

Universidade Federal de Minas Gerais
Faculdade de Ciências Econômicas
Departamento de Ciências Administrativas
Centro de Pós-Graduação e Pesquisa em Administração

ISABELLA MOREIRA TORRES

**EQUIPE DE ENFERMAGEM E INDICADORES DE RECURSOS HUMANOS E DE
INFECÇÃO RELACIONADA À ASSISTÊNCIA À SAÚDE – UM ESTUDO DE CASO
EM UMA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA DE BELO HORIZONTE, MINAS
GERAIS**

BELO HORIZONTE

2019

ISABELLA MOREIRA TORRES

**EQUIPE DE ENFERMAGEM E INDICADORES DE RECURSOS HUMANOS E DE
INFECÇÃO RELACIONADA À ASSISTÊNCIA À SAÚDE – UM ESTUDO DE CASO
EM UMA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA DE BELO HORIZONTE, MINAS
GERAIS**

Dissertação de mestrado apresentada ao Centro de Pós-Graduação e Pesquisas em Administração (CEPEAD) da Faculdade de Ciências Econômicas (FACE) da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Administração.

Área de concentração: Gestão de Pessoas e Comportamento Organizacional

Orientador: Prof. Dr. Allan Claudius Queiroz Barbosa (FACE/UFMG)

BELO HORIZONTE

2019

Ficha Catalográfica

T693e
2019

Torres, Isabella Moreira.
Equipe de enfermagem e indicadores de recursos humanos e de infecção relacionada à assistência à saúde [manuscrito] : um estudo de caso em uma unidade de terapia intensiva de Belo Horizonte, Minas Gerais/ Isabella Moreira Torres . – 2019.
163 f.: il., gráfs. e tabs.

Orientador: Allan Claudius Queiroz Barbosa .

Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Minas Gerais, Centro de Pós-Graduação e Pesquisas em Administração.
Inclui bibliografia (f. 149-155).

1. Recursos humanos na saúde pública - Teses. 2. Indicadores de qualidade em assistência à saúde – Teses. 3. Saúde Pública – Administração – Belo Horizonte (MG) – Teses. I. Barbosa, Allan Claudius Queiroz . II. Universidade Federal de Minas Gerais. Centro de Pós-Graduação e Pesquisas em Administração. III. Título.

CDD: 658.3

Elaborada pela Biblioteca da FACE/UFMG – RSS135/2019



Universidade Federal de Minas Gerais
Faculdade de Ciências Econômicas
Departamento de Ciências Administrativas
Centro de Pós-Graduação e Pesquisas em Administração

ATA DA DEFESA DE DISSERTAÇÃO DE MESTRADO EM ADMINISTRAÇÃO da Senhora ISABELLA MOREIRA TORRES, REGISTRO N° 680/2019. No dia 14 de maio de 2019, às 14:30 horas, reuniu-se na Faculdade de Ciências Econômicas da Universidade Federal de Minas Gerais - UFMG, a Comissão Examinadora de Dissertação, indicada pelo Colegiado do Centro de Pós-Graduação e Pesquisas em Administração do CEPEAD, em 26 de abril de 2019, para julgar o trabalho final intitulado "Equipe de Enfermagem e Indicadores de Recursos Humanos e de Infecção Relacionada à Saúde - Um estudo de caso em uma Unidade de Terapia Intensiva de Belo Horizonte, Minas Gerais", requisito para a obtenção do Grau de Mestre em Administração, linha de pesquisa: Gestão de Pessoas e Comportamento Organizacional. Abrindo a sessão, o Senhor Presidente da Comissão, Prof. Dr. Allan Claudius Queiroz Barbosa, após dar conhecimento aos presentes o teor das Normas Regulamentares do Trabalho Final, passou a palavra à candidata para apresentação de seu trabalho. Seguiu-se a arguição pelos examinadores com a respectiva defesa da candidata. Logo após, a Comissão se reuniu sem a presença da candidata e do público, para julgamento e expedição do seguinte resultado final:

APROVAÇÃO;

() APROVAÇÃO CONDICIONADA A SATISFAÇÃO DAS EXIGÊNCIAS CONSTANTES NO VERSO DESTA FOLHA, NO PRAZO FIXADO PELA BANCA EXAMINADORA (NÃO SUPERIOR A 90 NOVENTA DIAS);

() REPROVAÇÃO.

O resultado final foi comunicado publicamente à candidata pelo Senhor Presidente da Comissão. Nada mais havendo a tratar, o Senhor Presidente encerrou a reunião e lavrou a presente ATA, que será assinada por todos os membros participantes da Comissão Examinadora. Belo Horizonte, 14 de maio de 2019.

NOMES

ASSINATURAS

Prof. Dr. Allan Claudius Queiroz Barbosa
ORIENTADOR (CEPEAD/UFMG)

Prof. Dr. Henrique Oswaldo da Gama Torres
(Faculdade de Medicina/UFMG)

Prof.ª Dr.ª Júnia Marçal Rodrigues
(UNIMED/BH)

AGRADECIMENTOS

Primeiramente, à Deus, pela oportunidade, pela riqueza desse percurso, pelo privilégio de ter convivido e aprendido com pessoas brilhantes que me inspiram diariamente a ser uma pessoa e uma profissional melhor.

Ao Professor Allan, pelo incentivo, pela competência, pela paciência com os atrasos e por me mostrar incessantemente a relevância do RH na área da saúde. O seu caráter, seu compromisso com a ciência e a prática profissional são exemplares.

Aos meus pais, pelo amor e apoio incondicional; à Tia Ana, pelo cuidado e afeto; ao meu irmão, por ser meu melhor exemplo de persistência e determinação diante dos objetivos traçados.

Ao meu marido, pelo companheirismo, pela paciência e por não ter poupado esforços para que a concretização dessa etapa fosse possível e mais leve.

À Júnia por ser uma grande referência profissional. O amor, o respeito e a responsabilidade que tenho com a nossa profissão são os melhores frutos da nossa trajetória conjunta no Hospital! Obrigada por tantos ensinamentos, pelas oportunidades, pela disponibilidade e generosidade comigo. Esse trabalho tem muito de você!

Ao Professor Henrique Torres por todas as contribuições com o estudo e por me instigar na definição de um problema de pesquisa factível dados os desafios da pesquisa científica cujo foco é Recursos Humanos na área da saúde. Obrigada em especial pelo privilégio de ter convivido com você e poder compreender mais a fundo os desafios impostos pelo cenário sócio político e econômico na dinâmica das instituições hospitalares.

À Diretoria do Hospital por confiar no meu trabalho, me conceder essa e tantas outras oportunidades na instituição, por me estimular a ir além, a perceber outras nuances, e aprender a lidar e a superar os desafios da gestão na saúde pública. Aos amigos do hospital, Marli, Leonor, Marcela, Renata, Rita, Dra Edna, à toda equipe do RH, pela compreensão nos momentos difíceis, pelas discussões produtivas, pelo aprendizado diário, pelos abraços e palavras afetuosas. Sem vocês seria impossível conciliar o mestrado e o trabalho e conseguir refletir tantas coisas.

Aos colegas do Observatório de Recursos Humanos em Saúde, Silas, Thiago Rocha, Leandro Cintra pelas contribuições com o desenvolvimento do estudo e pela paciência com os meus dramas (que não foram poucos).

E finalmente, um agradecimento muito especial à equipe da UTI e todos aqueles que, concordaram em participar desta pesquisa e disponibilizaram tantas informações relevantes. Sem vocês esse trabalho seria impossível. Obrigada por viabilizarem o projeto e pelo compromisso com os usuários do Sistema Único de Saúde. Vocês fazem a diferença!

Sou simplesmente grata a **TODOS VOCÊS!**

*Ninguém caminha sem aprender a caminhar, sem aprender a fazer o caminho caminhando,
refazendo e retocando o sonho pelo qual se pôs a caminhar (Paulo Freire).*

RESUMO

O objetivo da dissertação foi apresentar a reestruturação da equipe de enfermagem de uma Unidade de Terapia Intensiva de um Hospital público de ensino de Belo Horizonte e analisar a sua repercussão nos indicadores de Recursos Humanos e de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde. A revisão de literatura buscou contextualizar as unidades de terapia intensiva uma vez que a complexidade do cenário influencia a forma como os recursos (humanos, materiais, financeiros, dentre outros) são inseridos, utilizados e gerenciados nestas unidades. Posteriormente, abordou os aspectos relacionados à força de trabalho de enfermagem, buscando as possíveis relações entre recursos humanos de enfermagem e a qualidade assistencial na UTI. Discorreu, sobre o tema das Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (IRAS), e especificamente sobre as infecções de corrente sanguínea relacionada ao cateter venoso central, por ser um dos resultados que está relacionado à qualidade da assistência de enfermagem e, por fim, apontou alguns aspectos da Gestão de Recursos Humanos como potenciais influenciadores da qualidade assistencial. A estratégia de investigação adotada foi o estudo de caso único, de natureza descritiva, por meio de entrevistas semiestruturadas, análise documental e avaliação da série histórica dos indicadores de Recursos Humanos e de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde. Os resultados centrais apontam que o modelo de enfermagem proposto, na percepção dos profissionais, trouxe um ganho assistencial para os pacientes e em relação aos indicadores das IRAS, embora o risco de infecção relacionado à assistência tenha aumentado significativamente após a mudança, houve uma redução drástica na densidade de infecção de acesso vascular associada ao cateter venoso central. Em relação aos recursos humanos, observou-se uma repercussão diferente de acordo com o cargo: melhoria nos indicadores dos técnicos de enfermagem e piora nos indicadores dos enfermeiros após a mudança. Esses achados desencadeiam reflexões importantes sobre o papel da Gestão de Recursos Humanos na manutenção dos resultados assistenciais positivos que foram obtidos e na sustentabilidade do modelo.

Palavras-chaves: Enfermagem; Unidade de Terapia Intensiva; Infecção Relacionada à Assistência à Saúde; Indicadores de Recursos Humanos; Gestão de Recursos Humanos.

ABSTRACT

The purpose of the work is to present the restructuring of the nursing team of an Intensive Care Unit of an Educational Public Hospital from Belo Horizonte and to analyze this impacts in the Human Resources and Infection related to Health Care indicators. The literature review intend to contextualize intensive care units, since the complexity of the scenario influences how resources (human, material, financial, among others) are inserted, used and managed in these units. In the sequence, it addressed aspects related to the nursing workforce, seeking the possible relationships between nursing human resources and the quality of care in the ICU. The topic of Health Care-Related Infections (IRAS) was presented, and specifically about central venous catheter-related bloodstream infections, because it is one of the outcomes that is related to the quality of nursing care and, finally, pointed out some aspects of Human Resources Management as potential influencers of the quality of care. The investigation approach adopted was the single case study, of a descriptive nature, through semi-structured interviews, documentation analysis and evaluation of the historical series of Human Resources and Health Care Related Infection indicators. The central results indicate that the nursing model proposed, according to the professionals perception, brought about an increase in the care for the patients and in the relation to the IRAS indicators. Although the risk of infection related to the nursing assistance has increased significantly after the change, there was a drastic reduction in the density of vascular access infection associated with the central venous catheter. Regarding human resources, a different impact was observed according to the position: improvement in the nursing technicians and worsening of nurses' indicators after the change. These findings trigger important reflections about the role of Human Resources Management in maintaining the positive care results that were obtained and in the sustainability of the model.

Key words: Nursing; Intensive Care Unit; Cross Infection; Human Resource Indicators; Human Resource Management.

LISTA DE SIGLAS

ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
FHEMIG	Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais
GRH	Gestão de Recursos Humanos
IPEA	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
IRAS	Infecção Relacionada à Assistência à Saúde
MEC	Ministério da Educação
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
PNHOSP	Política Nacional de Atenção Hospitalar
RH	Recursos Humanos
RDC	Resolução da Diretoria Colegiada
SCIH	Serviço de Controle de Infecção Hospitalar
SES/MG	Secretaria Estadual de Saúde / Minas Gerais
SMSA/BH	Secretaria Municipal de Saúde / Belo Horizonte
SUS	Sistema Único de Saúde
UTI	Unidade de Terapia Intensiva
WHO	World Health Organization

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Articulação conceitual do estudo

Figura 2 – Embasamento do Modelo Assistencial

Figura 3 – Articulação entre Modelo de Assistência, Ensino e Gestão em Saúde

Figura 4 – Indicadores de avaliação da mudança da enfermagem realizada em 2010

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Categorias de análise

Quadro 2 – Sujeitos entrevistados

Quadro 3 – Indicadores de Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (IRAS) na UTI

Quadro 4 – Indicadores de Recursos Humanos

Quadro 5 – Síntese Metodológica

Quadro 6 – Contexto da mudança

Quadro 7 – Reestruturação da equipe de enfermagem

Quadro 8 – Percepção dos profissionais sobre as melhorias na assistência prestada ao paciente após a mudança do modelo de enfermagem

Quadro 9 – Percepção dos profissionais sobre a relação da enfermagem com a família dos pacientes após a mudança do modelo de enfermagem

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Distribuição dos leitos

Tabela 2 – Total de alunos por curso em 2018

Tabela 3 – Total de residentes da Residência Médica em 2018

Tabela 4 – Total de residentes da Residência Multiprofissional em 2018

Tabela 5 – Total de alunos por vínculo em 2018

Tabela 6 – Quadro de pessoal de Enfermagem – 2009 a 2018

Tabela 7 – Composição do quadro de pessoal da instituição

Tabela 8 – Despesas com pessoal – Profissionais celetistas

Tabela 9 – Caracterização da força de trabalho – Enfermeiros UTI

Tabela 10 – Caracterização da força de trabalho – Técnicos de Enfermagem UTI

Tabela 11 – Caracterização da força de trabalho – Enfermagem UTI

Tabela 12 – Caracterização da rotatividade por período – Técnicos de Enfermagem UTI

Tabela 13 – Média mensal de rescisões no período por motivo – Técnicos de Enfermagem UTI

Tabela 14 – Caracterização da rotatividade por período – Enfermeiros UTI

Tabela 15 – Média mensal de rescisões no período por motivo – Enfermeiro UTI

Tabela 16 – Tempo de permanência dos profissionais desligados – Enfermeiros UTI

Tabela 17 – Média mensal de horas ausentes por período – Enfermagem UTI

Tabela 18 – Caracterização do absenteísmo por período – Técnicos de Enfermagem UTI

Tabela 19 – Caracterização do absenteísmo por período – Enfermeiros UTI

Tabela 20 – Caracterização do absenteísmo por período – Enfermeiros UTI – 36 horas semanais

Tabela 21 – Caracterização do absenteísmo por período – Enfermeiros UTI – 30 horas semanais

Tabela 22 – Percepção dos profissionais sobre a influência da mudança do modelo da enfermagem no controle das IRASs

Tabela 23 – Caracterização do risco de infecção associada à assistência na UTI por período

Tabela 24 – Caracterização da taxa de infecção de acesso vascular associada ao cateter venoso central

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Evolução do quadro de Enfermagem de 2010 a 2018

Gráfico 2 – Rotatividade Enfermagem UTI por período

Gráfico 3 – Rotatividade Técnicos de Enfermagem UTI

Gráfico 4 – Rotatividade Enfermeiros UTI

Gráfico 5 – Absenteísmo Enfermagem UTI por período

Gráfico 6 – Absenteísmo Enfermagem UTI

Gráfico 7 – Absenteísmo Técnicos de Enfermagem UTI

Gráfico 8 – Absenteísmo Enfermeiros UTI

Gráfico 9 – Absenteísmo Enfermeiros UTI – 36 horas semanais

Gráfico 10 – Absenteísmo Enfermeiros UTI – 30 horas semanais

Gráfico 11 – Risco médio anual de infecção na UTI

Gráfico 12 – Risco de Infecção associada à assistência na UTI por período

Gráfico 13 – Taxa de infecção do trato urinário associada à sonda vesical de demora

Gráfico 14 – Taxa de infecção de acesso vascular associada ao cateter venoso central

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	16
2. REFERENCIAL TEÓRICO	22
2.1 As organizações hospitalares.....	22
2.1.1 Unidade de Terapia Intensiva (UTI)	24
2.2 Recursos Humanos em Saúde	29
2.2.1 Recursos Humanos e Enfermagem	31
2.3 Recursos Humanos e Resultados assistenciais – um caminho a percorrer	34
2.4 Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde	37
2.4.1 Infecções de corrente sanguínea associada ao Cateter Venoso Central (CVC)	41
2.5 Gestão de Recursos Humanos	43
3. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	47
3.1 Natureza da investigação.....	47
3.2 Local do estudo.....	48
3.3 Categorias de análise.....	49
3.4 Coleta de dados: instrumentos e fontes.....	50
3.5 Tratamento dos dados	54
4. RESULTADOS.....	57
4.1 A instituição estudada	57
4.1.1 Modelo Assistencial.....	58
4.1.2 Modelo de Ensino e Pesquisa	62
4.2 A Unidade de Terapia Intensiva	65
4.2.1 Organização da assistência de enfermagem na UTI até fevereiro/2012.....	70
4.3 Reestruturação da equipe de enfermagem.....	71
4.4 Gestão de Recursos Humanos	92
4.4.1 Caracterização da força de trabalho	101
4.4.2 Rotatividade.....	103
4.4.3 Absenteísmo	109
4.5 Qualidade da assistência	117
4.5.1 Evolução do risco de infecção associada à assistência.....	127
4.5.2 Evolução da taxa de infecção de acesso vascular associada a cateter venoso central..	129
5. ANÁLISE DOS RESULTADOS.....	131
5.1 Reestruturação da equipe de enfermagem.....	131
5.2 Gestão de Recursos Humanos	134
5.2.1 Caracterização da força de trabalho	135

5.2.2	Rotatividade.....	137
5.2.3	Absenteísmo	139
5.3	Qualidade da assistência	140
5.3.1	Repercussão nas Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde	141
6.	CONSIDERAÇÕES FINAIS	144
	Referências	149
	ANEXO I – Roteiro de Entrevista	156
	ANEXO II – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	157
	ANEXO III – Série histórica do indicador de Rotatividade de Enfermagem da UTI	158
	ANEXO IV – Série histórica do indicador de Absenteísmo de Enfermagem da UTI	161

1. INTRODUÇÃO

Esta dissertação pretende examinar a reestruturação da equipe de enfermagem em uma Unidade de Terapia Intensiva (UTI) em um hospital de Belo Horizonte considerando os indicadores de recursos humanos e de infecção relacionadas à assistência à saúde.

Este debate encontra relevância considerando que no Brasil os hospitais são responsáveis por 20 milhões de internações por ano e produzem quase 70% de todos os atendimentos de emergência e 27% do atendimento ambulatorial do país (RODRIGUES, 2012). Esses serviços são realizados tanto em instituições hospitalares financiadas pelo SUS quanto pelo sistema privado de saúde. Além disso, constata-se que o gasto público com o financiamento de hospitais consome cerca de 70% dos recursos gastos com saúde (BARBOSA & ROCHA, 2012).

Dado o alto custo e a complexidade dessas instituições, a proposição de modelos inovadores de gestão, que abarquem novas estruturas e políticas gerenciais, tem se mostrado fundamental para gerar serviços de saúde de qualidade, que propiciem melhores resultados para o paciente e para o sistema de saúde (AZEVEDO et al., 2017).

Em função dessas características, a Gestão de Recursos Humanos (GRH) em saúde assume papel relevante na viabilização da oferta de serviços com qualidade (BUCHAN, 2004). Embora haja diferenças entre a natureza de cada sistema de saúde e a atuação subsequente da GRH dependendo do contexto de cada país, o reconhecimento dos recursos humanos como um fator crítico para as instituições hospitalares é a única constante entre todos eles, devido tanto a capacidade de impactar os resultados dos pacientes quanto os custos hospitalares (BARTRAM & DOWLING, 2013).

A gestão de recursos humanos na área da saúde assume grande relevância por ser um setor de serviços com utilização intensiva de mão de obra especializada. Para muitos autores, ela é o elemento central na gestão dos serviços de saúde (DUSSAULT & SOUZA, 1999; DUSSAULT & DUBOIS, 2003; NARASHIMAM; BROWN; PABLOS MENDEZ, 2004;

BARBOSA & ROCHA, 2012; RODRIGUES, 2016). Uma vez que a qualificação e a atuação dos profissionais interferem diretamente na assistência prestada aos pacientes, torna-se imprescindível a formulação de políticas e práticas de GRH capazes de atender essa demanda.

No entanto, apesar da sua relevância, a relação entre a gestão de recursos humanos e o desempenho organizacional (incluindo a qualidade do cuidado nas instituições de saúde) ainda é pouco investigada nas organizações hospitalares, existindo muitas lacunas nas políticas de gestão de RH voltadas para estas instituições bem como o baixo registro de evidências que possam permitir a revisão destas políticas a fim de suprir estas lacunas (WEST, 2002; PIERANTONI, VARELLA, FRANÇA, 2004; MORICI, 2011).

Sendo assim, estudos que se proponham a identificar aspectos relacionados à força de trabalho e as práticas de gestão de pessoas em unidades de terapia intensiva, que influenciam na qualidade da assistência e nos resultados dos serviços de saúde, podem contribuir para a proposição de arranjos organizacionais e políticas de gestão de pessoas mais eficientes para o desempenho das organizações hospitalares. Acredita-se que esforços neste sentido possuem relevância uma vez que permitem aprofundar no conhecimento dos fatores que impactam a dinâmica das organizações hospitalares bem como o alcance de seus resultados.

Estudos realizados nos últimos anos têm sinalizado vários desafios vivenciados pelos sistemas de saúde apontando a necessidade de adaptação das instituições frente a esse cenário (MACHADO & KUCHENBECKER, 2007). Alguns deles estão relacionados à oferta de leitos de baixa capacidade resolutiva por uma parcela considerável dos hospitais, mudanças no perfil de morbidade e mortalidade dos pacientes bem como a queda da qualidade na formação da força de trabalho (NETO & MALIK, 2007). No tocante ao último aspecto, a oferta da mão de obra de enfermagem qualificada, tanto de profissionais técnicos quanto de nível superior, tem sido um desafio enfrentado pelos serviços de saúde (SCALCO, 2010), inclusive pelas instituições hospitalares, sendo um gargalo para a garantia da qualidade do cuidado prestado aos usuários.

Assim, especialmente no caso das unidades de terapia intensiva, que têm sofrido com o aumento da complexidade dos pacientes e que dependem da assistência direta e contínua 24 horas por dia dos profissionais de enfermagem, estudos que buscam analisar a influência da equipe de enfermagem bem como a organização do trabalho destes profissionais podem identificar

aspectos relacionados aos recursos humanos e a sua gestão que sejam relevantes para o desempenho destas unidades e para a obtenção de melhores resultados assistenciais. Proporcionar profissionais qualificados que garantam a qualidade do atendimento aos pacientes bem como realizar um investimento financeiro adequado nos recursos humanos são desafios atuais para os profissionais que atuam na área de recursos humanos no contexto da saúde.

Ademais, diante da dificuldade de estabelecer uma comparação entre os hospitais, dada a heterogeneidade de seu produto, o estudo de caso em uma unidade de terapia intensiva assume relevância ao permitir um maior controle e uma análise mais detalhada das variáveis que influenciam a dinâmica dessas unidades, possibilitando a compreensão da contribuição de algumas em específico, como é o caso da contribuição dos recursos humanos de enfermagem na qualidade da assistência e no controle das Infecções Relacionadas à Assistência em Saúde (IRAS).

As infecções relacionadas à assistência à saúde (IRAS) são consideradas um problema de saúde pública, por representarem alto risco à segurança do paciente e alto custo (AL- TAWFIQ & TAMBIAH, 2014). No contexto das UTIs, os pacientes são normalmente mais suscetíveis a elas por apresentarem condições clínicas mais críticas (KELLY; KUTNEY; AIKEN, 2013), estimando-se que cerca de 30% dos pacientes admitidos nestas unidades apresentam, no mínimo, um episódio infeccioso. Cabe ressaltar que a alta frequência dessas infecções traz sérias consequências para os pacientes e para o sistema de saúde como o aumento da morbidade e mortalidade hospitalar, o prolongamento da internação e o aumento dos custos assistenciais.

Para além, o estudo de uma unidade inserida em um hospital público brasileiro, marcado pelas dificuldades inerentes ao sistema público de saúde, pode servir como um balizamento para proposição e/ou revisão de modelos assistenciais ou de políticas públicas aplicadas a esta e às demais instituições hospitalares pertencentes ao sistema de saúde brasileiro.

Apesar de sua importância, historicamente identificam-se lacunas nas políticas de gestão de pessoas voltadas às instituições de saúde, baixo registro de evidências acerca das práticas de recursos humanos, bem como lacunas quanto ao seu efetivo impacto no alcance dos resultados assistenciais e organizacionais (LA FORGIA & COUTTOLENC, 2009).

No Brasil, a GRH tem recebido a devida atenção há relativamente pouco tempo na área da saúde. Situava-se em um plano secundário e não era alvo de ações estratégicas, uma vez que não era considerada uma ferramenta capaz de alavancar os resultados obtidos pelo sistema de serviços de saúde, bem como pelos seus diversos atores (BARBOSA & ROCHA, 2012).

Em 2004, conforme apresentam Barbosa e Rocha (2012), o Ministério da Saúde empreendeu uma série de esforços chamando a atenção para a importância do debate do desempenho hospitalar e para a implementação de um modelo estratégico de gestão dessas instituições. Nesse cenário, a GRH foi reconhecida por alguns atores como um entrave para a busca de patamares superiores de desempenho, evidenciando a necessidade de uma inserção mais estratégica de RH e orientada para resultados.

O cenário em tela destaca a necessidade de acompanhar e mensurar as ações da GRH, a fim de compreender como fatores a ela relacionados estão direta e/ou indiretamente associados aos resultados, permitindo a proposição de políticas e práticas de gestão mais efetivas. Contudo, a noção de resultado nem sempre é única e fácil de ser definida haja vista que ela está diretamente relacionada aos interesses dos stakeholders da instituição e a multiplicidade de fatores que a compõem (BARBOSA & ROCHA, 2012).

Diante dos desafios impostos à GRH na saúde e da necessidade de gerar evidências que demonstrem a sua contribuição para a gestão das instituições e a melhoria assistencial, o presente estudo visa estudar experiências vivenciadas em um hospital público e de ensino, e que tem como diretriz a construção de um modelo de assistência, ensino e gestão centrado no paciente e que garanta a integralidade do cuidado.

Dentro desse cenário, a presente pesquisa buscou descrever e analisar a mudança realizada na equipe e na organização do processo de trabalho de enfermagem da Unidade de Terapia Intensiva (UTI) realizada em 2012, buscando identificar a repercussão dessa alteração nos indicadores de recursos humanos e a sua contribuição para a qualidade da assistência prestada aos pacientes incluindo o controle das infecções relacionadas à assistência à saúde (IRAS). Antes da mudança, no horário diurno, o dimensionamento de pessoal de enfermagem era de um enfermeiro para 5 pacientes e um técnico de enfermagem para dois, e, no horário noturno, na proporção de um enfermeiro para cada dez leitos e um técnico para dois pacientes. Com a implementação da mudança, passou-se a trabalhar com a proporção de um enfermeiro e um

profissional de nível técnico para atender três pacientes, além de um enfermeiro-suporte e de um técnico circulante em cada plantão. Esta alteração modificou, conseqüentemente, o processo de trabalho da enfermagem de modo que o enfermeiro passou a assumir os cuidados de maior complexidade; e o técnico, a circulação da unidade e a execução dos cuidados mínimos.

A descrição do contexto da mudança e o seu processo de implementação foram contempladas no escopo do projeto devido à complexidade do processo realizado na UTI e o conhecimento da pesquisadora de outras experiências similares implementadas em Belo Horizonte, de instituições hospitalares que optaram pela inserção do enfermeiro na assistência direta, porém, acabaram retornando ao modelo anterior.

Optou-se por analisar uma Unidade de Terapia Intensiva em função de algumas características: perfil de gravidade dos pacientes e altas taxas de mortalidade, e importância na estrutura hospitalar como apoio fundamental ao cuidado de pacientes críticos. Além disso, a atuação da enfermagem configura-se como o eixo crucial da gestão do cuidado na UTI, num processo complexo e contínuo e que não pode ser, em diversas situações, adiado ou interrompido devido à criticidade da demanda do paciente. Tais características exigem estudos contínuos na busca de melhores resultados clínicos e gerenciais (RIBEIRO, 2013).

Devido às diferenças existentes na estruturação das Unidades de Terapia Intensiva que estão relacionadas à estrutura física e tecnológica, ao perfil de atendimento, ao número de leitos, à composição das equipes e à organização do processo de trabalho, há uma significativa variação no padrão de qualidade assistencial e no volume de recursos financeiros consumidos nas UTIs (RIBEIRO, 2013). Diante do perfil de gravidade dos pacientes e do aumento da complexidade da assistência prestada nestas unidades, o perfil da equipe de trabalho, a continuidade do cuidado e a gestão de recursos humanos são reconhecidos como fatores fundamentais para garantir a qualidade assistencial, a minimização de erros e conseqüentemente melhores resultados clínicos.

Nesse contexto, fatores relacionados à gestão de recursos humanos, como o planejamento, o dimensionamento, o perfil e a gestão da força de trabalho, bem como a organização dos processos de trabalho, são reconhecidos como elementos importantes, capazes de influenciar positivamente os resultados clínicos das UTIs e das instituições hospitalares de modo geral. Contudo, é preciso identificar e monitorar sistematicamente os indicadores de RH,

relacionando-as às práticas assistenciais. A partir daí, pode ser possível reconhecer os fatores que interferem na qualidade e na efetividade do cuidado prestado aos pacientes, possibilitando gerenciamento mais efetivo e melhores resultados assistenciais.

O desenvolvimento da pesquisa teve como referência a seguinte questão: **qual a repercussão da reestruturação da equipe de enfermagem nos indicadores de Recursos Humanos e de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde na Unidade de Terapia Intensiva?**

Esta dissertação buscou fundamentar e responder o problema proposto estruturando-se em seis capítulos. O segundo capítulo, Referencial Teórico, contextualiza as Unidades de Terapia Intensiva, os aspectos relacionados aos recursos humanos e às Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde por serem os pilares do problema de pesquisa. O terceiro capítulo apresenta o Percorso Metodológico detalhando as categorias de análise e as estratégias utilizadas para análise das informações coletadas. O quarto capítulo, da Apresentação dos Resultados, apresenta os dados a partir das categorias de análise definidas; já o quinto, da Análise dos Resultados, analisa as informações apresentadas aprofundando na reestruturação da equipe de enfermagem e na série histórica dos indicadores de Recursos Humanos e de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde. O sexto capítulo é dedicado às Considerações Finais, onde são feitas as ponderações sobre a dissertação inclusive suas limitações e possibilidades para novos estudos.

2. REFERENCIAL TEÓRICO

O referencial teórico pretende fornecer uma visão geral do papel, da importância e das especificidades dos hospitais bem como das unidades de terapia intensiva haja vista que a complexidade desses espaços influencia sobremaneira a forma como os recursos (humanos, materiais, financeiros, dentre outros) são inseridos, utilizados e gerenciados nestas unidades. Posteriormente, aborda os aspectos relacionados aos recursos humanos em saúde e especificamente os relacionados à força de trabalho de enfermagem, buscando as possíveis relações entre recursos humanos de enfermagem e a qualidade assistencial na UTI. Discorre, na sequência, sobre o tema das Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (IRAS), por ser um dos resultados que está relacionado à qualidade da assistência de enfermagem e, por fim, aponta alguns aspectos da Gestão de Recursos Humanos como um elemento da gestão capaz de influenciar nos resultados de recursos humanos e na qualidade assistencial, de forma direta e/ou indireta.

2.1 As organizações hospitalares

De acordo com a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP), os hospitais são instituições complexas, com densidade tecnológica específica, de caráter multiprofissional e interdisciplinar, responsável pela assistência aos usuários com condições agudas ou crônicas, que apresentem potencial de instabilização e de complicações de seu estado de saúde (BRASIL, 2016). Por isso, dentro do sistema de saúde, os hospitais assumem grande relevância devido ao tipo de assistência prestada, nível de complexidade dos procedimentos realizados, localização, capacidade instalada, integração com a rede de atenção à saúde, uso intensivo da força de trabalho além do considerável volume de recursos financeiros (RODRIGUES, 2016).

Segundo Mintzberg (1979), os hospitais podem ser classificados como organizações profissionais uma vez que o seu funcionamento depende basicamente do trabalho especializado das pessoas e com alto grau de independência já que a conduta a ser adotada depende da avaliação e da decisão do próprio profissional. A estrutura dos hospitais é descentralizada, ainda que burocrática. Descentralizada porque somente o próprio profissional pode ser responsável

por seu trabalho e burocrática, pois o trabalho profissional é estável no sentido dos mesmos procedimentos normalmente se repetirem ao longo do tempo e não previsível no sentido de quando irá ocorrer ou de ser sempre programado.

Nas burocracias profissionais, os produtos ou serviços a serem entregues são, na prática, um processo, controlado fundamentalmente por cada um dos profissionais. Aos gestores cabem outras decisões estratégicas como as relativas aos insumos (seleção de profissionais, definição de clientela, obtenção de recursos financeiros), aos meios de trabalho (rede física, equipamentos), à estrutura e às formas de direção (comitês, hierarquia) (DUSSAULT & DUBOIS, 1999). Isso significa que a escolha dos profissionais e a gestão dos mesmos é um elemento crucial para a qualidade dos produtos ou serviços entregues nessas organizações.

A autonomia característica das organizações profissionais traz uma série de dificuldades para estas organizações como os desafios em relação à coordenação e integração das atividades, má conduta dos profissionais bem como resistência às inovações propostas. Ao que tudo indica, o enfrentamento dessas dificuldades passa pelo controle financeiro das organizações e pela legislação (inclusive dos conselhos profissionais) contra o comportamento profissional irresponsável (DUSSAULT & DUBOIS, 1999).

Quanto às entidades representativas dos profissionais, cabe destacar a influência determinante que elas possuem no funcionamento dos hospitais e dos demais serviços de saúde. Os conselhos geram padrões de atuação para os profissionais, visando à proteção tanto do usuário quanto da categoria profissional. E este acaba sendo o principal mecanismo de controle e regulamentação da atuação do profissional impactando diretamente a gestão das organizações (DUSSAULT & SOUZA, 1999).

Para Glouberman (2001), os hospitais são organizações sociais bastante complexas, em função da necessária articulação entre a dimensão assistencial e a dimensão da gestão, cada uma com demandas bem definidas e convergentes quanto aos fins, embora nem sempre alinhadas quanto à aplicação dos meios para cumprir os objetivos, com significativas lacunas que acabam por fragilizar ambas.

Além dos elementos apresentados, o funcionamento das instituições hospitalares é influenciado pela amplitude do aparato tecnológico e todos os insumos presentes na rotina destas instituições,

o extenso aparato jurídico e normativo que envolve tanto os conselhos profissionais quanto os órgãos regulamentadores (Ministério da Saúde, Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, Agência Nacional de Vigilância Sanitária, dentre outros), bem como a forma de organização e distribuição dos diferentes serviços de saúde (RODRIGUES, 2016).

Influenciada por esses fatores, a gestão dos hospitais tem sido permeada por diversos desafios como o aumento de custos, decréscimo do financiamento governamental, despesas com novos equipamentos tecnológicos, necessidade de lidar com intervenções médicas mais complexas, (TOWNSEND, 2010), dificuldades quantitativas e qualitativas com a mão de obra, bem como garantir a oferta de serviços de saúde de qualidade para a população (DUSSAULT & SOUZA, 1999).

Segundo AIHW (2005), a pressão em relação à melhora da eficiência e da efetividade da oferta de cuidado é particularmente agravada no setor hospitalar por ser um dos componentes mais caros do sistema de saúde. Diante deste problema, diversas estratégias têm sido implementadas visando à otimização dos serviços hospitalares e algumas delas focam, majoritariamente, nos pacientes críticos (TOWNSEND, 2010). Como a abordagem desses pacientes requer a utilização de uma ampla gama de profissionais, adequadamente capacitados para atender a padrões mínimos de qualidade e à pressão para reduzir o tempo de internação na instituição (TOWNSEND, 2010), a gestão adequada de pessoal é um aspecto fundamental para a melhoria na entrega dos serviços de saúde (WRANIK, 2008).

Em suma, conhecer as características típicas das organizações hospitalares é essencial para compreender a sua lógica de funcionamento. Dificilmente, uma política de saúde ou de recursos humanos em saúde ou a prática gerencial terá êxito, ignorando como funcionam estas organizações classificadas tipicamente como profissionais (DUSSAULT & DUBOIS, 1999). De modo similar, dada a complexidade dos múltiplos serviços e unidades que compõem as instituições hospitalares, conhecer as especificidades de cada unidade, como é o caso das Unidades de Terapia Intensiva, parece crucial para a compreensão do seu funcionamento e do seu impacto no desempenho da instituição hospitalar.

2.1.1 Unidade de Terapia Intensiva (UTI)

A Unidade de Terapia Intensiva pode ser considerada um subsistema dentro das instituições hospitalares por ser um de seus setores de maior complexidade. São consideradas unidades de alta complexidade e alto custo uma vez que requerem espaço físico diferenciado, alta tecnologia, profissionais treinados e qualificados e alta carga de trabalho por paciente. Toda essa estrutura se faz necessária já que as UTIs têm como principal objetivo fornecer suporte assistencial ao paciente grave, clínico e/ou cirúrgico, com risco iminente de morte. Ao exigir investimentos elevados e recursos humanos especializados para atender a demanda do paciente crítico, estas unidades ganharam atenção dos gestores da área buscando identificar modelos de gestão e de cuidado que permitam a coexistência da qualidade da assistência e da utilização eficiente dos recursos (FERNANDES et al., 2011; NOGUEIRA, 2013).

O panorama mundial demonstrado em alguns estudos populacionais sugere que a gravidade dos pacientes tem aumentado com o envelhecimento da população. Contudo, para lidar com a demanda prevista da ampliação do cuidado intensivo, pesquisadores apontam a necessidade de mensurar a carga de doenças críticas e avaliar os recursos necessários para o seu enfrentamento, além de desenvolver intervenções preventivas e terapêuticas que minimizem essa situação (ADHIKARI et al., 2010).

Em função da organização heterogênea quanto ao perfil de atendimento, número de leitos, composição de equipes e organização do processo de trabalho, observa-se grande variação no padrão de qualidade assistencial e no volume de recursos financeiros investidos nas UTIs (RIBEIRO, 2013), apontando a necessidade de definição e monitoramento sistemático de indicadores que possibilitem o gerenciamento efetivo de riscos clínicos garantindo a segurança dos pacientes e das equipes (BIRKMEYER & DIMICK, 2004).

Dada a natureza da atividade e a complexidade do serviço de saúde realizado, as UTIs são altamente regulamentadas. No Brasil, a regulamentação destas unidades é relativamente recente e é determinada através de portarias do Ministério da Saúde (MS) e resoluções da (ANVISA) Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Elas têm por finalidade determinar os requisitos mínimos de estrutura física, tecnológica e de recursos humanos para o funcionamento de uma UTI de acordo com o seu nível de complexidade.

A ANVISA, em 08 de fevereiro de 2017, publicou a Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº 137 atualizando os critérios definidos na RDC nº7. Esta resolução tem como principal

objetivo regulamentar ações que visem à redução de riscos aos pacientes, visitantes, profissionais e meio ambiente. Para tanto, estabelece definições de questões centrais para a terapia intensiva como área crítica, evento adverso, gerenciamento de risco, dimensionamento de pessoal (médico, enfermeiro, fisioterapeuta), Sistema de Classificação de Necessidades de Cuidados de Enfermagem, Sistemas de Classificação de Gravidade da Doença, conduta em relação aos pacientes e familiares, dentre outros.

No tocante à força de trabalho, a RDC nº137 prevê que o responsável técnico médico pela UTI Adulto, o coordenador de enfermagem e de fisioterapia devem ter título de especialista, conforme estabelecido pelos respectivos conselhos de classe e associações reconhecidas por estes para este fim. Além disso, mantém os parâmetros mínimos de pessoal previstos na RDC nº 7: no mínimo 1 (um) médico diarista/rotineiro para cada 10 (dez) leitos ou fração, nos turnos matutino e vespertino; no mínimo 1 (um) médico plantonista para cada 10 (dez) leitos ou fração por turno; no mínimo 1 (um) fisioterapeuta para cada 10 (dez) leitos ou fração, nos turnos matutino, vespertino e noturno, perfazendo um total de 18 horas diárias de atuação; no mínimo um enfermeiro assistencial para cada 08 (oito) leitos ou fração, em cada turno, e 1 (um) técnico de enfermagem no mínimo para cada 02 (dois) leitos em cada turno, além de 1 (um) técnico de enfermagem para serviços de apoio assistencial em cada turno. Determina, ainda, que esses profissionais devem estar disponíveis em tempo integral para assistência exclusiva aos pacientes internados.

Conforme apresentam Fernandes et al (2011), a atuação da equipe multidisciplinar, atrelada a uma série de elementos estruturais e de gestão, tem impacto na qualidade da assistência prestada aos pacientes como na profilaxia de infecções por germes multirresistentes, prevenção de eventos adversos, bem como no aparecimento de úlceras de pressão em função da internação prolongada. Os profissionais médicos e da equipe multiprofissional (enfermeiros, fisioterapeutas, nutricionistas, farmacêuticos, fonoaudiólogos, psicólogos, terapeutas ocupacionais) fazem parte de um grupo multidisciplinar onde cada um tem sua função e parcela de contribuição na recuperação da saúde do paciente. Sendo assim, a gestão destas unidades precisa ser sistematizada e embasada em fundamentos como “valorização de recursos humanos, visão estratégica, qualidade centrada no cliente, foco em resultados, comprometimento da alta administração, visão de futuro, valorização das pessoas, ação pró-ativa e aprendizado contínuo” (p. 130). Contudo, várias barreiras precisam ser ultrapassadas, e essa tarefa não é só

do médico, mas principalmente da gestão, capaz de fornecer condições que permitam a qualidade do atendimento da equipe de trabalho (FERNANDES et al., 2011).

Novos modelos de prestação de cuidados, embasados em bibliografia internacional, discutem os resultados clínicos da terapia intensiva e sua relação com a organização da equipe médica (PRONOVOST et al., 2002). Segundo Birkmeyer & Dimick (2004), as pesquisas sugerem que a qualidade do cuidado na UTI é fortemente influenciada pela presença do médico intensivista e pela organização da equipe multidisciplinar. Em relação ao profissional médico, o intensivista (certificado como tal) estaria mais apto a lidar com as complicações que podem ocorrer na UTI sendo capaz de minimizar possíveis erros.

Um modelo de padrão de qualidade assistencial em UTI nos Estados Unidos, desenvolvida pelo Leadfrog Group (LFG), tem como um de seus pilares padrões específicos para a composição e organização do trabalho das equipes médicas de UTI que devem conter médicos intensivistas disponíveis 24 horas por dia dedicando-se exclusivamente aos pacientes da unidade (LOGANI; GREEN; GASPERINO, 2011). Este modelo demonstrou relação positiva com a redução das taxas de mortalidade, média de permanência e aumento do custo benefício na terapia intensiva (PRONOVOST; NEEDHAM, 2004).

A falta e/ou precariedade da infraestrutura dessas unidades, a escassez de recursos e a atuação inadequada da equipe de trabalho são fatores que podem impactar negativamente a qualidade da assistência prestada ao paciente. No tocante à atuação inadequada dos profissionais, é possível citar como exemplos a utilização inadequada de antibióticos e suporte nutricional que levam ao aumento significativo e alarmante de infecções; e pacientes com longos períodos de sedação e ventilação mecânica sem necessidade causando efeitos deletérios à saúde dos mesmos (FERNANDES et al., 2011).

No tocante aos custos, observa-se que estes são crescentes desde 1970, primeira vez em que foram calculados. O envelhecimento populacional, os pacientes que se tornam crônicos e gravemente enfermos são fatores que influenciam no aumento desses custos. Em 2005, nos Estados Unidos, os custos das UTIs, contabilizaram 13,4% dos custos hospitalares e 4,1% dos gastos de saúde nacional. No Brasil, estudos que demonstrem o impacto do custo das UTIs nos custos globais das instituições ainda são escassos, sendo, portanto, um tema relevante para investigação. Contudo, quanto à racionalização dos custos nas UTIs, estudos realizados

sinalizam alguns pontos importantes como o racionamento de recursos, cuidados com determinados pacientes em outras áreas que não terapia intensiva, regionalização de cuidados, mudanças na força de trabalho, implementação de determinados protocolos, adequações nos tratamentos clássicos e otimização dos leitos. Porém, além do impacto que estas mudanças podem causar à população, elas não são fáceis de serem mensuradas (FERNANDES et al., 2011).

Assim, visando resolver um dos grandes desafios da área da saúde, ou seja, reduzir custos e ao mesmo tempo manter a qualidade da assistência prestada ao paciente, várias propostas de gestão tem sido implementadas nas UTIs (FERNANDES et al., 2011): remuneração adequada; presença física 24 horas por dia de profissionais especializados em Medicina Intensiva, visando a melhoria dos processos de cuidado, redução de complicações clínicas e diminuição do tempo de internação (GAJIC et al., 2008), programas de pagamento por desempenho; incentivos aos treinamentos e programas de educação continuada, prêmios por inovações (EGOL et al., 2004).

Diante da complexidade do cuidado intensivo e de sua gestão, Ribeiro (2013) expõe que a combinação de elementos como equipes bem dimensionadas, adequadamente qualificadas e com processos de trabalho sistematizados e desenvolvidos a partir de melhores práticas, bem como o monitoramento da qualidade do cuidado fundamentado nas ações de humanização, na eficiência e na mensuração de resultados, surge como a solução adequada para o enfrentamento dos desafios destas unidades.

Em síntese, o presente tópico buscou apresentar as principais variáveis presentes na dinâmica das unidades de terapia intensiva de modo a demonstrar a complexidade destas unidades e a influência que cada uma delas (ou a combinação delas) aparenta ter sobre os resultados de saúde dos pacientes bem como os resultados financeiros destas unidades. Os dados indicam que, para além da condição de saúde atual do paciente, a forma como os recursos são disponibilizados e gerenciados nestas unidades, impacta o modelo e a qualidade da assistência prestada aos pacientes e, conseqüentemente, a melhoria do seu estado de saúde. Sobre esse aspecto, os recursos humanos e a sua gestão, chamam a atenção pela sua complexidade e influência na dinâmica das UTIs. Contudo, embora seja evidente a contribuição desses recursos, é nítida a complexidade da identificação de como (ou o quanto) eles efetivamente contribuem para a melhoria da saúde do paciente. Dada essa relevância, o presente estudo investiga especificamente o recurso humano dentro das UTIs, fazendo-se necessário, portanto, aprofundar

nos tópicos abaixo as temáticas dos recursos humanos em saúde, sua gestão e a sua possível relação com os resultados assistenciais.

2.2 Recursos Humanos em Saúde

A produção dos serviços de saúde depende da estrutura física, material e tecnológica disponível e da existência de profissionais qualificados e motivados para transformar insumos em resultados (SCALCO, 2010). Em qualquer sistema de serviços de saúde, são os profissionais da saúde que, em última instância, definem que serviços serão consumidos, como serão consumidos, onde, em que quantidade e, conseqüentemente, que impacto estes serviços terão sobre o estado de saúde das pessoas. No entanto, não se pode deixar de considerar que a estrutura da instituição, os protocolos, as regras e as diretrizes modelam grande parte das decisões tomadas pelos profissionais.

Uma vez que a performance dos recursos humanos é determinante para o alcance dos objetivos nos serviços de saúde, a força de trabalho precisa ser pensada e estruturada a partir de três processos: do desenvolvimento das competências, da distribuição da força de trabalho e do gerenciamento dos recursos humanos. O **desenvolvimento** está relacionado ao processo de produção em quantidade e qualidade/competência adequada de trabalhadores, nas diferentes categorias profissionais, atendendo as demandas dos serviços de saúde; a **distribuição** refere-se ao processo de alocação dos profissionais nos diferentes tipos e níveis de serviço bem como nas diversas regiões geográficas; o **gerenciamento** visa garantir o direcionamento, um ambiente e condições de trabalho adequados para o desempenho satisfatório da força de trabalho (DUSSAULT & SOUZA, 1999). Esses três processos são fundamentais para a organização eficaz do trabalho e consecução dos objetivos estabelecidos pelo sistema de saúde.

Não obstante, cabe destacar, conforme apresentado por La Forgia e Coutollenc (2009), que esses processos são fortemente influenciados pelas políticas implementadas no setor da saúde e em outros setores, pela disponibilidade de recursos e pelas relações de poder entre os diversos atores envolvidos. Assim, apesar da relevância, uma série de entraves relacionados à mão de obra é constatada nos serviços de saúde. Citam-se desequilíbrio na oferta de profissionais a depender da categoria profissional e na distribuição dos mesmos seja por nível de atenção, por

perfil do serviço ou por região; deficiências na formação profissional que impactam na qualidade do trabalho prestado e o atendimento às demandas dos estabelecimentos de saúde; ausência de educação continuada nas instituições; precarização do vínculo de trabalho, falta de incentivos, limitações de infraestrutura e condições precárias de trabalho (DUSSAULT & SOUZA, 1999; SCALCO, 2010).

A coexistência desses elementos traz consequências danosas para o funcionamento desses serviços. Os desequilíbrios da mão de obra representam uma utilização inadequada de recursos raros e custosos e restringem o acesso da população aos serviços. As limitações da formação profissional levam a um desequilíbrio no mercado de trabalho e à baixa qualidade na assistência prestada aos usuários. Soma-se a isso a precariedade das condições de trabalho que impactam na atuação e a permanência dos profissionais nas instituições (DUSSAULT & SOUZA, 1999; SCALCO, 2010).

A melhoria dos serviços de saúde depende significativamente das políticas de recursos humanos que devem contemplar ações de formação e desenvolvimento de profissionais, a gestão do trabalho e a avaliação dos recursos humanos haja vista que o desempenho da força de trabalho impacta os resultados alcançados na área da saúde (DUSSAULT & SOUZA, 1999).

Uma vez que a produção do cuidado é inerente ao processo de trabalho em saúde, variáveis como o dimensionamento de pessoal, a qualificação dos profissionais, carga de trabalho, condições de trabalho, absenteísmo, rotatividade, mercado de trabalho, dentre outras, demonstram ser relevantes para o avanço na compreensão da possível relação entre recursos humanos e qualidade assistencial.

Contudo, embora todas as categorias profissionais presentes na dinâmica das organizações hospitalares contribuam cada uma a seu modo ao desempenhar os papéis previstos, para a produção do cuidado, a seção seguinte tratará dos aspectos relacionados ao profissional de enfermagem devido a sua relevância no cuidado prestado ao paciente e devido ao objetivo do estudo que é a compreensão da reestruturação da equipe de enfermagem na UTI de um hospital público de ensino de Belo Horizonte e da sua repercussão nos indicadores de Recursos Humanos e de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde.

2.2.1 Recursos Humanos e Enfermagem

Nos hospitais, a equipe de enfermagem, técnicos de enfermagem e enfermeiros, é aquela presente 24 horas por dia no processo de cuidado dos pacientes. As principais dimensões do trabalho do enfermeiro estão relacionadas tanto aos processos de cuidar, na medida em que prestam cuidados diretos aos pacientes mais graves e realizam procedimentos específicos privativos da profissão, quanto ao processo de gerenciar, exercendo as funções de organização e coordenação dos serviços. Normalmente, a atuação do enfermeiro é marcada pelo compartilhamento dessas duas funções (CAMELO, 2012).

O enfermeiro, em sua formação e prática, busca garantir a integralidade das ações assistenciais que perpassam toda a complexidade característica do paciente bem como a tomada de decisão imediata diante da necessidade e da urgência do mesmo, principalmente em UTI's. Para a American Nurses Association (2000), os enfermeiros constituem um sistema de vigilância para detecção precoce de complicações e problemas no cuidado, estando na melhor posição para iniciar ações que minimizem os resultados negativos para os pacientes.

Isso significa que o processo de cuidar do enfermeiro se configura como o eixo central do trabalho de enfermagem, num processo complexo e contínuo e que não pode ser, em diversas situações, adiado ou interrompido devido à criticidade da demanda do paciente (MAGALHÃES et al., 2009).

Outro aspecto relevante da atuação do enfermeiro na gestão do cuidado em saúde está relacionado à melhoria do acesso e do acompanhamento dos pacientes e seus familiares na área hospitalar tornando o cuidado mais humanizado e o usuário mais integrado aos serviços de saúde (MAGALHÃES et al., 2009).

No entanto, devido ao aumento no número de pacientes que necessitam de intervenções assistenciais, seja pelo quantitativo de pacientes ou pela complexidade do cuidado, tem-se observado um aumento na carga de trabalho dos enfermeiros bem como a necessidade de uma melhor qualificação desses profissionais para atender as demandas dos serviços. Cabe destacar que uma vez que a demanda de cuidados de enfermagem passa a ser maior do que a oferta de atendimento aos pacientes os mesmos podem estar expostos a situações de risco (MAGALHÃES et al., 2009).

Contudo, no Brasil, além da excessiva carga de trabalho, a enfermagem tem se destacado pela escassez de mão-de-obra qualificada, evasão e migração de profissionais para países desenvolvidos, estando na pauta de discussão dos gestores responsáveis pela área e pelas instituições de saúde pelas dificuldades de suprir as demandas dos serviços (MAGALHÃES et al., 2009). A expansão do SUS, a transição demográfica com o envelhecimento da população, perfil epidemiológico complexo, aumento significativo dos danos e mortes por causas externas, são fatores que influenciaram o aumento do número de postos de trabalho de enfermagem. Segundo o Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), “enfermeiros e afins” ocupam o segundo lugar entre as carreiras que mais cresceram em quantidade de postos de trabalho entre janeiro de 2009 a dezembro de 2012 (OLIVEIRA, 2017). Essas variáveis do mercado de trabalho é um desafio para a área da saúde uma vez que a implementação das políticas de saúde e a qualidade da assistência estão relacionadas com a qualidade e a quantidade dos profissionais que irão executá-las (DUSSAULT & SOUZA, 1999).

Outros aspectos críticos da força de trabalho de enfermagem nas instituições de saúde, estão relacionados ao absenteísmo e à rotatividade de pessoal. Diversos estudos sobre essas temáticas têm sido realizados no Brasil a fim de identificar as causas destes problemas bem como suas consequências.

O absenteísmo, ausência não prevista dos profissionais ao trabalho, tem caráter multifatorial, podendo ser decorrente de uma ou mais classes de fatores – a depender da perspectiva de cada autor - tais como: “fatores de trabalho, sociais, culturais, de personalidade e doença; geográficos, organizacionais e individuais; físicos, psíquicos e sociais; doenças, causas ocupacionais e sociais; fatores ambientais, organizacionais, características individuais e de personalidade. Essas classes de fatores causais modificam-se dependendo do autor ou tipo de estudo” (SANCINETTI et al., 2011, p.1008). Além disso, nas instituições de saúde brasileiras, outros fatores são maquiados pelo absenteísmo doença. A facilidade de acesso do profissional de saúde às consultas médicas estimula formas indiscriminadas de justificativas das faltas por meio de atestados médicos agravando ainda mais o absenteísmo além de dificultar a compreensão e a tratativa dos reais motivos que levam a ausência do trabalhador. (JUNKES, 2010). Nota-se que o absenteísmo pode estar relacionado a questões individuais, da instituição, do processo de trabalho e do contexto sócio-político-econômico no qual a instituição se insere.

Costa et al (2009), em um estudo nacional, apontam que as ausências (faltas justificadas e injustificadas) dos trabalhadores de enfermagem estão relacionadas às doenças provenientes do cansaço físico e mental, as condições precárias de trabalho, a jornada diária e a sobrecarga de trabalho. Lemos et al (2012), através de uma revisão de literatura das publicações realizadas entre 2005 e 2011, nas bases de dados LILACS, SCIELO e BDENF, sobre as causas do absenteísmo na equipe de enfermagem, identifica basicamente as mesmas causas: condições da saúde do trabalhador, sobrecarga de trabalho e condições desfavoráveis do trabalho.

A rotatividade, compreendida basicamente como a flutuação entre as entradas e saídas dos profissionais na instituição, ou apenas os desligamentos, a depender do autor e da abordagem da pesquisa, é compreendida também como multifatorial. Segundo Chiavenato (2002), as causas podem estar relacionadas a fatores externos (oferta e demanda do mercado de trabalho e situação econômica) e a fenômenos internos da organização (políticas de recursos humanos: prática salarial, benefícios, treinamento, desempenho, oportunidades de crescimento profissional, política disciplinar, graus de flexibilidade das políticas; condições de trabalho, tipo de supervisão, relacionamento entre os profissionais, cultura organizacional).

Nas instituições de saúde, os altos índices de rotatividade de enfermagem geram o aumento de custos com reposição de pessoal, insatisfação no ambiente de trabalho e dificuldades no atendimento ao usuário em razão de interrupções nos serviços (SCALCO, 2010). A perda de profissionais experientes afeta o nível de cuidado prestado, aumenta o investimento necessário à admissão de um novo empregado bem como ocasiona desentendimentos na equipe devido a sobrecarga das tarefas para os membros que permanecem no hospital.

Para Oyry et al (2014), o absenteísmo e a rotatividade de profissionais de saúde têm um impacto significativo no desempenho geral do sistema de saúde. Contudo, embora a literatura identifique variáveis de diferentes níveis de mensuração e análise como sendo associadas a qualidade da assistência de enfermagem, não está totalmente claro como variáveis de diferentes níveis, incluindo contexto social, cultural, educacional, interagem para impactar nesses resultados.

Sendo assim, diante dos aspectos críticos que envolvem a enfermagem no cenário brasileiro e dada a relevância dos recursos humanos de enfermagem para o funcionamento das instituições hospitalares e, principalmente as UTIs, conhecer os achados da literatura sobre a relação entre recursos humanos de enfermagem e resultados assistenciais se torna relevante para auxiliar na

compreensão da possível influência da reestruturação da equipe de enfermagem da UTI na qualidade assistencial.

2.3 Recursos Humanos e Resultados assistenciais – um caminho a percorrer

A melhoria contínua da qualidade assistencial é um processo dinâmico e exaustivo de identificação dos fatores intervenientes no processo de trabalho e requer a implementação de ações e a elaboração de instrumentos que possibilitem avaliar de maneira sistemática os níveis de qualidade dos cuidados prestados (GABRIEL et al., 2011). Avaliar os resultados da assistência prestada ao paciente bem como os resultados de recursos humanos possibilita manter e/ou (re)definir estratégias gerenciais que garantam a melhoria da assistência prestada aos pacientes.

Sendo assim, a utilização de indicadores é fundamental para a realização de uma avaliação adequada, pois garante a obtenção de uma medida padronizada, permitindo o monitoramento e o acompanhamento da evolução do dado ao longo do tempo, a comparação e a identificação de oportunidades de melhoria de serviços e de mudanças que se fazem necessárias em relação ao alcance da qualidade (D'INNOCENZO; ADAMI; CUNHA; 2006).

Na área da enfermagem, diversos são os indicadores propostos para a avaliação e melhoria dos resultados assistenciais, tratando-se tanto de indicadores vinculados aos processos de trabalho quanto aos recursos humanos (CALDANA, 2011; ANA, 2012; CQH, 2012).

No tocante às UTIs, vários estudos têm sido desenvolvidos nessa área devido a sua complexidade, gravidade e altos custos, buscando avaliar a carga de trabalho de enfermagem a fim de estimar tanto o quantitativo de pessoal necessário quanto o planejamento orçamentário destas unidades. Outros estudos (JACOB; ROTHE, 1997; AIKEN et al., 2002; AIKEN et al., 2003; CHAGURUTU; VALLABHAMENI, 2005), que serão descritos nessa seção, têm buscado avaliar não só o quantitativo mas principalmente o impacto do dimensionamento e da qualificação dos profissionais de enfermagem nos resultados assistenciais dos pacientes, buscando de fato uma aproximação da atuação dos recursos humanos com os resultados em saúde.

Contudo, cabe lembrar que a pesquisa sobre a relação entre RH e os resultados assistenciais em instituições hospitalares ainda é relativamente incipiente quando comparado ao volume de estudos dessa natureza na área da indústria. Essa limitação provavelmente está relacionada à insuficiência e inconsistência dos registros das instituições bem como às limitações metodológicas que dificultam a definição de variáveis capazes de representar a complexa dinâmica social e institucional que permeia o serviço nas organizações hospitalares (TOWNSEND, 2010).

Quanto aos estudos realizados, alguns merecem destaque devido às contribuições importantes que trazem para o problema investigado no presente trabalho. Aiken et al (2002) investigou como os níveis de pessoal de enfermagem afetam os resultados assistenciais e a retenção dos enfermeiros nas instituições hospitalares. A amostra foi composta por 168 hospitais do estado da Pensilvânia, focando especificamente em pacientes cirúrgicos.

A modificação na legislação foi uma medida protetiva motivada pela crescente escassez de enfermeiros hospitalares e pela percepção de que a menor retenção de enfermeiros nos hospitais estava relacionada à sobrecarga e aos altos níveis de *burnout* relacionados ao trabalho e à insatisfação no trabalho.

Após o controle das características dos pacientes e dos hospitais, constatou-se que as chances de mortalidade dos pacientes aumentaram em 7% para cada paciente adicional na carga de trabalho do enfermeiro no hospital e que a diferença de 4 para 6 e de 4 para 8 pacientes por enfermeiro seria acompanhada pelo aumento de 14% e 31% na mortalidade, respectivamente. Esses dados indicam que as taxas de mortalidade, principalmente entre os pacientes que desenvolvem complicações, podem ser reduzidas através do aumento da equipe de enfermagem graduada.

Quanto à exaustão emocional e insatisfação no trabalho, ambas estiveram significativamente associadas às proporções entre pacientes e enfermeiros. Cada paciente adicional por enfermeiro foi associado a um aumento de 23% nas chances de *burnout* e de 15% de aumento de chances de insatisfação no trabalho. Enfermeiros com alto *burnout* e insatisfação com o trabalho relataram a pretensão de deixar o emprego atual nos próximos 12 meses. Esses dados sugerem que melhorias no dimensionamento e no perfil da equipe de enfermagem podem ser acompanhadas por redução da rotatividade de enfermeiros e, conseqüentemente, queda nos

custos hospitalares devido às reduções dos gastos com as rescisões e os investimentos feitos nos empregados.

Os achados deste estudo têm implicações importantes para as questões relacionadas à segurança do paciente, qualidade da assistência e à falta de enfermeiros nas instituições hospitalares. Os dados indicam que o papel desempenhado pelo enfermeiro contribui de forma significativa para a vigilância, identificação precoce e intervenções assertivas para a recuperação da saúde do paciente. Além disso, a melhoria dos níveis de pessoal de enfermagem pode reduzir a rotatividade nos hospitais, reduzindo o desgaste e a insatisfação no trabalho, principais precursores da demissão de emprego.

Outro aspecto investigado por Aiken (2003) foi a relação da formação profissional do enfermeiro com os resultados dos pacientes. Aiken (2003) aponta que, apesar da diversidade de programas educacionais voltados para a formação de enfermeiros e uma associação esperada entre educação e assistência clínica, é incipiente o conhecimento do impacto da educação formal dos enfermeiros sobre os resultados dos pacientes. Os resultados de alguns estudos sugerem que os enfermeiros com a formação em bacharel (*baccalaureate*) têm maior probabilidade de apresentar comportamentos importantes voltados para a segurança do paciente, como resolução de problemas, desempenho de funções complexas e comunicação eficaz.

Assim, depois de ajustar as características do paciente e as características estruturais do hospital (tamanho, status de ensino, nível de tecnologia), bem como da equipe de enfermagem, além de considerar a experiência do enfermeiro e a certificação do cirurgião que atende o paciente, um aumento de 10% na proporção de enfermeiros com grau de bacharel foi associado a uma redução de 5% tanto na probabilidade de pacientes morrerem dentro de 30 dias de internação quanto nas chances de evoluírem a óbito após complicações. Esse estudo forneceu a primeira evidência científica de que o emprego de enfermeiros em hospitais com maior grau de formação está associado a melhores resultados para os pacientes.

Ao identificar melhores resultados para os pacientes assistidos por enfermeiros assistenciais, com maior nível educacional, observa-se a necessidade de se pensar políticas de gestão voltadas para o planejamento da força de trabalho de enfermagem visando uma maior proporção de enfermeiros com formação superior, ou seja, melhor preparada para atender as demandas da

população e prestar uma assistência de maior qualidade. Contudo, no contexto brasileiro, antes de se revisar as políticas de gestão, faz-se necessário repensar o modelo de formação da enfermagem. No Brasil, a formação do enfermeiro ainda é direcionada para o papel da supervisão do cuidado e não da assistência direta ao paciente. Em países desenvolvidos, como os que foram objetos dos estudos acima, a formação do enfermeiro é direcionada para o cuidado direto ao paciente.

Enquanto estudos internacionais têm buscado investigar o impacto de pessoal na qualidade da assistência prestada ao paciente, no Brasil estudos dessa natureza ainda são incipientes e se fazem necessários. Dadas as diferenças na realidade socioeconômica do país, na qualificação da mão de obra, na estrutura do sistema de saúde na organização do trabalho, no papel desempenhado pelo enfermeiro, verificar se os achados encontrados nos estudos internacionais se aplicam aqui podem trazer contribuições significativas para a área de recursos humanos e principalmente para a área da saúde. Como exemplo, verificar se melhores níveis no quadro de enfermagem, como a formação educacional, a experiência, a organização do processo de trabalho, impacta na redução da média de permanência no hospital, redução das taxas de infecção urinária, pneumonia, choque séptico (CHAGURUTU; VALLABHAMENI, 2005), taxa de mortalidade, podem sinalizar ações a serem implementadas, relacionadas a força de trabalho e a organização do trabalho, que minimizem os riscos a que estão submetidos os pacientes.

Nessa linha, considerando a complexidade da avaliação da relação entre recursos humanos e resultados na assistência, as limitações metodológicas e a obtenção de base de dados consistentes, o presente estudo centrará esforços na relação entre recursos humanos de enfermagem e na qualidade da assistência prestada aos pacientes incluindo nesse escopo as infecções relacionadas à assistência à saúde (IRAS). Consideram-se as IRASs uma variável importante do estudo porque elas estão relacionadas à assistência prestada pela enfermagem e elas podem ser críticas para os desfechos desfavoráveis da saúde do paciente.

2.4 Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde

As infecções relacionadas à assistência à saúde (IRAS) são consideradas um problema de saúde pública, por representarem alto risco à segurança do paciente e alto custo (AL- TAWFIQ & TAMBIAH, 2014). Nos Estados Unidos, estima-se que cerca de 2 milhões de infecções relacionadas à assistência em saúde ocorram anualmente, resultando entre 60 e 90 mil mortes e com um custo aproximado de 17 a 29 bilhões de dólares. Em média, de 5% a 15% de todos os pacientes internados desenvolvem IRAS (WHO, 2009). Trata-se de uma questão não somente biológica, mas histórica e social, que se configura como um dos principais desafios mundiais para a qualidade dos cuidados em saúde (NOGUEIRA et al., 2014).

As IRAS são infecções adquiridas durante a assistência prestada ao paciente e são consideradas uma das complicações mais comuns do cuidado (Agency for Healthcare Research and Quality, 2012). Nas UTIs, os pacientes são normalmente mais suscetíveis às IRAS por apresentarem condições clínicas precárias, baixa função imunológica e necessitarem de diversos procedimentos invasivos para garantir a assistência adequada (KELLY; KUTNEY; AIKEN, 2013). Estima-se que cerca de 30% dos pacientes admitidos nestas unidades apresentam, pelo menos, um episódio infeccioso, destacando-se as infecções do trato urinário, pneumonias associadas à ventilação mecânica e infecções de corrente sanguínea. Além disso, as IRAS adquiridas nas UTIs representam aproximadamente 20% de todas as infecções hospitalares diagnosticadas entre pacientes hospitalizados (WHO, 2011). A alta frequência dessas infecções traz sérias consequências para os pacientes e para o sistema de saúde das quais merecem destaque o aumento da morbidade e mortalidade hospitalar¹, o prolongamento da internação e o aumento dos custos assistenciais.

Devido ao seu impacto, tem sido crescente o número de publicações em periódicos internacionais sobre a ocorrência de infecções relacionadas à assistência abordando diferentes vertentes que incluem desde aspectos epidemiológicos até tecnologias inovadoras para prevenção e controle (OLIVEIRA, 2009). Quanto aos fatores relacionados às IRAS, alguns autores destacam o envelhecimento populacional, a crescente complexidade dos pacientes aliada à realização de procedimentos invasivos bem como às falhas relacionadas à utilização de antimicrobianos (NOGUEIRA, 2015). Em relação ao ambiente hospitalar, Dorfey (2014, p.20)

¹ **Morbidade:** refere-se ao conjunto de indivíduos que adquiriram doenças num dado intervalo de tempo. Denota-se morbidade ao comportamento das doenças e dos agravos à saúde de uma população exposta. **Mortalidade:** refere-se ao conjunto dos indivíduos que morreram num dado intervalo de tempo.

destaca que os fatores relacionados à ocorrência das infecções podem estar relacionados a três áreas: iatrogênicas, organizacionais e relacionados ao paciente.

Os fatores de risco iatrogênicos são aqueles de natureza prejudicial ou danosa ao paciente, desencadeados por falha, voluntária ou involuntária praticada por quem assiste o paciente. Os fatores de risco organizacionais são aqueles relacionados à gestão do serviço hospitalar, incluem os sistemas de ar e água, espaço físico, dimensionamento dos recursos humanos e materiais. Os fatores de risco relacionados ao paciente incluem a gravidade da doença, a imunossupressão e o tempo de internação (PADILHA e MANCIA 1992; KLEINPELL et al., 2008; VARGAS e RAMOS, 2010; SOUSA et al., 2014).

No tocante aos fatores iatrogênicos e organizacionais, a presença e o desempenho do pessoal de enfermagem têm sido elementos associados à infecção relacionada à assistência à saúde uma vez que eles prestam assistência direta ao paciente, manipulam e controlam equipamentos, instrumentais e medicações (KELLY; KUTNEY; AIKEN, 2013).

Além disso, embora as evidências sejam limitadas, um ambiente de trabalho de qualidade para a enfermagem aparenta ser outro fator organizacional relevante ao disponibilizar os recursos necessários para fornecer cuidados preventivos de infecção (KELLY; KUTNEY; AIKEN, 2013).

Em relação à enfermagem, na UTI, embora seja difícil avaliar a interferência de uma única variável na ocorrência das IRAS, a carga de trabalho tem sido um dos fatores analisados nos estudos. Contudo, observa-se uma diversidade de metodologias aplicadas nas pesquisas, diferentes políticas institucionais quanto ao dimensionamento da equipe de enfermagem, diferentes perfis das UTIs analisadas bem como resultados divergentes (NOGUEIRA, 2015). Alguns estudos apontam a carga de trabalho excessiva como um dos principais fatores de risco para o desenvolvimento de IRAS em pacientes internados em UTIs (DAUD- GALLOTTI, 2012). Uma revisão de literatura realizada em 2012 indica que a diminuição do quadro da equipe de enfermagem tem sido associada com o aumento do número de IRAS (McGAHAN; KUCHARSKI; COYER, 2012). Por outro lado, pesquisadores identificaram que não há uma associação significativa entre essas variáveis (SCHAWAB et al, 2012; NOGUEIRA, 2015). Isso indica a necessidade de novos estudos com amostras mais representativas bem como a utilização de outras variáveis relacionadas à equipe de enfermagem para a investigação da influência da enfermagem na ocorrência das IRAS.

Analisando outros aspectos, observa-se que o comportamento do profissional de saúde diante das recomendações das áreas de controle de infecção são fatores que influenciam o controle das IRAS. A baixa adesão às recomendações de controle de infecções, às medidas de biossegurança e ao cumprimento dos protocolos impactam negativamente o controle destas infecções, demandando, assim, ações direcionadas para a atuação efetiva dos profissionais.

Além disso, outro aspecto inerente ao controle de infecções é a prevenção dos acidentes de trabalho com material biológico. A incidência destes acidentes ocupacionais se dá, também, em grande maioria, devido à não adoção das medidas padrões de precaução colocando em risco tanto a saúde do paciente quando do próprio profissional (OLIVEIRA, 2009).

Quanto às recomendações específicas para a prevenção das IRAS, especialmente no contexto das UTIs, alguns autores chamam a atenção para a importância da atuação do enfermeiro. Devido à posição que ocupam, ao prestarem assistência direta aos pacientes 24 horas por dia, os enfermeiros são capazes de fornecer cuidados de alta qualidade, monitorar pacientes e abordar mudanças no seu estado de saúde a fim de impedir o desenvolvimento de IRAS (KELLY; KUTNEY; AIKEN, 2013). Nessa linha, estudos recentes, ao analisarem mais de 300 UTIs, apontam que ambientes de trabalho com melhor relação entre enfermeiros por número de pacientes atendidos influenciam na diminuição dos índices de IRAS, bem como dos índices de mortalidade. Além disso, destaca-se que, quanto maior o número de profissionais de enfermagem graduados, maior o impacto na sobrevivência dos pacientes (KELLY; KUTNEY; AIKEN, 2013; KELLY et al., 2014).

Em suma, os dados apresentados pela literatura levantam a hipótese de que a reestruturação da equipe de enfermagem em uma UTI pode influenciar, de alguma maneira, no controle das infecções relacionadas à assistência à saúde devido à função da enfermagem no processo de cuidado dos pacientes dentro dessas unidades. Contudo, como a assistência ao paciente, na maioria das vezes, é prestada pela enfermagem e por outros profissionais (como médico e fisioterapeuta), é preciso identificar qual tipo de infecção é mais sensível ao cuidado de enfermagem. Assim, devido ao fato da enfermagem ter uma centralidade no cuidado com os Cateteres Venosos Centrais, cujos curativos e cuidados são privativos do enfermeiro, e os mesmos podem ser potenciais desencadeadores de infecções de corrente sanguínea, selecionaram-se para o estudo, dentro do universo das infecções relacionadas à assistência à saúde, as infecções de corrente sanguínea associadas ao Cateter Venoso Central.

2.4.1 Infecções de corrente sanguínea associada ao Cateter Venoso Central (CVC)

Dentre as infecções relacionadas à assistência à saúde nas UTIs, as infecções de corrente sanguínea são uma das mais impactantes (WHO, 2011). Além disso, as infecções de corrente sanguínea relacionadas ao cateter central apresentam um caráter que na maioria das vezes pode ser prevenido por meio da ação dos profissionais ou da própria instituição (SOUSA, 2018), tornando-se pertinente compreender os fatores relacionados a esse tipo de IRAS.

O Cateter Venoso Central (CVC) é um sistema intravascular fundamental na prática diária da medicina moderna especialmente no cuidado aos pacientes críticos. A sua grande utilidade relaciona-se com a administração de medicações intravenosas e suporte nutricional que não podem ser administrados através de cateteres venosos periféricos, monitorização hemodinâmica invasiva da pressão sanguínea arterial, pressão venosa central, pressão da artéria pulmonar, medição de débito cardíaco e acesso para hemodiálise, entre outros (BELL, 2017).

Contudo, apesar dos benefícios, os CVCs são considerados potenciais portas de entradas para infecções da corrente sanguínea podendo agravar a condição clínica do doente, prolongar a hospitalização e aumentar os custos hospitalares (SILVA et al, 2009). Além disso, a infecção da corrente sanguínea associada à linha central pode causar morbidade e mortalidade que são passíveis de serem evitadas (CONLEY, 2017). Segundo o *Centers for Disease Control and Prevention* (2002), as potenciais fontes de contaminação dos dispositivos intravasculares são: mãos dos profissionais, microflora da pele do doente, ponta do cateter contaminada durante a inserção, colonização das conexões do cateter, fluidos contaminados, local de inserção e tipo/material de cateter, bem como as condições em que foram colocados.

Diante dessas variáveis, a literatura aponta que as infecções de corrente sanguínea por CVC podem ser evitadas quando os cateteres são inseridos, utilizados e manipulados corretamente segundo as práticas baseadas em evidências.

Em uma revisão sistemática realizada por Perin et al (2016), os autores identificaram evidências de cuidados realizados com pacientes adultos em UTIs para prevenção de infecção de corrente sanguínea relacionada ao CVC. Foram analisados 34 estudos e, em 26 deles, os autores identificaram grandes grupos de medidas implementadas que resultaram em reduções significativas nas taxas de infecção após a implementação das ações. Foram identificados

cuidados desde o processo de inserção e de manutenção do acesso venoso central como estratégias importantes de gestão.

Em linhas gerais, em alguns estudos as principais medidas adotadas estavam relacionadas ao cuidado na assistência prestada ao paciente tendo como foco principal a higiene das mãos, a limpeza do sítio de inserção com clorexidina, esquivamento do sítio femoral e a remoção do cateter assim que possível. Outros focaram especificamente nos cuidados diferenciados com os curativos e cateteres impregnados com clorexidina ou antibióticos e em sistemas de infusão fechados.

Para além das ações práticas relacionadas aos cuidados com o cateter, foram encontrados programas que trabalharam a implementação de medidas multidimensionais que incluíram ações educativas para os profissionais da assistência, vigilância e feedback de resultados, bem como a avaliação da cultura de segurança e parceria com as lideranças dentro das unidades. Outros focaram especificamente em ações de capacitação incluindo técnicas de cuidados trabalhadas a partir de simulações. Além disso, outras estratégias de gestão como auditoria, recrutamento de lideranças, vigilância e feedback mensal para a equipe também foram medidas aplicadas.

A equipe de enfermagem possui um papel fundamental no cuidado com os cateteres e na prevenção das infecções de corrente sanguínea relacionada à inserção dos mesmos. A manipulação do cateter venoso central, principalmente a troca de curativo, é uma ação privativa do enfermeiro. Além disso, o enfermeiro está 24 horas por dia com o doente e é o profissional responsável por auxiliar a equipe médica na inserção do cateter venoso central. É responsável também pela avaliação da eficiência do seu funcionamento bem como pela vigilância da segurança do doente (identificação e notificação dos casos de infecção associada aos cuidados em saúde) (MENDONÇA, 2011).

Sendo assim, diante da sinalização da relevância do papel do enfermeiro na assistência prestada aos pacientes nas UTIs e da possível relação com o controle das IRAS, especificamente das infecções de corrente sanguínea relacionadas ao cateter venoso central, estudos que busquem investigar essa relação podem apontar estratégias gerenciais a serem adotadas na busca da prevenção das infecções. Concentrar intervenções no ambiente de trabalho de cuidados críticos, como as relacionadas aos recursos humanos e à organização do trabalho, pode reduzir as

chances de ocorrência das IRAS, melhorar os resultados assistenciais, o desempenho e a satisfação dos profissionais que atuam nesse contexto. Para tanto, dada a relevância da gestão e dos recursos humanos no contexto da saúde, torna-se fundamental compreender alguns aspectos relacionados à função da Gestão de Recursos Humanos na saúde.

2.5 Gestão de Recursos Humanos

Os avanços na saúde nos últimos 25 anos concentraram-se principalmente na mudança estrutural, na contenção de custos e na introdução de mecanismos de mercado, e acabou negligenciando a importância da gestão de recursos humanos para o progresso do setor (TOWNSEND, 2010).

A despeito do caráter intensivo e primordial da mão de obra na área da saúde para a oferta de serviços de qualidade, da criticidade da formação destes profissionais (tanto no sentido da formação acadêmica/curricular quanto da formação e do desenvolvimento dentro das instituições), do impacto do mercado de trabalho e do enquadramento normativo-jurídico na dinâmica das instituições de saúde no contexto brasileiro, a gestão de Recursos Humanos em saúde no Brasil pouco evoluiu e ainda não ocupa um lugar de fato estratégico nas instituições, em parte, devido ao modelo burocrático presente em muitos departamentos de RH.

O que se observa na saúde, seja no nível primário, secundário ou terciário, é um conjunto de políticas de recursos humanos quase sempre relativas a questões legais e/ou à implementação de políticas e práticas da área industrial, sem as devidas adaptações às especificidades da saúde, sendo, portanto, políticas e práticas pouco integradas e alinhadas aos objetivos institucionais e, conseqüentemente, pouco efetivas. Barbosa e Rocha (2012) argumentam ainda que, para que a área de recursos humanos em saúde possa assumir uma perspectiva estratégica, faz-se necessário a compreensão dos diversos elementos do sistema de oferta de serviços de saúde. Compreender a dinâmica do sistema de saúde, a lógica dos modelos de gestão desses serviços, o perfil dos serviços demandados pela população, as mudanças no perfil epidemiológico, os avanços e desafios das práticas de cuidado, as constantes transformações do mercado de trabalho, as características dos profissionais de saúde torna-se crucial para a busca de alternativas e modelos de gestão que respondam às dificuldades de formação, disponibilidade,

alocação e fixação de recursos humanos, buscando assegurar à população um atendimento qualificado e seguro nas instituições de saúde e a segurança e satisfação dos profissionais que nelas atuam.

Rodrigues (2016) ressalta que um dos elementos facilitadores para que a Gestão de Recursos Humanos possa ser estratégica é a proximidade da mesma com os tomadores de decisão das instituições. No entanto, essa autora destaca, com base na realidade das instituições hospitalares, que a participação efetiva da área de recursos humanos nas decisões ainda se faz pouco presente, além da constatação de que há falta de integração entre planejamento da instituição e a política de recursos humanos.

Em relação aos hospitais, dada a sua relevância para o sistema de saúde e ao elevado custo financeiro, Barbosa e Rocha (2012) indicam a necessidade da adoção de sistemas de gestão capazes de desenvolver uma prática de RH efetiva e orientada para resultados, uma vez que a forma como a instituição de saúde contrata, remunera, treina e recompensa seus funcionários influencia no desempenho auferido por ela.

Uma contribuição para a definição de um modelo de gestão estratégica de RH em saúde, que é efetivo e merece destaque, é proposta por Khatri e Budhwar (2002) e Khatri (2003). Esses autores propõem o mapeamento de alguns elementos imprescindíveis para a definição de um modelo de gestão. Esses elementos são classificados em três grupos: relacionados ao nível organizacional (abrange influência da estrutura organizacional, da estratégia e da cultura sobre as práticas de RH); relacionados a questões específicas de RH (abrange influência da estratégia de RH e das competências em RH nas práticas e nas atividades e na efetividade das ações desempenhadas pela função); e relacionados a resultados clínicos (avalia-se de que forma tais ações e práticas de gestão podem impactar os resultados clínicos da instituição). O que se busca é o desenvolvimento e a implementação de modelos de gestão de recursos humanos alinhados aos objetivos estratégicos da instituição que resultem em uma atuação orientada e efetiva por parte dos empregados em relação aos objetivos institucionais (BARBOSA & ROCHA, 2012).

Além disso, Townsend (2010) aponta um interesse crescente no papel das políticas e práticas de RH nos hospitais buscando verificar como a GRH pode contribuir para um melhor desempenho no setor hospitalar incluindo a qualidade dos cuidados. Segundo Zigan (2007), a interface entre desempenho e GRH pode ser caracterizada pelo fato de que os resultados

assistenciais são alcançados através da competência dos profissionais na aplicação de seu conhecimento e também da disponibilidade de tecnologia e recursos. Tais fatores precisam ser usados eficientemente com o objetivo de minimizar riscos para os pacientes e, sempre que possível, aumentar sua satisfação. Contudo, embora esta relação seja um tema importante nas ciências organizacionais, têm-se poucas pesquisas e poucas evidências sobre essa relação devido à dificuldade em se mensurar o desempenho hospitalar (WEST et al., 2002).

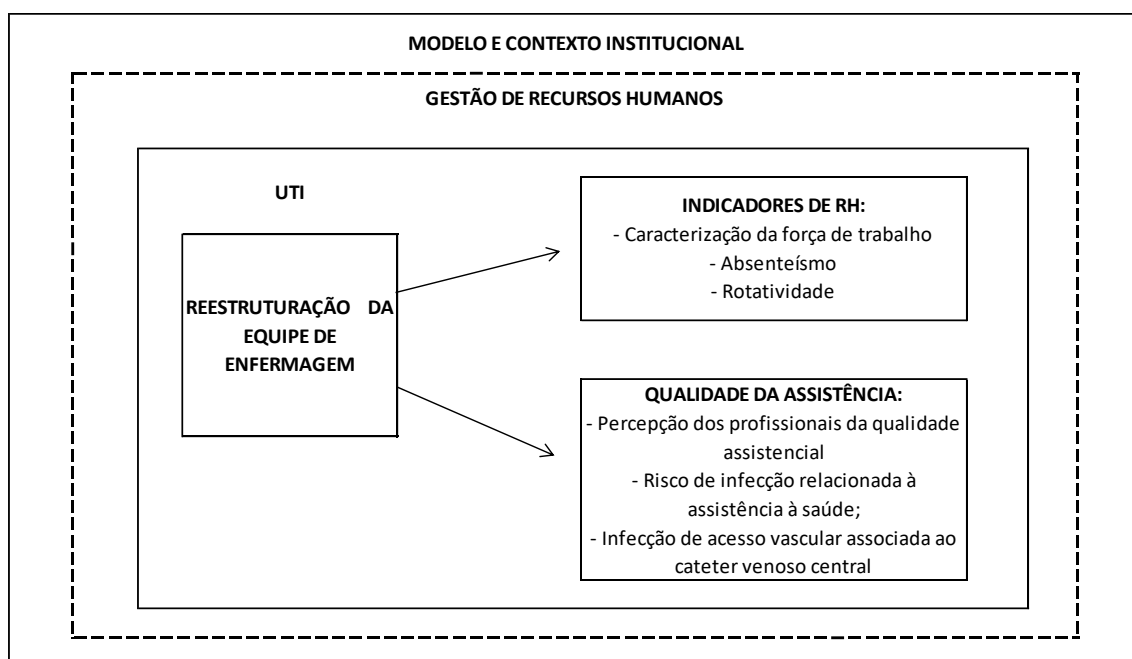
A análise da literatura sobre o gerenciamento de pessoas e o desempenho hospitalar sugere que existem práticas-chave que provavelmente se associarão positivamente aos níveis de desempenho. West et al. (2002; 2006) investigaram a relação entre uma variedade de práticas de RH, incluindo avaliações de desempenho, equipes e treinamento, participação, segurança do emprego e taxas de mortalidade de pacientes para demonstrar que determinadas práticas de RH estão relacionadas à menor mortalidade do paciente. Esta pesquisa sugere que o desempenho hospitalar pode ser significativamente influenciado pela implementação de sistemas de treinamento e avaliação mais sofisticados bem como o incentivo aos funcionários para trabalharem em equipe. Na mesma linha, Aiken et al. (1994, 2000), nos Estados Unidos, tentaram ligar a função de recursos humanos à mortalidade de pacientes em hospitais. Ao atrair e manter bons enfermeiros através das práticas de RH, estas instituições apresentaram taxas de mortalidade de pacientes mais baixas. Embora essa relação não seja objeto de investigação do trabalho, esses dados apontam a relevância que as políticas e as práticas de recursos humanos podem ter nos resultados das instituições hospitalares (e dos pacientes) reforçando a importância do aprofundamento nas práticas e políticas de RH nesse contexto e na forma como elas se relacionam com a assistência.

Com base em outros estudos, Townsend (2010) chamou a atenção para a importância da atuação dos coordenadores de enfermagem na gestão de pessoal de enfermagem uma vez que eles têm um papel fundamental na implementação das políticas institucionais. Esses indícios trazem implicações importantes para o papel desempenhado pelos gestores e pelos gerentes que atuam nos hospitais. Além disso, não se pode deixar de destacar o papel crucial dos enfermeiros na organização e na supervisão do trabalho da enfermagem, no treinamento da equipe, na gestão do cuidado prestado ao paciente, sendo reconhecidos pelo seu papel mediador essencial entre estratégias no nível de gestão e desempenho operacional.

Em suma, uma vez que a finalidade de qualquer prática de gestão, no contexto hospitalar, é assegurar que os objetivos da instituição sejam alcançados (BARBOSA & ROCHA, 2012) e considerando que a GRH tem um papel fundamental na implantação e no apoio de modelos de gestão do cuidado, a identificação das práticas e políticas da GRH adotadas pela instituição é uma variável importante na compreensão da reestruturação da equipe de enfermagem na Unidade de Terapia Intensiva e de seus possíveis reflexos no comportamento dos recursos humanos e na qualidade assistencial.

Para o cumprimento do objetivo proposto, com base no referencial teórico exposto, propõe-se o modelo abaixo como norteador para estruturação do percurso metodológico:

Figura 1 – Articulação conceitual do estudo



Fonte: elaborada pela autora

3. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

O percurso metodológico viabiliza a investigação propriamente dita na medida em que estabelece os critérios frente aos objetivos do estudo embasado na perspectiva teórica. Sendo assim, para alcançar o objetivo de identificar a possível contribuição dos recursos humanos para a melhoria da qualidade assistencial em uma Unidade de Terapia Intensiva, observou-se a necessidade de adotar uma metodologia que fosse capaz de identificar a fundo o contexto estudado, as diversas variáveis que influenciam em sua dinâmica e, assim, identificar a relação entre algumas delas.

Para tanto, o percurso metodológico, apresentado a seguir, contempla a classificação do estudo quanto à sua natureza, local do estudo, bem como as premissas adotadas para coleta e análise dos dados.

3.1 Natureza da investigação

O estudo da temática de recursos humanos na área da saúde sugere que pesquisas qualitativas de caráter descritivo são adequadas, uma vez que estas são essenciais quando se pretende compreender um fenômeno complexo em sua totalidade (NEVES, 1996). Portanto, para operacionalização do trabalho, adotou-se, como estratégia de pesquisa, o estudo de caso descritivo.

O estudo se caracteriza como descritivo por ter como objetivo central a descrição de características de uma população ou um fenômeno, ou ainda o estabelecimento de relações entre variáveis. O estudo descritivo se justifica em função da necessidade de conhecer como alguns aspectos vinculados aos Recursos Humanos na área da saúde, no caso a composição da equipe de enfermagem, se relacionam com alguns indicadores de recursos humanos e com a qualidade assistencial incluindo o controle das infecções relacionadas à assistência à saúde.

A escolha pelo método do estudo de caso justifica-se pela necessidade de se conhecer de forma mais aprofundada a natureza de certos fenômenos em contexto da vida real como é o caso da necessidade de compreensão, de forma detalhada, da influência de variáveis vinculadas aos

Recursos Humanos em um contexto complexo dado a multiplicidade de fatores que impactam seus resultados como é o caso da qualidade assistencial em uma UTI. O estudo de caso é também recomendado quando as fronteiras entre o fenômeno e o contexto não são claramente evidentes demandando ampla fonte de evidências e variedade de dados na tentativa de se conhecer a fundo as variáveis relacionadas à compreensão do fenômeno investigado (YIN, 2010).

Os estudos de caso são considerados a melhor alternativa quando o pesquisador tem pouco controle sobre os eventos que estuda e quando busca compreender e analisar a dinâmica presente em determinado contexto da vida real (YIN, 2010). Nesse sentido, os serviços de saúde devem ser observados em sua complexidade, ou seja, na sua relação com a realidade econômica, política, cultural e social da qual faz parte (MINAYO, 2010). Tratando-se de uma UTI, conforme apontado pela literatura, são diversos os fatores que impactam sua dinâmica, como as variações no perfil da população atendida, demandas impostas pela legislação, contexto sócio, político e econômico no qual a instituição está inserida, mercado de trabalho, mudanças tecnológicas, dentre outros.

Segundo Godoy (2005), o método do estudo de caso é caracterizado pelo estudo em profundidade de uma unidade social qualquer, visando ao exame e à análise intensiva de um ambiente, de um simples sujeito ou de uma situação em particular. O foco de estudo pode ser um indivíduo, um grupo social específico, uma comunidade ou uma organização. Ressalta-se que os elementos abordados nesse estudo, referentes aos recursos humanos de enfermagem e à qualidade assistencial na UTI, apresentam peculiaridades em relação a cada organização hospitalar tendo o contexto grande relevância para a obtenção desses resultados, daí a necessidade de um estudo em profundidade.

Tendo em vista a natureza da investigação, na seção seguinte é apresentado o campo das análises empíricas delimitadas no espaço geográfico e social (QUIVY E CAMPENHOUDT, 1988).

3.2 Local do estudo

A escolha do local do estudo fundamentou-se na especificidade do problema proposto e na condição de livre acesso à instituição, aos profissionais, às informações e aos dados organizacionais.

Selecionou-se a Unidade de Terapia Intensiva de adulto do Hospital Risoleta Tolentino Neves como local do estudo de caso por ser um local marcado por experiências inovadoras focadas na melhoria assistencial. Cabe destacar, no tocante ao critério de escolha, que a mudança da equipe de enfermagem realizada na Unidade de Terapia Intensiva, tendo como elemento central a inserção do enfermeiro na assistência direta ao paciente e nos moldes como foi implementada, foi uma proposta inovadora e pioneira em Belo Horizonte.

Assim, compreender esse processo de mudança a fundo e as suas consequências para a qualidade da assistência e para os recursos humanos pode ser relevante para a identificação de variáveis que contribuam para a melhoria assistencial e dos indicadores de recursos humanos.

Em linhas gerais, trata-se de um hospital público, 100% SUS, de ensino, gerenciado pela Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG)/ Fundação de direito privado. Tem como diretriz a construção de um modelo de assistência, ensino e gestão centrado no paciente e focado na integralidade do cuidado. A UTI possui atualmente 30 leitos e é coordenada por um médico intensivista e um enfermeiro intensivista. O detalhamento das características da instituição e da UTI serão feitos na seção de Resultados.

3.3 Categorias de análise

Buscando estruturar a coleta de dados conforme o referencial teórico, foram definidas categorias de análise, conforme Quadro 1, para alcançar os objetivos previamente estabelecidos no estudo.

Quadro 1 – Categorias de análise

Categoria de análise	Objetivo	Variáveis
REESTRUTURAÇÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM	Identificar e analisar os fatores internos e externos que influenciaram/ demandaram a reestruturação da equipe de enfermagem da UTI. Descrever como a mudança foi planejada e implementada.	- Ambiente externo - Ambiente organizacional -Etapas para implementação do projeto
GESTÃO DE RECURSOS HUMANOS	Identificar como a GRH auxiliou no processo de reestruturação e como auxilia na gestão da equipe de enfermagem na UTI. Identificar e analisar se a reestruturação da equipe de enfermagem influenciou nos indicadores recursos humanos.	- Papel e Políticas de RH - Caracterização da força de trabalho - Rotatividade - Absenteísmo
QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA	Identificar e analisar se a reestruturação da equipe de enfermagem influenciou na qualidade da assistência prestada aos pacientes	- Percepção dos profissionais sobre a qualidade da assistência prestada pela enfermagem - Risco de infecção relacionada à assistência à saúde - Infecção de corrente sanguínea relacionada ao cateter venoso central

Fonte: elaborada pela autora

3.4 Coleta de dados: instrumentos e fontes

A coleta de dados foi realizada com base em diferentes procedimentos, baseando-se em fontes primárias e secundárias, de modo a ampliar as fontes de evidências para investigação do problema de pesquisa proposto (YIN, 2010) bem como a sustentação das possíveis descobertas do estudo. Os dados foram coletados por meio de entrevistas semiestruturadas, análise

documental e por meio do banco de dados e relatórios da instituição para coleta dos indicadores de recursos humanos e de infecções relacionadas à assistência à saúde na UTI.

As entrevistas semiestruturadas são consideradas fontes fundamentais de coleta de dados e configuram-se como técnica primordial da pesquisa qualitativa uma vez que permitem ao entrevistador compreender a perspectiva e a avaliação dos entrevistados sobre uma situação ou questão específica. Por serem compostas por perguntas mais ou menos abertas, permitem que os entrevistados respondam de forma mais espontânea. Elas também podem sinalizar outras fontes de dados e proporcionar novos questionamentos e investigações (YIN, 2010).

Além disso, uma das vantagens da entrevista semiestruturada é que o uso consistente de um guia de entrevista permite a investigação de pontos chave para a pesquisa, orienta o pesquisador permitindo-lhe que decida a sequência de realização das perguntas e aumenta a comparabilidade dos dados. Em relação ao participante, a entrevista semiestruturada permite que ele responda aos tópicos que lhe foram apresentados, além de mencionar outros que julga serem relevantes (FLICK, 2002).

Os roteiros das entrevistas foram estruturados a partir das categorias de análise, conforme proposto no Quadro 1, considerando que elas foram norteadoras para a investigação dos fenômenos e das relações de interesse do estudo. Os roteiros foram elaborados de acordo com o perfil de atuação do profissional na instituição e na UTI devido a necessidade de diferentes níveis de informação. Dado o potencial do instrumento, os roteiros foram submetidos à apreciação prévia de profissionais que desenvolvem pesquisas científicas na área de recursos humanos em saúde e na área assistencial visando identificar a clareza e a compreensão das perguntas e, principalmente, se o roteiro proposto possibilitaria o alcance dos objetivos do estudo. Os roteiros utilizados estão compilados em formato de matriz no Anexo I.

A escolha dos sujeitos a serem entrevistados foi intencional. Como era necessário obter informações sobre o contexto e o processo de mudança realizado em março de 2012, foram convidados a participar os profissionais que haviam sido admitidos na instituição antes de março de 2012 a fim de relatarem as vivências e percepções obtidas durante todo esse período. Especificamente na área da enfermagem, devido à rotatividade de pessoal, muitos profissionais já haviam saído da instituição, sendo entrevistados os que faziam parte do quadro no momento da seleção dos entrevistados. No caso dos enfermeiros, foi necessário entrevistar profissionais

admitidos em abril de 2012 (no período de implementação da mudança) pela ausência de profissionais ativos admitidos antes dessa data. Em relação aos cargos de direção e gerência, quatro profissionais fundamentais para subsidiar as informações do estudo já não faziam parte do quadro de pessoal do hospital, mas foram convidados a participar: Diretor Geral, Assessor de RH, Coordenador Médico da UTI e Coordenador de Enfermagem da UTI.

A seleção dos participantes foi realizada através de convite presencial feito pela pesquisadora e a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo II) para participação voluntária na pesquisa. Após o aceite, as entrevistas foram realizadas nos horários e locais apropriados de acordo com a disponibilidade dos participantes.

Buscou-se com as entrevistas evidenciar diferentes pontos de vista a respeito da reestruturação da equipe de enfermagem e sua relação com os indicadores de recursos humanos e com a qualidade assistencial, a fim de alcançar uma visão mais ampla e robusta sobre a reestruturação da equipe e sua repercussão, tanto para a assistência quanto para os profissionais. Sendo assim, foram entrevistados os seguintes profissionais:

Quadro 2 – Sujeitos entrevistados

Área	Cargos	Nº de entrevistados
Diretoria/ Assessoria	Diretor Geral*	1
	Diretor Técnico Assistencial	1
	Assessor de Diretoria	1
	Assessor de RH*	1
Lideranças	Gerente de Enfermagem	1
	Coordenador de Enfermagem UTI*	2
	Coordenador Médico UTI	1
	Coordenador CCIH	1
	Coordenador Fisioterapia	1
Profissionais que atuam na UTI	Técnico de Enfermagem	5
	Enfermeiro	4
	Médico Intensivista	2
	Fisioterapeuta	4
TOTAL GERAL		25

*No caso desses cargos, foi entrevistado o ocupante que estava no cargo à época da mudança.

Fonte: elaborado pela autora

O levantamento das informações sobre os indicadores de Recursos Humanos e das IRAS foi realizado através de relatórios gerenciais e banco de dados da instituição, visando ao levantamento das séries históricas dos indicadores mensais, do período de janeiro de 2010 a julho de 2018. Definiu-se esse período já que a mudança foi realizada em março de 2012 e nem todos os dados estavam disponíveis no período anterior ao ano de 2010.

Os dados das IRAS foram extraídos da série histórica dos indicadores calculados pelo Serviço de Controle de Infecções Hospitalares (SCIH) e dos relatórios emitidos por este setor, denominado “Perfil epidemiológico das infecções associadas à assistência diagnosticadas em pacientes internados no CTI” disponibilizado semestralmente para a instituição. Este relatório tem como objetivo primário apresentar os resultados da vigilância de infecções associadas à assistência na UTI resumindo os dados relacionados aos indicadores epidemiológicos e agentes etiológicos das infecções associadas à assistência diagnosticadas no período de análise. Conforme os dados disponibilizados pela instituição, foram selecionados os seguintes indicadores de IRAS:

Quadro 3 – Indicadores de Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (IRAS) na UTI

Indicador	Fórmula	Unidade de medida
Risco de infecção associado à assistência na UTI	$\frac{\text{n}^\circ \text{ de paciente com uma ou mais infecções}}{\text{n}^\circ \text{ total de saídas da UTI}}$	Percentual (%)
Densidade de Infecção de acesso vascular associada ao cateter venoso central (CVC)	$\frac{\text{n}^\circ \text{ de VASC_CVC na UTI}}{\text{n}^\circ \text{ de cateter venoso central demora-dia na UTI} \times 1000}$	Infecções hospitalares por 1000 cateteres-dia

Fonte: elaborado pela autora

Os dados dos indicadores de Recursos Humanos foram extraídos da série histórica dos indicadores calculados pela área de RH da instituição.

Quadro 4 – Indicadores de Recursos Humanos

Indicador	Fórmula	Unidade de Medida
Caracterização da força de trabalho	i) Profissionais ativos: número absoluto de profissionais ativos (na UTI e da categoria analisada); ii) Profissionais ativos por sexo: número absoluto de profissionais ativos por sexo (na UTI e na categoria analisada); iii) Idade média: total das idades dos profissionais ativos/total de profissionais ativos (na UTI e na categoria analisada) iv) Tempo médio de permanência²: somatório do tempo de permanência ¹ dos profissionais ativos/ somatório do total de profissionais ativos (da UTI e da categoria analisada)	ii) Percentual (%) iii; iv) anos
Absenteísmo	$\frac{\text{Número de horas/homem ausentes}^3 \text{ dos profissionais de enfermagem da UTI}}{\text{Número de horas/homem trabalhadas}^4 \text{ dos profissionais de enfermagem da UTI}} \times 100$	Percentual (%)
Rotatividade	$\frac{(\text{n}^\circ \text{ de admissões} + \text{n}^\circ \text{ de desligamentos})}{2} \times 100 / \text{n}^\circ \text{ de empregados ativos no cadastro da instituição}$	Percentual (%)

Fonte: elaborado pela autora

Foi utilizada ainda, como fonte complementar, a coleta de documentos. Os relatórios gerenciais e documentos elaborados pela instituição e pela unidade de estudo fizeram-se necessários para a compreensão do contexto da instituição, da UTI, da estruturação do projeto, da implementação da mudança na composição equipe de enfermagem da unidade, dos fatores ou variáveis que poderiam estar relacionados ao desempenho da unidade, etc. Conforme apontado por YIN (2010), a análise documental permite complementar (corroborar, refutar, esclarecer, suplementar) o levantamento das informações, dados e evidências relevantes. Ademais, devido ao fato de a mudança ter sido realizada em 2012, ou seja, haver uma distância temporal considerável, a consulta aos arquivos institucionais foi fundamental para a complementação de algumas informações especialmente relacionadas às etapas do processo de mudança.

3.5 Tratamento dos dados

² **Tempo de permanência:** contagem de tempo compreendido entre a data de admissão e a data atual do cálculo.

³ Consideram-se todas as faltas, inclusive as justificadas. Não incluem: férias e licenças legais (acima de 15 dias ininterruptos), atrasos e saídas antecipadas.

⁴ Considera-se a carga horária contratual.

Os dados qualitativos, obtidos através das entrevistas e dos arquivos institucionais, foram organizados e analisados a partir das categorias de análise descritas no Quadro 1. Para tanto, foi utilizado o Office Excel 2016 para organização dos dados em categorias e subcategorias a fim de facilitar a utilização e análise dos dados.

Os indicadores de recursos humanos e de infecções relacionadas à assistência à saúde, extraídos dos relatórios gerenciais, referentes ao período de janeiro de 2010 a julho de 2018, foram lançados e analisados no Excel versão 2016, por meio de estatística descritiva e análise de tendência.

Embora o objetivo do estudo seja descrever e analisar a repercussão da reestruturação da equipe de enfermagem nos indicadores de RH e no indicador de infecção relacionada à assistência à saúde, tentando avaliar o comportamento dos indicadores antes e depois da mudança (tendo como referência temporal março/2012), a coleta dos dados demonstrou que houve outra mudança no quadro de pessoal da enfermagem em agosto/2010 e uma mudança significativa na política de recrutamento e seleção dos profissionais da instituição em agosto/2014, sendo necessário separar a série histórica em quatro períodos:

- **Período 1** - compreendido entre janeiro/2010 e julho/2010 (7 meses) – dimensionamento de pessoal conforme as exigências legais da época (um técnico de enfermagem para dois pacientes e um enfermeiro para dez leitos);
- **Período 2** – compreendido entre agosto/2010 e março/2012 (20 meses) – Implementação da primeira mudança no dimensionamento de pessoal – um enfermeiro para 5 ou 6 pacientes no período diurno (com a concentração dos procedimentos durante o dia) e permanência de um enfermeiro para 10 pacientes no período noturno (preservação do sono do paciente);
- **Período 3** – compreendido entre abril/2012 e julho/2014 (29 meses) – Implementação da segunda mudança no quadro – dupla de cuidado composta por um enfermeiro e um técnico de enfermagem para três pacientes tanto no período diurno quanto no noturno;
- **Período 4** – compreendido entre agosto/2014 e julho/2018 (46 meses) – Processo de admissão dos profissionais via concurso público.

Quadro 5 – Síntese Metodológica

	Descrição Geral
Objeto de pesquisa	Reestruturação da equipe de enfermagem
Natureza da Pesquisa	Qualitativa
Método de pesquisa	Estudo de caso
Unidade de análise	Equipe de enfermagem de uma Unidade de Terapia Intensiva de hospital público de ensino de Belo Horizonte.
Categorias de análise	Reestruturação da equipe de enfermagem Gestão de Recursos Humanos Qualidade da assistência
Fontes de coleta de dados	Entrevistas semiestruturadas Análise documental Série histórica de indicadores de recursos humanos e de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde
Análise dos dados	Análise categorial – Excel 2016 Estatística descritiva e análise de tendência da série histórica dos indicadores – Excel 2016

Fonte: elaborado pela autora

4. RESULTADOS

Antes da descrição dos dados a partir das categorias definidas, faz-se uma contextualização da instituição, da Unidade de Terapia Intensiva e da Gestão de Recursos Humanos dadas as especificidades da instituição, do modelo de gestão e assistencial adotado e que refletem direta e/ou indiretamente na organização da assistência de enfermagem. A contextualização é feita com base nos documentos institucionais e em informações fornecidas pelos entrevistados. Cabe destacar que o objetivo da descrição é identificar os elementos-chave que influenciam na estruturação da instituição e, conseqüentemente, no modelo e na atuação da enfermagem na UTI e não aprofundar a análise do conteúdo adentrando nas convergências e divergências dos relatos dos entrevistados. Quando os mesmos se fizerem necessários, eles serão explicitados.

4.1 A instituição estudada

O Hospital foi inaugurado em 1998 como Hospital de Pronto Socorro pertencente a Secretaria do Estado de Saúde (SES/MG) para atuar como unidade de referência em trauma para o eixo norte da região metropolitana de Belo Horizonte. Até maio de 2006, foi administrado pela Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais (FHEMIG) com funcionamento parcial do Pronto Socorro, com 24 leitos de Clínica Médica e 10 leitos de CTI.

A partir de junho de 2006, passou a ser gerenciado por uma fundação de direito privado em razão da celebração do convênio entre a SES/MG e a Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), transferindo-se a gestão assistencial e a gestão administrativo-financeira da instituição para a Fundação e definindo-se o financiamento por orçamentação global, com recursos financeiros provenientes do Ministério da Saúde (MS), da SES/MG e da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte (SMSA/BH).

Em janeiro de 2012, após negociações entre os gestores estadual e municipal, o hospital passou a integrar a rede de hospitais diretamente ligados à gestão municipal, sendo celebrado contrato de gestão entre a Secretaria de Saúde de Belo Horizonte e a Fundação com anuência da UFMG. Esse contrato seleciona indicadores assistenciais e de gestão de acordo com as características

da instituição e as demandas do município, estabelecendo metas assistenciais, físico-financeiras e de qualidade, relacionadas à gestão interna, gestão e aplicação dos recursos financeiros constituintes do orçamento global e ao papel que o hospital cumpre no Sistema de Urgência e Emergência de Belo Horizonte, conforme definições existentes no Plano Operativo Anual (POA). Desde o início de 2012, o gestor municipal desenvolve processo de acompanhamento sistemático do contrato de gestão, e o alcance das metas negociadas define o desempenho da instituição e o repasse final dos recursos previstos no POA.

Enquanto um hospital público, o perfil de atendimento da instituição é resultado de amplo e contínuo processo de discussão e negociação entre as instâncias gestoras, que identifica as principais demandas existentes na rede e características da população atendida. Tem-se um hospital geral, 100% inserido na rede pública de saúde, que atende demanda espontânea e referenciada, responsável pela assistência de média e alta complexidade, aos pacientes de urgência clínica e cirúrgica, traumatológica e não traumatológica.

O hospital integra a Grade de Urgência e Emergência de BH e atende o eixo norte da Região Metropolitana, atuando como a principal referência hospitalar para Unidade de Pronto Atendimento (UPA) Venda Nova, UPA Norte e UPA Pampulha para alguns perfis de pacientes. Tem como referência uma população de aproximadamente 1,1 milhão de habitantes com uma média de 11 mil atendimentos/mês. Cabe destacar que o eixo norte da Região Metropolitana é marcado pela carência de equipamentos públicos de saúde e por ter uma população que sofre com altos índices de violência além da vulnerabilidade social, econômica e educacional.

4.1.1 Modelo Assistencial

O modelo assistencial e, conseqüentemente, a estrutura organizacional, gerencial e o modelo de ensino baseiam-se em Linhas de Cuidado. O modelo está relacionado ao caminhar do usuário no sistema de saúde em busca de acesso e de utilização dos diversos serviços, segundo seu perfil de necessidades. As linhas são organizadas de acordo com a definição e seleção de grupos de risco mais prevalentes, agregando as tecnologias e serviços necessários para a sua adequada abordagem (COSTA, 2007). Esse modelo assistencial buscou romper com as formas tradicionais de organização do trabalho em saúde a partir da lógica das profissões, que pensa e

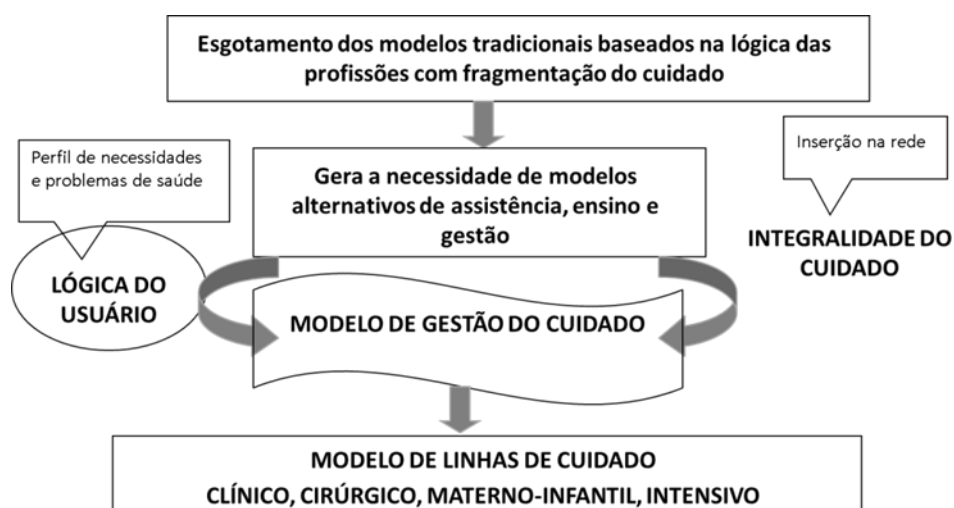
age de forma fragmentada, uma vez que tem como princípio o cuidado integral e resolutivo prestado aos usuários. Alguns aspectos estruturantes do modelo assistencial são apresentados por um dos gestores do hospital e estão destacados abaixo.

O grande marco conceitual da construção do modelo assistencial do [hospital] ta baseado numa, num conjunto na verdade de alguns princípios que a gente acha que devem organizar o trabalho em saúde. Esses princípios, eles partem de uma visão de que a condição de saúde é um resultado de um processo que tá relacionado a vários determinantes e condicionantes tanto de caráter biológico, sociais e culturais e que esse estado de saúde, pra que ele seja compreendido e abordado adequadamente, a gente tem então que trabalhar com um conceito mais ampliado de saúde. Nesse sentido, conceitualmente, é muito importante pra gente, deslocar o conceito de saúde do campo da medicina e das ciências biológicas pro campo da saúde como um fenômeno social. [Entrevistado 24]

(...) a gente procurou localizar o hospital dentro de uma complexidade, de uma realidade, onde ele se colocasse como uma estação de cuidado no percurso do processo de saúde/doença dos usuários, ou seja, ele é um lugar de passagem onde tem todo um processo que acontece antes e que vai ter depois, após a alta hospitalar, um processo também de continuidade dessas manifestações dos processos saúde/doença. Nesse sentido, a grande questão para nós, era romper o modelo assistencial que é baseado na lógica das profissões. Por quê? Porque esse modelo tanto de compreensão quanto de intervenção em saúde, ele faz recortes profissionais baseados nas várias categorias profissionais e produz como resultados disso as intervenções na perspectiva do núcleo técnico profissional. Não necessariamente no modelo de cuidado integral. (...) Então, na nossa cabeça, a gente precisava construir um outro modelo teórico, mas que conseguisse ter uma concretização no modelo organizacional e institucional diferente. (...) E daí pensamos então em grandes grupamentos de necessidades de saúde dos usuários. Então, a concepção de linha de cuidado é a formação a partir do reconhecimento das necessidades de saúde de grandes grupos, grandes perfis de pacientes. [Entrevistado 24]

A lógica do modelo assistencial pode ser sintetizada na figura abaixo.

Figura 2 – Embasamento do Modelo Assistencial



Fonte: arquivos da instituição (apresentação institucional)

O hospital possui duas portas de entrada separadas: Pronto Socorro (demanda espontânea e referenciada) e Maternidade. Ambas contam com acolhimento e classificação de risco pelo Protocolo de Manchester no Pronto Socorro e pelo Protocolo do Ministério da Saúde na Maternidade. A partir dessas entradas, o paciente é encaminhado para a linha de cuidado conforme seu perfil de risco e necessidade.

As Linhas de Cuidado se organizam da seguinte forma:

- **Linha de Cuidado Clínico** – composta pelas enfermarias de clínica médica, Unidade de Cuidado Integral ao Paciente com Acidente Vascular Cerebral (AVC), Unidade do idoso frágil e Unidade de Cuidados Paliativos;
- **Linha de Cuidado Cirúrgico** – composta por perfis cirúrgicos traumáticos e não traumáticos nas especialidades de Ortopedia, Cirurgia Geral, Cirurgia Vascular, Cirurgia Plástica, Neurocirurgia e Anestesiologia;
- **Linha de Cuidado Intensivo** – conta com 35 leitos de adultos e é retaguarda para o Pronto Socorro, Unidades Clínicas, Cirúrgicas e Bloco Cirúrgico.
- **Linha de Cuidado Materno Infantil** – constituída por estrutura de assistência à gestante e ao recém-nascido.

Atualmente o hospital funciona com a capacidade máxima instalada de 340 leitos distribuídos entre Pronto Socorro, UTI, enfermarias clínicas, cirúrgicas e maternidade, conforme tabela abaixo.

Tabela 1 – Distribuição dos leitos

Área	Leitos
Linha do Cuidado Clínico	96
Linha do Cuidado Cirúrgico	82
Linha do Cuidado Intensivo	35 ⁵
Linha do Cuidado Materno Infantil	43

⁵ 5 leitos estão localizados no Pronto Socorro (Poli 10) sendo gerenciados pela dupla de coordenação desse setor. 30 leitos são localizados na Unidade de Terapia Intensiva (UTI) e gerenciados pela dupla de coordenação da Linha do Cuidado Intensivo. Para efeitos do presente estudo, são considerados apenas os 30 leitos já que 5 leitos no Pronto Socorro não são assistidos pela equipe de enfermagem da UTI.

O processo de organização e operacionalização das linhas de cuidado se dá por meio da implementação de algumas ferramentas de gestão da clínica que buscam a maior resolutividade do trabalho no ambiente hospitalar, a articulação das ações das diversas profissões em torno das necessidades dos usuários, a construção de projetos terapêuticos multiprofissionais e interdisciplinares. Destacam-se as seguintes ferramentas utilizadas:

- Gerenciamento do cuidado dos pacientes a partir do Pronto Socorro (ou da Maternidade) com atuação das equipes de referência multiprofissionais para os pacientes mais complexos com discussão e construção dos planos de cuidado. A relevância dessa ferramenta para o modelo assistencial pode ser observada na fala de um dos gestores do hospital.

(...) Então, a gente pensou em trabalhar, formas da gente provocar na equipe esses encontros de saberes, fazeres, mas frente aos casos concretos, não só defender esses encontros, essa multi/inter/transdisciplinaridade como ideia a ser viabilizada, mas concretamente tornar isso uma prática pra mudar justamente os paradigmas de exercício profissional que a gente tem. Então, a gente procurou estabelecer um processo de encontro onde os profissionais pudessem fazer a sua análise daquele usuário colocando aquilo que percebe seja como problemática, seja como potencial de intervenção juntos para que construíssemos planos terapêuticos. É óbvio que fazer isso para todos os pacientes que a gente atende, é muito difícil. Mas ao avaliar a complexidade dos casos a gente vê que quanto mais complexo mais é necessário que esse encontro aconteça. (...) Então, é fundamental que eu passe a trabalhar na área do cuidado com uma constituição de equipe multiprofissional que não seja por agregação. [Entrevistado 24]

- Horizontalização do cuidado médico no Pronto Socorro, UTI e enfermarias: são médicos diaristas que atuam os cinco dias da semana e em rodízios de final de semana para garantir a continuidade da assistência prestada aos pacientes. Há cobertura de médicos horizontais no horário de 7 às 19 h.

Você ter um ou dois profissionais que te acompanham durante a sua internação, em relação à sua evolução, eh, pro paciente é realmente muito melhor. E o paciente da terapia intensiva, ele tem essa característica, o doente crítico, de ser um doente que muda muito rapidamente de situação. Tanto pra melhorar, quanto pra piorar, né? Então, eh... Essa quebra que existe quando funciona esquema de plantão, é ruim... Com a horizontalização você consegue melhorar isso. Então assim, pro paciente é inegável. Pra equipe, né, pro profissional que tá, que tá cuidando do doente, eu acho que da mesma forma você consegue aí ver, você consegue ver resultado, né, acompanhar, atuar melhor. [Entrevistado 22]

- Horizontalização do cuidado no período diurno das equipes multiprofissionais no Pronto Socorro, UTI e enfermarias com ampliação da cobertura assistencial da fonoaudiologia,

fisioterapia, terapia ocupacional, farmácia, nutrição e psicologia para pacientes de perfis específicos;

- Definição de papéis estratégicos que viabilizem a liderança técnica e a gestão dos recursos e processos: coordenadores das linhas de cuidado, coordenadores das especialidades médicas, coordenadores das áreas profissionais;

- Prontuário eletrônico único por paciente;

- Passagem de plantão presencial e eletrônica;

- Reuniões clínicas e corridas de leitos multiprofissionais;

- Gerenciamento de leitos e gestão de altas por meio da atuação do Núcleo de Regulação Interna (NIR);

- Utilização da metodologia DRG (*Diagnosis Related Group*) para otimização na gestão dos custos, melhoria de processos e diminuição do tempo de internação dos pacientes.

4.1.2 Modelo de Ensino e Pesquisa

O hospital é certificado como Hospital de Ensino pela Comissão Interministerial – Ministério da Saúde/Ministério da Educação – desde 2007 desenvolvendo atividades de ensino/aprendizagem na graduação e pós-graduação, estágios curriculares e extracurriculares para diversos cursos da UFMG. Como tal, é responsável pela formação profissional e produção de novos conhecimentos e tecnologias desenvolvendo pesquisas em diversas áreas da saúde e buscando a excelência do atendimento no SUS.

Tabela 2 – Total de alunos por curso em 2018

Curso	Total
Medicina	984
Enfermagem	111
Terapia Ocupacional	39
Fisioterapia	35
Nutrição	64

Serviço Social*	1
Fonoaudiologia	1
Psicologia	2
Farmácia	1
Educação Física	1
Odontologia	0
Gestão de Serv. de Saúde	5
Total	1244

*Único curso não ofertado pela UFMG

Fonte: Núcleo de Ensino e Pesquisa da instituição

Além de constituir-se como campo de prática para a residência médica de várias especialidades e multiprofissional do Hospital das Clínicas, Hospital Odilon Behrens e outras instituições hospitalares, o hospital possui, desde 2013, programas próprios de Residência Médica (tabela 3) em Clínica Médica, Cirurgia do Trauma, Neurologia, Programa de Residência Multiprofissional (tabela 4) na Saúde do Idoso para Enfermagem, Farmácia, Fonoaudiologia, Nutrição e Terapia Ocupacional, além do Programa de Área Profissional de Enfermagem para Intensivismo, Urgência e Trauma.

Tabela 3 – Total de residentes de Residência Médica em 2018

Área	Total
Clínica Médica	24
Neurologia	09
Cirurgia do Trauma	08
Total	41

Fonte: Núcleo de Ensino e Pesquisa da Instituição

Tabela 4 - Total de residentes da residência multiprofissional em 2018

Área	Total
Enfermagem	11
Fonoaudiologia	6
Terapia Ocupacional	2
Farmácia	4
Fisioterapia Respiratória	4

Psicologia	0
Odontologia	0
Nutrição Clínica	2
Educação Física	1
Serviço Social	0
Total	30

Fonte: Núcleo de Ensino e Pesquisa da Instituição

Tabela 5 – Total de alunos por vínculo em 2018

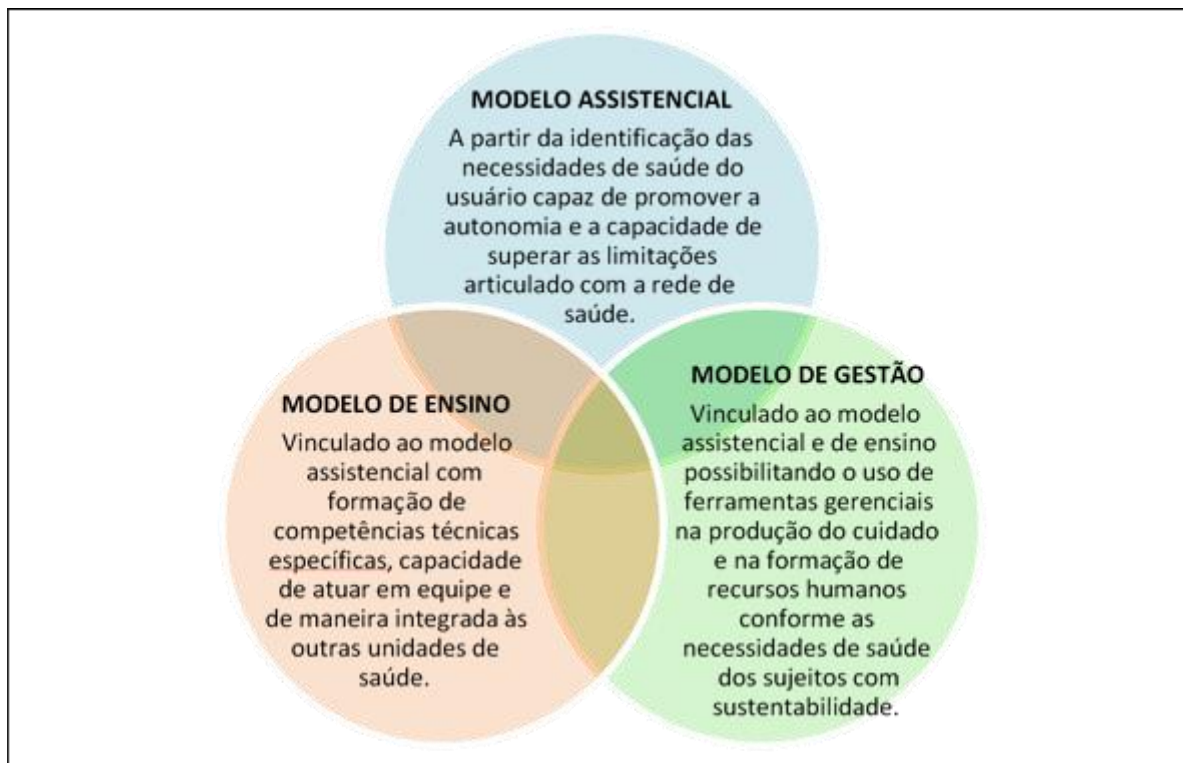
Vínculo	Total
Acadêmicos UFMG	1244
Estagiários	21
Residentes Multiprofissionais	30
Residentes Médicos	41
Total	1336

Fonte: Núcleo de Ensino e Pesquisa da Instituição

O modelo de ensino é definido a partir do modelo assistencial com a participação dos alunos e residentes nas diversas unidades assistenciais do hospital, segundo o modelo de Linhas de Cuidado adotado pela instituição. Cabe destacar que o desenvolvimento do modelo de ensino conta com a inserção dos docentes das unidades acadêmicas da UFMG nas atividades assistenciais cotidianas do hospital e com a atuação dos profissionais do hospital, incluindo o corpo clínico, nas atividades de preceptoria e docência dos alunos e médicos residentes.

Por fim, devido à lógica da centralidade do paciente e da integralidade da assistência, busca-se uma articulação entre o modelo de assistência, de ensino e gestão conforme exposto na figura abaixo:

Figura 3 – Articulação entre Modelo de Assistência, Ensino e Gestão em Saúde



Fonte: Adaptado de apresentação institucional (2018)

4.2 A Unidade de Terapia Intensiva

A UTI foi inaugurada em abril de 2003 com 5 leitos e possui atualmente 30 leitos. Está localizada no primeiro andar do hospital, em área ampla, sem barreira estrutural entre os leitos, embora esteja organizada em três alas em formato de “U” conectadas entre si (UTI 1, UTI 2, UTI 3). É uma unidade geral, que atende perfis clínicos e cirúrgicos sem divisão espacial dos leitos com base nesses perfis. De acordo com os indicadores de 20185, são realizadas cerca de 106 internações mensais na UTI e o tempo de permanência na unidade é em média 8 dias. A maioria dos pacientes ingressam na unidade via Pronto Socorro e Bloco Cirúrgico e, em menor número, por meio das enfermarias de clínica médica, da cirurgia e da maternidade.

A UTI é considerada um setor fechado, que tem por finalidade o monitoramento intensivo do paciente 24 horas por dia e, para tanto, é regulamentada pela Resolução de Diretoria Colegiada

(RDC) Nº 137 no que se refere à estrutura física, dimensionamento de pessoal e equipamentos mínimos necessários para o funcionamento da unidade.

(...) o CTI tem uma característica que é, uma característica que é muito própria, em relação a recurso humano e a equipamento, que ele é regulamentado, né, ele, ele... A terapia intensiva, ela tem uma portaria do ministério que a gente precisa, precisa seguir, estar adequado à portaria pra ser credenciado, mas a portaria, ela, ela, no início, né? Ela... Ela é um pouco vaga, ela não é tão rígida em relação a essa questão do modelo, né, de cuidado. Desde que você garanta o cuidado intensivo, a presença de pessoas o tempo todo, o modelo não é um negócio/ com a atualização da portaria, se não me engano, em dois mil e treze, isso ficou mais claro. Tanto isso quanto às questões de segurança do paciente ficaram mais explícitas. [Entrevistado 22]

Quanto ao modelo assistencial, a UTI do hospital, no início da gestão da Fundação, foi concebida como uma Unidade de Cuidado que integrava as duas Linhas existentes: Linha do Cuidado Clínico e Linha do Cuidado Cirúrgico. Em decorrência da ampliação dos leitos, do atendimento aos perfis prioritários da rede e da estruturação do modelo assistencial no hospital, a Unidade, em 2008, ganhou status de Linha de Cuidado.

E é importante lembrar que o, a terapia intensiva, inicialmente ela não era prevista como uma linha de cuidado. A gente tinha a linha de cuidado clínico, cirúrgico, o pronto socorro, ele não é, não foi caracterizado como uma linha de cuidado, mas ele tinha o status de linha de cuidado, né? Funcionava com dupla, participava dos espaços de discussão, o status era status de linha. E a conformação em termos de gestão também. Mas a terapia intensiva, não. Mas eu acho que assim, ao longo do tempo, em função do peso, né, que, que a unidade tem pro hospital, e na medida que a gente foi abrindo o hospital mesmo, abrindo a porta, depois abrindo o bloco cirúrgico, ela passou a ser uma unidade de, de peso. E aí, eu não me lembro exatamente o ano, M. deve lembrar disso melhor, que ela ganhou o status mesmo de, de linha de cuidado. Inicialmente não. Inicialmente não. [Entrevistado 22]

A Linha do Cuidado Intensivo é coordenada por uma dupla de coordenação composta por um enfermeiro e um médico intensivistas. Desenvolvem ações de natureza técnica e gerencial tendo como principais papéis a responsabilidade técnica pelo serviço (das respectivas categorias) e a articulação do trabalho dos profissionais das equipes assistenciais.

É. A dupla de Coordenação, né, uma coordenação médica e uma coordenação de enfermagem, e ela é... fundamental porque o cuidado ao paciente é um cuidado multiprofissional. E as... né, e os profissionais que estão mais envolvidos no sentido de maior tempo com o paciente são os profissionais de enfermagem e os profissionais médicos, que dispõem de maior tempo junto ao paciente. (...) Então essa dupla de coordenação, enfermeiro e médico, né, coordenando como uma dupla de Coordenação, ela é fundamental por isso... Porque, como, né, a gente, nós temos uma equipe que está vinte e quatro horas com o paciente, sabe que o que paciente precisa? Eles precisam também ter... eh, alguém na hierarquia para se reportar, pra melhoria dos processos... E a gente precisa de ter esses dois pólos porque... São trabalhos que se complementam, né? O trabalho da enfermagem e o trabalho médico. São trabalhos que se complementam, a gente precisa andar junto mesmo. Então não tem jeito de, de eu responder pelo setor sozinho, ou ele responder sozinho, porque tem duas equipes que

se complementam e trabalham juntas as vinte e quatro horas. Então é fundamental ter essa dupla junto, eh... né, pactuando o trabalho mesmo. [Entrevistado 17]

Apesar de um dos principais papéis propostos para a dupla de coordenação ser a articulação do trabalho dos profissionais das equipes da área com as demais linhas de cuidado e setores, observa-se que a atuação da dupla de coordenação parece ser mais integrada quando se trata de questões assistenciais e mais descolada nos aspectos relacionados aos recursos humanos.

Eu acho que as duplas, elas funcionavam mais na visão e na discussão do modelo, das questões assistenciais mais sensíveis do que da gestão de RH. Eu acho que o médico se envolvia muito pouco ou quase não se envolvia na gestão de RH pensando em todos os profissionais, né? Mas se a gente separar médico, aí eu via também um pouco isso. O coordenador médico com a equipe médica e o coordenador de enfermagem com a equipe de enfermagem. é... e talvez uma possibilidade, uma baixa integração das lideranças para uma gestão mais unificada das equipes como um todo. Então eu acho que a gente tinha dois universos. Da equipe médica e da equipe de enfermagem. [Entrevistado 21]

Não, tem que ter, né, a dupla coordenação. Porque tem que ter uma pessoa pra coordenar a equipe médica, que é uma equipe muito grande, e a equipe de enfermagem que é uma equipe maior ainda, porque além dos enfermeiros, tem os técnicos. E os dois tem que trabalhar em harmonia, né? Passa, cada um passa os problemas, as questões pros respectivos coordenadores e os dois vão discutir entre eles pra ver a melhor solução pros problemas. Então assim, é, é muito importante ter as duas coordenações e as duas estarem andando sempre juntas, uma apoiando a outra, com certeza. Não pode ser uma contra a outra, não, uma apoiando a outra pra procurar resolver os problemas que vão surgindo no decorrer da rotina. [Entrevistado 6]

Quanto à atuação médica, até dezembro de 2007, o trabalho foi organizado com a presença de médicos plantonistas conforme determinação da Portaria nº 3.432 de 12 de Agosto de 1998 do Ministério da Saúde: cobertura 24 horas, os sete dias da semana na proporção de 1 plantonista para cada 10 leitos. Contudo, no esquema de plantão, o cuidado acontecia de forma fragmentada, não permitindo as equipes assistir seus pacientes de forma continuada, a agilidade na admissão de pacientes graves era limitada, havia dificuldade nas altas precoces, limitações na vinculação com os pacientes e suas famílias, além da frágil articulação com as demais linhas de cuidado. Buscando a integralidade e a continuidade da assistência, em janeiro de 2008 foi implantada a horizontalização do cuidado médico na UTI por meio da substituição dos médicos plantonistas diurnos por médicos diaristas nos turnos da manhã e da tarde. Essa mudança acarretou aumento do número de médicos e redução do número de leitos/intensivista (RIBEIRO, 2011). Alguns relatos dos entrevistados sobre os ganhos da horizontalização do cuidado médico merecem ser destacados.

A instituição ganha porque eu conheço mais o paciente, eu faço, se o paciente é mais conhecido, eu faço menos propedêuticas necessárias, menos terapêuticas necessárias,

então redução de recursos, redução de iatrogenia, eh... não vou dizer que talvez tenha impacto no tempo de internação, mas na qualidade do período de internação. E pro médico também, até pro aprendizado. Eu venho hoje, eu venho amanhã e amanhã eu vejo o resultado de hoje. Quem vem, mesmo um diarista que vem um período curto, ele também tem uma visão, mas quem fica é o plantonista, o plantonista é muito reativo, né? Tem plantonista que admite o doente de amanhã, trata durante o dia e quer ver se tem condição de receber alta à tarde, quer fazer tudo no plantão dele e não o que é necessário naquele período da doença. [Entrevistado 6]

Pela minha vivência na terapia intensiva, eu não consigo enxergar de outra forma não. Pelos ganhos que a gente tem com o profissional ser horizontal. É muito diferente quando a gente vai discutir um caso e conversa com um profissional que é horizontal e com um profissional que é plantonista. Inevitavelmente o plantonista ele perde alguma coisa da assistência, ele deixa... porque a informação pro plantonista, ele recebe ela muito repassada pra ele. Não vivencia tudo que acontece com o paciente. Então ele recebe informação. Então daqui há quatro dias ele volta no Hospital, ele vai receber a informação de como o paciente eh... permaneceu naqueles quatro dias, o que que aconteceu. E quando a gente vai recebendo informação, as informações se perdem um pouco. Então ele sempre perde alguma coisa nesse meio do caminho que talvez é importante pro tratamento. Então, quando é conduzido pelo, pelo horizontal, tanto equipe de Enfermagem quanto médico, a gente ganha muito com isso. A perda é menor, vamos dizer assim, né? Da informação. [Entrevistado 17]

Além da dupla de coordenação, do cuidado médico horizontalizado, a UTI conta com a atuação de uma equipe multiprofissional composta, além da equipe médica e de enfermagem, por fisioterapeutas, fonoaudiólogo, psicólogo, terapeuta ocupacional, nutricionista e farmacêutico. Embora a RDC determine parâmetros apenas para a equipe médica, de enfermagem e fisioterapia, observa-se que a presença e a atuação diária da equipe multiprofissional composta pelos demais profissionais na UTI (fonoaudiólogo, psicólogo, terapeuta ocupacional, nutricionista e farmacêutico) é um eixo estruturante do modelo assistencial do hospital e da Linha do Cuidado Intensivo devido ao perfil dos pacientes e à diretriz do cuidado integral.

Ah, a questão do modelo intensivo, a gente recebe pacientes muito graves, né, pacientes graves, mas que tem chance de sobreviver, então é um cuidado, é um cuidado especial, é uma equipe fechada, e... O melhor disso tudo é que você vê o resultado do seu trabalho, na terapia intensiva. O paciente chega muito debilitado, fica meses ou semanas ali com você, aí recupera, você vê o resultado do seu trabalho ali. E ali você pode e tem que contar com toda a equipe multidisciplinar, você trabalha juntamente com médico, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, eh, psicólogo, com os técnicos de enfermagem. Então assim, é um tratamento muito diferenciado. [Entrevistado 6]

Mas o que eu vivencio, o que eu, né, o que, o dia a dia dessa linha de cuidado é o atendimento integral ao paciente no sentido de ser atendido por todas especialidades e profissionais que um paciente criticamente enfermo necessita. Tanto no cuidado enquanto..., tanto no momento que ele está ali na terapia intensiva. Então vai receber todos os cuidados que ele precisa. Desde um cuidado de um nefrologista, um cuidado de um cardiologista, do fisioterapeuta, da TO (terapeuta ocupacional), um cuidado mais específico de todas as especialidades que envolvem aquele doente, aquele processo de ... e dar essa continuidade quando ele sai da terapia intensiva. [Entrevistado 17]

Observa-se na fala de alguns entrevistados que o trabalho multiprofissional na UTI ainda está em construção e que não é um modelo que está totalmente consolidado.

(...) cada vez mais vai melhorando. Porque antes, por exemplo, eh, eles [profissionais da equipe multiprofissional], eles passaram a ter mais, eles viram a importância deles no papel da terapia intensiva, então assim, cada um faz o seu papel mesmo. Fisioterapia vai lá, aspira, faz a fisioterapia respiratória, fisioterapia motora, a fono, vai lá, trabalha com o paciente, cuida da dieta, aí depois vem lá a T.O. e trabalha pra voltar com os movimentos dele. É um grupo, sabe, um depende do outro, pro paciente sair dali bem reabilitado. [Entrevistado 6]

Mas assim, isso é um avanço também, né, que ocorreu nesse período. A fono, a fisioterapia, né, participando junto ao médico, né, junto à enfermeira. Talvez ainda num modelo ainda não consolidado, mas caminhando pra uma consolidação de um modelo de cuidado multiprofissional no CTI. Eu tenho a impressão que essa atividade multiprofissional no CTI, ela também é mais intensa do que eu percebo em outros hospitais, mais articulada, mais intensa. Mas isto também é impressão, não tenho evidência também, né. [Entrevistado 25]

Seguindo também as diretrizes do modelo assistencial, são realizadas as corridas de leito pelos profissionais visando ao alinhamento da conduta assistencial e ao atendimento integral às necessidades do paciente. Observa-se pela fala dos entrevistados que há divergências na percepção do formato e na frequência da corrida de leito. Alguns relatam que a corrida é realizada individualmente por cada categoria profissional e outros que a corrida é multiprofissional sendo realizada na presença de todas (ou quase todas) as categorias profissionais que participam do cuidado do paciente. Segundo estes, atualmente, as corridas multiprofissionais são realizadas duas vezes na semana sendo convidadas a participarem todas as equipes que prestam o cuidado: médico, enfermeiro, fisioterapia, fonoaudiologia, nutricionista, psicólogo, serviço social, SCIH e as respectivas coordenações.

Nós temos uma corrida de leito geral, com o médico, o coordenador, o médico horizontal, a fisioterapia, a enfermeira assistencial, a coordenadora de enfermagem, então ela é multiprofissional, segunda-feira pela manhã e sexta-feira. Então, nessa corrida a gente vê se o paciente está com sonda vesical, se precisa da sonda vesical, se precisa do cateter venoso central ou cateter periférico, de está na hora da gente desmonitorizar o paciente. Além das corridas de leito que a gente faz de terça a quinta-feira, a gente olha os pacientes também. A enfermagem acompanha também. Cada enfermeira responsável pelo paciente está junto. Ela está do lado. [Entrevistado 14]

A corrida de leito, ela é padronizada. Duas vezes por semana. Toda a equipe multiprofissional ela é convidada a participar da corrida de leito, mas minimamente está presente a equipe assistencial eh, da enfermagem e médica. Então, quem está assistindo naquele momento o paciente, o médico que está assistindo e o enfermeiro que está assistindo, ele participa da corrida e os coordenadores médicos e de enfermagem minimamente participam. E a equipe multi, ela também participa da corrida. Ela também é convidada a participar. E são esses profissionais que eu coloquei. Ah, e sobre a equipe multi, eh... eu acho importante a gente considerar farmácia também porque eles estão inseridos vinte e quatro horas no processo. [Entrevistado 17]

Além desses aspectos, ao contextualizarem a UTI e o modelo assistencial adotado, os profissionais entrevistados citaram questões relacionadas aos suprimentos e à infraestrutura da Unidade. Um dos pontos fortes na UTI, aspecto identificado na fala de praticamente todos os profissionais, é a disponibilização de insumos, materiais e medicamentos, para a realização do trabalho. Além disso, todos os equipamentos necessários para prestar a assistência adequada aos pacientes são disponibilizados e, quando apresentam qualquer defeito, a reposição ou manutenção é praticamente imediata.

Por outro lado, a área física foi citada como um aspecto crítico que afeta o funcionamento da unidade. Segundo os participantes, o piso encontra-se danificado e muitas vezes dificulta a passagem com as macas. Não há divisórias entre os leitos e os biombo são de tecidos. Essa questão foi apontada como um fator de risco para o aumento das infecções dos pacientes. Além disso, pode levar ao bloqueio momentâneo de leitos devido ao risco de infecção dos pacientes pela ausência de barreiras. Outro aspecto apontado são as fiações/mangueiras da hemodiálise que ficam por cima do chão na UTI, em locais inapropriados, atrapalhando o trânsito dos profissionais dentro da unidade.

4.2.1 Organização da assistência de enfermagem na UTI até fevereiro/2012

A organização do cuidado de enfermagem na UTI foi estruturada de acordo com o dimensionamento de pessoal regulamentado pela Portaria N° 466, DE 04 DE JUNHO DE 1998 do Ministério da Saúde sendo a assistência direta ao paciente prestada pelo técnico de enfermagem, na proporção de um técnico para cada dois leitos e um enfermeiro para cada 10 pacientes, além de um índice de segurança técnica, de técnicos de enfermagem e enfermeiro para auxiliar na assistência aos pacientes mais graves. O dimensionamento era o mesmo para os plantões diurno e noturno.

Em agosto de 2010, em função da demanda crescente de cuidados complexos dos pacientes, da intenção de tornar o enfermeiro o gestor do cuidado prestado, de trabalhar com educação permanente para a equipe técnica da UTI e das alterações implementadas com RDC n° 7 de 24/02/2010, o dimensionamento de enfermagem foi alterado.

O dimensionamento de enfermeiro passou a ser um para cada 5 ou 6 pacientes no plantão diurno, e no plantão noturno foi mantida a proporção de um para cada 10 pacientes. Os técnicos de enfermagem passaram a atuar na proporção de um para 1 ou 2 pacientes de acordo com o perfil de gravidade nos plantões diurno e noturno.

A essa época, diferenciou-se o quantitativo da equipe do plantão diurno e do plantão noturno em função do número de procedimentos realizados. Concentraram-se no plantão diurno os procedimentos assistenciais, higiene corporal, entre outros; no plantão noturno, os cuidados necessários, a troca de materiais visando preservar o sono/repouso do paciente. O número de técnicos de enfermagem à noite foi reduzido.

Antes era um para cada 10, tanto dia quanto noite e um índice de segurança técnica. E uma coisa que me incomodava era porque você tinha um índice de segurança técnica para colocar com o paciente mais grave, mas na realidade não era isso que acontecia. O que acontecia era que o técnico faltava e a gente cobria aquele técnico e o doente que era mais grave sempre ficava um pouco desassistido. E outro incômodo era que eu coletava um tanto de dado, bacana, mas e aí? O que que era apresentado para a equipe? O resultado daquele trabalho a gente não via. Então foram experiências que eu vivi durante a noite e durante o dia que foram consolidando o que eu acreditava, os colegas também tinham essa ideia. Eram incomodados por não poderem cuidar diretamente. Outros não, né? Tinham horror de ir direto para a berada do leito cuidar do paciente. Então, a essa época a gente colocou um enfermeiro junto com o grupo todo que topou a ideia, e aí um para cinco e aí concentrou as atividades assistenciais durante o dia, o que já tinha várias publicações mostrando a importância do sono e repouso a noite. Então, essa foi a ideia. Junto com a equipe médica, reduziu o número de procedimentos que eram mais intervencionistas à noite e centrou o cuidado todo durante o dia, banho no leito, enfim. Para preservar o sono do doente. Tem vários estudos que mostram isso. Esse período de recuperação do doente, menos manipulado, mais rápido ele sai da uti. Então essa foi a primeira ideia. Então, depois de um tempo, que a equipe adaptou, que reduziu falta, que a gente mandou técnico para a hemodiálise, que sobrou técnico, foi sendo consolidado. E aí, eram duas questões. [Entrevistado 16]

Observa-se que esse foi o primeiro movimento na Unidade de Terapia Intensiva da instituição para aproximar o enfermeiro do cuidado assistencial. Para tanto, foi necessário não só a redução do número de pacientes por enfermeiro bem como a reorganização do cuidado concentrando as atividades assistenciais, especialmente as mais intervencionistas, no horário diurno, horário este em que havia a maior concentração de enfermeiros.

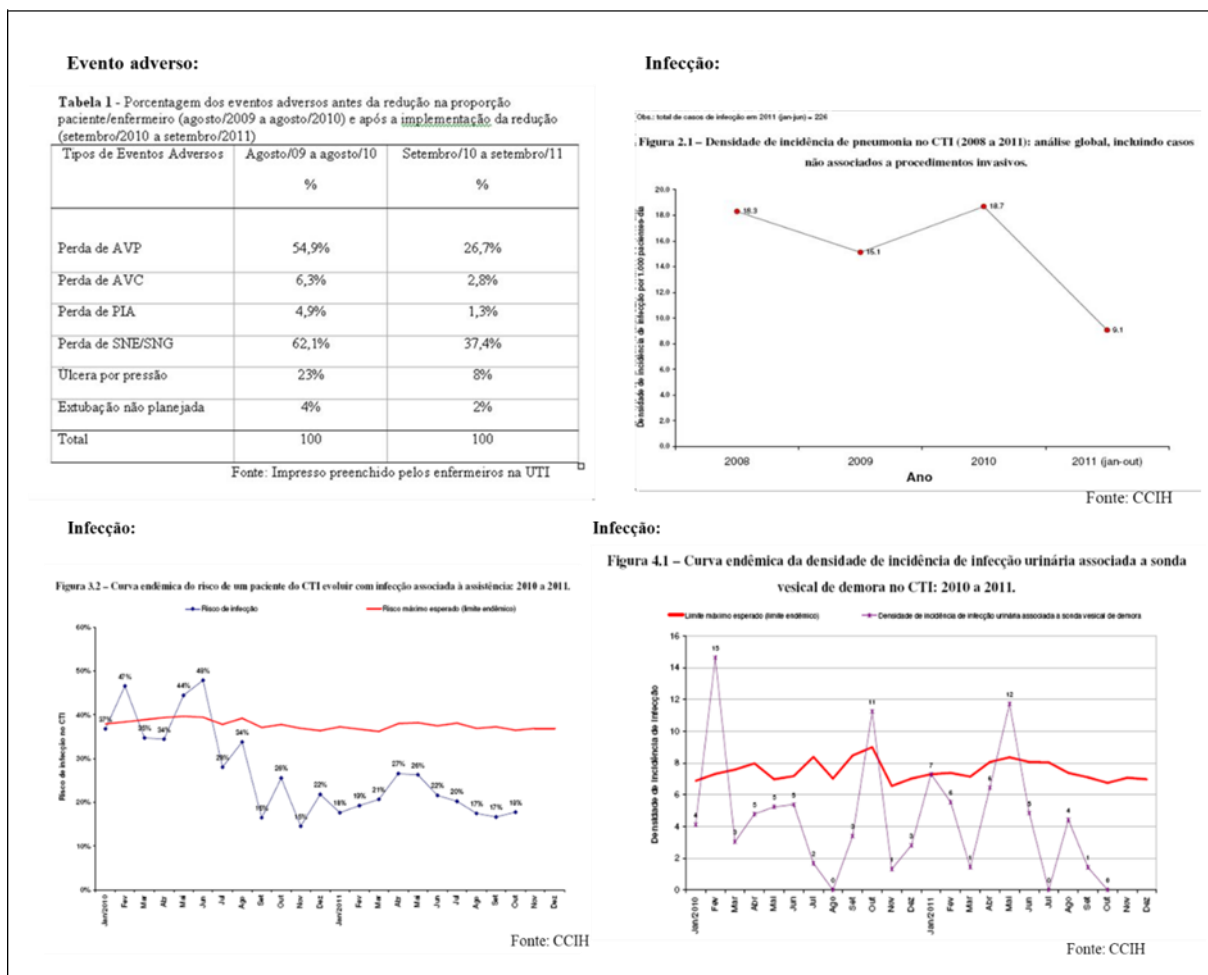
4.3 Reestruturação da equipe de enfermagem

Diversos fatores, internos e externos à instituição levaram a reestruturação da equipe de enfermagem. A identificação do contexto e dos motivadores da mudança foi feita por meio dos

relatórios e apresentações realizadas pela coordenadora de enfermagem à época para a instituição e através das entrevistas realizadas com as lideranças do hospital (diretores, assessores e coordenadores) e os profissionais que atuam (ou atuaram) na UTI durante o período da mudança.

Um primeiro aspecto identificado durante a coleta de dados da pesquisa foi uma análise feita pela coordenação a respeito da mudança realizada em agosto de 2010 (que reduzia a quantidade de pacientes por enfermeiro inserindo-o em mais procedimentos assistenciais) sinalizando que alguns indicadores de infecção e eventos adversos relacionados à assistência de enfermagem apresentavam uma tendência de melhoria. Os dados são apresentados abaixo.

Figura 4 – Indicadores de avaliação da mudança da enfermagem realizada em 2010



Fonte: Relatório institucional (Coordenação de Enfermagem): Reestruturação da equipe de enfermagem – Linha do Cuidado Intensivo. Apresentado em 2012.

Contudo, de acordo com o relatório, apesar da sinalização de que a maior inserção do enfermeiro na assistência havia permitido um ganho na qualidade assistencial, possibilitando a redução dos eventos adversos e uma melhoria no controle das infecções relacionadas à assistência, o cuidado de enfermagem ainda era muito dependente do profissional de nível técnico. Na visão da coordenação, esse era um fator preocupante devido à insuficiência técnica desses profissionais para atender ao perfil de pacientes da UTI e a problemas comportamentais frequentes relacionados à categoria como postura profissional e absenteísmo. No entanto, quanto a esse aspecto, não foram encontrados dados que demonstrassem essa realidade.

Além disso, o resgate do modelo assistencial do hospital, da organização da assistência na Linha do Cuidado Intensivo, da evolução do modelo de enfermagem na UTI, do momento vivenciado pela unidade em 2011/2012, feito por meio das entrevistas, permitiu a identificação de outras importantes variáveis estruturais do hospital e contextuais que influenciaram a elaboração da proposta de reestruturação da equipe de enfermagem para o modelo de dupla de cuidado – técnico de enfermagem e enfermeiro.

Um elemento que demonstrou ter sido fundamental para a implementação do projeto foi o perfil e o papel desempenhado pela coordenação de enfermagem à época. A coordenação foi identificada como um elemento crucial para a implantação do projeto devido a sua competência técnica e a sua visão gerencial, o que aponta a influência pessoal no modelo de gestão.

(...) a coordenadora da época tem um mérito muito grande nesse processo porque acho que ela do ponto de vista técnico, de visão, ela era diferenciada do conjunto dos coordenadores, então... eu atribuo muito a visão dela, de olhar mais para o mercado, de estar mais envolvida com a academia, de ter conseguido elaborar e fazer essa provocação. Ela, de fato, trouxe a proposta. [Entrevistado 21]

(...) a coordenação, a coordenação de enfermagem na pessoa da A., com o perfil da A., teve um peso grande, eu não consigo ver um outro perfil de coordenação que tivesse, que tivesse essa visão e o peito pra bancar, mas o respaldo, o apoio da coordenação médica foi muito importante. [Entrevistado 22]

Primeira coisa, só para começar a contextualizar. Aí é uma característica pessoal, porque eu sou uma enfermeira que gosto mais de assistência do que de gestão. Apesar de a vida inteira eu ser um pouco empurrada para a gestão. Eu penso que a gestão é um instrumento para eu aplicar no cuidado. Então essa é a minha visão da gestão. E eu acho que para ser um bom gestor na área assistencial ele tem que saber cuidar bem. Então o médico tem que saber tratar o doente bem, o enfermeiro tem que saber cuidar bem, se não em algum momento ele peca, a equipe tem que te ver como autoridade naquela área. A equipe tem que te reconhecer naquela área. Você tem que dar segurança para aquela equipe. Eu penso assim. Então, o principal motivador é que eu sempre gostei muito da assistência. (...) Eu sempre acreditei muito na assistência. [Entrevistado 22]

É, a gente tinha também uma pessoa muito interessante que era A.. A. começou como acadêmica aqui, virou enfermeira, fez especialidade, aí trabalhou aqui como enfermeira, virou coordenadora, fez mestrado, fez doutorado. Então ela participou muito ativamente dessa inserção do, do enfermeiro assistencial (...). O domínio técnico da A. é acima da média. [Entrevistado 26]

A coerência da proposta com os princípios do modelo assistencial do hospital, a abertura da direção a modelos inovadores e o papel de hospital de ensino foram outros elementos que apareceram como facilitadores para aprovação do projeto.

Eu acho que existia já essa visão de que seria muito interessante a gente ter todo o potencial e a resolutividade cuidadora do enfermeiro vinculada a uma responsabilidade assistencial diferente em relação aos modelos tradicionais. O enfermeiro, ao longo do tempo, ele foi se tornando muito burocrático, em uma atuação de comando, supervisão de equipe e um pouco que se distanciou dessa ação assistencial do cuidado direto. Perdeu um pouco da mão. Então, retornar com esse profissional com toda a capacidade de gestão e de compreensão do processo de trabalho global do cuidado, eu acho que foi mesmo, assim, o pulo do gato. Um acerto muito grande e a grande expectativa era que ao colocar o enfermeiro como o grande interventor do cuidado pra fazer essa intervenção, você teria uma qualificação muito grande e, ao mesmo tempo, isso levaria a melhora dos indicadores que de fato aconteceu. [Entrevistado 24]

(...) e aí assim, o perfil da, da dupla de coordenação, o [coordenador médico], e tem-se visto aí professor e pesquisador, e muito voltado pra essa coisa da academia também, e a A., que foi acadêmica que depois, enfermeira, que depois assumiu a coordenação, mas desde o início com essa vocação para a academia também, estudiosa, eu acho que isso casou. (...) Agora, obviamente que, que, que se a gente não tivesse uma gestão, aí gestão eu tô falando uma direção, com perfil que a gente tem aqui no Risoleta, e o fato de ser da universidade e tal, eu acho que tem, que tem peso aí, na hora de bancar. [Entrevistado 22]

(...) a diretoria comprou essa ideia, desse pacote, de um contexto, um mercado, a dificuldade com os técnicos e dessa possibilidade que ela falava na época de ter uma redução de custo com os medicamentos, de melhorar os índices assistenciais ligados aos cuidados principais de enfermagem. Então, acho que esses foram os motivos principais. [Entrevistado 21]

Além desses elementos, foi identificada uma série de variáveis relacionadas à assistência prestada ao paciente, ao mercado de trabalho e ao comportamento e desempenho dos profissionais de enfermagem como os motivadores para implementação da mudança. Esses aspectos são detalhados e exemplificados abaixo.

Recursos Humanos de enfermagem – No início do ano de 2012, a maior dificuldade enfrentada pela Enfermagem da Linha de Cuidado Intensivo era a grande quantidade de vagas em aberto de técnicos de enfermagem sem perspectiva de contratação, além da baixa qualidade técnica dos profissionais técnicos. Segundo a avaliação da coordenação de enfermagem, a qualificação e expertise dos técnicos de enfermagem eram insuficientes para o perfil de pacientes atendidos na UTI. Havia ainda um absenteísmo considerável dos profissionais

técnicos e uma desmotivação dos profissionais de enfermagem. Alguns desses elementos são constatados nas falas dos entrevistados.

(...) a proposta de alteração veio da coordenadora [de enfermagem], e foi motivada pelo absenteísmo que em 2012 era muito elevado (...). [Entrevistado 18]

Os motivos mais objetivos que ela [coordenadora de enfermagem] apresentou na época era esse contexto do absenteísmo, da dificuldade dos técnicos, o período em que uma vaga ficava em aberto, é... ou, a pessoa chegava e na hora que ela tava treinada ela ia embora, e um risco da descontinuidade da assistência. [Entrevistado 21]

Eu acho que existia uma dificuldade imensa da gente sustentar um modelo de intervenção do cuidado que tivesse na figura do técnico de enfermagem um principal agente porque a gente sempre tava tendo um grande absenteísmo ou uma grande rotatividade dos técnicos, você não conseguia identificar perfis de técnicos de enfermagem pra atuar, é... imediatamente, né? Vindo das nossas seleções. Então, assim... eu acho que existia toda essa dificuldade operacional de sustentar um modelo do cuidado baseado no agir do técnico de enfermagem. [Entrevistado 24]

Eu me lembro que tinha sido falado a questão do excesso de atestado dos técnicos, da, do excesso de faltas, do excesso/da falta de comprometimento dos técnicos de enfermagem. Isso é o que foi falado. E que as, apostava-se que a substituição por um profissional de nível superior, que isso, que o comprometimento com o serviço seria outro. [Entrevistado 19]

Mercado de trabalho – outro fator crítico apontado pela coordenação de enfermagem era a mudança do mercado de trabalho da enfermagem que demonstrava um aumento na formação de profissionais de nível superior e na baixa procura por cursos técnicos. À época, a coordenação estava no doutorado na Escola de Enfermagem e acompanhava as discussões da academia relacionadas a tendência do mercado e impactos possíveis na organização do trabalho da enfermagem. Diante da baixa disponibilidade de técnicos de enfermagem, tanto do ponto de vista quantitativo quanto qualitativo e da dificuldade de retenção desses profissionais, observa-se a tendência de inserir o enfermeiro mais diretamente no processo assistencial.

E aí tinham duas questões. A primeira delas eu tava no doutorado e eu tava vendo esse movimento era de que a gente tinha cada vez menos técnicos de enfermagem e mais enfermeiro. Só que a qualidade era ruim. Então a gente tinha que pensar no desafio de como fazer aquilo. [Entrevistado 16]

(...) e, também, um movimento que ainda era muito insipiente no mercado, mas que ela falava com uma clareza muito grande de que o enfermeiro deveria de fato participar da assistência aos pacientes. Que isso era da atribuição deles. [Entrevistado 21]

(...) não só aqui, mas acho que outros lugares têm mudado, do enfermeiro também estar na assistência, pra melhorar a qualidade da assistência. (...) Né, porque, eh... A gente sabe que tem reduzido o número de técnicos no mercado, mas mesmo assim ainda tem muitos. [Entrevistado 8]

Assistência prestada ao paciente – por fim, uma série de variáveis estavam relacionadas ao papel desempenhado pelo enfermeiro na assistência e à qualidade e segurança do cuidado prestado aos pacientes. Embora houvesse uma legislação que regulamentasse o papel do enfermeiro, ele ainda não assumia por completo a realização de todos os procedimentos mais complexos, além de muitas vezes não dominar tão bem o cuidado como o técnico dominava. Além disso, embora o enfermeiro fosse responsável legalmente pelo técnico de enfermagem, o enfermeiro não conseguia supervisionar todas as atividades desempenhadas pelos técnicos não assumindo de fato o papel de referência técnica. Somado a esses fatores, havia o desejo de tornar o enfermeiro gestor do cuidado de modo que ele acompanhasse de perto a evolução do quadro do paciente, garantindo, assim, a qualidade e a assertividade na assistência prestada.

E eu sempre acreditei que o enfermeiro cuidando diretamente tem um ganho. Ele não passa aqui 5 anos na faculdade se ele souber cuidar menos que o técnico tem alguma coisa errada. E isso me incomodava. Porque eu sempre via o enfermeiro sem saber cuidar tão bem como o técnico e ele era o responsável legal pelo técnico. Então eram incômodos pessoais. (...) Eu sempre acreditei muito no trabalho do técnico de enfermagem ao contrário do que muitos acreditavam. Só que eu sempre penso que o técnico precisa ter uma boa liderança, até porque legalmente ele precisa ter essa liderança. Daí a ideia da dupla de cuidado. Do enfermeiro ser utilizado de fato naquilo que é mais complexo mas sem tirar o valor do técnico de enfermagem que também é muito valoroso. Das atividades que do ponto de vista legal, desde 83, quem tem que assumir as atividades mais complexas dentro da UTI é o enfermeiro, ponto final. Ninguém tava inventando isso. Então, a ideia foi implementar o que legalmente já tinha sido colocado e o enfermeiro na assistência mais direta e criando um vínculo melhor tanto com o paciente quanto com a família. [Entrevistado 16]

(...) eu acho que a motivação maior, ela tá vinculada à questão da qualidade assistencial mesmo. [Entrevistado 22]

(...) eu acho que, de alguma forma, alguma coisa tava ficando a desejar da assistência do paciente, sabe? (...) É, a gente teve a visão de fora que é isso, que algo na assistência precisava ser melhorado e que pra isso teria que reduzir o número de pacientes e colocar o enfermeiro como, da ação também, ali em cima, mais de frente, né? Na linha de frente junto com o paciente. [Entrevistado 12]

(...) os cuidados com o paciente não eram os melhores possíveis. E tinha uma cobrança da coordenação pra que a enfermeira participasse efetivamente do cuidado, né? Porque ela [as enfermeiras] só supervisionava os internados, mas não trabalhava diretamente em tempo integral no leito. E aí, a A., insatisfeita com essas questões, começou um estudo para buscar outro modelo que melhorasse esses indicadores mesmo. [Entrevistado 18]

O que motivou foram as infecções dos cateteres. A gente chegava lá eu tinha vontade de chorar. Você chegava e tinha cateter todo descoberto, assim infecção do sítio cirúrgico em 48 horas. (...) olha como tá essa medicação, eu punha todo mundo doido (...) [Entrevistado 20]

Eu acho que ele é um (?) avançado, ele tá à frente do tempo, né, da legislação e ele vem de encontro à necessidade principalmente do paciente, uma necessidade da instituição (?) em termos de melhor adequação com o cuidado e também acredito que num primeiro

momento ele veio ao encontro mais (?), acredito que a longo prazo ele tenha reduzido os custos, eh, mas ele veio principalmente ao encontro das necessidades dos pacientes. São pacientes muito graves e a presença do enfermeiro com ele e não só do técnico, eu acho que ele melhora bastante as funções de cuidado com o paciente. [Entrevistado 7]

Em síntese, conforme apresentado no quadro abaixo, o redesenho do modelo assistencial de enfermagem da UTI foi reflexo de um contexto institucional e sócioeconômico marcado por diversos fatores relacionados a gestão, ao comportamento característico dos recursos humanos de enfermagem, ao mercado de trabalho e a variáveis que interferem na assistência prestada ao paciente crítico.

Quadro 6 – Contexto da mudança

Fatores Institucionais/Gestão	Fatores de Recursos Humanos de enfermagem	Fatores do Mercado de Trabalho	Fatores da Assistência
Hospital de ensino	Absenteísmo	Baixa disponibilidade de técnicos de enfermagem	Qualidade assistencial
Perfil da coordenação de enfermagem	Rotatividade	Baixa qualificação técnica dos técnicos de enfermagem	Controle de infecção
Abertura da direção	Comprometimento	Aumento da disponibilidade de enfermeiros	Redução de evento adverso
Cumprimento da legislação			

Fonte: elaborado pela autora

Diane do cenário apresentado, foi elaborado pela Coordenação de Enfermagem o projeto para a reestruturação da Enfermagem na Linha do Cuidado Intensivo, com o apoio da coordenação médica, da Gerência de Enfermagem e da Gerência de Recursos Humanos.

O primeiro desafio na elaboração da proposta foi propor uma escala de trabalho que permitisse a atuação do enfermeiro na assistência direta ao paciente e que coubesse no orçamento da instituição dadas as suas limitações financeiras.

E então a primeira proposta era de um enfermeiro para dois. Foi o primeiro projeto que eu construí. O que do ponto de vista financeiro era inviável. Aí a J. falou assim, pensa numa coisa intermediária. E aí eu comecei a quebrar a cabeça, como que eu ia colocar, o que eu ia fazer... eu discuti com outros colegas, a gente pensou em pequenas modificações. O B. sempre acreditou muito no trabalho diretamente no leito. Também era um desejo dele e aí a gente começou a discutir como aquilo ali seria feito. E aí um dia eu tive um insight. Um enfermeiro para três, se aumentar a carga horária deles eles cobrem o final de semana e a gente não perde a horizontalidade e já que tem um

enfermeiro da noite, o enfermeiro da noite também pode cobrir o final de semana. E aí que a gente reajustou a carga horária toda e a gente formatou as escalas. [Entrevistado 16]

(...) a gente tinha um desafio de fazer isso caber dentro de um orçamento, então, a diretoria num primeiro momento ficou um pouco pensativa sobre a real possibilidade de fazer essa mudança de modelo. Foram muitas contas, muitos cenários desenhados para poder chegar num ponto de viabilidade mas acho que foi muito a preocupação ou o estímulo que a diretoria tinha de... o interesse de ter uma melhor assistência. [Entrevistado 21]

Diante da viabilidade financeira, foi estruturada uma escala em que os enfermeiros da manhã e da tarde teriam uma carga horária semanal de 36 horas (cobririam a escala de segunda a sexta, 6 horas, mais rodízio de final de semana) e à noite cobertura em formato de plantão 12x60, sendo um plantão com enfermeiro de 30 horas semanais e dois com enfermeiros de 36 horas. Ou seja, são quatro equipes com acréscimo de carga horária para cobertura do final de semana dia. Os finais de semana no período noturno seriam cobertos pelos enfermeiros da escala 12x60 (escala de revezamento).

Aos enfermeiros que estavam no quadro foi dada a possibilidade de aumento de carga horária de 30 para as 36 horas semanais. No entanto, embora a nova escala permitisse a cobertura integral dos plantões e garantisse a horizontalidade do cuidado, houve dificuldade na aceitação de alguns profissionais já que a escala de 36 horas exigia uma disponibilidade maior, comprometendo os finais de semana.

Foi uma coisa ruim, porque nós éramos trinta horas (...) aí nós passamos pra trinta e seis horas, foi um ponto negativo, porque ficou ruim, a carga horária aumentou, o salário aumentou pouco pra, pro aumento da carga horária. A rotatividade foi muito grande. [Entrevistado 9]

Após a formatação das escalas, a proposta com o detalhamento das etapas para a implementação da mudança e os indicadores para avaliação dos resultados foi apresentada para a Direção; diante da aprovação, a implantação iniciou-se em março/2012, tendo como desafio garantir o funcionamento total da UTI.

A [gerente de enfermagem], o [coordenador médico], o RH e a Diretoria participaram da reunião da construção e da validação da proposta. O [coordenador médico] participou, mas, assim, ele me deu toda a autonomia para construir do ponto de vista da enfermagem o que precisava ser construído. E ele me deu a carta branca que ele faria essa interface com a equipe médica para construir porque a gente sabia que viriam tempos difíceis. Como vieram, né? [Entrevistado 16]

(...) a discussão, a [coordenação de enfermagem]. tinha muito fundamentado, eh, no âmbito assistencial, quais os benefícios que a gente teria, inclusive, ela apresentou a

proposta já com indicadores que deveriam ser utilizados depois pra medir esse resultado (...)[Entrevistado 22]

Dada a complexidade do projeto devido ao desafio de garantir o funcionamento integral da unidade gerando o menor custo possível, a implementação da mudança foi feita juntamente com a Gerência de Enfermagem e a área de Recursos Humanos contando com o apoio da Coordenação Médica e da Direção do hospital. As etapas da implementação seguem descritas abaixo tentando respeitar ao máximo a ordem cronológica dos fatos.

1) Redefinição do processo de trabalho e definição das atribuições dos técnicos de enfermagem e enfermeiros

A definição das atividades dos enfermeiros e dos técnicos de enfermagem foi feita pela Coordenação de Enfermagem da Linha do Cuidado Intensivo e validada pela Gerência de Enfermagem e teve como embasamento a legislação de enfermagem⁶ que regulamenta o papel do enfermeiro e as suas atividades privativas. O objetivo era garantir o cumprimento da legislação, inserir o enfermeiro mais diretamente no processo assistencial preservando o seu papel de gestor do cuidado e responsável pela atuação do técnico de enfermagem.

Assim, foram designadas como responsabilidades dos enfermeiros: prestar assistência ao paciente (realizar a consulta de enfermagem, prestar cuidados integrais ao paciente, prescrever os curativos; prestar assistência direta a pacientes graves em procedimentos médicos, solicitar exames, participar de corrida de leito multiprofissional; acionar equipe multiprofissional de saúde; realizar evoluções dos cuidados e procedimentos prestados; analisar a assistência prestada pela equipe de enfermagem; acompanhar transporte de pacientes críticos; acompanhar e realizar o gerenciamento de leitos vagos; remanejar pacientes internamente; planejar os cuidados de enfermagem; realizar admissão do paciente; supervisionar os serviços de enfermagem; planejar ações de enfermagem; implementar ações para promoção da saúde; auditar serviços de enfermagem; realizar pesquisas em enfermagem.

Ao técnico de enfermagem coube o papel de auxiliar os enfermeiros nas atividades assistenciais; solicitar e buscar medicamentos; auxiliar na organização do setor; realizar

⁶ Lei Nº7.498, de 25 de junho de 1986.

cuidados mínimos e intermediários de enfermagem. Alguns aspectos relacionados à definição do papel do enfermeiro e do técnico são destacados nas falas transcritas abaixo.

A descrição de atividades foi pautada na descrição legal. (...) O que era de maior complexidade que a legislação de enfermagem, de 86, falava que era do enfermeiro cuidar, ele de fato passou a cuidar. E o que era de competência do técnico ele passou a fazer. Lembrando que, em algum momento, se um ou outro precisasse de alguma ajuda, eles estariam ali compartilhando. Óbvio que existem atividades que são privativas do enfermeiro. Isso eu não abria mão. O outro colega ia fazer. Mas o que poderia ser delegado ele teria essa autonomia no momento que ele tivesse com um doente mais grave. Primeira atribuição foi construída assim. [Entrevistado 21]

A principal mudança é que as enfermeiras passaram a ficar mais próximas do paciente com esse formato assistencial, elas deixaram de ser só supervisora é... mexendo só com “papéis”. E aí melhorou a relação dos técnicos com elas porque antes o enfermeiro era superior, né? Tinha essa superioridade... e hoje a dificuldade é quando entra enfermeiro novo que pensa diferente e aí tem que se adaptar. [Entrevistado 2]

Os enfermeiros passaram a executar os procedimentos essenciais, como curativos elaborados, manobras invasivas, as sondagens, acompanhar dados vitais e a avaliação geral do paciente na hora do banho. O técnico continuaria realizando os cuidados rotineiros com o internado. E... além disso, o enfermeiro perdeu grande parte da sua função administrativa porque foi criado o enfermeiro-suporte que assumiu a parte administrativa do CTI, assumindo por exemplo a... solicitação de materiais, e quando precisa, quando tem alguma ausência, ele ajuda no cuidado dos pacientes também, ajuda na escala. [Entrevistado 18]

Em relação à definição das atribuições, a garantia do papel do enfermeiro como gestor do cuidado foi um dos aspectos destacados pela coordenação como fundamental para o processo de trabalho da enfermagem e manutenção do modelo.

Eu acho que um ponto fundamental que eu acho que é erro de todos os lugares que deram errado. Isso é opinião pessoal. De modelos daqui de Minas e de outros estados que a gente tem contato e que deram errado. De tirar do enfermeiro a atribuição de gestão do cuidado. De colocar um enfermeiro como um substituto da atribuição do técnico. Esse pra mim é um erro crucial. O enfermeiro, ele não tem, pra mim, na assistência, na gestão, ele não é assistencial, nem gestor, ele pode ter o cargo de assistencial ou o cargo de gestor, mas se ele não fizer gestão e assistência o tempo inteiro, vai dar errado. E eu cada dia me convenço mais nos lugares onde eu vou. Se eu, cada dia, não consigo enxergar que eu tenho uma visão de gestão do cuidado daqueles pacientes, daqueles equipamentos, daquela unidade, se eu perco a visão do todo, a coisa não caminha bem, porque é ele que tá ali diretamente com o doente. Então isso impacta até do ponto de vista financeiro. Se ele pensa assim, eu tô só cuidando mesmo, deixa eu pedir 10 gases, num tô nem aí, agora se ele já tem pra ele a questão de que ele precisa, que ele tem a responsabilidade da gestão do cuidado, ele vai fazer, eu não preciso de 10, eu preciso de 1. E então o técnico começa a ver que essa é a forma mais correta daquele cuidado. Então, quando o técnico for pedir, ele viu o enfermeiro como que ele pensou. Então, esse é um ponto fundamental. Isso tava lá na descrição. A gente não retirou o papel da gestão do enfermeiro. Fundamental na minha opinião. Ele tinha o papel assistencial e da gestão. E o que aconteceu depois que a gente começou a fazer as entrevistas, na hora que falava assim, você tem que cuidar do paciente e a gente começou a repensar algumas atividades que estavam na descrição de cargo. E, por incrível que pareça, foi pouca coisa modificada. Inclusive pela equipe. [Entrevistado 16]

Na proposta inicial, em cada plantão, um dos enfermeiros do quadro atuava como referência para toda a unidade auxiliando nas atividades administrativas e gerenciais do setor. Assim, esse enfermeiro era responsável pelo cuidado direto aos pacientes e pela gestão dos três leitos, pela supervisão do técnico de enfermagem. Além disso, atuava como referência administrativa para toda a unidade auxiliando no remanejamento das escalas, solicitação de equipamentos, manutenção e referência assistencial para as demais duplas, dentre outras atividades. Contudo, esse acúmulo de função gerou uma sobrecarga do enfermeiro demandando a criação de uma nova função dentro da UTI – o enfermeiro-suporte.

Chegou num ponto em que realmente tinha uma sobrecarga dos enfermeiros. E ainda tinha uma outra questão. Quando algum enfermeiro estava de licença médica, a gente ficava sem staff pra conseguir cobrir aquela escala e aí começou a ficar apertado para a equipe. Porque a UTI era muito grande. 30 leitos, muito equipamento, muito material. E aí esses enfermeiros não davam conta daquilo ali sem nenhuma dúvida. Aí teve a possibilidade da gente ficar com o enfermeiro de suporte, o que foi excelente pra aliviar. Aí foi mesmo. A carga de trabalho para os enfermeiros que ficavam na assistência direta e na gestão do cuidado. Tinham ali. E aí eles não tinham que dividir. [Entrevistado 16]

Assim, o enfermeiro-suporte assumiu a função de organização administrativa do setor no plantão, avaliando as escalas e fazendo os devidos remanejamentos de acordo com as ausências de profissionais ou complexidade dos pacientes, organizando as altas, o agendamento e a movimentação para realização de exames, a solicitação de materiais e equipamentos, a solicitação de manutenção, auxiliando nos treinamentos da equipe de enfermagem, sendo a referência para comunicação do setor, supervisionando o técnico de enfermagem da circulação, além de serem a referência assistencial das duplas para suporte no atendimento direto ao paciente em caso de necessidade (ausência de profissional ou sobrecarga devido à gravidade dos pacientes). Alguns detalhamentos sobre a inserção dessa função no quadro da enfermagem são descritos abaixo.

A primeira função do suporte era olhar primeiro se a escala precisava de algum remanejamento. Pra isso ele aplicava um indicador, o NASS. A outra coisa que ele fazia era aplicar todos os indicadores que nem sempre o enfermeiro daquele leito dava conta de fazer no dia, e lá na UTI a gente nunca teve essa divisão por indicador médico e de enfermagem. A gente coletava os indicadores da UTI. Ele olhava todos os materiais e equipamentos da UTI e organizava por exemplo a transferência interna. Por exemplo, né, o paciente ia fazer uma tomografia, ele organizava essa transferência toda. O que tava difícil porque muitas vezes os outros dois doentes que ficavam lá demandavam enfermeiro e a gente não tinha ninguém para fazer isso. Ele olhava as altas. Fazia esse controle do enfermeiro em relação à hora que ele ia subir, como que ele ia fazer, como que ele organizava os procedimentos, então as atribuições dele era mais de uma organização geral da unidade. (...) Foi um ganho fundamental. E também foi pela questão dos isolados. A gente teve um evento adverso grave no isolado e aí a gente começou a discutir como que ia ser feito no período noturno e nos horários de almoço,

enfim , quem ficaria responsável pela escala de isolado seria o enfermeiro- suporte. Ele não era um enfermeiro que olhava só questão administrativa. Ele também tinha função assistencial. [Entrevistado 16]

A inserção do enfermeiro foi, assim, importantíssima para a organização administrativa do setor. Eh... antes de ter o enfermeiro-suporte, quando eu entrei não tinha, e era elencado enfermeiro como referência do plantão. (...) Com o enfermeiro, nesse formato assistencial, a gente perdeu alguns aspectos no geral da unidade porque a gente tem demandas que a enfermagem, eh... Por exemplo, a avaliação da escala. (...) E tinha outras funções também. O registro das ocorrências do plantão do administrativo no livro de ocorrência, o recebimento de atestado médico, por exemplo, uma medida administrativa que precisasse ser feita, orientação, eh... a questão de conflitos de equipe. Então... é necessário um enfermeiro de referência. Só que esse enfermeiro de ele tinha um acúmulo muito grande de funções. Porque por diversas vezes e você chega no plantão e você não consegue sair do seu leito, porque você precisa dar continuidade em um cuidado de um paciente grave, as vezes uma admissão, ou um problema e esse enfermeiro deixava a desejar com certeza. (...) Foram essas necessidades. A gestão de leito, por exemplo, que paciente que iria ser admitido no CTI, eh... o encaminhamento das altas, a solicitação das altas, né. Dos leitos pras altas, na verdade. Eh... E também ele, ele dá apoio à assistência quando é necessário. Quando a gente tem uma demanda muito grande, a gente precisa de uma equipe maior. E eu posso dizer que em todo plantão ele dá assistência. E aí, ao longo do tempo ele foi incorporando funções. Por exemplo, a gente tem um técnico de enfermagem da circulação. Ele teoricamente, o supervisor dele é o enfermeiro do suporte porque ele não fica na assistência. (...) A questão dos recursos materiais do setor, da organização dos recursos materiais, encaminhar um, um equipamento para manutenção, organizar as preventivas, o acesso da, da equipe de fora pra manutenção dos equipamentos. Tudo isso é ele que faz. Eh... e várias outras atribuições que ele foi incorporando e que a gente vai reorganizando a todo tempo. Hoje eu sinto que os treinamentos da equipe, dos protocolos, eu assumo uma parte e eu vou delegando a ele outras questões. Principalmente os nossos focos em PRS, então eles que treinam a equipe. A gente precisava de ter uma pessoa de referência pra isso. (...) Comunicados na equipe, eu concentro neles para o que o comunicado seja o mais uniforme possível, então eles que comunicam à equipe. Então sempre reporto a eles para que eles reportem à equipe. [Entrevistado 17]

2) Definição do perfil do enfermeiro e técnico de enfermagem para contratação

Diante da reorganização do processo de trabalho, eram necessários enfermeiros com a expertise ou vocação para prestar o cuidado direto ao paciente e que tivessem a habilidade de trabalhar diretamente com o técnico de enfermagem, compartilhando o cuidado e mantendo a função de supervisão do fazer do técnico. Quanto ao técnico, era imprescindível um profissional que conseguisse trabalhar em dupla com o enfermeiro, sendo supervisionado diretamente por ele e com menos autonomia no cuidado prestado ao paciente.

Qual era o desafio? A gente tinha enfermeiro que não sabia dar banho no leito. Enfermeiros que tavam lá, tinham título de terapia intensiva. Então são algumas questões que existia dificuldade. E aí a gente começou a discutir o perfil desse enfermeiro. (...) Quando fomos discutir com os enfermeiros o perfil dos técnicos que ficariam sem dúvida nenhuma o que eles avaliaram foi dar conta de trabalhar mais junto com um enfermeiro que falaria com ele de algumas atividades que ele talvez não ia

fazer. Eu acho que foi a questão da subordinação/insubordinação mesmo. Da autonomia do técnico que às vezes é um pouco distorcida e inclusive isso é legalmente errado. Ele precisa estar subordinado ao enfermeiro. Tanto que do ponto de vista legal quem responde é o enfermeiro. Mas aqui no Brasil a gente ainda tem essa dificuldade. [Entrevistado 16]

O enfermeiro com perfil de supervisor não se adequava ao modelo assistencial. Era um profissional insatisfeito, que falava que tinha sobrecarga de trabalho, o que não era realidade, porque, na verdade, o trabalho prestado era que havia mudado. Então muitos que estavam saíram porque não tinham o perfil para cuidar. [Entrevistado 18]

As enfermeiras do CTI, de uma forma geral, eu acho que o início do processo de horizontalização, foi, foi difícil. Ele foi difícil porque a gente tinha pouca enfermeira com perfil, eh, com perfil de tá atuando mais no cuidado mesmo, mais diretamente no cuidado. [Entrevistado 22]

Além de uma dificuldade inicial de conseguir identificar enfermeiro que tivesse condição de assumir esse cuidado. Muitas vezes a gente selecionou muitos enfermeiros, principalmente do concurso, que tinham experiência, uma expertise em cuidado intensivo, mas não necessariamente em cabeceira de leito. E trabalhando em dupla com o técnico, né? Então a gente viveu esses desafios. [Entrevistado 24]

Após a definição do perfil dos enfermeiros, a Coordenação de Enfermagem juntamente com a Gerência de Enfermagem e a analista de Recursos Humanos de referência fizeram uma avaliação prévia do quadro de enfermeiros para identificar os profissionais que se encaixavam no perfil e aqueles que provavelmente seriam substituídos. A avaliação da adequação do quadro dos técnicos de enfermagem foi feita em conjunto com os enfermeiros.

3) Reuniões para comunicação da mudança

Após definição dos papéis e dos perfis, foram feitas várias reuniões para comunicação do projeto e alinhamento para a implementação:

- Reunião com toda a equipe de enfermagem, com a presença da Coordenação Médica da Linha do Cuidado Intensivo, Gerência de Enfermagem, RH e Diretoria Técnica Assistencial para comunicação da mudança;
- Reunião com a equipe de enfermeiros do setor para alinhamento do processo, verificação do interesse dos enfermeiros em atuar no novo modelo, definição de quais técnicos de enfermagem continuariam no setor, quais seriam remanejados e quais seriam desligados, além da operacionalização da mudança. Presença da Gerência de Enfermagem e do RH.

- Reunião com a equipe médica, com a presença da Coordenação Médica da Linha do Cuidado Intensivo, Gerência de Enfermagem, RH para informar a mudança na organização do processo de trabalho da enfermagem e como a mudança seria realizada;

- Reunião da direção com todos os coordenadores e gerentes do hospital para comunicar a mudança (há no hospital reunião periódica com todos os gestores para repasse de informações a alinhamento das diretrizes institucionais)

Já as equipes multiprofissionais que atuavam na unidade, como a fisioterapia por exemplo, não foram envolvidas nas reuniões para comunicação e operacionalização da mudança:

Eu me lembro, eu acho que foi passado em uma reunião ampliada, de coordenações, se eu não me, não tô sendo doida, mas eu acho que isso foi passado numa reunião ampliada, que o modelo estaria mudando, as justificativas das substituições, porque que a coisa tava sendo feita naquele formato, mas a gente não tinha dentro do CTI nenhum, nenhum momento de encontro pra fazer essa discussão real, sabe? Então assim, eu me lembro que a coisa foi feita dentro de uma análise da coordenação de enfermagem e executada. As outras categorias não participaram. Talvez a equipe médica, mas o restante da equipe não. [Entrevistado 19]

4) Contratação dos enfermeiros

Após ampla divulgação das vagas de enfermeiro, todo o processo de recrutamento e seleção foi conduzido pelo RH com a participação da Coordenação de Enfermagem. O objetivo era avaliar conjuntamente o potencial técnico e comportamental dos candidatos selecionando o perfil desejado. O processo de seleção foi um desafio porque grande parte dos candidatos recrutados, com experiência em terapia intensiva e expertise técnica, não tinham interesse ou perfil para atuar na assistência beira leito ou apresentava dificuldades para compartilhar cotidianamente a assistência com o técnico de enfermagem. A alternativa foi selecionar profissionais que se identificavam com a assistência direta e demonstravam facilidade para trabalhar diretamente com o técnico, ou seja, apresentavam potencial, mas nenhuma ou pouca experiência em terapia intensiva ou até mesmo área hospitalar.

Na época a gente acabou contratando muitos recém-formados, primeira experiência. [Entrevistado 21]

(...) eu acho que eles fizeram um boom aqui dentro, que foi um assim, foi um período muito difícil. Muito difícil, por quê? Além deles terem feito essa mudança, eu lembro que na época, eh, foi a época que entrou todos os profissionais, as enfermeiras assim, muito assim, ainda estavam despreparadas pra isso. Todas elas, assim, não queriam, não

aceitavam assim, tiveram muita resistência no início, de, de, de trabalhar nessa parte assistencial mesmo, de dar um banho, porque umas falavam assim “Ah, não formei pra isso”. Só ouvia falar isso, era uma reclamação mesmo. [Entrevistado 11]

Quando eu entrei, eh... era um processo seletivo interno [processo de seleção tradicional] , eu passei por esse processo e foi colocado o modelo e... não era exigido uma longa experiência, mas um certo contato com a assistência. E um profissional que tinha essa facilidade de lidar com o técnico porque a gente sabe que não é fácil você trabalhar com uma dupla de cuidado muito diretamente. Tem gente que tem mais dificuldade, até hoje em dia alguns profissionais chegam do concurso com muita dificuldade de... relacionar com técnico de enfermagem durante um banho de leito. [Entrevistado 17]

Uma etapa importante na implementação do projeto, devido à necessidade de inserir o enfermeiro na assistência sem deixar de prestar o cuidado aos pacientes internados, foi a definição da sequência da mudança e de como os profissionais seriam desenvolvidos para exercerem os novos papéis. Assim, como o maior número de rotinas e procedimentos assistenciais e administrativos ocorrem no horário da manhã, ficou acordado que os profissionais novatos seriam admitidos e treinados no horário diurno, alterando primeiro a escala da manhã, depois a escala da tarde e por fim os plantões noturnos, um após o outro.

Quanto à sequência da mudança, primeiro foi manhã, depois tarde e por último os plantões da noite. De noite foi plantão por plantão. O pessoal treinava durante o dia e quando estavam preparados iam para o plantão da noite. E foi muito bem pensado. E junto com as reuniões semanais em que eles iam colocando as dificuldades, o que tava dando certo, o que tava dando errado, o que a gente precisava fazer pra resolver. Eu acho que esse planejamento e a possibilidade que o RH deu de deixar dentro da UTI os outros profissionais para darem o suporte foi fundamental. [Entrevistado 16]

5) Remanejamentos e desligamentos dos técnicos de enfermagem

Após a seleção e admissão dos novos enfermeiros, iniciou-se o remanejamento dos técnicos de enfermagem que apresentavam desempenho satisfatório para os outros setores do hospital. Os profissionais a serem remanejados foram informados individualmente sobre quais critérios foram utilizados nessa avaliação, e a data do remanejamento foi acordada em conjunto com o empregado e a nova coordenação. As reuniões foram feitas com a presença do RH e da Gerência de Enfermagem. Na sequência, realizaram-se os desligamentos dos técnicos de enfermagem que não apresentavam perfil para o novo modelo e desempenho satisfatório na função. Optou-se por demitir o maior número de técnicos no mesmo momento visando gerar o mínimo de insegurança e instabilidade possível nos profissionais que permaneceriam. Cabe destacar que a

ordem de prioridade dos remanejamentos e desligamentos foi definida em conjunto com os enfermeiros.

Eu acho que essa [remanejamento e desligamento dos profissionais] foi uma das questões mais difíceis da gente trabalhar. A gente não podia perder o foco do projeto que ia ser implantado para a melhoria da saúde do paciente. A gente remanejou técnicos brilhantes, mas que não tinha perfil para trabalhar junto com o enfermeiro. E a gente perdeu técnicos assim e perdemos enfermeiros que eram excelentes mas que eles não davam conta de trabalhar naquele modelo. O que que isso trouxe pra dentro da unidade. Uma certa instabilidade. A gente tentou fazer isso da forma mais clara possível. Eu chamei técnico por técnico junto com o enfermeiro e a gente conversava com um por um dando um feedback de que ponto que ele tava e do que a gente esperava dele dali pra frente. E explicando daquele que ia ser remanejado porque a gente tinha tomado a decisão por remanejar. Por que que foi mais leve? Porque a decisão de qual técnico ia ficar e qual ia ser remanejado não foi uma decisão minha, mas resultado de um reunião que a gente tinha feito junto com os enfermeiros e com o RH e que os enfermeiros iam opinando técnico por técnico, qual eles acreditavam que ficariam e qual que não. [Entrevistado 16]

Eu me lembro inclusive, que alguns profissionais da enfermagem, enfermeiros, foram substituídos, desligados, porque eles não se encaixariam dentro de um perfil desse. Me recordo disso. Que alguns foram remanejados de setor, outros desligados, substituídos, porque foi feita uma, uma pré, um pré-julgamento de que aquele profissional não aceitaria esse perfil. [Entrevistado 19]

Aí teve uma rotatividade muito grande, porque na época ela teve que dispensar muitos técnicos, e os que ficaram não, alguns, muitos não ficou satisfeito, não quis ficar, porque trabalhando direto com o enfermeiro, eh, eu acho que eles se sentiram muito invadidos. [Entrevistado 9]

Esta mudança trouxe muita dificuldade porque teve muita demissão de técnico e a entrada de novos enfermeiros que junto com os que já tavam no CTI não tinham prática de assistência... de saber fazer o que a gente fazia e cuidar mesmo do doente, né? [Entrevistado 3]

Observa-se que os remanejamentos e desligamentos foi uma das etapas mais difíceis da mudança devido à insegurança, instabilidade e insatisfação com a mudança proposta gerada principalmente, nessa fase, nos técnicos de enfermagem.

6) Treinamento e desenvolvimento da equipe de enfermeiros

O processo de treinamento assistencial foi realizado pela Coordenação de Enfermagem com o auxílio dos enfermeiros do suporte, da Farmácia e do SCIH. O RH participou do planejamento dos treinamentos junto à coordenação acompanhando o desenvolvimento dos profissionais e a duração do período de capacitação. O foco dos treinamentos dos enfermeiros era o desenvolvimento da habilidade técnica na execução do cuidado e dos procedimentos (banho,

curativos, passagem de sondas, dentre outros), medidas preventivas relacionadas à segurança e ao controle de infecção, e destreza e a agilidade na realização das medicações. O treinamento dos enfermeiros novatos durou em média 30 dias. Só após a verificação da segurança do enfermeiro em assumir o leito é que ele assumia a responsabilidade integral dos três leitos. Além disso, uma estratégia utilizada foi a de estimular a parceria entre os enfermeiros para que eles se apoiassem no desempenho das rotinas assistenciais em caso de dúvidas ou dificuldades.

O treinamento dos novos enfermeiros ficou a cargo da coordenação de enfermagem com auxílio deste enfermeiro-suporte. [Entrevistado 18]

(...) eles [enfermeiros] passaram e ainda passam por um treinamento, acho que eles ficam um mês treinando, pra poder se adaptar. Porque querendo ou não, é diferente. Não é só um banho, não é só uma troca. É uma medicação que você tem que preparar, é um cuidado com o cateter que você tem que ter, que antes era mais coisa do técnico, né? É uma sonda que você tem que passar, não é todo serviço que é o enfermeiro que passa sonda, né? É um procedimento que você tem que entrar, né? [Entrevistado 10]

Foi aí que a gente fez uma outra parceria fundamental que foi com a farmácia. Com a farmácia a gente pensou o que a gente faria pra treinar o enfermeiro que tava chegando pra atribuição que era dele pra gente começar a coisa de uma forma correta. (...) Eu lembro que, em relação às habilidades técnicas, à destreza do preparo dos medicamentos, eu treinava com os enfermeiros em parceria com a farmácia. De utilizar material vencido pra ele ganhar destreza porque ele precisava aprender a fazer rápido. E a gente fez isso à parte. Nem sei se os técnicos ficaram sabendo disso. E aí a gente tinha um staff. A gente sempre colocava enfermeiros muito bons no plantão mesclados com enfermeiros que estavam iniciando. E aí, esses enfermeiros muito bons, eles já faziam um combinado. Se o negócio ali der algum problema você dá um jeito de dar suporte para o colega naquela atividade. E aí tinha técnico que deixava o enfermeiro quebrar a cabeça... ralar pra conseguir quebrar uma ampola... até ele ver que treinando o enfermeiro iria dar conta. Então essa forma de fazer, de combinar com a equipe que eles desse esse suporte foi fundamental. Mas não foi fácil. Teve vez que, por exemplo, durante o dia, eu tive que entrar no desespero pra ajudar um enfermeiro a preparar uma medicação e o técnico sentado olhando. Mas a gente bancou isso. Não foi bom no sentido de ser muito penoso pra equipe, mas a gente sabia que seria uma curva de aprendizado de que com treinamento o enfermeiro daria conta daquilo ali. Então aí a gente tomou a decisão de bancar até ter essa curva de aprendizado. Sempre com staff. Nunca colocando o paciente em risco, mas deixando que o paciente fizesse as coisas. [Entrevistado 16]

A gente fez o treinamento principalmente em precaução de isolamento, prevenção, de como era o modelo que a gente tratava, fazia o treinamento em loco, juntava todo mundo e ia repassando, fora os treinamentos, o treinamento admissional (...) esse que a gente participa então a gente fazia muito pontual junto com eles. [Entrevistado 20]

Problema de técnica, de falta de conhecimento, de habilidade. Principalmente habilidade por causa da prática que não tinha, não tínhamos, né. Alguns conseguíamos, conseguiam caminhar mais rápido. Outros ou não caminhavam ou não conseguiam muito rápido. E era um dificultador porque o plantão ele ficava completamente... Tinha um plantão que era, que destacava um pouco mais ou outro menos, outro era mais ruim de trabalhar, tinha mais problemas relacionado a essa questão técnica mesmo. [Entrevistado 17]

Contudo, os entrevistados apontam que o processo de desenvolvimento dos enfermeiros para assumirem o novo papel foi moroso e difícil relacionado a alguns possíveis fatores como a insuficiência do planejamento e do conteúdo trabalhado nos treinamentos, perfil dos pacientes da UTI, inexperiência e falta de habilidade técnica dos contratados, além da resistência dos profissionais, tanto de enfermagem quanto das outras categorias, à mudança do modelo de trabalho.

O processo de treinamento e desenvolvimento do enfermeiro foi muito pesado. Ainda mais com os enfermeiros que já estavam lá e que não queriam desvincular do modelo anterior. Mesmo tendo 1 enfermeiro para cinco pacientes. A dificuldade maior foi no plantão da noite que a gente tinha 1 enfermeiro pra 10. Agora, os enfermeiros que chegavam a dificuldade era técnica assistencial. Sem nenhuma dúvida. A UTI extremamente complexa. Então, por exemplo, um acordo que a gente já tinha, a gente sabia que os indicadores iam piorar. E pioraram. Durante uns dois meses os indicadores foram assim, muito ruins. A gente tentou cercar do máximo. Então a UTI ficou muito cheia. Tinha muita gente, mas muita gente precisando fazer. Que foi o que aconteceu quando os médicos foram para o modelo horizontal também. Então assim, a gente sabia que teria um período de piora, mas que a gente sabia que teria um ganho lá na frente. Foi um período muito pesado, que assim, muitos médicos bateram. A palavra é essa. Bateram mesmo, de uma forma muito pesada com os enfermeiros e comigo mesmo. Foi um período difícil e que muitos enfermeiros ficaram sem saber direito o que fazer. Depois de um tempo, eu acho que foram uns três meses as coisas começaram a se assentar. [Entrevistado 16]

O treinamento... eh, eu acho que ele não foi tão bem, assim. Por ter sido admitido muitos profissionais inexperientes, recém-formado, com pouca habilidade nos processos, eh... eu acho que o treinamento ele não foi tão bem organizado, ele poderia ter sido melhor estruturado. Eu falo pelo meu treinamento mesmo e de vários colegas que na época a gente conversava. Então não tinha um direcionamento, eh, uma estrutura de um treinamento, o que que vai ser treinado hoje, amanhã, de ter o cuidado de treinar algumas, alguns conceitos básicos, alguns procedimentos básicos pra dar mais segurança para aquele profissional assumir. Então tinha colegas que assumia o plantão sem talvez um ensinamento básico de rotina do setor. Já tinha outros que teve oportunidade de, de ter aquele... então ficou muito polarizado, dependia de com quem você estava treinando. E claro os técnicos de enfermagem, eles são fundamentais no treinamento até hoje por causa da habilidade que eles têm pra lidar com a assistência. Então eles têm habilidade, principalmente em procedimentos de higiene ao paciente, até, eh, procedimentos de cuidados com curativos, com lesão. Na época os técnicos de enfermagem se destacavam muito mais em relação a isso. Hoje esse processo já mudou muito porque a gente já tem, já tá indo aí para sete anos do modelo. Então a gente já não tem isso hoje tão caracterizado dessa forma. [Entrevistado 17]

7) Implantação das corridas de leito de enfermagem

À época da mudança do modelo, foram implementadas as corridas de leito de enfermagem junto com a coordenação de enfermagem. O objetivo foi a discussão dos casos clínicos para

implementação do processo de enfermagem e alinhamento dos respectivos papéis (técnico e enfermeiro) e as orientações para o controle dos materiais e equipamentos.

(...) E as corridas de leito em que a gente discutia, perafá... isso aqui não tá bom, a gente vai ter que modificar. Aí a gente quebrava a cabeça e construía junto qual seria a modificação que a gente iria fazer. Daquela atividade, daquela descrição. Então essa construção conjunta foi importante, foi mais de um ano construindo... além de conscientizar quanto a utilização e a gestão dos materiais e dos equipamentos, né... que foi outro foco importante assim... o RH também participava dessas discussões nas reuniões. [Entrevistado 16]

8) Reuniões da Coordenação de Enfermagem com a equipe de enfermagem

A Coordenação de Enfermagem implementou reuniões semanais com a equipe de enfermeiros para discussão e alinhamento do novo processo de trabalho, papel do enfermeiro na relação com o técnico de enfermagem e discussão dos casos clínicos. As reuniões ocorriam no horário do almoço viabilizando a participação dos enfermeiros da manhã e da tarde. Os enfermeiros do plantão noturno eram convocados a participar, mas a adesão era significativamente menor do que a dos profissionais que atuavam no horário diurno.

Além destas, foram realizadas algumas reuniões com toda a equipe de enfermagem para alinhamento do novo processo de trabalho.

Depois da implementação e da contratação desses enfermeiros, uma outra coisa que eu acho que se isso se perder ao longo do tempo corre o risco do modelo acabar. Que são as reuniões com as equipes para a construção dos protocolos e dos processos de trabalho. Porque a gente mudou muito mais que uma equipe. A gente mudou um processo inteiro de trabalho da UTI. E o processo de trabalho foi construído junto com os enfermeiros e técnicos que estavam lá. As reuniões abertas com a equipe foram fundamentais. [Entrevistado 16]

9) Reuniões com o SCIH

Foram realizadas reuniões da Coordenação de Enfermagem com SCIH para definição conjunta de condutas, demandas de capacitação da equipe de enfermagem e acompanhamento dos indicadores relacionados aos processos de trabalhos e ao controle de infecções.

Por exemplo, a gente tinha uma parceria muito grande com a CCIH. A CCIH participava e aí começaram a ser apresentados os indicadores e os enfermeiros começaram a ver o resultado do trabalho e começaram a ficar motivados com aquilo. [Entrevistado 16]

(...) teve umas coordenações que colocava, né, gestão à vista pra gente, mas tem muito tempo que não tem gestão à vista pra gente. Da questão de melhoria, né, questão de cateter, de perda de sonda, de perda de acesso, de lesão de pele. Eu lembro que na época teve uma melhoria muito alta, quando estavam colocando essa gestão à vista. Agora assim, o que a gente percebe mesmo é ali no nosso cuidado, na nossa rotina mesmo. Agora, dados estatísticos tem um bom tempo que não tem. [Entrevistado 12]

(...) a gente se reunia, discutia, passava quais eram as nossas rotinas. [Entrevistado 20]

Observam-se a presença e o acompanhamento contínuo do SCIH do processo de mudança.

10) Reuniões com o RH

Além do acompanhamento contínuo da Analista de RH junto ao coordenador de enfermagem, eram feitas reuniões mensais da analista de RH com o coordenador para acompanhamento do quadro de pessoal e do coordenador. O objetivo das reuniões era acompanhar o desempenho dos profissionais, identificando as demandas de contratação, desligamentos e capacitações, e acompanhar a atuação da coordenação, sendo uma referência para ela nos processos de gestão de pessoas.

De modo geral, observa-se que o processo de reestruturação da equipe de enfermagem foi permeado por muita **resistência dos profissionais** da enfermagem, tanto técnicos de enfermagem quanto enfermeiros, da categoria médica e da fisioterapia. Os dados apontam que a resistência estava relacionada ao formato do trabalho proposto, à mudança da equipe, ao perfil e à inexperiência dos enfermeiros contratados para assumir o cuidado beira leito e a perda de autonomia do técnico de enfermagem na assistência prestada ao paciente. Alguns relatos dos entrevistados exemplificam essa questão.

(...) no momento da mudança, muita insegurança, é... pro técnico mais antigo, né? Que se via perdendo espaço, pro enfermeiro recém chegado que não tinha absolutamente nenhuma vivência. Na época a gente acabou contratando muitos recém-formados, primeira experiência. Eles chegavam sem saber efetivamente dar aquela resposta. Aí, eu acho que nesse primeiro momento a gente teve uma resistência declarada, muita conversa, muita troca... eu lembro que o médico falava: eu prefiro mil vezes trabalhar com o técnico que tem experiência do que trabalhar com um enfermeiro recém-formado. O médico muitas vezes já tinha uma vinculação com o técnico. [Entrevistado 21]

Acho que existiu um enorme estranhamento de papel, de responsabilidades mesmo, de função e de hierarquia. Porque, apesar de haver um reconhecimento da hierarquia do enfermeiro pelo técnico no cuidado, o técnico era dono do pedaço. Então, na hora que você coloca esse enfermeiro, isso fica confuso, porque o técnico é o que tem o poder da práxis. De um sabedor cotidiano daquele fazer, daquele processo. E o enfermeiro,

teoricamente, já teria que saber mais do que ele da conta de fazer melhor. [Entrevistado 24]

Quando eu entrei, eu senti que tinha um clima muito pesado assim, no setor, devido à mudança. (...) Teve muita resistência. Principalmente, por parte de... a grande maioria dos técnicos de enfermagem. Muita crítica. () O técnico na terapia intensiva, ele é muito valorizado, normalmente ele tem muita, muita expertise pra lidar com as situações. (...) E a aproximação do supervisor incomoda, não é fácil. Primeiro que houve uma mudança, a gente nunca sabe o que vai acontecer. Segundo que o seu chefe vai trabalhar do seu lado, não é tudo mundo que encara isso de uma forma natural, com positividade. [Entrevistado 17]

Além disso, observou-se um sentimento de desvalorização tanto dos enfermeiros quanto dos técnicos de enfermagem: os enfermeiros, por se sentirem rebaixados; os técnicos, pela perda de autonomia.

(...) no princípio todo mundo, um ficou com raiva do outro, o enfermeiro porque se sentiu rebaixado entre aspas, em relação ao técnico, eles não estavam acostumados com isso, e o técnico se sentiu desvalorizado, então isso no princípio foi nítido. [Entrevistado 20]

Outro ponto importante é que os técnicos de enfermagem, já reduzidos quantitativamente, se sentiram menosprezados pela mudança porque o enfermeiro começou a realizar parte do seu trabalho enquanto muitos enfermeiros novatos, que tinham acabado de sair da faculdade não tem a prática com o paciente. E aí era o técnico o profissional que ensinava. Isso gerou resistência entre eles e uma dificuldade grande de relacionamento. [Entrevistado 18]

Quadro 7 – Reestruturação da equipe de enfermagem

Etapa	Desafios
Reorganização da escala de trabalho	Cobertura assistencial 24 hoas; Viabilidade financeira;
Redefinição do processo de trabalho e definição das atribuições dos técnicos de enfermagem e enfermeiros	Garantir o cumprimento da legislação de enfermagem; Garantir o papel assistencial e de gestor do cuidado do enfermeiro; Acúmulo de muitas funções para o enfermeiro;
Definição do perfil do enfermeiro e do técnico de enfermagem para contratação	Escassez no mercado de trabalho;
Reuniões para comunicação da mudança	Alinhamento das informações com todos os <i>stakeholders</i> ;

Contratação dos enfermeiros	Disponibilidade de mão de obra qualificada de acordo com o perfil definido; Falta de interesse dos candidatos no modelo proposto;
Remanejamento e desligamento dos técnicos de enfermagem	Instabilidade e insegurança dos profissionais dentro da UTI; Perda de profissionais com expertise técnica;
Treinamento e desenvolvimento da equipe de enfermeiros	Planejamento dos treinamentos; Desenvolvimento da habilidade técnica dos enfermeiros; Morosidade no desenvolvimento; Resistência à mudança do papel da enfermagem;
Implantação das corridas de leito de enfermagem	Realizar a corrida com todos os profissionais, especialmente com os do plantão noturno;
Reuniões da Coordenação de Enfermagem com a equipe	Garantir a participação dos profissionais dos plantões diurnos e noturnos
Reuniões com o SCIH	Participação de todos os profissionais dos plantões diurnos e noturnos;
Reuniões com o RH	Garantir o acompanhamento do desempenho do quadro de pessoal e da coordenação;

Fonte: elaborado pela autora

4.4 Gestão de Recursos Humanos

Esta seção contextualiza, a partir das entrevistas e das consultas aos arquivos da instituição, a estrutura e o papel da Gestão de Recursos Humanos no hospital destacando a atuação da GRH na reestruturação da equipe de enfermagem da UTI e na gestão cotidiana do quadro de pessoal do hospital. Apresenta também, a série histórica dos indicadores de Recursos Humanos de Enfermagem da UTI de forma geral e especificamente por cargo a fim de identificar se a reestruturação da equipe de enfermagem realizada em março/2012 repercutiu no comportamento dos profissionais de enfermagem da unidade.

A Gerência de Recursos Humanos tem status de assessoria, está subordinada a Diretoria Geral e compreende três setores que atuam de forma integrada: **I) Administração de Pessoal (APE):**

responsável pela gestão do contrato de trabalho de acordo com a legislação pertinente (contratação via Consolidação das Leis Trabalhistas – CLT); **II) Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho (SESMT):** responsável pela gestão da segurança e saúde do trabalhador, conforme legislação aplicável; e **III) Seleção e Desenvolvimento (SDE):** responsável pelas políticas e processos típicos do gerenciamento de pessoas.

O quadro de pessoal é composto por profissionais celetistas, terceirizados, bolsistas (professores ou funcionários da UFMG que desempenham funções na estrutura da instituição) e estagiários bolsistas.

Tabela 7 – Composição do quadro de pessoal⁷ da instituição

Vínculo	Total de profissionais	% em relação ao total
Celetista	1969	93%
Terceirizados	107	5%
Bolsistas	19	1%
Estagiários bolsistas	17	1%
Total	2112	100%

Fonte: Sistema de folha de pagamento da instituição

O gasto com a folha de pagamento representa aproximadamente 71% do total de despesas do hospital, o que exige um monitoramento rigoroso do quadro de pessoal por parte da Gerência de Recursos Humanos e da direção. Conforme dados apresentados na tabela 8, em relação ao montante das despesas com pessoal, o maior percentual é gasto com a equipe médica e de enfermagem.

Tabela 8 – Despesas com pessoal – Profissionais celetistas⁸

Área	Total de profissionais	% das despesas com pessoal ⁹
Médico	400	47%

⁷ Considera apenas despesas com pessoal celetista.

⁸ Referência junho/2018.

⁹ Referência junho/2018.

Enfermagem	804	28%
Demais categorias	765	25%
Total	1969	100%

Fonte: Sistema de folha de pagamento da instituição

A forma de contratação na instituição desde o início da gestão da fundação de direito privado se dá por meio da Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT) por se tratar de uma Fundação de Direito Privado. Porém, em 2013, pelo fato de o hospital ser financiado por recurso 100% público, o hospital assinou um Termo de Ajustamento de Conduta (TAC) com o Ministério Público do Trabalho que determinou que a contratação dos profissionais para o quadro de pessoal passasse a ser feita através de concurso público e processo seletivo simplificado (este último para as funções operacionais, passíveis de terceirização). O TAC exigiu ainda que todo o quadro contratado fosse substituído ou regularizado por processo seletivo via concurso público. Esta determinação impactou diretamente a Gestão de Recursos Humanos da instituição, exigindo a reestruturação não só do processo de Recrutamento e Seleção, mas de todos os processos relacionados a inserção, acompanhamento e desenvolvimento dos funcionários e das lideranças dentro do hospital.

Buscando a inserção estratégica da área de Recursos Humanos na administração institucional, o setor de Seleção e Desenvolvimento atua no modelo de consultoria interna garantindo suporte aos gestores no que diz respeito à gestão de pessoas, buscando a aproximação e o alinhamento dos mesmos com as diretrizes e prioridades institucionais, além de uma atuação forte junto aos coordenadores na gestão das despesas com pessoal. Esse modelo de atuação visa à apropriação do RH das especificidades de cada setor e a sua inserção estratégica na gestão institucional.

Eu acho que o RH tinha uma atuação forte frente ao contexto do hospital no orçamento de pessoal, de zelar e controlar o orçamento de pessoal dentro de um limite que era possível. Eu acho que é... ele também começou a participar frente às limitações orçamentárias para a implantação de práticas de gestão de pessoas, ele começou a participar mais também de maneira sistêmica da gestão institucional do hospital e até com o corpo clínico. (...) os conflitos entre equipes... uma certa sensibilização das lideranças médicas para minimamente gerenciar um corpo clínico, fazer um desligamento, dar uma advertência acompanhar de fato a pessoa, dar um feedback, é... então eu acho que isso foi um ponto importante nesse período e, com as demais categorias profissionais tinha um foco muito no apoio as lideranças, tanto nessa questão objetiva do quantitativo do quadro de pessoal e do orçamento de pessoal, que se refletia de verdade no gasto com a folha, tanto dos processos básicos de gestão de pessoas. Então eu acho que tinha um apoio para as lideranças de pessoas, de profissionais de RH que tinham uma interlocução mais qualificada com essas lideranças. Mas acho que o foco acabou ficando no grupo de lideranças para esse apoio, esse suporte, pra tirar

dúvida, pra orientar, pra ajudá-los a ter uma atuação mais voltada para gestão das pessoas. [Entrevistado 21]

A operacionalização do modelo de consultoria interna se dá por meio da divisão dos setores do hospital entre os analistas de Recursos Humanos. Esses profissionais atuam como referência da coordenação de cada setor sob sua responsabilidade para todos os processos de recursos humanos.

A interface direta entre os analistas de RH e os gestores da instituição acontece, principalmente, por meio do acompanhamento dos setores através do headcount: processo mensal de conferência e análise do quadro de pessoal setorial realizado pelo Analista de RH e a coordenação responsável pela área. A conferência do quadro se dá sob a perspectiva quantitativa (visando por um lado garantir o número de profissionais necessários para o funcionamento da escala e por outro impedir que sejam geradas despesas desnecessárias com aumentos de quadro) e qualitativa (acompanhamento do desempenho dos profissionais de forma indireta e acompanhamento da coordenação nos aspectos relacionados a gestão de RH).

Além disso, é o momento em que são discutidos os processos de trabalho do setor, o impacto do mesmo no comportamento e desempenho dos empregados, além da interface do setor com as outras áreas da instituição.

Além da referência para as coordenações, o setor de Seleção e Desenvolvimento é responsável pelo desenvolvimento das políticas e dos processos típicos do gerenciamento de pessoas: Recrutamento, Seleção, Treinamento, Desempenho e Remuneração. Cada analista de RH é referência para o desenvolvimento de um dos processos. Quanto a esses processos, algumas informações identificadas merecem destaque:

- **Recrutamento e Seleção:** a partir de agosto de 2014, com a homologação do primeiro edital do concurso público, o processo de contratação para os cargos de nível médio técnico e superior passaram a ser feitos por meio de aprovação nos editais de concurso. Houve uma mudança significativa na forma de recrutar e selecionar os profissionais: antes da admissão pelo concurso, o processo seletivo era feito de acordo com o perfil da vaga contemplando a avaliação técnica, comportamental e as experiências adquiridas (eram realizadas provas de conhecimento teórico, dinâmicas de grupo, avaliação psicológica e entrevista presencial com os candidatos realizada conjuntamente pelo RH e pela coordenação da área). Após a assinatura do TAC, a

seleção passou a ser feita por meio de edital contemplando duas etapas: avaliação de conhecimento teórico (prova escrita) e pontuação da experiência profissional (etapa classificatória). Além disso, na ausência de candidatos aprovados, são realizados contratos por prazo determinado, até que haja a homologação de novo edital, para cobertura das vagas em aberto.

Uma informação importante identificada na instituição é que, por se tratar de hospital de ensino, com um fluxo considerável de acadêmicos e residentes das profissões da saúde, antes do assinatura do TAC, era frequente, por meio da aprovação no processo seletivo, o recrutamento e a contratação de profissionais que haviam passado por estágios na instituição, sendo, portanto, profissionais que conheciam de alguma forma o modelo assistencial e de gestão da instituição e as atividades desempenhadas. A partir do concurso, o perfil de candidatos selecionados foi alterado.

- Treinamento e Desenvolvimento (T&D) – a instituição possui uma política de T&D com diretrizes definidas pela Gerência de Recursos Humanos. Até dezembro de 2017, a política de T&D era operacionalizada por meio da atuação de três áreas de referência: Núcleo de Ensino e Pesquisa (responsável pelas atividades de treinamento e desenvolvimento dos acadêmicos e residentes), Educação Permanente da Enfermagem (responsável pelos treinamentos de toda a enfermagem) e o Seleção e Desenvolvimento (referência para as ações de capacitação dos demais profissionais do hospital). Contudo, a partir de 2018, diante da fragmentação da política vigente e da baixa efetividade das ações de T&D na instituição, foi criada uma equipe multiprofissional exclusiva de Educação Permanente, vinculada à Gerência de Recursos Humanos, responsável pela revisão da política, pela gestão das ações educativas de todas as áreas do hospital e pelo desenvolvimento de ações educativas a partir do cotidiano de trabalho, buscando fortalecer o trabalho multiprofissional na institucional conforme a diretriz institucional.

Em relação às ações de T&D realizadas periodicamente pela instituição, cabe destacar o treinamento de integração institucional para os novos funcionários e o treinamento de integração assistencial, para todos os profissionais admitidos para a assistência, focado nas normas, rotinas e atividades comuns aos profissionais assistenciais. Além destes, é de responsabilidade da coordenação do setor a organização e realização do treinamento setorial para os empregados novatos. No caso da enfermagem, este treinamento dura em média de

quinze a vinte dias e é estruturado de acordo com as normas, rotinas, procedimentos e protocolos do setor.

Devido a limitações orçamentárias, não há um orçamento definido para as ações de T&D na instituição. Na maioria das vezes, as ações formativas e de desenvolvimento são realizadas com os recursos internos do hospital, por meio de parcerias com a UFMG ou escolas que possuem convênio com a instituição. As ações de capacitação que dependem de recursos financeiros adicionais são avaliadas em conjunto pela Gerência de Recursos Humanos e pela direção para serem aprovadas.

- **Desempenho** – a instituição realiza apenas a avaliação do período de experiência com base nas competências definidas como necessárias a todos os profissionais que atuam no hospital. São realizadas duas avaliações, a primeira com 45 dias a contar da data da admissão e a segunda com 90 dias. Os gestores realizam o plano de ação de desenvolvimento do empregado caso o resultado da avaliação seja inferior a 70%. Não há uma política de avaliação de desempenho periódica na instituição.

- **Remuneração** – a estrutura de cargos e salários é desenhada e gerenciada buscando garantir o seu alinhamento interno (coerência da nomenclatura dos cargos e das remunerações com as funções desempenhadas na instituição) e externo (compatibilidade dos cargos e dos salários com o mercado de trabalho). A remuneração está embasada no cargo ocupado pelo empregado, não sendo praticada qualquer remuneração adicional por desempenho ou tempo de serviço, uma vez que a instituição não possui plano de cargos, salários e carreira. No caso da categoria médica, devido à dificuldade de cobertura de algumas áreas e horários, há alguns incentivos como adicional de referência para atuação no Pronto Socorro e cobertura dos plantões de finais de semana em alguns setores específicos.

Em relação ao monitoramento do mercado de trabalho da saúde e a gestão da estrutura de cargos e salários, esses papéis da GRH são viabilizados principalmente pela participação ativa do hospital no Grupo de estudo de Políticas de Recursos Humanos na área da saúde (GRPRHAS), que reúne 26 instituições de saúde de Belo Horizonte e da região metropolitana. O grupo discute políticas de remuneração, bem como as demais políticas de RH, além da discussão da atuação estratégica da área de RH no contexto da saúde.

As políticas e práticas de recursos humanos são monitoradas através dos indicadores operacionais e de processo, vinculados a cada uma das políticas de RH do hospital, indicadores financeiros, vinculados às despesas com pessoal, e indicadores tradicionais de recursos humanos que permitem o monitoramento e a gestão do quadro de pessoal: caracterização da força de trabalho, funcionário por leito, rotatividade e absenteísmo. Quanto ao último grupo de indicadores, eles são monitorados por setor e por cargo, sendo disponibilizados e discutidos com os coordenadores no acompanhamento mensal do quadro de pessoal.

Além disso, identificou-se que, desde o ano de 2017, a Gerência de RH está em fase de implantação de novo sistema informatizado de gestão de pessoas além da revisão e adequação de atividades e processos, que impactam a gestão administrativa do quadro de pessoal, em função da implantação do e-Social¹⁰. Observou-se que algumas flexibilidades na gestão do quadro de pessoal, como flexibilidade no horário de trabalho, trocas de plantão, realização de horas extras foram limitadas em função da necessidade do cumprimento integral das regras da CLT.

Os dados demonstram que a área de Recursos Humanos esteve presente e atuante durante todo o processo que envolveu a reestruturação do quadro de pessoal de enfermagem através da participação direta da assessora de Recursos Humanos e da analista de RH de referência do setor.

O RH acompanhava o quadro de pessoal de enfermagem da UTI por meio da relação direta estabelecida entre o analista de RH e a coordenação de enfermagem. Esse formato de trabalho permitiu ao RH uma apropriação do cenário vivenciado pela enfermagem da UTI atuando como um parceiro da coordenação na discussão do novo modelo de enfermagem e no processo de implementação do mesmo, além da atuação do RH em prol do fortalecimento da liderança dentro da instituição e do seu desenvolvimento na função gerencial.

Em relação às etapas da implementação da mudança, conforme apresentado na seção acima, observa-se que o RH participou da avaliação da necessidade de reestruturação da enfermagem,

¹⁰ O Decreto nº 8373/2014 instituiu o Sistema de Escrituração Digital das Obrigações Fiscais, Previdenciárias e Trabalhistas (eSocial). Por meio desse sistema, os empregadores passarão a comunicar ao Governo, de forma unificada, as informações relativas aos trabalhadores, como vínculos, contribuições previdenciárias, folha de pagamento, comunicações de acidente de trabalho, aviso prévio, escriturações fiscais e informações sobre o FGTS.

da construção de um projeto viável do ponto de vista financeiro e da implementação do projeto por meio dos subsistemas de recursos humanos.

Em relação ao aspecto financeiro, acerca das despesas que seriam acrescidas no orçamento de pessoal, a discussão conjunta do RH e da coordenação de enfermagem foi fundamental para a proposição de um modelo viável financeiramente para a instituição, devido às restrições orçamentárias, e gerenciável a partir da definição das novas escalas de trabalho dos enfermeiros.

Em relação aos subsistemas, o RH contribuiu da seguinte forma: na discussão da remuneração como um aspecto estratégico para garantir a posição e a função do enfermeiro de gestor do cuidado; na definição do perfil necessário para atuação dos profissionais no novo processo de trabalho; no processo de contratação; no planejamento dos treinamentos; na avaliação dos profissionais contratados; na comunicação da mudança para os profissionais da enfermagem; nos desligamentos e remanejamento dos empregados; e, principalmente, através do modelo de consultoria interna, atuou como uma referência para a coordenação na gestão do quadro de pessoal e na gestão da mudança, disponibilizando feedbacks, apoiando a coordenação diante das resistências dos profissionais e construindo caminhos viáveis para a implantação do modelo e desempenho da equipe.

E a gente [Recursos Humanos] fez uma atuação muito de perto desde o processo seletivo dos novos enfermeiros, em relação ao perfil (...) Eu sinto que foi uma parceria importante, não só em relação à contratação dos profissionais, fazer todas as contas de viabilidade financeira dentro do orçamento de pessoal mas também um apoio a própria coordenadora. Então a gente trabalhou muito intensamente (...) A gente trabalhou no apoio ao remanejamento e desligamento de pessoas. Então, a pessoa de RH de referência do setor participava ativamente dessas decisões junto à coordenação, como seria a contratação, o planejamento, os treinamentos, quando que aquele novo grupo de pessoas tinha que chegar, quanto tempo tinha que ficar chegando, então isso foi muito bem trabalhado para tentar minimizar os efeitos colaterais que a gente sabe muito bem que teria, né? Da resistência de algumas pessoas, as dificuldades naturais de uma mudança de modelo até que ele se estabilizasse. Então eu acho que o RH à época foi bem parceiro nesse processo. [Entrevistado 21]

O RH foi um grande parceiro. Primeira coisa, entendeu e comprou a ideia. A gerente de RH e a equipe de RH compraram a ideia. A Diretoria. Eu perguntei para a Diretoria: vocês confiam no meu trabalho pra fazer essa mudança? Isso me deu segurança. E a questão do RH apoiar o processo o tempo inteiro, o que isso significa, ter a disponibilidade de discutir os caminhos mais viáveis, esse cuidado que a gente tinha, os feedbacks em relação à implantação e o impacto da mesma sobre os profissionais. Eu acho que uma transparência mesmo, sabe? Uma segurança de que um e outro estava dando esse suporte, eu acho que foi fundamental. (...) Esses cuidados que eu acho que foram muito planejados, essa gestão junto com o RH eu acho que eles foram fundamentais para que aquilo ali caminhasse de uma maneira é... conjuntas e consolidada aos poucos, sem aquela pressa de, vamos substituir todo mundo... o RH sempre com esse cuidado. Se os enfermeiros tinham o treinamento adequado, era de no

mínimo um mês. Quais foram os hospitais que tiveram esse cuidado? Né? O enfermeiro, ele adaptava. Tinha enfermeiro que chegava na sala chorando, falando eu quero ir embora e depois não queria sair... então, assim.. teve todo esse cuidado. [Entrevistado 16]

No tocante à avaliação da necessidade de reestruturação da enfermagem, um dos elementos que embasou e norteou as discussões, conforme apresentado nos relatórios institucionais elaborados pela coordenação de enfermagem, foram os indicadores de RH da UTI relacionados ao Recrutamento e Seleção, absenteísmo e rotatividade. As discussões apontaram que o comportamento dos recursos humanos de enfermagem poderia impactar a disponibilidade dos leitos da UTI dentro da instituição e a qualidade e segurança da assistência prestada aos pacientes.

No tocante aos indicadores de RH, instrumento de gestão utilizado pelo setor de Recursos Humanos, conforme apresentado na metodologia, diante da identificação de outras duas alterações significativas no quadro de enfermagem da UTI (agosto/2010 - primeiro redimensionamento da equipe de enfermeiros; agosto/2014 – início das admissões dos profissionais da UTI via concurso público), a série histórica foi analisada separando quatro diferentes períodos:

- **Período 1** - compreendido entre janeiro/2010 e julho/2010 – dimensionamento de pessoal conforme as exigências legais da época (um técnico de enfermagem para dois pacientes e um enfermeiro para dez leitos);
- **Período 2 – Mudança 1:** compreendido entre agosto/2010 e março/2012 – Implementação da primeira mudança no dimensionamento de pessoal – um enfermeiro para 5 ou 6 pacientes no período diurno (com a concentração dos procedimentos durante o dia) e permanência de um enfermeiro para 10 pacientes no período noturno (preservação do sono do paciente);
- **Período 3 – Mudança 2:** compreendido entre abril/2012 e julho/2014 – Implementação da segunda mudança no quadro – dupla de cuidado composta por um enfermeiro e um técnico de enfermagem para três pacientes tanto no período diurno quanto no noturno;
- **Período 4 – Pós-concurso:** compreendido entre agosto/2014 e julho/2018 – Processo de admissão dos profissionais via concurso público.

As séries históricas dos indicadores são apresentadas abaixo.

4.4.1 Caracterização da força de trabalho

As alterações realizadas na composição da equipe de enfermagem e na organização do processo de trabalho refletiram nas características sociodemográficas da equipe de enfermagem. A caracterização da força de trabalho dos enfermeiros e dos técnicos de enfermagem são apresentadas nas tabelas 9 e 10.

Tabela 9 – Caracterização da força de trabalho - Enfermeiros UTI

Período	Média Total de ativos	Média Total de mulheres	Mulheres (%)	Média Total de homens	Homens (%)	Idade média	Tempo médio de permanência (em anos)	Nível educacional predominante
Período 1	26	18	68%	9	32%	30,6	1,7	Superior Completo
Período 2 - Mudança 1	31	26	82%	5	18%	29,4	1,7	Superior Completo
Período 3 - Mudança 2	63	54	86%	9	14%	29	1,5	Superior Completo
Período 4 - Pós-Concurso	60	52	88%	7	12%	33,4	2,1	Superior Completo

Fonte: Sistema de folha de pagamento da instituição

Tabela 10 – Caracterização da força de trabalho - Técnicos de Enfermagem UTI

Período	Total de ativos	Total de mulheres	Mulheres (%)	Total de homens	Homens (%)	Idade média	Tempo médio de permanência (em anos)	Nível educacional predominante
Período 1	111	90	81%	21	19%	31,9	1,5	Médio Completo
Período 2 - Mudança 1	113	85	76%	28	24%	32,7	1,9	Médio Completo
Período 3 - Mudança 2	59	52	87%	8	13%	33,2	3,2	Médio Completo
Período 4 - Pós-Concurso	51	47	93%	4	7%	34,3	4,3	Médio Completo

Fonte: Sistema de folha de pagamento da instituição

Ao analisar o Período 3, em que ocorreu a mudança da enfermagem para a dupla de cuidado, observa-se que houve um aumento de 103% do quadro de enfermeiros, passando de 31 para 63 profissionais de nível superior e uma redução de 48% dos profissionais de nível técnico. Houve

um aumento no percentual de mulheres tanto no cargo de enfermeiro (de 82% para 86% do quadro) quanto no cargo de técnico de enfermagem (de 76% para 87%), sendo esse aumento intensificado ainda mais após o concurso.

As médias de idade dos enfermeiros e dos técnicos de enfermagem mantiveram-se praticamente as mesmas: dos enfermeiros 29 anos e a dos técnicos 33 anos. Em relação ao tempo de permanência, identifica-se uma diferença significativa no comportamento dos enfermeiros e dos técnicos de enfermagem. Enquanto há um aumento significativo no tempo médio de permanência dos técnicos de enfermagem, passando de 1,9 para 3,2 anos, há uma redução no tempo de permanência dos enfermeiros, de 1,7 para 1,5 anos.

Tabela 11 – Caracterização da força de trabalho - Enfermagem UTI

Período	Média Total de ativos	Média Total de mulheres	Mulheres (%)	Média Total de homens	Homens (%)	Idade média	Tempo médio de permanência (em anos)	Nível educacional predominante
Período 1	173	121	70%	52	30%	32,8	1,8	Médio Completo
Período 2 - Mudança 1	177	120	68%	57	32%	32,9	2,1	Médio Completo
Período 3 - Mudança 2	154	118	76%	36	24%	32,3	2,7	Superior Completo
Período 4 – Pós- Concurso	141	112	79%	29	21%	34,9	3,4	Superior Completo

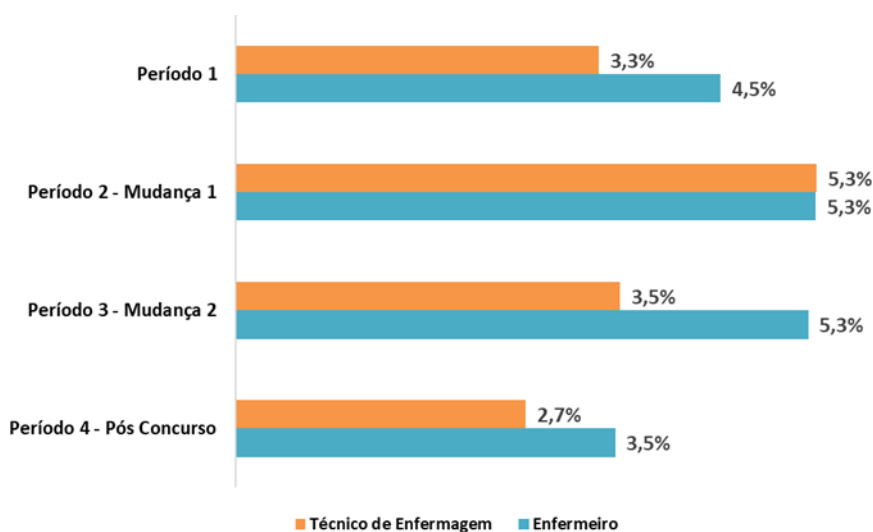
Fonte: Sistema de folha de pagamento da instituição

Por fim, ao analisar a caracterização global da equipe de enfermagem, conforme tabela 11, observa-se uma redução de 13% no quadro de pessoal de enfermagem, reduzindo de 177 para 154 profissionais. Houve um aumento significativo no percentual de mulheres demonstrando a intensificação da feminização da força de trabalho de enfermagem da UTI. Manteve-se uma força de trabalho jovem, com uma média de idade de 32 anos e um aumento no tempo médio de permanência de 2,1 para 2,7 anos influenciada basicamente pelo maior tempo de permanência dos técnicos de enfermagem. Além disso, outra mudança significativa foi o nível de escolaridade predominante da equipe que alterou de nível médio técnico para nível superior.

4.4.2 Rotatividade

A série histórica¹¹ do indicador de rotatividade da equipe de enfermagem da UTI demonstra que houve uma mudança no comportamento do indicador ao longo dos anos. Essa mudança é observada em cada um dos períodos analisados e em cada uma das categorias profissionais conforme o gráfico abaixo.

Gráfico 2 – Rotatividade Enfermagem UTI por período



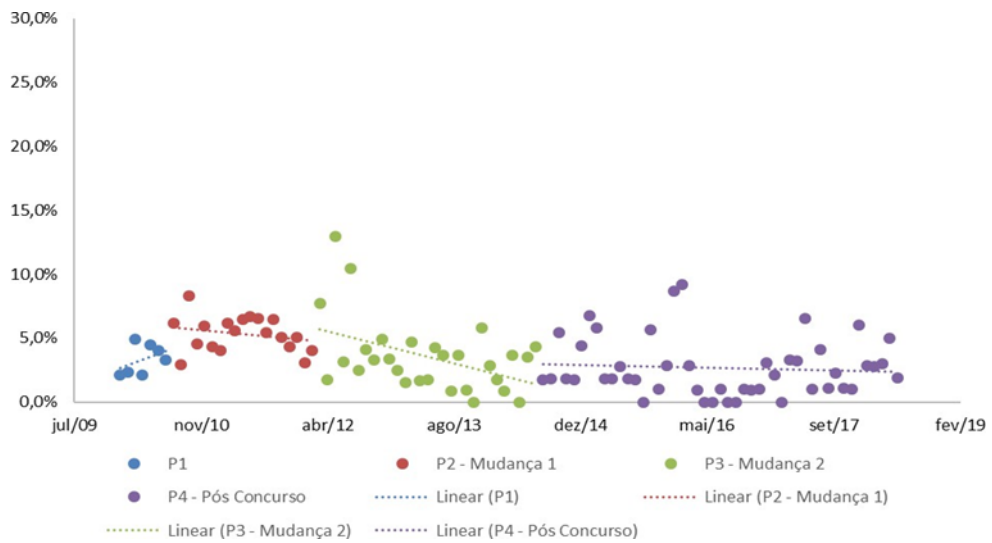
Fonte: Sistema de folha de pagamento da instituição

Ao comparar os quatro períodos, identifica-se que, a partir da reestruturação da equipe de enfermagem (Período 3), há uma redução na rotatividade dos técnicos. Já a rotatividade dos enfermeiros se mantém praticamente a mesma, apresentando uma redução apenas a partir das admissões via concurso público.

A série histórica do índice de rotatividade dos técnicos de enfermagem e a caracterização de cada um dos períodos podem ser visualizadas no gráfico e na tabela abaixo.

¹¹ A série histórica é apresentada no Anexo III.

Gráfico 3 – Rotatividade Técnicos de Enfermagem UTI



Fonte: Sistema de folha de pagamento da instituição

Tabela 12 – Caracterização da rotatividade por período – Técnicos de Enfermagem UTI

Período	Mínimo	Máximo	Média	Mediana	Tendência do Período
Período 1	2,10%	5,00%	3,30%	3,30%	Aumento
Período 2 - Mudança 1	2,90%	8,30%	5,30%	5,50%	Redução
Período 3 - Mudança 2	0,00%	12,90%	3,50%	3,30%	Redução
Período 4 - Pós Concurso	0,00%	9,20%	2,70%	1,90%	Estabilidade

Fonte: Sistema de folha de pagamento da instituição

Quanto à rotatividade dos técnicos, embora haja uma redução considerável da rotatividade a partir da reestruturação da equipe de enfermagem (Período 3), foram identificados picos nas transições entre os quatro períodos. Esses picos estão relacionados às substituições previstas no quadro devido às mudanças implementadas, se dando tanto por iniciativa do empregador quanto do empregado devido à não adaptação. No início do período 2, quando houve a primeira redução dos técnicos de enfermagem no horário diurno, a rotatividade chegou a 8,3% nos três primeiros meses. No início do período 3, da dupla de cuidado, houve uma rotatividade maior nos cinco primeiros meses devido à complexidade da mudança e ao volume de profissionais técnicos desligados, chegando a atingir o índice de 12,9%. Após os cinco primeiros meses iniciais, a média da rotatividade do período foi de 2,8% com uma tendência de redução.

Além disso, conforme apresentado na tabela abaixo, a avaliação dos desligamentos dos técnicos de enfermagem demonstra que há uma redução nos pedidos de demissão a partir da mudança da equipe de enfermagem (Período 3) para atuarem no modelo de dupla de cuidado: houve uma redução média de 3,5 para 2,0 desligamentos/mês e, após o concurso, para a média de 1,1 desligamentos/mês. Houve também uma redução nos desligamentos por iniciativa do empregador: 2,7 desligamentos/mês (período 2), 1,6 (período 3 – mudança 2), 0,4 (período 4 – pós-concurso).

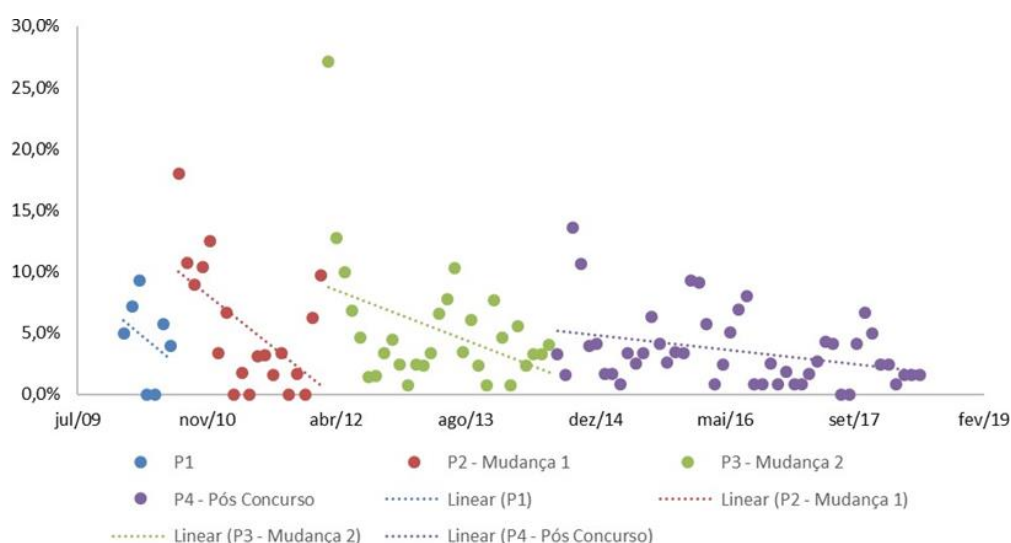
Tabela 13 – Média mensal de rescisões no período por motivo – Técnicos de Enfermagem UTI

Período	Rescisão por justa causa pelo empregador	Rescisão sem justa causa Iniciativa empregador	Rescisão contratual a pedido do empregado	Extinção normal do contrato de trabalho por prazo determinado	Falecimento	Total
Período 1	0,3	1	2,4	0	0	3,7
Período 2 - Mudança 1	0,3	2,7	3,5	0	0	6,5
Período 3 - Mudança 2	0,2	1,6	2	0	0,1	3,8
Período 4 - Pós Concurso	0	0,4	1,1	0,4	0	1,9

Fonte: Sistema de folha de pagamento da instituição

Em relação à rotatividade dos enfermeiros, a análise da série histórica do indicador e a caracterização de cada um dos períodos demonstram outro comportamento.

Gráfico 4 – Rotatividade Enfermeiros UTI



Fonte: Sistema de folha de pagamento da instituição

Tabela 14 – Caracterização da rotatividade por período – Enfermeiros UTI

Período	Mínimo	Máximo	Média	Mediana	Tendência do Período
Período 1	0,00%	9,30%	4,50%	5,00%	Redução
Período 2 - Mudança 1	0,00%	18,00%	5,30%	3,30%	Redução
Período 3 - Mudança 2	0,70%	27,10%	5,30%	3,40%	Redução
Período 4 – Pós-Concurso	0,00%	13,60%	3,50%	2,60%	Redução

Fonte: Sistema de folha de pagamento da instituição

Ao analisar os dados, são identificados picos mais elevados de rotatividade dos enfermeiros nos períodos de transição entre os quatro momentos analisados, sendo essas altas previstas devido às modificações no quadro de enfermeiros. Na mudança do período 2 para o período 3, da dupla de cuidado, a rotatividade foi mais impactante devido ao volume de contratações realizadas. A rotatividade no momento da mudança chegou a 27,1% e nos quatro primeiros meses a média foi de 14,2%. Após essa transição inicial, a média da rotatividade do período foi de 3,8%. A partir das admissões via concurso, a média da rotatividade foi de 3,5%.

Ao avaliar o perfil dos desligamentos dos enfermeiros, conforme tabela abaixo, observa-se que a maioria desses desligamentos, em todos os períodos analisados, deu-se por iniciativa do empregado (49% dos desligamentos realizados durante todo o período – jan/10 a jun/18). Ao comparar os períodos, nota-se que, a partir da reestruturação da equipe de trabalho (Período 3), houve um aumento médio no número de desligamentos, passando de 1,9 desligamentos/mês para 2,5; a partir do concurso, tem-se 2,6 desligamentos/mês. No entanto, a partir das admissões via concurso, houve uma redução dos desligamentos por iniciativa do empregado (de 2 para 1,3 desligamentos/mês e aumentaram os desligamentos por iniciativa do empregador (de 0,4 para 0,7). O aumento dos desligamentos por iniciativa do empregador está relacionada a necessidade de substituição dos enfermeiros não concursados por profissionais concursados (essa situação não aconteceu com os técnicos de enfermagem).

Tabela 15 – Média mensal de rescisões no período por motivo – Enfermeiro UTI

Período	Rescisão por justa causa pelo empregador	Rescisão sem justa causa Iniciativa do empregador	Rescisão contratual a pedido do empregado	Extinção normal do contrato de trabalho por prazo determinado	Total
Período 1	0	0,2	1,4	0	1,6
Período 2 - Mudança 1	0	0,5	1,4	0	1,9
Período 3 - Mudança 2	0	0,4	2	0,1	2,5
Período 4 – Pós-Concurso	0,1	0,7	1,3	0,5	2,6

Fonte: Sistema de folha de pagamento da instituição

Outro aspecto que caracteriza os desligamentos dos enfermeiros é o tempo de permanência desses profissionais na instituição. Observa-se pela tabela abaixo que, apesar da evolução dos anos, em todos os períodos analisados, os profissionais que saíram da instituição tinham no máximo 1 ano de permanência na instituição. No período 3, a partir do modelo da dupla de cuidado, 54% dos profissionais que saíram do hospital tinham no máximo um ano de casa; 82% tinham de 0 a 2 anos.

Tabela 16 – Tempo de permanência dos profissionais desligados¹² - Enfermeiros UTI

Período	P1	P2	P3	P4	Total	Total acumulado
Até 1 ano	88%	39%	54%	39%	46%	46%
1 a 2 anos	0%	18%	28%	23%	23%	69%
2 a 3 anos	13%	14%	4%	15%	11%	80%
3 a 4 anos	0%	4%	6%	14%	9%	89%
4 a 5 anos	0%	18%	1%	4%	5%	94%
acima de 5	0%	7%	7%	4%	6%	100%
Total Geral	8	28	71	99	206	

Fonte: Sistema de folha de pagamento da instituição

Ao entrevistar os profissionais que atuam na UTI, observou-se que alguns consideram que há uma rotatividade alta dos enfermeiros na UTI, desde a mudança do modelo assistencial de enfermagem que insere o enfermeiro no cuidado direto ao paciente. Quanto aos motivos, eles atribuem ao fato de os enfermeiros permanecerem o tempo suficiente para adquirir experiência

¹² Consideram-se todos os desligamentos: por iniciativa do empregador, dos empregados e a finalização dos contratos por prazo determinado.

e buscar outra oportunidade profissional porque há uma sobrecarga de trabalho para o enfermeiro ou o fato de não se adaptarem ao modelo assistencial de cuidado.

E é, até hoje, sempre, você pode perguntar pra todo mundo que passou aí deve ter te falado que aqui a rotatividade é muito grande, porque o pessoal que vem de fora, passa no concurso, eh, a maioria é supervisão e quando chega aqui e vê assistência, o trabalho é pesado, é muito pesado, assistência é pesada, às vezes a gente tem, né, paciente tetraplégico, a gente precisa de ajuda, então você precisa ter a demanda da equipe, e aí nem todo mundo tem a boa vontade, então você/ é pesado, então o pessoal não fica, acho que não só pela carga horária, porque o serviço é pesado (...) sinto que o pessoal faz assim: eles entram aqui, pegam experiência e tudo mais, e depois sai. Muita gente não fica. [Entrevistado 9]

(...) esse modelo de cuidado que foi colocado, mesmo antes de ter o concurso no [hospital], fez muita gente sair, porque tem enfermeiros que não gostaram, não se adaptaram de trabalhar na assistência. [Entrevistado 4]

(...) o pessoal entra e não tem a noção de como é o trabalho, aí assim... Se não gostar, já sai. Não gostou, mas precisa de ficar ali, afasta [Entrevistado 6]

A rotatividade do enfermeiro aumentou por causa da questão da, da, da enfermagem ser assistencial. Teve muita rotatividade na época da mudança porque eu acho que tinha muito a ver com uma questão de aceitação delas, né? Porque elas acham, querendo ou não, que elas foram rebaixadas, tipo assim, elas se igualaram ao técnico de enfermagem. (...) elas acham que elas foram rebaixadas nessa questão, de ter que entrar em banho, ter que trocar a fralda. (...) Era supervisão e virou assistencial, eu acho que dessa época, tem apenas uma enfermeira. Na época saiu muita gente, muita gente mesmo, e com a entrada do concurso, né, que agora é via concurso, teve uma rotatividade muito alta também. [Entrevistado 10]

Na visão de outros profissionais, a alta rotatividade foi pontual e esteve relacionada à mudança de coordenação de enfermagem.

E aí teve esse, entrou a outra coordenadora, aí houve um período de turbulência, então isso instabilizou muito, né. [Entrevistado 26]

(...) teve muita rotatividade e num foi só na mudança do modelo não. Teve muita também quando teve uma coordenação com um perfil mais difícil de lidar... [Entrevistado 2]

Para alguns, a rotatividade foi maior no período da mudança, e, a partir do concurso, houve uma estabilização uma vez que os profissionais passaram a conhecer o modelo de trabalho da enfermagem na UTI, seja através do concurso ou da circulação da informação de como é o modelo de enfermagem da UTI do hospital em Belo Horizonte.

Na época da mudança aumentou a rotatividade. Entraram e saíram muitos enfermeiros. Depois, com o concurso, deu uma estabilizada porque as pessoas já vem, já faz o concurso do Risoleta sabendo que o modelo é assim. Ou pelo menos sabe da triagem, porque sempre faz uma triagem antes, então a pessoa já sabe qual que é o modelo, então ou ela já aceita a vaga, ou não. E, acaba que fica conhecido, né, em Belo Horizonte, e, se a pessoa não tem o perfil, ela nem faz o concurso. Mas antes do concurso, eu acho

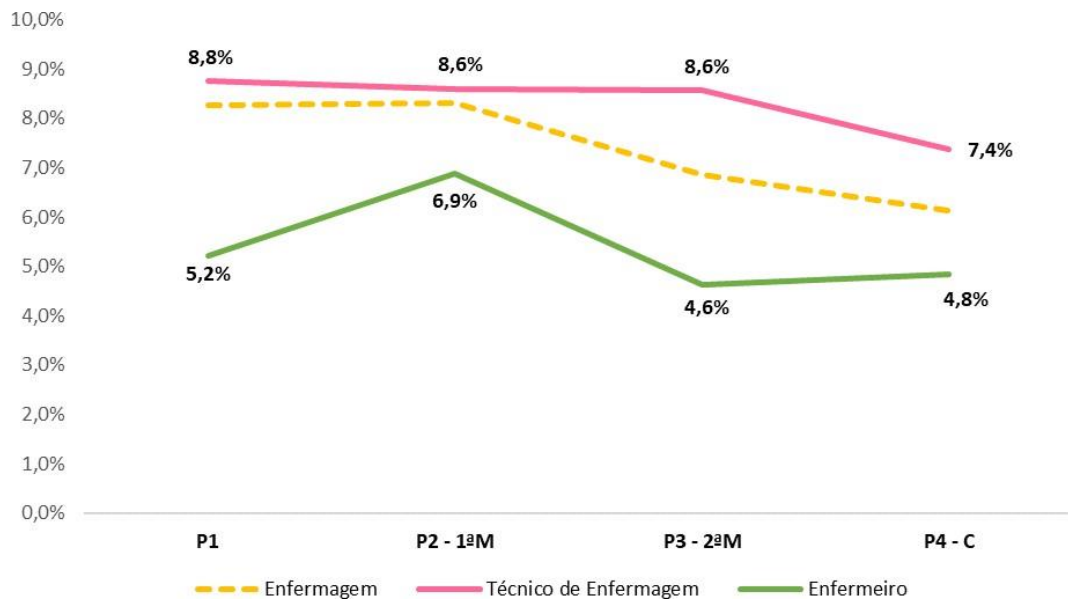
que, eh, que tinha muita rotatividade antes, e depois do concurso eu acho que deu uma tranquilizada. [Entrevistado 8]

(...) depois que passou aquele tumulto inicial, ela foi se acomodando. [Entrevistado 19]

4.4.3 Absenteísmo

A evolução do indicador de absenteísmo da equipe de enfermagem da UTI no período de janeiro/2010 a junho/2018 demonstra que houve uma mudança no comportamento do indicador ao longo dos anos. Essa mudança é observada em cada um dos períodos analisados e em cada uma das categorias profissionais, conforme o gráfico abaixo.

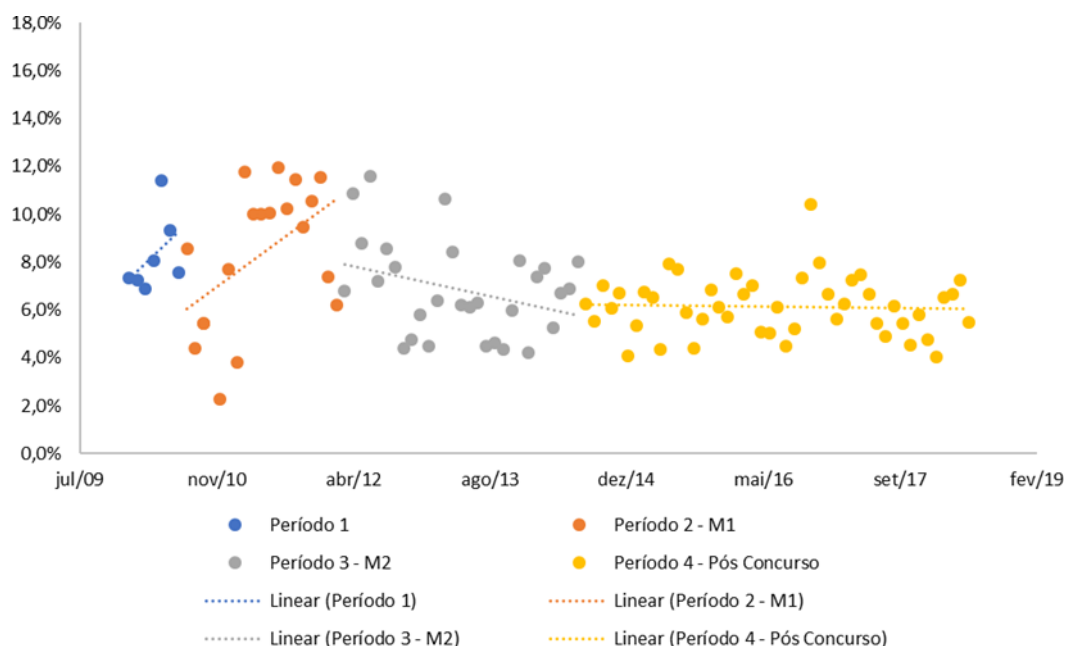
Gráfico 5 – Absenteísmo Enfermagem UTI por período



Fonte: Sistema de folha de pagamento da instituição

A taxa de absenteísmo geral da enfermagem da UTI apresentou uma redução considerável a partir da reestruturação da equipe de enfermagem (P3-2ªM) conforme apresentado no gráfico abaixo.

Gráfico 6 – Absenteísmo Enfermagem UTI



Fonte: Sistema de folha de pagamento da instituição

Identificou-se a concentração das taxas mais elevadas de absenteísmo no final do período 2, quando foi implementada a primeira mudança na equipe de enfermagem, e, a partir da reestruturação da equipe de enfermagem para a dupla de cuidado, há uma redução considerável dos índices de absenteísmo.

Por ser a Terapia Intensiva um setor que depende da assistência dos profissionais de enfermagem 24 horas por dia, a análise do volume de horas ausentes no setor foi outra variável investigada. Essa análise demonstra que houve uma redução considerável no total de horas perdidas de trabalho da equipe de enfermagem. A média de horas ausentes no período da mudança 2 é 33% menor que o total de horas ausentes no período anterior.

Tabela 17 – Média mensal de horas ausentes por período - Enfermagem UTI

Período	Mínimo	Máximo	Média	Mediana
Período 1	2037	3264	2346	2178
Período 2 - Mudança 1	679	3691	2486	3012
Período 3 - Mudança 2	994	3152	1660	1599
Período 4 – Pós-Concurso	899	2180	1328	1321

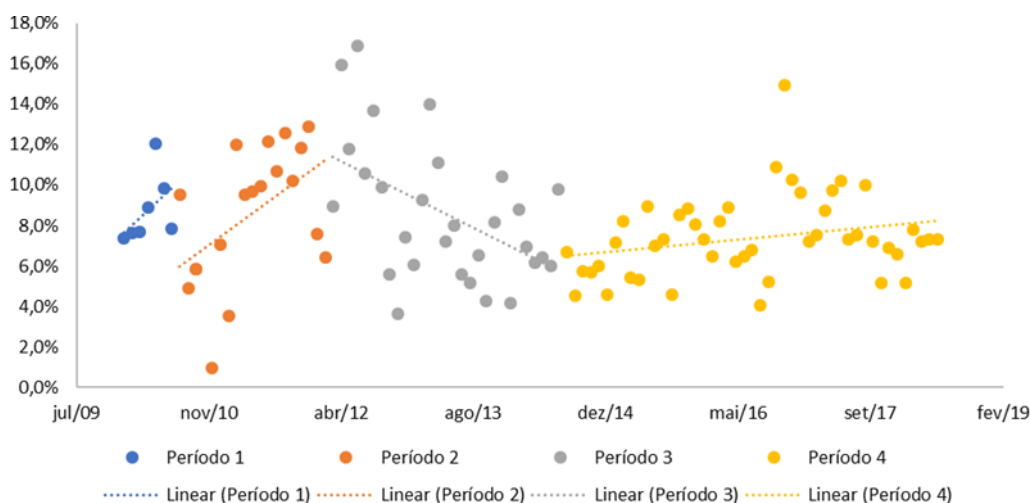
Fonte: Sistema de folha de pagamento da instituição

Essa redução parece ser percebida no cotidiano de trabalho dos profissionais da enfermagem, refletindo na assistência prestada aos pacientes, como pode ser constatado na fala de uma delas:

Tem menos ausência tanto de técnico quanto de enfermeiro. Dos dois. Eu me lembro uma vez que a gente trabalhava lá naquele CTI 3, com dois técnicos de enfermagem pra todos aqueles pacientes e 1 enfermeiro só. Muito complicado. [Entrevistado 5]

Devido às diferenças na formação, nas escalas de trabalho e nas funções desempenhadas, foram analisadas separadamente as séries históricas da taxa de absenteísmo dos técnicos de enfermagem e dos enfermeiros; em relação ao último, foi feita, posteriormente, uma análise específica por carga horária contratual (enfermeiros de 30 horas semanais e 36 horas semanais). Os indicadores e as respectivas caracterizações de cada um dos períodos delimitados são apresentados nos gráficos e nas tabelas abaixo.

Gráfico 7 – Absenteísmo Técnico de Enfermagem UTI



Fonte: Sistema de folha de pagamento da instituição

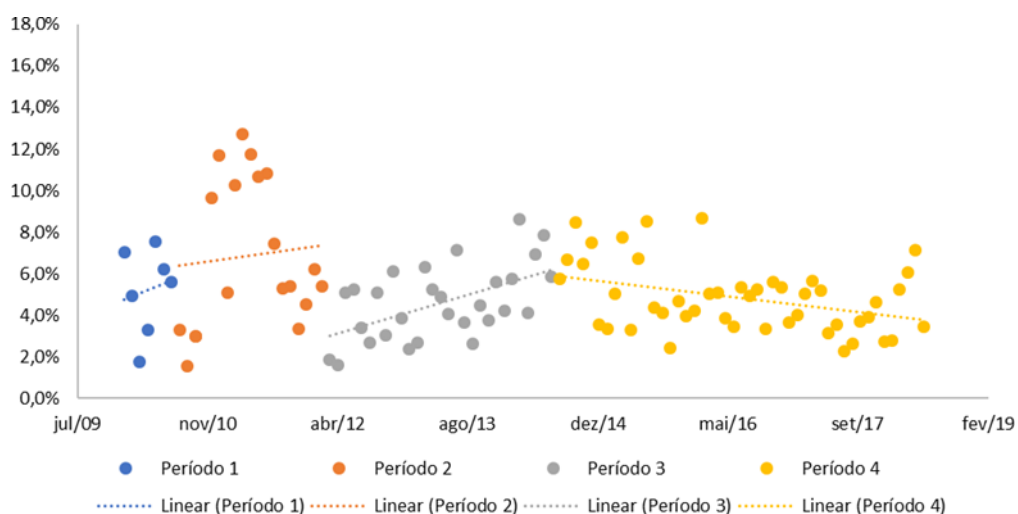
Tabela 18 – Caracterização do absenteísmo por período – Técnicos de Enfermagem UTI

Período	Mínimo	Máximo	Média	Mediana	Tendência do Período
Período 1	7,40%	12,00%	8,80%	7,80%	Aumento
Período 2 - Mudança 1	0,90%	12,90%	8,60%	9,70%	Aumento
Período 3 - Mudança 2	3,60%	16,90%	8,60%	8,00%	Redução
Período 4 – Pós-Concurso	4,00%	14,90%	7,40%	7,20%	Aumento

Fonte: Sistema de folha de pagamento da instituição

A média de absenteísmo dos técnicos de enfermagem após a reestruturação da enfermagem (Período 3) manteve-se estável em relação ao período anterior (8,6%). Porém, a partir da mudança do modelo, observou-se uma tendência considerável de redução do índice. Contudo, cabe destacar que a amplitude de variação do indicador antes e depois da mudança foi alta, demandando cuidado na análise desse indicador e da influência de qualquer variável sobre ele. Após as admissões via concurso público, observa-se uma redução na variação dos índices, com uma média menor (7,4%) que no período 3, mas com uma tendência de aumento.

Gráfico 8 – Absenteísmo Enfermeiros UTI



Fonte: Sistema de folha de pagamento da instituição

Tabela 19 – Caracterização do absenteísmo por período – Enfermeiros UTI

Período	Mínimo	Máximo	Média	Mediana	Tendência do Período
Período 1	1,70%	7,60%	5,20%	5,60%	Aumento
Período 2 - Mudança 1	1,50%	12,70%	6,90%	5,40%	Aumento
Período 3 - Mudança 2	1,60%	8,60%	4,60%	4,50%	Aumento
Período 4 – Pós-Concurso	2,30%	8,70%	4,80%	4,70%	Redução

Fonte: Sistema de folha de pagamento da instituição

Em relação ao enfermeiro, a partir da implementação da dupla de cuidado, observou-se uma redução na taxa de absenteísmo – caindo de 6,9% para 4,6%. Contudo, ao avaliar a evolução dos índices a partir da mudança do modelo, nota-se que há progressivamente uma tendência de

aumento no indicador. Em relação ao aumento na taxa de absenteísmo, na percepção dos enfermeiros, houve essa tendência devido à característica do trabalho assistencial prestado diretamente ao paciente.

A mudança influenciou no afastamento, nas faltas porque é cansativo, assim, ficou cansativo pro enfermeiro, aí ficou pesado pro enfermeiro, tinha enfermeiro que não tinha perfil de assistencial, sabe, de ficar, de passar creme no paciente, né, de dar banho. Assim, você dá banho uma vez ou outra, ajudar o técnico é uma coisa, mas é diariamente, é diário, todos os dias você tem a função de dar banho, trocar fralda, ficou uma coisa diária, então ficou muito pesado. Então assim, muita gente passou por problemas, questão de, problemas de coluna, de esgotamento mesmo (...). [Entrevistado 6]

Na visão de uma das coordenações de enfermagem, apesar do modelo da dupla de cuidado ter proporcionado melhorias no indicador, devido à relação de parceria entre a dupla enfermeiro/técnico de enfermagem, a escala de trabalho dos enfermeiros com os rodízios de finais de semana foi um fator que impactou negativamente as taxas de absenteísmo devido ao aumento do número de finais de semana trabalhados a partir da nossa escala e da dificuldade de trocar plantões ou emendar feriados.

Eu acho que em relação ao absenteísmo a gente teve uma melhora significativa. (...) O que que começou a ter impacto: alguns plantões de final de semana quando eles não conseguiam folgas, pontes dos feriados. Foi uma surpresa. Não era uma coisa que a gente esperava muito não. Mas e acho que no geral foi positiva. O absenteísmo melhorou e o que eu acho interessante que eles falavam muito, tinha alguém esperando ele ali pra dar o plantão. Tinha o enfermeiro que esperava ele e tinha a dupla do plantão. Eles falavam isso. Eu não posso deixar minha dupla na mão. Eles falavam muito isso. A relação era de parceria. Se um abandonasse o outro, de alguma maneira o outro ficaria prejudicado. [Entrevistado 16]

Na visão de outros enfermeiros, não é possível relacionar o absenteísmo ao modelo de enfermagem. Ele é característico da profissão, um reflexo da sobrecarga de trabalho vivenciada no cotidiano de trabalho e aparenta estar relacionado ao modelo de gestão administrativa.

Quanto ao absenteísmo eu acho que continuou a mesma coisa... sempre teve, neh. Antes tinha, eh, um período atrás teve, agora tem, então acho assim, não é... Eu acho que a nossa profissão que é muito sobrecarregada, essa questão de trabalho, volume de trabalho, e, tem muita falta, muito atestado. Eu não acho que o modelo de enfermagem impactou nisso não... [Entrevistado 8]

Eu acho, eu acho que o volume de faltas que tem pode ser tanto pela sobrecarga do trabalho, eh, e também porque todo mundo, claro que tem dia quando a escala tá tranquila, você tá mais tranquilo. Mas o CTI não é, a gente sabe que não é um lugar tranquilo, né? E que requer cuidados, tem uma demanda grande, então eu acho que devido à sobrecarga e também, eh, às vezes a inflexibilidade que agora com a nova diretoria que assim, troca. Você pode trocar três vezes. (...) Mas devido a essa inflexibilidade, você não poder fazer vinte e quatro horas, de você não poder, eh, trocar mais de três plantões, eu acho que o pessoal falta muito por causa disso. Agora no final

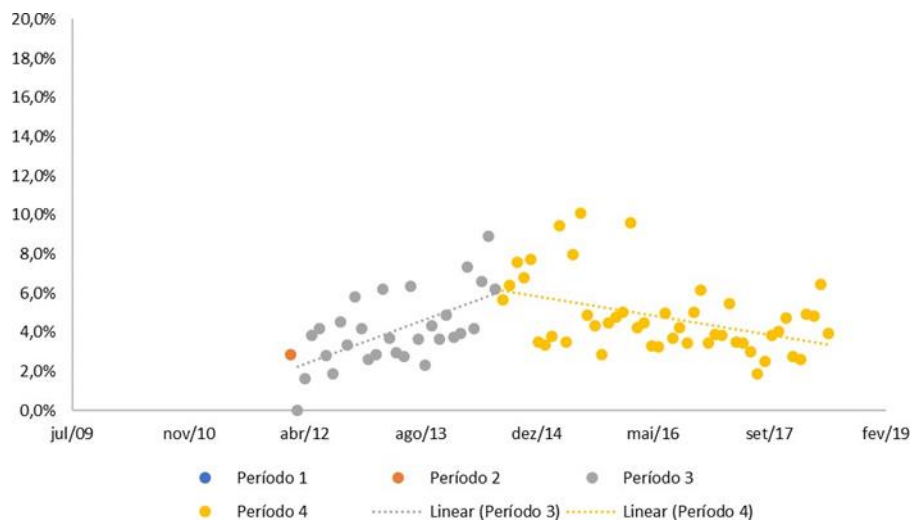
do ano, tem, tá lotado de atestado, lotado de falta, porque o pessoal não pode trocar, não podia fazer vinte e quatro horas, então não vai. Aí pega atestado e fica sete dias em casa, três, e não vem. Tem isso também. [Entrevistado 9]

Além disso, um dos profissionais coloca a dificuldade em identificar a mudança no absenteísmo devido às coberturas das ausências dos profissionais com plantões extras.

Eu acho que ele existe, ainda está bem presente, mas a gente sente ele menos porque não há furo na escala, mas a escala é... Ela é completa por causa também do próprio extra, né. Então antes, antes a gente percebia objetivamente porque não tinha. Então eu sei que ele acontece, mas... Hoje ele está mais administrado também, né. Muito mais. Tá. Hoje você não percebe, assim, “ah, não, está faltando gente”. Eu sei que tem gente substituindo gente. Mas eu acho que teve uma mudança. O técnico é diferente. O técnico, ele não... o compromisso dele é outro, né. A relação, por isso que eu falo. Não vai, não vai. Arruma um atestado e... o enfermeiro não. O enfermeiro tem compromisso. [Entrevistado 26]

Devido às diferenças nas escalas de trabalho, abaixo são apresentados os índices de absenteísmo dos enfermeiros por carga horária. Identificou-se essa necessidade uma vez que alguns enfermeiros apontaram que o trabalho na escala de 36 horas é mais desgastante em relação à escala de 30h devido aos plantões complementares do final de semana, o que poderia repercutir no absenteísmo.

Gráfico 9 – Absenteísmo Enfermeiros UTI – 36 horas semanais



Fonte: Sistema de folha de pagamento da instituição

Tabela 20 – Caracterização do absenteísmo por período – Enfermeiros UTI – 36 horas semanais

Período	Mínimo	Máximo	Média	Mediana	Tendência do Período
Período 1	-	-	-	-	-
Período 2 - Mudança 1	-	-	-	-	-
Período 3 - Mudança 2	0,00%	8,90%	4,10%	3,90%	Aumento
Período 4 – Pós-Concurso	1,90%	10,10%	4,80%	4,20%	Redução

Fonte: Sistema de folha de pagamento da instituição

A carga horária contratual de 36 horas para enfermeiro passou a vigorar na UTI a partir de março/2012 com a implementação do modelo da dupla de cuidado de enfermagem a fim de facilitar a cobertura dos finais de semana dia e a continuidade do cuidado no final de semana pelos enfermeiros. Assim, eles passaram a atuar em três escalas diferentes: i) manhã: trabalham de segunda à sexta de 7 às 13h e fazem rodízio de final de semana no horário de 7h às 19h; ii) tarde: trabalham de segunda à sexta de 13h às 19h com rodízio de final de semana de 7h às 19h; iii) noite: escala 12x60 (12 horas de trabalho e 60 de descanso) de 19h às 7h + rodízio de final de semana de 7h às 19h.

Ao analisar a evolução da taxa de absenteísmo desses profissionais, observa-se que, desde a implantação dessa carga horária contratual, houve um aumento contínuo no indicador a partir da implementação do modelo. Os índices variaram entre 0% e 8,9%. Após as admissões via concurso, observou-se uma tendência de redução do indicador, apesar de um pico mais alto de absenteísmo entre abril e julho/15 (média nesse período foi de 7,7%). Assim, ao comparar os dois períodos, apesar de haver um aumento na média do absenteísmo de 4,1% para 4,8%, é importante destacar que houve redução nas taxas nos últimos anos.

Gráfico 10 – Absenteísmo Enfermeiros UTI – 30 horas semanais

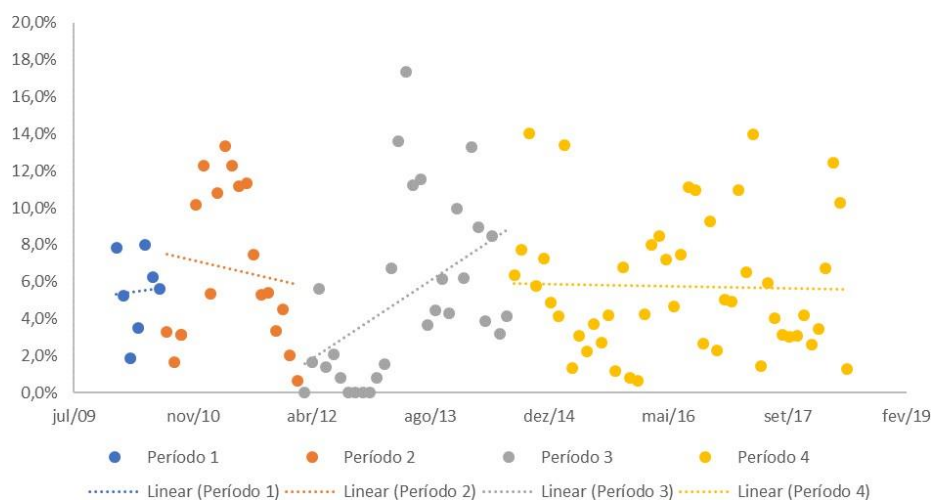


Tabela 21 – Caracterização do absenteísmo por período – Enfermeiros UTI – 30 horas semanais

Período	Mínimo	Máximo	Média	Mediana	Tendência do Período
Período 1	1,80%	8,00%	5,50%	5,60%	Aumento
Período 2 - Mudança 1	0,60%	13,30%	6,70%	5,40%	Redução
Período 3 - Mudança 2	0,00%	17,30%	5,20%	4,10%	Aumento
Período 4 – Pós-Concurso	0,70%	14,00%	5,70%	4,80%	Estabilidade

Fonte: Sistema de folha de pagamento da instituição

Os enfermeiros de 30 horas semanais são no total 11¹³ profissionais que atuam em um dos plantões noturnos na escala de 12x60 sem rodízio de final de semana. Apesar de ser grande a dispersão dos índices de absenteísmo, observa-se uma redução brusca do índice no final da primeira mudança do quadro de enfermagem e índices mais baixos no início da implantação da dupla de cuidado. Porém, ao longo do tempo, com o formato de trabalho assistencial do enfermeiro, constatou-se um aumento considerável no absenteísmo chegando a atingir o índice de 17,3%.

Além disso, ao comparar as taxas de absenteísmo dos enfermeiros de 36 e 30 horas semanais, identifica-se uma tendência de aumento do absenteísmo nas duas cargas horárias contratuais, sendo a média do enfermeiro de 30h maior que a do enfermeiro de 36h.

¹³ Quadro previsto.

4.5 Qualidade da assistência

Para avaliação da qualidade da assistência, foram analisadas as percepções dos profissionais entrevistados de como o modelo de enfermagem implementado em 2012 repercutiu na assistência prestada aos pacientes e no controle das infecções relacionadas à assistência na UTI. Além disso, foram analisadas as séries históricas dos indicadores de infecção relacionada à assistência na UTI, com base nos relatórios e dados secundários fornecidos pelo Serviço de Controle de Infecção Hospitalar da instituição.

Na avaliação dos profissionais entrevistados, de todas as categorias e níveis hierárquicos, é nítida a percepção de que a inserção do enfermeiro na assistência beira leito trouxe **melhorias para o cuidado prestado ao paciente**, uma vez que a atividade assistencial passou a ser mais **qualificada e criteriosa**. Essa melhoria assistencial para o paciente é percebida no cotidiano de trabalho da seguinte forma:

- **Realização dos procedimentos e das atividades assistenciais:** houve uma melhoria qualitativa na execução dos procedimentos que passaram a ser realizados pelos enfermeiros e na execução da assistência prestada pelos técnicos de enfermagem devido à supervisão direta e contínua do enfermeiro sobre o fazer do técnico. O banho passou a ser mais qualificado porque o enfermeiro passou a atuar diretamente nessa atividade, tendo uma visão mais apurada sobre a condição do paciente e os cuidados necessários no momento de dar o banho. O cuidado com a pele, o tratamento das lesões e a realização dos curativos passaram a ser feitos de forma mais criteriosa e segura. A mudança de decúbito passou a ser feita nos horários determinados. A medicação passou a ser feita rigorosamente de acordo com a prescrição e seguindo os cuidados necessários para prepará-la e administrá-la. Observa-se na fala dos entrevistados que os procedimentos passaram a ser feitos de acordo com as determinações técnico-científicas, com o máximo de rigor possível.

- **Gestão efetiva do cuidado do paciente:** a inserção do enfermeiro na assistência beira leito permitiu a realização da avaliação integral e criteriosa de todos os pacientes pelo enfermeiro possibilitando uma melhor compreensão do quadro do paciente e das demandas de cuidado com mais propriedade. Além disso, permitiu um maior domínio dos processos assistenciais, a elaboração do plano de cuidado do paciente e a garantia da execução do mesmo conforme prescrito.

- **Assistência humanizada ao paciente:** na visão dos profissionais entrevistados, o modelo proposto permitiu uma interação mais cuidadosa da enfermagem com o paciente, sendo possível identificar uma melhoria no atendimento às demandas dos pacientes, no esclarecimento de dúvidas dos pacientes e dos familiares, além do auxílio na independência do paciente.

Além disso, outro aspecto apontado refere-se à melhoria na **segurança do paciente** frente a eventuais complicações decorrentes da internação, como urgências, infecções, dentre outros, em função da presença do enfermeiro na beira do leito que permite uma atuação imediata da enfermagem. No quadro abaixo, são apresentadas as principais melhorias para o cuidado prestado ao paciente apontadas pelos entrevistados.

Quadro 8 – Percepção dos profissionais sobre as melhorias na assistência prestada ao paciente após a mudança do modelo de enfermagem

Cargo	Procedimentos e atividades assistenciais	Gestão do cuidado do paciente	Assistência humanizada
Técnico de enfermagem	Maior cuidado e atenção dos profissionais da enfermagem ao realizar os procedimentos	Maior cobrança por parte dos enfermeiros nos procedimentos realizados pelos técnicos	Proximidade do enfermeiro com o paciente
	Maior cuidado com os curativos	Melhoria da comunicação entre os profissionais na troca dos turnos permitindo a continuidade do cuidado	Os enfermeiros são mais preparados para lidar com os pacientes e esclarecer as dúvidas
	Redução de úlcera de pressão		
	Realização da medicação corretamente		
	Realização da mudança de decúbito nos horários determinados		
	Procedimentos são realizados corretamente devido à qualificação técnica do enfermeiro		

Enfermeiro	Maior cuidado com a medicação (segue exatamente a prescrição)	Vigilância do enfermeiro sobre o fazer do técnico	Interação mais cuidadosa com o paciente
	Realização correta dos procedimentos (o enfermeiro faz bem feito)	Avaliação integral do paciente	Auxílio na independência do paciente
	Melhoria na realização do exame físico	Elaboração e acompanhamento do plano de cuidado do paciente	Carinho e atenção no cuidado prestado ao paciente
	Melhoria no tratamento das lesões	Maior domínio sobre o cuidado prestado ao paciente	Maior segurança do paciente pela presença do enfermeiro
	Cuidado com o banho do paciente	Maior domínio sobre os processos assistenciais	Dedicação de uma dupla de enfermagem para o paciente
		Visão mais detalhista e crítica da condição do paciente	
Fisioterapeuta	Cuidado com a pele	Melhor controle da condição e da evolução do paciente	Melhoria no atendimento às demandas dos pacientes
	Cuidado com a medicação		
	Cuidado com o banho		
Médico	Melhoria na execução dos procedimentos devido à qualificação do enfermeiro		Assistência mais humana prestada ao paciente
Coordenação/	Melhoria na administração dos medicamentos	Garantia de execução do plano de cuidado do paciente	Referência para o paciente para esclarecimento de dúvidas
	Qualidade na realização dos curativos	Visão mais aguçada e criteriosa do enfermeiro na avaliação do paciente	Sentimento de confiança e segurança do paciente por ser assistido diretamente por um enfermeiro
		Compreensão do quadro e das demandas de cuidado do paciente com propriedade	

Gerência		Discussões mais qualificadas e consistentes com as outras categorias sobre a condição e demanda clínica dos pacientes	
Diretoria / Assessoria	Redução de eventos adversos	Compreensão do quadro e das demandas de cuidado do paciente com propriedade	Maior cuidado na relação com o paciente
		Plano de cuidado efetivamente gerenciado	

Fonte: elaborado pela autora

Além disso, na percepção dos profissionais entrevistados, a relação da enfermagem com os familiares dos pacientes foi outro aspecto que sofreu alteração a partir da inserção da dupla de cuidado de enfermagem. Na visão da maioria dos profissionais, conforme pode ser observado no quadro abaixo, houve uma melhoria na relação com a família devido à presença direta do enfermeiro, da sua qualificação e conhecimento do quadro do paciente, atuando como uma referência para a família no esclarecimento de dúvidas e disponibilização de informações consistentes sobre o paciente. Além disso, segundo alguns entrevistados, houve uma melhoria na interação e no acolhimento da família. Por outro lado, alguns profissionais da categoria de enfermeiro, fisioterapeuta e uma das coordenações avaliam que não houve alteração na relação dos profissionais com a família.

Quadro 9 – Percepção dos profissionais sobre a relação da enfermagem com a família dos pacientes após a mudança do modelo de enfermagem

Cargo	Percepção	Motivos
Técnico de enfermagem	Melhoria da relação com a família	Disponibilização de informações mais qualificadas/detalhadas aos familiares
	Melhoria da relação com a família	Relação mais direta da dupla de cuidado com a família
		A família passou a ter uma referência mais contínua
		A família se sente mais segura com a presença do enfermeiro

Enfermeiro	Não alterou	Há um distanciamento da família
		A relação com a família depende do perfil do enfermeiro
Fisioterapia	Não alterou	
Médico	Melhoria da relação com a família	Apropriação dos enfermeiros da situação dos pacientes para tratar com a família
		Esclarecimento de dúvidas da família sobre o paciente
		Relação mais humana com a família
Coordenação	Melhoria da relação com a família	Referência para a família para esclarecimento de dúvidas
		Acolhimento das famílias, das suas dúvidas e inseguranças
	Não alterou	A relação com a família ainda é distanciada - pode melhorar
Diretoria / Assessoria	Melhoria na relação com a família	Melhor interlocução com a família
		Maior proximidade
		Melhor acolhimento dos familiares
		Redução dos tensionamentos porque a família percebe o cuidado do enfermeiro com o paciente

Fonte: elaborado pela autora

Além da relação com a qualidade da assistência, foram identificadas as percepções dos profissionais sobre a repercussão da mudança do modelo de enfermagem no controle das IRAS.

Na percepção da maioria dos profissionais, a mudança do modelo de trabalho da enfermagem influenciou positivamente no controle das infecções relacionadas à assistência à saúde na UTI permitindo uma redução significativa no número de infecções na unidade. A percepção dos profissionais entrevistados e os fatores que eles atribuem à mudança, quando identificada, são listados abaixo de acordo com o cargo do entrevistado.

Tabela 22 – Percepção dos profissionais sobre a influência da mudança do modelo da enfermagem no controle das IRASs

Cargo	Percepção	Motivos
Técnico de enfermagem	Redução significativa no número de infecções	Cuidado na realização dos curativos
		Realização dos curativos mais complexos pelos enfermeiros
		Melhoria na realização dos procedimentos realizados pelos técnicos de enfermagem devido à vigilância do enfermeiro
		Melhoria na realização dos procedimentos realizados pelos técnicos de enfermagem devido ao conhecimento disponibilizado pelo enfermeiro (o técnico aprende com o enfermeiro)
Enfermeiro	Redução significativa no número de infecções	Qualificação dos enfermeiros - conhecimento científico para prestar a assistência adequada ao paciente
		Presença do enfermeiro permitiu uma assistência mais criteriosa e qualificada (qualificando inclusive o fazer do técnico)
		Cumprimento com mais rigor (da enfermagem) das normas e rotinas relacionadas ao controle de infecção (ex.: lavagem das mãos, paramentação)
		Cumprimento (da enfermagem) das normas e rotinas relacionadas a utilização dos EPI's
		Cobrança feita pelo enfermeiro para os outros profissionais para seguir as normas de higiene e segurança ao ter contato direto com o paciente
		Proteção das lesões e dos curativos no momento de realizar o banho
		Cuidados com a higiene do leito
		Organização do leito
		Maior controle e cobrança do enfermeiro
	Dificuldade de	Os dados não são disponibilizados com frequência para a

	avaliar	equipe
Fisioterapia	Dificuldade de avaliar	Falta avaliação dos indicadores
		O controle de infecções independe do modelo assistencial
		Existem mais protocolos e eles são seguidos pelos profissionais - isso pode ter ajudado de alguma forma
Médico	Redução significativa no número de infecções	Qualificação dos enfermeiros - conhecimento científico para prestar a assistência adequada ao paciente
		Posicionamento correto do paciente no leito
		Cuidado na administração das dietas
		Cuidados com as vias aéreas
		Cuidados com os curativos
		Cuidados com os cateteres
		Cumprimento dos protocolos
		Acompanhamento das datas e cobrança das trocas dos cateteres
Coordenação/ Gerência	Redução significativa no número de infecções	Equipe de enfermagem mais qualificada
		Enfermeiro atua como exemplo para o técnico de enfermagem
		Maior número de capacitações para a equipe de enfermeiros (o volume de capacitações passou a ser maior)
		Melhoria no cuidado prestado ao paciente
		Responsabilização dos enfermeiros pelo cuidado do paciente
		Gestão dos enfermeiros feita pela coordenação - diretrizes

		claras para o trabalho da enfermagem
		São realizadas mais rotinas assistenciais que antes não eram praticadas na totalidade
		Compreensão dos riscos e da gravidade da colonização na UTI
		Realização dos procedimentos assépticos conforme as normas e rotinas
		Cuidados com os acessos no momento do banho
		Cuidado com os curativos
		Posicionamento do paciente no leito
		Não cruzamento de materiais e pessoas entre locais limpos e sujos
		Controle de material
		Implementação das rotinas necessárias – com o enfermeiro é possível fazer mais ações relacionadas ao controle das infecções
		Auxílio do SCIH no monitoramento e na elaboração dos protocolos
Diretoria/ Assessoria	Redução significativa no número de infecções	Qualificação técnica do enfermeiro
		Vigilância do enfermeiro sobre os pacientes
		Relação do enfermeiro com os técnicos e com as demais categorias - ser de nível superior facilita a cobrança

Fonte: elaborado pela autora

A qualificação técnica do enfermeiro é um fator importante identificado pelos profissionais no controle das infecções relacionadas à assistência. Em linhas gerais, na visão dos sujeitos entrevistados, a presença e o saber do enfermeiro permitem uma assistência mais criteriosa e

qualificada, permitindo o aprimoramento do fazer do profissional técnico seja através do exemplo na execução dos procedimentos ou do conhecimento disponibilizado para que ele possa fazer corretamente. Além disso, a presença do enfermeiro parece facilitar o cumprimento das normas e rotinas relacionadas ao controle de infecção (ex.: lavagem das mãos, paramentação, etc..), a utilização dos EPI's necessários (luvas, máscara, gorro, óculos, etc..) e a vigilância da atuação do técnico de enfermagem. Cabe destacar que, na visão de alguns profissionais, há uma responsabilização maior do enfermeiro em relação ao cuidado com o paciente, e a formação do enfermeiro parece facilitar a interação e a cobrança do cumprimento das normas e rotinas dos profissionais das outras categorias (além da cobrança junto aos acadêmicos e residentes por se tratar de um hospital de ensino). A fala abaixo exemplifica os aspectos mencionados.

Diminuiu muito, né, por quê? Porque o enfermeiro tava ali, a questão de, tinha os treinamentos de como dobrar o capote, ficava impecável, questão de lavagem de mãos cobrava mais, a questão de fazer administração da medicação, usar o óculos pra (?) lateral, então assim, foi muito melhor, porque quando era o enfermeiro que ia fazer, fazia questão de fazer direitinho, porque você tem que dar o exemplo, entendeu? (...) O enfermeiro faz certinho, e o técnico faz certo também, porque o dia que você via o técnico fazendo errado, você podia chamar a atenção dele, dar orientação pra ele, porque ele não foi treinado assim. (...) outra coisa, quando você fica com três pacientes, o que que acontece? Médico. Médico vai lá ver o paciente, ele vai avaliar, e você fala “Doutor, lavar a mão e tem que usar capote”. No início era um saco, “não, tem que fazer isso. doutora E. tá cobrando e tá levando bactéria pros pacientes”. Então, ele agora, já os alunos viam direto, calçam luvas, coloca o capote, porque eles sabem que o enfermeiro é ferrinho de dentista, né, a gente fica ali pertinho então chama atenção deles. Mesma coisa, chegava no, a, a, a fono ia trabalhar com o paciente, tem que por capote. (...) Então assim, das próximas vezes eles já chegam paramentados, porque eles já sabem que você vai cobrar. Então assim, aí você toma conta, você gerencia muito bem seus três pacientes, entendeu? [Entrevistado 6]

Outro aspecto elencado pelos profissionais como um fator que contribuiu para a redução das infecções refere-se à melhoria do cuidado prestado ao paciente que está relacionado ao cuidado com os curativos, com os acessos, com os cateteres, com o banho, com o posicionamento do paciente no leito.

A transcrição abaixo ilustra a importância das variáveis descritas acima.

Ajudou muito. As infecções melhoraram bastante. Eu vou te falar a verdade, porque quando a gente era só os técnicos, e era só um enfermeiro para cada setor as vezes a gente ia dar banho nos pacientes e tinha os curativos, né?! E eles falavam assim: “faz aí o curativo” mas a gente não tem aquela experiência né pra fazer o curativo correto... que as vezes tem algumas pessoas que tem mais experiência mas tem muitas que não tem, neh, que não sabe colocar as coberturas corretas. E você tendo o enfermeiro ali do seu lado, no banho eles vão fazer o curativo, mesmo que você [técnico de enfermagem] faça, você vai fazer com o auxílio dele, ele sempre tá te orientando o que pode colocar,

o que não pode e isso ajuda muito, né. (...) Hoje na maioria das vezes é o enfermeiro mesmo que faz os curativos. A gente faz só se for uma coisa muito simples... uma escoriação, um sorinho, proteger com um gazinho... uma coisa mais simples... mas assim esses curativos e as lesões que precisam de uma cobertura mais específica aí é com eles mesmo. [Entrevistado 5]

Ademais, a gestão dos profissionais de enfermagem pela coordenação e a gestão da unidade, através da organização do setor, do leito, do controle de materiais, são outras variáveis apontadas pelos profissionais como influenciadoras dessa redução.

E cada dia eu fico mais convencida disso. A gestão é fundamental. Eu posso colocar lá no CTI um enfermeiro para cada paciente que se eu não falar com ele o que ele tem que fazer, se eu não der pra ele a diretriz, se eu não falar o que eu espero dele, eu vou continuar com os indicadores todos ruins. [Entrevistado 16]

Além da percepção, foram analisadas as séries históricas dos indicadores de infecções relacionadas à assistência à saúde (IRAS). Conforme apontado pela literatura e de acordo com as informações disponíveis na instituição, foram selecionados os seguintes indicadores: i) evolução do risco de infecção associada a assistência na UTI; ii) evolução da taxa de infecção de acesso vascular associada a cateter venoso central na UTI.

No tocante aos indicadores de infecção que serão apresentados nessa seção, por se tratar de dados secundários, algumas considerações merecem ser feitas sobre a origem dos mesmos. A coleta e análise dos dados epidemiológicos da UTI do hospital são feitas conforme o protocolo do *National Healthcare Safety Network (NHSN)* do *Centers for Disease Control and Prevention (CDC)*¹⁴, adaptado por STARLING e cols¹⁵, com apoio do software SACIH – Sistema Automatizado de Controle de Infecções Hospitalares.

Com base nesta metodologia, é feita busca ativa diária de casos de infecção hospitalar (vigilância prospectiva e intra-hospitalar), quando todos os pacientes são monitorizados sobre a ocorrência de infecções hospitalares em todas as topografias corporais¹⁶. Os dados são coletados levando em consideração os seguintes parâmetros¹⁷: i) são incluídos na análise dos dados somente pacientes cujas datas de admissão e saída ocorrem em dias diferentes do

¹⁴ EDWARDS JR et al. National Healthcare Safety Network (NHSN) report: Data summary for 2006 through 2008, issued December 2009. *AJIC*: 37(10): 783-805, 2009.

¹⁵ STARLING CEF et al. Applying the Centers for Disease Control and Prevention and National Nosocomial Surveillance system methods in Brazilian Hospitals. *AJIC*:25(4):303-311,1997.

¹⁶ Fonte: Relatórios do Serviço de Controle de Infecções Hospitalares – Perfil epidemiológico das infecções associadas à assistência em pacientes internados no CTI (2010, 2013, 2014, 2015, 2016, 2017, 2018).

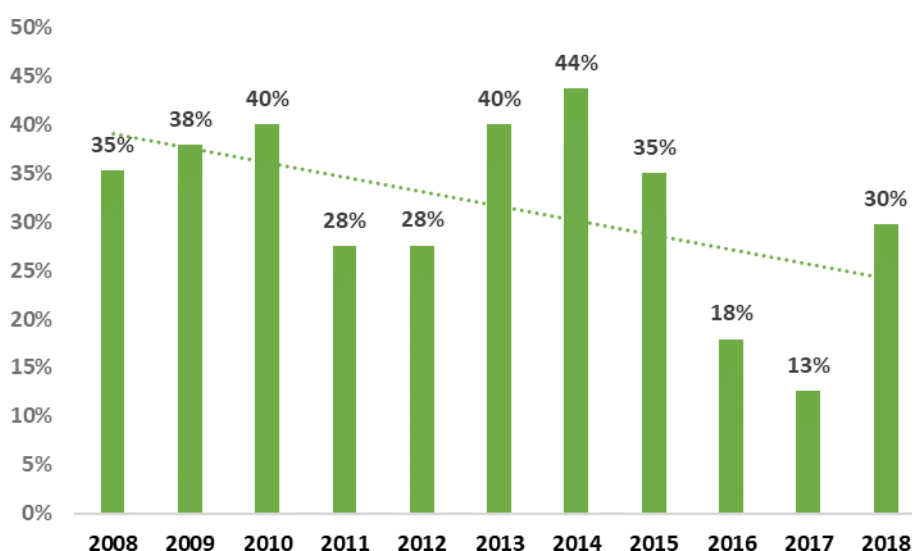
¹⁷ Fonte: Relatórios do Serviço de Controle de Infecções Hospitalares – Perfil epidemiológico das infecções associadas à assistência em pacientes internados no CTI (2010, 2013, 2014, 2015, 2016, 2017, 2018).

calendário; ii) considera-se infecção hospitalar aquela infecção que não estava presente ou em incubação à admissão na UTI; iii) também são consideradas infecção hospitalar para a UTI aquelas que se manifestarem até 48 horas após a alta da UTI; iv) as infecções são classificadas conforme um sítio principal e um sítio específico; v) somente a sepse secundária à infecção de cateter é considerada como uma nova infecção hospitalar.

4.5.1 Evolução do risco de infecção associada à assistência

O gráfico abaixo aponta que, ao longo dos anos, a média anual do risco de infecção dos pacientes associado à assistência na UTI variou, mas apresentou uma tendência de redução.

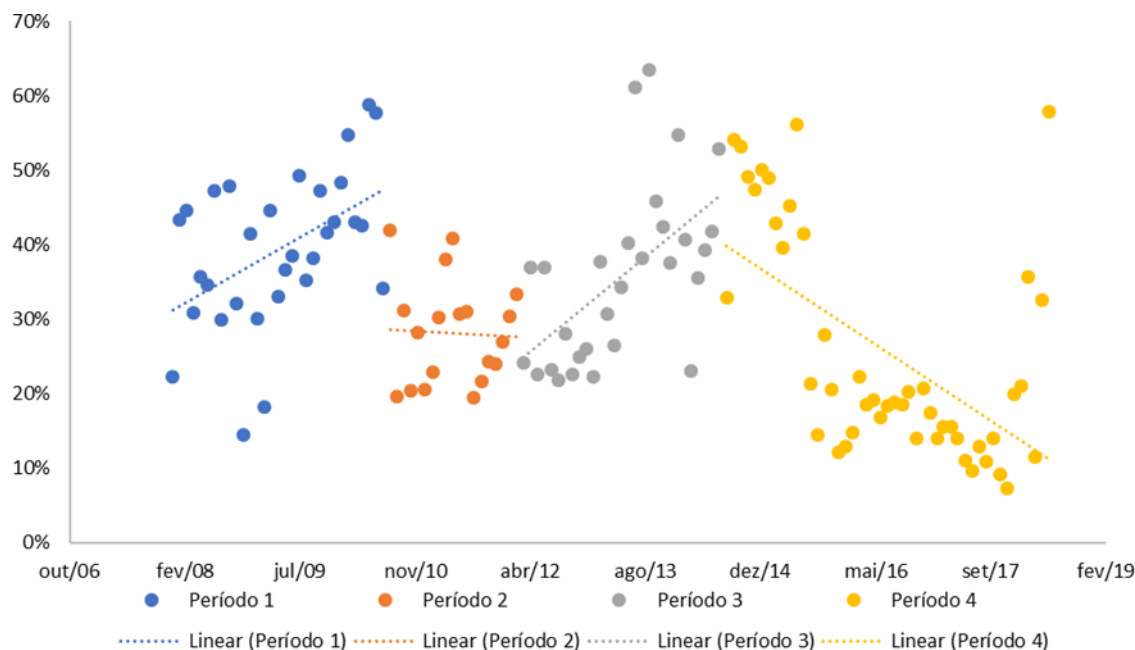
Gráfico 11 – Risco médio anual de infecção na UTI



Fonte: Serviço de Controle de Infecção Hospitalar (SCIH) da instituição

Ao avaliar a evolução do risco de infecção por período, conforme apresentado no gráfico e na tabela abaixo, observa-se uma variação nos índices de infecção e comportamentos diferentes em cada período de análise.

Gráfico 12 – Risco de Infecção associada à assistência na UTI por período



Fonte: Serviço de Controle de Infecção Hospitalar (SCIH) da instituição

Tabela 23 – Caracterização do risco de infecção associada à assistência na UTI por período

Período	Mínimo	Máximo	Média	Mediana	Tendência
Período 1	14,4%	58,7%	39,3%	41,5%	Aumento
Período 2 - Mudança 1	19,4%	41,9%	28,2%	28,2%	Redução
Período 3 - Mudança 2	21,8%	63,5%	35,7%	36,9%	Aumento
Período 4 - Pós Concurso	7,3%	57,9%	25,6%	19,2%	Redução

Fonte: Serviço de Controle de Infecção Hospitalar (SCIH) da instituição

Ao analisar o comportamento do indicador a partir da reestruturação da equipe de enfermagem (Período 3), observa-se inicialmente uma redução nos índices, mas uma tendência de aumento ao longo do período. A média antes da mudança foi de 28,2% e após a implementação da dupla de cuidado foi de 35,7%. Em relação ao período analisado, o risco de infecção chegou a atingir um índice máximo de 63% em setembro/2013, totalmente superior aos índices esperados e o maior da série histórica do risco de infecção da UTI. Além disso, ao ampliar a análise desse

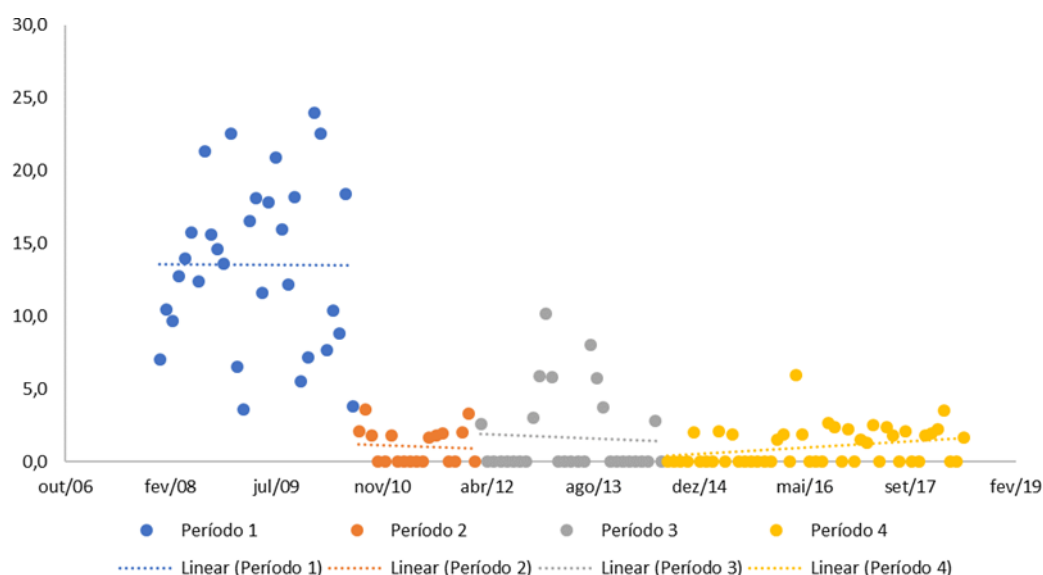
recorte de tempo, observa-se que, de junho a novembro de 2013, o risco de infecção foi relativamente maior (média de 49% nesses meses). Esses aumentos consideráveis, concentrados em um intervalo de tempo específico, precisam ser melhor investigados porque podem estar relacionados a fatores atípicos.

Por fim, a menor média de risco de infecção é identificada no período 4, após as admissões via concurso: 25,6%. Cabe ainda destacar os percentuais baixo de infecção nos anos de 2016 e 2017: 18% e 13% respectivamente.

4.5.2 Evolução da taxa de infecção de acesso vascular associada a cateter venoso central

A análise da taxa de infecção de acesso vascular associada a cateter venoso central apresenta uma tendência brusca de redução a partir da primeira mudança no quadro de enfermagem realizada em agosto/2010 (período 2). Os dados são apresentados no gráfico e na tabela abaixo.

Gráfico 14 – Taxa de infecção de acesso vascular associada ao cateter venoso central



Fonte: Serviço de Controle de Infecção Hospitalar (SCIH) da instituição

Tabela 24 – Caracterização da taxa de infecção de acesso vascular associada a cateter venoso central

INFECÇÃO DE ACESSO VASCULAR ASSOCIADO A CVC NA UTI					
Período	Mínimo	Máximo	Média	Mediana	Tendência
Período 1	3,6	24,0	13,5	13,6	Estabilidade
Período 2 - Mudança 1	0,0	9,5	3,5	2,8	Redução
Período 3 - Mudança 2	0,0	4,0	1,0	0,0	Redução
Período 4 – Pós-Concurso	0,0	6,0	1,0	0,0	Aumento

Fonte: Serviço de Controle de Infecção Hospitalar (SCIH) da instituição

Observa-se que a média reduziu de 13,5% para 3,5% a partir da primeira inserção do enfermeiro nos procedimentos assistenciais, reduziu novamente a partir da inserção da dupla de cuidado (média de 1%) e manteve essa redução mesmo após as admissões via concurso público.

Em linhas gerais, a descrição dos resultados aponta que a reestruturação da equipe de enfermagem foi resultante da influência de diversos fatores internos e externos, característicos da área da saúde e do modelo institucional, e que ela refletiu nos indicadores de recursos humanos e assistenciais de modos diferentes a considerar o indicador e o cargo analisado. A próxima sessão, focará portanto, na análise das variáveis encontradas e no reflexo da mudança nos indicadores à luz da literatura apresentada.

5. ANÁLISE DOS RESULTADOS

5.1 Reestruturação da equipe de enfermagem

Ao analisar os fatores internos e externos que influenciaram a mudança do modelo da equipe de enfermagem, identificou-se que diversas delas são variáveis críticas inerentes ao contexto da saúde e especialmente das instituições hospitalares.

Dentro dos fatores classificados como “Institucionais e de Gestão”, o cumprimento da legislação foi um aspecto crítico identificado pelas lideranças (coordenação de enfermagem, gerência de enfermagem, diretoria técnico assistencial e assessoria de Recursos Humanos). O exercício da Enfermagem, regulamentado pela Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986 e pelo Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), dispõe uma série de procedimentos privativos do enfermeiro tais como: cuidados diretos de Enfermagem a pacientes graves com risco de vida; cuidados de Enfermagem de maior complexidade técnica e que exijam conhecimentos científicos adequados e capacidade de tomar decisões imediatas, que não eram realizados na sua integralidade pelo enfermeiro na UTI sendo alguns deles desempenhados pelos técnicos de enfermagem. Conforme aponta Dussault e Souza (1999), os conselhos, bem como os órgãos regulamentadores, geram padrões de atuação para os profissionais sendo o principal mecanismo de controle e regulamentação da atuação do profissional impactando diretamente a organização do trabalho e a gestão das organizações.

Além disso, os aspectos relacionados ao absenteísmo, à rotatividade e ao baixo comprometimento dos recursos humanos de enfermagem foram outros aspectos identificados como elementos que limitavam o desempenho da enfermagem e conseqüentemente a qualidade do cuidado prestado aos pacientes. Cabe destacar que esses elementos foram apontados pelos gestores e pelos profissionais de nível superior que atuam na UTI (médico, enfermeiro e fisioterapeuta). A literatura aponta que esses fatores são problemas críticos dos recursos humanos de enfermagem em instituições hospitalares. O absenteísmo da enfermagem, embora não seja a única causa de interferência na qualidade do cuidado prestado, pode interferir negativamente na qualidade da assistência prestada aos pacientes por desorganizar o serviço, gerar insatisfação e sobrecarga entre os profissionais presentes, principalmente quando a ausência não é comunicada em tempo hábil para a tentativa de cobertura do plantão

(CARNEIRO; FAGUNDES, 2012). A rotatividade é outro fator que pode causar insatisfação no ambiente de trabalho, desentendimentos na equipe devido a sobrecarga e dificuldades no atendimento ao usuário em razão de interrupções nos serviços (SCALCO, 2010) e perda de profissionais experientes (TOWNSEND, 2010). Contudo, tanto o absenteísmo quanto a rotatividade são consequências da combinação de múltiplos fatores, não havendo indícios claros na literatura de que a modificação no modelo de enfermagem impacta diretamente esses aspectos do comportamento dos profissionais de enfermagem.

Outro aspecto relacionado à mão de obra está relacionado à dinâmica do mercado de trabalho. A baixa disponibilidade de técnicos de enfermagem vivenciada em 2011 e 2012 na instituição, tanto quantitativa quanto qualitativa, e o aumento gradativo previsto do número de enfermeiros graduados foram outros aspectos motivadores da mudança devido ao receio da ausência de profissionais qualificados para prestarem assistência aos pacientes em cuidado intensivo. Esse aspecto foi apontado como um ponto crítico basicamente pela coordenação de enfermagem e pela área de Recursos Humanos, provavelmente por serem áreas que têm como responsabilidade a gestão do quadro de pessoal e o papel de garantir a cobertura das escalas de trabalho com mão de obra qualificada. Contudo, é importante ressaltar que trata-se da percepção dos profissionais entrevistados. Quanto ao aspecto da disponibilidade de mão de obra, não foram apresentados estatísticas que comprovassem essa redução nos anos de 2011 e 2012. No entanto, de fato, o mercado de trabalho é uma variável que interfere na organização do trabalho e na qualidade da assistência porque ambas dependem da quantidade e da qualidade dos profissionais disponíveis para execução do serviço (DUSSAULT & SOUZA, 1999).

Outro aspecto elencado pela maioria dos profissionais estava relacionado diretamente às questões assistenciais como a qualidade da assistência prestada aos pacientes. Alguns apontaram como justificativa a necessidade da melhoria no controle de infecção e a redução de eventos adversos. A atuação da enfermagem e a inserção do enfermeiro diretamente na assistência são algumas ações que têm demonstrado efeito direto na melhoria da qualidade assistencial e na redução de eventos adversos.

Além disso, foram apontados outros fatores internos da instituição. A partir da descrição do modelo de gestão, ensino e pesquisa adotados pelo hospital, observa-se que a característica de hospital de ensino e a abertura da direção para a proposição de modelos inovadores, embasados cientificamente e capazes de qualificar o cuidado visando à integralidade e à continuidade da

assistência prestada aos pacientes, foi um elemento favorável para a proposição e implementação da mudança. O perfil da coordenação de enfermagem, relacionado à consistência técnica e gerencial, foi outro aspecto identificado que deu segurança para que a instituição apostasse na mudança do modelo, mesmo diante da complexidade do processo e da ausência de outras experiências similares implementadas em Minas Gerais.

Em linhas gerais, a avaliação sob a ótica do referencial teórico, de vários dos fatores internos e externos apresentados como os desencadeadores da mudança, aponta que os elementos elencados são fatores críticos relacionados aos recursos humanos de enfermagem no contexto hospitalar e que podem influenciar negativamente a disponibilidade e a qualidade do cuidado prestado aos pacientes especialmente em cuidado intensivo devido à gravidade e à complexidade dos pacientes.

A operacionalização da mudança teve como principal desafio garantir o funcionamento integral da unidade, com o menor impacto possível para os pacientes e gerando o menor custo para a instituição. Nota-se, pela descrição dos dados, que foi possível superar esses desafios devido a dois grandes fatores: a mudança foi implementada, de forma planejada, gradativa e compartilhada com profissionais e áreas estratégicas dentro da instituição; e, principalmente devido ao apoio e à confiança da direção, da gerência de enfermagem, da gerência de recursos humanos e da coordenação médica da linha do cuidado intensivo.

O processo de comunicação da mudança para a equipe de enfermagem, médica e posteriormente para os líderes da instituição em fórum ampliado foi um processo importante para o alinhamento da mudança e esclarecimento do processo. Porém, observa-se que essa ação não incluiu todos as categorias profissionais que atuam na UTI, podendo ser esse um motivo da resistência de alguns profissionais à mudança e ao novo papel desempenhado pelos enfermeiros como foi identificado na avaliação de profissionais da fisioterapia.

Em relação ao processo de mudança, um dos grandes dificultadores foi a resistência de todos os profissionais ao modelo proposto. A enfermagem, especialmente nas Unidades de Terapia Intensiva, assume uma centralidade no cuidado prestado aos pacientes; assim, é de se esperar que as alterações no modelo de trabalho dessa categoria gerem impacto tanto para a enfermagem quanto para as demais categorias, como de médicos e fisioterapeutas. Para a enfermagem, houve resistência devido à dificuldade de adaptação ao novo papel do técnico e

do enfermeiro e um sentimento de desvalorização e perda de autonomia. Para as outras categorias, a resistência decorreu inicialmente da ausência de expertise dos enfermeiros em relação ao fazer assistencial, papel executado de forma satisfatório pelo técnico de enfermagem.

Outro aspecto que merece destaque relaciona-se à definição do papel do enfermeiro. Na visão da coordenação de enfermagem, um dos pontos fundamentais para a melhoria da assistência era a garantia do duplo papel do enfermeiro e da sua valorização enquanto tal, já que não se faz uma boa gestão do cuidado sem dominar a assistência e não se presta uma assistência de qualidade sem ter domínio do quadro do paciente e da gestão dos leitos sob sua responsabilidade. Contudo, observou-se que, apesar da clareza da coordenação em relação a esse papel, o mesmo não foi devidamente incorporado na rotina de trabalho pelos enfermeiros e pelos técnicos de enfermagem. A coleta de dados demonstrou que, na visão de muitos profissionais (tanto da enfermagem quanto das demais categorias que atuam na UTI), o enfermeiro e o técnico desempenham basicamente o mesmo papel.

5.2 Gestão de Recursos Humanos

A análise dos dados aponta que a Gestão de Recursos Humanos, diante do contexto vivenciado pelo hospital, desempenha um papel estratégico na instituição diante da relação direta estabelecida com os tomadores de decisão e uma atuação pautada nas diretrizes institucionais (RODRIGUES, 2016). Em relação à reestruturação da equipe de enfermagem, observou-se a participação ativa da área de Recursos Humanos buscando um alinhamento e uma aproximação entre as demandas assistenciais e de recursos humanos identificadas pela coordenação de enfermagem e das condições e interesses institucionais (interesse na melhoria assistencial, mas num cenário de restrição financeira), buscando auxiliar esses atores na construção das alternativas viáveis (melhor custo-benefício).

Além disso, o formato de atuação da Gestão de Recursos Humanos, baseado no modelo de consultoria interna, permite ao RH uma apropriação do cenário vivenciado pelas áreas da instituição e um acompanhamento mais próximo do quadro de pessoal, além de um apoio direto às lideranças. Esse posicionamento do RH permitiu a participação e o apoio direto à coordenação de enfermagem durante todo o processo de reestruturação da equipe de

enfermagem e na gestão cotidiana do quadro de pessoal, por meio do fortalecimento da liderança e das orientações em relação às políticas de Recursos Humanos. Townsend (2010) destaca a importância do papel das lideranças, chamando a atenção para a atuação dos gerentes de linha de enfermagem na gestão de pessoal de enfermagem, uma vez que ele tem um papel fundamental na implementação das políticas institucionais. E esse é um ponto forte identificado na Gestão de Recursos Humanos da instituição estudada.

No entanto, em relação à efetividade da Gestão de Recursos Humanos, a literatura aponta que ela está atrelada ao desenvolvimento de práticas de RH orientada para resultados, uma vez que a forma como a instituição de saúde contrata, remunera, treina e recompensa seus funcionários influencia no desempenho auferido por ela (BARBOSA & ROCHA, 2012). Outros autores, como Aiken et al (1994, 2000), chamam a atenção para a necessidade de vincular a função de recursos humanos aos resultados assistenciais, como a mortalidade de pacientes por ele. Sob essa ótica, a Gestão de Recursos Humanos do hospital tem um longo caminho a percorrer. Além das dificuldades metodológicas para realizar esse tipo de aproximação, a instituição apresenta lacunas nas políticas de recursos humanos (desempenho, remuneração e recrutamento e seleção), sendo algumas delas pautadas em diretrizes legais, e não na realidade do quadro de pessoal da instituição.

A área da saúde, intensiva em mão de obra, apresenta problemas crônicos como absenteísmo e rotatividade. E a literatura aponta que, apesar desse cenário, a Gestão de Recursos Humanos pode ter um papel fundamental no controle dessas variáveis. Contudo, observou-se que, apesar da instituição monitorar e apresentar os indicadores de Recursos Humanos, sendo estes um dos elementos que fundamentaram a mudança, não foram identificadas novas ações que visassem à melhoria desses resultados, especialmente voltadas para a categoria de enfermeiros UTI.

5.2.1 Caracterização da força de trabalho

A reestruturação da equipe de enfermagem realizada em 2012 gerou uma redução de 13% no quadro de pessoal, reduzindo de 177 para 154 profissionais. Embora tenha havido essa redução quantitativa, o nível de escolaridade predominante da equipe passou de nível médio técnico

para nível superior devido ao aumento de 103% do quantitativo de enfermeiros e uma redução de 48% no total de técnicos.

Esses dados evidenciam dois aspectos importantes investigados pela literatura sobre a força de trabalho da enfermagem: a influência do dimensionamento de pessoal e da qualificação profissional da enfermagem na assistência prestada aos pacientes.

De acordo com Magalhães et al. (2009), o aumento da complexidade dos cuidados demandados pelos pacientes tem gerado um aumento na carga de trabalho dos enfermeiros e evidenciado a necessidade de uma melhor qualificação desses profissionais para atender as demandas do usuário. Outro estudo realizado por Aiken (2003) trouxe evidências científicas de que o aumento do número de enfermeiros, de profissional de nível superior, está associado a melhores resultados para os pacientes. Outros estudos apontados por Aiken (2003) sugerem que o enfermeiro tem maior probabilidade de apresentar comportamentos adequados em relação à segurança do paciente e ao desempenho mais qualificado de funções complexas além de apresentar uma comunicação mais eficaz. Sob essa perspectiva, a melhoria na qualificação profissional da força de trabalho da UTI pode ser avaliada como um aspecto positivo da reestruturação do quadro de enfermagem ao possibilitar, a princípio, um atendimento mais qualificado dos pacientes críticos da UTI da instituição.

Por outro lado, outros estudos apontam que, para além do dimensionamento e da qualificação de pessoal, o modelo de organização do trabalho é fundamental para garantir a segurança dos pacientes e a qualidade assistencial (JACOB & ROTHE, 1997; AIKEN et al., 2002; AIKEN et al., 2003). Sendo assim, a análise de outras variáveis precisa ser incorporada para avaliar a relevância da formação acadêmica na qualidade assistencial, principalmente considerando o aumento do custo com pessoal que é gerado ao se fazer esse incremento. Conforme exposto por Ribeiro (2013), a melhoria assistencial em uma UTI está relacionada a uma combinação de fatores dos quais fazem parte o dimensionamento da equipe, a qualificação da mesma e a sistematização e o monitoramento do processo de trabalho.

Outro indicador alterado foi o tempo de permanência dos profissionais. Houve uma redução no tempo de permanência dos enfermeiros (de 1,7 para 1,5 anos) e um aumento significativo dos técnicos de enfermagem (1,9 para 3,2 anos). Esses dados sinalizam que a modificação do trabalho de enfermagem pode ter favorecido a retenção dos técnicos de enfermagem e

dificultado a fixação dos enfermeiros. Esses dados serão analisados em profundidade no indicador de Rotatividade.

Outra alteração identificada foi a redução considerável (de 32% para 24%) do total de homens na equipe de enfermagem. Esta alteração pode estar relacionada a uma feminização da força de trabalho já que essa redução vem sendo contínua ao longo dos anos, independente do modelo e do cargo.

Outro aspecto que merece ser destacado, embora não seja objeto de investigação do estudo, diz respeito à mudança na caracterização da força de trabalho de enfermagem após o concurso. Há um aumento na média de idade dos profissionais, de 32 para 35 anos, além de um aumento no tempo médio de permanência de 2,7 para 3,4 anos, demonstrando um aumento na retenção dos profissionais. Esse aumento pode estar relacionado à forma de seleção, uma vez que grande parte dos profissionais admitidos pelo concurso buscam estabilidade empregatícia, ou até mesmo um amadurecimento e maior visibilidade do modelo de trabalho de enfermagem da UTI. De acordo com alguns profissionais, após o concurso, o modelo de enfermagem passou a ser mais conhecido em Belo Horizonte, e só buscam o concurso aqueles que têm interesse nesse formato de trabalho.

5.2.2 Rotatividade

A análise do indicador a partir dos períodos compreendidos em cada uma das mudanças apresenta indícios de que a reestruturação da equipe de enfermagem em 2012 refletiu positivamente na redução da rotatividade dos técnicos de enfermagem, caindo de uma média de 5,3% para 3,5%. Essa redução e conseqüentemente o aumento no tempo de permanência na instituição podem estar atrelados a alguns elementos apontados pelos técnicos de enfermagem nas entrevistas. Para esses profissionais, a presença do enfermeiro na assistência beira leito trouxe maior segurança para o técnico ao prestar o cuidado ao paciente por ter o enfermeiro do lado, supervisionando, dividindo a responsabilidade e disponibilizando conhecimento científico que qualifica a ação do técnico. Além disso, alguns se sentiram valorizados uma vez que o enfermeiro passou a realizar várias atividades que antes eram desempenhadas apenas pelo

técnico de enfermagem. Esses fatores podem estar relacionados à maior retenção dos profissionais técnicos na unidade de terapia intensiva.

Por outro lado, embora na média a rotatividade dos enfermeiros tenha permanecido a mesma a partir da implantação da dupla de cuidado, observou-se um aumento nos pedidos de desligamento por parte do empregado de 1,4 para 2,0 desligamentos/mês, além de uma redução no tempo médio de permanência dos enfermeiros (de 1,7 para 1,5), demonstrando dificuldade na retenção. No período anterior à dupla de enfermagem, 43% dos enfermeiros que se desligavam possuíam mais de 2 anos de instituição. A partir da inserção do enfermeiro na assistência beira leito, esse percentual caiu para 18% porque a maioria (54% dos profissionais que saíram) tinha no máximo um ano de casa.

Com base nas entrevistas, os enfermeiros apontam que a inserção do enfermeiro na assistência direta ao paciente fez com que os enfermeiros permanecessem na unidade o tempo suficiente para adquirirem experiência e buscarem outra oportunidade profissional. Para esses profissionais, o modelo proposto gerou sobrecarga para o enfermeiro e muitas vezes há uma não adaptação deles ao modelo de trabalho embasado na assistência direta ao paciente. Outro aspecto apontado como influenciador da rotatividade foi o perfil de uma das coordenações de enfermagem que passou pelo setor.

Sendo assim, os elementos encontrados, como a carga de trabalho, valorização/desvalorização do trabalhador, segurança na realização do trabalho, identificação e perfil para desempenhar a função, liderança, são apontados pela literatura como fatores relacionados diretamente à rotatividade. Segundo Aiken et al (2002), a menor retenção dos enfermeiros nos hospitais está relacionada à sobrecarga e aos altos níveis de *burnout* relacionados ao trabalho e à insatisfação no trabalho.

Em linhas gerais, os técnicos de enfermagem aparentam ter uma avaliação mais positiva sobre esses aspectos, o que pode ter influenciado na redução da rotatividade; já os enfermeiros, uma avaliação mais negativa, podendo ter aumentado a insatisfação e conseqüentemente a rotatividade. Desse modo, o modelo de enfermagem aparenta ter influenciado de alguma forma a rotatividade da equipe de enfermagem da UTI.

5.2.3 Absenteísmo

A avaliação do absenteísmo demonstrou uma tendência de redução no indicador da equipe de enfermagem, e esta redução deveu-se basicamente à redução do absenteísmo dos enfermeiros (caindo de 6,9% para 4,6%). Contudo, apesar da redução, a análise do indicador, a partir da mudança do modelo, demonstra uma tendência de aumento do absenteísmo, tanto dos técnicos quanto dos enfermeiros.

Em relação aos enfermeiros, a tendência de aumento do indicador pode estar relacionada à sobrecarga de trabalho identificada por alguns profissionais e à percepção de desvalorização do enfermeiro devido às atividades assistenciais desempenhadas. Em relação à influência da carga horária contratual na sobrecarga e conseqüentemente no absenteísmo, o indicador não aponta nenhuma relação já que a tendência de comportamento do indicador nas duas cargas horárias foi a mesma, tendendo ao aumento.

Alguns elementos sinalizados pelos profissionais entrevistados como possíveis desencadeadores do absenteísmo de fato têm embasamento científico. Estudos apontam que as ausências dos trabalhadores de enfermagem estão relacionadas às doenças provenientes do cansaço físico e mental, à jornada diária e à sobrecarga de trabalho (COSTA et al, 2009). Nesse sentido, compreender o impacto do modelo de enfermagem proposto para os profissionais da enfermagem torna-se necessário para entender as reais causas do absenteísmo na unidade estudada.

De modo geral, os dados coletados na pesquisa apresentam indícios de que a mudança no modelo de enfermagem repercutiu positivamente nos indicadores de rotatividade e absenteísmo dos técnicos de enfermagem, apresentando uma redução imediata ou uma tendência de redução nesses indicadores, mas não demonstrou a mesma tendência em relação aos enfermeiros. Quanto ao comportamento destes, houve uma piora nos indicadores, seja imediata, como no caso da rotatividade, ou mais a médio e longo prazo, como no caso do absenteísmo. Estes dados demonstram a necessidade de se aprofundar no impacto da mudança do modelo de enfermagem para os profissionais a fim de encontrar elementos que possam ser aprimorados no modelo visando à satisfação e à retenção destes profissionais.

Faz-se necessário ainda um monitoramento contínuo desses indicadores a fim de identificar com a menor lacuna temporal possível as variáveis que podem impactar o comportamento dos profissionais de enfermagem na UTI. Para além, devido às características do modelo proposto, de uma inserção do enfermeiro na assistência beira leito, é preciso acompanhar a evolução do modelo e dos indicadores de RH a fim de evitar uma inversão do comportamento das categorias, ou seja, evitar que o absenteísmo e a rotatividade dos enfermeiros se torne um problema para a unidade, como já foi anteriormente um problema o absenteísmo, a rotatividade e a disponibilidade de mão de obra dos técnicos de enfermagem.

5.3 Qualidade da assistência

De acordo com os profissionais entrevistados, o modelo de enfermagem proposto, ao permitir a inserção do enfermeiro beira leito proporcionou melhorias significativas para o cuidado prestado ao paciente uma vez que a atividade assistencial passou a ser mais qualificada e executada de forma mais frequente e cuidadosa.

O avanço mais evidente presente na avaliação de todas as categorias e níveis hierárquicos entrevistados está relacionado à melhoria qualitativa na execução dos procedimentos e das atividades assistenciais proporcionada pela formação, pelo fazer embasado cientificamente e pela visão crítica do enfermeiro. Além disso, a gestão do cuidado do paciente e uma assistência mais humanizada foram outras melhorias apontadas pelos profissionais em função não só da expertise técnica do enfermeiro, mas de uma atuação vigilante do enfermeiro em relação à demanda dos pacientes, à atuação dos técnicos de enfermagem e até mesmo dos profissionais das outras categorias.

De fato, alguns estudos sugerem que a enfermagem de formação superior tem maior probabilidade de apresentar comportamentos cruciais voltados para a qualidade da assistência, a segurança do paciente, como resolução de problemas, desempenho de funções complexas e comunicação eficaz (AIKEN, 2003). Cita-se também um papel importante na melhoria do acesso e do acompanhamento dos pacientes e seus familiares na área hospitalar, tornando o cuidado mais humanizado e o usuário mais integrado aos serviços de saúde (MAGALHÃES et al, 2009).

5.3.1 Repercussão nas Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde

Em relação à repercussão da mudança do modelo de enfermagem no controle das IRAS, de modo geral, os profissionais avaliam que houve uma redução significativa no número de infecções após a mudança. Apenas os profissionais da fisioterapia disseram não ter condições de avaliar essa influência devido à falta de indicadores para avaliar esse impacto. Alguns acreditam que o controle de infecção não está relacionado ao modelo assistencial de enfermagem; outros sinalizam que, apesar da dificuldade de avaliar, após a mudança, existem mais protocolos na unidade, os quais são cumpridos pelos profissionais.

Ao analisar a percepção da enfermagem, técnicos de enfermagem e enfermeiros atribuem a melhoria no controle das infecções à atuação qualificada do enfermeiro especialmente na realização dos curativos, no cumprimento dos protocolos e das rotinas de controle de infecção no contato com o paciente, na realização dos procedimentos e nos cuidados com o leito. Além desses elementos, a equipe médica destaca os cuidados com os cateteres e com as vias aéreas. Na visão das coordenações, além dos elementos já elencados, elas destacam a importância da conscientização e da responsabilização do enfermeiro em relação ao cuidado prestado ao paciente e às normas de controle de infecção, ao aumento do número de capacitações dos enfermeiros e à implementação de novas rotinas assistenciais. Outro elemento acrescentado pela Diretoria/assessoria relaciona-se à maior facilidade do enfermeiro, enquanto profissional de nível superior, de assegurar que o técnico de enfermagem e os demais profissionais estão cumprindo as rotinas e normas estabelecidas pela unidade.

Esses dados apontam que o modelo permitiu a implementação de ações e cuidados pela equipe de enfermagem que estão diretamente relacionados ao controle das IRAS. Conforme apontado por Dorfey (2014), um dos fatores de risco relacionados à ocorrência dessas infecções são os iatrogênicos, que são desencadeados por falha dos profissionais que assistem os pacientes. Coerente com essa visão, Kelly et al (2013) apontam que os enfermeiros, devido à posição que ocupam no cuidado prestado aos pacientes, são capazes de fornecer assistência de alta qualidade, monitorar pacientes e abordar mudanças no seu estado de saúde a fim de impedir o desenvolvimento das IRAS. Sendo assim, os dados coletados parecem demonstrar que a

inserção do enfermeiro na assistência beira leito permitiu uma redução dos fatores iatrogênicos relacionados às IRAS.

Contudo, um outro elemento impactante no desencadeamento das IRAS, além das condições de saúde do paciente, são os fatores de risco organizacionais (DORFEY, 2014). Quanto a esse aspecto, ao contextualizar a unidade de terapia intensiva, os profissionais enfatizaram que a instituição se destaca pela disponibilidade de materiais e medicamentos conforme as necessidades dos pacientes, sendo este um dos pontos fortes da unidade. Todavia, por outro lado, a estrutura física foi destacada por todos os profissionais como um gargalo para a melhoria da assistência e que condições como a ausência de divisória entre os leitos pode ser um dos fatores que limitam uma redução maior no número de IRAS na unidade.

Embora haja a percepção de que o modelo de enfermagem influenciou positivamente no controle das infecções, sendo as variáveis elencadas respaldadas pela literatura como ações que possuem um efeito positivo em relação a esse controle, curiosamente, a evolução do risco médio de infecção relacionada à assistência à saúde na UTI, conforme apresentado no gráfico 11, aumentou consideravelmente. A avaliação desse indicador demonstra que o risco médio de infecção após a implementação do modelo foi de 35,7% e a média anterior à mudança era de 28,2%. Diante disso e pela multiplicidade de fatores envolvidos no risco de infecção dentro da instituição, como fatores epidemiológicos, condições do paciente e estruturais, estudos mais aprofundados sobre essa temática fazem-se necessários a fim de identificar se é possível estabelecer uma relação entre risco de infecção e atuação da enfermagem.

Em relação à taxa de infecção de acesso vascular associada ao cateter venoso central, é nítida a redução desde a primeira mudança na equipe de enfermagem quando houve a redimensionamento de um enfermeiro para cada cinco pacientes. Após a inserção da dupla de cuidado, a taxa caiu mais ainda chegando a uma média de 1,0 infecção de acesso vascular associada ao cateter venoso central por 1000 cateteres-dia. A redução drástica desse indicador, com poucas oscilações ao longo do tempo, encontra respaldo na literatura.

Considerando que as infecções de corrente sanguínea (ICS) são uma das mais impactantes dentre as IRAS desencadeadas nas UTIs (WHO, 2011), que as ICS's relacionadas ao cateter venoso central podem ser prevenidas por meio da ação dos profissionais (SOUSA, 2018) e que o cuidado com o cateter venoso central é uma ação privativa do enfermeiro (MENDONÇA,

2011), a análise do indicador atrelada à percepção dos profissionais quanto às melhorias no cuidado com os cateteres e os curativos que foram implementadas a partir da dupla de cuidado sinalizam que a mudança do modelo de enfermagem repercutiu positivamente auxiliando na redução das infecções de acesso central relacionadas ao cateter venoso central.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O objetivo da dissertação foi apresentar a reestruturação da equipe de enfermagem de uma Unidade de Terapia Intensiva de um Hospital público de ensino de Belo Horizonte e analisar a sua repercussão nos indicadores de Recursos Humanos e de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde.

Entendeu-se que, para o alcance desse objetivo, era necessário primeiramente descrever a mudança realizada no quadro de pessoal de enfermagem identificando o contexto em que ela foi implementada e os motivadores que levaram à mudança. Esse aspecto se mostrou importante para o alcance do objetivo pelas seguintes questões: o modelo de enfermagem da forma como foi proposto pela instituição para a Unidade de Terapia Intensiva era diferente e inovador em relação aos modelos formalmente conhecidos em Belo Horizonte e investigados pela academia (pelo menos de acordo com os dados retornados das pesquisas feitas nas bases científicas em 2016), sendo importante conhecer o que estava sendo proposto e para qual finalidade; as instituições hospitalares são organizações complexas e apresentam entre si alto grau de diferenciação; o modelo assistencial e de organização de pessoal propostos nas instituições hospitalares e nas Unidades de Terapia Intensiva são influenciados por diversos fatores, de naturezas diferentes e que em muitas das vezes não estão sob a governabilidade das próprias instituições (ex. financiamento, regulamentação, população de referência, mercado de trabalho, dentre outros). Assim, o reconhecimento do cenário estudado permitiria a identificação de variáveis importantes para a possível avaliação da influência do modelo de enfermagem nos indicadores de Recursos Humanos e de IRAS.

Além disso, diante dos desafios envolvidos na avaliação de indicadores de recursos humanos e de qualidade assistencial, considerou-se importante qualificar a avaliação dos indicadores com a percepção dos profissionais, tanto das lideranças da instituição quanto dos profissionais que atuam diretamente na UTI, devido às dificuldades metodológicas de identificar a contribuição de variáveis específicas para os seus resultados. Nesse sentido, buscou-se identificar a avaliação feita por eles sobre a repercussão do novo modelo de trabalho no absenteísmo, na rotatividade, na qualidade assistencial e especificamente no controle de infecções (entendendo que este é um aspecto que está relacionado à qualidade do cuidado).

De modo geral, o estudo demonstrou que o modelo de enfermagem proposto, de dupla de cuidado de enfermagem que tem a figura do enfermeiro como central no processo de cuidar, teve como principais motivadores as dificuldades vivenciadas com a mão de obra de enfermagem, especialmente a baixa qualificação, absenteísmo e dificuldade de retenção dos profissionais de nível técnico e a necessidade de melhorar a qualidade de assistência de enfermagem prestada aos pacientes, incluindo nesse quesito o maior controle das infecções relacionadas à assistência à saúde.

No tocante à avaliação da qualidade assistencial, é nítida a percepção dos profissionais de que o modelo proposto trouxe um ganho assistencial para os pacientes e permitiu uma redução nas taxas de infecção relacionadas à assistência à saúde na UTI. Quanto às IRAS, embora o risco de infecção relacionado à assistência na unidade tenha aumentado significativamente após a mudança (demandando uma investigação mais aprofundada), houve uma redução drástica na densidade de infecção de acesso vascular associada a cateter venoso central, que é um processo em que o enfermeiro tem uma atuação direta e contínua.

Em relação aos recursos humanos, observou-se que houve uma repercussão diferente do modelo de enfermagem no comportamento dos técnicos de enfermagem e dos enfermeiros.

Quanto aos técnicos de enfermagem, o modelo aparenta ter tido uma influência positiva. Após a mudança, identificou-se uma melhoria no indicador de rotatividade e um aumento na retenção desses profissionais. Acredita-se que possa haver uma relação com a mudança do modelo devido à percepção dos profissionais de que o formato proposto trouxe maior segurança e embasamento para a atuação do técnico de enfermagem devido à presença do enfermeiro e a disponibilização de conhecimento para a sua atuação, além da percepção, após a fase de adaptação, de uma aproximação (e um certo nivelamento) com o enfermeiro, uma vez que os dois profissionais compartilham grande parte das atividades. Quanto ao absenteísmo, observou-se que após a mudança a tendência do indicador foi de redução, embora a média do indicador tenha se mantido estável e não tenham sido identificados elementos consistentes na fala dos profissionais, dificultando qualquer inferência em relação à influência do modelo sobre as ausências no trabalho.

No entanto, a implementação do modelo proposto aparenta ter influenciado negativamente o comportamento dos enfermeiros uma vez que foi identificada uma tendência de aumento nos

indicadores de absenteísmo e rotatividade. Na percepção dos profissionais, principalmente enfermeiros, esse formato gera sobrecarga de trabalho para os profissionais e até mesmo um sentimento de desvalorização em relação ao papel desempenhado pelo enfermeiro.

Esses achados desencadeiam reflexões importantes para a gestão na área da saúde e chamam atenção para aspectos relacionados à Gestão de Recursos Humanos. Embora seja possível perceber que o modelo proposto trouxe ganhos assistenciais, a partir da melhoria dos cuidados prestados aos pacientes em cuidado intensivo e do controle de uma infecção em específico relacionada à assistência à saúde, que são resultados importantes para uma instituição de saúde, o modelo proposto refletiu negativamente na categoria de enfermeiros que é uma categoria central no cuidado na Unidade de Terapia Intensiva. Isso sinaliza que, mantidas as condições do modelo de enfermagem e da instituição, e mantida a percepção de sobrecarga e de “desvalorização” do enfermeiro, o problema constatado em 2011/2012 pelas lideranças em relação aos técnicos de enfermagem pode vir a ser o problema vivenciado com os enfermeiros. Isso pode impactar inclusive a sustentabilidade do modelo.

Sendo assim, considera-se que a implementação de algumas ações, como as listadas abaixo, pode auxiliar no fortalecimento do modelo de enfermagem e na manutenção dos resultados positivos que foram obtidos:

- compreensão da organização do processo de trabalho do enfermeiro identificando se há questões relacionadas à sobrecarga de trabalho (ou se trata de uma resistência ou não identificação com o modelo proposto);
- clareza do papel desempenhado pelo enfermeiro na Unidade incorporando a real função de gestor do cuidado e sendo reconhecido neste papel pelas demais categorias na unidade;
- reuniões periódicas e/ou gestão à vista visando ao alinhamento e ao feedback para a equipe de trabalho da evolução dos indicadores e dos ganhos obtidos com o modelo;
- Implementação de políticas de Recursos Humanos voltadas para: atração e retenção de enfermeiros com perfil adequado para o modelo; desenvolvimento dos profissionais para atuarem no modelo assistencial facilitando a atuação em dupla de cuidado e desenvolvendo a destreza do enfermeiro na assistência beira leito (que ainda é um gargalo devido às lacunas

apresentadas pela formação universitária); perspectiva de crescimento para que o trabalhador possa investir na instituição e valorização dos profissionais.

Essas são ações que podem repercutir na melhoria do desempenho, na satisfação e na retenção dos profissionais. Contudo, apesar da relevância dos recursos humanos, é de conhecimento que o investimento em políticas de Recursos Humanos ainda é um desafio na área da saúde, seja pela limitação orçamentária ou pela falta de conhecimento dos retornos a serem obtidos a partir desses investimentos. Quanto a esse aspecto, observa-se ainda a dificuldade da área de Recursos Humanos de possuir bases de dados consistentes e mensurar as práticas de recursos humanos a fim de identificar a possível contribuição de cada uma para os resultados em saúde.

Em linhas gerais, é preciso repensar algumas questões da organização do trabalho e do modelo de gestão porque muitas vezes a qualidade assistencial vem em função de uma cobrança e uma pressão em relação aos profissionais. O modelo traz indícios de que a sobrecarga vivenciada foi transferida do técnico para o enfermeiro, o que precisa ser investigado de forma bastante cuidadosa. A cobrança pelo resultado e pela qualidade da assistência precisa estar atrelada a políticas institucionais de cuidado e valorização do trabalhador.

O estudo apresenta limitações referentes: à escolha do uso de estudo de caso que impede a extrapolação dos achados para outros cenários; ao fato da distância temporal da mudança que pode ter dificultado a lembrança e a avaliação do período da mudança e seus impactos; a baixa disponibilidade de profissionais na instituição que haviam vivenciado o período anterior e posterior à mudança (muitos já haviam se desligado da instituição e não foram contatados); a dificuldade de avaliar o antes e o depois da mudança devido à multiplicidade de fatores que ocorreram ao longo dos anos e que podem influenciar os indicadores e a percepção dos profissionais; à lacuna de bibliografia; e ao fato de a pesquisadora ter vínculo com a instituição.

Essa dissertação traz contribuições para à área da saúde e da gestão ao demonstrar que a implementação de qualquer modelo de cuidado precisa levar em consideração os possíveis desfechos tanto para a assistência quanto para os profissionais porque os reflexos podem ser diferentes – positivo em um aspecto e negativo em outro. E contribui ainda ao demonstrar que a Gestão de Recursos Humanos, através de suas ferramentas de acompanhamento (indicadores), e da implementação de políticas e práticas pode ser um fator estratégico na implementação e na sustentabilidade de modelos assistenciais, uma vez que pode garantir o desempenho, a fixação

e a satisfação dos profissionais com modelos de cuidado que sejam seguros e benéficos para os pacientes. Em termos acadêmicos, a tentativa de avaliar a repercussão da mudança de um modelo assistencial em indicadores de Recursos Humanos e de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde, pode ser considerada outra contribuição por tentar identificar e aproximar variáveis, ainda pouco investigadas no Brasil, na área da saúde, como é o caso da aproximação entre indicadores de recursos humanos e assistenciais.

Referências

- ADHIKARI, N. K. J.; FOWLER, R. A.; BHAGWANJEE, S.; RUBENFELD, G. D. Critical care and the global burden of critical illness in adults. **The Lancet**, v. 376, n. 9749, p. 1339–1346, 2010.
- AGENCY FOR HEALTHCARE RESEARCH AND QUALITY. Patient safety primers: health care–associated infections. Oct, 2012.
- AIHW. Australian Hospital Statistics 2003-2004. **Canberra: Australian Institute of Health and Welfare**, 2005.
- AIKEN, L. H.; SMITH, H. L.; LAKE, E. T. Lower Medicare Mortality among a Set of Hospitals Known for Good Nursing Care. **Medical Care**, Vl. 32, No. 8, pp. 771-787, 1994.
- AIKEN, L. H. et al. Hospital nursing staff and patient mortality, nurse burnout and job dissatisfaction. **Journal of American Medical Association (JAMA)**, vol. 288, n. 16, 2002.
- AIKEN, L. H. et al. Educational levels of hospital nurses and surgical patient mortality. **Journal of American Medical Association (JAMA)**, vol. 290, n. 12, 2003.
- AI-TAWFIQ, J. A., TAMBIAH, P. A. Healthcare associated infections (HAI) perspectives. **Journal Infect Public Health**. v. 7, n. 4, p. 339-44, 2014.
- AMERICAN NURSES ASSOCIATION (ANA). Nurse Staffing and Patient Outcomes: In the Inpatient Hospital Setting. Washington, DC: **American Nurses Association**; 2000.
- AMERICAN NURSES ASSOCIATION (ANA) National Database of Nursing Quality Indicators (NDQI 2003-2011) [Internet]. [cited 2012 Mar 12]. Available from: <https://www.nursingquality.org>.
- ANVISA. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução de Diretoria Colegiada - RDC Nº 137, DE 08 DE FEVEREIRO DE 2017. Disponível em: http://portal.anvisa.gov.br/documents/10181/3219514/RDC_137_2017_.pdf/f1b5c939-4c63-4958-9220-08dbcabbc4cf
- AZEVEDO, C. S.; SÁ, M. C.; CUNHA, M.; MATTA, G. C.; MIRANDA, L.; GRABOIS, V. Racionalização e Construção de Sentido na Gestão do Cuidado: uma experiência de mudança em um hospital do SUS. **Ciência & Saúde Coletiva** [online], vol. 22, n. 6, pp. 1991-2002, 2017.
- BARBOSA, A. C. Q.; ROCHA, T. A. H. O uso de indicadores de desempenho na gestão de recursos humanos em hospitais brasileiros: um debate teórico e aplicado. In: Luciana Faluba Damázio, Carlos Alberto Gonçalves (Org.). **Desafios da Gestão Estratégica em Serviços de Saúde**. Rio de Janeiro, **Elsevier**, 2012.
- BARTRAM, T.; DOWLING, P. An International Perspective on Human Resource Management and Performance in the Health Care Sector: Toward a Research Agenda. **The International Journal of Human Resource Management**, 24, p.3031-3037, 2013.

- BELL, T.; O'GRADY, N. P. Prevention of Central Line-Associated Bloodstream **Infections**. **Infectious Disease Clinics of North America**, sep;31(3), p.551-559, 2017.
- BIRKMEYER, J. D.; DIMICK, J. B. Leapfrog safety standards: potential benefits of universal adoption. **The Leapfrog Group**. Washington, DC: February, 2004.
- BRASIL, Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP), 2016 Disponível em: <http://www.saude.gov.br/atencao-especializada-e-hospitalar/assistencia-hospitalar/politica-nacional-de-atencao-hospitalar-pnhosp>, Acesso em: 12/02/2019
- BUCHAN, J.. What difference does ("good") HRM make? **Human Resources for Health** 2:6, 2004.
- CALDANA, G.; GABRIEL, C. S.; BERNARDES, A.; EVORA, Y. D. M. Indicadores de desempenho em serviço de enfermagem hospitalar – Revisão Integrativa. **Revista Rene**, Fortaleza, v. 12, n. 1, jan/mar; p.189-97, 2011.
- CAMELO, S. H. H. Competência profissional do enfermeiro para atuar em Unidades de Terapia Intensiva: uma revisão integrativa. **Revista Latina Americana Enfermagem**, 20(1), jan-fev, 2012.
- CARNEIRO, T. M.; FAGUNDES, N. C.. Absenteísmo entre trabalhadoras de enfermagem em unidade de terapia intensiva de hospital universitário. *Revista de Enfermagem UERJ*, 20(1), p.84-89, 2012.
- CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. Definition of health care associated infection and criteria for specific types of infections. USA: CDC; 2002.
- CHAGURUTU, S.; VALLABHAMENI, B. A. Aiding and abetting-nursing crises at home and abroad. **The New England Journal of Medicine**, 353 (17); 1761-1763, 2005.
- CONLEY, S. B. et al. Standardizing Best Nursing Practice for Implanted Ports - Applying Evidence-based Professional Guidelines to Prevent Central Line-Associated Bloodstream Infections. **Journal of Infusion Nursing**, may/jun;40(3):165-174, 2017.
- COOK, R. J.; RENDER, M.; WOODS, D. D. Gaps in the continuity of care and progress on patient safety. **British Medical Journal**, 320:791-794, 2000.
- COMPROMISSO COM A QUALIDADE HOSPITALAR (CQH). Manual de indicadores de enfermagem NAGEH. 2a ed. São Paulo:APM/CREMESP; 2012.
- DA COSTA, F. M.; VIEIRA, M. A.; DE SENA, R. R. Absenteísmo relacionado à doenças entre membros da equipe de enfermagem de um hospital escola. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 62, n. 1, p. 38-44, 2009.
- DAUD-GALLOTI, R. M. et al. Nursing workload as a risk factor for healthcare associated infections in ICU: a prospective study. **PLoS One**. 2012;7(12):e52342.

DAOUK-OYRY, L. Et al. The JOINT model of nurse absenteeism and turnover: A systematic review. **International Journal of Nursing Studies**, v.51, p. 93-110, 2014.

D'INNOCENZO, M.; ADAMI, N. P.; CUNHA, I. C. K. O. O movimento pela qualidade nos serviços de saúde e enfermagem. **Revista Brasileira Enfermagem**. v. 59, n. 1, p. 84-8, 2006.

DORFEY, E. S.. Representações sociais das infecções relacionadas à assistência à saúde por profissionais de saúde que trabalham em unidades de terapia intensiva. Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Ciências Ambientais e Saúde, 2016. Dissertação de Mestrado. Pontifícia Universidade Católica de Goiás, Goiânia.

DUSSAULT, G.; DUBOIS, C. Human Resources for Health Policies: A critical component in Health Policies. **Human Resources for Health**, v. 1, n. 1, 2003.

DUSSAULT, G.; SOUZA, L. E. Gestão de recursos humanos em saúde. Departamento de Administração da Saúde, Faculdade de Medicina, Universidade de Montreal, 1999.

EGOL, A., SHANDER, A., KIRKLAND, L. et al. Pay for performance in critical care: an executive summary of the position paper by the Society of Critical Care Medicine. **Critical Care Medicine**, v. 37, n. 9, p. 2625-31, 2009.

FERNANDES, H. S.; SIVA, E., NETO, A. C.; PIMENTA, A. L. Gestão em terapia intensiva: conceitos e inovações. **Revista Brasileira Clínica Médica**. São Paulo, mar-abr, 9(2), 129-37, 2011.

FLICK, U. As entrevistas semi-estruturadas in: FLICK, U. Métodos qualitativos na investigação científica. Lisboa: **Monitor**, 2002.

GABRIEL, C. S., et al. Qualidade na assistência de enfermagem hospitalar: visão de alunos de graduação. **Revista Gaúcha de Enfermagem**. (Online), Porto Alegre, v. 31, n. 3, p. 529- 535, Sept. 2010

GAJIC, O.; AFESSA, B.; HANSON, A. C. et al. Effect of 24-hour mandatory versus on-demand critical care specialist presence on quality of care and family and provider satisfaction in the intensive care unit of a teaching hospital. **Critical Care Medicine**; v. 36, n. 1, p. 36-44, 2008.

GLOUBERMAN S, et al. Managing the care of health and curing the Disease, Part I: Differentiation. **Healthcare Management Review**; p. 56-69, 2001.

GODOY, A. S. Introdução à pesquisa qualitativa e suas possibilidades. **Revista de Administração de Empresas**, v. 35, n. 2, p. 57-63, mar-abr, 2005.

HAYATI, D.; KARAMI, E.; SLEE, B. Combining qualitative and quantitative methods in the measurement of rural poverty. **Social Indicators Research**, 75, p. 361-394, 2006.

JACOB, S. M; ROTHEN, H. U. Intensive care 1980-1995: change in patient characteristics, nursing workload and outcome. **Intensive care Medicine**, 23, p. 1165-1170, 1997.

JUNKES, M.B., Pessoa VF.. Gasto financeiro ocasionado pelos atestados médicos de profissionais da saúde em hospitais públicos no Estado de Rondônia, Brasil. **Rev. Latino-Am. Enfermagem** [Internet]. mai-jun 2010 [acesso em: 30/08/2019]

KELLY, D., KUTNEY-LEE, A., LAKE, E. T., AIKNE, L. H. The critical care work environment and nurse-reported health care-associated infections. **American Journal Critical Care**, v. 22, n. 6, p. 482-8, 2013.

KELLY, D. et al. Impact of critical care nursing on 30-day mortality of mechanically ventilated older adults. **Critical Care Medicine**, 42(5), p. 1089-95, 2014.

KHATRI, N.; The Human Dimension of Organizations. London: **Spiro Press**, 2003.

KHATRI, N.; BUDHWAR, P. A study of strategi HR issues in an Asian Context. **Personel Review**, v. 31, n. 2, p. 166-88, 2000.

KHATRI, N.; WELLS, J.; McKUNE, J.; BREWER, M. Strategic human resource management issues in hospitals: a study of a university and a community hospital. **Heldref Publications**. v. 84, n. 4, 2006.

LA FORGIA, G. M; COUTOLLENC, B. F. Desempenho Hospitalar no Brasil: em busca de excelência. São Paulo: **Singular**, 2009.

LEMONS M. C.; RENNÓ C.O.; PASSOS, J.P. Absenteísmo na equipe de enfermagem: uma revisão de literatura. **Revista de Pesquisa: Cuidado é fundamental Online**. Unirio, jan/mar (Ed suplementar), 2012.

LOGANI, S.; GREEN, A. GASPERINO J. Benefits of High-Intensity Intensive Care Unit Physician Staffing under the Affordable Care Act. **Critical Care Research and Practice** Volume 2011, Article ID 170814, 7 pages doi:10.1155/2011/170814, 2011.

MACHADO, S. P.; KUCHENBECKER, R. Desafios e perspectivas futuras dos hospitais universitários do Brasil. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.12, n.4, Rio de Janeiro, jul-ago, 2007.

MAGALHÃES, A. M. M.; RIBOLDI, C. O.; DALL'AGNOL, C. M. Planejamento de recursos humanos em enfermagem: desafio para as lideranças. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, jul/ago, 62(4), p. 608-612, 2009.

MCGAHAN, M., KUCHARSKI, G, COYER, F. Nurse staffing levels and the incidence of mortality and morbidity in the adult intensive care unit: a literature review. **Australia Critical Care**, 25(2) p. 64-77, 2012.

MENDONÇA, K. M.; NEVES, H. C. C.; BARBOSA, D. F. S.; SOUZA, A. C. S.; TIPPLE, A. F. V.; PRADO, M. A. D. Atuação da enfermagem na prevenção e controle de infecção de corrente sanguínea relacionada a cateter. **Revista enfermagem UERJ**, v.19 n.2, abr./jun. 2011.

MINAYO, M. C. de S. (Org.). Pesquisa social: teoria, método e criatividade. 29. ed. Petrópolis, RJ: **Voices**, 2010.

- MINTZBERG, H. Estrutura e Dinâmica das Organizações, Lisboa: Publicações **Dom Quixote**, 1995. Trabalho original publicado em 1979.
- MORICI, M. C. Recursos Humanos em hospitais do Sistema Único de Saúde: Entre a Assistência e a Gestão. Dissertação de Mestrado, CEPEAD/FACE/UFMG, 2011.
- NARASIMHAN, V.; BROWN, H.; PABLOS-MENDEZ, A. Responding to the global human resource crisis. **Lancet** 363: 1469-72. 2004.
- NETO, G. V.; MALIK, A. M. Tendência na assistência hospitalar (debate). Rio de Janeiro. Revista **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 12, n. 4, jul-ago, 2007.
- NEVES, J. L. Pesquisa qualitativa: características, usos e possibilidades. Cadernos de pesquisa em Administração. **São Paulo**, v. 1, n. 3, 2º sem.1996.
- NOGUEIRA, L. S.; KOIKE, K. M.; SARDINHA, D. S. et al. Carga de trabalho de enfermagem em unidade de terapia intensiva públicas e privadas. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**, v. 25, n. 3, p. 225-232, 2013.
- NOGUEIRA, L. S. et al. Carga de trabalho de enfermagem: preditor de infecção relacionada à assistência à saúde na terapia intensiva? **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 49 (Esp), p. 36-42, 2015.
- NOGUEIRA, J. C.; PADOVEZE, M. C.; LACERDA, R. A. Governmental surveillance system of healthcare-associated infection in Brazil. **Revista Escola Enfermagem USP**, v. 48, n. 4, p. 657-62, 2014.
- OLIVEIRA, A. C., DAMASCENO, Q. S., RIBEIRO, S. M. C. P. Infecções relacionadas à assistência em saúde: desafios para a prevenção e controle. **Revista Mineira Enfermagem**, v. 13, n. 3, p. 445-450, jul./set., 2009.
- OLIVEIRA, J. S. A. et al. Disponibilidade de enfermeiros no mercado de trabalho: o que dizem os números. **Revista de Enfermagem UFPE on line.**, Recife, 11(Supl. 5):2003-13, maio., 2017.
- PADILHA, K.G.; MANCIA, J. R. Iatrogenia em unidade de terapia intensiva: uma abordagem teórica intensiva. **Rev. Paul Enferm**, 11(2), p. 69-72, 1992.
- PATTON, M. Qualitative research and evaluation methods. Londres, Thousand Oaks: **Sage Publications**, 2002.
- PERIN, D. C. et al. Evidências de cuidado para prevenção de infecção de corrente sanguínea relacionada a cateter venoso central: revisão sistemática. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, vol.24, sep. 01, 2016
- PIERANTONI, C. R.; VARELLA, T. C.; FRANÇA, T. Recursos humanos e gestão do trabalho em saúde: da teoria para a prática. In: BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Observatório de Recursos Humanos em Saúde no Brasil: estudos e análises. Brasília: **Ministério da Saúde**, p. 52-70, 2004.

PRONOVOST, P. J.; ANGUS, D. C.; DOMAN, T., et al. Physician staffing patterns and clinical outcomes in critically ill patients: a systematic review. **Journal of American Medical Association (JAMA)**, 288:2151-2162, 2002.

PRONOVOST, P. J.; NEEDHAM, D. M.; WATERS, H. et al., “Intensive care unit physician staffing: financial modeling of the Leapfrog standard,” **Critical Care Medicine**, vol. 32, n. 6, p. 1247– 1253, 2004.

QUIVY, R.; CAMPENHOUDT, L. V. Manual de investigação em ciências sociais. 2ª edição. Lisboa: **Gradiva Publicações LTDA**, 1988.

RIBEIRO, M. L. B. Avaliação do impacto da reorganização do trabalho médico sobre a mortalidade na UTI de um Hospital Público de Ensino. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde), Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais, 2013.

RODRIGUES, J. M.; RODRIGUES, R. B. A gestão de pessoas em serviços de saúde: realidade atual e perspectivas em hospitais brasileiros. In: Luciana Faluba Damázio, Carlos Alberto Gonçalves (Org.). *Desafios da Gestão Estratégica em Serviços de Saúde*. Rio de Janeiro, Elsevier, 2012.

RODRIGUES, J. M. Gestão de Recursos Humanos e desempenho hospitalar na perspectiva da eficiência: um estudo em hospitais brasileiros de pequeno porte. Programa de Pós- graduação em Administração, 2016. Tese: Mestrado em Administração (CEPEAD). UFMG, Belo Horizonte.

SANCINETTI, T. R. et al . Nursing staff absenteeism rates as a personnel management indicator. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, 45(4), p.1007-1012, aug, 2011.

SCALCO, S. V. et al. Modelo para avaliação da gestão de recursos humanos em saúde. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 26(3), p.603-614, mar, 2010.

SCHAWAB, F. et al. Understaffing, overcrowding, inappropriate nurse: ventilated patient ratio and nosocomial infections: which parameter is the best reflection of deficits? **Journal Hosp Infect.** 80(2), p.133-9, 2012.

SOUSA, F. C.; PEREIRA, J. C.; REZENDE, D. A.; LAURA, C. Avaliação dos cuidados de enfermagem com o cateter venoso central em uma unidade de terapia intensiva adulto e pediátrica. **Revista de Administração em Saúde**, São Paulo, 18(70), jan-mar, 2018.

TOWNSEND, K. e WILKINSON, A. Managing under pressure: HRM in hospitals. **Human Resource Management Journal**, v. 20, n. 4, 2010.

WEST, A. M.; BORRILL, C.; DAWSON, J.; SCULTY, J.; CARTER, M.; ANELAY, S.; PATTERSON, M.; WARING, J. The link between the management of employees and patient mortality in acute hospitals. **The International Journal of Human Resource Management**, 2, v. 13, n. 8, p. 1299-1310, 2002.

WHO. Guidelines on Hand Hygiene in Health Care. First Global Patient Safety Challenge Clean Care is Safer Care. **World Health Organizations**, 2009.

WHO. Report of the burden of endemic health care-associated infection worldwide: clean care is safer care. Geneva: **World Health Organizations**, 2011.

WRANIK,. Health human resource planning in Canada: a typology and its application. **Health Policy**, v. 86, n. 1, p. 27-41, 2008.

YIN, R. K. Estudo de caso: planejamento e métodos. 4. ed. Porto Alegre: **Bookman**, 2010.

ZIGAN, K., FRASER, M., DESOMBRE, T, Intangible resources as performance drivers in European hospitals. **International Journal of Productivity and Performance Management**, 57(1), p.57-71, 2008.

ANEXO I – Roteiro de Entrevista

PERGUNTA	DIRETOR	ASSESSOR	GERENTE ENF	COORD. ENF	ENFERMEIRO	TEC ENF	COORD. MEDICO	MEDICO	COORD. SCHI	COORD. FISIO	SIOTERAPEUTA
Descreva o modelo assistencial e de gestão adotado pela instituição.	x	x	x	x			x		x	x	
Descreva o modelo da Linha do Cuidado Intensivo.	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Ganhos e desafios de se trabalhar com esse modelo.	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Qual o perfil assistencial atendido na unidade?	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Quais os principais gargalos /desafios enfrentados pela UTI?	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
E quais os principais conquistas e avanços?	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Como você descreve a atuação e o papel da equipe de enfermagem na assistência prestada aos pacientes no UTI?	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Em 2012 houve uma reestruturação da equipe de enfermagem no CTI. O dimensionamento que era de 1 enfermeiro para cada 5 pacientes e 1 técnico de enfermagem para cada 2 pacientes foi alterado para uma dupla de enfermeiro e técnico de enfermagem para atender 3 pacientes. Você participou dessa transição? O que você sabe sobre ela?	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
O que levou a instituição a realizar essa mudança?	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Quais as principais modificações realizadas no processo de trabalho da enfermagem a partir dessa mudança do quadro?			x	x	x	x	x	x	x	x	x
Essa mudança influenciou na qualidade da assistência prestada aos pacientes e na relação com os familiares?	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Essa mudança influenciou na relação da enfermagem com as outras categorias profissionais?	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Qual o impacto dessas mudanças para a equipe de enfermagem?	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
A mudança realizada no quadro de enfermagem influenciou na incidência/controla das infecções relacionadas à assistência?	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
1. Como é trabalhar no modelo assistencial de enfermagem de uma dupla de cuidado composta por 1 técnico de enfermagem e 1 enfermeiro?					x	x					
2. Quais os ganhos para o paciente e para o familiar? E quais as dificuldades enfrentadas?					x	x					
3. Quais os ganhos enquanto profissional? E as dificuldades?					x	x					
Como foi a participação da área de Recursos Humanos nesta reestruturação?	x	x	x	x							
Como o RH participa/contribui com a gestão dos profissionais?	x	x	x	x							

ANEXO II – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

O(a) senhor(a) está sendo convidado(a) a participar, como voluntário, da pesquisa “A influência da mudança do perfil da equipe de enfermagem nos indicadores de recursos humanos e de infecções relacionadas à assistência – Um estudo de caso em uma Unidade de Terapia Intensiva”, desenvolvida no programa de mestrado do Centro de Pós-Graduação em Administração (CEPEAD) da Faculdade de Ciências Econômicas (FACE) da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), como parte da Dissertação de Mestrado de Isabella Moreira Torres. Após a devida leitura desse documento, compreensão e esclarecimento de dúvidas com a pesquisadora responsável, o presente termo deverá ser assinado, caso concorde em participar.

Sua participação não é obrigatória, sendo certo, ainda, que a qualquer momento o participante poderá desistir do voluntariado, retirando seu consentimento, o que não trará nenhuma consequência em sua relação com a pesquisadora ou com a instituição de ensino.

Será emitida uma cópia deste termo, onde consta o telefone e e-mail da pesquisadora. Por meio desses contatos, o participante poderá esclarecer dúvidas do projeto e de sua atuação ao longo de todo o período de duração da pesquisa.

NOME DA PESQUISA: A influência da mudança do perfil da equipe de enfermagem nos indicadores de recursos humanos e de infecções relacionadas à assistência – Um estudo de caso em uma Unidade de Terapia Intensiva.

PESQUISADORA RESPONSÁVEL: Isabella Moreira Torres

CELULAR: (31) 99429-8599 / **E-MAIL:** isabellamtorres@gmail.com

Esta pesquisa tem como objetivo geral: Identificar a possível relação entre a mudança no perfil da equipe de enfermagem e os indicadores de Recursos Humanos e de infecções relacionadas à assistência em uma Unidade de Terapia Intensiva em um Hospital público de ensino de Belo Horizonte.

Os resultados obtidos irão colaborar com a produção do conhecimento científico, podendo estabelecer novas propostas de avaliação de unidades dos serviços de saúde, evidenciar melhorias na gestão dos recursos humanos em saúde bem como a sua vinculação com as taxas de infecção relacionadas à assistência à saúde.

Os sujeitos selecionados participarão de uma entrevista com local, data e horário previamente acordado. Note-se que não se observa risco físico ou psíquico para os entrevistados. Por se tratar de entrevista semiestruturada, poderá haver desconforto diante de alguma(s) pergunta(s), sendo respeitado e garantido o direito do entrevistado de não responder. Os sujeitos de pesquisa não arcarão com nenhum gasto decorrente da sua participação e não receberão gratificação devido à participação na pesquisa. Serão garantidos o anonimato e o sigilo das informações, e os dados obtidos no estudo serão utilizados para fins de pesquisa, podendo ser apresentados em congressos e seminários e publicados em artigo científico.

Isabella Moreira Torres

►►-----

CONSENTIMENTO DE PARTICIPAÇÃO COMO SUJEITO DA PESQUISA

Eu, _____, autorizo o registro das informações fornecidas por mim, através de entrevista, para serem utilizadas integralmente ou em partes, sem restrições de prazos ou citações, desde a presente data. Seu controle e guarda ficará em poder de Isabella Moreira Torres, aluna da Universidade Federal de Minas Gerais, com o objetivo de realizar sua pesquisa intitulada “A influência da mudança do perfil da equipe de enfermagem nos indicadores de recursos humanos e de infecções relacionadas à assistência – Um estudo de caso em uma Unidade de Terapia Intensiva”. Foi-me garantido que posso me retirar da pesquisa a qualquer momento, invalidando, por conseguinte, meu consentimento a qualquer momento, sem que isso leve a qualquer penalidade. Declaro ainda que recebi uma cópia deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Data: //

Assinatura do participante:

Assinatura do pesquisador responsável:

Isabella Moreira Torres

Mestranda em Administração – CEPEAD/UFMG

ANEXO III – Série histórica do indicador de Rotatividade de Enfermagem da UTI

ROTATIVIDADE		
Mês	Técnico de Enfermagem	Enfermeiro
jan/10	2,1%	5,0%
fev/10	2,3%	7,1%
mar/10	5,0%	9,3%
abr/10	2,2%	0,0%
mai/10	4,5%	0,0%
jun/10	4,0%	5,8%
jul/10	3,3%	4,0%
ago/10	6,1%	18,0%
set/10	2,9%	10,7%
out/10	8,3%	8,9%
nov/10	4,5%	10,3%
dez/10	6,0%	12,5%
jan/11	4,3%	3,3%
fev/11	4,1%	6,7%
mar/11	6,2%	0,0%
abr/11	5,6%	1,8%
mai/11	6,5%	0,0%
jun/11	6,7%	3,1%
jul/11	6,5%	3,2%
ago/11	5,5%	1,6%
set/11	6,5%	3,3%
out/11	5,1%	0,0%
nov/11	4,3%	1,7%
dez/11	5,1%	0,0%
jan/12	3,1%	6,3%
fev/12	4,0%	9,7%
mar/12	7,7%	27,1%
abr/12	1,8%	12,8%
mai/12	12,9%	10,0%
jun/12	3,1%	6,8%
jul/12	10,5%	4,6%
ago/12	2,5%	1,5%
set/12	4,1%	1,5%
out/12	3,3%	3,4%
nov/12	4,9%	4,5%
dez/12	3,4%	2,4%
jan/13	2,5%	0,8%

fev/13	1,6%	2,5%
mar/13	4,7%	2,4%
abr/13	1,7%	3,4%
mai/13	1,7%	6,6%
jun/13	4,2%	7,8%
jul/13	3,6%	10,3%
ago/13	0,9%	3,4%
set/13	3,6%	6,0%
out/13	0,9%	2,4%
nov/13	0,0%	0,7%
dez/13	5,8%	7,7%
jan/14	2,8%	4,6%
fev/14	1,8%	0,8%
mar/14	0,9%	5,6%
abr/14	3,6%	2,4%
mai/14	0,0%	3,3%
jun/14	3,5%	3,3%
jul/14	4,3%	4,0%
ago/14	1,8%	3,3%
set/14	1,8%	1,6%
out/14	5,5%	13,6%
nov/14	1,8%	10,7%
dez/14	1,8%	4,0%
jan/15	4,4%	4,1%
fev/15	6,7%	1,7%
mar/15	5,8%	1,7%
abr/15	1,9%	0,9%
mai/15	1,9%	3,3%
jun/15	2,8%	2,5%
jul/15	1,9%	3,4%
ago/15	1,8%	6,4%
set/15	0,0%	4,1%
out/15	5,7%	2,6%
nov/15	1,0%	3,4%
dez/15	2,9%	3,3%
jan/16	8,7%	9,3%
fev/16	9,2%	9,1%
mar/16	2,8%	5,7%
abr/16	1,0%	0,8%
mai/16	0,0%	2,5%
jun/16	0,0%	5,1%
jul/16	1,0%	6,9%

Mês	Técnico de Enfermagem	Enfermeiro
ago/16	0,0%	8,0%
set/16	0,0%	0,8%
out/16	1,0%	0,8%
nov/16	1,0%	2,5%
dez/16	1,0%	0,9%
jan/17	3,1%	1,8%
fev/17	2,1%	0,9%
mar/17	0,0%	0,9%
abr/17	3,3%	1,7%
mai/17	3,3%	2,7%
jun/17	6,5%	4,3%
jul/17	1,0%	4,1%
ago/17	4,1%	0,0%
set/17	1,1%	0,0%
out/17	2,3%	4,2%
nov/17	1,1%	6,7%
dez/17	1,0%	5,0%
jan/18	6,0%	2,5%
fev/18	2,9%	2,5%
mar/18	2,8%	0,8%
abr/18	3,0%	1,6%
mai/18	5,0%	1,6%
jun/18	1,9%	1,6%

ANEXO IV – Série histórica do indicador de Absenteísmo de Enfermagem da UTI

ABSENTEÍSMO					
Mês	Técnico de Enfermagem	Enfermeiro	Enfermeiro 30 horas	Enfermeiro 36 horas	Enfermagem
jan/10	7,4%	7,1%	7,8%		7,3%
fev/10	7,6%	5,0%	5,2%		7,3%
mar/10	7,7%	1,7%	1,8%		6,9%
abr/10	8,9%	3,3%	3,5%		8,1%
mai/10	12,0%	7,6%	8,0%		11,4%
jun/10	9,8%	6,2%	6,2%		9,3%
jul/10	7,8%	5,6%	5,6%		7,6%
ago/10	9,5%	3,3%	3,3%		8,6%
set/10	4,9%	1,5%	1,6%		4,4%
out/10	5,9%	3,0%	3,1%		5,4%
out/10	5,9%	3,0%	3,1%		5,4%
dez/10	0,9%	9,6%	10,1%		2,3%
jan/11	7,0%	11,7%	12,3%		7,7%
fev/11	3,6%	5,1%	5,3%		3,8%
mar/11	12,0%	10,3%	10,8%		11,7%
abr/11	9,5%	12,7%	13,3%		10,0%
mai/11	9,7%	11,7%	12,3%		10,0%
jun/11	9,9%	10,6%	11,2%		10,0%
jul/11	12,1%	10,8%	11,3%		11,9%
ago/11	10,7%	7,5%	7,5%		10,2%
set/11	12,5%	5,3%	5,3%		11,4%
out/11	10,2%	5,4%	5,4%		9,5%
nov/11	11,8%	3,4%	3,4%		10,6%
dez/11	12,9%	4,5%	4,5%		11,5%
jan/12	7,6%	6,2%	2,0%		7,4%
fev/12	6,4%	5,4%	0,6%	2,9%	6,2%
mar/12	8,9%	1,9%	0,0%	0,0%	6,8%
abr/12	16,0%	1,6%	1,6%	1,6%	10,9%
mai/12	11,8%	5,1%	5,6%	3,9%	8,8%
jun/12	16,9%	5,2%	1,4%	4,2%	11,6%
jul/12	10,6%	3,4%	2,1%	2,8%	7,2%
ago/12	13,7%	2,7%	0,8%	1,9%	8,6%
set/12	9,9%	5,1%	0,0%	4,5%	7,8%
out/12	5,6%	3,0%	0,0%	3,4%	4,4%
nov/12	3,6%	6,1%	0,0%	5,8%	4,8%
dez/12	7,4%	3,9%	0,0%	4,2%	5,8%
jan/13	6,1%	2,4%	0,8%	2,6%	4,5%

Mês	Técnico de Enfermagem	Enfermeiro	Enfermeiro 30 horas	Enfermeiro 36 horas	Enfermagem
fev/13	9,3%	2,7%	1,5%	2,9%	6,4%
mar/13	14,0%	6,3%	6,7%	6,2%	10,6%
abr/13	11,1%	5,2%	13,6%	3,7%	8,4%
mai/13	7,2%	4,9%	17,3%	3,0%	6,2%
jun/13	8,0%	4,0%	11,2%	2,8%	6,1%
jul/13	5,6%	7,1%	11,5%	6,4%	6,3%
ago/13	5,2%	3,6%	3,7%	3,6%	4,5%
set/13	6,5%	2,6%	4,5%	2,3%	4,6%
out/13	4,3%	4,5%	6,1%	4,3%	4,4%
nov/13	8,2%	3,7%	4,3%	3,7%	6,0%
dez/13	10,4%	5,6%	9,9%	4,9%	8,0%
jan/14	4,2%	4,2%	6,2%	3,8%	4,2%
fev/14	8,8%	5,8%	13,3%	4,0%	7,4%
mar/14	6,9%	8,6%	8,9%	7,3%	7,7%
abr/14	6,2%	4,1%	3,8%	4,2%	5,2%
mai/14	6,4%	7,0%	8,5%	6,6%	6,7%
jun/14	6,0%	7,9%	3,2%	8,9%	6,9%
jul/14	9,8%	5,9%	4,1%	6,2%	8,0%
ago/14	6,7%	5,8%	6,4%	5,6%	6,3%
set/14	4,5%	6,7%	7,7%	6,4%	5,5%
out/14	5,7%	8,5%	14,0%	7,6%	7,0%
nov/14	5,7%	6,5%	5,8%	6,8%	6,1%
dez/14	6,0%	7,5%	7,3%	7,7%	6,7%
jan/15	4,6%	3,6%	4,8%	3,5%	4,1%
fev/15	7,1%	3,3%	4,1%	3,4%	5,3%
mar/15	8,2%	5,1%	13,4%	3,8%	6,8%
abr/15	5,4%	7,8%	1,3%	9,4%	6,5%
mai/15	5,3%	3,3%	3,1%	3,5%	4,4%
jun/15	9,0%	6,7%	2,2%	8,0%	7,9%
jul/15	7,0%	8,5%	3,7%	10,1%	7,7%
ago/15	7,3%	4,3%	2,7%	4,9%	5,9%
set/15	4,6%	4,1%	4,2%	4,3%	4,4%
out/15	8,5%	2,4%	1,2%	2,8%	5,6%
nov/15	8,9%	4,7%	6,8%	4,5%	6,8%
dez/15	8,1%	4,0%	0,8%	4,8%	6,1%
jan/16	7,3%	4,2%	0,7%	5,0%	5,7%
fev/16	6,5%	8,7%	4,2%	9,6%	7,5%
mar/16	8,2%	5,1%	8,0%	4,2%	6,7%
abr/16	8,9%	5,1%	8,4%	4,5%	7,0%
mai/16	6,2%	3,9%	7,2%	3,3%	5,1%
jun/16	6,5%	3,5%	4,7%	3,3%	5,0%

Mês	Técnico de Enfermagem	Enfermeiro	Enfermeiro 30 horas	Enfermeiro 36 horas	Enfermagem
Jul/16	6,8%	5,4%	7,4%	5,0%	6,1%
ago/16	4,0%	5,0%	11,1%	3,7%	4,5%
set/16	5,2%	5,3%	10,9%	4,2%	5,2%
out/16	10,9%	3,3%	2,7%	3,5%	7,3%
nov/16	14,9%	5,6%	9,3%	5,0%	10,4%
dez/16	10,3%	5,4%	2,3%	6,2%	8,0%
jan/17	9,6%	3,6%	5,0%	3,5%	6,7%
fev/17	7,2%	4,0%	4,9%	3,9%	5,6%
mar/17	7,5%	5,0%	10,9%	3,8%	6,3%
abr/17	8,7%	5,7%	6,5%	5,5%	7,2%
mai/17	9,8%	5,2%	13,9%	3,5%	7,5%
jun/17	10,2%	3,1%	1,4%	3,5%	6,7%
jul/17	7,3%	3,5%	5,9%	3,0%	5,4%
ago/17	7,5%	2,3%	4,0%	1,9%	4,9%
set/17	10,0%	2,6%	3,1%	2,5%	6,2%
out/17	7,2%	3,7%	3,0%	3,8%	5,4%
nov/17	5,2%	3,9%	3,1%	4,0%	4,6%
dez/17	6,9%	4,6%	4,2%	4,7%	5,8%
jan/18	6,6%	2,7%	2,6%	2,8%	4,7%
fev/18	5,2%	2,8%	3,4%	2,6%	4,0%
mar/18	7,8%	5,2%	6,7%	4,9%	6,5%
abr/18	7,2%	6,1%	12,4%	4,8%	6,7%
mai/18	7,3%	7,2%	10,3%	6,5%	7,2%
jun/18	7,3%	3,4%	1,3%	3,9%	5,5%

