho do dia-a-dia**. Belo Horizonte: Fundação Christiano Ottoni; Escola de Engenharia da UFMG. Rio de Janeiro: Bloch, 1994.

CARPENITO, L. J. **Diagnósticos de Enfermagem: aplicação à prática clínica**. 6ª Ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.

CASTILHO, V.; GAIDZINSKI, R. R. Planejamento da assistência de enfermagem. In: KURCGANT, P. (coord). **Administração em enfermagem**. São Paulo: Pedagógica Universitária, 1991. cap. 16, p. 207-214.

CERVO, A. L., BERVIAN, A. P. e SILVA, R.d. **Metodologia Científica**. 6. ed. São Paulo: Pearson Prentice Hall, 2007.

CHAVES, E.H.B. Aspectos da liderança no trabalho do enfermeiro. **Rev Gaúcha Enfermagem**; 14(1): 53-8. 1993.

CHIAVENATO, Idalberto. **Administração dos Novos Tempos**. Rio de Janeiro: Campus, 2004.

CIAMPONE, M. H. T. Metodologia do planejamento na enfermagem. In Kurgcant, P.(org.) **Administração em Enfermagem**. São Paulo: EPU, 1991. p. 41 -58.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM – COFEN. **Resolução 240 de 30 de agosto de 2000**. Aprova o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem e dá outras providências. Rio de Janeiro, 2000. Disponível em: <http://www.portalcofen.com.br/-novoportal/htm>. Acesso em: 05 de agosto de 2007.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM – COFEN. **Resolução 189**. Estabelece parâmetros para Dimensionamento do Quadro de Profissionais de Enfermagem nas instituições de saúde. Disponível em: <http://www.portalcofen.com.br/-novoportal/htm>. Acesso em: 17 de setembro de 2008.

CORREIA, A. K. **O paciente em centro de terapia intensiva: reflexões bioéticas**, Revista da Escola de Enfermagem, USP, v.48, n.3, p.233-41, jul/ago/set 1995.

DANTAS, CLAUDIA DE CARVALHO. **Reconstruindo Formas De Gerenciar em Enfermagem**: Enfrentando os Desafios Institucionais e de Valorização Profissional. 2008. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2008.

DAVEL, L. R. G. **Técnicas de Gerência**. Vitória: Editado pelo autor, 2004.

DIAS, L. M. de C., COSTA, C. M. F da, SOARES. E., MOREIRA, A. Qualitativo e quantitativo: evidenciando a Enfermagem como Ciência e arte do cuidado. **Rev. de Pesquisa cuidado é fundamental**. Rio de Janeiro, ano 8, n ½, p. 131-132, ½ sem 2004.

ESPÍRITO SANTO, F. H. do e PORTO, I. S. **Cuidados de enfermagem: saberes e fazeres de enfermeiras novatas e veteranas no cenário hospitalar**. Rio de Janeiro: UFRJ/EEAN, 2006.

ÉVORA, Y. D. M. **Enfermagem e informática**: tendências atuais e perspectivas futuras. Ribeirão Preto, 1993. 230p. Tese(Doutorado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo.

FENILI, R. M. A passagem de plantão: um elo de ligação no processo de trabalho da enfermagem. **Revista de Ciências da Saúde**. Florianópolis, v.1 n.1, p. 97-113. 1996.

FERNANDES, M. S. et al. A conduta gerencial da enfermeira: um estudo fundamentado nas teorias gerais da administração. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 11, n. 2, 2003.

FIGUEIREDO, Nébia Maria Almeida, CARVALHO, Vilma de. **O Corpo da Enfermeira como instrumento do cuidado**. Rio de Janeiro, Revinter. 1999. 161p.

FIGUEIREDO, Nébia Maria Almeida. Uma perspectiva do cuidar em enfermagem considerando a estética, ecosofia e autopoiese. In: FIGUEIREDO, Nébia Maria A. et al. **Enfermagem fundamental**: realidades, questões e soluções. V.1, São Paulo: Atheneu, 2001, cap.13, p.179-189.

FIGUEIREDO, Nélia Maria Almeida, SILVA, Carlos Roberto e SILVA, Roberto Carlos. **CTI: atuação, intervenção e cuidados de enfermagem**, São Caetano do Sul, SP: Yendis Editora, 2006.

FREIRE, Paulo. **Pedagogia do Oprimido**. 39 ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1999.

FREITAS, MC, GUEDES, MVC, SILVA, LF. Curso de enfermagem da Universidade Estadual do Ceará - a história e o projeto político pedagógico atual. **Revista Brasileira de Enfermagem**. 2003; 56(4): 385-7.

GEORGE, J. B. **Teorias de enfermagem**, Porto Alegre, Artes Médicas. 1993.

GIL, Antônio Carlos. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2002.

_____. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. Ed. São Paulo: Atlas, 2002.

GOMES, A. M. **Enfermagem na unidade de terapia intensiva**. 2. ed. São Paulo, EPU, 1988.

GOMES, C.M.; THEDIM-COSTA, S.M.F. Precarização do trabalho e desproteção 86 social: desafios para a saúde coletiva. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 4, n. 2, p. 411-21. 1999.

GOMES, Antonio Marcos Tosoli y OLIVEIRA, Denize Cristina de. **Formación profesional y mercado de trabajo: un mirar a partir de las representaciones sociales de enfermeros**. *Rev. enferm. UERJ*. [online]. sep./dic. 2004, vol.12, no.3 [citado 13 Marzo 2009], p.265-271. Disponible en la World Wide Web: <http://www.portalbvsnf.eerp.usp.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-35522004000300003&lng=es&nrm=iso>. ISSN 0104-3552.

GONÇALVES, R.B.M. **Tecnologia e Organização Social das Práticas de Saúde: características tecnológicas de processo de trabalho na rede estadual de centros de saúde de São Paulo**. São Paulo: Hucitec, 1994.

GUATARRI, Félix. **Caosmose – Um Novo Paradigma Estético**. 1ª ed., 3ª reimpressão. São Paulo: Ed. 34, 2000. 203 p.

HALL, Edward T. **A Dança da Vida – a outra dimensão do tempo**. Lisboa. Relógio D'Água Editores, 1996.

HORTA, Wanda de Aguiar. **Processo de Enfermagem**. São Paulo. EPU, 1979.

HOUAISS, Antônio e VILLAR, Mauro de Salles. **Minidicionário da língua portuguesa**; elaborado no Instituto Antônio Houaiss de Lexicografia e Banco de Dados da Língua Portuguesa Ltda. 2.ed. rev. e aum. – Rio de Janeiro: Objetiva, 2004.

HUDAK, C. M.; GALLO, B. M. **Cuidados intensivos de enfermagem: uma abordagem holística**. 6. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1997.

KING, Imogene. Teoria do alcance dos objetivos. In: LEOPARD, Maria Tereza. **Teorias em Enfermagem: Instrumentos para a prática**. Florianópolis: Papa-livros, 1999, p. 91 – 94.

KURCGANT, P. (coord.). **Administração em enfermagem**. São Paulo: E.P. U, 1991, 237p.

KURCGANT, P. (coord.); TRONCHIN, D. M. R. et al. **Gerenciamento em enfermagem**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.

LACOMBE, F.J.M.; HEILBORN. G.L.J. **Administração: princípios e tendências**. 1 ed. São Paulo: Saraiva, 2003.

LEOPARDI, Maria Tereza; GONZALES, Rosa Maria Bracini; BECK, Carmem Lúcia Colomé. In: LEOPARDI, Maria Tereza (org). **Metodologia da pesquisa na saúde**. 2. ed. Florianópolis: Editora da UFSC, 2002, cap. 7, p. 163-182.

_____. Maria Tereza. **Entre a Moral e a Técnica: ambigüidades do cuidado de enfermagem**. Florianópolis; Editora da UFSC, 1994.

LINO, M. M. e SILVA, S. C. DA. **Enfermagem na Unidade de Terapia Intensiva: a história como explicação de uma prática**. Nursing. São Paulo; 4(41):25-29, out. 2001.

LÜDKE, M. e ANDRÉ, E.D.A. **Pesquisa em Educação: abordagens qualitativas**. São Paulo, EPU, 1986. 178 p.

LUNARDI FILHO, Wilson Danilo. **O Mito da Subalternidade do Trabalho da Enfermagem à Medicina**. Pelotas: Editora Universitária, 2000. 206 p.

LoBIONDO-WOOD, G, HABER, J. **Pesquisa em enfermagem**. Métodos, avaliação crítica e utilização. 4. ed Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2001.

MACÊDO, I. I. de; RODRIGUES, D. F.; JOHAN, M. E. P.; CUNHA, N. M.M. da. **Aspectos comportamentais da gestão de pessoas**. 3. Ed. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2004.

MAIA, S. C. **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**. 1999. Dissertação (Mestrado em Engenharia de produção) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 1999.

MARX, K. **O Capital: crítica da economia política**. 14ª Ed. Rio de Janeiro: Editora Bertrand Brasil; 1994. Cap. 5.

MAZUR, C. DA S., LABRONICI, L. E WOLFF, L. D. G. **Ética e Gerência no cuidado de Enfermagem**. Cogitare Enfermagem. 2007, Jul/Set; 12(3): 371-6.

MATURANA, Humberto r, VARELA, Francisco J. **A árvore do conhecimento: as bases biológicas da compreensão humana**. São Paulo: Palas Athenas, 2001. 288 p.

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, 1978. In. MAIA, S. C. **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**. 1999. Dissertação (Mestrado em Engenharia de produção) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 1999.

MERHY, E. E. O ato de governar as tensões constitutivas em saúde como desafio permanente de algumas estratégias gerenciais. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.4, n.2, p. 305-314, 1999.

_____. **Agir em saúde: um desafio para o público**. 2ª ed. São Paulo (SP): Hucitec; 2007.

MINAYO, M. C. de S. **O desafio do Conhecimento. Pesquisa Qualitativa em Saúde**, 9. ed. São Paulo – Rio de Janeiro: Hucitec - Abrasco, 2006.

MOTTA, P. R. **GESTÃO CONTEMPORÂNEA: A ciência e a arte de ser dirigente**. 16ª ed. – Rio de Janeiro: Record, 2007. 256 p.

MOTTA, P. R. **Transformação Organizacional – a teoria e a prática de inovar** – Rio de Janeiro: Qualitymark Ed., 2001.

NASCIMENTO, M. T. F. do e MARTINS, V. P. **Fênix: das cinzas à luz – Relatos de egressos de unidade de tratamento intensivo**. Revista da Escola de Enfermagem Anna Nery, Rio de Janeiro, v. 6, n. 1, p. 89-98, abr. 2002.

NIGHTINGALE, Florence. **Notas Sobre Enfermagem: o que é e o que não é**. São Paulo: Cortez/ABEn-CEPEN, 1989. 174 p.

NUNES, L. **Dois Mapas, duas trajetórias: destrinçar mapa conceptual e mapa mental**. Revista Percursos, 1ª Ed. Julho – set. 2006. Disponível em: http://www.ess.ips.pt/Percursos/pdfs/Percursos_n1_Set2006.pdf. Acesso em: 13 de outubro de 2008.

OGISSO, Taka. O atendimento residencial. **Revista de Cultura, Ciência e Saúde – Medicis.** N. 01, p. 38-39, Nov./dez., 1999.

PASSOS, J. P. e CIOSAK, S. I. Planejamento e gerência: as duas faces de uma mesma moeda. **Revista de pesquisa: cuidado é fundamental**, Rio de Janeiro, ano 8, n. ½, p. 25-32, ½ sem. 2004.

PEDUZZI, M. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. **Revista Saúde Pública.**, v. 35, n. 1, fev. 2001.

PERES.Aida M.;CIAMPONE.Maria H.T.Gerência e competências gerais do enfermeiro. **Texto Contexto Enferm.** Florianópolis, v. 15, n. 3, p. 492-9, jul-set. 2006.

PERES, HHC e LEITE, MMJ. Sistema de informação em saúde. In: Kurcgant P., coordenadora. **Gerenciamento em enfermagem.** Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2005.

PINHEIRO, Patrícia Neyva da Costa et al . O cuidado humano: reflexão ética acerca dos portadores do HIV/AIDS. **Rev. Latino-Am. Enfermagem** , Ribeirão Preto, v. 13, n. 4, 2005 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692005000400016&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 05 Ago 2007.

POLLIT, D. F.; HUNGLER, B. P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem.** 3ª Ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.

TANGEL, Mary. **Supervisão Pedagógica: Um modelo.** 5 ed. Petrópolis: Vozes, 1997.

TZU, Sun. A arte da guerra. 3ª ed. Coleção Leitura. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1996.

REBELLO, Tânia Soares. **Supervisão em Enfermagem como processo educativo: limites e possibilidades.** Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal de Santa Catarina, UFSC, Florianópolis, 2002.

REMEN, Rachel Naomi. **O Paciente como Ser Humano.** São Paulo, Summus, 1993.

REZENDE, Maristela Soares. **O paciente, o familiar e a equipe intensivista: objetivo comum, trajetórias distintas.** 2000. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade de Santa Cruz do Sul, Rio Grande do Sul, 2000.

SALES, Catarina Aparecida. **Compreendendo a linguagem de discentes de enfermagem sobre cuidado.** Simpósio Brasileiro Comunicação em Enfermagem, An. 8., 2002, São Paulo. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – USP. Disponível em: http://www.proceedings.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=MSC0000000052002000200029&lng=en&nrm=abn. Acesso em: 18 Agosto 2007.

SANTIAGO, MM de A., ARRUDA, A. A interdisciplinaridade na produção do conhecimento de enfermagem. **Esc. Anna Nery R. Enfermagem** 2003; 7(2): 167-175.

SANTOS, J. M.; OLIVEIRA, E. B. de; MOREIRA, A. da C. Estresse, fator de risco para a saúde do Enfermeiro em Centro de Terapia Intensiva. **Rev. Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, 2006 out/dez; 14(4):580-5.

SILVA, E. M.; Campos, L.. PASSAGEM DE PLANTÃO NA ENFERMAGEM: REVISÃO DA LITERATURA. **Cogitare Enfermagem**, América do Sul, 12 20 12 2007.

SILVA, Maria Júlia Paes. **O papel da comunicação no papel da humanização da atenção a saúde**. Revista bioética, Brasília, v. 10, p. 73-88, 2002.

SILVA, Graciette Borges. **Enfermagem profissional: análise crítica**. São Paulo: Cortez, 1986, 143p.

SIMÃO, A. TUFIK. **Terapia Intensiva**. Rio de Janeiro: Atheneu, 1976.

SÓRIA, Denise de Assis Corrêa. **A resiliência dos profissionais de enfermagem na Unidade de Terapia Intensiva**. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem Anna Nery, UFRJ, Rio Janeiro, 2006.

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.

SOUZA, C. C. de; FILHA, M. J. M. M.; SILVA, L. de F.; MONTEIRO, A. R. M.; FIALHO, A. V. M. Formação do enfermeiro para o cuidado: reflexões da prática profissional. **Revista Brasileira de Enfermagem**. 2006, nov-dez; 59(6): 805-7.

SPEZANI, Renê dos Santos. **Para além do cuidar e ser cuidado: as relações de poder que se estabelecem entre enfermeiros e clientes em um centro de terapia intensiva**. 2006. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2006.

SPEZANI, Renê dos Santos ; LANZELLOTTI ; aguiar ; SANTIAGO ; SHIRATORI . Refletindo Sobre a Prática e a Importância dos Cuidados de Enfermagem na Terapia Intensiva. **Enfermería Global**, v. 11, p. 1-8, 2007.

SPINDOLA, T. **O mundo do CTI sob a ótica da enfermagem**. 2a ed. Rio de Janeiro: T. Spindola; 2003.

TAKAHASHI, R. T. ; GONÇALVES, Vera Lucia Nira . **Gerenciamento de Recursos Físicos e Ambientais**. In: Paulina Kurcgant. (Org.). Gerenciamento em Enfermagem. 1 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005, v. 1, p. 184-194.

TANJI, S. e COELHO, M. J. A Gerência do cuidar: A influência Histórico-social. **Enfermagem Atual**, Rio de Janeiro, v.5, n.0, p.4-27, nov. /dez. 2005.

TEIXEIRA, Enéas. **A dimensão estética do cuidado – aspectos filosóficos**. Disponível em: <http://paginas.terra.com.br/saude/tb/dec.htm>. Acesso em: 31 de outubro do 2008.

TONINI, Teresa. **Enfermeira instituída/instituinte: a subjetividade das estratégias de cuidar**. 2006. Tese (doutorado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social.

TREVIZAN, M. A. **Liderança do enfermeiro: o ideal e o real no contexto hospitalar**. São Paulo (SP): Sarvier; 1993.

TREVIZAN, M. A., MENDES, I. A. C., SHINYASHIKI, G. T. *et al.* **Gerenciamento do enfermeiro na prática clínica: problemas e desafios em busca de competência**. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, Maio/Junho 2006, vol.14, no.3, p.57-460. ISSN 0104-1169.

TRIBOLI, Edson Paulo De Ros. **Mapas Mentais: uma introdução**. São Caetano do Sul: Escola de Engenharia Mauá. 2004.

TRIVIÑOS, A.N.S. **Introdução à Pesquisa em Ciências Sociais: a pesquisa qualitativa em educação**. São Paulo: Atlas, 1995.

VARELLA, T.C.; PIERANTONI, C.R. Mercado de trabalho: revendo conceitos e aproximando o campo da saúde. A década de 90 em destaque. **Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 18(3): 521-544, 2008.

VARELLA, T.C.; PIERANTONI, C.R.; FERNÁNDEZ, R.; MATSUMOTO, K. **Mercado de Trabalho do Enfermeiro no Brasil: configuração do emprego e tendências no campo do trabalho** (Rede Unida 2006/ABRES 2006/ABEn 2006/ ABRASCO 2007/Coimbra 2007/Simpósio BH 2007). Disponível em: http://www.obsnetims.org.br/ver_evento.asp?id=36. Acesso em: 10 de outubro de 2008.

WALDOW, V.R.; LOPES, M.J.M.; MEYER, D.E. **Maneiras de cuidar, maneiras de ensinar: a enfermagem entre a escola e a prática profissional**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.

WALDOW, V. R. **O cuidado na saúde: as relações entre o eu, o outro e o cosmos**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2004.

WALDOW, VR. **Cuidado Humano**. O resgate necessário. Porto Alegre (RS): Sagra Luzatto; 1998.

WILLIG, MH.; LENARDT, MH.; TRENTINI, M. Gerenciamento e cuidado em Unidades de Hemodiálise. **Revista Brasileira Enfermagem**, mar-abr/2006; 59(2): 177-82

Apêndices

Apêndice A

Caracterização dos participantes

- 1- Sexo: () feminino () masculino
- 2- Idade: _____ anos
- 3- Tempo de atuação/ ano de conclusão de curso:
- 4- Regime de trabalho: _____
- 5- Especialização/ área: () sim () não _____

Roteiro de entrevista

Questionamentos:

- 1) Como você conduz seu plantão?
- 2) Como você gerencia o processo de trabalho?
- 3) Quais são suas atribuições como enfermeiro no CTI?
- 4) Que situações ocorrem para o desenvolvimento do cuidado de enfermagem direto?
- 5) Que situações ocorrem para o desenvolvimento do cuidado de enfermagem indireto?

Apêndice B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Título do projeto: A gerência do cuidado direto prestado pelo enfermeiro a clientes internados em terapia intensiva

Pesquisador responsável: Viviane Pinto Martins

Instituição a que pertence o pesquisador: Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro – UNIRIO

Telefones para contato: 21 9945-8240 / 21 3119-2391

Nome do voluntário: _____

Idade: _____ **RG:** _____

O (A) Sr. (a) está sendo convidado(a) a participar do projeto de pesquisa “**A gerência do cuidado direto prestado pelo enfermeiro a clientes internados em terapia intensiva**”, de responsabilidade da pesquisadora Viviane Pinto Martins.

Os objetivos deste estudo são: 1) Identificar as situações gerenciais desviantes do enfermeiro em relação ao cuidado direto prestado ao cliente crítico; 2) Caracterizar como o enfermeiro se desvia do cuidado direto ao cliente em terapia intensiva; 3) Discutir as implicações das situações gerenciais desviantes do enfermeiro para o cuidado de enfermagem.

Para a obtenção das informações necessárias, será realizada uma entrevista semi-estruturada, que será gravada, visando proporcionar um melhor registro das falas, melhor análise e compreensão das suas experiências.

A realização desta pesquisa não ocasionará riscos aos sujeitos participantes, cabendo ressaltar que os enfermeiros poderão formular as perguntas que julgarem necessárias e receberão do pesquisador todos os esclarecimentos sobre seus direitos, bem como sobre o estudo, suas finalidades e seus benefícios.

A confiabilidade da pesquisa estará garantida através do sigilo das informações obtidas e do anonimato dos participantes, para os quais serão adotados apelidos. O participante poderá a qualquer momento recusar continuar participando da pesquisa e poderá ainda se retirar da mesma em qualquer uma de suas fases, sem qualquer penalização ou prejuízo para o cuidado que lhe estiver oferecido.

A instituição envolvida nesta pesquisa terá acesso aos resultados produzidos em sua íntegra, mantendo-se a confidencialidade das informações e dos participantes.

Os resultados da pesquisa serão utilizados para a elaboração da dissertação, trabalhos para a apresentação em eventos científicos e para a publicação de manuscritos em periódicos científicos e, possivelmente para a publicação de livros.

Eu, _____, RG n° _____

declaro ter sido informado e concordo em participar, como voluntário, do projeto de pesquisa acima descrito.

Nome do participante

Viviane Pinto Martins Barreto
Pesquisadora mestranda

Testemunha

Testemunha

Apêndice C - Cronograma

Ano	Meses	Abril	Maio	Junho	Julho	Agosto	Setembro	Outubro	Novembro	Dezembro
2007	Atividades	1. Levantamento Bibliográfico; 2. Revisão de literatura;			1. Defesa do projeto; 2. Busca do suporte teórico;			1. Elaboração do instrumento de pesquisa; 2. Síntese do suporte teórico;		
2008	Atividades	1. Coleta de dados; Apuração dos dados coletados;			1. Análise estatística dos dados. Tratamento dos dados, tabelas, gráficos, quadros;			1. Análise e discussão dos dados; 2. Digitação.		
2009	Atividades	Janeiro	Fevereiro	Março						
		1. Qualificação; 2. Revisão geral e montagem didática da pesquisa realizada; 3. Digitação final; 4. Defesa da dissertação.								