

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
Escola de Enfermagem
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem

Caroline Martins Santos

**O TRABALHO DO ENFERMEIRO EM TERAPIA INTENSIVA: UM ESTUDO
ETNOGRÁFICO**

Belo Horizonte
2021

Caroline Martins Santos

**O TRABALHO DO ENFERMEIRO EM TERAPIA INTENSIVA: UM ESTUDO
ETNOGRÁFICO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Área de concentração: Saúde e Enfermagem

Linha de pesquisa: Gestão e Educação na Saúde e Enfermagem

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Meiriele Tavares Araújo

Belo Horizonte
2021

Ficha de identificação da obra, dados informados pelo autor.
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Escola de Enfermagem.
Universidade Federal de Minas Gerais

Santos, Caroline Martins.

O Trabalho do enfermeiro em terapia intensiva [manuscrito]: um estudo etnográfico /
Caroline Martins Santos. - 2021.

127 f. : il.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Meiriele Tavares Araújo

Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de
Enfermagem, Belo Horizonte.

1. Enfermagem. 2. Trabalho. 3. Recursos Humanos. 4. Prática Profissional. I. Araújo,
Meiriele Tavares. II. Universidade Federal de Minas Gerais. Escola de Enfermagem. III.
Título.



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
ESCOLA DE ENFERMAGEM
COLEGIADO DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

ATA DE DEFESA DE DISSERTAÇÃO

ATA DE NÚMERO 672 (SEISCENTOS E SETENTA E DOIS) DA SESSÃO PÚBLICA DE ARGUIÇÃO E DEFESA DA DISSERTAÇÃO APRESENTADA PELA CANDIDATA CAROLINE MARTINS SANTOS PARA OBTENÇÃO DO TÍTULO DE MESTRA EM ENFERMAGEM.

Aos 25 (vinte e cinco) dias do mês de maio de dois mil vinte e um, às 14:00 horas, realizou-se a sessão pública para apresentação e defesa da dissertação "*O TRABALHO DO ENFERMEIRO EM TERAPIA INTENSIVA: UM ESTUDO ETNOGRÁFICO*", da aluna **Caroline Martins Santos**, candidata ao título de "Mestra em Enfermagem", linha de pesquisa "Gestão e Educação na Saúde e Enfermagem". A Comissão Examinadora foi constituída pelas seguintes professoras doutoras: Meiriele Tavares Araújo (orientadora), Gabriela Marcellino de Melo Lanzoni e Marília Alves, sob a presidência da primeira. Abrindo a sessão, a Senhora Presidente da Comissão, após dar conhecimento aos presentes do 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:

APROVADA;

REPROVADA.

O resultado final foi comunicado publicamente à candidata pela Senhora Presidente da Comissão. Nada mais havendo a tratar, eu, Andréia Nogueira Delfino, Secretária do Colegiado de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, lavrei a presente Ata, que depois de lida e aprovada será assinada por mim e pelos membros da Comissão Examinadora. Belo Horizonte, 25 de maio de 2021.

Profª. Drª. Meiriele Tavares Araújo

Orientadora (EE/UFMG)

Profª. Drª. Gabriela Marcellino de Melo Lanzoni

(UFSC)

Profª. Drª. Marília Alves

(EE/UFMG)

Andréia Nogueira Delfino

Secretária do Colegiado de Pós-Graduação

HOMOLOGADO em reunião do CPG
Em 07.06.2021

MODIFICAÇÃO DE DISSERTAÇÃO

Modificações exigidas na Dissertação de Mestrado da Senhora **CAROLINE MARTINS SANTOS**.

As modificações foram as seguintes:

NOMES**ASSINATURAS**Prof^ª. Dr^ª. Meiriele Tavares Araújo

Prof^ª. Dr^ª. Gabriela Marcellino de Melo Lanzoni

Prof^ª Dr^ª. Marília Alves



Documento assinado eletronicamente por **Meiriele Tavares Araujo, Professora do Magistério Superior**, em 26/05/2021, às 12:51, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020.



Documento assinado eletronicamente por **Marilia Alves, Professora do Magistério Superior**, em 26/05/2021, às 16:50, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020.



Documento assinado eletronicamente por **Gabriela Marcellino de Melo Lanzoni, Usuário Externo**, em 29/06/2021, às 15:50, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020.



Documento assinado eletronicamente por **Andreia Nogueira Delfino, Assistente em Administração**, em 07/07/2021, às 09:42, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020.



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site https://sei.ufmg.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **0750196** e o código CRC **2C9561C9**.

HOMOLOGADO em reunião do CPG
Em 07.06/2021

AGRADECIMENTOS

Ao Michael, pela paciência, por apoiar-me nos momentos mais difíceis e por lembrar-me do potencial escondido nos meus passos lentos, mas constantes, nesse caminho.

À Meiriele, por acolher-me e por aceitar dividir a imensidão do seu conhecimento com tanta generosidade.

Aos meus pais, por terem proporcionado meu crescimento e essa oportunidade desde os primeiros anos de alfabetização e pelo amor incondicional.

Às amigas de sempre, por ouvirem tanto, pelo enorme carinho e pelo apoio.

Às colegas de mestrado, por dividirem as angústias e as pequenas vitórias.

Aos colaboradores da UTI-PS, pela disponibilidade e pela compreensão.

SANTOS, C.M. “O trabalho do enfermeiro em Terapia Intensiva: um estudo etnográfico.” 2021. 127 f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem. Departamento de Enfermagem Aplicada, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2021.

RESUMO

Objetivo: Analisar o trabalho do enfermeiro no cuidado do paciente em unidade de terapia intensiva (UTI) adulto de um hospital universitário de Minas Gerais, Brasil. **Método:** Trata-se de um estudo de abordagem qualitativa do tipo etnográfico, cujos dados foram obtidos por meio de 122 horas de observação participante e de entrevistas com 8 enfermeiros que atuavam na unidade nos diferentes turnos de plantões. A coleta de dados ocorreu no período de 4 de setembro de 2019 a 28 de fevereiro de 2020. A observação participante da rotina dos enfermeiros na UTI foi descrita manualmente em diários de campo e as entrevistas realizadas com roteiro semiestruturado gravadas e transcritas posteriormente. Os dados foram organizados e codificados no software *Atlas.ti* versão 8 e analisados por meio de agrupamentos de temas a fim de se obter um entendimento mais aprofundado do problema de pesquisa e das percepções, valores e crenças que guiam as ações dos indivíduos do cenário estudado. Foram seguidos e obedecidos os preceitos éticos do Conselho Nacional de Saúde com a Resolução nº466/12. **Resultados:** Observou-se a realização de atividades de cuidados diretos e indiretos, tendo sido os indiretos considerados como inerente à prática assistencial do enfermeiro nas entrevistas. A organização do trabalho dos enfermeiros nessa UTI ocorre de acordo com o modelo assistencial baseado na divisão de funções entre o enfermeiro assistencial, responsável pelo cuidado à beira leito, e o gestor, com atribuições referentes à organização da unidade e da assistência por plantão, sendo o coordenador de enfermagem encarregado da gestão do serviço de enfermagem da unidade. Os enfermeiros desempenhavam suas atividades privativas, mas também outras, que poderiam ser atribuídas ao técnico de enfermagem e mesmo outros profissionais. Esses relataram que as faziam por ausência de pessoal para exercê-las e por serem essenciais para garantir a continuidade da assistência. As atividades relacionadas ao ensino e à capacitação/treinamento desses e de outros profissionais não foram mencionadas nas entrevistas, mas observadas constantemente no cotidiano. Os enfermeiros se reportaram ao seu ofício de maneira negativa, por visualizarem seu fazer como tecnicista, mecanizado e com falhas na participação em seus processos de trabalho privativos. Apesar disso argumentaram sobre sua importância de sua presença à beira leito. Notou-se um distanciamento entre as atividades do enfermeiro observadas e as relatadas nas entrevistas, bem como uma fragmentação do trabalho entre assistencial e gerencial, baseada em cuidados direto e indireto, e falhas de entendimento sobre esses conceitos no cotidiano de atuação do profissional. Inferiu-se que essas situações contribuía para as dúvidas dos enfermeiros quanto ao seu papel e às suas atribuições, assim como uma avaliação positiva de seu trabalho. Denominaram como *cuidados gerais ou em si* quando aludiam àquelas do cuidado direto, enquanto as de cuidado indireto concernem às atividades administrativas e de ensino, ou seja, as de cunho burocrático. As atividades indiretas consumiram mais tempo do enfermeiro durante as observações. Percebeu-se também que, embora utilizem instrumentos de gestão para a organização do trabalho, estes ainda carecem de aprimoramento. Conforme referencial teórico adotado de Davina Allen, foram identificadas atividades de organização do trabalho, mais predominantemente no trabalho do enfermeiro quando na função de gestor, sendo essas atividades relativas as dimensões da articulação (materiais, recursos humanos e tempo), da criação de conhecimento, da transferência de cuidados e do manejo de leitos e de pacientes. Contudo, a não visualização destas como parte do trabalho do enfermeiro também contribuía para o não reconhecimento da importância do papel do gestor na trajetória do cuidado do paciente na UTI. **Conclusão:** O trabalho do enfermeiro na UTI estudada é composto por uma

miríade de atividades e de papéis pouco definidos, apesar da inovação realizada ao assumir o modelo assistencial que diferencia o papel do enfermeiro assistencial do enfermeiro gestor. Espera-se que os resultados deste estudo contribuam para o reconhecimento do trabalho organizador do enfermeiro, bem como sua contabilização em instrumentos de mensuração de carga de trabalho e seus indicadores de performance assistencial. Acredita-se que uma maior compreensão do enfermeiro sobre seu próprio trabalho possa acarretar em melhorias na organização deste, indo além de ganhos relacionados apenas ao dimensionamento adequado de profissionais, mas também de visibilidade e de reconhecimento social da profissão.

Descritores: Enfermagem. Trabalho. Recursos Humanos. Prática Profissional. Unidades de Terapia Intensiva. Etnografia.

SANTOS, C.M. "The work of nurses in Intensive Care: an ethnographic study." 2021. 137 p. Dissertation (Masters) – School of Nursing. Department of Applied Nursing, Federal University of Minas Gerais, Belo Horizonte, 2021.

ABSTRACT

Aim: To analyze the nurses' work in patient care in an adult Intensive Care Unit (ICU) of a university hospital in Minas Gerais, Brazil. **Method:** This is a qualitative approach study of ethnographic type, whose data were obtained through 122 hours of participant observation and interviews with 8 nurses who worked in the unit in different shifts. Data collection occurred in the period from September 4, 2019 to February 28, 2020. The participant observation of the nurses' routine in the ICU was manually described in field diaries and the interviews conducted with a semistructured script recorded and transcribed later. Data were organized and coded in the Atlas.ti version 8 software and analyzed by grouping themes in order to obtain a deeper understanding of the research problem and the perceptions, values and beliefs that guide the actions of individuals in the studied scenario. The ethical precepts of the National Health Council with Resolution no466/12 were followed and obeyed. **Results:** The performance of direct and indirect care activities was observed, and the indirect ones were considered as inherent to the nurses' care practice in the interviews. The organization of nurses' work in this ICU occurs according to the care model based on the division of functions between the care nurse, responsible for bedside care, and the manager, with attributions related to the organization of the unit and on-call care, with the nursing coordinator in charge of managing the unit's nursing service. The nurses performed their private activities, but also others, which could be assigned to the nursing technician and even to other professionals. They reported that they did these activities due to lack of personnel to perform them and because they were essential to guarantee the continuity of care. The activities related to teaching and training of these and other professionals were not mentioned in the interviews, but were constantly observed in their daily routine. The nurses reported their job in a negative way, because they saw their work as technician, mechanized and with failures in the participation in their private work processes. Despite this, they argued about the importance of their presence at the bedside. It was noted a gap between the activities of the nurse observed and those reported in the interviews, as well as a fragmentation of the work between care and management, based on direct and indirect care, and a lack of understanding of these concepts in the professional's daily routine. It is inferred that these situations contributed to the nurses' doubts about their role and attributions, as well as a positive evaluation of their work. They referred to direct care as general care or care in itself, while indirect care referred to administrative and teaching activities, i.e., bureaucratic activities. Indirect activities consumed more of the nurse's time during observations. It was also noticed that, although they use management tools for work organization, these still need to be improved. According to Davina Allen's theoretical framework, work organization activities were identified, more predominantly in the nurse's work when in the role of manager, and these activities were related to the dimensions of articulation (materials, human resources and time), knowledge creation, care transfer and management of beds and patients. However, not seeing these as part of the nurse's work also contributed to the non-recognition of the importance of the manager's role in the trajectory of

patient care in the ICU. Conclusion: The work of nurses in the ICU studied is composed of a myriad of activities and poorly defined roles, despite the innovation of the care model that differentiates the role of the care nurse from that of the nurse manager. It is hoped that the results of this study will contribute to the recognition of the organizing work of nurses, as well as its accounting in instruments for measuring workload and its indicators of care performance. It is believed that a greater understanding of nurses about their own work can lead to improvements in the organization of this work, going beyond gains related only to the appropriate number of professionals, but also to the visibility and social recognition of the profession.

Descriptors: Nursing. Work. Human Resources. Professional Practice. Intensive Care Units. Ethnography.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – A organização do trabalho do enfermeiro. Belo Horizonte – MG, 2021.....	56
Figura 2 – O trabalho organizador na prática da Enfermagem em Terapia Intensiva. Belo Horizonte – MG, 2021.....	76
Figura 3 – O trabalho de organização do enfermeiro. Belo Horizonte – MG, 2021.....	78

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Caracterização dos enfermeiros entrevistados no estudo. Belo Horizonte - MG, 2021.....45

Quadro 2 – Quadro comparativo entre as atividades relatadas nas entrevistas, sua classificação de acordo com a NIC e a percepção dos enfermeiros. Belo Horizonte - MG, 2021.....60

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AVE	Acidente Vascular Encefálico
COEP	Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos
COFEN	Conselho Federal de Enfermagem
GEP	Gerência de Ensino e Pesquisa
ICU	Intensive Care Unit
ITT	Instrução Técnica de trabalho
NAS	<i>Nursing Activities Score</i>
NCPF	<i>Nursing Care Performance Framework</i>
NIC	<i>Nursing Interventions Classification</i>
NIR	Núcleo Interno de Regulação
OMS	Organização Mundial da Saúde
PA	Pronto Atendimento
PNHOSP	Política Nacional de Atenção Hospitalar
POP	Procedimentos Operacionais Padrão
RDC	Resolução Diretoria Colegiada
SAE	Sistematização da Assistência de Enfermagem
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre Esclarecido
UDC	Unidade de decisão clínica
UFMG	Universidade Federal de Minas Gerais
UPA	Unidade de Pronto Atendimento
UTI	Unidade de Terapia Intensiva

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	12
2	OBJETIVOS	16
2.1	Objetivo Geral	16
2.2	Objetivos Específicos.....	16
3	REVISÃO DE LITERATURA	17
3.1	O Trabalho, o Trabalho do Enfermeiro e Seus Processos de Trabalho	17
3.2	O Trabalho do Enfermeiro em Terapia Intensiva	26
3.3	O Trabalho Invisível do Enfermeiro	28
4	PERCURSO METODOLÓGICO	34
4.1	Tipo de Estudo.....	34
4.2	Cenário do Estudo.....	35
4.3	Sujeitos da Pesquisa.....	37
4.4	Coleta de Dados.....	38
4.5	Análise de Dados	40
4.6	Aspectos Éticos.....	41
5	RESULTADOS E DISCUSSÃO	42
5.1	Caracterização da Amostra e dos Participantes.....	42
5.2	Descrição do Trabalho do Enfermeiro Observada e Relatada	45
5.2.1	Múltiplos conceitos que permeiam a percepção do trabalho do enfermeiro.....	57
5.2.2	A organização do trabalho do enfermeiro na Terapia Intensiva	66
5.3	As Dimensões do Trabalho Invisível dos Enfermeiros em Terapia Intensiva	73
5.3.1	Articulação.....	76
5.3.2	Manejo entre leitos e pacientes	91
5.3.3	Criação de conhecimento.....	94
5.3.4	Transferência de cuidados	97
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS	102
	REFERÊNCIAS	104
	APÊNDICES	116
	APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	116
	APÊNDICE B – Roteiro de Entrevista Semiestruturado.....	118
	ANEXOS	118

ANEXO A – Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (COEP) – UFMG.....	119
ANEXO B – Aprovação do Hospital das Clínicas da UFMG.....	123

1 INTRODUÇÃO

As Unidades de Terapia Intensiva (UTI)¹ evoluem constantemente e nas últimas décadas passaram a experienciar um aumento no número de pacientes cada vez mais graves clinicamente, com um perfil etário de maioria idosos e com inúmeras comorbidades associadas. Essa situação impacta no aumento do número de intervenções médicas, nos cuidados de enfermagem e, conseqüentemente, no processo de trabalho e de carga de trabalho da equipe de enfermagem (LACHANCE *et al.*, 2015; FERRETTI-REBUSTINI *et al.*, 2017), pois sabe-se que o trabalho da enfermagem é influenciado, direta ou indiretamente, pelas mudanças no cenário de saúde, nos paradigmas de produção de conhecimento em saúde e em enfermagem e nas formas de gestão e de organização do trabalho dos serviços de saúde (PIRES, 2000). Tais fatos têm suscitado discussões sobre o trabalho do enfermeiro em terapia intensiva e seus processos de trabalho existentes e em desenvolvimento.

Em saúde, o trabalho é considerado como sendo da esfera não material, por completar-se no ato de sua realização, sendo a objetividade e subjetividade inerentes a ele, tendo em vista que seu objeto são seres humanos, e, por conseguinte as intervenções técnicas (saberes e materiais) serão sempre permeadas por relações pessoais (PIRES, 1998; PEDUZZI, 1998). Como parte do ofício em saúde, a enfermagem se constitui da articulação de saberes filosóficos, políticos e técnicos para responder à normatividade da organização de saúde, às necessidades biológicas e sociais dos usuários dos serviços de saúde e às demandas do processo de trabalho em enfermagem e de direção do processo de trabalho em saúde, em um determinado tempo histórico e em uma determinada sociedade (MELO; SANTOS; LEAL, 2015). Assim, percebe-se que há uma pluralidade de dimensões e de atividades que ora se complementam, ora se sobrepõem, ora acontecem simultaneamente, formando o todo do trabalho da enfermagem desempenhado pelos diferentes profissionais dessa categoria.

No que concerne à categoria profissional Enfermeiro, sua função é entendida, em grande parte, como composta por uma dimensão assistencial e outra gerencial. Contudo, foi evidenciado por Leal e Melo (2018) que em vários países o componente gerencial é negado e, até muitas vezes, visto de modo negativo, por estar relacionado a atividades burocráticas e distantes do cuidado ao paciente. No entanto, são atividades de execução privativa do enfermeiro: a coordenação do serviço e do trabalho em enfermagem e o direcionamento do

¹ Destaca-se que as terminologias Unidade de Terapia Intensiva (UTI) e Centro de Terapia Intensiva (CTI) são utilizadas na literatura brasileira e no contexto dos serviços de saúde de maneira intercambiável, sem considerar apropriadamente a diferença conceitual entre um termo e outro (AMIB, 2018). Neste estudo, optou-se por utilizar o termo UTI, por ser a nomenclatura empregada para o cenário de pesquisa.

processo de trabalho em saúde em todos os países estudados pelas autoras sobre o processo de trabalho da enfermagem, sendo eles: Austrália, África do Sul, Brasil, Canadá, Chile, China, Estados Unidos, Japão, México, Portugal, Reino Unido (Inglaterra, Irlanda do Norte, Escócia e País de Gales) e Tailândia. Esse pensamento dicotômico sobre o trabalho do enfermeiro ainda recebe contribuições da diferenciação entre as atividades de cuidado realizadas, sendo aquelas focadas no cuidado à beira leito denominadas atividades de cuidado direto e as demais, que dariam suporte às primeiras, denominadas cuidado indireto (BULECHEK; BUTCHER; DOCHTERMAN, 2016).

Entretanto, Allen (2001) vem defender que o trabalho do enfermeiro é produto de ações e de interações desenvolvidas por estes no decurso de suas atividades diárias, devendo ser entendido enquanto uma prática, não como um agrupamento destas, decorrente da relação de três elementos: o cuidado do paciente, a organização do trabalho e a gestão. No que tange ao papel do profissional enfermeiro, Chambliss (1997) e Allen (2004) frisam como importante o reconhecimento do seu papel na gestão do cuidado em saúde por meio da mediação das múltiplas situações e dos discursos de todos os atores envolvidos na assistência ao paciente que moldam o fazer nos sistemas e nos serviços de saúde. Allen (2015) argumenta que o trabalho de gestão do enfermeiro raramente faz parte nas reivindicações e na visão pública da profissão, assim como também costuma ser estudado apenas como uma distração e um distanciamento do apelo central da atuação do enfermeiro, que é o cuidar, mais comumente reconhecido como o atendimento prestado ao paciente no leito.

No que diz respeito ao entendimento da ação do enfermeiro como gestor do trabalho e do cuidado, Allen (2015) introduz o conceito de trabalho invisível, como aquele composto por atividades desempenhadas pelo enfermeiro com o objetivo de tornar o cuidado viável diante do inesperado, modificando as ações para acomodar as contingências imprevistas e mediando e articulando relação e recursos para garantir que a trajetória do cuidado do paciente seja segura e com qualidade. Esse trabalho pode ser exemplificado pela gama de atividades que os enfermeiros empreendem para intervir no cuidado ao paciente, a partir de diferentes fontes de informação atinentes ao atendimento deste, tomando decisões sobre quais informações priorizar, julgando a precisão destas e assim identificando e resolvendo inconsistências para que a assistência possa ser executada com qualidade.

No Brasil, o uso de senso comum do conceito de invisibilidade do trabalho do enfermeiro corresponde à perspectiva sobre sua valorização e ao reconhecimento social, bem como ao sentido da identidade profissional construída ao longo da história da enfermagem

(PAI; SCHRANK; PEDRO, 2006). Todavia, para Allen (2015) o trabalho invisível é o trabalho de bastidores, em que o enfermeiro atua como mediador no gerenciamento de inter-relações nos processos de saúde. Essa forma de trabalho muitas vezes pode não ser especificada e, portanto, não ser representada como requisito em sistemas de mensuração dessas atividades, por exemplo nos indicadores de performance e nas ferramentas para avaliação da carga de trabalho e, conseqüentemente, para o dimensionamento de pessoal de enfermagem.

Igualmente, é de conhecimento da maioria das pessoas, principalmente de gestores e de profissionais de saúde, que a quantidade de profissionais de enfermagem suficiente, com capacitação e habilidade adequadas para atender às necessidades dos pacientes, é de suma importância para a qualidade da assistência em saúde oferecida. Estudos apontam que essa quantidade, quando adequada, tem repercussões na ocorrência de erros nos procedimentos e no índice de mortalidade (MRAYYAN, 2007; SUNG-HYUN *et al.*, 2009), enquanto o subdimensionamento de pessoal é considerado responsável por piores resultados nos indicadores de qualidade assistenciais e gerenciais dos serviços de enfermagem (LORENZINI *et al.*, 2014). No entanto, dimensionar o quantitativo de profissionais de enfermagem é um desafio em seus vários cenários de atuação, uma vez que está diretamente vinculado à capacidade da enfermagem de mensurar sua carga de trabalho. Logo, para estimar apropriadamente essa carga de trabalho é necessário compreender a polissemia existente sobre o trabalho do enfermeiro nos contextos dos serviços de saúde.

No Brasil, a adequação quantitativa da equipe de enfermagem possui como recomendação a Resolução COFEN n° 543/2017 (BRASIL, 2017a), ao passo que no âmbito da terapia preconiza-se a Resolução n° 26/2012, da Agência Nacional de Saúde (ANS) (BRASIL, 2012). Ambas se baseiam em diferentes percepções sobre o trabalho da enfermagem e das condições relacionadas ao paciente e aos serviços de saúde que influenciam este, sendo consideradas pouco efetivas para a definição do número adequado de profissionais quanto à demanda de profissionais de enfermagem em UTI.

Dentre os instrumentos de medidas de carga de trabalho de enfermagem validados em UTI está o *Nursing Activities Score* (NAS), que tem sido amplamente utilizado nas UTIs brasileiras (QUEIJO; PADILHA, 2009), sendo conceituado como propício para a avaliação da carga de trabalho de enfermagem em UTI, apesar de conseguir mensurar apenas aproximadamente 80,8% da carga horária demandada de cuidados de enfermagem por paciente (MIRANDA *et al.*, 2003; NOGUEIRA *et al.*, 2013). Tal recurso é composto por sete categorias de cuidados, que abrangem atividades dos cuidados direto e indireto, quais sejam: atividades

básicas, suporte ventilatório, cardiovascular, renal, neurológico, metabólico e intervenções específicas (MIRANDA *et al.*, 2003, QUEIJO; PADILHA, 2009). Na categoria de atividades básicas estão oito subcategorias, tidas como aquelas de cuidado de enfermagem que se espera serem realizadas rotineiramente na UTI, variando em gradação de complexidade e em tempo padrão a ser dispendido, a saber: monitorização e controles, investigações laboratoriais, medicação, procedimentos de higiene, cuidados com drenos, mobilização e posicionamento do paciente, suporte e cuidado aos familiares e aos pacientes e tarefas administrativas e gerenciais (MIRANDA *et al.*, 2003; QUEIJO; PADILHA, 2009; DUCCI; PADILHA, 2008).

Não obstante, tendo em vista que o tempo dispendido na execução de cuidados é multifatorial, pesquisadores defendem que a carga de trabalho para resultar em um dimensionamento de pessoal adequado não deve ser restringida à medição das atividades do cuidado direto ao paciente, pois há outras atividades de enfermagem ou assumidas pela enfermagem que sofrem interferência de fatores organizacionais e de outras fontes (MYNY *et al.*, 2012; FAGERSTRÖM; VAINIKAINEN, 2014), como aquelas consideradas invisíveis, mas desempenhadas pelo enfermeiro.

Dessa maneira, para além da pluralidade teórica e conceitual do trabalho do enfermeiro, existem instrumentos de mensuração de sua carga e legislações que produzem conhecimento e moldam o trabalho do enfermeiro, apesar de não conseguirem captar a complexidade e a variedade do trabalho da enfermagem. Em vista disso, torna-se relevante para a assistência de enfermagem em terapia intensiva conhecer o trabalho realizado pelos enfermeiros, não apenas na perspectiva do prescrito e idealizado pela literatura e pela legislação e avaliado pelo instrumento NAS, mas também daquele que acontece no cotidiano desses profissionais. Acredita-se que esta investigação possa contribuir para ampliar a discussão dos papéis assumidos pelos enfermeiros de terapia intensiva para que o cuidado do paciente aconteça, além de permitir uma ampliação do modo como o trabalho do enfermeiro tem sido visto enquanto uma lista de atividades, mensuráveis e visíveis, relativas ao cuidado ao paciente.

Para tanto, parte-se do pressuposto de que o trabalho do enfermeiro não se limita, então, às intervenções descritas pela literatura, como de cuidados diretos e indiretos, prescritas pela legislação e aferidas por instrumentos como o NAS, compreendendo outras atividades invisíveis e de bastidores, mas que são fundamentais para o cuidado integral, seguro e de qualidade ao paciente e para que sua trajetória na terapia intensiva ocorra de forma satisfatória. Deste modo, a pergunta dessa pesquisa foi como se configura o trabalho do enfermeiro em uma unidade de terapia intensiva adulto?

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Analisar o trabalho do enfermeiro no cuidado do paciente em uma unidade de terapia intensiva adulto.

2.2 Objetivos Específicos

- Descrever as atividades do trabalho do enfermeiro em uma Unidade de Terapia Intensiva;
- Estabelecer uma comparação entre as atividades do trabalho do enfermeiro observadas pelo pesquisador e as relatadas pelos enfermeiros em uma Unidade de Terapia Intensiva;
- Identificar as dimensões do trabalho organizador do enfermeiro, com base no referencial teórico de Davina Allen, em uma Unidade de Terapia Intensiva.

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 O Trabalho, o Trabalho do Enfermeiro e Seus Processos de Trabalho

O trabalho pode significar um conjunto de atividades, produtivas ou criativas, que o homem exerce para atingir determinado fim ou, ainda, segundo o dicionário (TRABALHO, 2020), uma atividade profissional regular, remunerada ou assalariada. Também pode ser definido como uma ação cotidiana, que coloca homens em relação com outros homens e com a natureza, dentro de dado processo social e histórico (GONÇALVES, 1992). Assim, estudar o trabalho requer um delineamento do espaço social e do tempo em que ele está sendo realizado.

Para autores clássicos da sociologia, o trabalho pode ser compreendido a partir de perspectivas diferentes. Marx (2013) aponta que o trabalho é a relação consciente entre o homem e a natureza, na qual o homem faz uso de todas as suas forças naturais, presentes no seu corpo, para transformar aquilo que está ao seu redor. Dessa forma, com o surgimento do modo de produção capitalista e da divisão social do trabalho, este adquire um caráter negativo, pois torna-se sinônimo de antagonismo de classes e de reprodução das desigualdades sociais. Já de acordo com Weber (2004), o trabalho deve ser concebido como uma vocação na qual o indivíduo desenvolve uma conduta racional baseada em uma profissão, sendo, para além disso, enquadrado em um processo de desencantamento do mundo e, por consequência, em um processo de burocratização, de racionalização e de especialização (ALMEIDA, 2014). Por sua vez, Durkheim (2008) considera que o trabalho cria uma divisão social das tarefas, atuando como um agente mediador da vida comum e ensinando os membros da coletividade sobre a importância de sua função para a harmonia da sociedade.

Logo, entende-se que o trabalho decorre das necessidades do ser humano, sejam estas econômicas, sociais ou fisiológicas. Além das necessidades relacionadas à reprodução e à sobrevivência do corpo biológico, o homem, por constituir-se um ser social, precisa atender a uma série de outras demandas para viver, as quais se transformam ao longo do tempo. Então, estudando a história da evolução da humanidade, percebe-se que uma infinidade de combinações de diferentes carências de naturezas diversas se apresentaram em cada sociedade em momentos diferentes, o que explica por que certos tipos de trabalho não são mais feitos a partir de uma época da história e por que outros tipos de trabalho surgem a todo momento, sem contar que os trabalhos que se mantêm também se modificam para concordar com as mudanças

exigidas por quem expressa as deficiências que os motivam (SANNA, 2007) e os avanços tecnológicos da sociedade.

Destaca-se que a estruturação do modo de produção capitalista, na segunda metade do século XVIII, faz uma ruptura com o modo de produção da sociedade feudal, que tinha uma base ideológica sustentada pelas ideias religiosas e pela presença e influência da Igreja Católica. Esse modelo de produção capitalista instituiu uma nova forma de organização do trabalho: o trabalho coletivo, caracterizado por ser realizado dentro de um mesmo espaço de produção (MATOS, 2002), ganhando diferentes conformações em diferentes áreas da sociedade e evidenciando a relevância dos modelos de gestão para a efetividade dos processos de produção.

No âmbito da saúde, o trabalho teve características diferenciadas ao longo da história, tanto no que diz respeito à concepção de seu objeto, o processo de saúde/doença, quanto no que se refere às instituições existentes para realizá-lo, mas também nas profissões de saúde e no método de organização destas para a realização da assistência à saúde. O trabalho em saúde segue as mesmas concepções do trabalho de uma ação advinda de uma necessidade individual ou coletiva, com o poder de transformação de um objeto de trabalho, utilizando instrumentos, saberes/conhecimentos e força de trabalho, resultando em um produto imaterial a ser consumido ou utilizado para a satisfação de uma necessidade inicial. Contudo, ele se conforma, predominantemente, com a evolução do saber médico em um cenário peculiar que é o hospital. Nesse processo de evolução de saberes e da tecnologia, o hospital se transforma e deixa de ser um espaço que prioriza o cuidado da alma, passando a ser um espaço terapêutico que cuida do corpo do doente, além de ser um ambiente de formação dos profissionais da área da saúde (MATOS, 2002).

Foucault (2011) descreve as modificações e a evolução da medicina clássica até a formação da medicina moderna, transitando pela medicina das espécies, em que as doenças eram classificadas em espécies e consideradas entidades, sem qualquer ligação com o corpo, ou seja, a doença aconteceria quando uma de suas qualidades apresentasse afinidades com o corpo humano. Já com o surgimento da medicina de classificação das doenças, a prática médica acontecia segundo as características visíveis da doença, pautando-se em uma percepção essencial e ordinal, em que apenas o sentido da visão era utilizado. O fato de o médico ter se aproximado do doente trouxe a utilização de outros órgãos dos sentidos, como a visão, o tato e a audição, e de toda uma semiologia armada, permitindo à medicina penetrar a profundidade do corpo e descobrir a doença. Houve uma reorganização na forma de olhar o doente. Enquanto a saúde era vista como a ausência de doenças, a formação médica se voltou para o tratamento

e a prevenção delas. Constata-se, diante disso, a expansão da concepção de saúde-doença, associando o corpo à alma do doente, trazendo o diagnóstico da doença para além da pessoa e permitindo avanços para a ciência médica (CRUZ *et al.*, 2013), que cada dia mais se mostra compatível com o modelo capitalista, isto é, influencia e sofre influência dos modos de produção e das concepções de economia política e de desenvolvimento.

Nesse cenário, a enfermagem faz parte do trabalho assistencial em saúde a ser realizado, desenvolvendo uma gama de atividades relativas ao cuidado e à administração do espaço hospitalar. Esta, em conjunto com outras funções da área da saúde, desempenha um trabalho coletivo, no qual cada grupo profissional responsabiliza-se por uma parcela do atendimento às necessidades dos pacientes (CAPELLA, 1998). A delimitação dessa parcela da assistência ao paciente da enfermagem, bem como sua organização, foi sucedendo no percurso histórico, de maneiras formal e informal, com o aperfeiçoamento da ciência, mas também em decorrência da convivência entre as profissões no cenário hospitalar. Assim, o saber da medicina vai se focalizando mais na questão da doença, do seu tratamento e da cura, ao passo que a enfermagem vai desenhando o seu espaço com atividades do cuidado direto ao doente e da administração desse espaço assistencial. Entretanto, no ambiente hospitalar, as diversas profissões convivem e dividem o trabalho assistencial em saúde sob a influência da lógica do trabalho profissional e da divisão parcelar do trabalho (PIRES, 1998), sustentada por modelos de gestão fundamentadas em premissas criadas para o ambiente industrial.

A enfermagem no trabalho em saúde desenvolve uma especificidade quanto aos outros campos de atuação profissional em saúde por meio da compreensão de seu objeto de trabalho como o cuidado profissional aos seres humanos. Embora o cuidado em saúde não se caracterize como uma especificidade do trabalho em enfermagem, este possui concepções teóricas distintas da empregada pelos demais trabalhadores da saúde, que estabelecem premissas para o trabalho de enfermagem apoiadas na continuidade do cuidado, na vigilância e na criação de relação com o paciente e com seus familiares (LEAL, 2016). Allen (2007 *apud* HUGHES, 1984) sustenta que todas as profissões possuem uma permissão, parte implícita e outra explícita, concedida pela sociedade para realizar certas atividades em troca de dinheiro, bens ou serviços, mas que, no caso da enfermagem, esta reivindicou, desde o seu início, devido a um senso de identidade e de solidariedade, a permissão para definir sua atuação não apenas nas atividades direcionadas à sociedade geral e ao paciente, mas também a si mesmos. Portanto, conforma-se o trabalho da enfermagem não somente na dimensão do cuidado do paciente, mas igualmente no cuidado com seus profissionais.

O surgimento da enfermagem profissional, também denominada enfermagem moderna, com a estruturação do modelo de formação e de atuação assistencial, teve início com Florence Nightingale. O modelo proposto e implementado por ela foi influenciado pelas características da organização do trabalho emergente na sociedade à época e, como tal, designou a divisão entre trabalho manual e intelectual e a hierarquização do trabalho. No Brasil, tornou-se realidade com a inauguração, no Rio de Janeiro, da Escola de Enfermeiras do Departamento Nacional de Saúde Pública, em 1923, posteriormente denominada Escola de Enfermagem Anna Nery (RUBEN, 2008).

No Brasil, de acordo com Geovanini (2005), é possível analisar a história da enfermagem em três períodos. O primeiro corresponde à organização da enfermagem sob controle de ordens religiosas, quer dizer, baseada em missão e em caridade; o segundo se associa ao desenvolvimento da educação institucional e das práticas de saúde pública, haja vista o processo de aparecimento das epidemias e das endemias, que se tornaram um problema econômico-social; e o terceiro reporta ao processo de profissionalização da enfermagem em razão da industrialização do país e, por conseguinte, da necessidade de manutenção da mão de obra para o trabalho.

Nesse cenário, a enfermagem se institucionalizou no bojo do processo de intensa divisão do trabalho e de especialização médica na sociedade moderna, principalmente para preencher os vazios do processo assistencial em saúde, assumindo hegemonicamente as funções administrativas no contexto hospitalar, uma vez que este é um local privilegiado, enquanto forma de organização do trabalho, para a materialização do modelo clínico, centrado na prestação de serviços a indivíduos e com ênfase no cuidado curativo (EGRY, 1996). Ainda se insere nesse ambiente a divisão sociotécnica, que diferencia o trabalho desenvolvido pelas diferentes categorias de profissionais que a compõem, particularmente nos países da América Latina, primeiro estipulada pelo reduzido número de enfermeiros disponível à época, mas posteriormente mantida com respaldo nas percepções estritamente econômico-financeiras do custo da mão de obra da enfermagem para as instituições.

No Brasil, a Lei do Exercício Profissional nº 7.498, de 25 de junho de 1986, e o Decreto nº 94.406, de 8 de junho de 1987, prescrevem as atribuições dos componentes da equipe de enfermagem – técnicos, auxiliares e parteiras – e estatuem os enfermeiros como responsáveis pela supervisão do trabalho dos demais componentes da equipe (BRASIL, 1986; 1987). Todavia, não obstante o aumento da disponibilidade de cursos de graduação em Enfermagem no país nos últimos anos, ainda é possível afirmar que a assistência é preponderantemente

prestada pelos profissionais de nível médio da enfermagem, estando os enfermeiros mais presentes na supervisão da equipe e na coordenação dos serviços de enfermagem, assim como em unidades de maior complexidade assistencial atinente à tecnologia e ao cuidado intensivo (FIOCRUZ, 2006). No entanto, com o advento das práticas avançadas e o reconhecimento da necessidade de expertise específica para certos procedimentos, alguns enfermeiros passaram a realizar com mais frequência procedimentos mais especializados, o que demandou maior aperfeiçoamento em determinadas áreas, levando-os a assumir procedimentos técnicos antes privativos dos médicos. Isso resultou no alargamento e na expansão e/ou criação de novos papéis do enfermeiro na assistência à saúde (CROCKER, 2006).

De acordo com a revisão integrativa da literatura sobre os processos de trabalho da enfermagem (LEAL, 2018), a existência de diferentes categorias de profissionais de enfermagem acontece também em outros países, como no Chile, onde atuam enfermeiras e auxiliares de enfermagem; no Canadá, com enfermeiras diplomadas e associadas/*Registered Nurse* (RN) e *Care Assistant* (CA); e nos Estados Unidos e na África do Sul, com os *Certified Nurse Assistant* (CNA), os *Licensed Practical Nurse* (LPN) e os *Registered Nurse* (RN). Outro fato a se sublinhar é que em todos os países citados existem profissionais de enfermagem com formação de nível médio ou com curso prévio, que são realizados posteriormente à graduação, mas que continuam trabalhando como profissional de nível médio e sendo hierarquicamente subordinadas ao enfermeiro.

Apesar da busca incessante pelo conhecimento científico para respaldar seu trabalho e reafirmar-se como profissão, o ofício da enfermagem ainda é característico pela valorização do particular, do subjetivo, do senso comum, das crenças, do conhecimento popular e do benefício social, heranças do processo de surgimento da profissão. Seu percurso histórico mantém conexões diretas com a história social do trabalho, das mulheres e da cultura dos cuidados, o que influencia até hoje a concepção do que é e do seu significado enquanto profissão da saúde.

Esse ponto persistente na discussão do trabalho do enfermeiro sob a influência do gênero feminino está presente desde a sua criação. Os debates da feminização perduram, apesar dos esforços de qualificação profissional, pois envolvem as representações sociais inerentes às “características” da mulher ideal em uma sociedade até o momento dominada pelos homens, tais como: submissão, abnegação, disciplina, pureza, humildade e domesticidade. Assim sendo, observa-se que muitos desses atributos foram apenas deslocados de uma cultura pronta, que era da mulher, mãe e esposa no espaço privado, cuidando da casa, dos filhos e do marido, para o espaço público e profissional no contexto da enfermagem. Substitui-se, então, a casa pelo

hospital, os filhos pelos sujeitos do cuidado e o marido pelo médico (SOBRAL, 1994). Allen (1997) acrescenta que uma questão crucial desse status da enfermagem como um trabalho de mulheres é a manutenção da equação ideológica entre o trabalho de enfermagem e o papel tradicional da mulher, o que reflete não somente na prática de enfermagem, mas também no ensino, pois, segundo essa visão, as qualidades que fazem uma boa enfermeira não podem ser ensinadas, ao contrário, elas se embasam em habilidades femininas “naturais” de cuidar, tal como de realizar atividades domésticas.

Dessa maneira, as singularidades do trabalho da enfermagem acontecem não somente por caracterizar-se como profissão majoritariamente integrada por mulheres, mas pela especificidade das ações que desenvolvem no dia a dia e por sua conformação baseada em uma divisão sociotécnica. Acresce-se a isso que sua imagem ainda continua ligada ao estereótipo feminino, cristalizando sua figura como profissão subserviente, sendo a enfermeira, em si, representada por conceitos que permeiam o imaginário em relação à profissão, desde sua origem até os dias atuais (PIRES; FONSECA; PADILHA, 2016). Logo, apesar de deter certa autonomia em relação aos demais profissionais de saúde, a enfermagem se conserva bastante subordinada à organização do seu modelo assistencial associado ao modelo biomédico, em uma premissa de atuação para preencher vazios ou ausências de médicos, o que dificulta o seu processo de reconhecimento e de construção de uma identidade profissional e aliena o enfermeiro no que concerne ao valor do seu papel na trajetória de sucesso do paciente nos serviços de saúde.

A organização do trabalho da enfermagem permanece, na sua grande maioria, alicerçada nos princípios do taylorismo-fordismo, salientando-se a hierarquia rígida, a divisão do trabalho em tarefas, a ênfase no “como fazer”, a excessiva preocupação com manuais de procedimentos, com rotinas, com normas, com escalas diárias de distribuição de tarefas e com a fragmentação da assistência, sem participação efetiva do conjunto da equipe nos processos decisórios (PIRES; GELBCKE; MATOS, 2004). Contudo, essas características não se fazem presentes somente no trabalho da enfermagem no contexto hospitalar, mas Rocha *et al.* (2014) apontam que os modelos tradicionais de administração e os princípios da organização científica do trabalho, historicamente incorporados pelos gestores e pelos trabalhadores das instituições de saúde, balizam as práticas de trabalho e determinam os valores e as práticas organizacionais, sendo estas, na percepção dos profissionais de saúde participantes de sua pesquisa, permeadas de hierarquização, com o controle e a rigidez no trabalho, o individualismo, a competição entre os indivíduos e a desvalorização dos trabalhadores.

O trabalho enquanto prática, de um modo geral, é composto por vários processos de trabalho, tidos como intencional e consciente, em que o trabalhador, com sua ação, impulsiona, regula e controla o seu intercâmbio com a natureza para produzir um resultado antecipadamente planejado. Conceitualmente, ele é constituído por três elementos: a atividade adequada a um fim (trabalho); a matéria a que se aplica o trabalho (objeto do trabalho); os meios e os instrumentos que facilitam o trabalho (MARX, 2013). Assim, também o trabalho da enfermagem é formado por processos de trabalhos que podem ser divididos em quatro tipos: o cuidar ou assistir; o administrar ou gerenciar; o pesquisar; e o ensinar (FELLI; PEDUZZI, 2005). Esses processos são interligados no cotidiano da prática profissional, mas acarretam responsabilidades específicas, possuem um corpo científico próprio que os fundamentam e possibilitam o desenvolvimento de um cuidado de qualidade ao paciente (DANSKI *et al.*, 2011).

No campo da pesquisa sobre o trabalho de enfermagem, a publicação científica acerca da categoria trabalho mostra-se falha no que concerne à análise do processo de trabalho da enfermeira (LEAL, 2016), assim como deste enquanto uma prática de enfermagem em si. Em um dos poucos estudos da literatura científica a respeito do trabalho de enfermagem em periódicos nacionais de saúde, realizado entre 1998 e 2008 (MANDU; PEDUZZI; SILVA, 2012), encontrou-se um aumento dessa publicação a partir dos anos 1990, coincidindo com a consolidação da enfermagem como campo emergente da ciência no país e da pós-graduação da área. A produção crescente referente ao assunto, concentrada nos anos 2000, englobava diversificados aspectos da prática de enfermagem/do enfermeiro dentro dos temas de saúde do trabalhador, modos de efetivar o trabalho cotidiano, percepções sobre a prática e interrelações no trabalho.

Entretanto, ao longo do tempo, o trabalho do enfermeiro e a ciência enfermagem vêm se desconstruindo e construindo sua história, libertando-se de antigos paradigmas e introduzindo outros mais coerentes com a compreensão de enfermagem como corpo político-social e formadora de opiniões (PADILHA, 1991). Tal entendimento viabiliza a conquista gradativa de espaços no campo da saúde, na luta por seus direitos, na qualificação profissional e técnica em todos os seus campos de trabalho e no desenvolvimento científico com a expansão das pós-graduações (PEREIRA; OLIVEIRA, 2013).

O trabalho do enfermeiro em suas modificações no decorrer da história pode ser percebido como uma prática social articulada a outras práticas e parte do processo de trabalho em saúde. Em face da versatilidade do enfermeiro na sua atuação profissional, este se redesenha

e se redefine em sua imagem, incorporando saberes, posturas e práticas que modificam a sua percepção como tal (SENNA *et al.*, 2014). Por isso dizemos que a enfermeira é um gerente intermediário, que se localiza entre a organização empregadora e as demais categorias de trabalhadores da saúde (LEAL, 2016), ocupando um lugar de articulação, de subordinação, de substituição, mas também de transição. Ela atua de forma a vincular e a direcionar o processo de trabalho em saúde, coordenando o trabalho dos profissionais de enfermagem, mas também, direta ou indiretamente, dos outros atores do campo da saúde, porém a ideologia ainda vigente é a de que o trabalho da enfermeira é de subordinação, o que se evidencia também nas publicações da área (LEAL; MELO, 2017).

O trabalho gerencial do enfermeiro no ambiente hospitalar, seja pela complexidade ou pela dependência do cuidado, tem sido elementar para a articulação da equipe de saúde, na organização e na busca por ações estratégicas de melhorias voltadas para o cuidado do paciente (LIMA *et al.*, 2016). Assim, mesmo que a dimensão do cuidado seja considerada o propósito central da profissão, o gerenciamento tem afirmado importância no conjunto de estratégias racionalmente formuladas, em ações objetivas e subjetivas que impactam em melhores condições de assistência e de trabalho da equipe de enfermagem (SANTOS *et al.*, 2017).

Há diferentes interpretações de enfermeiros que se dividem entre os que pensam que o cuidado e a gerência são indissociáveis e os que consideram que essa atividade representa afastamento do cuidado direto, sendo essa falta de consenso um outro desafio a ser superado pela profissão (BORGES; SILVA, 2017). Tal dicotomia é reforçada pela restrição de atividades gerenciais a uma dimensão técnica administrativa muitas vezes imposta pelas instituições, o que sobrecarrega e consome o tempo do enfermeiro, não deixando que o cuidado direto ocupe seu espaço no trabalho (LIMA *et al.*, 2016). Observa-se que, mesmo quando estes possuem interesse e meta em exercer a prática clínica do cuidado, eles são incapazes de administrar tempo adequado para ambas as atividades (BONNER; MCLAUGHLIN, 2014), ou seja, a função administrativa perde-se em atividades-meio e em detrimento de atividades finalísticas do cuidado, quando não são postas em supremacia às outras.

Faz-se necessário uma clarificação dessa dicotomia, pois muitas vezes a dimensão do trabalho do enfermeiro gerencial é confundida ou simplificada como as atividades de cuidado indireto. Não obstante, a forma como esse referencial teórico foi incorporado no Brasil pode ter sido a causa para esses problemas de entendimento, uma vez que, especialmente nos países da América do Norte, a atuação do enfermeiro possui diferentes níveis hierárquicos, a saber: os *bed-side nurses*, ou *floor nurses*, são os responsáveis pela maioria do trabalho configurado na

dimensão assistencial; os *charge nurses*, ou *head nurses*, realizam as atividades de intermediação entre as dimensões assistencial e gerencial, sendo as de cuidado indireto, dentro da dimensão assistencial, as mais proeminentes; os *nursing coordinators*, ou *manager*, são aqueles responsáveis exclusivamente pela dimensão gerencial. Em contrapartida, no cenário brasileiro, a conformação mais frequente é dos profissionais de nível médio à beira leito, isto é, responsáveis pelo cuidado direto, e do enfermeiro como supervisor, assumindo o papel de intermediário entre as dimensões assistencial e gerencial, assim como é possível encontrar o coordenador de enfermagem também nesse papel, dada a precariedade da estruturação de trabalho de alguns serviços. Essa função de intermediário do enfermeiro supervisor é conceituada por alguns autores, no quadro nacional, como o gerenciamento do cuidado de enfermagem.

Em estudo qualitativo conduzido em São Paulo com auxiliares de enfermagem, enfermeiros e médicos, todos foram unânimes em reconhecer o gerenciamento do cuidado como o trabalho nuclear do enfermeiro, sendo a este atribuída a execução de atividades de gerência da unidade, tais como: encaminhamento de exames internos ou externos, pedidos de medicação, dietas e/ou material, entre outras (PEDUZZI; ANSELMINI, 2002). Contudo, esse estudo apontou que as atividades de gerenciamento do cuidado e de gerência da unidade, no cotidiano do trabalho, estão mescladas e acabam por ocasionar constantes interrupções das atividades da enfermeira. Na esfera teórica do gerenciamento do cuidado estão a evolução de enfermagem com exame físico diário do paciente, a prescrição de enfermagem e a supervisão dos auxiliares; à medida que na esfera da gerência da unidade encontram-se encaminhar exames, colocar horário na medicação prescrita pelo médico, pedir medicação à farmácia, providenciar ambulância para transporte do paciente, contatar a nutricionista, entre outras. Tanto as enfermeiras quanto as auxiliares de enfermagem reportam-se às atividades de gerenciamento do cuidado e de gerência da unidade como “parte burocrática”, associando-as ao registro do trabalho executado ou ao preenchimento de formulários, de protocolos e similares. Entende-se que essa associação expressa um estereótipo sobre a administração e a gerência de serviços de saúde, concebidos exclusivamente como controle dos processos de trabalho (PEDUZZI; ANSELMINI, 2002).

Então, apesar de ser um campo controverso e de múltiplos discursos, há indícios de que a enfermeira assuma a coordenação do processo de trabalho em enfermagem e direciona o processo de trabalho em saúde em vários países, ressaltando-se que apenas no Chile há legislação específica para regular tais atividades, atribuindo ao enfermeiro a exclusividade pela

execução do que eles chamam de “gestão do cuidado” (MILOS; LORRAIN; SIMONETTI, 2009; MILOS; BÓRQUEZ; LORRAIN, 2010; LEAL, 2016), posição que diz respeito à aplicação de critério profissional em planejamento, organização, motivação e controle da prestação de cuidados seguros e integrais para garantir a continuidade dos cuidados e sustentar as políticas e as diretrizes estratégicas da instituição.

3.2 O Trabalho do Enfermeiro em Terapia Intensiva

As Unidades de Terapia Intensiva (UTI) destinam-se ao cuidado crítico e especializado de pacientes graves e recuperáveis, utilizando recursos tecnológicos, físicos, materiais e humanos de alto desempenho (AMIB, 2018). O enfermeiro se insere no contexto da terapia intensiva desde sua criação, assumindo diversas funções que permeiam a coordenação da unidade e a educação junto à equipe de enfermagem, ao paciente e aos familiares, avaliando, sistematizando e decidindo sobre o uso apropriado de recursos humanos, físicos, materiais e de informação no cuidado ao paciente de terapia intensiva, visando o trabalho em equipe, a eficácia e o custo-efetividade. Acentua-se, ainda, a função de articulação entre os diversos profissionais envolvidos na assistência e as informações pertinentes ao cuidado do paciente (CENEDÉSI *et al.*, 2012).

O trabalho de enfermagem em UTI tem como predicado a variabilidade, o que significa que o cuidado prestado não é uma relação simplória de demanda apresentada e técnica a ser realizada, mas lida-se com eventos diversos contingenciais decorrentes do quadro do paciente, das intervenções planejadas ou não, das inovações terapêuticas e dos recursos humanos e tecnológicos necessários, como panes em sistemas e em equipamentos, falta de material, e déficit na escala de pessoal. Essa variabilidade configura o trabalho real, cabendo aos profissionais de enfermagem gerir tais aspectos e promover os cuidados (CAMPOS; DAVID, 2011).

Dentre as funções que os enfermeiros desempenham com maior frequência e que exigem mais tempo de trabalho estão a supervisão, a coordenação da equipe de enfermagem e a realização de cuidado técnico especializado (CENEDÉSI *et al.*, 2012). Em estudo qualitativo cujo objetivo foi compreender as vivências de enfermeiros de uma unidade terapia intensiva adulto no desenvolvimento da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), os participantes apontaram que se sentem mais valorizados e reconhecidos pelos demais membros da equipe ao desempenharem funções e atividades que demonstram o seu domínio sobre o

funcionamento geral da unidade e do cuidado e sobre os procedimentos de técnicas complexas e especializadas, incluindo o domínio da tecnologia envolvida (MASSAROLI *et al.*, 2015). A alta complexidade de cuidado é realçada pelo poder de ação e de atuação dos enfermeiros, sendo necessário um perfil dinâmico, a partir do qual ensino e pesquisa são partes inerentes à rotina de trabalho.

Uma análise bibliográfica aponta que, dentre os artigos encontrados na literatura, verifica-se maior concentração dessas produções utilizando a concepção de processo de trabalho para “pensar e criar” instrumentos de trabalho para a enfermeira, enquanto o outro grupo de artigos propõe-se a analisar os processos de trabalho nas subcategorias (assistência, gerência, ensino e pesquisa) que integram o trabalho da enfermeira (FRACOLLI; GRANJA, 2005).

Além disso, o trabalho em terapia intensiva apresenta, intrinsecamente, uma imposição do tempo, em que tudo é urgente, e a alta complexidade e a tecnologia implicam profissionais mais especializados e capacitados, que se sustentam em um ciclo de rigidez, de cobranças e de ritmo. Soma-se a isso o fato de o trabalho ser pensado por um profissional e executado por outro, visto que, no Brasil, a equipe de enfermagem é composta por profissionais de níveis de formação diferentes. O foco central é a realização da tarefa, entendida como ações que são meticulosamente definidas e precisas *a priori*, sem levar em conta a atividade real do profissional, definida como o ajuste necessário entre a tarefa e a atividade, desenvolvido pelo próprio trabalhador contestando os modos operatórios prescritos (CAMPOS; DAVID, 2011).

Em estudo que procurou conhecer a dinâmica do processo de trabalho da enfermagem na UTI, concluiu-se que este, refletido na força de trabalho das equipes multiprofissionais, parece velar o fato de, por trás do “doente” (como concepção básica do modelo médico hegemônico em saúde), existir um “ser doente”, que tem carecimentos e problemas específicos. Viu-se que as práticas de saúde nas condições de atendimento intensivo naturalmente compreendem um conjunto de variáveis tecnológicas direcionadas às atividades parcelares, fragmentadas e com pouco (ou nenhum) sentido totalizador. Assim sendo, fica explícito que o processo de trabalho dos profissionais na terapia intensiva seja imbuído de saberes e de práticas de cuidado que se situem nessas condições, com predomínio de dispositivos produzidos/adquiridos pela evolução da ciência e pouco nas relações entre os sujeitos (PINHO; SANTOS; KANTORSKI, 2007).

Desse modo, no cenário do cuidado crítico da terapia intensiva, o enfermeiro e os técnicos de enfermagem organizam e têm estruturado o seu trabalho de acordo com

regulamentações legais existentes que prescrevem as atribuições de cada um. Frisa-se que, diferentemente de outras unidades de internação, a terapia intensiva, seja ela adulta, pediátrica ou neonatal, dentro da realidade nacional, é a unidade na qual se encontra uma maior relação entre o número de enfermeiros e técnicos de enfermagem, assim como de enfermeiros por paciente, embora ainda muito aquém, na maioria dos locais, da realidade de outros países. A Associação de Medicina Intensiva Brasileira (AMIB) (2009) sugere que haja um enfermeiro coordenador, com no mínimo três anos de trabalho no tipo de UTI que coordenará, um enfermeiro assistencial exclusivo da unidade para no máximo cinco pacientes, bem como um técnico de enfermagem exclusivo para cada dois leitos por turno.

Recentemente, foi deliberada uma nota técnica sobre a coordenação de enfermagem das UTIs (COFEN, 2020), devendo esta ser especialista em Terapia Intensiva ou em outra especialidade atinente à assistência ao paciente grave, específica para a modalidade de atuação, impondo como limite o número de duas responsabilidades técnicas (RT) ou coordenação de UTI para o mesmo profissional. Este tem como responsabilidade planejar, implementar e garantir a qualidade dos processos na UTI, à proporção que o enfermeiro assistencial deve ser legalmente habilitado para realizar assistência direta ao paciente e ao acolhimento dos familiares. Portanto, a equipe de enfermagem da UTI deve ser composta por profissionais qualificados e com treinamento específico.

3.3 O Trabalho Invisível do Enfermeiro

Ao longo do desenvolvimento de sua história profissional, a enfermagem tem provado ser adaptável e suscetível para absorver mudanças no seu trabalho, assimilando responsabilidades diversas, por vezes por razões não passíveis de explicação do ponto de vista de outros profissionais. Entretanto, nota-se que isso trouxe como consequência uma persistente crise de identidade ocupacional com a qual a profissão luta atualmente, acrescida de problemas de limites dessa atuação impostas por outras profissões. Embora a enfermagem seja tipicamente entendida e compreenda a si própria como uma profissão da prestação de cuidados, seu trabalho tem se estendido cada vez mais para além das atividades diretamente relativas à prestação de cuidados aos pacientes para aqueles desencadeadas pelas necessidades de cuidados (ALLEN, 2015). Nesse sentido, Allen (2015, 2017) propõe uma mudança de perspectiva para a análise do trabalho do enfermeiro para além da prática clínica, trazendo para a “claridade” um componente do trabalho do enfermeiro que ela denomina “*organizing work*”, cuja essência é o trabalho de organização da prática e a prática da “organização”.

Os enfermeiros contemporâneos permanecem responsáveis não apenas pela prática clínica, mas também por criar os ambientes que fomentam a promoção da saúde e a cura, por meio da liderança, do gerenciamento de recursos, do estabelecimento de padronizações, da auditoria de dados e da gestão das equipes, tornando-se amplamente envolvidos na coordenação e na organização para e do atendimento ao paciente (ALLEN, 2015). No entanto, esse trabalho mais amplo geralmente tem sido considerado um coadjuvante da função central de enfermagem e até mesmo responsável pelo distanciamento dos enfermeiros de seu "trabalho real". Essa identidade construída sobre o trabalho gerencial do enfermeiro como o "outro" lado do cuidar torna-o um elemento do trabalho do enfermeiro sobre o qual se sabe pouco e/ou não é visto com bons olhos (ALLEN, 2015).

À vista disso, Allen (2004) e Chambliss (1997) defendem que o trabalho do enfermeiro pode ser entendido como dividido em assistencial e gerencial, pois ele é uma prática. Assumir o trabalho do enfermeiro desse ponto de vista é, pois, desenvolver uma concepção de que este tem uma organização em si de uma teia de atividades que se interconectam e se estendem interna e externamente à organização do trabalho e que constituem um modo de ordenar o fluxo das relações organizacionais, sejam elas materiais ou sociais, que são sustentadas pela institucionalização de atividades e de modos de fazer (GHERARDI, 2012).

Essa noção ampliada do trabalho da enfermagem reflete o aumento da complexidade da prestação de serviços de saúde modernos, combinada com os desafios de oferecer serviços de alta qualidade, seguros e acessíveis para atender às necessidades de uma sociedade que se modifica através dos tempos. Nesse contexto, Allen (2015) defende o valor dos enfermeiros na gestão da assistência à saúde, no aspecto organizacional do cuidado, por atuarem de maneira central ou como um ponto de encontro das demandas, em todo o processo de cuidar, de maneira a garantir a trajetória do paciente nos serviços de saúde e até mesmo nos sistemas de saúde. Todavia, mesmo reconhecido como primordial, informalmente, esse trabalho organizacional carece de reconhecimento formal, posto que essa postura contribui para que ele seja mal inserido ou mesmo desconsiderado nos sistemas de gestão existentes e, conseqüentemente, nas tecnologias de informação e de comunicação incluídas nos serviços de saúde. Dessa forma, algumas atividades que o enfermeiro efetua são consideradas invisíveis, no sentido de não serem especificadas como trabalho do enfermeiro, não sendo, então, reconhecidas e passíveis de remuneração ou de contabilização em sistemas de mensuração de produtividade do trabalho ou mesmo de carga de trabalho da enfermagem (ALLEN, 2015).

As implicações da invisibilidade do trabalho organizacional do enfermeiro tornam-se aparentes ao se investigar as interrupções do cuidado prestado pelo profissional no seu cotidiano de trabalho. Em pesquisa que objetivou analisar as interrupções nas atividades do enfermeiro, revelou-se que a causa mais recorrente de desvio da atenção durante o cuidado foi a resolução de falhas operacionais, como falta de suprimentos e de medicamentos e problemas com equipamentos. Tal comportamento foi percebido, por exemplo, em 16 eventos identificados como “atividades para solucionar falta de medicações”, que culminaram na suspensão da atividade primária e na saída do enfermeiro da subunidade de trabalho para ir à farmácia buscar a medicação ausente (VENTURA, VELLOSO, ALVES, 2020). Essa situação ratifica a afirmação de Bridi (2017) de que a enfermagem gasta seu tempo corrigindo falhas do sistema, deixando, assim, de realizar cuidados diretos ao paciente, isso pelo fato de terem que assumir atividades que não lhe são próprias, mas que de alguma forma comprometem a assistência de enfermagem no momento. Ir à farmácia buscar medicação ausente é apenas um dos exemplos de situações com as quais o enfermeiro tem de lidar a fim de promover um cuidado seguro ao paciente, mas ainda há problemas relacionados ao serviço de lavanderia, de manutenção, de nutrição, de limpeza, de radiologia, de laboratório, de banco de sangue e de internação, entre outros.

Logo, compreende-se que o fato de o trabalho do enfermeiro ser complexo e não ser entendido como prática contribui para sua invisibilidade – ou pelo menos para a invisibilidade de certos elementos seus –, sendo esse o desafio que a profissão tem enfrentado no desenvolvimento de um quadro conceitual e de uma identidade profissional que abarque a diversidade de atividades que os enfermeiros desempenham (BEARDSHAW; ROBINSON, 1990). Esse desafio é enfrentado cotidianamente pelos enfermeiros, de forma precária e impotente, em campos de trabalho que estão sob constante mudança, para além da dificuldade de comunicação das diversas atividades que ele realiza, mas que não estão institucionalizadas ou reconhecidas nos sistemas de registros, o que afeta a visibilidade ou a invisibilidade do seu ofício, trazendo consequências organizacionais para as relações de trabalho designadas para a enfermagem.

O conceito de trabalho invisível adotado por este estudo é o indicado por Allen (2015), de “trabalho de bastidores”, quer dizer, o trabalho de organizador realizado para que todos os componentes necessários para a assistência ao paciente estejam alinhados no momento certo e de maneira satisfatória, visto que os processos de trabalho de todos os demais profissionais envolvidos na assistência incidem ou perpassam o trabalho do enfermeiro. Esse trabalho se

relaciona com a qualidade e a segurança da assistência, e, à medida que a complexidade e a intensidade dos cuidados de saúde e sociais intensificam-se, a falta de reconhecimento do gerenciamento do cuidado é uma lacuna substancial nas infraestruturas organizacionais existentes.

Allen (2015) advoga que o trabalho do enfermeiro, enquanto prática, é mais do que um simples agrupamento de atividades separadas, pois possui um papel central de mediar as relações entre os atores heterogêneos, humanos e não humanos, direcionado para o atendimento das demandas dos pacientes. Para essa autora, a função da prática do enfermeiro é composta por quatro domínios inter-relacionados que tornam o enfermeiro um ponto de passagem obrigatória no contexto da assistência hospitalar, sendo eles: criação de conhecimento para que o trabalho sirva de suporte para a prestação do cuidado, articulação das configurações de atores sociomateriais necessários para responder às demandas individuais, combinação das pessoas com os leitos e o suporte para o fluxo de pacientes e análise das identidades dos pacientes para uma transferência de cuidados seguro² (ALLEN, 2015, tradução nossa). Resumidamente, essas funções são assim intituladas: criando conhecimento para o trabalho; articulando trajetórias de cuidados; organizando o jogo (mediação); e passando o batom e analisando o paciente (*creating working knowledge; articulating trajectories of care; match-making; and passing the baton, parsing the patient*), e o encaixe de pacientes aos leitos (vagas) correspondentes e as transferências de cuidados (ALLEN, 2015).

A criação de conhecimento para o trabalho que sirva de suporte para a prestação do cuidado refere-se à função de mobilização de informações pertinentes ao cuidado do paciente durante seu percurso na instituição de saúde, dado que, em um mundo de especialização, múltiplos atores fazem contribuições independentes para casos individuais e seu trabalho é amplamente distribuído no tempo e no espaço (ALLEN, 2015). Ainda em estudo realizado pela autora, verificou-se que o ponto central da criação desse conhecimento foi a manutenção e a circulação da narrativa da trajetória, uma vez que as informações dos prontuários como um mecanismo de comunicação interprofissional encontram-se encapsuladas. Conquanto funcionem para sustentar um registro de trabalho dos cuidados de saúde em andamento, demandam fazer sentido para todos os envolvidos. Desse modo, os enfermeiros, em seu cotidiano de trabalho, criam as narrativas inicialmente, na admissão do paciente, e

² Tradução de: “Trough four interrelated domains of practice nurses function as obligatory passage points in hospital orders: creating the working knowledge that supports care delivery; articulating the configurations of socio-material actors required to meet individual needs; matching people with beds and supporting patient flows; and parsing patient identities to secure transfers of care” (ALLEN, 2015, p. 132).

posteriormente seguem compartilhando-a por meio da transferência de cuidados. Durante esse processo, eles revisam suas narrativas, utilizam seus “resumos de trama”, que funcionam como memorandos auxiliares para a organização do trabalho em andamento.

Em razão da dinamicidade da assistência, os enfermeiros modificam suas narrativas inúmeras vezes para ajustar seu conteúdo e atender às necessidades de diferentes públicos e circunstâncias em questão, o que as tornam indispensáveis para este e para os demais profissionais. Contudo, isso gera uma nova exigência para o enfermeiro, que, para além de atualizar e manter os meios de registros de informações formais, é visto como o portador destas. Diante disso, muitos profissionais, passam a interromper e a buscar o enfermeiro como recurso de informação mais atualizada e disponível (ALLEN, 2015).

A articulação das configurações de atores sociomateriais necessários para responder às demandas individuais acontece quando o enfermeiro reúne e garante que materiais, tecnologias, ferramentas e pessoas estejam alinhados e disponíveis para apoiar o cuidado (ALLEN, 2015). Esse trabalho organizador do enfermeiro permite que haja alinhamento e integração de todos os atores concernentes à assistência em saúde, de modo a responder a contingências previstas e imprevistas e a garantir que a trajetória do cuidado siga seu fluxo. Porém, para Allen (2015), essa função do enfermeiro desestabiliza as ideias tradicionais sobre o trabalho de equipes multidisciplinares como um esforço colaborativo, pois a trajetória do paciente é composta por múltiplas atividades e objetivos realizados, às vezes em paralelo ou em oposição, com um único ponto de interseção em que os atores, juntos, alinham suas atividades. Esse único ponto de interseção é o enfermeiro, que modela e remodela o cuidado do paciente e fornece energia para sustentar a dinâmica da trajetória do cuidado (ALLEN, 2015).

A combinação das pessoas com os leitos e o suporte para o fluxo de pacientes, o manejo/organização do “jogo”, é um recurso essencial no contexto hospitalar, haja vista que atribuir pessoas ao leito correto confere implicações importantes para a qualidade, a segurança e a eficiência dos cuidados de saúde, visto que o leito não se limita à cama, mas refere-se a equipe, tecnologia e infraestrutura. O leito é uma característica-chave na topografia dos sistemas de saúde e a moeda pela qual estes são organizados. O enfermeiro gerencia em conformidade com o julgamento especializado para atender às exigências do indivíduo, maximizando a utilização desse bem em diferentes contextos. Esse processo envolve múltiplos fatores, visto que uma cama não está apenas associada à experiência, mas também à equipe (ALLEN, 2015). A gestão de leitos é o principal exemplo desse trabalho, e o equilíbrio entre todas as demandas e as ofertas é um desafio.

À medida que a assistência à saúde torna-se cada vez mais especializada e a pressão por leitos aumenta, os pacientes normalmente atravessam vários serviços durante o processo de saúde-doença, e essas passagens de fronteira podem ter uma influência significativa nos cuidados recebidos por eles. Em todos esses episódios, há uma versão diferente do mesmo indivíduo, já que as informações relevantes são reunidas e transformadas pelo enfermeiro, a fim de balizar a tomada de decisão dos atores envolvidos no cuidado. Todas as transferências de cuidados são propensas a erros, os quais, quando mal geridos, podem levar a descontinuidades e a atrasos que criam problemas para os pacientes, para suas famílias e para as organizações (BRYAN *et al.*, 2005). Allen (2015) sustenta que as transferências de cuidados representam pontos de cristalização, nos quais, por meio de um processo de dupla tradução, as trajetórias de cuidado são estabilizadas e as identidades dos pacientes são reconfiguradas para garantir segurança e qualidade de assistência à saúde.

Assim, acredita-se que muito do que é identificado e teorizado por Allen (2015) como trabalho invisível na Inglaterra acaba ocorrendo no Brasil de forma muitas vezes naturalizada, banalizada e metaforizada pela figura do enfermeiro faz-tudo, que não deixa o serviço ou o paciente na mão, que não deixa peteca cair, expressões muito comuns na língua portuguesa que significam e personificam o profissional/pessoa como competente ou produtivo, mesmo diante de condições adversas de trabalho ou mesmo da falta destas. A habilidade do enfermeiro de contornar as situações inesperadas e de manter o serviço funcionando associa-o diretamente à “arte do improvisado”, ou, mais conhecidamente, à gambiarra, isto é, a realização de procedimentos necessários para a configuração de um artefato improvisado, geralmente uma solução alternativa, para situações inesperadas ou quando da ausência de recursos necessários (ANDRADE; SILVA, 2018).

A teorização de Allen (2015) acerca do trabalho invisível do enfermeiro aproxima-se, mais generalizadamente, da defendida por Fonseca e Sá (2015), que afirmam haver um espaço não contabilizado entre os dois polos do trabalho da enfermagem, o trabalho prescrito e o trabalho real, em que estão as produções subjetivas do trabalhador que são invisíveis, por serem imateriais ou difíceis de serem mensuradas pelos métodos de gestão e de avaliação da assistência existentes, mesmo que sejam de suma importância para a sua qualidade. Igualmente, para Molinier (2008), há atividades nas quais podemos situar a enfermagem que são ainda mais invisíveis do que outras, pois não se concretizam em objetos ou ações técnicas nem em objetivos diretos, o que prejudica a percepção de sua pertinência. Soma-se a isso o fato de que, no Brasil, o trabalho invisível do enfermeiro é uma expressão utilizada e abordada teoricamente de

maneira mais ampla e tocante ao não reconhecimento deste ou mesmo à falta de uma atuação/representação política da enfermagem no geral (LESSA; ARAUJO, 2013; AVILA *et al.*, 2013; TRAESEL; MERLO, 2011).

4 PERCURSO METODOLÓGICO

4.1 Tipo de Estudo

Trata-se de um estudo de abordagem qualitativa do tipo etnográfico. A abordagem qualitativa confere visibilidade às questões da vida humana, atribuindo significados às ações dos indivíduos e ao cenário em que se inserem e se relacionam (CHIZZOTTI, 2003). Esse tipo de pesquisa responde a questões particulares e preocupa-se com um nível de realidade que não pode ser quantificado. Em outras palavras, trabalha com o universo de significados, de motivos, de aspirações, de crenças, de valores e de atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis (MINAYO, 2001).

Ainda segundo Minayo (2001), a pesquisa qualitativa se refere à compreensão e à explicação da dinâmica das relações sociais, além de estruturas e de instituições como resultado da ação humana, com menos ênfase em aspectos que se repetem e mais atenção à sua dimensão expressa por meio de valores, de opiniões, de representações, de formas de relação, de simbologias, de usos, de costumes, de comportamentos e de práticas. Dessa forma, requer como atitudes fundamentais a abertura, a flexibilidade e a capacidade de observação e de interação com o grupo de investigadores e com os atores sociais envolvidos.

Tendo em mente que a pesquisa qualitativa costuma ser flexível e dinâmica, ou seja, os métodos e os aspectos atinentes ao desenho do estudo podem, em parte, modificar-se ao passo que novas informações são recolhidas, também a análise e a interpretação dos dados mudam com o tempo, conforme o pesquisador acrescenta novos elementos e conhece melhor o contexto estudado, o que também é um fato comum em estudos etnográficos (ROSALDO, 1993).

O “fazer etnográfico” observa *in loco* o contexto para tentar compreender seus significados – manifestos e latentes – expressos em falas, em silêncios, em gestos e em ações dos múltiplos atores sociais que o constituem (GEERTZ, 1989). Logo, o método permite a apreensão do fenômeno em sua totalidade, favorecendo a descoberta do modo de vida das pessoas e as experiências com sua visão de mundo (LIMA *et al.*, 1996).

Dessa maneira, os estudos etnográficos fornecem aos profissionais da saúde a possibilidade de entender os processos de saúde e de doença e do seu trabalho sob os diversos pontos de vista, propiciando, por conseguinte, benefícios para a humanização e a qualidade dos serviços prestados (LENARDT; MICHEL; MELO, 2011). Ademais, porquanto o método permita apreender o fenômeno humano na sua totalidade, a assimilação de eventos e de situações de enfermagem que apresentam características de ações em desenvolvimento (saúde, bem-estar, o processo de cuidar, o processo de trabalho em enfermagem, o processo de ensino-aprendizagem) constitui objeto de estudo apropriado nesta abordagem (LIMA, 1996).

Há uma preocupação com o rigor metodológico, porém o desenho do estudo permite flexibilidade do pesquisador quanto ao direcionamento dos tipos de dados e de coletas a serem empregados durante o processo de pesquisa (ATKINSON; HAMMERSLEY, 2007).

4.2 Cenário do Estudo

A pesquisa foi realizada em uma Unidade de Terapia Intensiva (UTI) de um hospital universitário público e geral integrado ao Sistema Único de Saúde (SUS) localizado no estado de Minas Gerais, que possui 547 leitos e 3 UTIs adultas. Essa instituição atende a todas as especialidades e subespecialidades oferecidas no SUS, atua no atendimento à sociedade, na formação de recursos humanos, no desenvolvimento de pesquisa, na produção e na incorporação de tecnologia na área de saúde. É referência em transplantes e em tratamentos oncológicos, quimioterápicos e materno-infantis de alto risco, bem como em marca-passos de alto custo e em cirurgia cardíaca, entre outras.

Esse hospital aderiu a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH) em 2013, empresa pública de natureza privada, criada em 2012 pelo Governo Federal, como uma resposta à crise financeira e institucional dos hospitais universitários (HU), condicionando esses à adesão para garantir sua viabilidade financeira. Essa empresa apresentou propostas de solução para crise financeira e alternativas de gestão e de novo modelo assistencial imbuídos num processo de mudança estrutural. Seu modelo de gestão abrange o estabelecimento das condições de trabalho (incluindo os aspectos de organização e conteúdo do trabalho), as relações hierárquicas, o tipo de estrutura organizacional, o sistema de avaliação e controle dos resultados, as políticas de pessoal, os objetivos, os valores e a filosofia. Nesse cenário, profissionais admitiram sentir-se presos em um conflito entre duas culturas – uma de serviço

público e uma de empresa privada –, tendo dificuldade em entender seu trabalho e sua vida profissional (PRIMO, 2018).

O modelo assistencial de enfermagem foi influenciado por estes fatores, como apresenta Primo (2018) em seu estudo sobre as mudanças estruturais e condições de trabalho em hospital universitário, no qual concluiu que os profissionais consideravam precárias suas condições materiais de trabalho, bem como prazos incompatíveis para a realização das tarefas, pessoal insuficiente, exposição a riscos físicos, transporte de cargas pesadas e riscos de acidentes, além de conflitos entre gestores e executores. Acresce-se ainda a dificuldade do processo decisório marcado pelos conflitos entre a tradição e as novas necessidades impostas, vivenciado principalmente pelos profissionais de nível superior ligados à assistência (PRIMO, 2018). Na tentativa de otimizar o processo de trabalho dos profissionais de enfermagem na UTI, optou-se por um modelo assistencial inovador no qual os enfermeiros e técnicos de enfermagem desempenham atividades assistenciais e um enfermeiro por turno exerce atividades gerenciais da unidade e do cuidado, sendo feito um rodízio mensal de gestor. Além disso, há a presença de um coordenador de enfermagem como responsável técnico da unidade.

A UTI estudada localiza-se no Pronto Atendimento (PA) do hospital, sendo este dividido em classificação de risco e em consultórios médicos, em observação adulto e pediátrica e em Unidade de Decisão Clínica (UDC) adulto, separada em alas masculina e feminina. A farmácia que abastece todos os setores citados situa-se ao final de um corredor que divide a área do setor de emergência e a área da UDC; à frente à UDC há uma copa disponível para a alimentação dos profissionais do PA, enquanto outra copa na lateral é destinada à alimentação dos pacientes deambulantes e dos acompanhantes.

A UTI-PA é composta por 10 leitos, sendo 2 de reanimação. Essa organização é prevista para a manutenção de 2 leitos para estabilização dos casos de emergência que acontecem no pronto-socorro: já que lá não há sala de emergência, esses 2 leitos cumprem tal papel. A disposição da unidade em formato retangular permite o acompanhamento dos pacientes de maneira contínua, no mais, há um posto de enfermagem com uma bancada para os 3 computadores disponíveis na unidade para os profissionais de enfermagem, uma geladeira para medicação, os escaninhos dos pacientes para suas medicações e documentos, 2 pias e local para armazenamento de materiais de uso comum da unidade. De frente para esse posto, encostados na parte externa da bancada, estão o carrinho de parada e o glicômetro móvel (adaptação feita pela unidade de carrinho de aparelho de pressão para armazenamento do glicômetro de uso comum na unidade). Em uma das laterais do balcão há uma pia para lavagem das mãos, no lado

oposto há um banheiro para pacientes e na outra lateral está um corredor que leva à sala de materiais e de equipamentos, do lado esquerdo, e à sala de prescrição médica, atrás do posto de enfermagem, com cômodos de uso comum, como banheiros, copa e quarto para descanso para os colaboradores.

Os leitos da UTI são moderados por um médico regulador do pronto-socorro. Os pacientes atendidos são oriundos do pronto-socorro, além dos referenciados pelos cinco ambulatorios anexos ao hospital e à Unidade de Pronto Atendimento (UPA). Tais leitos ainda atuam como modelo para a linha de cuidado de Acidente Vascular Encefálico (AVE) isquêmico/tratamento de trombólise e de doenças gastrointestinais, além de receber o fluxo reverso do hospital – pacientes com necessidade de terapia intensiva internados na unidade de internação, setor de exames ou pós-operatório do Bloco Cirúrgico. Não são atendidas demandas espontâneas, mas são recebidos pacientes via Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) e de Unidades de Resgate dos Bombeiros.

A equipe multiprofissional disponível na unidade é composta por fisioterapeutas, auxiliares administrativos, médicos intensivistas, médicos especialistas, nutricionistas, psicólogos e assistentes sociais, mediante solicitação de interconsulta. Ademais, observou-se a presença constante de acadêmicos e/ou de residentes de enfermagem e de medicina, tendo em vista o perfil acadêmico da instituição.

4.3 Sujeitos da Pesquisa

Os sujeitos observados e os entrevistados foram escolhidos por conveniência, sendo esses os enfermeiros da UTI que foram convidados a participar de acordo com o plantão em que estavam quando na chegada na unidade para a observação. Portanto, a amostra foi composta por enfermeiros que aceitavam ser observados e entrevistados pelos pesquisadores.

No momento da coleta de dados, a equipe de enfermagem correspondia a 29 enfermeiros e 3 técnicos de enfermagem, sendo que um dos enfermeiros era o coordenador da unidade. Os enfermeiros desempenhavam atividades assistenciais e gerenciais, e organizavam-se de modo a ter um gestor por turno de trabalho, sendo este responsável pelo gerenciamento da unidade, e, os enfermeiros assistenciais, pela execução de cuidados diretos ao paciente à beira leito. Todos os enfermeiros alternavam entre a gestão e a assistência, sendo o gestor permanecia na função durante um mês. Os técnicos de enfermagem exerciam funções assistenciais de cuidado direto ao paciente e de apoio, como desinfecção de artigos hospitalares,

transportes de pacientes, medicamentos e hemoderivados e conservação de materiais e de equipamentos, quando possuíam restrição de atividades por problemas de saúde.

A escala de trabalho desses profissionais era determinada de acordo com a modalidade de contrato, com carga horária semanal variando em escala diária de 6 ou de 12 horas de trabalho por 36 horas de descanso ou de 12 horas de trabalho por 60 horas de descanso. A divisão do trabalho, com o quantitativo disponível, procura manter 1 profissional a cada 2 leitos e 1 enfermeiro responsável pela gestão da unidade, sendo assim, segundo o número de leitos da unidade, era requerido um mínimo de 6 profissionais por turno. No entanto, devido ao Índice de Segurança Técnica, a coordenação elaborava a escala diária com o mínimo de 7 profissionais. Eventualmente e coincidentemente, de acordo com a carga horária e as folgas, a escala diária acabava composta apenas por enfermeiros. Além do dimensionamento baseado na carga horária dos profissionais, havia a possibilidade de Adicional de Plantão Hospitalar (jornada extra de trabalho) quando necessário, conforme regimento interno da instituição, para cobertura da escala.

A distribuição de trabalho por categoria profissional era fundamentada na criticidade do paciente, definida, inicialmente, pelo conhecimento do enfermeiro gestor, que elaborava escala diária para o turno seguinte, e, em alguns casos, pelo resultado da aplicação do instrumento NAS do dia anterior, sendo esperado que o enfermeiro assumisse os pacientes com maior demanda ou criticidade identificada.

4.4 Coleta de Dados

Como primeiro passo, o projeto de pesquisa foi apresentado a todos os enfermeiros da unidade, bem como os objetivos e a proposta metodológica do estudo. Foi deixada no setor uma pasta com a cópia do projeto com o contato dos pesquisadores e da aprovação do comitê de ética em Pesquisa da UFMG, para acesso de todos. Houve ênfase, em vários momentos da coleta de dados, da explicação do foco da observação participante não ser julgar o desempenho do profissional, e, sim, coletar dados sobre as atividades exercidas pelo enfermeiro em sua rotina de trabalho.

A inserção da pesquisadora no cenário de pesquisa ocorreu por intermédio da professora orientadora, coordenadora do projeto, sendo que esta acompanhou as primeiras sessões de observações e entrevistas para a coleta de dados com objetivo de ambientação e a ampliação da possibilidade de variabilidade de perspectivas sobre o mesmo objeto de pesquisa. Não houve

resistência por parte dos enfermeiros, ou outros profissionais da unidade, em relação ao estudo, visto que já conheciam a trajetória acadêmica e profissional da professora que no ano anterior havia realizado plantões na unidade e realizado treinamentos sobre o instrumento Nursing Activities Score (NAS) com eles. Portanto, no momento inicial da coleta de dados, essa foi realizada por dois pesquisadores no mesmo turno e tempo de observação.

A coleta de dados ocorreu no período de 4 de setembro de 2019 a 28 de fevereiro de 2020. Uma das estratégias utilizadas para tanto foi a observação participante, a qual, como elucida Minayo (2010, p. 59), capta “situações ou fenômenos que não são obtidos por meio de perguntas, uma vez que, observados diretamente na própria realidade, transmitem o que há de mais imponderável e evasivo na vida real”. Foram realizadas 122 horas e 40 minutos de observação participante, contemplando dias úteis e feriados, em sessões de tempo médio de 3 horas, alternando aleatoriamente entre os turnos matutino, vespertino e noturno. Tomou-se o cuidado de observar os três turnos na mesma semana e de participar das transições de cuidados entre eles. O tempo de observação de todas as sessões foi finalizado conforme a saturação das atividades assistidas e o período de atenção total dos pesquisadores, haja vista a necessidade de detalhamento de dados. Os dados observados eram anotados manualmente em caderno à medida que foram acontecendo, iniciando-se com a data e o horário do início da observação, o número de pacientes e profissionais na unidade no momento.

Spradley (1980) explica que, na abordagem por observação participante, não somente há a descrição dos componentes de uma situação, mas também a identificação da orientação e da dinâmica de cada momento, em razão da subjetividade inserida no contexto do observador e do observado. Foram feitas indagações pertinentes às atividades observadas de acordo com a necessidade do pesquisador em obter mais informações acerca da situação ou do cenário. Em concordância com o objetivo do estudo, outros componentes da equipe foram contemplados na observação, por interferirem no trabalho e interagirem com o enfermeiro observado.

Foram realizadas 8 entrevistas com os enfermeiros atuantes na UTI no momento da coleta de dados, que perfizeram um total de 2 horas e 25 minutos de entrevistas, com variação de 11 a 26 minutos de duração. Essas foram gravadas por dispositivo eletrônico, sendo os arquivos de áudio, formato mp3, transcritos manualmente pela pesquisadora. Foi utilizado um roteiro semiestruturado (Apêndice B) com perguntas referentes ao trabalho do enfermeiro na unidade, à sua percepção sobre ele, ao dimensionamento e ao uso de instrumento de mensuração de carga de trabalho. Houve pequenas alterações de semântica na elaboração das perguntas após a primeira entrevista, para facilitar o entendimento do enfermeiro entrevistado. Participaram

enfermeiros da unidade, com predileção aos atores que estavam sendo observados, porém houve casos de oferta espontânea para ser entrevistado, sendo a pesquisadora abordada pelo enfermeiro devido seu interesse em acrescentar seu entendimento referente ao tema abordado no estudo. A seleção do número de entrevistas foi decidida por saturação de dados, quando se concluiu que a inclusão de novos participantes, na avaliação do pesquisador, geraria redundância e repetição e que a participação destes na pesquisa pouco acrescentaria ao material coletado (FONTANELLA; RICAS; TURATO, 2008).

Desta forma, a amostra foi considerada suficiente, pois, em um estudo etnográfico, a amostragem não é o resultado de deliberação consciente prévia, mas do emprego explícito e sistemático de todos os critérios para a obtenção dos dados, de modo a tentar garantir que estes foram adequadamente amostrados e para refletir sobre qualquer amostragem inadvertida que tenha ocorrido (ATKINSON; HAMMERSLEY, 2007). Outros pontos sublinhados foram a cobertura de variação temporal dos turnos de trabalho e a contemplação do contexto da unidade em diferentes meses no período observado.

4.5 Análise de Dados

Os dados da observação participante foram redigidos em tempo real em bloco de notas, e as entrevistas foram gravadas em aparelho celular, com autorização do entrevistado. Posteriormente, ambos foram transcritos em arquivos de texto para facilitar a análise. Utilizou-se o software *Atlas.ti* versão 8 para a organização e a codificação de dados, por meio da inserção dos diários digitados e das entrevistas transcritas em documento do formato docx do word. Foram observados os temas mais frequentes na observação do trabalho e nas respostas a entrevistas, sendo então organizados os dados em grandes temas comuns. Em um segundo momento foram identificadas as dimensões do trabalho invisível do enfermeiro, sendo elas articulação, manejo de leitos e pacientes, criação de conhecimento e transferência de cuidados, tendo por base o referencial apresentado por Davina Allen. Foram realizadas várias leituras de todo o material coletado, tentando apreender de uma forma global as principais ideias e os seus significados gerais sendo na sequência classificados em temas mais recorrentes que auxiliassem na compreensão do que estava por trás dos fatos observados e narrados, transitando entre dois polos: o rigor da objetividade e a fecundidade da subjetividade (SILVA; FOSSÁ, 2015). Nesse sentido, as funções do *Atlas.ti* de *Classifying* e *Coding* foram usadas para se organizar a categorização dos dados de acordo com os temas mais recorrentes encontrados como

organização do trabalho do enfermeiro e sua percepção deste, atividades diretas e indiretas, e as dimensões do trabalho invisível, que após identificados foram exportados por meio de *Reports*, no formato .docx do word, dos trechos por *codes* e os trechos referentes a cada *code* que foram utilizados para a apresentação e discussão dos dados.

4.6 Aspectos Éticos

A pesquisa respeitou todas as normas e os princípios éticos preconizados pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS) na forma da Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, e pelo Código de Ética de Enfermagem. O estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa em seres humanos da Universidade Federal de Minas Gerais (COEP/UFMG) via Plataforma Brasil, com o número de parecer 3.621.197/2019 (Anexo A), CAE 00879018.2.0000.5149, sendo aprovado por ele e pela Gerência de Ensino e Pesquisa (GEP) (Anexo B) do hospital onde os dados foram coletados.

Manteve-se sigilo das informações e da identidade de todos os envolvidos no estudo, garantindo anonimato e confidencialidade dos assuntos tratados. Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE), contendo informações acerca da pesquisa (Apêndice A).

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A análise dos dados permitiu a caracterização dos enfermeiros entrevistados e do ambiente observado, tal como das atividades desempenhadas por eles em sua rotina de trabalho. Assim, foram construídas as seguintes categorias: Perfil dos Enfermeiros Entrevistados, Descrição do Trabalho do Enfermeiro Observado e Relatado, sendo que esta dividiu-se em duas subcategorias denominadas Múltiplos conceitos que permeiam a percepção do trabalho do enfermeiro e A organização do trabalho do enfermeiro na Terapia Intensiva, e a última categoria intitulada As dimensões do trabalho invisível dos enfermeiros em Terapia Intensiva, também dividida em subcategorias de acordo com as quatro dimensões da prática organizacional dos enfermeiros segundo o referencial escolhido, de Davina Allen.

5.1 Perfil dos Enfermeiros Entrevistados

O Quadro 1 apresenta informações tocantes ao perfil dos 8 enfermeiros entrevistados. A faixa etária variou de 28 a 49 anos, prevalecendo adultos jovens, do sexo feminino, com tempo de trabalho na instituição entre 1 e 5 anos. Esses achados corroboram a realidade brasileira, visto que a equipe de enfermagem é ainda predominantemente feminina, sendo composta por 84,6% de mulheres (MACHADO *et al.*, 2016). No âmbito mundial, a Organização Mundial da Saúde (2019) aponta que a tendência feminina também se confirma, variando entre 76% e 96% na África, nas Américas, na Ásia, na Europa, no Mediterrâneo Oriental e no Pacífico Ocidental. Além disso, no Brasil, em 2013, registrou-se que 45% dos enfermeiros encaixavam-se na faixa etária de 26 a 35 anos (BRASIL, 2013), o que implica uma maior possibilidade de melhoria do nível de conhecimento científico e técnico desses profissionais ao longo de sua trajetória profissional. No mais, a presença significativa de enfermeiros com idade inferior a 40 anos pode estar relacionada ao fato de, ao atingirem essa faixa etária, serem remanejados para outros setores, procurarem cargos administrativos, buscarem a área de ensino ou até mesmo desistirem da profissão (LOPES GUERRER; FERRAZ BIANCHI, 2011).

No que tange ao tempo de trabalho na UTI, alguns autores mencionam a experiência do enfermeiro no setor por mais de 4 anos (FOGAÇA; WERTHER; MARTINS, 2010; BALSANELLI; CUNHA, 2013), e, em consonância com pesquisa do COFEN (2013), o tempo de formação dos enfermeiros de 2 a 10 anos correspondeu a 59,2% do contingente, pouco

diferente do achado desta pesquisa. Não obstante, cabe esclarecer que, na instituição estudada, o vínculo dos enfermeiros constitui-se por meio de concurso público e, mais recentemente, de processo seletivo de parceria público-privada homologado nos últimos 5 anos para recomposição do quadro de profissionais.

A carga horária semanal de trabalho relatada variou entre 36 e 40 horas, posto que todos possuíam vínculo com uma empresa de serviços hospitalares (EBSERH); apenas 2 enfermeiros declararam carga horária semanal maior, devido à soma com outro vínculo empregatício. Ainda sobre isso, somente 3 dos enfermeiros entrevistados tinham vínculo como intensivista, sendo os demais enfermeiros assistenciais. Tal fato se deve ao formato do concurso da instituição, que, dentre as especialidades do campo da enfermagem, diferenciou entre enfermeiros especialistas e assistenciais.

Quanto ao ano de término de graduação, este variou entre os anos de 2005 e 2014. Em relação à pós-graduação, 7 enfermeiros possuíam ao menos 1 especialização, sendo 5 deles em Terapia Intensiva, e 1 enfermeiro não tinha pós-graduação. Apesar de este ser um pré-requisito do processo seletivo para a atuação na UTI da instituição, considera-se que o não cumprimento seja viável graças aos processos de transferências internas de profissionais entre setores.

No que diz respeito à qualificação profissional, a formação do enfermeiro seguindo as Diretrizes Curriculares Nacionais (2001) é generalista, com noções de todas as áreas de atuação da enfermagem, de modo a facilitar a inserção no mercado de trabalho. Entretanto, Jesus *et al.* (2013) apontam a conscientização dos egressos de enfermagem acerca da necessidade e da importância da busca e do aprimoramento constante do conhecimento, promovendo mudanças significativas na rotina de trabalho. No cenário de terapia intensiva, Galindo *et al.* (2019) assinalam a relevância da especialização como facilitador da aquisição de saberes e de conhecimentos restritos sobre os equipamentos e os procedimentos para os profissionais recém-formados e com pouca experiência.

Assim, constata-se um aumento de enfermeiros especialistas no país, a julgar pelas demandas impostas pelas inovações tecnológicas e assistenciais, e uma exigência de profissionais mais qualificados pelo mercado de trabalho. Em estudo publicado em 1998 (KOIZUMI *et al.*, 1998), com participação de 237 enfermeiros de 34 UTIs, somente 61 dos participantes afirmaram ter pós-graduação *lato sensu*, sendo que o curso citado era especialização em enfermagem médico-cirúrgica ou em outra área que não a de terapia intensiva, e concluiu-se que a proporção de especialistas em UTI foi relativamente baixa, considerando a atuação em unidade altamente especializada.

Já em outro estudo, realizado 10 anos após (LOPES GUERRER; FERRAZ BIANCHI, 2008), cujos participantes foram 263 enfermeiros atuantes nas UTIs de diversos hospitais de alta complexidade das capitais dos estados brasileiros, demonstrou-se que 74% do total possuía pelo menos um curso de pós-graduação, com aumento do predomínio da pós-graduação *lato sensu* em enfermagem em terapia intensiva. Nesse cenário, salienta-se a predileção por profissionais especialistas para atuação em terapia intensiva, dada a complexidade do cuidado e da tecnologia empregada na assistência ao paciente crítico, e acrescenta-se a obrigatoriedade de título de especialista para responsável técnico e para coordenadores de enfermagem em unidades de terapia intensiva, conforme RDC nº 137 da ANVISA (BRASIL, 2017b).

Quadro 1 – Caracterização dos enfermeiros entrevistados no estudo. Belo Horizonte- MG, 2021

Entrevistado	Idade	Sexo	Cargo	Tempo de trabalho no UTI (anos)	Ano de formação	Pós-graduação	Carga horária semanal Total
E1	49	F	*EI	3	2011	Enfermagem Hospitalar. Enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva	36h
E2	32	M	*EA	4	2012	Urgência, emergência e trauma Terapia Intensiva	36h
E3	38	F	*EI	3	2005	Urgência e emergência Terapia Intensiva Atenção básica de Saúde da Família	36h
E4	37	F	*EA	5	2008	Enfermagem do trabalho e estatística Mestrado em Enfermagem	36h
E5	37	F	*EI	3	2011	Terapia intensiva Enfermagem do trabalho Gestão hospitalar	36h

						MBA em Gestão de pessoas	
E6	34	M	*EA	1,6	2010	Transplantes Gestão da clínica	40h
E7	35	M	*EA	3	2009	Enfermagem do trabalho Urgência e emergência	36h
E8	28	F	*EA	3	2014	Não possui	36h

*EI (enfermeiro intensivista) e EA (enfermeiro assistencial)

Fonte: Dados da pesquisa.

5.2 Descrição do Trabalho do Enfermeiro Observada e Relatada

O trabalho do enfermeiro nessa unidade de terapia intensiva investigada por meio das observações e das entrevistas tornou possível fazer uma descrição das atividades que compõem seu trabalho, com base no seu entendimento sobre sua prática cotidiana e no acompanhamento do seu fazer.

Isso posto, as atividades desempenhadas pelos enfermeiros observadas todos os dias da coleta foram: conversa com o paciente e/ou familiares no leito, realização de banho no leito, auxílio em banho de aspersão, organização de material para o banho, organização e limpeza do leito e dos equipamentos presentes neste, verificação e registro de dados do paciente e balanço hídrico em formulário de dados vitais da instituição, preparo e administração de medicações, evolução e anotação de enfermagem em prontuário eletrônico, confecção da escala diária de trabalho para o turno subsequente, passagem de plantão e comunicação de intercorrência ao médico, comunicação com outros profissionais sobre demandas dos pacientes e atendimento de telefone e de interfone da unidade. De maneira rotineira, também aconteceram conversas entre enfermeiros assistenciais e gestor, bem como com a equipe multidisciplinar acerca de outras atividades que constituíram demanda extra para a equipe de enfermagem, como organização de recursos e transfusão de hemoderivados, transportes para setor de internação ou para exames de imagem. Foram observadas, então, como atividades do enfermeiro:

Prepara e administra medicação (Diário 02/12/19).

Inicia o turno organizando materiais para banho no leito (Diário 05/12/19).

Busca hemoconcentrado no banco de sangue, volta após 10 minutos, na sequência, prepara e administra hemoconcentrado (Diário 02/12/19).

Anota dados vitais em planilha (Diário 05/02/20).

Levará paciente para exame de imagem, para isso prepara o leito, o paciente e os materiais necessários para transporte (Diário 01/11/19).

Gestora e enfermeira alinham informações sobre o paciente, como retirada de SVD conforme solicitação médica. Contudo, decidem aguardar mais para a retirada, pois o paciente recebeu diurético há pouco tempo e há necessidade de avaliar o resultado da conduta adotada (Diário 27/01/20).

Nas entrevistas, ao serem questionados sobre quais eram suas principais atividades cotidianas de trabalho, os enfermeiros responderam como mais frequentes as atividades de banho, de punção, de sondagem, de mudança de decúbito e de medicação, as quais se assemelham ao observado, mas trazem distinções entre o que eles consideram ser atividades assistenciais e gerenciais e aquelas que ponderam ser privativo do enfermeiro e do técnico de enfermagem, como mostrado nos trechos abaixo.

[...] como a gente é assistencial, a gente realiza toda a atividade assistencial, higiene do paciente, mudanças de decúbito, hidratação da pele né, o exame físico, a evolução, todo o procedimento de enfermagem privativa do enfermeiro, e o processo de enfermagem como um todo né, [...] E além disso a parte gerencial, né, a comunicação com outras equipes...(E2).

Bom, os cuidados gerais mesmo, né? De higiene, cuidados de higiene, de mobilização [...] dos cuidados com acesso, higiene oral [...]E também as atividades que são privativas do enfermeiro, sondagem vesical, sondagem enteral, instalação de dieta, isso aí (E5).

Ah, a rotina da gente é medicação, banho, toda a parte assistencial a gente faz.. [...] a gente faz o serviço de técnico e serviço de enfermeiro de evoluir paciente, de fazer diagnóstico de enfermagem [...], e tem uma visão geral né, não só dos nossos pacientes, mas dos pacientes dos colegas também[...] (E6).

No cuidado, é o cuidado direto né, [...] que é mudança de decúbito, higienização, alimentação, escuta, e tem as particularidades, que não são uma rotina já esperada, que é a assistência na urgência e emergência, assistência na parada cardiorrespiratória [...] (E7).

Como enfermeiro, eu...eu faço o trabalho tanto de técnico como de enfermeiro, assistência direta ao paciente [...] todos os procedimentos privativos e não privativos do enfermeiro em relação ao paciente somos nós que realizamos, [...] Então de ir no banco de sangue para buscar a bolsa de sangue, ir no laboratório levar exame coletado, somos nós que levamos, [...]o leito, quando os pacientes iam de alta, a higienização da cama é por conta do pessoal da limpeza, mas a limpeza do box e o transporte do paciente, tudo é a gente que faz, transporte para tomografia... Mais a parte gerencial de diagnósticos de enfermagem, evolução, então tudo fica por nossa conta (E8).

Apenas um deles apresentou a escuta do paciente como parte de suas atividades, à medida que a maioria associou as atividades que realiza como parte do cuidado assistencial,

que eles também chamam de cuidados gerais, de cuidado direto ou de assistência direta, reportando-se a estas como inerentes ao cargo de enfermeiro assistencial.

Assim como identificado nas observações, os enfermeiros da unidade desempenham atividades privativas do enfermeiro, mas também outras, que seriam de atribuição do técnico de enfermagem. De acordo com a Lei do Exercício Profissional, cabe ao enfermeiro, privativamente, a direção do órgão de enfermagem integrante da estrutura básica da instituição de saúde, pública e privada, e a chefia de serviço e de unidade de enfermagem; a organização e a direção dos serviços de enfermagem e de suas atividades técnicas e auxiliares nas empresas prestadoras desses serviços; o planejamento, a organização, a coordenação, a execução e a avaliação dos serviços da assistência de enfermagem; a consultoria, a auditoria e a emissão de parecer sobre matéria de enfermagem; a consulta de enfermagem; a prescrição da assistência de enfermagem; os cuidados diretos de enfermagem a pacientes graves com risco de vida; os cuidados de enfermagem de maior complexidade técnica e que exijam conhecimentos de base científica e capacidade de tomar decisões imediatas (BRASIL, 1986).

Nas entrevistas, ao serem indagados sobre a realização de atividades que julgavam não ser de atribuição do enfermeiro, a maioria manifestou que fazia algumas atividades que não eram de sua alçada, mas que as executava por não ter mais ninguém disponível para tanto ou porque eram atividades delegadas aos enfermeiros na unidade estudada. As mais citadas foram a busca de hemoderivados e de medicações, desinfecção terminal dos leitos e de respiradores, transporte de pacientes para setor de internação e banho no leito.

[...] Às vezes a gente faz coisas que a gente poderia delegar para outras equipes. Igual outro dia, a gente ia na farmácia buscar medicação (E2).

A questão do banho no leito, é uma atividade que o enfermeiro realiza, mas poderia ser realizado por um técnico de enfermagem. Por exemplo, sair do setor para ir até a farmácia para buscar medicação. O enfermeiro leva o paciente de alta para o andar, isso não é o papel do enfermeiro, né? O paciente está de alta, poderia ir com o técnico de enfermagem ou com a equipe do transporte [...] (E5).

[...] tem várias coisas que eu vejo que realmente, não acho que seria do enfermeiro. Às vezes até de ligar, resolver problemas de bomba de infusão, monitor que estraga, a gente que entra em contato com a engenharia clínica para explicar o problema, porque querendo ou não, mesmo tendo uma secretária, ela não entende o que é [...] então normalmente eu prefiro eu mesma resolver, entro em contato com a engenharia e resolvo esse tipo de problema.” [...] Eu acho que é por falta mesmo de ter gente para fazer (E8).

[...] às vezes a gente trabalha muito de forma mecânica né, [...] por exemplo, desprezar diurese, umas coisas mais mecânicas assim que daria para o técnico fazer [...]. Porque tá incluso na nossa rotina né, então não tem como não fazer. Às vezes quando a escala tá mais tranquila, a gente acaba conseguindo [...] mas quando a escala tá mínima, não tem como não fazer (E6).

Da mesma forma que às vezes eu estou responsável por um paciente crítico, e o outro evoluiu a óbito e eu tenho que sair da minha cena de cuidado e levar esse paciente no necrotério, isso vai me tirar da cena de cuidado por 30 minutos. Acredito que também em um olhar mais aprofundado, isso não seria obrigação do enfermeiro (E7).

Dentre as atividades expostas pelos enfermeiros, existem algumas que poderiam ser feitas por outros profissionais que não fazem parte da enfermagem, mas existem aquelas que, por seu caráter concomitante com outras do cuidado e por envolverem paciente crítico, possuem regulamentações cujas razões muitas vezes não ficam claras no cotidiano de trabalho. Por exemplo, no contexto de terapia intensiva, conforme legislação, os cuidados de enfermagem a pacientes graves com risco de vida devem ser realizados por enfermeiros, bem como os cuidados de enfermagem de maior complexidade técnica e que exijam conhecimentos científico e capacidade de tomar decisões imediatas (BRASIL, 1986). Além disso, em Nota Técnica do COFEN (BRASIL, 2020), há a manutenção do acompanhamento contínuo em transporte de paciente grave de no mínimo um médico e um enfermeiro, ambos com habilidade comprovada para o atendimento em urgência e em emergência. Logo, existe dificuldade em separar o que seriam os cuidados de enfermagem das atividades relativas a esse cuidado e a conformação do processo de trabalho, de forma a inserir o técnico de enfermagem enquanto suporte para as atividades menos complexas.

Nesse sentido, percebe-se que, no cenário da assistência ao paciente crítico, alguns cuidados que poderiam ser conduzidos por técnicos de enfermagem tornam-se de alta complexidade e precisam ser desempenhados pelo enfermeiro, considerando ser necessário o uso de seu raciocínio clínico. Por exemplo, o banho no leito, segundo uma revisão sistemática, embora seja uma atividade rotineira da equipe de enfermagem, apresenta riscos para a estabilidade oxi-hemodinâmica do paciente grave quando o tempo de sua duração ultrapassa 20 minutos (LIMA; LACERDA, 2010). Ademais, tendo em mente que esse procedimento possa ser capaz de alterar significativamente os parâmetros ventilatórios dos pacientes, por exemplo, é imprescindível a presença do enfermeiro, que deve estar atento não só à execução da técnica, mas aos sinais de instabilidade hemodinâmica (TOLEDO *et al.*, 2020), visando intervir de maneira rápida e eficaz. Para tanto, é preciso que o enfermeiro, em seu cotidiano de trabalho, valorize o seu conhecimento científico para além da técnica, situação que pode ser complexa em virtude da demanda de trabalho ou da falta de uma organização do processo de trabalho que viabilize isso ocorrer sistematicamente.

Contudo, durante as observações, foi possível notar que, ademais dessas atividades citadas que geram impasses no que toca à atuação do técnico e do enfermeiro, outras atividades,

como troca de recipientes para armazenamento de frascos vazios de medicação, reabastecimento de papel e sabonete e atender telefone e interfone eram constantes.

Das 16:35h até 17:30h foram realizadas 7 idas ao banco de sangue para buscar hemoconcentrados apenas no período vespertino pelo enfermeiro. Às 18:20h, mais uma vez (Diário 05/12/19).

Gestora solicita que enfermeiro vá até a farmácia para buscar uma medicação, ele pergunta se hoje não há técnico responsável pelo material/desinfecção terminal e ela responde que não. Ele vai até a farmácia, retorna após 20 minutos, comunica gestora que a medicação não foi liberada. Gestora tenta resolver o problema pelo telefone (Diário 05/12/19).

Gestora de enfermagem do plantão troca galões onde são desprezados os frascos vazios de medicação (Diário 14/11/19).

A gestora vai ao posto de enfermagem e busca papel toalha para umas das pias da unidade que se encontra sem papel desde o início do plantão. Ela mesma realiza a troca do papel (Diário 08/10/19).

Do ponto de vista da mensuração de carga de trabalho, o consumo de tempo de trabalho dos enfermeiros constitui uma medida objetiva para a avaliação e a monitorização do quantitativo e do qualitativo dos profissionais de enfermagem das unidades de internação de instituições hospitalares, na medida em que oportuniza avaliar os recursos humanos existentes em face da qualidade e da segurança da assistência de enfermagem oferecida (ROGENSKI *et al.*, 2011). Todavia, a temática ainda se apresenta como um desafio que perdura no tempo, pois um estudo realizado em 1994 já reconhecia o enfermeiro como um facilitador da assistência e do trabalho dos demais membros da equipe multiprofissional. Além disso, ao não desempenhar as atividades pertinentes ao seu trabalho, executando outras que não seriam necessariamente suas, o enfermeiro permite a existência de lacunas ou de vazios em sua atuação no cuidado (LUNARDI; FILHO; BORBA, 1994). Tal situação passou a ser alvo de pesquisas recentes sobre o que foi denominado “*missing care*”, cuidado perdido ou deixado de realizar, e sobre interrupções do cuidado, devido às suas implicações para a segurança dos pacientes (MONTEIRO; AVELAR; PEDREIRA, 2020).

A dificuldade em estabelecer limites atinentes às atividades exercidas pelo enfermeiro pode estar relacionada ao processo identitário da profissão. Em análise integrativa da literatura, segundo avaliação das tendências cronológicas, constatou-se que, após 2004, ocorreu um crescente aumento de publicações alusivas à identidade do enfermeiro, possivelmente vinculado às mudanças na prestação de serviços e no padrão da qualidade exigida pelos cidadãos no que tange ao consumo de bens e de serviços (BELLAGUARDA *et al.*, 2011). Para Oliveira (2006), a percepção conflituosa de si mesmo e de sua prática pode interferir no

entendimento da identidade do enfermeiro, além de outros elementos, como a não delimitação de seu espaço e a indecisão de atribuições, o que prejudica a especificação das características das competências do enfermeiro.

Fernandes *et al.* (2018), em estudo realizado no contexto da atenção básica, argumentam que o enfermeiro associa, em seu processo de trabalho, a sua identidade profissional ao sentido da palavra “tudo”. Na ocasião, essa característica dividiu opiniões entre os participantes: em parte, consideraram-na gratificante, por configurar-se como alicerce da assistência, ao passo que, por outro lado, viram-na como fator negativo, pois acreditavam haver um distanciamento do enfermeiro de suas atribuições ao incorporar atividades que seriam de outros profissionais. Essa situação de imprecisão das reais atribuições do enfermeiro não é específica no âmbito da atenção primária do território brasileiro, mas também é apontada em outros países: Canadá (OELKE; BESNER; CARTER, 2014), Austrália (PARKER *et al.*, 2013), Bahrein (NASAIF, 2012) e Irlanda (PHILIBIN *et al.*, 2010).

Ainda, no que concerne ao tempo de trabalho do enfermeiro não percebido e, conseqüentemente, não contabilizado, a mesma situação se aplica à presença de profissionais de enfermagem em treinamento e aos acadêmicos de enfermagem na unidade, além dos treinamentos realizados durante o plantão que ocorreram em parte dos dias observados, os quais também não foram citados nas entrevistas como uma atividade realizada por eles. Infere-se que estas sejam consideradas naturalizadas pelo fato de o cenário de pesquisa ser um hospital universitário. Observou-se, igualmente, que estas não eram regularmente contabilizadas como consumo de tempo de trabalho dos profissionais de enfermagem no preenchimento da ferramenta de mensuração de carga de trabalho *Nursing Activities Score* (NAS), utilizada no setor, após conferência dos dados gerados por esta.

Enfermeira está responsável por 2 pacientes, no entanto, supervisiona 1 residente de enfermagem e 1 acadêmico de enfermagem pois eles assumem os cuidados integrais dos 2 pacientes (Diário 15/10/19).

Há treinamento com duração de 1:30h em setor externo a UTI, os enfermeiros seguem uma escala determinada pela coordenação do setor para que seja viabilizada a participação de todos os enfermeiros. Eles repassam as informações dos seus pacientes para os colegas que permanecem na unidade, agora com seus pacientes e os pacientes dos colegas (Diário 10/12/19).

No entanto, quanto à carga de trabalho resultante por tipo de intervenção, Souza, Cucolo e Perroca (2019) concluíram que, na percepção dos enfermeiros, as intervenções de cuidados indiretos que mais contribuíram para o aumento de carga de trabalho foram o acompanhamento

de discentes, a preceptoria de funcionários, a mediação de conflitos e o apoio ao médico. Entretanto, destaca-se que essas atividades não foram citadas pelos entrevistados quando questionados sobre suas atividades e sobre carga de trabalho, embora tenham sido observadas, o que leva a argumentar que, por não serem vistas por estes ou por terem a existência silenciada, também não são identificadas como fator de aumento de carga de trabalho no presente estudo.

Também se pode depreender que as atividades de acompanhamento de discentes e de preceptoria de funcionários sejam consideradas intrinsecamente parte do cotidiano destes por trabalharem em um hospital universitário, cujas particularidades englobam atividades relacionadas ao ensino, à pesquisa e à extensão, ao mesmo tempo que a assistência e a gestão (CHIORO; CECÍLIO, 2009). Em estudo realizado em um hospital universitário, Ventura, Velloso e Alves (2020) identificaram alguns elementos simbólicos da cultura organizacional da instituição, como a força da cultura da universidade, o poder do professor e do médico, a estabilidade e a autonomia dos profissionais da academia, as decisões colegiadas, o mito do serviço público, a sobrecarga de trabalho e o dimensionamento insuficiente de profissionais, características que influenciam no processo de trabalho e na assistência nesse cenário.

Scherer *et al.* (2018) defendem que essa singularidade dos hospitais de ensino traz desafios relativos à organização e à gestão do processo de trabalho, à proteção e à produção da saúde do trabalhador e à formação dos profissionais. Outros fatores, como o absenteísmo e a alta rotatividade, associados ao crônico déficit de pessoal, bem como ao contexto de precariedade de estrutura e de materiais, geram conflitos por dificuldades na organização da escala, influenciam no processo de trabalho e, por consequência, prejudicam as atividades de ensino, pois, em muitos casos, os residentes e os acadêmicos assumem demandas que não seriam suas originalmente. Além disso, as atividades de ensino também acarretam sobrecarga de trabalho para a equipe de enfermagem que participa e articula a assistência ao paciente às necessidades de aprendizagem não só dos discentes, mas também da própria equipe.

No que diz respeito às atividades de enfermagem de nível médio e a disponibilidade do profissional técnico de enfermagem na unidade, averiguou-se que estes deveriam ser os responsáveis por materiais e por equipamentos, pela desinfecção terminal dos leitos e pelo transportes de hemoderivados, de medicações e de pacientes para setor de internação, dentre outras atividades, de acordo com o protocolo da instituição e com suas atribuições profissionais legais. Conforme a Lei do Exercício Profissional, o técnico de enfermagem exerce atividade de nível médio, envolvendo orientação e acompanhamento do trabalho de enfermagem em grau auxiliar e atuação no planejamento da assistência de enfermagem, cabendo-lhe participar da

programação da assistência de enfermagem; executar ações assistenciais de enfermagem (exceto as privativas do enfermeiro), participar da orientação e da supervisão do trabalho de enfermagem em grau auxiliar e participar da equipe de saúde (BRASIL, 1986). Além disso, na Resolução Diretoria Colegiada (RDC) nº 7/2019 da ANVISA, alterada pela RDC nº 26/2012, está preconizado o número mínimo de 1 (um) técnico de enfermagem para cada 2 (dois) leitos em cada turno, além de 1 (um) por UTI para serviços de apoio assistencial em cada turno, situação não observada na unidade (BRASIL, 2012; 2019).

A unidade dispunha de um número inadequado de técnicos alocados (3 para toda unidade), sendo que os poucos existentes ainda possuíam, geralmente, alguma restrição de atividades ou uma limitação de esforço, por conta de problemas de saúde. Tal circunstância dificultava, inclusive, o desvio de função destes para a atuação beira leito, sendo essa situação mais frequente quando, na falta de enfermeiros para a cobertura da escala, um técnico de outro setor era remanejado para a unidade. Assim, também se observou que, nos períodos em que não havia técnicos na unidade, raramente estes eram repostos, o que gerava insatisfação nos enfermeiros, por não terem esses profissionais para dar suporte às suas atividades. Contudo, os enfermeiros não deixaram de realizar as atividades que não eram de sua atribuição, por estas se caracterizarem, no entendimento deles, como algo essencial para a continuidade ou a realização do cuidado. O cenário geral do hospital, à época do estudo, constituía-se com déficit geral de profissionais de enfermagem, o que rotineiramente ocasionava remanejamentos entre as unidades.

Coordenador chama técnico responsável pelo material em sua sala, após conversa, técnico retorna com a notícia que seria o último dia de trabalho na unidade pois será remanejado para pronto-socorro pela demanda de trabalho (Diário 18/11/19).

Nota: essa notícia causa movimentação da equipe, principalmente da gestora. Ela diz que não é justo, pois a escala está reduzida e há transporte de hemoderivados e procedimentos hoje, e a ajuda do técnico é essencial nesses casos, já que não há mais serviço de transporte disponível para a unidade (Diário 18/11/19).

Em relação à visão desses enfermeiros sobre seu trabalho na UTI, na maioria das vezes, estes se reportaram ao seu cargo de forma negativa, descrevendo-o como tecnicista, mecanizado, com perda do rigor científico e com falhas na participação de processos de trabalho privativos. Por outro lado, também relataram a importância do seu trabalho na criação de vínculo com o paciente, assim como na identificação e na intervenção mais rápida nas mudanças de quadro dos pacientes, em razão de sua proximidade com o ambiente beira leito, no desenvolvimento da face assistencial do enfermeiro e na inserção da ciência no cuidado

direto. Esses fatores, na concepção dos enfermeiros, proporcionavam uma recuperação mais satisfatória e eram premissas esperadas para a assistência realizada por eles.

[...] Eu acho que a gente tá muito tecnicista. O enfermeiro não pensa, a gente trabalha direto com a assistência ao paciente e aquela coisa da enfermagem como ciência, eu acho que está se perdendo [...] (E1).

[...] É um trabalho primordial, tanto o vínculo com o paciente, a proximidade, a identificação precoce das complicações, quanto a parte mais holística do ponto de vista de exames, de fundamentar o processo de enfermagem, então acho que o enfermeiro na UTI tem a possibilidade de ver o ciclo da doença no paciente, a piora e a melhora do paciente (E2).

Muito tecnicista, extremamente tecnicista. Existe sim o olhar do enfermeiro, [...] mas a gente não consegue realmente fazer o trabalho de enfermeiro para ter um maior impacto na assistência à saúde. A gente consegue sim ter bons indicadores [...], mas é mediante muito esforço mesmo, porque não sobra muito tempo para diagnóstico de enfermagem, processo de enfermagem (E3).

É um trabalho muito importante, e infelizmente hoje nós não conseguimos fazer o papel de enfermeiros mesmo, nós estamos mais assistenciais, a parte de análise clínica, de raciocínio ainda está pendente. Mas hoje, com o enfermeiro à beira-leito, o paciente é muito melhor atendido, o índice de infecção diminui, o tempo de permanência diminui, o risco de infecção [...] (E5).

A gente estava tão acostumado com o trabalho gerencial, e hoje a realidade, ela muda, não é à toa que a gente tem a descrição de enfermeiro assistencial, ou seja, está ligado direto no cuidado. Eu acho que a intenção é melhorar o cuidado, trazer esse rigor mais científico, e logicamente obter resposta mais exitosa no que diz respeito a recuperação do paciente. [...] Eu vejo com olhar positivo, ou seja, eu consigo estar mais próximo do paciente, perceber a demanda, tentar dar resposta mais imediata, conhecer mais a clínica do paciente, e intervir, né...essa coisa de estar à beira leito ajuda muito em uma intervenção mais imediata (E7).

[...] Acho que a gente perdeu muito da essência do enfermeiro aqui dentro, nos processos de trabalho eu não vejo muita atuação. Como a gente atua como enfermeiro à beira-leito, como assistencial mesmo, às vezes a gente fica tão perdido, envolto naquela coisa do assistencial, de ter que fazer as trocas, do cuidado técnico com o paciente, que não sobra tempo para fazer as coisas que seriam demandas do enfermeiro, que seriam privativas do enfermeiro. [...]. Então eu acho que o trabalho está muito mecanizado (E8).

Tal achado corrobora achados de Chaves, Laus e Camelo (2012) acerca das ações gerenciais e assistenciais do enfermeiro em UTI, visto que, conquanto tenha sido evidenciada a articulação das ações assistenciais e gerenciais do enfermeiro, estes não conseguiam explicitar a singularidade do seu papel no cuidado dos pacientes críticos. Acresce-se a isso, ainda, a falta do uso de indicadores assistenciais de enfermagem que tragam valorização da assistência prestada pelo enfermeiro e que podem ser um fator contribuinte para a percepção de forma negativa de seu trabalho em detrimento dos benefícios de tê-los à beira leito. As falas remetem, então, a falhas de implementação desse modelo assistencial inovador no hospital, com

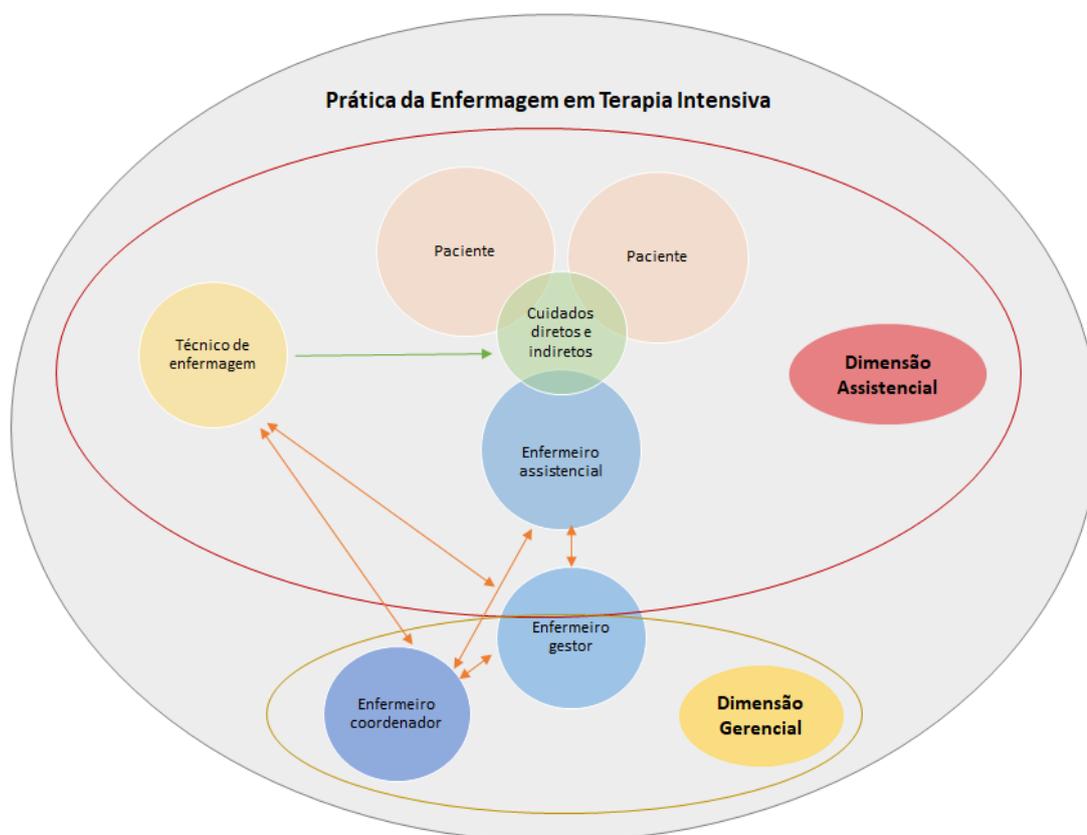
enfermeiros assistenciais e 1 gestor por plantão, com uma conformação que permita ao enfermeiro ter uma percepção mais ampliada de sua prática, e não dual entre conhecimento técnico e científico, como exposto. Com a chegada dos enfermeiros especialistas em terapia intensiva no hospital, após o processo seletivo de 2015, foi realizada uma organização das unidades intensivas com um quantitativo maior de enfermeiros que o usualmente utilizado no cenário nacional, que normalmente segue a recomendação da RDC 26/2012, de 1 enfermeiro assistencial para até 10 leitos (BRASIL, 2012). Esse modelo assistencial se assemelha ao já utilizado em outros países, em que são designados enfermeiros para realizar o cuidado beira leito do paciente (*bedside nurses*) enquanto 1 enfermeiro fica responsável pela gestão do cuidado da unidade (*charge nurse*) (JENNING, 2008).

Nesse sentido, o trabalho do enfermeiro na UTI estudada, embora se encontre organizado de forma inovadora, esse modelo ainda não está totalmente institucionalizado, por meio de instrução técnica de trabalho, com a distinção entre o enfermeiro assistencial e o gestor por turno, sendo que o primeiro desempenha atividades assistenciais à beira leito e o segundo possui atribuições de cunho gerenciais no que tange à organização da unidade para o cuidado, mas que não o impede de assumir a função assistencial para a adequação da escala de trabalho. Essa fragilidade no modelo assistencial auxilia, então, nos questionamentos dos enfermeiros sobre seu papel e como desempenhá-lo. Jennings (2008) defende que a organização da prestação de cuidados pode ser determinada por uma variedade de fatores, tais como questões econômicas, crenças de liderança e capacidade de recrutar e de reter pessoal, e que precisa ser avaliada em períodos para a análise de seus arranjos.

No presente estudo, a visão do trabalho sob uma perspectiva negativa quanto ao componente assistencial pode estar atrelada ao fato da semelhança de atividades, em termos de técnicas, ao trabalho do técnico de enfermagem. Essa percepção pode ser relacionada à diferença no nível de formação entre o técnico e o enfermeiro, que traz a falsa impressão de que as atividades comumente realizadas pelo técnico não requerem conhecimento científico. Todavia, a organização do trabalho de enfermagem encontra-se respaldada, tradicionalmente, em duas categorias profissionais com distintas formações que perpassam questões histórico-socioeconômicas em que a assistência de enfermagem foi instaurada, assim como o entroncamento de elementos ainda pouco claros desse trabalho como prática, com sua dimensão assistencial e gerencial.

De forma estática e resumida, a organização do trabalho do enfermeiro na unidade estudada pode ser esquematizada conforme Figura 1, abaixo.

Figura 1 – A organização do trabalho do enfermeiro. Belo Horizonte – MG, 2021



Fonte: A autora.

Para Chaves, Laus e Camelo (2012, p. 672), o enfermeiro assistencial em UTI deve “obter a história do paciente, realizar exame físico, executar procedimentos e intervenções relativas ao tratamento, avaliar as condições clínicas, orientar os pacientes para continuidade do tratamento”, aliando essas atividades à utilização de instrumentos gerenciais, tais como o planejamento, a supervisão e a coordenação da equipe de enfermagem. Esses autores ainda atribuem como responsabilidade do enfermeiro a gerência da unidade – com atividades que consistem na previsão, na provisão, na manutenção e no controle de recursos materiais e humanos para o funcionamento do serviço –, mas também a gerência do cuidado que abrange o diagnóstico, o planejamento, a execução e a avaliação da assistência, com a delegação das atividades, a supervisão e a orientação da equipe de enfermagem. Referidas responsabilidades, no contexto estudado, fazem parte do rol de atividades efetuadas pelo enfermeiro gestor no âmbito do plantão e do enfermeiro coordenador de enfermagem no âmbito da unidade.

Nota-se que a percepção de valor de cada dimensão da prática de enfermagem depende da posição em que o enfermeiro se encontra no cuidado. Hausmann e Peduzzi (2009) alegam

que há dificuldade de articulação entre as dimensões gerencial e assistencial, pois percebe-se que o enfermeiro que está inserido na dimensão gerencial tende a valorizar essa ação como subsídio à viabilização do cuidado, e, por outro lado, quem está no cuidado tende a menosprezar a atividade gerencial, atribuindo-lhe um cunho burocrático.

Em pesquisa sobre o processo de trabalho do enfermeiro consoante com a percepção de docentes de um curso de graduação em enfermagem, concluiu-se que a dimensão do cuidado foi a que recebeu maior ênfase, com relevo para as técnicas assistenciais (TANAKA, 2008). Resultado semelhante foi o de outro estudo, cujo objetivo foi analisar a dimensão gerencial do processo de trabalho do enfermeiro para identificar e compreender as possíveis articulações com a dimensão assistencial e o processo de trabalho do enfermeiro e da enfermagem remete, sobretudo o cuidado com foco nos procedimentos técnicos (HAUSMANN; PEDUZZI, 2009).

Ainda, em análise integrativa sobre o processo de trabalho do enfermeiro em diferentes países, apesar da execução contínua de atividades gerenciais e assistenciais, o componente gerencial é negado, dispensando-se, portanto, a natureza indissociavelmente assistencial-gerencial desse trabalho. Depreendeu-se que existe uma valorização das ações assistenciais do processo de trabalho do enfermeiro (LEAL; MELO, 2018).

Além disso, Leal e Melo (2018) ponderam que a negação do trabalho gerencial pela ideologia do cuidado está enraizada na concepção da profissão, com a valorização das ações assistenciais e dos procedimentos técnicos, almejando proximidade com o saber científico. Com a desvalorização do componente gerencial do processo de trabalho do enfermeiro, que é inseparável da prática assistencial-gerencial, há a descaracterização da natureza do próprio trabalho, e assim pode não haver o reconhecimento do objeto do seu processo de trabalho, e quaisquer reivindicações desencadeadas nesse contexto não produzem resultados, posto que a dimensão ideologizada no trabalho é a assistencial.

Admite-se, também, inferir que a negação de qualquer uma das dimensões pode impossibilitar mais a compreensão da identidade do enfermeiro em seu trabalho, dificultando a limitação de atividades e a mensuração da carga de trabalho dos profissionais. Cabe ressaltar que os estudos acima trazem perspectivas do profissional que desempenha as dimensões assistencial e gerencial ao mesmo tempo, como parte de suas atribuições, o que difere da divisão entre as funções assistencial e gerencial como na unidade estudada, em que existe um enfermeiro com atribuições inicialmente gerenciais, que não o coordenador, e demais enfermeiros com atribuições assistenciais.

Assim, constata-se que no trabalho do enfermeiro há um problema de reconhecimento deste como uma unidade, uma prática, em virtude de toda essa dicotomia pautada em discussões acerca de quais são as atividades competentes de cada categoria e, dentro da mesma categoria, de quais atividades são mais valorizadas ou menos. Isso porque o ofício da enfermagem é composto por diferentes processos de trabalhos, realizados por diferentes atores, cujo trabalho em equipe fundamenta-se em uma divisão sociotécnica organizada no modelo taylorista/fordista, em que há uma distinção e uma valorização de quem planeja o cuidado em detrimento de quem o executa (PIRES; MATOS, 2006).

5.2.1 Múltiplos conceitos que permeiam a percepção do trabalho do enfermeiro

Identificou-se um distanciamento entre as atividades de enfermagem observadas e as relatadas nas entrevistas, mas também uma variabilidade no entendimento destas dentro do arcabouço teórico do que são os cuidados direto e indireto, que se confundem com as determinações das dimensões assistencial e gerencial que compõem a prática do enfermeiro. Como exemplo dessa situação, Christovam, Porto e Oliveira (2012) têm enunciado que há um problema conceitual na percepção das enfermeiras em relação às ações de gerência do cuidado de enfermagem, pois a maioria delas não compreende que seu trabalho envolve o cuidar (ações de cuidado direto) e o administrar (ações de cuidado indireto), propondo, assim, que o termo gerência do cuidado poderia ser uma forma de superação dessa dicotomia. Tal argumento, então, insere o conceito sobre a prática de enfermagem enquanto gerência do cuidado que poderia unificar essa separação das ações de cuidados direto e indireto entendidas como ações de cuidar e de administrar. Porém, esse entendimento não é unânime, uma vez que esse conceito de gerência do cuidado é visto por outros autores como parte apenas da dimensão gerencial do trabalho do enfermeiro, sendo composto por atividades relacionadas ao gerenciamento de recursos, à coordenação e à articulação do trabalho da equipe de enfermagem e à supervisão das funções técnicas e institucionais (PRESSOTO *et al.*, 2014).

Souza, Cucolo e Perroca (2019) esclarecem que a gestão do cuidado de enfermagem exige uma articulação entre as dimensões assistencial e gerencial para que se concretize, devendo essas dimensões ser entendidas de maneira igualmente importantes e complementares. Ainda, no ponto de vista desses autores, a dimensão assistencial é composta pelas “intervenções de cuidados diretos (interação com o paciente/família) e indiretos (atividades de suporte às intervenções assistenciais diretas realizadas a distância, envolvendo gestão da unidade e

colaboração interdisciplinar)” (SOUZA; CUCOLO; PERROCA, 2019, p. 2). Os autores utilizam como referência a Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC – *Nursing Interventions Classification*) (BULECHEK; BUTCHER; DOCHTERMAN, 2016). Não obstante, é possível reparar que, na literatura científica, não existe um consenso sobre o uso do conceito de cuidados direto e indireto de enfermagem enquanto parte apenas da função assistencial do enfermeiro, e não da dimensão gerencial. Tal situação colabora para a permanência da dicotomia assistência-gerência do trabalho do enfermeiro com uma visualização fragmentada do trabalho, não como uma prática composta por atividades de cuidados de enfermagem que não deveriam ser isoladas como elementos independentes na assistência ao paciente.

No que concerne às dimensões do trabalho do enfermeiro, Pressoto *et al.* (2014) e Christovam, Porto e Oliveira (2012) conceituam estas do seguinte modo: na dimensão assistencial, o objeto de trabalho são as necessidades de cuidado de enfermagem requeridas pelo paciente com o objetivo da promoção de um cuidado de qualidade, integral e ético. Em contrapartida, na dimensão gerencial esse objeto estaria focado na organização do trabalho e nos recursos materiais, físicos e humanos de enfermagem, a fim de adequar as condições para uma assistência organizada, segura e de qualidade. Tal conceitualização requer que o modelo assistencial adotado pelo serviço deixe claras as atribuições de cada função realizada pelo enfermeiro, pois, a exemplo da unidade estudada, há o enfermeiro assistencial, o gestor do plantão e o coordenador de enfermagem da unidade. Isso posto, seus processos de trabalho podem, à primeira vista, parecer repetidos, mas, na realidade, acontecem em diferentes níveis da assistência do enfermeiro, que tem como o objetivo único e final o restabelecimento da condição de saúde do paciente por meio da assistência de enfermagem.

Essa fragmentação do processo de trabalho visualizada pelos enfermeiros dificulta a compreensão do valor da articulação entre as atividades pertinentes ao cuidado ao paciente crítico. Borges e Brasileiro (2018) denotam que as competências do enfermeiro não envolvem somente o cuidado propriamente dito, mas uma abrangência de afazeres. Outro ponto é a percepção de que a dinâmica de trabalho na unidade pode acarretar, em alguns momentos, a anulação de ações privativas, como as relacionadas à Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), em detrimento de intervenções de cuidado à beira leito ou de atividades que poderiam ser exercidas por outros profissionais. Tal visualização fragmentada do cuidado contribui para o acirramento do reconhecimento da prática de enfermagem como uma unidade, que, atualmente, pode ser realizada apenas por enfermeiros e por técnicos de enfermagem.

Para os entrevistados, suas atividades são divididas em *cuidados gerais* ou *em si* quando se referem àquelas do cuidado direto, à medida que as de cuidado indireto aludem às atividades administrativas e de ensino. Esse entendimento muitas vezes se confunde com o rol de atividades do que é privativo do enfermeiro e do técnico, como se vê no Quadro 2, abaixo, assim como a posição que ocupam no modelo assistencial, como assistenciais ou como gestor.

Quadro 2 – Quadro comparativo entre as atividades relatadas nas entrevistas, sua classificação de acordo com a NIC e a percepção dos enfermeiros. Belo Horizonte -MG, 2021

Atividades do enfermeiro	Classificação de acordo com a NIC	Percepção do enfermeiro sobre a atividade nas entrevistas
Anamnese, exame físico, evolução e diagnóstico de enfermagem	Cuidado indireto	Não sobra muito tempo para diagnóstico de enfermagem, processo de enfermagem. [...]. (E3) Infelizmente hoje nós não conseguimos fazer o papel de enfermeiros mesmo, nós estamos mais assistenciais, a parte de análise clínica, de raciocínio ainda está pendente. (E5)
Assistência em PCR	Cuidado direto	E tem as particularidades, que não são uma rotina já esperada, que é a assistência na urgência e emergência, assistência na parada cardiorrespiratória [...]. (E7)
Atuar como circulante em procedimentos invasivos	Cuidado indireto	Os cuidados mínimos e os mais intensivos né, do paciente crítico que vão desde um banho de leito às punções, é, circular para procedimentos invasivos [...]. (E4)
Auxílio em alimentação do paciente, realização de mudança de decúbito e higienização	Cuidado direto	É o cuidado direto né, tem a rotina que digamos que ela é quase que diária, que é pontual, que é mudança de decúbito, higienização, alimentação [...]. (E7)
Avaliação de lesões e curativos	Cuidado direto	Avaliar lesão, trocar curativo, todos os procedimentos privativos e não privativos do enfermeiro em relação ao paciente somos nós que realizamos [...]. (E8)
Banho de leito e cuidados de higiene	Cuidado direto	A questão do banho no leito, é uma atividade que o enfermeiro realiza, mas poderia ser realizado

		por um técnico de enfermagem. (E5)
Comunicação e discussão com equipe multidisciplinar	Cuidado indireto	E além disso a parte gerencial, né, a comunicação com outras equipes. (E2)
Desinfecção terminal do leito	Cuidado indireto	[...] Limpeza de bancada, limpeza de material, desprezar secreção de frascos, [...], acredito que também em um olhar mais aprofundado, isso não seria obrigação do enfermeiro. (E7)
Desprezar diurese	Cuidado indireto	Por exemplo, desprezar diurese, umas coisas mais mecânicas assim que daria para o técnico fazer. (E6)
Gerenciamento dos processos da unidade	Cuidado indireto	[...] Para que a gente possa ter um tempo livre para pensar no processo né, [...] nesse sentido mesmo de organizar o fluxo, e de otimizar recurso de alguma forma. (E4)
Organização de materiais e equipamentos da unidade	Cuidado indireto	[...] Às vezes até de ligar, resolver problemas de bomba de infusão, monitor que estraga, a gente que entra em contato com a engenharia clínica para explicar o problema, porque querendo ou não, mesmo tendo uma secretária, ela não entende o que é [...]. Então normalmente eu prefiro eu mesma resolver, entro em contato com a engenharia e resolvo esse tipo de problema. (E8)
Preenchimento de impressos (passômetro, NAS)	Cuidado indireto	[...] Geralmente é o enfermeiro que está à tarde [...] que faz o NAS. (E2)
Provisão e suprimento de materiais, medicamentos e equipamentos	Cuidado indireto	Às vezes até de ligar, resolver problemas de bomba de infusão, monitor que estraga. (E8) Igual outro dia, a gente ia na farmácia buscar medicação, uma coisa que poderia ser feita por outros profissionais. (E2) Por exemplo, sair do setor para ir até a farmácia para buscar medicação, isso não é o papel do enfermeiro, né? (E5)
Transporte de hemoderivados	Cuidado indireto	[...] Buscar sangue, ir no banco de sangue, [...] isso não seria obrigação do enfermeiro. (E7)

Transporte de pacientes por alta para setor de internação e óbitos	Cuidado direto	<p>[...] Transportar paciente para necrotério, ficar transportando paciente que já está de alta daqui, que não tem grandes demandas, e a gente sair do nosso setor de assistência para levar esse paciente para o andar, eu acho que talvez, no olhar mais aprofundado, não seria nossa responsabilidade. (E7)</p> <p>O paciente está de alta, poderia ir com o técnico de enfermagem ou com a equipe do transporte, e isso com certeza não é papel do enfermeiro nesse momento [...]. (E5)</p>
--	----------------	---

Fonte: A autora.

De acordo com a Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC), intervenções de assistência direta incluem ações de interação com o paciente, assistenciais e de aconselhamento quanto à sua natureza (BULECHEK; BUTCHER; DOCHTERMAN, 2016). No que toca a esse tipo de cuidado, observou-se a realização das seguintes atividades ilustradas abaixo, resumidas em: verificação de sinais vitais, conferência e manejo de acessos venosos, realização de banho no leito, trocas de fralda e higiene íntima, mudanças de decúbito, administração de medicação, sondagem enteral e vesical, higiene oral, retirada de diurese, organização do leito, verificação de glicemia, transfusão de hemoderivados, transportes para realização de exames de imagem, realização de eletrocardiograma, anamnese e exame físico, confecção de curativos, manejo de dieta e oxigenoterapia e ações de suporte emocional ao paciente.

Enfermeira inicia banho no leito com auxílio de outra enfermeira (Diário 05/12/19).

Enfermeira realiza mudança de decúbito de paciente no box 8, há participação de 2 enfermeiras e fisioterapeuta (Diário 03/12/19).

Eles puncionam um acesso venoso periférico no paciente, monitorizam com monitor multiparamétrico, realizam ECG e sondagem vesical (Diário 16/12/19).

Enfermeiro despreza diurese, após anota SSVV em planilha. Inicia higiene oral e finaliza cuidado com mudança de decúbito (Diário 10/09/19).

Enfermeiro confere organização do box da paciente, revisa medicações em prescrição médica e infusões em BIC, otimiza restrição de MMSS. Verifica glicemia, avisa gestora sobre o resultado, que avisa médico e retorna com conduta, avisa enfermeiro (Diário 05/02/20).

Durante horário de visita, enfermeira conversa com familiares e após término da visita, continua conversando com o paciente (Diário 15/10/19).

Enfermeira transporta paciente do box 5 para hemodinâmica. O transporte é feito pela enfermeira responsável pelo paciente e pela gestora (Diário 16/12/19).

Pela natureza dessas atividades de cuidado direto, elas acabam sendo mais fáceis de se visualizar e de se identificar, pois comumente são reconhecidas como aquelas realizadas à beira leito com envolvimento do paciente, mas também aquelas que são monitoradas pelos registros e pelo *checklist*, seja pelo processo de enfermagem ou para a mensuração da carga de trabalho. Tais achados corroboram o que também foi verificado durante as entrevistas: quando questionados sobre suas atividades diárias, os enfermeiros citaram de maneira mais frequente as ações de cuidado direto, como aquelas realizadas à beira leito, as quais reforçaram ser de cunho assistencial e inerente a isso, incluindo as de maior complexidade, como auxílio em procedimentos invasivos e assistência em paradas cardiorrespiratórias.

[...] Como a gente é assistencial, a gente realiza toda a atividade assistencial, higiene do paciente, mudanças de decúbito [...] (E2).

A gente assiste ao paciente como um todo né, desde um banho, uma punção de um acesso periférico, até as medicações (E1).

Basicamente é assistência direta, os cuidados em si né, os cuidados mínimos e os mais intensivos né, o paciente crítico que vão desde um banho de leito à punções, é, circular para procedimentos invasivos [...] (E4).

No cuidado, é o cuidado direto né, tem a rotina que digamos que ela é quase que diária, que é pontual, que é mudança de decúbito, higienização, alimentação, escuta, e tem as particularidades, que não são uma rotina já esperada, que é a assistência na urgência e emergência, assistência na parada cardiorrespiratória, enfim...os procedimentos mais complexos, sondagem, atendimento ventilatório sob demanda, sondagem nasoentérica, sondagem vesical de demora, enfim...as punções mais invasivas [...] (E6).

Por outro lado, percebe-se que a intervenção de assistência indireta não é tão facilmente visualizada e identificada como parte das atividades realizadas pelo enfermeiro na função assistencial, assim como também não traz uma percepção positiva enquanto um suporte para o cuidado direto, sendo mais comumente mencionada como atividade relacionada ao processo e ao diagnóstico de enfermagem. Essas intervenções ocorrem com certo distanciamento do paciente, mas em seu benefício ou em benefício de um grupo de pacientes, conferindo suporte à efetividade das intervenções de assistência direta, incluindo ações de supervisão do ambiente de assistência ao paciente e da colaboração entre atores da equipe multidisciplinar (BULECHEK; BUTCHER; DOCHTERMAN, 2016). Foram observadas várias atividades de

intervenção indiretas no cotidiano de trabalho, sendo descritas as seguintes: evolução e anotação de enfermagem, conferência e aprazamento de prescrição médica, preparação de materiais para cuidado e procedimentos, atuação como circulante em procedimentos médicos, preparação de medicações, uso de equipamentos, como bomba de infusão, monitores e ventiladores mecânicos, participação de discussão com equipe multidisciplinar (corrida de leito), preenchimento de impresso de transferência de cuidados (passômetro), realização de transferência de cuidados entre colegas da unidade e/ou demais setores da instituição, realização de transporte de hemoderivados e de óbitos, desinfecção terminal do leito, suporte aos familiares.

Enfermeira inicia evolução de enfermagem (Diário 02/12/19).

Enfermeiro checa medicações em prescrição médica e inicia evolução de enfermagem (Diário 05/12/19).

Início de 'corrida de leito' com participação de gestora e enfermeiros responsáveis pelos pacientes. Há preenchimento de checklist (diário e plano terapêutico) (Diário 12/02/20).

Há procedimento de traqueostomia no box 6, enfermeira responsável atua como circulante. Após, monitoriza paciente e acompanha procedimento. Ao término do procedimento, retira todos os materiais utilizados e organiza o leito (Diário 02/12/19).

Enfermeira busca hemoconcentrado no banco de sangue, volta após 10 minutos. Após, prepara e administra hemoconcentrado, confere soluções infundidas, pega cobertor para paciente (Diário 02/12/19).

Gestor avalia pacientes e registra informações em 'passômetro'. Há trocas de informações entre ele e enfermeiros assistenciais. (Diário 03/12/19)

Um paciente vai à óbito na unidade, o transporte do corpo é realizado por um enfermeiro e um colaborador administrativo. Saída às 17:20h, volta às 17:45h (Diário 25/11/19).

Sem técnico responsável por material e desinfecção terminal, portanto, em alta, o enfermeiro é responsável pela desinfecção terminal do leito (Diário 01/11/19).

Contudo, as atividades de cuidado indireto foram observadas em maior quantidade e de maneira mais frequente no fazer dos enfermeiros na função do gestor do que naqueles na função assistencial, talvez pelo fato de as atividades de cuidado indireto, no contexto de atuação do enfermeiro assistencial, ocorrerem mais concomitantemente com as de cuidado direto. As atividades que tiveram como objetivo planejar, organizar, coordenar e avaliar os serviços de assistência e à unidade de terapia intensiva, consideradas como administrativas, observadas foram: elaboração de escala diária de colaboradores e de pacientes, organização, resolução de problemas, recebimento e provisão de suprimento de materiais, de medicamentos e de equipamentos, uso do telefone, gerenciamento da dinâmica de transportes, alta e admissão de

pacientes, preenchimento de impressos conforme protocolos da instituição, acompanhamento de discentes, sendo que esta última permeia as demais categorias, visto que o aluno desempenha cuidado integral ao paciente.

Gestora alinha condutas com médico plantonista para organizar a assistência de enfermagem (Diário 05/12/19).

Gestora recebe medicamentos controlados vindos da farmácia e preenche planilha específica de controle (Diário 05/12/19).

Gestora faz escala diária do período vespertino baseada na gravidade do paciente, vínculo profissional, número de leitos vazios e possíveis admissões. Há discussão pela ordem de admissões (Diário 27/01/20).

Gestora preenche caderno administrativo com informações relevantes do turno de trabalho, com escala e profissionais do dia, problemas administrativos e recados que devam ser repassados à todos os turnos (Diário 30/10/19).

Enfermeira questiona colaborador do almoxarifado sobre quantidade de material que está sendo repostado nas gavetas da unidade, ele diz que irá trazer maior quantidade (Diário 12/11/19).

Residente de enfermagem assume cuidados integrais do paciente sob supervisão da enfermeira (Diário 27/11/19).

Importante ressaltar que o sistema de classificação NIC não inclui as atividades de natureza puramente administrativa no trabalho indireto, pois esta traz a intervenção administrativa como uma ação efetuada por um enfermeiro administrador (gerente de enfermagem ou outro enfermeiro administrador), para aumentar o desempenho dos membros da equipe e promover melhores resultados com pacientes (BULECHEK; BUTCHER; DOCHTERMAN, 2016). Allen (2019) aponta que as características de supervisão contínua e a necessidade de negociações em resposta às contingências do enfermeiro colocam-no no centro da gestão desses arranjos, ainda que seja reconhecido informalmente, e acrescenta que a qualidade e a segurança da assistência dependem do papel do enfermeiro de assegurar que todos os elementos necessários estejam alinhados no momento certo para atender às necessidades do paciente, ou seja, refere-se a elementos cotidianos da prática de enfermagem cujo objetivo é coordenar e organizar o cuidado e que podem passar despercebidos ou invisíveis durante o processo de trabalho.

Ações como elaboração de escala, provisão de suprimentos de materiais e resolução de problemas administrativos faziam parte da rotina dos enfermeiros gestores nos turnos de trabalho, o que permite dizer que essa função os coloca em um ponto de intercessão entre o trabalho do enfermeiro assistencial e o do enfermeiro coordenador da unidade.

A relevância da compreensão e da valorização dessas atividades atinentes ao trabalho indireto reside no fato de que estas demandaram, durante a observação, maior tempo do enfermeiro em seu turno de trabalho, na medida em que a resolução de problemas em todos os âmbitos na unidade foram direcionados à figura do enfermeiro, como quantidade de roupa de cama disponível, dispensação de medicações pela farmácia e pertences de pacientes.

Há quantidade diminuída de roupa de cama para os banhos de leito, gestora vai até o setor da rouparia para tentar resolver (Diário 05/12/19).

Enfermeiro comunica gestora sobre erro de dispensação de medicação pela farmácia, pois faltam algumas ampolas. Gestora liga na farmácia para resolver e colaboradores da farmácia solicitam que seja feito um documento de falta/quebra. Enfermeiros comentam sobre o episódio, relatam que esse tipo de problema atrasa outras atividades, reclamam de dispensação errada e que há perda de tempo por problemas que não têm origem no UTI (Diário 05/02/20).

Ainda sobre o episódio de falta de medicação, gestora vai até a farmácia para buscar a medicação repostada (Diário 05/02/20).

Colaborador da portaria procura gestor para resolver problemas com pertences de paciente internado na UTI, ele utiliza o telefone (Diário 10/12/19).

A relação de tempo de assistência por meio da análise das atividades de cuidados direto e indireto tem sido abordada por vários autores nos últimos anos, com a proposição de diferentes metodologias para a captura desses elementos componentes do trabalho da enfermagem. Uma pesquisa sobre a distribuição de tempo do trabalho dos enfermeiros em uma unidade de clínica médico cirúrgica mostrou que 50% do tempo foi destinado às intervenções de cuidados indiretos, à proporção que 22% foi reservado às intervenções de cuidados diretos (BORDIN, 2008). Em um estudo internacional, concluiu-se que o enfermeiro consumiu 47,3% do seu tempo em atividades indiretas e 33,2% em ações de assistência direta (CHABOYER *et al.*, 2008).

Ainda no que concerne ao tempo gasto pelo enfermeiro nas atividades indiretas, em um estudo observacional nacional, ações indiretas de cuidado relativos à comunicação, ao deslocamento e à documentação consumiram maior tempo dos enfermeiros, sendo que, no âmbito da comunicação, as vertentes consideradas foram “Comunicação com a equipe de enfermagem”, “Equipe médica”, “Demais profissionais da equipe de saúde”, “Serviços de apoio” e “Comunicação por telefone” (CAMPOS, OLIVEIRA, PERROCA, 2018). Em outro estudo, as intervenções de cuidados indiretos também foram identificadas como responsáveis pelo aumento da carga de trabalho (SOUZA, CUCOLA, PERROCA, 2019).

Embora se chame a atenção para a investigação realizada por Garcia e Fugulin (2010), em Unidade de Emergência, constatou-se que os enfermeiros despenderam 35% do seu tempo de trabalho na execução das intervenções de cuidado diretos e 35% em intervenções de cuidados indiretos, mas que 12% foi consumido em atividades associadas, isto é, não específicas dos enfermeiros. Dentre as atividades associadas, foram citadas: organizar impressos e prontuários, imprimir etiquetas de identificação dos pacientes, imprimir resultados de exames, buscar/levar material ou medicações em outras unidades, localizar documentos, materiais, profissionais da unidade, pacientes e acompanhantes e acionar serviço de transporte (ambulância), dentre outras. Desse modo, trata-se de atividades que não são atribuições do enfermeiro, mas que são realizadas para dar continuidade à dinâmica de assistência da unidade.

Faz-se necessária uma explicação sobre a diferença entre as atividades associadas e a prática colaborativa interprofissional na assistência em enfermagem, uma vez que a primeira decorre de atividades que poderiam ser realizadas por outros profissionais e a segunda ocorre quando “profissionais de saúde de diferentes áreas prestam serviços com base na integralidade da saúde, envolvendo os pacientes e suas famílias, cuidadores e comunidades para atenção à saúde da mais alta qualidade em todos os níveis da rede de serviços” (OMS, 2010, n.p.), quer dizer, quando há a colaboração de intervenções de diferentes profissionais com o objetivo comum de atender à necessidade do paciente, mas respeitando o limite de atuação de cada ator. Acrescenta-se, ademais, que a prática colaborativa ainda é um desafio, dados o modelo hegemônico centrado na figura do médico e as assimetrias relacionais entre os profissionais cada vez mais especializados (SANTOS *et al.*, 2020).

No que tange à limitação de atuação profissional, a enfermagem também possui grande desafio, visto o comportamento já naturalizado do enfermeiro “faz-tudo”. Fernandes *et al.* (2018) indicam que o enfermeiro cria a própria imagem à luz de outros profissionais, assemelhando-se a eles e incorporando atribuições que seriam dessas demais categorias visando maior credibilidade. Entretanto, repararam que, ao mesmo tempo que procura ter mais reconhecimento, ao responsabilizar-se por uma diversidade de funções, tal situação gera sentimentos negativos, como descontentamento, frustrações e invisibilidade.

5.2.2 A organização do trabalho do enfermeiro na Terapia Intensiva

A organização do trabalho na unidade acontece de forma diferente entre os enfermeiros, gestores e assistenciais, e o coordenador de enfermagem. Para Almeida *et al.* (2011), a

organização do trabalho da enfermagem desenrola-se tanto na dimensões assistencial quanto na dimensão gerencial do cuidado, sendo que na primeira os instrumentos de gestão são utilizados com o objetivo de intervir nas necessidades de cuidado de enfermagem do paciente, enquanto na segunda ele proporciona meios para a articulação das atividades de organização do trabalho e de recursos de enfermagem disponíveis, de maneira a criar condições adequadas de cuidado dos pacientes e de trabalho para os profissionais de enfermagem. Assim, os instrumentos gerenciais de enfermagem são o conjunto de instrumentos que intencionam subsidiar adequadamente a organização do serviço de enfermagem, mas que são pouco reconhecidos pelos enfermeiros (OLIVEIRA *et al.*, 2017), usados de modo empírico e parcial (ALMEIDA *et al.*, 2011).

Para Almeida *et al.* (2011), os instrumentos gerenciais são aqueles que têm como função apoiar a tomada de decisão, sendo organizados em seis subcategorias: planejamento, Procedimentos Operacionais Padrão (POP), administração do tempo, liderança, autonomia, mediação de conflitos e negociação. No entanto, na prática, entende-se que os instrumentos disponíveis possuem interface com mais de uma dessas categorias, por propiciarem desdobramentos de sua função principal. Estes são um recurso essencial para pesquisas e para diagnósticos de necessidade de educação e de mudanças de processos assistenciais. Todavia, por apresentarem-se apenas em formato impresso em muitos serviços, seu amplo conhecimento e sua atualização acabam sendo limitados (OLIVEIRA *et al.*, 2017; MARQUIS; HUSTON; 2015; LORINZETTI *et al.*, 2014).

Destaca-se que o termo instrumentos costuma ser substituído, na literatura, pelo termo ferramentas, sendo desenvolvidos com base nas teorias/modelos administrativos e assistenciais adotados nos serviços, no processo de trabalho, nas leis trabalhistas vigentes, no gerenciamento de pessoas e de dimensionamento de pessoal, nos sistemas de informação utilizados e nos processos decisórios estabelecidos (OLIVEIRA *et al.*, 2017; MARQUIS; HUSTON, 2015). Além disso, eles apresentam uma variedade de formatos, de usos e de disponibilidade, de acordo com o serviço e com seu contexto de gestão.

Neste estudo, observou-se que, no contexto de trabalho do enfermeiro, assistencial e gestor, a organização do trabalho da UTI foi baseada, majoritariamente, nas seguintes ferramentas de gestão: passômetro, escala diária de trabalho e uso de instrumento de mensuração da carga de trabalho, o *Nursing Activities Score* (NAS). A existência de Instrução Técnica de Trabalho (ITT) não foi citada nominalmente, mas pode ser entendida quando os enfermeiros se reportaram à rotina do setor ou do hospital enquanto sinônimos.

O passômetro foi um instrumento utilizado com recorrência pelos enfermeiros do setor, tanto os assistenciais quanto o gestor, o qual foi identificado como sendo de transferência de cuidados utilizado na unidade para a manutenção da comunicação e do cuidado. Ele estava embasado na ferramenta de comunicação estruturada denominada SBAR, um mnemônico para Situação, Breve Histórico, Avaliação e Recomendação (OLIVEIRA *et al.*, 2017). O equipamento era preenchido diariamente pelo enfermeiro gestor do período com informações pertinentes à continuidade da assistência de enfermagem. Durante as observações, além do apoio para a passagem de plantão, ele também usado como referência para o preenchimento do NAS e para a homogeneização das informações entre os enfermeiros gestores e assistenciais.

Gestor avalia pacientes e registra informações em passômetro. Há trocas de informações entre ele e enfermeiros assistenciais (Diário 03/12/19).

[...] O NAS é preenchido pelo instrumento de transferência de cuidados né, que é o passômetro [...] (E4).

A despeito de o enfermeiro gestor ser quem possuía a cópia oficial do passômetro, averiguou-se que o enfermeiro assistencial fazia anotações em um papel de rascunho ou mesmo em uma toalha de papel para realizar a passagem de plantão para o colega que iria assumir seus pacientes. Na impossibilidade dessa passagem direta de informações, o enfermeiro assistencial “passava” seus pacientes para o gestor, que repassava para o enfermeiro escalado o próximo plantão ou apenas para o colega gestor, dependendo do horário de chegada destes na unidade. Diante disso, vê-se que, apesar da presença do instrumento, o processo de passagem de plantão tinha uma conformação que abria precedentes para perdas de informações, por ser este instrumento centralizado no gestor.

Quanto à escala diária de trabalho dos profissionais, apurou-se que, usualmente, esta era construída pela equipe antecessora ao turno de trabalho em questão, apoiando-se em um número mínimo de profissionais, descritos na escala mensal planejada para aquele dia, em consonância com o número de leitos da unidade, a categoria desses profissionais e o nível de gravidade do paciente. O dimensionamento no intervalo deste estudo variou entre 6 e 9 profissionais de enfermagem, com o mínimo de 5 e o máximo de 10 pacientes e a manutenção da presença de enfermeiro gestor em todos os dias observados. Devido ao perfil de ensino da unidade, houve presença de acadêmicos de enfermagem do último ano de graduação, de técnicos de enfermagem e de enfermeiros em treinamento para a recomposição da equipe da unidade estudada e de outras do hospital, porquanto o hospital apresenta como política de treinamento

para os profissionais recém-admitidos que estes tenham pelo menos uma semana de experiência nos diferentes setores.

Não obstante, verificou-se que os critérios para a divisão de trabalho variaram de plantão para plantão, adotando-se diferentes características para a definição de profissionais para os leitos, sendo a mais recorrente a manutenção de enfermeiros como responsáveis por pacientes mais graves, ao passo que técnicos de enfermagem eram incumbidos dos pacientes com menor criticidade. Conquanto a categoria profissional influenciasse na divisão do trabalho, percebeu-se que, em alguns casos, pelo fato de o técnico de enfermagem possuir graduação em enfermagem (mas mantendo vínculo empregatício de técnico na instituição), ele podia ser considerado enfermeiro e responsável por um paciente de maior criticidade. Outra prática comum era a opção pela seleção de leitos sequenciais para cada profissional, de acordo com a disposição física dos leitos na unidade, como leitos 1 e 2, 3 e 4, e assim por diante. Apesar da preferência pela elaboração prévia, a escala diária era sujeita a modificações conforme o entendimento do enfermeiro gestor do turno de trabalho ou a mudança no quadro de profissionais planejado.

A divisão de profissionais e pacientes do período vespertino está feita previamente pela enfermeira gestora do período matutino, mas com a admissão há dúvidas sobre a escala. Gestora comenta que deixará para a gestora da tarde fazer a divisão (Diário 17/10/19).

Durante conversa informal, enfermeira diz que durante o dia há mudança da escala conforme o quadro clínico do paciente, e que técnicos que têm graduação em enfermagem são considerados enfermeiros (apesar do vínculo empregatício do momento). Já no período noturno, a 'rodagem' de leitos é priorizada independente da formação profissional (por exemplo, se ficou nos boxes 1 e 2, na próxima noite ficará em 3 e 4) (Diário 17/10/19).

A escala diária é realizada pela gestora do período anterior, levando-se em conta a gravidade do paciente, o mais grave deve ser assumido por enfermeiro, o menos grave é assumido por técnico de enfermagem. Tenta-se não repetir os boxes dos dias anteriores (Diário 23/10/19).

Sendo a escala feita no período vespertino apenas uma sugestão de divisão, enfermeira da noite fez outra escala baseando-se em alguns parâmetros como: número de folgas do profissional, se assumiu apenas pacientes com menor demanda assistencial nos últimos plantões e homens – estes hoje assumem pacientes com maior demanda. Além disso, leitos vazios sempre ficam sob responsabilidade de enfermeiros, pois não se sabe como serão as admissões (Diário 30/10/19).

Enfermeiro gestor refaz escala de acordo com gravidade dos pacientes/ quantidade de medicações visualmente identificada (por exemplo box 6, paciente grave, com muitas bombas de infusão contínua, com múltiplos dispositivos e box 7, com diarreia intensa e demanda de trocas). Portanto, um enfermeiro assume apenas um destes pacientes (o que vai contra a sugestão de escala anterior). Além disso, pensa nas admissões, deixa um enfermeiro com um paciente com menor demanda para assumir a admissão (Diário 13/11/19).

Gestora faz escala diária do período vespertino baseada na gravidade do paciente, categoria profissional, número de leitos vazios e possíveis admissões. Sem uso do NAS. Pergunta a opinião dos colegas e concluem que está adequada. Utilizam variáveis empíricas e sua experiência profissional. Há discussão pela ordem de admissões (Diário 27/01/20).

Assim como evidenciado nas observações, nas entrevistas, confirmou-se que o método de confecção da escala dos profissionais na unidade não era uniforme entre os turnos, porém houve unanimidade entre os entrevistados a respeito do número de pacientes para cada profissional de enfermagem, da alocação dos pacientes mais graves e das admissões para os enfermeiros.

[...] Hoje nós trabalhamos com um enfermeiro a cada dois leitos, mais o enfermeiro gestor, e tem um técnico de enfermagem com a gente no plantão né, um técnico do material, um técnico na assistência direta né, e às vezes dá para dividir [...] uma escala mais pesada, com 2 enfermeiros, cada um com um paciente (E1).

A organização ainda precisa ser bem aprimorada. Ainda não temos uma forma, nem um modelo unificado para dividir essa escala de trabalho. A gente vê isso muito claro quais diferenças entre os próprios turnos [...] e a gente tem tentado basear um pouco no NAS para dividir qual paciente teria um enfermeiro, por exemplo, se houver a possibilidade de ter um enfermeiro só para um paciente, qual seria esse paciente, com base no NAS, mas ainda não tem esse amadurecimento de toda a equipe (E2).

A nossa escala diária regular é: um profissional assistencial, sendo enfermeiro ou técnico, a cada 2 pacientes, e um enfermeiro gestor nas questões administrativas. Quando a gente tem mais do que o normal, [...] mais que o mínimo de 6 pessoas, a gente divide a escala por paciente mais grave, a gente deixa um enfermeiro sozinho com o paciente mais grave (E5).

[...] É um profissional assistencial para dois pacientes. É não existe uma regra, uma ferramenta, que subsidie esse tipo de visão (E7).

Contudo, os enfermeiros também expuseram a necessidade de aprimoramento desse processo e a possibilidade de uma divisão mais justa da carga de trabalho quando essa é orientada por ferramenta propícia para esse fim, por exemplo, o NAS.

O NAS já era um instrumento do cotidiano desses enfermeiros, tendo sido implantado com o intuito de mensurar a carga de trabalho de enfermagem da unidade, preenchido rotineiramente no período vespertino pelo enfermeiro gestor, conforme protocolo fixado pela instituição. Esse equipamento foi reconhecido nas entrevistas como crucial para a organização da assistência, em virtude de sua característica de padronização e de sua validação para contribuir nas tomadas de decisão tocantes à assistência e ao dimensionamento de pessoal.

A mensuração de carga de trabalho é extremamente importante, até para a gente organizar o serviço. Eu verifico que nós fazemos muita coisa repetida, temos um

retrabalho, nós estamos trabalhando muito, de forma que o serviço não está organizado, um retrabalho, uma carga de trabalho maior, dimensionamento de pessoal é importantíssimo para a gente saber a mensuração da carga de trabalho, e saber separar o que é do enfermeiro, o que é do técnico, o que é do auxiliar. Com essa mensuração extremamente importante, facilita separar esses papéis [...] na parte gerencial, da gestão, ele é utilizado como indicador de necessidade de pessoal, de dimensionamento de pessoal, e na própria reorganização do trabalho. Sem o NAS ficaria muito mais difícil de a gente conseguir dimensionar pessoal, avaliar carga de trabalho, ver em que ponto do processo estamos falhando (E5).

Hoje de forma empírica [...] aquele paciente demanda mais, aquele outro demanda mais, mas qual é essa demanda, muitas vezes é só uma coisa subjetiva, e um instrumento para medir a carga de trabalho é uma coisa importante porque é padronizada, apesar de ainda haver diferentes forma de interpretação. Mas é uma coisa validada, é uma coisa muito importante para a gente, e que pode nortear nossas condutas dentro do setor (E2).

Entretanto, nota-se que seu preenchimento e sua utilização ainda não faziam parte da rotina de trabalho da unidade totalmente, o que acarretava uma fragilidade do seu uso como ferramenta de gestão. A realização do preenchimento do NAS estava diretamente atrelada ao enfermeiro gestor do plantão, mas, diante da sua ausência ou da sua sobrecarga, este não era feito no dia, como o preconizado. Então, para tanto, era utilizada a memória das atividades executadas, o passômetro e, eventualmente, o prontuário. À vista disso, o uso dos dados do NAS para a tomada de decisão, como para a elaboração de escala diária ou para a discussão do quantitativo de pessoal, igualmente não fazia totalmente parte desse cotidiano de trabalho.

Gestora preenchendo NAS, baseia-se no passômetro do dia anterior e em informações adquiridas em momento de transição de cuidados (Diário 04/11/19).

Então por enquanto a gente faz o NAS sim, a gente faz o NAS desde sempre, mas acho que ainda não é o ideal. Ainda não avalia de forma fidedigna mesmo, porque o NAS é uma coisa que a gente discute muito aqui, a gente avalia, avalia, avalia e não tem resultado. A gente preenche aqueles dados ali, mas não temos retorno, a gente não sabe o que aquilo ali rendeu, a gente preenche um bloco de dados que seria útil para criar alguma coisa, para poder avaliar nossa carga de trabalho, fazer gráficos, dimensionar como nossa carga de trabalho é pesada, e não tem nada disso, não temos um feedback do que aquilo que a gente está preenchendo, para o que serve, pra quê? (E8).

E de manhã, ao dividir a escala, ou quando você vai fazer a escala para quem chega à tarde, a gente norteia pelo NAS que foi calculado pelo dia anterior para tentar colocar um profissional de forma mais exclusiva com o paciente que demanda mais (E2).

Não, não utilizo o NAS. Aqui ele é preenchido de forma muito subjetiva, eu...eu não sei se a forma com que é alimentada a ferramenta ela aproxima realmente da realidade, porque é uma ferramenta ali no Word, Excel alguma coisa nesse sentido, e que não tem uma alimentação [...] igualitária, porque todo dia é um sujeito diferente que alimenta. E na questão empírica, em um olhar bem empírico, eu acredito que nós pecamos na alimentação do NAS (E7).

Durante reunião com coordenação, enfermeiros comentam sobre o preenchimento do NAS que é realizado de forma diferente por cada elemento da equipe, relatam falta de

treinamento sobre o instrumento, não sabem o motivo e o objetivo do preenchimento do NAS na unidade (Diário 15/01/20).

Suscita-se que as dúvidas respeitantes à influência dessa ferramenta no dimensionamento de pessoal atual da unidade e no processo de trabalho do enfermeiro contribuíram para a desmotivação de sua realização, por falta de retorno sobre esses dados. O fato de não perceberem resultado acerca do uso dessa ferramenta e seu impacto no cotidiano de trabalho influenciaram negativamente na manutenção de sua utilização, posto que esta passa a ser apenas mais um papel a ser preenchido que consome tempo de trabalho. Tal situação gera um ciclo retroalimentado de que não se geram dados confiáveis que fundamentem as discussões e as demandas para quantitativos de profissionais adequados para as unidades porque não há pessoal para a realização do preenchimento dos instrumentos ou porque estes não são utilizados como deveriam. Ferreira, Santos e Estrela (2016) explicam que tal situação acontece pois as informações geradas após aplicação do NAS, por si só, não asseguram um cuidado seguro e de qualidade, já que cabe à equipe gestora a realização de uma adequação quantitativa dos profissionais na UTI, com base nestes.

É preciso aludir que os enfermeiros também narraram dificuldades no preenchimento do instrumento, por conta da heterogeneidade de informações sobre este, da ausência de treinamento ou mesmo de efetividade desse treinamento, da falta de continuidade de informações necessárias ao preenchimento e do tamanho do equipamento.

Enfermeira gestora está preenchendo o NAS. Ela comenta da dificuldade de preencher quando não é feito diariamente (ela está fazendo o anterior ao que deveria ser feito hoje), porque é difícil lembrar de todas as informações (Diário 20/11/19).

Enfermeira gestora comenta que o passômetro não contempla todas as informações necessárias para o preenchimento do NAS, comenta: aí tem que lembrar de cabeça ou entrar nos prontuários, um por um (Diário 20/11/19).

Ontem não foi realizado, a gestora comenta que vai copiar e colar do dia anterior o geral, utilizar as informações lembradas sobre o dia e registros de passômetro (Diário 20/11/19).

NAS não foi preenchido no dia anterior, pois não teve enfermeiro gestor no período vespertino (Diário 19/09/19).

Não tem uma capacitação, quer dizer, já tiveram capacitações isoladas, e quando você discute uma ferramenta isolada, que tem um rodízio de pessoas muito grande, e um vai ensinando o outro como administrar, como alimentar a ferramenta [...] você vê uma divergência absurda de informações lançadas, enfim, é uma inquietação que eu tenho também em relação ao NAS (E7).

O grande problema do NAS aqui, é porque a gente já teve vários cursos [...] mas eu acho que ainda se perde um pouco por ser uma avaliação...como nossos gestores rodam, cada um tem uma forma de avaliar diferente. Então mesmo que tenha aquele

modelo, e a gente tenha tido aulas e vários cursos, acaba que muito se perde. Às vezes muita gente não consegue fazer também [...] (E8).

Logo, foram discernidas como fragilidades da implantação do instrumento: dúvidas em relação ao seu preenchimento e à fidedignidade de suas informações, desconfiança quanto ao grau de subjetividade, de acordo com o profissional que o preenche, uso de empirismo e falhas na homogeneidade de informações dos treinamentos recebidos. Todos esses problemas e as dúvidas alusivas ao instrumento impactam na efetividade do seu uso. Segundo Padilha *et al.* (2015), as principais dificuldades para o uso do NAS concernem à falta de explicações operacionais claras sobre alguns dos seus itens, embora existam instruções sobre sua utilização (PADILHA *et al.*, 2008). Os novos processos e as intervenções que não existiam em 2003, tal como as diferenças nas formas de organização do trabalho nas unidades de terapia intensiva, influenciam no entendimento do instrumento. Assim, apesar de estar implantado na unidade, o NAS não faz parte da prática institucionalizada dos enfermeiros tendo um fim em si mesmo, podendo ser realizado ou não, pois não é uma prioridade no contexto de trabalho já sobrecarregado desses profissionais, visto que não gera resultados visíveis para a prática.

Nesse seguimento, a não utilização de maneira rotineira e institucionalizada do NAS na tomada de decisão acerca do dimensionamento de pessoal e da escala diária da equipe de enfermagem, não obstante a afirmação sobre seu preenchimento e sobre sua utilização, demonstra a diferença entre o trabalho real, que acontece na unidade, e o trabalho prescrito, tido como o ideal a ser realizado. Isso ratifica o afirmado em estudos recentes a respeito do uso do NAS, que confirmam o reconhecimento deste como importante ferramenta para uso gerencial, mas ainda pouco utilizada para esse fim e para trazer resultados para a prática (MARTINS *et al.*, 2020; NOBRE *et al.*, 2019).

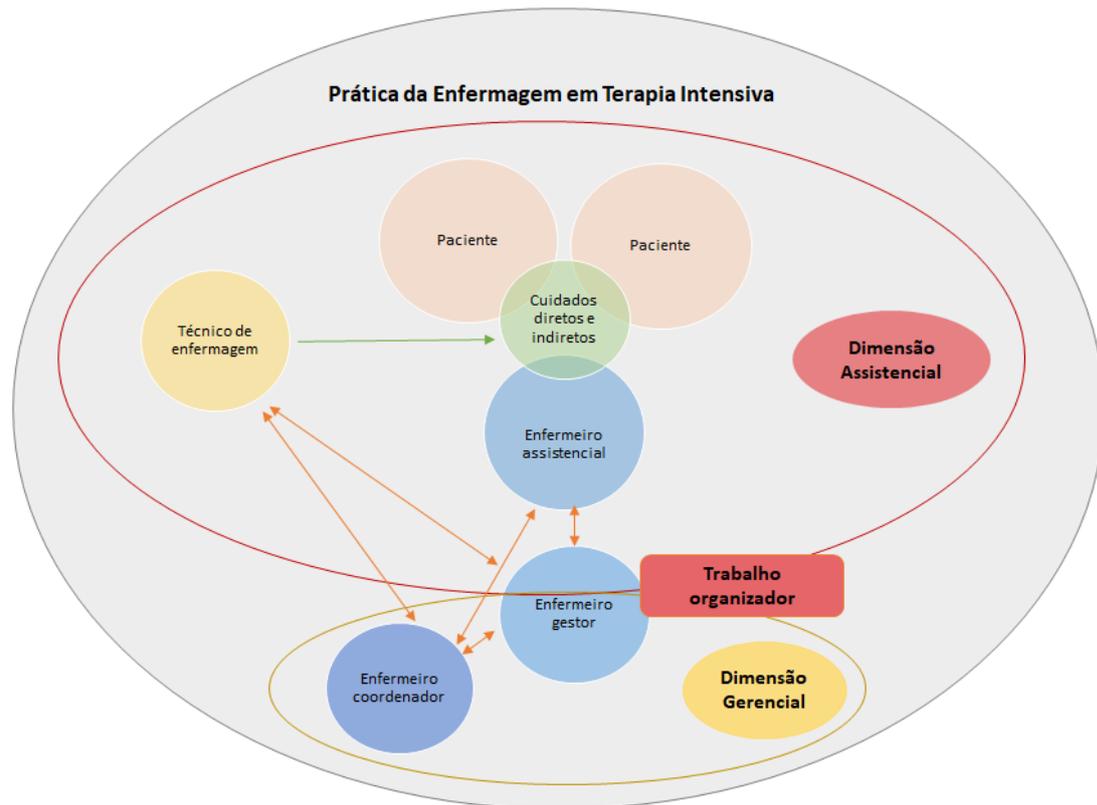
Conclui-se, então, que, no sentido do uso dos instrumentos gerenciais para a organização do trabalho da enfermagem, os achados deste estudo corroboram o estudo de Almeida *et al.* (2011), no qual se demonstrou existir uma lacuna entre a valorização da experiência prática do uso das ferramentas e a fundamentação teórica que poderia subsidiar o uso destas no cotidiano da prática profissional, resultando, conseqüentemente, em seu uso de forma empírica.

5.3 As Dimensões do Trabalho Invisível dos Enfermeiros em Terapia Intensiva

Após analisar o trabalho dos enfermeiros em terapia intensiva por uma perspectiva geral, foi possível reparar que este é formado por uma miríade de atividades que se conectam e são

interconectadas para a realização do cuidado do paciente, mas que se encontram divididas, algumas informalmente e outras formalmente, entre dois atores com papéis ainda pouco claros e definidos: o enfermeiro assistencial e o gestor. Esse entendimento geral pode ser exemplificado na Figura 2.

Figura 2 – O trabalho organizador na prática da Enfermagem em Terapia Intensiva. Belo Horizonte – MG, 2021



Fonte: A autora.

Allen (2015, 2017) define o trabalho de enfermagem como uma prática advinda da relação entre três elementos: cuidado do paciente, organização do trabalho e gestão, os quais poderiam ser traduzidos para o contexto de prática da enfermagem brasileira enquanto o cuidado propriamente dito, a gestão do cuidado e a gestão do serviço de enfermagem. Na UTI estudada, esses fatores estão relacionados aos papéis desempenhados pelo enfermeiro assistencial, pelo gestor e pelo coordenador de enfermagem da unidade, respectivamente. No entanto, em outros cenários, com desenhos de modelo assistencial diferentes, os elementos do cuidado ao paciente e a gestão desse cuidado recaem sobre um mesmo ator, que assume a função de enfermeiro assistencial e de gestor.

No tangente às atividades mais frequentes do enfermeiro assistencial, percebe-se que estas, por serem majoritariamente de cuidado direto, são, no geral, mais visíveis e reconhecidas,

embora eles também realizem as de cuidado indireto. Contudo, não existe uma separação rígida no cotidiano de trabalho entre as funções desempenhadas por este e pelo gestor, até mesmo pela concepção de o enfermeiro trabalhar com multitarefas, podendo estas ser concorrentes ou duplas, intercaladas entre si ou sequenciais. Por essa natureza do trabalho da enfermagem de multitarefas e de mudanças rápidas entre si, são necessários seu conhecimento e sua visualização para que se possa compreender o real fluxo e a complexidade desse trabalho no ambiente dinâmico e complexo da assistência hospitalar, assim como da terapia intensiva (YEN *et al.*, 2016).

Nessa noção de conhecer e de dar visibilidade à prática da enfermagem como um todo, Allen (2015) propõe que se faça uma análise do trabalho do enfermeiro, trazendo para o foco o componente que ela denomina de “*organizing work*”, ou seja da organização do trabalho, que muitas vezes tem seu reconhecimento negligenciado. Allen (2015, 2017) acredita que o enfermeiro é um ponto de passagem obrigatória no cenário da assistência hospitalar, tendo um potencial articulador desse cuidado na manutenção da trajetória do paciente nesse ambiente, não apenas por sua prática clínica, mas também por sua capacidade de organização. Ao fazer esse movimento de colocar a prática clínica em segundo plano, verifica-se que o trabalho do enfermeiro gestor baseia-se na lógica de organização do trabalho, isto é, de prever e de prover as condições e os recursos para a efetivação do cuidado de maneira contínua.

Allen (2015, 2017) aponta que esse trabalho de organização, enquanto parte da prática do enfermeiro, é composto pelos quatro domínios: articulação, manejo de leitos e de pacientes, criação de conhecimento e transferência de cuidados, como se vê na Figura 3.

Figura 3 – O trabalho de organização do enfermeiro. Belo Horizonte – MG, 2021



Fonte: Adaptado do conceito de Allen (2015, 2017)

Salienta-se que esses domínios se relacionam entre si de forma dinâmica durante o cotidiano de trabalho do enfermeiro, sendo esta uma separação didática para sua análise. Isso porque a criação de conhecimento apoia os cuidados, que, por sua vez, oportuniza a articulação dos atores sociomateriais necessários para atender às necessidades do paciente, permitindo-se, assim, combinar os leitos disponíveis com as demandas dos pacientes para a garantia de um fluxo eficaz no tratamento destes dentro das instituições de saúde, bem como obter uma transferência de cuidados de forma a assegurar maior qualidade e segurança desse atendimento.

5.3.1 Articulação

Considerando que o cuidado ao paciente é um trabalho complexo e que requer que decisões sejam tomadas sobre o que deverá ser feito, por quem, como, quando, onde, e com quais materiais, é possível dizer que, quanto mais elementos envolvidos em um processo, mais complexo este se torna (ALLEN, 2015), suscitando um ponto de articulação entre eles. A articulação, então, vem do entendimento da necessidade de se conectar esses elementos para permitir o movimento, no caso, a continuidade do cuidado na trajetória do cuidado, que exige

habilidades e recursos para além do que se têm imediatamente em mãos, por ser uma atividade que sustenta outras dentro de um processo maior (ALLEN, 2015).

No contexto hospitalar, todos os profissionais tidos como elementos do processo de assistência ao paciente têm a responsabilidade de encaixar algum aspecto de seu trabalho com o de outras profissões, sendo algumas destas formalmente designadas para coordenar certos fatores de uma trajetória de ação, à proporção que outras fazem a articulação informal de grande parte desses trabalhos em virtude de seu papel (ALLEN, 2015 *apud* STRAUSS, 1985). De qualquer modo, esse trabalho articulador tende a ser invisível aos modelos de gestão das organizações (ALLEN, 2015 *apud* STAR; STRAUSS, 1999). Isso posto, esse trabalho de articulação, enquanto um dos domínios da prática do enfermeiro, refere-se à garantia de uma previsão e de provisão desses elementos, como materiais, tecnologias, ferramentas e pessoas para a realização do cuidado conforme a necessidade do paciente (ALLEN, 2015), que é invisível para a racionalidade das organizações hospitalares e até mesmo para o próprio enfermeiro.

Esse trabalho articulador do enfermeiro assegura a disponibilidade, quer dizer, o alinhamento e a integração de todos os elementos e dos atores necessários à assistência em saúde do paciente, de maneira a responder às contingências previstas e imprevistas e a certificar que o cuidado seja um processo contínuo. Allen (2015) exemplifica a pertinência desse domínio por meio de um caso de paciente lesionado por uma falha de comunicação sobre a disponibilidade de um recurso material indispensável ao seu tratamento e à sua reabilitação. Essa situação não é um relato isolado na realidade de muitos hospitais, em razão do número de profissionais associados à assistência e do volume de informações criadas a partir da trajetória do paciente dentro desse local. Há um reconhecimento do papel das enfermeiras nessa organização do atendimento ao paciente atuando como mediadoras, dado que estas normalmente recebem informações de outros profissionais e garantem materiais e recursos necessários para o cuidado, mitigando, portanto, as lacunas que possam existir para a assistência ao paciente.

As operações envolvidas na articulação da função do enfermeiro identificadas por Allen (2015) foram: condução do indivíduo para a organização, movimentação das trajetórias, articulação temporal, articulação temporal proativa e articulação temporal responsiva, atribuição de tarefas, articulação de materiais, articulação integrativa (promoção da tomada de decisão holística, resolução de anomalias e de contradições e facilitação do planejamento) e

manutenção do progresso e do conhecimento do sistema de atividades (tradução nossa³). Todavia, para tornar mais didática a caracterização e o entendimento das ações observadas que remetem à dimensão da articulação, estas foram agrupadas em apenas três práticas de articulação neste estudo, quais sejam: articulação de materiais, de recursos humano, e do tempo.

Allen (2015) chama de articulação material a garantia de acessibilidade a recursos materiais adequados para a assistência, mas também a manutenção do ambiente. Em seu estudo, a autora cita como exemplo que os enfermeiros assumiam a responsabilidade, para garantir essa articulação: das inspeções de carrinhos de parada cardiorrespiratória, da testagem de equipamentos, da verificação de integridade dos medicamentos e dos níveis de estoque e da avaliação de colchões para controle de infecção por avarias. Para além disso, monitoravam a disponibilidade de materiais em relação à demanda antecipada, ou seja, analisavam a evolução dos atendimentos e planejavam a requisição de acordo com o perfil da instituição de saúde, até mesmo antecipando-se a possíveis restrições nessa parada cardiorrespiratória e realizando o compartilhamento dessas informações com outras unidades, haja vista a contingências ou as demandas inesperadas (ALLEN, 2015).

Enfermeira assistencial inicia organização de materiais para banho no leito, percebe que não tem bacia, liga para outro setor para empréstimo. A mesma explica que outros setores pegam as bacias da UTI emprestado, e que então ela ligou para o setor para emprestar, mas na verdade seria uma devolução (Diário 17/09/19).

Há, ainda, sua atuação articuladora de materiais para a manutenção de um ambiente de trabalho mais funcional, por meio da qual os enfermeiros constantemente reuniam materiais para apoiar ações específicas, a fim de reduzir as pressões de trabalho, ou mesmo quando estas eram críticas em termos de tempo e os outros envolvidos não estavam familiarizados com a localização de recursos e de equipamentos, agilizando determinados processos de trabalho, tais como gráficos de medicamentos a serem atualizados por médicos ou por farmacêuticos, formulários a serem preenchidos ou equipamento necessário para realizar um procedimento (ALLEN, 2015). Entretanto, essa articulação material tem suas limitações quando os procedimentos a serem realizados não fazem parte da rotina da unidade, por isso escapam da possibilidade de previsão antecipada do enfermeiro para seu planejamento ou não são previamente comunicados para que este se organize para providenciá-los.

³ Tradução de: “Practices involved in this aspect of the nursing role: Bringing the individual into the organisation, Mobilising trajectories, Temporal articulation, Proactive temporal articulation, Responsive temporal articulation, Assigning action, Material articulation, Integrative articulation (Promoting holistic decision-making, Resolving anomalies and contradictions, and Facilitating planning), Maintaining progress, and Activity system knowledge” (ALLEN, 2015, p. 53-75).

Médicos solicitam material para procedimento a ser realizado na unidade, mas que está disponível em outro setor (uma agulha específica para punção lombar), enfermeiro orienta que eles devem providenciar procurando a secretária da unidade, ou ligando no setor de origem do material para solicitar. Os médicos não protestam e saem da sala. Apesar de não gostarem da resposta, não insistem visto a segurança do enfermeiro ao explicar como providenciar o material. O enfermeiro, que estava realizando outra atividade no momento, diz aos colegas que não é responsável por solicitar material médico assim, sendo de responsabilidade do médico que quer executar o procedimento solicitá-lo. O restante da equipe de enfermagem concorda com sua postura (Diário 14/11/19).

Essa atuação de articulação material foi igualmente detectada no cotidiano de trabalho dos enfermeiros gestores da UTI, inclusive pelo fato de não se limitar ao tempo presente, mas de também haver antecipação de provisão de materiais e de mobilização de outros atores necessários para a continuidade do processo de trabalho e para a assistência ao paciente.

Enfermeira avisa gestora que foram repostos extensores do tipo para neonatal em vez de adultos, ela mesma liga para o almoxarifado para solicitar troca (Diário 12/02/20).

Logo, no que diz respeito à articulação dos materiais para o cuidado segundo a necessidade do paciente, este se deu na resolução de problemas atinentes aos computadores e ao sistema operacional, na preparação de materiais e de pacientes para procedimentos médicos, nos cuidados de enfermagem e de transportes, no provimento de medicações da farmácia e de hemoderivados do banco de sangue para o setor e na organização da unidade quanto à disponibilidade de materiais e de equipamentos, incluindo aqueles que não seriam de responsabilidade da enfermagem, como reposição de toalhas de papel em dispensário da pia, desinfecção terminal de leitos, auxílio em provisão de materiais de uso comum da unidade, solicitação de retirada de lixo do setor e de manutenção de equipamentos e comunicação com outros setores do hospital para provimento destes.

Paciente no box 5 está agitado, médico solicita administração de Midazolam imediatamente, então a enfermeira gestora pega a medicação da maleta de intubação, pois diz ser mais fácil para repor posteriormente, além de ser mais fácil para pegar porque tem menos opções de medicações na maleta do que na gaveta do carrinho de emergência (Diário 14/11/19).

Gestora contata banco de sangue para obter informações sobre transfusão de sangue do paciente do box 4 que estavam aguardando. Eles dizem que o processo está parado devido perda da validade da amostra do paciente. Gestora comunica médico plantonista e solicita nova prescrição de transfusão. Médica residente pergunta à gestora se há necessidade de encaminhar a prescrição de transfusão (uma vez que eles a fazem no sistema). A gestora liga novamente para o banco de sangue e confirma com colaborador do banco de sangue que a secretária precisa levar o pedido (Diário 27/01/20).

Gestora solicita que técnico de material que leve os laringoscópios para manutenção (Diário 18/01/20).

Enfermeira comenta sobre a necessidade de retirar lixos da unidade, mas não encontra colaboradora de serviços gerais (Diário 15/11/19).

Gestora reúne materiais para transporte de paciente para setor de imagem para realização de tomografia e solicita que alguém do posto de enfermagem ligue para o setor de imagem para avisar que ela está a caminho do setor com o paciente (Diário 29/10/19).

Há falta de eletrodos no setor, gestora liga no almoxarifado e confirma que este material está em quantidade muito reduzida. Ela pede para todos os colegas racionarem este material durante os banhos de leito, sem realizar trocas, quando possível (Diário 16/12/19).

No contexto brasileiro, o gerenciamento de recursos materiais é uma atividade atribuída ao enfermeiro, mas que comprime uma gama de outras atividades ainda pouco claras no cotidiano assistencial, dada a variação de autonomia para fazê-las em diferentes serviços que perpassam o controle, a organização e o planejamento desses profissionais. Nessa conjuntura, Bogo *et al.* (2015) acreditam que essa atribuição ao enfermeiro decorre da sua capacitação para as atividades administrativas, desde sua graduação, aliada ao conhecimento proveniente das atividades assistenciais, o que lhe permite atuar em favor da otimização dos recursos disponíveis, avaliar e ponderar a escolha de materiais que atendam às necessidades de pacientes e dos profissionais e que proporcionem segurança ao cuidado.

Oliveira e Chaves (2009) pontuam que os recursos materiais, por serem essenciais para o cuidado ao paciente, representam um elemento vital para o trabalho do enfermeiro em UTI. No cotidiano de trabalho das UTIs, os enfermeiros têm gerenciado os recursos materiais em uma perspectiva de administrar todo o fluxo daqueles utilizados para a assistência de enfermagem, partindo desde os processos de aquisição de materiais (solicitação de compra, testes e tomada de decisão sobre a implantação de novos materiais) e de previsão de estoque (por meio da programação de materiais, da reposição diária/semanal desses, do controle do estoque e da falta de materiais) até o acompanhamento do uso destes (consumo, evasão, avaliação da qualidade e uso correto do material). À vista disso, o papel do enfermeiro no gerenciamento de recursos materiais vai para além da previsão e da provisão, passando pelo controle de qualidade e de desperdício e pelas orientações acerca da forma de utilização adequada dos materiais (OLIVEIRA; CHAVES, 2009).

No tocante às atividades de articulação de materiais exercidas pelos enfermeiros, nota-se que estas não são avaliadas pela maioria das metodologias de mensuração da carga de trabalho do enfermeiro, assim como pelos indicadores de qualidade assistencial, apesar do

tempo gasto pelo enfermeiro para sua realização, restando sua importância marginalizada ou delegada ao segundo plano. Porém, frisa-se que problemas de disponibilidade de material necessário à assistência são causas evitáveis de interrupções no atendimento e de possíveis riscos à segurança do paciente, que ainda podem ser aumentadas, já que comumente podem levar o profissional a improvisar soluções no intuito de manter a continuidade do cuidado na trajetória do paciente (PAIVA, 2019).

No que tange à articulação dos recursos humanos, averiguou-se que o enfermeiro atua de forma a trazer “o indivíduo” para a organização, na atribuição de tarefas, na articulação integrativa (promover a tomada de decisão holística, resolver anomalias e contradições e facilitar o planejamento), na mobilização das trajetórias, na manutenção do progresso e no conhecimento do sistema de atividades (ALLEN, 2015).

Trazer o “indivíduo” para a organização diz respeito ao trabalho preliminar realizado pelo enfermeiro de construir uma identidade das necessidades e a realidade do paciente, tornando estas reconhecíveis para que os cuidados possam ser organizados. Esse processo começa na entrada do paciente do serviço e vai sendo construído e aprimorado por meio da gestão de transferências de cuidados (ALLEN, 2015). A autora exemplifica essa prática por meio do trabalho da enfermeira da triagem da Unidade de Emergência, que combina sua avaliação clínica com informações recebidas dos paramédicos, dos pacientes, dos familiares e das fontes documentais para estipular as necessidades dos pacientes. Igualmente, este também pode ser ilustrado por meio da observação de um processo de admissão na terapia intensiva. Isso se deve, como apresentado por Allen (2015), à capacidade dos enfermeiros de acumular informações de várias fontes diferentes e às características de sua prática de mobilização de conhecimento e de articulação intercaladas, sendo estas um hábito da enfermagem.

Admissão do paciente do box 5 às 12:50h, enfermeira faz anamnese e registra dados em planilha. Entrega pertences do paciente ao familiar e orienta sobre o funcionamento da unidade, bem como horário de visita (Diário 16/12/19).

18:40h Admissão de paciente (tempestade elétrica), estão presentes 2 enfermeiros e o enfermeiro gestor. Verificação de SSVV, realização de ECG e anamnese realizadas por enfermeiros diferentes, bem como o registro dessas informações (Diário 25/09/19).

A articulação de recursos humanos também sucede pela prática da movimentação das trajetórias de cuidado dos pacientes, acompanhando sua evolução por meio da identificação proativa das ações necessárias para o seu progresso ao longo do caminho planejado, determinando de forma responsável as (re)ações indicadas pelas necessidades clínicas

emergentes destes, assim como contornando as contingências organizacionais para esse cuidado. Visto que, com a evolução do quadro dos pacientes, muitos cuidados de saúde precisam ser replanejados e alinhados às rotinas e às estruturas organizacionais formais da própria natureza do trabalho de saúde, à medida que as trajetórias evoluem, certas ações podem ser suspensas e outras iniciadas. Desse modo, uma determinada rede de atores e de recursos deve ser organizada, e tudo isso precisa ser gerenciado dentro das restrições temporais da organização, do cuidado e das prioridades concorrentes dos atores (ALLEN, 2015).

No sentido da articulação de recursos humanos, também são necessárias as práticas de atribuição de tarefas alocando os atores responsáveis mais adequados para o cuidado, da enfermagem ou de outras profissões. No caso da enfermagem, isso ainda pode significar solicitar a realização de atividades específicas fora do escopo formal da prática do enfermeiro ou mesmo chamá-lo a realizar algo distinto, por conta de sua expertise, como desempenhar atividades de cuidados gerais ou de cunho específico administrativo. Em contrapartida, para os outros profissionais, isso é feito por meio de estratégias de comunicação, em que o enfermeiro deixa claro quais tarefas precisam ser realizadas por eles (ALLEN, 2015).

Enfermeira solicita que fisioterapeuta atenda paciente nesse momento, pois há grande quantidade de secreção traqueal e o filtro do ventilador está úmido (Diário 05/02/20).

Allen (2015) relata que, durante o desenvolvimento de sua pesquisa, por vezes não conseguiu registrar inúmeras ações cotidianas, pois estas aconteciam sem ser notadas, já que, costumeiramente, a atribuição dessas ações ocorria por meios indiretos, por exemplo, quando um paciente é admitido em um serviço, os enfermeiros montam *artefatos*⁴ para a coordenação das ações relevantes destinadas a garantir que cada ator contribua com sua parte no processo geral. Esses artefatos podem ser livros de tarefas para os médicos, encaminhamentos para outros profissionais de saúde aliados, quadro de avisos para assistentes sociais ou livro de mensagens para os recepcionistas para atividades não urgentes, por meio dos quais os enfermeiros delegavam tarefas. Essa abordagem indireta de alocação de tarefas é um mecanismo desenvolvido pelos enfermeiros para gerenciar a potencial tensão que pode surgir quando são obrigados a alocar trabalho àqueles sobre os quais não têm autoridade, geralmente com os

⁴ Como os enfermeiros assumem a responsabilidade de manter as informações sobre o paciente, Allen (2015) denomina artefatos os importantes mecanismos por meio dos quais o trabalho pode ser tornado visível, sendo estes úteis em um ambiente turbulento, quando o contato face a face não pode ser garantido e as coisas podem ser esquecidas, permitindo aos enfermeiros manter uma supervisão do progresso da trajetória em suas áreas de responsabilidade, como quadros de avisos, cadernos e caixas de interconsultas etc.

médicos para os quais os enfermeiros deixam os pedidos em formulários, em vez de solicitá-los diretamente (ALLEN, 2015).

Na UTI, para realizar essa atribuição de tarefas, o enfermeiro analisa uma gama de informações, formais e informais, para garantir o cuidado, realizando atividades como a elaboração de escala diária de acordo com o quantitativo disponível, o nível de formação dos colaboradores e a gravidade do paciente; realização de atividades relacionadas ao cuidado direto pelo gestor, na ausência do enfermeiro assistencial ou na percepção da impossibilidade de este realizar; atuação do enfermeiro gestor como mediador entre enfermeiros assistenciais e outros profissionais da equipe multidisciplinar; coordenação das ações de assistência conforme decisões tomadas em discussão diária com a equipe multiprofissional; e organização da escala do acadêmico ou do profissional em treinamento do gestor para que estes tenham acesso à experiências de assistência e de gestão no setor.

Médico solicita administração de medicação no paciente (box 2) que está sob responsabilidade de uma enfermeira que ainda não chegou, gestora assume a responsabilidade e administra a medicação (Diário 05/02/20).

Enfermeiro gestor refaz escala de acordo com gravidade dos pacientes e quantidade de medicações da prescrição médica. Além disso, pensa nas admissões e deixa um enfermeiro com um paciente com menor demanda para assumir a admissão (Diário 13/11/19).

Em conversa informal, enfermeira diz que quando há menor quantidade de enfermeiros, o gestor é diretamente impactado, pois é ele quem fará os cuidados privativos do enfermeiro quando necessário, quando o técnico está responsável pelo paciente (Diário 01/11/19).

Enfermeira supervisiona um residente de enfermagem e um acadêmico de enfermagem pois eles assumem os cuidados integrais de dois pacientes dos quais ela está responsável (Diário 31/10/19).

A atribuição e a priorização de ações são partes integrantes da função do enfermeiro relativamente invisíveis, até que aconteça alguma falha e o trabalho não seja feito (ALLEN, 2015). Pode não ser evidente, mas a atribuição de ações é um trabalho elementar para o desenvolvimento das inúmeras tarefas que contribuem para que as trajetórias de cuidado sejam mobilizadas e que está intrínseca ao exercício profissional do enfermeiro brasileiro, que deve responsabilizar-se pelo planejamento, pela organização, pela coordenação, pela execução e pela avaliação dos serviços da assistência de enfermagem. Dessa forma, compete a ele a avaliação dos fatores que envolvem a assistência de enfermagem e a necessidade de remanejamento de profissionais para certificar a continuidade do cuidado (BRASIL, 1986).

Por ser parte da unidade do pronto atendimento, que apresentava problemas com quantitativo de pessoal, frequentemente se requeria, conforme quantitativo disponível na unidade e necessidade de profissionais em outros locais, que os profissionais de enfermagem da UTI fossem realocados temporariamente. Além do remanejamento para outras unidades, constataram-se mudanças na organização do processo de trabalho dos enfermeiros, momentos em que o enfermeiro gestor assumia atividades à beira leito, ora devido ao déficit de profissionais por não haver um quantitativo mínimo para a manutenção do enfermeiro gestor exclusivamente no desenvolvimento das atividades atribuídas a este, ora por demandas pontuais mediante ausência do enfermeiro assistencial na unidade. Tal articulação também acontecia devido à demanda de intervenções de cuidado privativas do enfermeiro quando o técnico de enfermagem era quem estava à frente do cuidado ao paciente. Episódios semelhantes aconteciam durante a presença de acadêmicos, que influenciavam no processo de trabalho da equipe de enfermagem: estes eram alocados com diferentes profissionais, normalmente os que possuíam um “perfil” ou experiência para o ensino e que estavam com pacientes “interessantes”, com a finalidade de garantir melhor experiência ao discente. Verificou-se que, em um primeiro momento, o acompanhamento de acadêmico representava um aumento da carga de trabalho do enfermeiro, mas, após a adaptação deste, ocorria a divisão das atividades e, conseqüentemente, essa carga de trabalho tornava-se menor, fato também relatado pelos enfermeiros.

Ainda no respeitante à articulação de recursos humanos, as práticas de articulação integrativa representam um esforço para assegurar que todos os diferentes elementos estejam coerentes com a trajetória do cuidado, sendo estas compostas por atividades para além dos mecanismos formais de coordenação, mas que visam promover a tomada de decisão holística, a resolução de anomalias e de contradições e a facilitação do planejamento da trajetória do cuidado (ALLEN, 2015). Em suma, as práticas de articulações integrativas são aquelas em que o enfermeiro realiza a mediação entre os diferentes profissionais.

Enfermeira conversa com nutricionista sobre preferências alimentares do paciente para otimizar ingesta que está baixa. Após, discute com médica sobre condutas, inserção e exclusão de medicamentos da prescrição médica (Diário 27/01/20).

O fato de o enfermeiro ter uma visão global da trajetória do paciente e compreender as inter-relações entre seus elementos constituintes faz com que ele interceda entre os atores, por exemplo, com a equipe multidisciplinar, para atestar que as decisões sejam tomadas no contexto das necessidades dos pacientes. Essa prática é entendida como a promoção de tomada de

decisões holísticas (ALLEN, 2015), e um dos exemplos dados pela autora foi uma situação em que o médico informou ao paciente que ele podia receber alta em casa, mas que, da perspectiva do gerenciamento geral da trajetória, o enfermeiro acreditava que esta ainda não era a melhor decisão e questionava o paciente se ele já havia feito sua avaliação de mobilidade. Desse modo, embora esta não estivesse questionando diretamente o médico, sua pergunta criou o potencial para que novas informações fossem trazidas para a situação e que pudessem ter implicações para a tomada de decisão, uma vez que ficou claro que o médico não levou em conta todos os elementos relevantes da condição do paciente para chegar à sua decisão inicial de alta (ALLEN, 2015). Percebe-se, no mais, como destacado pela autora, que os meios pelos quais os enfermeiros promovem a tomada de decisões holísticas são subestimados, pois eles adotam estratégias de influência indireta pelas quais eles realizam o trabalho de articulação.

Para a prática de articulação dos recursos humanos, nomeadamente a prática de articulação integrativa, mais do que a promoção de tomadas de decisões holísticas, os enfermeiros desempenham um papel primordial na resolução de anomalias ou de elementos contraditórios nas trajetórias de cuidados. Essas desconexões usualmente surgem do acoplamento frouxo no trabalho de saúde, visto especialização crescente. Como os enfermeiros têm supervisão do progresso global da trajetória e uma compreensão mais ampla dos sistemas e dos processos por meio dos quais os cuidados são organizados, eles estão bem posicionados para identificar essas desconexões e para antecipar problemas potenciais antes que eles surjam (ALLEN, 2015). Como exemplo desse papel, a autora assinala o contato feito pela enfermeira com o médico para esclarecer sobre a prescrição para administrar uma infusão de dextrose a um paciente com diabetes. Contudo, ela sabe que a infusão de dextrose foi prescrita pelo primeiro médico como uma fonte de energia quando a dieta do paciente foi suspensa. Logo, após o retorno da dieta, a dextrose não é mais necessária, mas a enfermeira não tem autorização para cancelar a prescrição médica, e muitas vezes o médico atual não tem como saber o motivo da decisão anterior da equipe médica, mantendo, pois, a conduta (ALLEN, 2015).

Alta demanda de trocas da paciente, pois está em uso de diurético e fralda. Enfermeira questiona sobre sondagem vesical de demora, médico diz que não é necessário (Diário 19/11/19).

Permanecendo nas práticas de articulação integrativas, situa-se o papel do enfermeiro de facilitador do planejamento das ações de cuidado da trajetória do paciente, intencionando contribuir para a coerência desta. Esse papel cotidianamente se intercala com as suas práticas de mobilização de conhecimento. A crescente discussão na área da saúde acerca da necessidade

de uma melhor integração dos cuidados traz a abordagem multidisciplinar como um mecanismo substancial para o alcance dessa integração, haja vista que, para além das “corridas de leito”, as necessidades de cuidados podem ser complementadas com reuniões multidisciplinares semanais para que as trajetórias possam ser designadas e com todos os atores envolvidos na negociação de suas respectivas contribuições (ALLEN, 2015). No entanto, no cotidiano de processos de trabalho altamente distribuídos e fragmentados, por meio dos quais as trajetórias de cuidados são rotineiramente modificadas, os enfermeiros representam os pontos-chave pelos quais, por um curto período, as narrativas sobre a trajetória podem ser mantidas em comum para fins de planejamento. Para a autora, os enfermeiros desempenham um papel fundamental no início e na orquestração de reuniões multidisciplinares quando são francos para a definição de objetivos, a tomada de decisões e o esclarecimento de papéis e de responsabilidades.

Diante disso, os enfermeiros, além de terem uma função de liderança no início, na alocação e no alinhamento das ações e no progresso da trajetória do paciente, também têm a importante tarefa de assegurar a integração dessa trajetória, por meio da supervisão da evolução desta e da mediação das relações, a fim de evitar a fragmentação. Entretanto, isso implica compreender como as decisões interagem em um todo no cuidado clínico do paciente e assumir um papel de liderança nos processos de planejamento multidisciplinar (ALLEN, 2015).

A articulação dos recursos humanos também é constituída por ações para a manutenção do progresso e da dinâmica da trajetória do paciente que suscitem um esforço contínuo. Essas atividades são aquelas que os enfermeiros exercem por meio do rastreamento de informações para o estabelecimento de planos de cuidados a partir do resultado de investigações e o progresso nos arranjos já planejados, mas também aquelas necessárias para contornar os obstáculos para o progresso do paciente. Embora haja quem acredite que os hospitais precisam ter arranjos mais flexíveis para lidar com a imprevisibilidade e a complexidade do trabalho, no cotidiano, observa-se que há forças centrífugas inerentes a esse tipo de forma organizacional e o risco de que as trajetórias possam facilmente sair do curso. Então, a mobilização de trajetórias de atendimento exige um esforço constante para asseverar que seus vários elementos não se separem, e foram os enfermeiros que assumiram o desempenho desse encargo, de modo que seu trabalho de articulação surgiu e foi uma contrapartida necessária à natureza fragmentada do trabalho de saúde (ALLEN, 2015).

Por fim, o trabalho que os enfermeiros fazem para articular trajetórias de cuidados está estreitamente interligado à sua função de criação de conhecimento e à sua consciência de atividade proporcionada pelas narrativas das trajetórias. Todavia, a mobilização da trajetória do

cuidado ao paciente também reivindica a compreensão do sistema de atividades associadas, que inclui o conhecimento da estrutura local de papéis e a consciência de coordenação das interdependências, mas também sofisticados conhecimentos clínico, contextual e organizacional. Uma característica comum, mas até agora ainda não notada como vital para a articulação da trajetória, é a capacidade dos enfermeiros de identificar padrões organizacionais e clínicos relevantes e combiná-los com as rotinas apropriadas, as quais foram criadas justamente para auxiliar na eficiência cognitiva e para gerir a complexidade do cenário dos cuidados em saúde (ALLEN, 2015).

A autora afirma que, em meio à turbulência do trabalho diário dos enfermeiros, o reconhecimento de padrões e das rotinas organizacionais são os principais recursos por meio dos quais as trajetórias foram mobilizadas, assim como categorias específicas de pacientes disparam gatilhos para determinadas ações, permitindo antecipar as demandas dos pacientes e agilizar processos. Essas decisões atreladas à rotina desencadeiam, então, um sistema de atividades vinculadas e a articulação de recursos para estas. Por exemplo, após ser assinada a alta de um paciente, “automaticamente” a enfermeira já se organiza não apenas para a saída de alta daquele paciente, mas também para a admissão de outro, estipulando recursos para isso. Por outro lado, quando as decisões ou os sistemas de atividades alinhadas não seguem os caminhos reconhecidos pelo enfermeiro, essa busca por esclarecimentos visa intervir em tais circunstâncias e entender a saída da trajetória desse paciente do curso normal de ação (ALLEN, 2015).

No respeitante à articulação do tempo, esta alude às práticas que têm por finalidade assegurar que as ações que contribuem para uma atividade ocorram no momento apropriado e na sequência correta. Neste estudo, optou-se, por questões didáticas, por agrupar nessa dimensão os outros dois tipos de articulação temporal apresentados por Allen (2015): a articulação temporal proativa e a articulação temporal responsiva.

No contexto geral, para garantir a articulação temporal, o enfermeiro conta com instrumentos como o mapeamento do processo, a protocolização e a sua experiência, que tornam possível a colaboração eficaz de profissionais em um determinado atendimento, mesmo que estes não tenham trabalhado juntos anteriormente, assim como a mediação das relações quando os recursos e os atores não estão disponíveis para todas as eventualidades do cuidado ao paciente (ALLEN, 2015).

No caso da articulação temporal proativa, também são desenvolvidas atividades com o propósito de manter a trajetória do paciente no curso, mas esta requer um esforço hábil e

demorado do enfermeiro de planejamento antecipado, tal como uma supervisão contínua, de maneira a prever como o cuidado se desenvolverá, para que se possam tomar as providências necessárias para a agilização de ação em tempo oportuno ou mesmo para uma preparação prévia para a atividade planejada. Isso porque até a programação de uma atividade ordena que os enfermeiros considerem as restrições temporais do sistema organizacional e da unidade, como aquelas atividades que exigem ação de serviços descontínuos que têm um horário e um dia próprio de atuação (ALLEN, 2015) para serem planejadas.

Gestora do período noturno chega às 18:50h, solicita que o gestor inicie a passagem de plantão, para adiantar o serviço da noite (Diário 05/02/20).

Por seu turno, a articulação temporal responsiva conecta-se às práticas de articulação temporal para atender às adversidades que acontecem no contexto de atendimento em saúde, que muitas vezes é dinâmico e imprevisível, escapando a possibilidade de antecipação prevista na articulação temporal proativa. Essas atividades ocorrem pelo fato de os enfermeiros, por serem os olhos e os ouvidos da organização e dos outros atores envolvidos no processo de cuidado, particularmente dos médicos, dependem de seu julgamento clínico aguçado para alertar os demais sobre a necessidade de uma intervenção (ALLEN, 2015 *apud* ALLEN, 1997). Essa necessidade de ação em um determinado tempo também pode surgir a partir da evolução contínua das trajetórias dos cuidados que estão constantemente em revisão, pois a mudança na compreensão da história do paciente ou mesmo sua evolução clínica podem provocar o início de uma nova linha de cuidado ou precipitar a necessidade de se localizar recursos específicos para tal (ALLEN, 2015). Ademais, a autora acrescenta que as atividades da articulação temporal responsivas não almejam responder apenas às necessidades flutuantes dos pacientes, mas também às mudanças organizacionais. Por exemplo, quando um leito fica disponível inesperadamente e uma nova admissão pode ser antecipada ou mesmo quando uma alta tem que ser acelerada para uma admissão não planejada ocorrer, sendo esse trabalho flexível uma resposta ao fluxo e ao refluxo da vida organizacional e uma outra faceta do hábito dos enfermeiros.

Paciente está de alta e aguarda liberação do leito em setor de internação, nesse momento está aguardando o transporte em uma cadeira de rodas. Precisou ser retirado do leito antes do momento de transporte porque houve pedido de vaga para admissão de paciente grave que estava no leito de reanimação do OS (Diário de campo 05/12/2019).

As articulações temporais foram percebidas por meio de ações como adiantamento de transferência de cuidados para viabilizar a assistência de maneira mais veloz e negociação entre os setores relacionadas a altas e a admissões, de acordo com a disponibilidade de leito, do colaborador e do tempo de troca dos profissionais entre os turnos de trabalho. Não obstante essas atividades tenham sido desempenhadas tanto por enfermeiros assistenciais como por gestores, elas foram mais predominantes no cotidiano destes últimos.

Enfermeira chega na unidade às 19:40h e recebe plantão de colega que havia pego plantão para ela (Diário 05/02/20).

Alta do paciente do box 5, mas enfermeira diz que aguarda a chegada da mãe para liberar paciente para setor de internação, pois ele está com traqueostomia e necessita de um acompanhante (Diário 12/11/19).

Alta do paciente do box 9, gestora soube pela secretária que veio avisar que o paciente já tem leito marcado no setor de destino. Gestora avisa enfermeira responsável pelo paciente (Diário 27/01/20).

Assim, é clara a mobilização do enfermeiro para permanecer sempre dois passos à frente das possíveis necessidades do paciente e da equipe, conforme mencionado por Allen (2015) na articulação temporal proativa. Nota-se que a antecipação das atividades e seu planejamento propiciam menos desvios na assistência, apesar de não haver nenhuma garantia de que o adiantamento esteja relacionado à ausência destes. A autora exemplifica esse fato descrevendo um caso em que a enfermeira decidiu verificar os pacientes com altas planejadas para os próximos dias e viu o que precisava ser feito, como telefonar para outros profissionais e agendar avaliações, para, então, certificar que o processo de alta estivesse completo, sem lacunas que pudessem interferir no tempo de assistência e no fluxo de pacientes dentro da instituição.

Salienta-se que as atividades observadas relativas à articulação dos materiais e dos recursos humanos e temporal foram executadas, em sua maioria, pelo enfermeiro gestor. Assegurar esses recursos é alçada do enfermeiro que desempenha essa função, tornando-se uma das características que o diferenciam do enfermeiro assistencial na unidade. Esse fato é citado em conversas informais durante as observações como um aspecto negativo no contexto da unidade, pois há sobrecarga de trabalho e, assim, há preferência pela responsabilização somente da parte assistencial das atividades exercidas pelo enfermeiro, ou seja, aquelas à beira leito. Os profissionais também expressam dificuldades atinentes ao perfil do gestor como fator determinante da dinâmica de trabalho em equipe. Além disso, pode-se constatar novamente a presença da dicotomia assistencial e gerencial do trabalho do enfermeiro na unidade.

Gestora comenta sobre a quantidade de plantões que ainda ficará na gestão no mês de Fevereiro, pois está muito agitado, com muitos problemas para resolver (Diário 05/02/20).

Com o início da corrida de leito, uma enfermeira comenta sobre gestora fazer o check list da corrida, ela diz que não fará porque já fez muita coisa (de assistencial) hoje (Diário 12/02/20).

Em conversa informal, enfermeira comenta que, em geral, os enfermeiros não gostam da função de gestor porque é uma ‘caixinha de surpresas’, atua como ‘tapa buraco’, faz transportes para exames, resolve ‘pepinos’. Preferem responsabilizar-se apenas pela face assistencial do trabalho. Relato de diferença de gestores e fluidez do trabalho, ajuda e iniciativa por parte do enfermeiro que está na função de gestor. Relacionam trabalho assistencial ruim com gestão ruim (quando o enfermeiro realiza um trabalho ruim como assistencial, também é ruim quando está na gestão), e isso não contribui para o trabalho em equipe (Diário 19/11/19).

O modo como o enfermeiro realiza seu trabalho difere conforme sua percepção deste. Como visto anteriormente, a valorização por parte do enfermeiro de cada dimensão da prática de enfermagem depende da posição em que ele se encontra no cuidado, o que pode explicar o fato de que, apesar de vislumbrar o gerenciamento do cuidado de forma mais complexa, quando convidado a desempenhar atividades gerenciais atreladas à unidade e aos demais enfermeiros, ele nega essa incumbência, tendo em vista o afastamento do controle de tempo e as situações incertas que podem vir a acontecer.

A variabilidade de fazeres influencia na dinâmica de trabalho da equipe de enfermagem. Nesse seguimento, Pinno, Camponogara e Beck (2019) apontam que, conquanto os enfermeiros tenham uma rotina de trabalho semelhante, eles lhe imprimem um modo peculiar de organizar-se, na perspectiva de buscar assegurar a qualidade do cuidado. O uso de si pelos trabalhadores citado pelos autores caracteriza-se pelo “uso de si por si próprio”, quando o próprio trabalhador cria condições e estratégias peculiares, utilizando sua subjetividade e sua autonomia em vista da atuação e da superação dos desafios do trabalho, modificando prescrições e normas. Parte-se do pressuposto de que nenhum trabalhador consegue apenas executar alguma atividade sem fazer uso do seu “si”, da sua autonomia e da sua subjetividade. A partir dessa conjuntura, atesta-se que o trabalhador se implica nas atividades com os seus valores, sua história singular e, principalmente, sua capacidade constituinte para o trabalho. Isso lhe permite transformar-se e transformar o seu trabalho fazendo uso de si.

5.3.2 Manejo entre leitos e pacientes

O gerenciamento de leitos é um desafio, a julgar pela variabilidade de oferta e de demanda das instituições de saúde e do cliente, e engloba desde o desenvolvimento de sistemas de informação de monitoramento e de planejamento da ocupação hospitalar até a elaboração de processos operacionais de admissão, de acompanhamento terapêutico e de alta (FARIA *et al.*, 2010). Além disso, constitui parte crucial do planejamento da capacidade operacional e de controle, com relevância no que concerne ao uso eficiente de recursos escassos (MACHADO; MACHADO, 2019).

Allen (2015) acredita que esse gerenciamento de leitos, do ponto de vista da enfermagem, vai além, pois requisita manejo entre leitos e pacientes, de forma a garantir a atribuição de pacientes aos leitos corretos, o que implica aspectos vitais para a qualidade, a segurança e a eficiência dos cuidados de saúde. Em razão disso, o destino correto do paciente ao seu leito é uma maneira de assegurar que ele receba o cuidado certo, no lugar certo, na hora certa e durante todo o tempo necessário. Esse processo envolve múltiplos fatores, visto que uma cama não significa apenas a acomodação do paciente, mas também se vincula à equipe, ao conhecimento, ao espaço/localização e à tecnologia necessários para este (ALLEN, 2015).

Para elaboração de escala do período noturno, gestoras do período vespertino e noturno avaliam gravidade dos pacientes, comparam com plantão anterior da mesma equipe noturna, discutem sobre a proximidade dos leitos, prioridade de admissões, gravidade do paciente e banhos no leito. Decidem manter enfermeiros nos leitos vazios devido possíveis admissões. Fazem sorteio para definir a ordem dos enfermeiros que admitirão pacientes (Diário de campo 25/11/19).

Em situações em que as organizações estão funcionando com alta carências de leitos, os pacientes acabam sendo alocados inapropriadamente e/ou movidos de um leito para outro para criar capacidade de atendimento, o que torna essa gestão um desafio para o enfermeiro, que tem que lançar mão de seu trabalho organizador para que os processos de planejamento de alta e de coordenação de cuidados não sejam interrompidos quando os pacientes se movem de uma unidade para outra (ALLEN, 2015), usando, para tanto, seus conhecimentos assistenciais e administrativos.

O manejo entre leitos e pacientes pode ser assistido na UTI por meio das atividades de confecção de escala diária, em consonância com a criticidade do paciente, os colaboradores e o nível de formação disponíveis e a coordenação de altas e de admissões, seguindo as necessidade dos pacientes.

Escala composta por 1 enfermeiro gestor, 3 enfermeiros assistenciais e 3 técnicos de enfermagem. Utilizam escala feita pela gestora do período vespertino, com uma exceção – boxes 5 e 6 seriam assumidos pelo mesmo profissional, no entanto, devido gravidade do paciente do box 5 (quantidade de soluções infundidas em BIC e dispositivos), o gestor acha melhor manter 1 profissional exclusivo para esse paciente (Diário 13/11/19).

Há 1 alta (box 3), porém a paciente é contaminada e não há vaga específica no setor de internação no momento (Diário 09/10/19).

No cenário hospitalar, repara-se a dificuldade de combinar leitos e pacientes de acordo com a necessidade não apenas deste, mas também concordando com a disponibilidade da instituição em absorver a demanda, ocasionando aprisionamento de leitos e possível prolongamento de tempo de internação. Em seu estudo, Allen (2015) descreve que as atividades tocantes ao planejamento de altas eram priorizadas com a equipe, de modo a certificar que esse processo acontecesse o mais rápido possível, porque, uma vez desocupados, os leitos estariam imediatamente disponíveis para novos pacientes.

No âmbito nacional, em 2013, surgiu a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP), que instituiu a criação do Núcleo Interno de Regulação (NIR) com o objetivo de gerir os leitos hospitalares, sendo o gerenciamento uma ferramenta para redesenhar e aprimorar o caminho do paciente, atentando-se para o acesso na perspectiva da Rede de Atenção à Saúde (BRASIL, 2013). Contudo, o enfermeiro se torna indispensável nesse processo gerencial, pois, em condições de intensa procura, esse gerenciamento de leitos requer julgamento especializado para atender às necessidades dos indivíduos, maximizando sua utilização. Assim, embora a decisão de admitir e de tratar pacientes seja de responsabilidade dos médicos, são os enfermeiros os principais responsáveis pela coordenação da capacidade total do leito para responder às demandas do paciente de forma adequada e segura, o que valoriza a performance desse profissional (ALLEN, 2015).

A visibilidade da atuação do enfermeiro exclusivo na gestão de leitos foi recentemente publicada com base no vivenciado em um hospital público de ensino brasileiro, que, visando atender à PNHOSP, criou um NIR com o nome de Gestão de Leitos no ano de 2015, incluindo, em 2016, enfermeiros exclusivos para integrar a equipe desse serviço, abrindo formalmente um novo espaço de atuação para a categoria (BORGES *et al.*, 2020). As atividades desempenhadas por esses enfermeiros foram analisadas à luz do modelo teórico de Dubois *et al.* (2013), denominado *Nursing Care Performance Framework* (NCPF), que consiste na operação conjunta de subsistemas de enfermagem para alcançar uma função especializada capaz de alcançar 3 funções: adquirir, implantar e manter recursos humanos de enfermagem; transformar

recursos de enfermagem em serviços de enfermagem; e produzir mudanças nas condições de um paciente como resultado da prestação de serviços de enfermagem. Com respaldo nesse modelo teórico, foram delineadas as atividades desenvolvidas pelo enfermeiro na Gestão de Leitos em 3 grandes categorias: a oferta de pessoal de enfermagem, condições de trabalho e manutenção da equipe de enfermagem; o ambiente e processo de trabalho em enfermagem; e os resultados do trabalho do enfermeiro na gestão de leitos.

Os enfermeiros foram identificados pelos pares e pelos profissionais médicos/residentes como essenciais no quadro de pessoal desse serviço, representando, também, mudanças nos indicadores após sua implementação, além de elevação da taxa de ocupação e redução no tempo de permanência dos pacientes (DUBOIS *et al.*, 2013). Tais resultados ratificam os achados de Allen (2015), que afirma que a literatura sobre gestão de leitos direciona para a pertinência de os encarregados dessa função terem autoridade e legitimidade, mas também sugere que a formação em enfermagem seja amplamente considerada para dar credibilidade ao sistema, uma vez que, conquanto sua função na combinação de paciente para leitos e seu conhecimento da prática clínica e organizacional sejam valorosos, os enfermeiros ainda se encontram, na maioria das realidades, excluídos da elaboração de estratégias para a gestão de leitos.

Mesmo que utilize um referencial teórico diferente para a análise do papel do enfermeiro na gestão de leitos, verifica-se que as categorias de atividades identificadas pelo estudo assemelham-se às apresentadas por Allen (2015) nessa dimensão, representando que o enfermeiro é capaz de tomar decisões relativas à equipe de enfermagem disponível no momento, de realizar remanejamento de profissionais para atender às necessidades do paciente, mediante aspectos como criticidade do paciente e carga de trabalho, e de prever e de prover os recursos necessários para sua assistência. Tais ações perpassam as outras dimensões do trabalho de organização, a articulação, a criação de conhecimento e a transferência de cuidados. Logo, a importância da gestão eficiente de leitos passa pelos esforços de cunhos assistencial e financeiro para a otimização de leitos, porquanto o quantitativo não aumenta na mesma velocidade que as demandas de internação (BORGES *et al.*, 2020), mas também pode levar, muitas vezes, à improvisação de leitos que colocam em risco a segurança do paciente e do profissional, situações estas que o enfermeiro, por ter os conhecimentos assistencial e gerencial, bem como da miríade de processos assistenciais e organizacionais envolvidos nessa situação, pode evitar.

5.3.3 A criação de conhecimento

O conhecimento tem sido visto como um dos mais notáveis recursos de uma organização, por ser capaz de tornar as ações, nos planos organizacional e individual, mais inteligentes, eficientes e eficazes. Isso estimula a elaboração de produtos e de serviços inovadores e continuamente adequados em termos de complexidade, de flexibilidade e de criatividade (ROCHA *et al.*, 2012). Perante a dinamicidade das organizações de saúde, em que as necessidades dos pacientes e o modelo de organização mudam rapidamente, a gestão de conhecimento oportuno à assistência é uma preocupação constante dos gestores, em virtude da necessidade de criar, de documentar e de compartilhar informações. A criação de conhecimento como suporte para a prestação do cuidado à qual se refere Allen (2015) deve-se à função de mobilização de informações inerentes ao cuidado do paciente durante seu percurso na instituição de saúde.

As ações observadas pertencentes a essa dimensão foram a leitura de prontuários, a conferência de prescrições médicas, a participação em discussões com equipe multidisciplinar e entre enfermeiros operando funções assistenciais e gerenciais, a comunicação com outros setores da instituição, o processo de transferência de cuidados em altas e em admissões, o preenchimento de documentos relacionados ao paciente, conforme protocolos do hospital, os diálogos com os familiares, as reuniões com os coordenadores sobre os processos de trabalho, a participação em treinamentos, a realização de anamnese e o exame físico do paciente.

Conversa sobre lesão de paciente, em que enfermeira diz que utilizou dois produtos na confecção do curativo, gestor questiona o uso de um dos produtos e ela diz que apenas manteve conduta conforme passagem de plantão (Diário 03/12/19).

Ao entrar na unidade, encontro profissionais dos períodos matutino e vespertino no posto de enfermagem em reunião com coordenadores e RT do Pronto-Socorro. Alguns dos assuntos abordados durante a reunião foram: fluxo de pacientes e regulação destes, banco de horas e horário de admissão de pacientes próxima a passagem de plantão (Diário 15/01/20).

Enfermeira gestora participa da corrida de leito de todos os pacientes e posteriormente informa as mudanças de condutas aos enfermeiros assistenciais (Diário 19/11/19).

Gestora repassa informações e decisões tomadas durante 'corrida de leito'. Há disparidades de informações entre gestora e enfermeiros assistenciais- algumas informações que a gestora repassa como novo, alguns enfermeiros assistenciais já estavam cientes (Diário 29/10/19).

Durante horário de visita, enfermeira conversa com familiares (Diário 21/10/19).

Admissão do paciente do box 5 às 12:50h, enfermeira faz anamnese e registra dados em planilha. Entrega pertences do paciente ao familiar e orienta sobre o funcionamento da unidade, bem como horário de visita (Diário 16/12/19).

Enfermeiro inicia apazamento de prescrição médica (Diário 10/12/19).

Percebe-se nos trechos acima que a criação de conhecimento permeou diversos ambientes, hierarquias, atores e momentos do cuidado, seja este direto ou indireto. Justamente por ter diversas origens no contexto do cuidado, a informação proporciona uma nova perspectiva para a interpretação, o que dá visibilidade e significados antes invisíveis e ampara uma tomada de decisão assertiva. Inclusive, a coleta de informações ultrapassa o campo do histórico de saúde do paciente, pois conversas com familiares enriquecem o contexto dele e influenciam a tomada de decisão da equipe multiprofissional. Paiva (2019) legitima a variabilidade de coleta de dados sobre o paciente em seu estudo e conclui que algumas interrupções vivenciadas pelos enfermeiros podem interceptar erros e fornecer ou receber informações sobre pacientes.

A gestão dessas informações tem sido referenciada à figura do enfermeiro, haja vista seu potencial articulador de sintetizar os dados e de compartilhá-los, de modo a oportunizar a continuidade da assistência. Além disso, sua delegação se deve à característica de trabalho contínuo nas unidades, à proporção que outros profissionais oferecem seus serviços de maneira temporária e intermitente, logo, o enfermeiro funciona como um elo e imprescindível fonte central de informações (ALLEN, 2015).

Segundo Ruthes e Cunha (2009), os enfermeiros devem estar preparados para avaliar os recursos tecnológicos, organizacionais e humanos exigidos para a criação e a gestão do conhecimento, como também desenvolver competências – conhecimentos, habilidades, atitudes e valores – para planejar, organizar, dirigir e controlar a gestão do conhecimento nas organizações. Ademais, concluem que cabe ao enfermeiro saber filtrar as informações, extraindo delas o que há de melhor e o que interessa para as tomadas de decisão quanto à melhoria das organizações de saúde. Isso significa que o enfermeiro precisará ser capaz de transferir seus conhecimentos para a prática diária, desenvolver seu julgamento clínico, avaliar o resultado de suas ações e assumir a responsabilidade dos resultados do planejamento da assistência.

Allen (2015) consolida essa linha de pensamento, pois aponta que o trabalho do enfermeiro insere-se nesse contexto para criar os fluxos de conhecimento que apoiam a entrega prática de assistência à saúde, portanto os enfermeiros têm um papel principal na coordenação da organização permanente da prestação de cuidados de saúde, e para realizar essa função eles

devem gerar e manter em jogo um conhecimento prático da evolução dos pacientes dentro das instituições. Em seu estudo, a autora relata que a responsabilidade por essas funções era assumida pelo enfermeiro coordenador do plantão, que atuava como ponto único de contato e intercedia pelas enfermeiras, as quais efetuavam essencialmente o cuidado direto, além de outros prestadores de serviço.

No presente estudo, novamente se pôde comparar essa forma de organização do trabalho à dinâmica de organização do trabalho dos enfermeiros na UTI, porque o enfermeiro gestor atuava como ponto de contato para os outros profissionais da equipe multiprofissional, incluindo os enfermeiros assistenciais, e exercia a gestão da unidade. Todavia, os enfermeiros assistenciais também produziam e compartilhavam conhecimento de maneira individual e atuavam como ponto de intercessão entre outros profissionais e o gestor. Já em outros cenários assistenciais brasileiros, a responsabilidade pela gestão do cuidado fica a cargo dos enfermeiros de plantão, que, juntamente com os técnicos de enfermagem, prestam cuidados ao paciente, sendo conferido ao coordenador de enfermagem o papel de administrar a unidade e de facilitar os processos de trabalhos em uma perspectiva mais abrangente.

Nessa mediação do enfermeiro associada ao fluxo de informações necessárias para a assistência, Allen (2015) argumenta que esse profissional distribui conhecimento com o propósito de gerenciar continuamente o cuidado, mas ele não só repassa as informações, como também utiliza seus conhecimentos científico e organizacional para interpretar, traduzir e contextualizá-las de acordo com os diferentes propósitos e profissionais envolvidos no cuidado. Nesse panorama, Allen (2015), em seu estudo, sublinha como ponto-chave do trabalho de criação e de mobilização de conhecimentos dos enfermeiros a narrativa de trajetória, sendo estas de encapsulamento, funcionando como um registro dos cuidados em andamento, criadas no início da internação e continuadas ao longo dela. Trata-se de apontamentos de principais detalhes do paciente e de sua trajetória na instituição, os quais servem como resumos para auxiliar o enfermeiro na tomada de decisão e na organização do trabalho em andamento, com atualizações conforme necessário. Essas informações resumidas foram utilizadas, revisadas e reavaliadas ao longo do turno de trabalho, por meio de prontuário médico, de diálogos com outros profissionais e de reuniões de equipe, colaborando para o preenchimento de outras documentações.

É possível comparar esse resultado com a nossa realidade quando os enfermeiros utilizam o passômetro como resumo da trajetória do paciente, sendo esse equipamento atualizado conforme as mudanças do estado geral daquele e da gestão do cuidado. Esse

instrumento foi utilizado no momento da transferência de cuidados entre enfermeiros, em corridas de leito ou em reuniões com equipe multiprofissional e para apoiar o preenchimento de outros documentos.

O compartilhamento de informações modifica o modo como o cuidado pode ser realizado, e isso pode facilitar ou dificultar o trabalho do enfermeiro. Allen (2015) traz à tona a visibilidade que a criação de conhecimento pode conferir ao processo de trabalho do enfermeiro, refletindo que a ausência de enfermeiras em reuniões multiprofissionais faz com que haja maior esforço para definir se as decisões tomadas são suficientes para evitar descontinuidade dos cuidados. A autora ainda sustenta que, embora os enfermeiros tenham um papel elementar como fonte central de informações para fins de organização do trabalho de saúde, eles frequentemente têm que ajustar suas práticas e trabalhar com flexibilidade em torno de outras pessoas, com a pretensão de cumprir essa função. Esse achado concorda com a ideia da dificuldade de fixar limites de atividades a serem desempenhadas pelos enfermeiros em seu trabalho, assim como a visibilidade de suas ações.

5.3.4 Transferência de cuidados

À medida que a expectativa de vida da população aumenta e que os padrões de morbimortalidade se alteram, a assistência à saúde torna-se cada vez mais especializada, e, a quantidade de leitos, mais escassa. Por conseguinte, os pacientes passam a usufruir de diferentes níveis de assistência à saúde em diferentes serviços de saúde, acumulando informações basilares sobre sua condição de saúde, as quais devem ser compartilhadas aos profissionais da área para que seja dada continuidade ao seu cuidado. Tais informações influenciam e determinam o cuidado que o paciente receberá. No entanto, essa responsabilidade atribuída ao paciente não se deve somente à necessidade de sua proatividade em sua condição de saúde, mas também às falhas de comunicação comumente reconhecidas nos sistemas de referência e de contrarreferência em saúde e às barreiras de acessibilidade ao seu histórico de saúde de forma imediata em diferentes serviços, levando à descontinuidade e a atrasos que criam problemas para o próprio paciente, para suas famílias e para as organizações (ALLEN, 2015).

Nesse cenário, em que ocorrem adversidades de interfaces de comunicação, o enfermeiro colabora diariamente para que os dados acerca do paciente e seu cuidado sejam trazidos para os atores envolvidos nessa trajetória, a despeito de, muitas vezes, eles não terem a visão geral da importância desse aspecto de seu trabalho nas transferências de cuidados (ALLEN, 2015), cotidianamente identificadas no Brasil como os momentos de passagem de

plantão e de corrida de leitos. Recentemente, com o advento das discussões a respeito da segurança do paciente e a introdução de *guidelines*, essas ações foram renomeadas para *handover*, *handoffs* e *rounds*.

Registra-se o valor do enfermeiro ao reunir informações, sinais e sintomas para a construção de uma identidade do paciente, construção esta que envolve um processo de dupla tradução, retrospectiva e prospectiva, posto que o conhecimento do passado do paciente interfere e facilita sua trajetória futura (ALLEN, 2015). Em sua pesquisa, Paiva (2019) encontrou que, nesse mesmo cenário, dentre as 277 atividades de cuidado indireto registradas, as mais executadas pelos enfermeiros foram: fazer registro de enfermagem e realizar as transferências de cuidados, sendo que as transferências de cuidados estavam entre as atividades que sofriam interrupções, mas também geravam interrupções das atividades do enfermeiro. A interrupção para a realização da transferência deve ser observada com atenção, porque a falha nesse processo pode levar à falta de comunicação de informações relevantes para a continuidade do cuidado ao paciente, por exemplo, uma alergia medicamentosa ou o preparo já realizado pelo paciente para um procedimento também já programado.

Na trajetória do cuidado do paciente, múltiplas versões deste emergem dos processos de coleta de informações, as quais são brevemente cristalizadas por estabilizações momentâneas decorrentes das interações contínuas dos enfermeiros com os demais profissionais participantes do cuidado, como em reuniões de equipe multidisciplinares. Entretanto, o percurso dos pacientes é uma rede de elementos heterogêneos, tendo em conta os diferentes níveis de complexidade e de necessidades, devendo as tomadas de decisão pautar-se no conjunto de informações transformadas e readequadas mediante o objetivo do próximo passo a ser dado na assistência (ALLEN, 2015).

Allen (2015) se refere à cristalização de informações como exemplo do que ocorre em unidades cirúrgicas e nas salas de operação, em que a última tem um grande volume de procedimentos, com previsão de possíveis trajetórias a serem transitadas pelos pacientes e que requerem objetividade no que tange à consulta de admissão, com investigações e avaliações atinentes ao objetivo desse cuidado nesse ponto da assistência. Assim, quando os pacientes chegavam para os procedimentos nas salas de operações, esperava-se que suas identidades já tivessem sido construídas, garantindo continuidade da assistência. Isso porque, para além das informações a respeito do paciente, o enfermeiro também deve assegurar que outros recursos que permeiam o cuidado indireto sejam efetivados, como o preenchimento de documentos, as

prescrições de cuidados pós cirúrgicos e a certificação do preparo do paciente para o procedimento.

Nessa conjuntura, a transferência de cuidados torna-se uma ação primordial à continuidade do cuidado, de modo a preencher lacunas e, conseqüentemente, certificar a qualidade e a segurança da assistência ao paciente. Allen (2015) pontua, em sua investigação, que as transferências de cuidados foram utilizadas inclusive para processos de avaliação para financiamento de serviços de saúde, isto é, caso atendesse aos critérios, as despesas com os cuidados contínuos seriam custeadas pelo serviço de saúde, caso contrário, seriam necessários recursos de assistência social. Diante da abrangência dessa ação, os enfermeiros se esforçaram para documentar e para fazer acontecer o processo de responsabilização.

Considerando que durante a transferência de cuidados as informações significativas são reunidas e transformadas pelo enfermeiro, a fim de balizar a tomada de decisão dos atores envolvidos no cuidado (ALLEN, 2015), as ações identificadas como transferência de cuidados no presente estudo, para além das comumente realizadas, como passagem de plantão e corrida de leitos, foram: telefonemas entre setores da instituição, comunicação entre colaboradores exercendo atividades assistenciais e gerenciais, utilização de impresso de transferência de cuidados entre turnos e análise de prontuário para definição de destino do paciente mediante suas necessidades.

Enfermeira gestora passa plantão de paciente para enfermeira de unidade de internação, após, avisa enfermeira assistencial responsável pela paciente que pode encaminhá-lo para o setor (Diário 27/01/20).

Gestora preenche caderno administrativo com informações relevantes do turno de trabalho, como escala diária (Diário 27/01/20).

Gestora liga para setor de imagem para receber informações sobre pedido de exame de urgência do paciente e explica o motivo do exame e que o pedido já havia sido encaminhado há algum tempo. Médica ouve a conversa e diz que é 'para agilizar porque ela já até conversou com o médico de lá (Diário 12/02/20).

Depreende-se, porém, que a transferência de cuidados dá-se de diversas maneiras entre diferentes atores da assistência, sofrendo interferência daqueles que fazem parte da enfermagem. A complexidade do quadro dos pacientes, a organização da unidade de internação e a taxa de ocupação dos leitos estão atreladas à maneira pela qual as informações devem ser transmitidas durante a passagem de plantão – relatórios gravados, escritos ou orais, relatórios no leito ou reuniões em que há participação de toda a equipe de enfermagem. Sendo assim, as informações transmitidas devem ser claras, precisas, objetivas e atualizadas em relação à

evolução do estado de saúde dos pacientes, tal como devem abordar informações gerais sobre o funcionamento da unidade (SILVA; CAMPOS, 2007).

Todavia, notou-se que problemas ocorreram durante a passagem de plantão entre os profissionais da UTI, mas também na transferência de cuidados entre unidades.

Às 12h a enfermeira responsável por setor de origem comparece à unidade para passar plantão da paciente para enfermeiras que estavam no posto de enfermagem no momento. Há um comentário sobre a necessidade de passagem de plantão direcionada a quem iria receber a paciente, não para quem estava no posto de enfermagem. Nesse momento, não há definição sobre quem admitirá a paciente (Diário 17/10/19).

Há passagem de plantão do paciente que será transferido para a UTI duas vezes, uma para enfermeira gestora – que repete informações para a enfermeira responsável pelo paciente, e outra para a enfermeira responsável (Diário 21/10/19).

Enfermeira comunica a enfermeira gestora sobre a alta do paciente do box 3, e avisa que já havia passado plantão. Durante segundo contato telefônico entre UTI e setor de destino do paciente, é solicitado pelo setor de destino que seja feita outra punção periférica. Enfermeira comenta sobre a imposição da punção imediata pelo enfermeiro responsável do outro setor. Contudo, enquanto preparava os materiais para a punção, cerca de 2 minutos, ocorre outra ligação do setor de destino à UTI pedindo para encaminharem o paciente. A enfermeira então contesta as duas imposições e opta por puncionar antes de encaminhar o paciente e solicita que o setor aguarde (Diário 09/10/20).

É apresentada a demanda médica sobre transfusão sanguínea para paciente admitido que já tinha prescrição de transfusão do setor de origem, contudo a documentação do paciente ainda não chegou na unidade, mesmo após 40 min da admissão. O médico pede que gestor resolva a situação pois o paciente precisava da transfusão imediatamente. O gestor liga para banco de sangue e confirma se há prescrição do paciente, após isso solicita que a técnica responsável pelo material vá buscar o material no banco de sangue (Diário 15/01/20).

O setor de imagem telefona ao setor questionando se um dos pacientes iria realizar tomografia. Enfermeira gestora fala que não sabia se havia pedido, no entanto, a enfermeira responsável pelo paciente relata que já sabia desse e que achava que a gestora soubesse pela ‘corrida de leito’ (Diário 13/11/19).

Allen (2015) esclarece que gerenciar as transferências de cuidados foi um componente significativo da carga de trabalho dos enfermeiros. Nesse sentido, é possível correlacionar esse fato aos exemplos de falhas de comunicação observados no presente estudo, como duplicidade de transferência de cuidados e ausência de direcionamento acerca do profissional com quem se deve compartilhar a informação, sendo que tais obstáculos requisitam maior tempo do enfermeiro e podem acarretar perda de informações cruciais para a assistência ao paciente. Em uma revisão de literatura, foram identificados como os maiores desafios para a transferência de cuidados: a comunicação, a não coordenação das ações, a não utilização de *checklist*, a má administração e o gerenciamento de tempo, sendo que a comunicação foi conceituada como maior desafio (RAEISI; RARANI; SOLTANI, 2019). Para os autores, a comunicação de

transferência de má qualidade tem consequências negativas para os pacientes, como a falta de acompanhamento de tratamentos e de medicação e má administração de tarefas, de tempo e de espaço.

No sentido de superar esses desafios nas transferências de cuidados, estudos têm demonstrado que as transferências estruturadas reduziram a incidência de complicações do paciente e os erros de medicação e de eventos adversos em geral, por serem tais formatos estruturados de modo mais eficaz, para reduzir problemas de comunicação como omissão e imprecisão de informações e erros de documentação (BUKOH; SIAH, 2020).

A documentação da transferência de cuidados é abordada por Allen (2015) como componente para que o cuidado seja contabilizado e a qualidade da assistência evidenciada. Esse registro acompanha o crescimento e a exigência de transparência e de responsabilidade na saúde e torna-se cada vez mais complexo, visto que os cuidados e o tratamento dos pacientes tornaram-se mais detalhados e, por consequência, mais fragmentados, logo, mais difíceis de se localizar e de se resumir. Além de informações quanto ao paciente, observou-se, no presente estudo, o registro de dados alusivos ao funcionamento da unidade em planilha específica, pois interessam aos profissionais de todos os turnos de trabalho, tornando-se uma ferramenta de compartilhamento de informações e de controle de recursos materiais e humanos.

Allen (2015) ainda aduz que as interrupções durante o processo de registro de informações influenciam de maneira negativa na transferência de cuidados, corroborando Paiva (2019), que ilustrou que os profissionais por ela acompanhados viam as atividades de registros de enfermagem como simples e rotineiras. Contudo, essa enfatiza que é preciso considerar que a ocorrência de interrupção da atividade pode fazer com que o enfermeiro se esqueça de registrar uma informação fundamental para a continuidade do cuidado ao paciente (PAIVA, 2019).

Conforme a contribuição significativa do enfermeiro para a continuidade da assistência ao paciente em variados setores, Allen (2015) conclui que a transferência de cuidados deve ser alicerçada na análise do paciente, mediante a compreensão da organização dos objetivos de trabalho do destino da transferência. Em outras palavras, o conhecimento do sistema de modo mais abrangente, não apenas do seu ambiente, é vital para apoiar o trabalho de organização dos enfermeiros e moldar a qualidade do atendimento, e, para que isso aconteça, é necessário afastar a ideia de simplicidade da transferência de responsabilidade sobre o paciente, mas priorizar a realização da análise de identidade destes.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo possibilitou a análise do trabalho do enfermeiro no cuidado ao paciente em terapia intensiva sob diferentes perspectivas, proporcionadas pela observação participante e por entrevistas realizadas com enfermeiros da unidade estudada. Dessa forma, pôde-se conhecer as atividades exercidas por eles em sua rotina, sua percepção sobre seu trabalho na UTI e as atividades de organização desempenhadas majoritariamente pelo enfermeiro gestor.

As atividades assistidas corresponderam a ações de cuidado de enfermagem à beira leito e à distância do paciente, sendo que os enfermeiros relataram as de cuidado direto com maior frequência, fato que pode ser associado à maior visibilidade dessas ações no âmbito da prática do profissional enfermeiro. Percebeu-se que os enfermeiros desempenhavam atividades privativas de sua profissão, bem como outras, que poderiam ser exercidas por outros profissionais, seja por ausência de pessoal ou pelo entendimento de que estas estão intrínsecas ao seu trabalho. A valorização do conhecimento científico permeou a percepção negativa a respeito dos cuidados diretos que poderiam ser exercidos por técnicos de enfermagem, porém, no cenário da terapia intensiva, alguns cuidados se tornam complexos e devem ser conduzidos por enfermeiros.

O modelo de organização do trabalho dos enfermeiros na unidade dividido entre o assistencial e o gestor ocasionava dúvidas para este acerca do seu valor na unidade, então o trabalho era visto como fragmentado, e não como complementar para o estabelecimento da prática de enfermagem.

Notou-se um distanciamento das atividades observadas e da percepção dos enfermeiros nas entrevistas relativas ao seu trabalho, e acredita-se que um fator contribuinte seja a falta de consenso na literatura sobre os conceitos de cuidados direto, indireto e de ações gerenciais e assistenciais. Embora mencionem ações de cuidado direto com restrições de atribuição, ressaltam a importância do enfermeiro à beira leito para viabilizar a assistência com maior qualidade. O acompanhamento de discentes não foi declarado como constituinte do seu trabalho, dado o perfil da instituição estudada. Não obstante as ações de cuidado indireto não tenham sido salientadas, evidenciou-se que as atividades indiretas consumiram maior tempo do enfermeiro, por este estar no centro da assistência, o que pode desencadear maior carga de trabalho desse profissional.

Como as atividades do trabalho de organização foram desenvolvidas majoritariamente pelo enfermeiro gestor, sugere-se que seu papel seja clarificado, para que seu mérito também

seja destacado. Identificou-se que esse enfermeiro, no contexto da prática de enfermagem em UTI, desenvolve atividades que contemplam as dimensões apresentadas por Allen (2015): de articulação de recursos materiais, humanos e do tempo, de manejo de leitos e de pacientes, de criação de conhecimento e de transferência de cuidados. No entanto, estas precisam ser institucionalmente reconhecidas para que o modelo assistencial possa sustentar de forma plena a organização da assistência de enfermagem prestada na unidade.

Por seu turno, as limitações do estudo devem-se ao fato de este ter sido realizado em apenas uma Unidade de Terapia Intensiva, com uma organização do trabalho dos enfermeiros de modo diferenciado do normalmente encontrado no contexto brasileiro, o que torna os resultados encontrados pertinentes sobretudo a essa determinada realidade. Entretanto, essa estratégia propiciou o conhecimento em profundidade dessa realidade de organização de trabalho, por meio da análise das particularidades da prática de enfermagem nessa condição, dando maior visibilidade a esse arranjo, ao seu funcionamento inovador e aos seus desafios.

Os resultados deste estudo podem contribuir para que a forma de organização do trabalho na unidade seja reconhecida e, portanto, delimitada formalmente, garantindo, pois, a manutenção constante do papel do enfermeiro gestor como organizador e como provedor dos processos de trabalho. A formalização desse papel oportunizará corrigir as falhas de processo identificadas e valorizar a presença desse profissional como substancial para o desenvolvimento de condições para o trabalho dos enfermeiros assistenciais e de melhorias da qualidade assistencial do cuidado ao paciente. Ademais, abrirá espaço para que outras pesquisas acerca do trabalho do enfermeiro sejam realizadas, partindo de um panorama distinto do tradicionalmente realizado. Todavia, faz-se necessário um aprofundamento da discussão sobre o valor do trabalho de organização exercido pelo enfermeiro do ponto de vista da variedade de serviços de saúde e dos processos de trabalho existentes no território brasileiro. Igualmente, também, acredita-se ser urgente uma maior compreensão do enfermeiro sobre seu próprio trabalho, para que se possa promover melhorias na sua organização, ganhos concernentes ao dimensionamento adequado de profissionais e, por conseguinte, visibilidade e reconhecimento social da profissão.

REFERÊNCIAS

- ALLEN, D. Care trajectory management: a conceptual framework for formalizing emergent organisation in nursing practice. **Journal of Nursing Management**, v. 27 n. 1, p. 4-9, jan. 2019.
- ALLEN, D. Nursing, knowledge and practice. **Journal of Health Services Research & Policy**, v. 2, n. 3, p. 190-193, jul. 1997. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/135581969700200311>.
- ALLEN, D. Re-reading nursing and re-writing practice: towards an empirically based reformulation of the nursing mandate. **Nursing Inquiry**, v. 11, n. 4, p. 271-283, 2004.
- ALLEN, D. **The changing shape of nursing practice: the role of nurses in the hospital division of labour**. London: Routledge, 2001.
- ALLEN, D. **The invisible work of nurses: hospitals, organisation and healthcare**. Oxford, UK; New York, NY: Routledge, 2015.
- ALLEN, D. Translational mobilisation theory: a new paradigm for understanding the organisational elements of nursing work. **International Journal of Nursing Studies**, v. 79, p. 36-42, 2018.
- ALLEN, D. What do you do at work? Profession building and doing nursing. **International Nursing Review**, v. 54, p. 41-48, 2007. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1466-7657.2007.00496.x>.
- ALMEIDA, F. M. O conceito de trabalho nos clássicos da sociologia. **Revista Espaço Livre**, v. 9, n. 18, jul./dez. 2014.
- ALMEIDA, M. L. *et al.* Instrumentos gerenciais utilizados na tomada de decisão do enfermeiro no contexto hospitalar. **Texto & Contexto - Enfermagem**, Florianópolis, v. 20, n. spe., p. 131-137, 2011. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-07072011000500017>.
- ALVES-MAZZOTI, A. O método nas ciências sociais. *In*: ALVES-MAZZOTI, A. J.; GEWANDSZNAJDER, F. O método nas ciências naturais e sociais: pesquisa quantitativa e qualitativa. 1999. p. 99-197.
- AMIB. Associação de Medicina Intensiva Brasileira. **Regulamento técnico para funcionamento de unidades de Terapia Intensiva** – AMIB. 2009. Disponível em: https://www.amib.org.br/fileadmin/user_upload/amib/2018/abril/23/RecomendacoesAMIB.pdf.
- ATKINSON, P.; HAMMERSLEY, M. **Ethnography: principles in practice**. 3rd ed. Taylor & Francis e-Library, 2007.
- AVILA, L. I. *et al.* Implicações da visibilidade da enfermagem no exercício profissional. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 34, n 3, p. 102-109, set. 2013.
- BALSANELLI, A. P.; CUNHA, I. C. K. O. O ambiente de trabalho em unidades de terapia intensiva privadas e públicas. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 26, n. 6, p. 561-568, nov./dec. 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-21002013000600009>.

BELLAGUARDA, M. L. R. *et al.* Identidade da profissional enfermeira caracterizada numa revisão integrativa. **Enfermagem em Foco**, v. 2, n 3, p. 180-183, 2011. Disponível em: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/130/111>.

BORGES, F. *et al.* Performance of nurses in the bed management service of a teaching hospital. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, DF, v. 73, n. 4, jun. 2020. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672020000400170.

BRASIL. Conselho Federal de Enfermagem. Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem e dá outras providências. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, p. 9.273, 26 jun. 1986. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/1980-1987/lei-7498-25-junho-1986-368005-publicacaooriginal-1-pl.html>.

BRASIL. Conselho Federal de Enfermagem. Pesquisa perfil da enfermagem no Brasil. 2013. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/perfilenfermagem/index.html>.

BRASIL. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução COFEN Nº 543, de 18 de abril de 2017. Atualiza e estabelece parâmetros para o Dimensionamento do Quadro de Profissionais de Enfermagem nos serviços/locais em que são realizadas atividades de enfermagem. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, n. 86, p. 119, 8 maio 2017a. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2017/05/Resolu%C3%A7%C3%A3o-543-17-completa.pdf>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 384, de 12 de março de 2020. Aprova a Resolução GMC Nº 29/15 Requisitos de Boas Práticas para Organização e Funcionamento dos Serviços de Terapia Intensiva Adulto, Pediátrica e Neonatal (Revogação da Res. GMC Nº 28/04). **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, n. 51, p. 70, 16 mar. 2020. Disponível em: <https://www.in.gov.br/web/dou/-/portaria-n-384-de-12-de-marco-de-2020-248070657>.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3.390, de 30 de dezembro de 2013**. Institui a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), estabelecendo-se as diretrizes para a organização do componente hospitalar da Rede de Atenção à Saúde (RAS). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt3390_30_12_2013.html.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Resolução - RDC nº 26, de 11 de maio de 2012**. Altera a Resolução RDC nº. 07, de 24 de fevereiro de 2010, que dispõe sobre os requisitos mínimos para funcionamento de Unidades de Terapia Intensiva e dá outras providências. Brasil: ANVISA, 2012. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2012/rdc0026_11_05_2012.html.

BRASIL. Ministério da Saúde. Resolução - RDC nº 137, de 8 de fevereiro de 2017. Altera a Resolução da Diretoria Colegiada RDCn.º 7, de 24 de fevereiro de 2010. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, n. 29, p. 44, 9 fev. 2017b. Disponível em: https://www.in.gov.br/materia/-/asset_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/20794567/do1-2017-02-09-resolucao-rdc-n-137-de-8-de-fevereiro-de-2017-20794500.

BRASIL. Ministério da Educação. Resolução CNE/CES nº 3, de 7 de novembro de 2001. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem. **Diário**

Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, p. 37, 9 nov. 2001. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES03.pdf>.

BULECHEK, G. M.; BUTCHER, H. K.; DOCHTERMAN, J. M. **Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC)**. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2010.

BUKOH, M. X.; SIAH, C. R. A systematic review on the structured handover interventions between nurses in improving patient safety outcomes. **Journal of Nursing Management**, v. 28, n. 3, p. 744-755, apr. 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/jonm.12936>.

CIHI. Canadian Institute for Health Information. **Nursing in Canada, 2019: a lens on supply and workforce**. Ottawa: CIHI, 2020. Disponível em: <https://www.cihi.ca/sites/default/files/document/nursing-report-2019-en-web.pdf>.

CHAMBLISS, D. **Beyond caring: hospitals, nurses, and the social organization of ethics**. Chicago: University of Chicago Press, 1997.

CHAVES, L. D. P.; LAUS, A. M.; CAMELO, S. H. Ações gerenciais e assistenciais do enfermeiro em unidade de terapia intensiva. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 14, n. 3, p. 671-678, 2012. Disponível em: <https://revistas.ufg.br/fen/article/view/15724>.

CHIORO, R. A. A.; CECÍLIO, L. C. O. A política de reestruturação dos hospitais de ensino: notas preliminares sobre os seus impactos na micropolítica da organização hospitalar. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 81, p. 88-97, jan./abr. 2009.

CHIZZOTTI, A. A pesquisa qualitativa em ciências humanas e sociais: evolução e desafios. **Revista Portuguesa de Educação**, v. 16, n. 2, p. 221-236, 2003.

CHRISTOVAM, B. P.; PORTO, I. S.; OLIVEIRA, D. C. Gerência do cuidado de enfermagem em cenários hospitalares: a construção de um conceito. **Revista Escola de Enfermagem**, São Paulo, v. 46, n. 3, p. 734-741, jun. 2012. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/reeusp/v46n3/28.pdf>.

DUBOIS, C. A. *et al.* Conceptualizing performance of nursing care as a prerequisite for better measurement: a systematic and interpretive review. **BMC Nursing**, v. 12, 2013. Disponível em: <https://bmcnurs.biomedcentral.com/articles/10.1186/1472-6955-12-7#citeas>.

DUCCI, A. J.; PADILHA, K. G. Nursing activities score: estudo comparativo da aplicação retrospectiva e prospectiva em Unidade Terapia Intensiva. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 21, n. 4, p. 581-587, 2008.

DURKHEIM, É. **Da divisão do trabalho social**. São Paulo: Martins Fontes, 2008.

FAGERSTRÖM, L.; VAINIKAINEN, P. Nurses' experiences of nonpatient factors that affect nursing workload: a study of the PAONCIL instrument's nonpatient factors. **Nursing Research and Practice**, v. 2014, 2014. Disponível em: <https://downloads.hindawi.com/journals/nrp/2014/167674.pdf>.

FELLI, E. A.; PEDUZZI, M. O trabalho gerencial em enfermagem. *In*: KURCGANT, P. (coord.). **Gerenciamento em enfermagem**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005. p. 1-13.

FERNANDES, M. C. *et al.* Identity of primary health care nurses: perception of “doing everything”. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, DF, v. 71, n. 1, p. 142-147, 2018. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0382>.

FERREIRA, S. C.; SANTOS, M. J. O. L.; ESTRELA, F. M. Nursing Activities Score e o cuidado em uma unidade de terapia intensiva. **Arquivos de Ciências da Saúde**, v. 23, n. 1, p. 63-67, mar. 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.17696/2318-3691.23.1.2016.400>.

FOGAÇA, M. C.; WERTHER, B. C.; MARTINS, L. A. N. Estudo preliminar sobre a qualidade de vida de médicos e enfermeiros intensivistas pediátricos e neonatais. **Revista Escola de Enfermagem**, São Paulo, v. 44, n. 3, p. 708-712, 2010. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342010000300022.

FONSECA, M. L. G.; SÁ, M. C. A insustentável leveza do trabalho em saúde: excessos e invisibilidade no trabalho da enfermagem em oncologia. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 39, n. spe., p. 298-306, 2015. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-11042015000500298&script=sci_abstract&tlng=pt.

FRACOLLI, L. A.; GRANJA, G. F. A utilização da categoria processo de trabalho pela enfermagem brasileira: uma análise bibliográfica. **Revista Escola de Enfermagem**, São Paulo, v. 39, n. spe., p. 597-602, 2005. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0080-62342005000500013&script=sci_abstract&tlng=pt.

GALINDO, I. S. *et al.* Enfermeiro intensivista: processo de formação profissional. **Revista de Enfermagem da UFSM**, Santa Maria, v. 9, e49, p. 1-20, 2019. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/34763/pdf>.

GEERTZ, C. **A interpretação das culturas**. Rio de Janeiro: LTC, 1989.

GONÇALVES, R. B. M. **Práticas de saúde: processo de trabalho e necessidades**. São Paulo: Secretaria Municipal de Saúde, 1992. (Cadernos CEFOR).

LOPES GUERRER, F. J.; FERRAZ BIANCHI, E. R. Caracterização do estresse nos enfermeiros de unidades de terapia intensiva. **Revista Escola de Enfermagem**, São Paulo, v. 42, n. 2, p. 355-362, jun. 2008.

LOPES GUERRER, F. J.; FERRAZ BIANCHI, E. R. Estrés de los enfermeros de UCI em Brasil. **Enfermería Global**, Murcia, v. 10, n. 22, p. 1-9, abr. 2011. Disponível em: <http://revistas.um.es/eglobal/article/view/121791/114441>.

HAUSMANN, M.; PEDUZZI, M. Articulação entre as dimensões gerencial e assistencial do processo de trabalho do enfermeiro. **Texto & Contexto - Enfermagem**, Florianópolis, v. 18, n. 2, p. 258-265, abr./jun. 2009.

JENNINGS, B. M. Care models. In: HUGHES, R. G. (ed.). **Patient safety and quality: an evidence-based handbook for nurses**. Rockville: Agency for Healthcare Research and Quality (US), 2008. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK2635/>.

KOBEWKA, D. *et al.* Quality gaps identified through mortality review. **BMJ Quality & Safety**, v. 26, n. 2, p. 141-149, 2017. Disponível em: <https://qualitysafety.bmj.com/content/qhc/26/2/141.full.pdf>.

KOIZUMI, M. S. *et al.* Educação continuada da equipe de enfermagem nas UTIs do município de São Paulo. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 6, n. 3, p. 33-41, 1998. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v6n3/13889.pdf>.

KWIECIEN, K.; WUJTEWICZ, M.; MEDRZYCKA-DABROWSKA, W. Selected methods of measuring workload among intensive care nursing staff. **International Journal of Occupational Medicine and Environmental Health**, v. 25, n. 3, p. 209-217, 2012.

LEAL, J. A. L.; MELO, C. M. M. The nurses' work process in different countries: an integrative review. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 71, n. 2, p. 413-23, 2018. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672018000200413&script=sci_abstract.

LENARDT, M. H.; MICHEL, T.; MELO, L. P. As pesquisas etnográficas em enfermagem nas sociedades complexas. **Colombia Médica**, v. 42, n. 2, p. 70-77, abr./jun. 2011. Supl. 1.

LESSA, A. B. S. L.; ARAÚJO, C. N. V. A enfermagem brasileira: reflexão sobre sua atuação política. **Revista Mineira de Enfermagem**, v. 17, n. 2, p. 474-480, 2013.

LIMA, C. M. G. de *et al.* Pesquisa etnográfica: iniciando sua compreensão. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 4, n. 1, p. 21-30, 1996. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11691996000100003&script=sci_abstract&tlng=pt.

LIMA, D. V. M.; LACERDA, R. A. Hemodynamic oxygenation effects during the bathing of hospitalized adult patients critically ill: systematic review. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 23, n. 2, p. 278-285, mar./abr. 2010. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-21002010000200020&script=sci_arttext&tlng=en.

LORENZINI, E. *et al.* Dimensionamento de pessoal da enfermagem: revisão integrativa. **Ciência, Cuidado e Saúde**, v. 13, n. 1, p. 166-172, 2014.

LÜDKE, M.; ANDRÉ, M. **A pesquisa em educação: abordagens qualitativas**. São Paulo, 1986.

LUNARDI, V. L.; FILHO, W. D. L.; BORBA, M. R. Como o enfermeiro utiliza o tempo de trabalho numa unidade de internação. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, DF, v. 47, n. 1, p. 7-14, jan./mar. 1994.

MACHADO, M. H. *et al.* Características gerais da enfermagem: o perfil sócio demográfico. **Enfermagem em Foco**, v. 7, p. 9-14, jan. 2016. Disponível em: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/686>.

MARTINS, V. H. S. *et al.* Overload of nursing work through nursing activities score as an evaluating tool. **Research, Society and Development**, v. 9, n. 5, p. e47951141, 2020. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/1141>.

MARX, K. **O capital**. 14. ed. Rio de Janeiro: Bertrand, 1994.

MARX, K. O processo de trabalho e o processo de valorização. *In*: MARX, K. **O capital: crítica da economia política**. Livro I: o processo de produção do capital. São Paulo: Boitempo, 2013. p. 255-277.

MASSAROLI, R. *et al.* Trabalho de enfermagem em unidade de terapia intensiva e sua interface com a sistematização da assistência. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 2, p. 252-258, abr./jun. 2015. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452015000200252.

MATOS, E.; PIRES, D. Teorias administrativas e organização do trabalho: de Taylor aos dias atuais, influências no setor saúde e na enfermagem. **Texto & Contexto - Enfermagem**, Florianópolis, v. 15, n. 3, p. 508-514, jul./set. 2006. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-07072006000300017>.

MELO, C. M. M.; SANTOS, T. A.; LEAL, J. A. L. Processo de trabalho assistencial-gerencial da enfermeira. *In*: PROENF. Programa de Atualização em Enfermagem. **Gestão**: ciclo 4. Porto Alegre: Artmed Panamericana, 2015. p. 45-75.

MINAYO, M. C. S. (org.). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 18. ed. Petrópolis: Vozes, 2001.

MIRANDA, D. R. *et al.* Nursing activities score. **Critical Care Medicine**, v. 31, n. 2, p. 374-82, 2003.

MOLINIER, P. A dimensão do cuidar no trabalho hospitalar: abordagem psicodinâmica do trabalho de enfermagem e dos serviços de manutenção. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, v. 33, n. 118, p. 6-16, 2008.

MONTEIRO, C.; AVELAR, A. F. M.; PEDREIRA, M. L. G. Interrupções de atividades de enfermeiros: contribuições para a segurança do paciente e do profissional. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 33, p. 1-10, 2020. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.37689/actape/2020ao0042>.

MRAYYAN, M. T. Jordanian nurses' job satisfaction and intent to stay: comparing teaching and non-teaching hospitals. **Journal of Professional Nursing**, v. 23, n. 3, p. 36, may/jun. 2007. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17540315/>.

MYNY, D. *et al.* Determining a set of measurable and relevant factors affecting nursing workload in the acute care hospital setting: a cross-sectional study. **International Journal of Nursing Studies**, v. 49, n. 4, p. 427-436, 2012. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22030021/>.

NASAIF, H. Á. Knowledge and attitudes of primary care physicians toward the nurse practitioner role in the Kingdom of Bahrain. **Journal of the American Association of Nurse Practitioners**, v. 24, n. 3, p. 124-131, 2012. Disponível em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1745-7599.2011.00710.x/pdf>.

NOGUEIRA, L. de S. *et al.* Carga de trabalho de enfermagem em unidades de terapia intensiva públicas e privadas. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva [online]**, São Paulo, v. 25, n. 3, p. 225-232, jul./set. 2013.

OELKE, N. D.; BESNER, J.; CARTER, R. The evolving role of nurses in primary care medical settings. **International Journal of Nursing Practice**, v. 20, n. 6, p. 629-235, 2014. Disponível em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/ijn.12219/pdf>.

OLIVEIRA, B. G. R. B. A passagem pelos espelhos: a construção da identidade profissional da enfermeira. **Texto & Contexto - Enfermagem**, Florianópolis, v. 15, n. 1, p. 60-67, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v15n1/a07v15n1.pdf>.

OLIVEIRA, N. C.; CHAVES, L. D. Gerenciamento de recursos materiais: o papel da enfermeira de unidade de terapia intensiva. **Rev. Rene**, Fortaleza, v. 10, n. 4, p. 19-27, out./dez. 2009. Disponível em: <http://periodicos.ufc.br/rene/article/view/4842#:~:text=Os%20resultados%20evidenciam%20a%20import%C3%A2ncia,e%20de%20qualidade%20no%20uso>.

OLIVEIRA, S. A. *et al.* Ferramentas gerenciais na prática de enfermeiros da atenção básica em saúde. **Revista de Administração em Saúde**, v. 17, n. 69, dez. 2017. Disponível em: <http://www.cqh.org.br/ojs-2.4.8/index.php/ras/article/view/64/88>.

OMS. Organização Mundial da Saúde. Situacion de la enfermeria en el mundo, 2020.

ORTEGA, M. C. B. *et al.* Formação acadêmica do profissional de enfermagem e sua adequação às atividades de trabalho. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 23, n. 3, p. 404-410, maio/jun. 2015. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-1169.0432.2569>.

PADILHA, K. G. *et al.* Nursing activities score: an updated guideline for its application in the Intensive Care Unit. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 49, n. spe., p. 131-137, dez. 2015. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420150000700019>.

PAI, D. D.; SCHRANK, G.; PEDRO, E. N. R. O enfermeiro como ser sócio-político: refletindo a visibilidade da profissão do cuidado. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 19, n. 1, p. 82-7, 2006. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-21002006000100013&script=sci_abstract&tlng=pt.

PARKER, R. *et al.* How acceptable are primary health care nurse practitioners to Australian consumers? **Collegian**, v. 20, n. 1, p. 35-41, 2013. Disponível em: <http://www.collegianjournal.com/article/S1322-7696%2812%2900029-7/pdf>.

PEDUZZI, M. **Equipe multiprofissional de saúde: a interface entre trabalho e interação**. 1998. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 1998.

PHILIBIN, C. A. N. *et al.* The role of the public health nurse in a changing society. **Journal of Advanced Nursing**, v. 66, n. 4, p. 743-752, 2010. Disponível em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-2648.2009.05226.x/pdf>.

PINHO, L. B.; SANTOS, S. M. A.; KANTORSK, L. P. Análise do processo de trabalho da enfermagem na unidade de terapia intensiva. **Texto & Contexto – Enfermagem**, Florianópolis, v. 16, n. 4, out./dez. 2007. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072007000400015>.

PIRES, D. Reestruturação produtiva e consequências para o trabalho em saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, DF, v. 53, n. 2, p. 251-263, 2000.

PIRES, D. **Reestruturação produtiva e trabalho em saúde no Brasil**. São Paulo: Anna Blume, 1998.

PIRES, D. E. P.; GELBCKE, F. L.; MATOS, E. Organização do trabalho em enfermagem: implicações no fazer e viver dos trabalhadores de nível médio. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 2, n. 2, p. 311-325, 2004.

PRIMO, G. M.G. Mudanças estruturais, condições de trabalho e riscos psicossociais em um hospital público universitário. Tese de Doutorado. Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte, 2018.

QUEIJO, A. F.; PADILHA, K. G. Nursing Activities Score (NAS): adaptação transcultural e validação para a língua portuguesa. **Revista Escola de Enfermagem**, São Paulo, v. 43, n. spe., p. 1018-1025, dez. 2009. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342009000500004.

RAEISI, A.; RARANI, M. A.; SOLTANI, F. Challenges of patient handover process in healthcare services: a systematic review. **Journal of Education and Health Promotion**, v. 8, p. 173, sept. 2019. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6796291/>.

ROCHA, F. L. *et al.* A cultura organizacional de um hospital público brasileiro. **Revista Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 48, n. 2, p. 308-314, abr. 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0080-6234201400002000016>.

ROCHA, E. S. B. *et al.* Gestão do conhecimento na saúde: revisão sistemática de literatura. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 20, n. 2, tela1-9, mar./abr. 2012. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/rlae/v20n2/pt_24.pdf.

ROCHA, S. M. M.; ALMEIDA, M. C. P. O processo de trabalho da enfermagem em saúde coletiva e a interdisciplinaridade. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 8, n. 6, p. 96-101, 2000. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692000000600014&script=sci_abstract&tlng=pt.

ROGENSKI, K. E. *et al.* Tempo de assistência de enfermagem em instituição hospitalar de ensino. **Revista Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 45, n. 1, p. 223-229, mar. 2011. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0080-62342011000100031>.

ROSALDO, R. **Culture & truth: the remaking of social analysis**. Boston: Beacon Press, 1993.

SANNA, M. C. Os processos de trabalho em enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, DF, v. 60, n. 2, p. 221-224, mar./abr. 2007.

SANTOS, F. C.; CAMELO, S. H. O enfermeiro que atua em unidades de terapia intensiva: perfil e capacitação profissional. **Cultura de los Cuidados**, v. 19, n. 43, p. 127-140, 2015. Disponível em: https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/52599/1/Cult_Cuid_43_13.pdf.

SANTOS, G. L. A. *et al.* Prática colaborativa interprofissional e assistência em enfermagem. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 3, e20190277, abr. 2020. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2019-0277>.

SANTOS, N. *et al.* Aplicación del Nursing Activities Score (NAS) en diferentes tipos de UCI's: una revisión integrativa. **Enfermería Global**, v. 18, n. 4, p. 485-528, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.6018/eglobal.18.4.362201>.

SILVA, E. E.; CAMPOS, L. F. Passagem de plantão na enfermagem: revisão da literatura. **Cogitare Enfermagem**, v. 12, n. 4, p. 502-507, out./dez. 2007.

SCHERER, M. D. A. *et al.* Desafios para o trabalho em saúde: um estudo comparado de Hospitais Universitários na Argélia, Brasil e França. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 7, p. 2265-2276, 2018. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232018000702265&script=sci_abstract&tlng=pt.

SOUZA, P.; CUCOLO, D. F.; PERROCA, M. G. Nursing workload: influence of indirect care interventions. **Revista Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 53, jun. 2019. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1980-220X2018006503440>.

STRAUSS, A. Work and the division of labor. **The Sociological Quarterly**, v. 26, n. 1, p. 1-19, 1985. Disponível em: <https://www.jstor.org/stable/4106172?seq=1>.

SUNG-HYUN, C. *et al.* Nurse staffing, quality of nursing care and nurse job outcomes in intensive care units. **Journal of Clinical Nursing**, v. 18, n. 12, p. 1729-1737, jun. 2009. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1365-2702.2008.02721.x>.

SWIGER, P. A. *et al.* Nursing workload in the acute-care setting: a concept analysis of nursing workload. **Nursing Outlook**, v. 64, n. 3, p. 244-254, may 2016. Disponível em: [https://www.nursingoutlook.org/article/S0029-6554\(16\)00015-4/fulltext](https://www.nursingoutlook.org/article/S0029-6554(16)00015-4/fulltext).

TOLEDO, L. V. *et al.* Effects of dry and traditional bed bathing on respiratory parameters: a randomized pilot study. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 28, p. e3264, 2020. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.3668.3264>.

TRABALHO. *In*: DICIO. Dicionário Online de Português. 2020. Disponível em: <https://www.dicio.com.br/trabalho/>.

ULRICH, B. *et al.* Critical care nurse work environments 2018: findings and implications. **Critical Care Nurse**, v. 39, n. 2, p. 67-84, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.4037/ccn2019605>.

VENTURA, P. F. E. V.; VELLOSO, I. S. C.; ALVES, M. Influence of organizational culture in the quality management of a teaching hospital. **Rev. Rene**, Fortaleza, v. 21, p. e43996, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.15253/2175-6783.20202143996>.

WEBER, M. **A ética protestante e o espírito do capitalismo**. São Paulo: Companhia Das Letras, 2004.

YEN, P. Y. *et al.* Understanding and visualizing multitasking and task switching activities: a time motion study to capture nursing workflow. **AMIA Annual Symposium Proceedings**, v. 2016, p. 1264-1273, 2016. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5333222/>.

APÊNDICES

APÊNDICE A

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Você está convidada (o) a participar da pesquisa “DIMENSIONAMENTO DE PESSOAL DE ENFERMAGEM DE UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO” que tem como objetivo “dimensionar o pessoal de Enfermagem de um Hospital Universitário”. A pesquisa está sendo realizada em vários setores do Hospital, sob a coordenação da pesquisadora: Meiriele Tavares Araújo, professora da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais. A coleta de dados será realizada por meio da análise de escalas de classificação de cuidados dos pacientes aplicadas nos diferentes setores e/ou documentos de enfermagem, entrevistas, assim como observação.

A observação consiste que você permita ser observado enquanto estiver atuando no seu setor, por uma pessoa que registrará as atividades que você estiver desempenhando no momento, assim como algumas atividades que você desempenha poderão ser cronometradas, no entendimento da sua prática em tempos e movimentos. Ressaltamos que a observação acontecerá em momentos diferentes em todos os plantões/turnos, por período não superior a 5 horas, durante sua jornada de trabalho. Caso sinta algum desconforto ou constrangimento devido ao fato de ser observado, você poderá recusar-se a participar da pesquisa, ou retirar seu consentimento a qualquer momento, sem que sofra penalidades ou outros prejuízos, assim como solicitar que a observação seja encerrada. Objetivo da observação é conhecer as diferentes dimensões e fatores que estão presentes no seu cotidiano de trabalho, o que pode gerar um melhor entendimento entre o trabalho real e o prescrito para você. O paciente sob seu cuidado não será sujeito direto da observação, sendo essa direcionada apenas para você e seu cotidiano de trabalho, assim o risco de constrangimento ou desconforto ao paciente será minorado mediante explicação ao mesmo da situação de pesquisa, caso o mesmo solicite, bem como distanciamento do pesquisador do leito do mesmo para a atividade de observação. Você poderá solicitar ao pesquisador o diário de campo para sua leitura. Caso você seja entrevistado, nessa você responderá perguntas sobre o seu cotidiano de trabalho e Sr.(a) pode se recusar a responder qualquer pergunta. Se concordar em responder às perguntas, a conversa será gravada por meio de gravador de voz, salva em arquivo de voz, sendo posteriormente transcrita e utilizada exclusivamente para fins acadêmicos, sendo armazenados pela coordenadora por 5 anos e após isso destruídos. O Sr.(a) não será identificado(a) em nenhuma publicação desta pesquisa. O Sr.(a) correrá o risco de sentir-se desconfortável ou incomodado durante a entrevista, no entanto, poderá retirar seu consentimento ou interromper sua participação a qualquer momento. Esse risco será minimizado mediante a explicação sobre o projeto quantas vezes você sentir necessidade e a realização da mesma em lugar reservado. Sua participação não terá nenhum custo/despesa e você não receberá qualquer vantagem ou remuneração financeira. A sua participação é voluntária e a recusa dessa não acarretará qualquer penalidade. O benefício da sua participação na pesquisa será a possibilidade de expor seu ponto de vista sobre as questões apresentadas e para a comunidade a possibilidade de adequação dos serviços ofertados a realidade atual dos hospitais. Os resultados da pesquisa estarão à sua disposição quando

finalizada. Os dados e instrumentos utilizados na pesquisa ficarão arquivados com o pesquisador responsável por um período de 5 (cinco) anos, e após esse tempo serão destruídos. Os pesquisadores tratarão a sua identidade com sigilo, atendendo a legislação brasileira (Resolução Nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde), utilizando as entrevistas somente para produção de conhecimento. Está garantido a você, participante da pesquisa, receber uma via deste TCLE assinada e rubricada pelo coordenador da pesquisa. Declaro ter recebido informações suficientes e estou de acordo em participar desta pesquisa.

Nome/Assinatura do Participante

Nome/Assinatura do Pesquisador

Belo Horizonte, _____ de _____ de 2019.

Em caso de dúvidas, com respeito aos aspectos éticos desta pesquisa, você poderá consultar:

Comitê de Ética em pesquisa com seres humanos da UFMG – COEP/UFMG - Av presidente Antonio Carlos 6627 – Unidade administrativa II, sala 2005. E-mail coep@prpq.ufmg.br Fone (31) 34094592.

Pesquisador Responsável: Meiriele Tavares Araujo Avenida Alfredo Balena, 190/sala 522, Santa Efigênia. Belo Horizonte – MG. CEP 30 130 000. Fone: 34099851/Fax: 34099846. Email.: enfaraujo@ufmg.br

APÊNDICE B

Roteiro de Entrevista Semiestruturado

Roteiro de Entrevista E____ Data: ____/____/____

Idade: _____anos Sexo:() F () M () Não declarada

Estado civil: () solteiro () Casado () Divorciado () Viuvo () Outros Filhos: _____

Cargo:_____

Tempo de trabalho:_____

Vínculo de trabalho:_____

Possui outra graduação: () Não () Sim Qual?_____

Ano de formação _____

Pós-Graduação:

() Especialização. Qual (is)_____

() Mestrado. Qual área? _____

() Doutorado. Qual área? _____

() Outras_____

Carga horária de trabalho semanal na instituição:_____

Jornada de trabalho na instituição: _____

Trabalha em outro lugar? Se sim, quantos? _____

Se sim, qual função exerce? _____

Carga horária de trabalho semanal somando todos os vínculos:_____

Questões norteadoras:

1. Como você vê o trabalho da enfermagem hoje? E o seu trabalho?
2. Quais principais atividades de enfermagem você realiza no seu dia-a-dia de trabalho?
3. Você acha que realiza alguma atividade que não seria da enfermagem? Qual (is)?
Porque você a faz?
4. Como é organizada e dividida a quantidade de pessoal de enfermagem para as demandas de trabalho no dia-a-dia da sua unidade?
5. Como você entende a mensuração de carga de trabalho da enfermagem?
6. Você utiliza algum instrumento para medir essa carga de trabalho?
7. Você acha que esses instrumentos modificam a forma como você vê o seu paciente e realiza seu trabalho no dia-a-dia?
8. Como você vê carga de trabalho mensurada pelos instrumentos e aquela que você realiza no dia-a-dia de cuidado dele?

9. Gostaria de acrescentar algo?

ANEXOS

ANEXO A

Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (COEP) – UFMG

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
MINAS GERAIS



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DA EMENDA

Título da Pesquisa: DIMENSIONAMENTO DE PESSOAL DE ENFERMAGEM DE UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO

Pesquisador: Meiriele Tavares Araujo

Área Temática:

Versão: 4

CAAE: 00879018.2.0000.5149

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.621.197

Apresentação do Projeto:

Trata-se de emenda ao projeto original, com inclusão de observação dos profissionais em uma unidade intensiva e acréscimo de 2 pesquisadores.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Dimensionar o pessoal de Enfermagem de um Hospital Universitário.

Objetivo Secundário:

2.3.1. Classificar os pacientes internados, de acordo com as escalas proposta pela literatura e indicadas para cada setor, traçando um perfil geral e por Unidade de Internação dos tipos de cuidados presentes em cada um;

2.3.2. Analisar a adequação das escalas propostas na literatura para a mensuração da demanda real e da "prescrita" das unidades;

2.3.3. Analisar as unidades especiais e as possíveis metodologias disponíveis na literatura para seu adequado dimensionamento;

2.3.4. Dimensionar os profissionais de enfermagem por setores e sua complexidade de acordo

Endereço: Av. Presidente Antônio Carlos, 6627 2º Ad SI 2005

Bairro: Unidade Administrativa II

CEP: 31.270-901

UF: MG

Município: BELO HORIZONTE

Telefone: (31)3409-4592

E-mail: coep@prpq.ufmg.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
MINAS GERAIS



Continuação do Parecer: 3.621.197

com as

diretrizes propostas pela Res.543/2017 do COFEN;

2.3.5. Discutir aspectos qualitativos do dimensionamento de pessoal de enfermagem e suas influências para a qualidade da assistência; 2.3.6. Identificar fatores que podem interferir no dimensionamento de cada unidade;

2.3.7. Discutir possibilidades de gerenciamento de equipes de enfermagem para utilização das horas dos profissionais de forma mais efetiva e otimizada.

2.3.8. Analisar como as demandas de cuidados de pacientes.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Segundo os autores:

Riscos:

Os riscos da pesquisa estão relacionados a coleta de dados não sistematizados gerar um dimensionamento parcial e irreal, bem como com as entrevistas gerar constrangimento ao participante. No caso da observação, o risco gerado poderá ser algum desconforto ou constrangimento devido ao fato de ser observado.

Benefícios:

Os profissionais de enfermagem serão capacitados para utilização de instrumentos gerenciais, atuais e adequados, para seu cotidiano de trabalho. Os setores terão um banco de dados sobre seu processo de trabalho e o perfil da unidade. Possibilidade de se desenvolver outros instrumentos além dos já disponíveis, bem como propor mudanças na legislação sobre dimensionamento de pessoal e parâmetros utilizados.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Os autores explicitaram a necessidade de inclusão da observação na unidade intensiva e revisaram a redação de riscos no TCLE.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os termos de apresentação obrigatória foram apresentados.

Recomendações:

Sou a favor, S.M.J., de aprovação da emenda.

Endereço: Av. Presidente Antônio Carlos, 6627 2º Ad SI 2005
Bairro: Unidade Administrativa II CEP: 31.270-901
UF: MG Município: BELO HORIZONTE
Telefone: (31)3409-4592

E-mail: coep@prpq.ufmg.br

Continuação do Parecer: 3.621.197

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Emenda aprovada.

Considerações Finais a critério do CEP:

Tendo em vista a legislação vigente (Resolução CNS 466/12), o CEP-UFMG recomenda aos Pesquisadores: comunicar toda e qualquer alteração do projeto e do termo de consentimento via emenda na Plataforma Brasil, informar imediatamente qualquer evento adverso ocorrido durante o desenvolvimento da pesquisa (via documental encaminhada em papel), apresentar na forma de notificação relatórios parciais do andamento do mesmo a cada 06 (seis) meses e ao término da pesquisa encaminhar a este Comitê um sumário dos resultados do projeto (relatório final).

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_1423966_E1.pdf	27/09/2019 16:21:06		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projetoCOEP27.docx	27/09/2019 16:18:23	Meiriele Tavares Araujo	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE27092019.docx	27/09/2019 16:17:32	Meiriele Tavares Araujo	Aceito
Outros	cartacoep.docx	27/09/2019 16:16:22	Meiriele Tavares Araujo	Aceito
Outros	cartacoep.pdf	28/08/2019 13:45:19	Meiriele Tavares Araujo	Aceito
Outros	SISPesquisa.pdf	04/10/2018 11:19:21	Meiriele Tavares Araujo	Aceito
Outros	gephc.pdf	04/10/2018 11:10:04	Meiriele Tavares Araujo	Aceito
Outros	RoteirodeEntrevista180918.docx	18/09/2018 16:58:21	Meiriele Tavares Araujo	Aceito
Folha de Rosto	folhaderosto.pdf	14/09/2018 13:07:06	Meiriele Tavares Araujo	Aceito
Outros	IMG_2388.JPG	14/09/2018 10:20:16	Meiriele Tavares Araujo	Aceito
Outros	ParecerENA.pdf	14/09/2018 10:15:53	Meiriele Tavares Araujo	Aceito

Situação do Parecer:

Endereço: Av. Presidente Antônio Carlos, 6627 2º Ad SI 2005

Bairro: Unidade Administrativa II CEP: 31.270-901

UF: MG Município: BELO HORIZONTE

Telefone: (31)3409-4592

E-mail: coep@prpq.ufmg.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
MINAS GERAIS



Continuação do Parecer: 3.621.197

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

BELO HORIZONTE, 04 de Outubro de 2019

Assinado por:

Eliane Cristina de Freitas Rocha
(Coordenador(a))

Endereço: Av. Presidente Antônio Carlos, 6627 2º Ad SI 2005

Bairro: Unidade Administrativa II CEP: 31.270-901

UF: MG Município: BELO HORIZONTE

Telefone: (31)3409-4592

E-mail: coep@prpq.ufmg.br

ANEXO B
Aprovação do Hospital das Clínicas da UFMG

EBSERH
HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS FEDERAIS



UFMG
UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

GERÊNCIA DE ENSINO, PESQUISA E EXTENSÃO DO HC-UFMG/EBSERH

Parecer

Belo Horizonte, 06 de novembro de 2018.

Declaramos para fins de comprovação no Comitê de Ética em Seres Humanos – COEP/UFMG que o projeto de pesquisa intitulado: **Dimensionamento de pessoal de enfermagem de um Hospital Universitário** de responsabilidade da Profa. Meiriele Tavares Araújo foi avaliado por essa Gerência e consideramos de suma relevância e de interesse para a instituição. Portanto, o projeto de pesquisa foi aprovado para ser desenvolvido no âmbito do Hospital das Clínicas da UFMG-Ebserh, sendo o parecer final encaminhado à Gerência de Ensino e Pesquisa.

Atenciosamente,

Fabiola Rodrigues Lemos Dias

Fabiola Rodrigues Lemos Dias
Assistente em Administração
HC-UFMG
Secretária de Apoio Corporativo
SIAPÉ: 2903327
Inscrição UFMG: 318418
Secretária da GEP HC-UFMG/Ebserh