

CUIDADOS INTENSIVOS EM UM SERVIÇO HOSPITALAR DE EMERGÊNCIA: DESAFIOS PARA OS ENFERMEIROS*

INTENSIVE CARE IN HOSPITAL EMERGENCY SERVICES: CHALLENGES FOR NURSES

CUIDADOS INTENSIVOS EN SERVICIOS DE URGENCIA HOSPITALARIA: RETOS PARA LOS ENFERMEROS

Robson Cristiano Zandomenighi¹
Douglas Lima Mouro²
Carlos Aparecido de Oliveira³
Eleine Aparecida Penha Martins⁴

* Artigo elaborado a partir da monografia intitulada "Os desafios da assistência de enfermagem em cuidados intensivos no pronto-socorro de um hospital universitário", apresentada ao Programa de Pós-Graduação Modalidade Residência em Enfermagem Médico-Cirúrgica, do Departamento de Enfermagem da Universidade Estadual de Londrina.

¹ Enfermeiro. Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, modalidade residência. Enfermeiro Assistencial do Hospital do Coração de Londrina. Londrina, PR – Brasil.

² Enfermeiro. Mestrando em Enfermagem pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/ Universidade de São Paulo EERP/USP. Londrina, PR – Brasil.

³ Enfermeiro. Mestre em Enfermagem em Saúde Pública. Enfermeiro assistencial do Serviço Hospitalar de Emergência do Hospital Universitário de Londrina. Londrina, PR – Brasil.

⁴ Enfermeira. Doutora em Enfermagem Fundamental. Professora Adjunta do Departamento de Enfermagem da Universidade Estadual de Londrina. Londrina, PR – Brasil.

Autor Correspondente: Robson Cristiano Zandomenighi. E-mail: rczandomenighi@yahoo.com.br
Submetido em: 20/02/2013 Aprovado em: 03/04/2014

RESUMO

Objetivo: Identificar os desafios, principalmente as dificuldades, do cuidado prestado aos pacientes graves no serviço de emergência de um hospital de ensino público sob o ponto de vista dos enfermeiros e, ainda, listar estratégias de solução do problema sugeridas pelos mesmos. **Metodologia:** estudo exploratório, de natureza transversal e análise descritiva dos dados. Aplicou-se um questionário baseado na referencial do autorrelato estrutural com questões abertas para todos os enfermeiros do serviço hospitalar de emergência, referente à assistência de enfermagem ao paciente crítico, após aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário de Londrina, sob o parecer nº 239/09. **Resultados:** as principais dificuldades relatadas foram em relação ao déficit de recursos materiais, humanos e físicos frente à grande demanda de pacientes graves, havendo dificuldade na manutenção da privacidade do paciente e na manipulação de equipamentos como ventilador mecânico. A principal interferência na rotina do setor com a presença do paciente crítico foi em relação ao dimensionamento de pessoal. As principais estratégias sugeridas foram: aumentar os leitos de UTI, contratar mais funcionários, realizar mais treinamentos com a equipe e agrupar os pacientes graves. **Conclusão:** diante dos resultados, confirma-se a hipótese de que há grande dificuldade na assistência de enfermagem aos pacientes graves que permanecem no serviço hospitalar de emergência, portanto, devem-se considerar as sugestões feitas pelos enfermeiros, principalmente, em relação àquelas em que há governabilidade do profissional. **Palavras-chave:** Cuidados Intensivos; Cuidados de Enfermagem; Condições de Trabalho; Assistência Hospitalar.

ABSTRACT

Objective: To identify the challenges, especially the difficulties, concerning the care provided to critical patients in the emergency room of the University Hospital of Londrina, from the nurses' standpoint, as well as list the problem solution strategies suggested by the nurses. **Methodology:** This work was a cross-sectional, exploratory study, together with a descriptive analysis of the data. After having received approval from the Research Ethics Committee of the University Hospital of Londrina, logged under protocol number 239/09, an open question questionnaire, based on structural self-reported references, was applied to all of the hospital emergency room nurses, concerning the nursing care provided to critical patients. **Results:** The main reported difficulties concerned the scarcity of material, human, and physical resources due to the overwhelming demand of critical patients. Other difficulties included the maintenance of the patient's privacy and the handling of specific equipment, such as mechanical ventilators. The main interference in this sector's daily routine with patients in critical conditions was related to staff dimensioning. The main suggested strategies included: increase the number of ICU hospital beds, hire more employees, conduct more trainings with staff, and group critical patients together. **Conclusion:** In light of these results, this study confirmed the hypothesis of the extreme difficulty in providing nursing care to critical patients in the hospital emergency room. Therefore, the suggestions made by this hospital's nurses must be considered, especially those dealing with the governability of professionals. **Keywords:** Intensive Care; Nursing Care; Working Conditions; Hospital Care.

RESUMEN

Objetivo: Identificar los retos, principalmente las dificultades, en la atención de pacientes graves en los servicios de urgencia de un hospital universitario de Londrina desde el punto de vista de los enfermeros y, asimismo, señalar las estrategias de solución sugeridas por ellos. **Metodología:** estudio exploratorio, de naturaleza transversal y análisis descriptivo de datos. Se aplicó un cuestionario basado en el marco estructural de auto-informe con cuestiones abiertas para todos los enfermeros de los servicios de urgencia del hospital, referente a la atención de enfermería al paciente crítico, tras aprobación por el Comité de

Ética en Investigación del Hospital Universitario de Londrina, bajo el parecer n. 239/09. Resultados: las principales dificultades relatadas fueron en relación al déficit de recursos materiales, humanos y físicos frente a la gran demanda de pacientes graves. También es difícil mantener la privacidad del paciente y hay problemas en el mantenimiento de equipos tales como el ventilador mecánico. La principal interferencia en la rutina del sector con la presencia del paciente crítico relatada fue en relación al dimensionamiento de personal. Las principales estrategias sugeridas fueron: aumentar los lechos de UTI, contratar más funcionarios, realizar más entrenamientos con el equipo y agrupar a los pacientes graves. Conclusión: ante los resultados, se confirma la hipótesis de que hay una gran dificultad en la asistencia de enfermería a los pacientes graves que permanecen en el servicio de urgencia del hospital, por tanto deben considerarse las sugerencias de los enfermeros, principalmente, aquellas donde hay gobernabilidad profesional.

Palabras clave: Cuidados Intensivos; Atención de Enfermería; Condiciones de Trabajo; Atención Hospitalaria.

INTRODUÇÃO

Com a implantação do SUS no Brasil, inicialmente surge a proposta de hierarquização dos serviços assistenciais a partir da pirâmide de atenção à saúde, sendo que na sua ampla base se situa a atenção primária com a missão de oferecer atenção integral à saúde, constituindo a “porta de entrada” para os níveis de maior complexidade.¹

No entanto, o hospital pode ser pensado como porta de entrada para o sistema de saúde, a partir do atendimento de urgências e emergências e como local para os atendimentos que lhe sejam específicos e intransferíveis. Nessa perspectiva, o sistema de saúde seria mais bem pensado como um circuito com múltiplos pontos de entrada, no qual exista um lugar mais adequado para cada paciente, onde o tipo de atendimento que necessita possa ser-lhe oferecido.²

Devido à necessidade de estruturar uma rede de serviços regionalizada e hierarquizada de cuidados integrais às urgências, de qualquer complexidade ou gravidade, desconcentrando a atenção efetuada exclusivamente pelos Serviços Hospitalares de Emergência, surge a Política Nacional de Atenção às Urgências e Emergências.³

Para regular os pacientes atendidos no Serviço Hospitalar de Emergência (SHE) do hospital de ensino público, foi implantado em julho de 2007 um novo modelo de atendimento ao usuário, denominado Sistema de Acolhimento e Avaliação com Classificação de Risco, preconizado pelo Ministério da Saúde, que visa a atender o paciente por grau de complexidade e não mais por ordem de chegada. Esse sistema dá subsídios para referenciar o paciente a um serviço de menor complexidade, quando indicado, contribuindo para a correta alocação de recursos nos serviços de saúde. Dessa forma, há uma seleção de pacientes que necessitam de assistência de maior complexidade.⁴

No entanto, apesar de existirem políticas e diretrizes que norteiam a prestação da assistência ao usuário nos SHE, essas unidades comumente apresentam-se superlotadas, podendo isso ser atribuído ao crescimento do número de acidentes e violências e à insuficiente estruturação da rede de serviços de saúde, em todos os níveis de atenção à saúde². Dessa maneira, também há o aumento de pacientes críticos no SHE, que necessita

de internação em Unidade de Terapia Intensiva (UTI), não havendo vagas suficientes, sendo esta uma realidade do país.⁵

No Brasil ainda existe déficit no número de UTI e sua distribuição nas regiões de saúde. Hoje, no país, existem 17.940 leitos de UTI habilitados disponíveis ao SUS, dos quais 11.615 são para adultos, 2.270 são pediátricos e 4.055 são neonatais. Apenas em 2011 e 2012 houve crescimento de 2.232 novos.⁵

Conforme os dados supracitados, conclui-se que os cuidados intensivos nem sempre são dispensados em UTI. Pacientes em unidades de internação podem sofrer complicações a qualquer momento, tornando-se pacientes críticos. E, ainda, ocorrem as admissões de pacientes graves no (SHE) trazidos pelo Serviço Integrado de Atendimento ao Trauma em Emergência (SIA-TE) e pelo serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), permanecendo nas suas respectivas unidades por tempo indeterminado, devido ao número insuficiente de vagas na UTI.

A necessidade de avaliar objetivamente quem são os pacientes graves que requerem tratamento intensivo tem tornado a utilização de instrumentos de medida de gravidade prática indispensável nas UTIs.⁶ Entre esses, o *Therapeutic Intervention Scoring System* (TISS), que tem como base a quantificação das intervenções terapêuticas, direcionado para avaliar as necessidades de cuidados e carga de trabalho de enfermagem na UTI, expressando em porcentagem o tempo gasto pela enfermagem na assistência direta ao paciente crítico em 24 horas. Atualmente é disponível o *Nursing Activities Score* (NAS) a fim de torná-lo mais representativo nas atividades realizadas pela enfermagem na UTI.⁷

Ainda nessa proposta de mensuração da carga de trabalho, existe o sistema de classificação de pacientes (SCP) que tem o intuito de determinar o grau de dependência de um paciente em relação à equipe de enfermagem, contribuindo para determinar a carga de trabalho, norteador a alocação de recursos humanos e planejamento de custos.⁸

O Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) regulamenta as horas dispensadas na assistência de enfermagem com pacientes de diferentes graus de complexidade e estabelece parâmetros para o dimensionamento do pessoal em instituições de saúde. Segundo a Resolução COFEN nº 293/2004, devem ser consideradas como horas de enfermagem, por leito, nas 24 horas, 17,9 horas ao paciente de cuidados intensivos, sendo que, para a assistência intensiva, 52 a 56% dos profissionais deverão ser enfermeiros.⁹

No estudo realizado em um hospital universitário do Rio de Janeiro, avaliaram-se e compararam-se as características e o prognóstico dos pacientes internados com aqueles recusados na unidade de terapia intensiva, evidenciando mais letalidade dos pacientes não admitidos em UTI em relação aos internados na mesma. Porém, a abordagem deste estudo não é somente em relação à falta de vagas, mas sim aos vários critérios ou fatores observados nos pacientes não admitidos, como idade, doenças específicas agudas ou crônicas, levando a uma possível conclusão de que esses critérios estão relacionados também ao prognóstico do paciente.¹⁰

A permanência de pacientes críticos nos setores do hospital, principalmente no SHE, tornou-se uma constante, devido ao aumento da demanda de pacientes críticos e ao não acompanhamento da oferta de leitos de UTI.

Os setores de internação e atendimento não foram projetados em seus recursos físicos, materiais e humanos para atender a essa demanda, podendo haver possíveis dificuldades na assistência de enfermagem, o que despertou o interesse em explorar os desafios para a equipe de enfermagem perante os cuidados intensivos.

Esleu-se o SHE como campo de estudo, pois é a unidade com maior número de pacientes críticos fora da UTI, na instituição estudada. Sabe-se que em um leito de UTI há todos os recursos necessários, diferentemente das outras unidades de internação e atendimento. Além disso, não há na literatura dados acerca dos cuidados intensivos prestados em unidades diferentes da UTI e suas repercussões na assistência de enfermagem.

Portanto, o objetivo deste estudo é identificar os desafios, principalmente as dificuldades, do cuidado prestado aos pacientes graves no SHE do Hospital Escola sob o ponto de vista dos enfermeiros e, ainda, listar estratégias de solução do problema sugeridas pela população estudada.

MÉTODOS

Estudo de delineamento exploratório, de natureza transversal e análise descritiva dos dados. Como referencial teórico metodológico utilizou-se o levantamento, que objetiva buscar as relações entre as variáveis de uma população, compreender sua distribuição e prevalência das informações, intenções, opiniões e atitudes das pessoas envolvidas em determinada situação.¹¹ Característica desse método é a interrogação direta para entender o comportamento, o que também é denominado autorrelato.^{11,12}

Foram considerados como objetos de estudo a população de enfermeiros do Serviço Hospitalar de Emergência (SHE) dessa instituição. Assim, os critérios de inclusão foram: ter diploma de nível superior em Enfermagem, exercer a função de enfermeira(o) no SHE durante o período das coletas, maioria e ter mais de seis meses de experiência na unidade para conheci-

mento dos fluxos e suas condutas. Totalizaram 13 indivíduos distribuídos por períodos ou turnos, sendo quatro no período matutino, três no período da tarde e três em cada período noturno, denominadas aqui como noite A e noite B. Todos os enfermeiros apresentavam os critérios de inclusão, exceto um profissional que não foi incluído na pesquisa, pois também era pesquisador do referido estudo. Houve duas recusas nesta pesquisa, caracterizadas pela opção de não participar do estudo por motivos de ausência de tempo para responder ao questionário. Obteve-se então o retorno de 10 formulários respondidos.

Os dados foram coletados por meio da aplicação de um questionário contendo variáveis relacionadas aos dados sociodemográficos e cinco perguntas abertas sobre a assistência de enfermagem prestada aos pacientes graves no SHE do Hospital Escola. A coleta de dados foi realizada conforme a disponibilidade do pesquisador e dos sujeitos de pesquisa, compreendendo os meses de outubro e novembro de 2010.

A coleta de dados iniciou-se após apreciação deste estudo pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos do Hospital Escola e aprovação sob o nº 239/09. Foi entregue um termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) para o sujeito de pesquisa. O instrumento foi distribuído aos profissionais em seus respectivos ambientes e turnos de trabalho.

LOCAL DE ESTUDO

O local de estudo trata-se do SHE de um hospital-escola público do Paraná, de atenção terciária, sendo centro de referência regional para o Sistema Único de Saúde (SUS). Atualmente possui 272 leitos.

O SHE do hospital-escola conta com 46 leitos, sendo distribuídos em pronto-socorro pediátrico, obstétrico, ortopédico, cirúrgico e médico e 26 leitos de enfermaria presentes no setor. Quanto à equipe de enfermagem, hoje há 13 enfermeiros, três atendentes de enfermagem, 39 auxiliares de enfermagem e 42 técnicos de enfermagem.

Para a análise dos dados, de acordo com o referencial teórico metodológico e com a coleta de dados deste estudo, foram identificadas variáveis quantitativas e qualitativas, a partir da técnica de autorrelato estruturado, mediante uso de questionário.^{11,12} Utilizamos para as variáveis quantitativas os dados sociodemográficos organizados, sendo aplicada a estatística descritiva simples, utilizando tendência de medida central realizadas pelo programa *Microsoft Office Excel 2003*. Foi realizada categorização de variáveis quantitativas para melhor apresentação das respostas dos indivíduos. As variáveis qualitativas referentes às questões dissertativas foram organizadas, reduzidas e agrupadas a partir das semelhanças entre os mesmos e a sua demonstração por meio de tópicos específicos, possibilitando sua apresentação em taxas e proporções.

RESULTADOS

Segunda a distribuição por sexo, 90% (nove) eram do sexo feminino, sobrando 10% (um) do sexo masculino. Em relação à faixa etária, optou-se por categorizar essa variável quantitativa: 10% (um) compreendiam-se entre 20 e 29 anos, 70% (sete) tinham entre 30 e 39 anos e 10% (um) estava entre 50 e 59 anos, sendo que um enfermeiro não informou sua idade. Em relação ao tempo de formação, 10% (um) tinham até cinco anos de profissão, 60% (seis) entre 6 e 10 anos, 20% (dois) entre 11 e 15 anos e 10% (um) entre 16 e 20 anos de formação.

PERGUNTAS DO FORMULÁRIO

Os resultados apresentados nas tabelas a seguir excedem 100%, pois os sujeitos da pesquisa deram mais de uma resposta às questões.

A primeira pergunta foi em relação à principal dificuldade na assistência de enfermagem em pacientes que necessitam de cuidados intensivos e que estão no SHE. A Tabela 1 demonstra as dificuldades relatadas pelos enfermeiros em relação aos cuidados intensivos no SHE do hospital-escola.

Tabela 1 - Dificuldades relatadas pelos enfermeiros em relação aos cuidados intensivos no SHE do Hospital Escola, Londrina – PR, 2010

Dificuldades	N	%
Recursos materiais insuficientes	6	60
Equipe de enfermagem insuficiente	5	50
Recursos físicos inadequados	5	50
Falta de recursos humanos especializados (equipe médica e de enfermagem)	5	50
Falta de treinamento da equipe	2	20
Fluxo excessivo de pacientes graves	1	10
Pouca privacidade para o paciente	1	10
Dificuldade em relação a quem se reportar (equipe médica)	1	10
Interferência na rotina do setor	1	10
Superlotação do SHE	1	10
Carga horária da assistência de enfermagem ao paciente crítico	1	10

Como demonstra a Tabela 1, o déficit de recursos materiais foi a principal dificuldade identificada, porém os recursos humanos tanto no aspecto quantitativo como qualitativo foram expressamente referidos.

Na Tabela 2 evidenciam-se os procedimentos relatados pelos enfermeiros como mais difíceis de realizar em pacientes críticos no SHE.

Como exposto na Tabela 2, os procedimentos mais citados como difíceis foram cuidados mais complexos como os relacionados à ventilação mecânica e monitorização invasiva e

também procedimentos simples como manter a privacidade do paciente e higienização corpórea.

Tabela 2 - Frequência de procedimentos de enfermagem relatados pelos enfermeiros como mais difíceis de realizar em pacientes críticos no SHE do hospital-escola, Londrina – PR, 2010

Cuidados	N	%
Cuidados relacionados à ventilação mecânica	3	30
Manter a privacidade do paciente	3	30
Cuidados com arteriotomia	3	30
Higienização corpórea	2	20
Cuidados com acesso venoso central	2	20
Falta de prescrição de enfermagem de UTI	2	20
Verificação de pressão intravesical	2	20
Nenhum	1	10
Prevenção de úlcera por pressão	1	10
Aferir pressão venosa central	1	10
Drogas em bomba infusora	1	10
Aspiração de secreção traqueal	1	10
Auxiliar procedimentos médicos*	1	10
Sondagens	1	10
Reanimação cardiopulmonar	1	10

*Intubação endotraqueal e passagem de cateteres.

Na Tabela 3 apresentam-se os equipamentos utilizados na assistência ao paciente crítico, com os quais o enfermeiro tem mais dificuldade para manipular.

Tabela 3 - Frequência dos equipamentos mais difíceis para manipular utilizados na assistência ao paciente crítico no SHE, relatados pelos enfermeiros, Londrina – PR, 2010

Equipamento	N	%
Ventilador mecânico	4	40
Nenhum	3	30
Monitorização invasiva	2	20
Equipamentos de hemodiálise	1	10
Monitor multiparâmetros	1	10

O respirador foi mencionado como o equipamento de manuseio mais difícil entre os usados no paciente grave. Também, considerável número de enfermeiros referiu não haver dificuldade diante dos equipamentos.

O questionamento a seguir é em relação à interferência na rotina do setor com o paciente crítico, se há e quais são.

Entre os enfermeiros, 90% (nove) relataram que a presença do paciente grave acarreta alteração na rotina do setor, sendo

que 10% (um) afirmou não haver interferência, devido ao fato de já ser uma rotina no SHE.

A Tabela 4 discrimina as interferências referidas pelos enfermeiros.

Tabela 4 - Frequência do que interfere na rotina do SHE quando há o paciente crítico, segundo relato dos enfermeiros, Londrina – PR, 2010

Interferência	N	%
Dimensionamento de pessoal	6	60
Alocação dos recursos materiais	4	40
Alocação dos recursos físicos	2	20
Assistência aos demais pacientes prejudicada	1	10
Altera a dinâmica do setor	1	10
Aumento no tempo de espera dos atendimentos	1	10
Assistência inadequada	1	10
Constrangimento aos demais pacientes	1	10
Cuidados especiais	1	10

A principal alteração descrita pelos enfermeiros foi em relação ao dimensionamento de pessoal, seguido por utilização dos recursos materiais e físicos.

Também se perguntou aos sujeitos de pesquisa quais estratégias eles sugerem para resolver, amenizar ou trabalhar da melhor forma com os pacientes graves no SHE. A Tabela 5 apresenta as sugestões.

Conforme a Tabela 5, as sugestões mais frequentes feitas pelos enfermeiros foram a ampliação dos leitos de UTI no hospital e a contratação de mais funcionários, ambas sendo mencionadas por 40% dos profissionais, sendo medidas de não governabilidade dos enfermeiros.

Tabela 5 - Estratégias sugeridas pelos enfermeiros para resolver, amenizar ou trabalhar da melhor forma com os pacientes graves no SHE, Londrina – PR, 2010

Estratégias	N	%
Aumentar os leitos de UTI no hospital	4	40
Mais recursos humanos	4	40
Treinamento da equipe	2	20
Agrupar os pacientes graves	2	20
Atender apenas pacientes referenciados	1	10
Deixar leitos vagos e equipamentos para os pacientes graves	1	10
Trabalhar em equipe	1	10
Priorizar o paciente grave	1	10

DISCUSSÃO

Os recursos materiais insuficientes foram considerados a principal dificuldade na assistência aos pacientes graves. Os enfermeiros referem que, devido à gravidade desses pacientes, torna-se necessária a monitorização contínua, não sendo isso possível com todos os pacientes, pelo número insuficiente de monitores multiparâmetros.

Ainda, os enfermeiros têm que prover os equipamentos necessários, muitas vezes emprestando de outros setores, o que demanda tempo com sua consequente ausência no setor. Além disso, frequentemente precisam retirar monitores de pacientes relativamente menos graves para instalar em outro mais crítico, cabendo a esse profissional a responsabilidade e o raciocínio clínico para priorizar a monitorização do paciente mais instável, mesmo ciente da importância da monitorização dos dois pacientes.

Dessa maneira, os enfermeiros se deparam com essa situação rotineiramente, habituando-se às condições e construindo seus critérios de prioridade.

Os recursos materiais são essenciais no processo de assistência ao paciente.¹³ Com o objetivo de garantir que a assistência aos usuários não sofra interrupções por insuficiência na quantidade ou na qualidade de materiais, o gerenciamento de recursos materiais torna-se fundamental. Portanto, nesse sentido, entende-se que o enfermeiro tem papel relevante, particularmente em serviços de maior densidade tecnológica que atendem usuários com alto grau de complexidade.¹⁴

Apesar da indiscutível relevância do aparato tecnológico como instrumento de trabalho em terapia intensiva e da competência do profissional ao utilizar os conhecimentos com vistas à assistência livre de riscos, a não observância da organização no que se refere à tecnovigilância e à capacitação em serviço acarreta sobrecarga psicofísica nos profissionais.¹⁵

Ainda quanto à Tabela 1, em segundo lugar foram mais referidas como a principal dificuldade a equipe de enfermagem insuficiente, falta de recursos humanos especializados e recursos físicos inadequados, todo, presentes em 50% dos formulários.

Esperava-se que a falta de recursos humanos fosse a resposta mais frequente, visto que o enfermeiro é o responsável pela elaboração da escala de trabalho e pela distribuição das atribuições diárias, sendo necessárias mudanças constantes na escala com a presença dos pacientes graves. No entanto, metade dos profissionais mencionou essa dificuldade.

Assim, cabe ao enfermeiro a previsão do quantitativo suficiente de profissionais para desenvolver o processo de trabalho, com base na metodologia de dimensionamento da equipe de enfermagem.¹⁶

Reportando-se novamente à Resolução COFEN 293/2004, a qual estabelece que para a assistência intensiva 52 a 56% dos

profissionais de enfermagem deverão ser enfermeiros e os demais, técnicos de enfermagem, percebe-se que não é o que ocorre no local de estudo. Apesar de não se tratar de UTI, o SHE constantemente dispensa cuidados intensivos. Em outros estudos também se denotou que o percentual de enfermeiros na assistência aos pacientes de cuidados intensivos é menor que o preconizado pela entidade de classe, sendo essa a realidade de muitos serviços de saúde.^{16,17}

Entretanto, segundo as respostas dos enfermeiros, ao sugerir que a dificuldade é a falta de recursos humanos na enfermagem, nenhum mencionou a categoria enfermeiro especificamente como escassa, sempre referindo à equipe de enfermagem.

Ressalta-se novamente que, no SHE, o número de funcionários é fixo, porém o número de pacientes é oscilante e na UTI os pacientes nunca ultrapassarão o número de leitos nem, consequentemente, os recursos necessários para o atendimento. Ainda há a dificuldade em se conseguir funcionários para realizar horas extras, visto que muitos profissionais possuem dois empregos.

Além de comprometer a saúde e a qualidade de vida dos trabalhadores, a insuficiência de pessoal de enfermagem influencia diretamente os resultados da assistência prestada, prolongando o tempo de internação e aumentando os custos do tratamento dos pacientes.¹⁵

A adoção de um sistema para identificação da carga de trabalho tem sido a chave para o planejamento do quantitativo de profissionais de enfermagem.¹⁸ Portanto, torna-se necessário conhecer os indicadores de carga de trabalho de enfermagem que possibilitam aos gerentes de enfermagem a aplicação de métodos para dimensionar os profissionais de enfermagem em unidade de SHE geral, tanto para garantir a qualidade e a segurança da assistência e dos profissionais quanto para a sustentabilidade da instituição de saúde.¹⁵ O serviço do local de estudo utiliza o Sistema de Classificação de Pacientes segundo o grau de dependência para subsidiar o dimensionamento de pessoal.

Em estudo realizado por Oliveira e Souza¹⁵ propôs-se uma nova metodologia para avaliar a carga de trabalho de enfermagem nas diferentes áreas do Serviço Hospitalar de Emergência (SHE), considerando-se que nessa unidade há diferentes perfis de pacientes, conforme o seu local de atendimento com necessidades peculiares. Os autores citam como exemplos sala de triagem com classificação de risco, sala de emergência, observação adulta e pediátrica, sala de medicação e procedimento. Dessa maneira, foram identificados os indicadores de tempo para diferentes áreas de um SHE geral, contribuindo para o cálculo do dimensionamento de profissionais de enfermagem nesse tipo de serviço.¹⁵

A ausência de uma equipe médica e de enfermagem especializada foi identificada como uma das dificuldades para trabalhar com pacientes graves no SHE. Na UTI, há os intensivistas e a equipe de enfermagem treinada e especializada nos cuidados intensivos, o que faz muita diferença na qualidade da assis-

tência. Ressalta-se que o perfil da equipe de urgência é distinta em relação à equipe intensivista, diferindo-se as condutas, principalmente da equipe médica.

Porém, nesse hospital-escola há o time de resposta rápida (TRR), composto de médico intensivista e fisioterapeuta, os quais avaliam diariamente os pacientes que estão aguardando vaga na UTI, chamados de demanda reprimida (DR), acompanhando-os e ajudando a conduzir o tratamento. Esse serviço foi implantado no hospital em 2009, sendo também responsável por atendimentos de urgência e emergência em todo o hospital, sempre acionados pelo enfermeiro por meio de um telefone celular.

No entanto, a presença do TRR no hospital supre apenas a carência da equipe médica especializada, sendo que, em relação à equipe de enfermagem, não há impacto no seu processo de trabalho.

Quanto aos recursos físicos insuficientes, o trabalho do enfermeiro é muito afetado, uma vez que é o responsável por alocar os pacientes nos espaços disponíveis, analisando a necessidade de cada um e suprindo-as conforme possível. Além disso, cada remanejamento feito com os pacientes tem que levar em consideração a distribuição da equipe de enfermagem.

O gerenciamento de recursos físicos e ambientais em enfermagem consiste na participação do enfermeiro na alocação desses recursos, com o objetivo de organizar ou gerir, cotidianamente, uma unidade de saúde provendo segurança, conforto e privacidade aos pacientes e assegurando condições de trabalho apropriadas.¹⁹ Entretanto, o enfermeiro tem suas limitações, considerando que se trata de um ambiente imprevisível e na maioria das vezes superlotado.

É constante o remanejamento dos pacientes no SHE, visto que não são todos os leitos que possuem rede de gases medicinais, havendo sempre novos pacientes chegando, seja por demanda espontânea ou referenciada, tendo que alocá-los conforme as suas necessidades.

Salienta-se que os pacientes referenciados são, na maioria das vezes, trazidos pelos serviços de atendimento pré-hospitalar públicos. O SAMU é um componente da política de atenção às urgências, o responsável pelo atendimento às urgências e emergências clínicas na cidade de estudo, cabendo ao Serviço Integrado de Atendimento ao Trauma em Emergência (SIATE) o atendimento aos chamados referentes aos traumas. Ressalta-se que este último é um componente do serviço militar, o qual já existia antes mesmo da implantação do SAMU, no entanto, atualmente funcionam de forma integrada, mesmo que para o chamado possuam números distintos – 192 para o SAMU e 193 para o SIATE.

Quando se trata de pacientes críticos, o enfermeiro presta assistência direta com mais frequência que nos demais pacientes. Procedimentos mais complexos, como os inerentes à UTI, acabam sendo realizados pelo enfermeiro. Isso explica os cuidados com ventilação mecânica e arteriotomia serem os mais re-

latados, pela dificuldade na execução, além de manterem a privacidade do paciente, todos presentes em 30% das respostas.

Os cuidados com a ventilação mecânica ficam sob a responsabilidade do enfermeiro, pois além desse profissional responder pela equipe de enfermagem, o auxiliar/técnico de enfermagem não possui conhecimento suficiente acerca desses cuidados, sempre se reportando à sua chefia imediata.

No SHE não há fisioterapeuta permanentemente, apenas alguns atendimentos pontuais realizados pelos residentes da fisioterapia respiratória e a visita diária do TRR. Portanto, cabe ao enfermeiro o monitoramento dos cuidados adequados com a ventilação mecânica, garantindo a permeabilidade da via aérea e a ventilação adequada do paciente, sendo esse profissional presente 24 horas.

A manutenção da privacidade do paciente relatada pelos enfermeiros como difícil deve-se ao fato de o SHE não contar com uma estrutura física adequada para manter esses pacientes no setor, os quais dividem o espaço com outros clientes, sendo necessária a utilização de biombos para garantir um pouco de privacidade durante os cuidados. E há um fluxo excessivo de pessoas, pacientes, familiares, estudantes e profissionais, não existindo controle do número de pessoas que circulam na unidade.

Também, ressalta-se a constante presença de pacientes nos corredores aguardando vaga, às vezes por dias. Nessa situação, manter a privacidade é algo utópico. Resta ao paciente contar apenas com o bom senso da equipe multiprofissional para garantir esse direito essencial nas mais diversas situações, como, por exemplo, durante o exame físico e demais ocasiões.

A monitorização invasiva da pressão arterial obtida a partir da arteriotomia foi referida como dificuldade em relação aos seus cuidados. Apesar de não ser comum esse tipo de monitorização no SHE, eventualmente pacientes necessitam desse parâmetro, cabendo mais uma vez ao enfermeiro a responsabilidade de prover os materiais para a inserção e manutenção da arteriotomia, conservando fidedigno esse parâmetro, além de capacitar a equipe para o correto manuseio da arteriotomia.

Embora o enfermeiro não realize muitos procedimentos de enfermagem, como higienização corpórea e cuidados com acesso venoso central, estes foram referidos por 20% dos profissionais como uma dificuldade, evidenciando que o enfermeiro tem a visão das condições de trabalho, identificando também as dificuldades enfrentadas por toda a equipe de enfermagem, pois acabam sendo solicitados em procedimentos de alta complexidade.

A técnica propriamente dita, geralmente, não é o mais difícil, mas sim o improvisado para realizá-las, como foi relatado. Por exemplo, para aferir a pressão intra-abdominal, improvisa-se um dispositivo para este fim, unindo peças como medidor de *cuff*, agulha e *tree-way*, demonstrando, desta maneira, que

os recursos disponíveis no SHE são diferentes e menores que os presentes na UTI. Precisam ser adaptados e improvisados.

O processo de adaptar e improvisar materiais e equipamentos tem grande potencial para trazer repercussões psicofísicas aos trabalhadores de enfermagem, devido às circunstâncias em que elas são criadas, isto é, em um contexto de precarização das condições de trabalho.²⁰

Verifica-se que a prática de adaptar e de improvisar materiais e equipamentos inscreve-se nas situações do elevado distanciamento entre o trabalho prescrito e o trabalho real.²⁰ Ainda que necessite realizar adaptações e improvisações em seu processo de trabalho, cabe ao profissional atentar para a promoção do bem-estar ao paciente e praticar o cuidado livre de danos. Desse modo, o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem assevera as responsabilidades e deveres do pessoal de enfermagem ao determinar, no art. 12, "assegurar à pessoa, família e coletividade assistência de enfermagem livre de danos decorrentes de imperícia, negligência ou imprudência".^{21,5}

A falta da prescrição de enfermagem de UTI citada como uma dificuldade demonstra que o profissional enfermeiro percebe a necessidade de melhor controle do balanço hídrico e demais dados da assistência, os quais, com a prescrição de enfermagem convencional, não são possíveis de serem realizados, sendo imprescindíveis para a assistência a esses pacientes. Com a prescrição de enfermagem convencional, improvisam nos espaços disponíveis, locais para anotações de dados importantes para a assistência ao paciente crítico, como volume de infusão de drogas vasoativas, sedação e balanço hídrico.

Houve relato também de que não há procedimento mais difícil, e sim procedimentos mais frequentes em UTI, os quais terão menos prática para executar.

A Tabela 2 permite perceber que no SHE ocorrem procedimentos que seriam específicos de UTI, mas como não há leitos de UTI para todos os que necessitam, os pacientes críticos ficam nos setores recebendo o tratamento mais próximo do adequado.

Por se tratar de um SHE, além de prestar a assistência ao paciente grave, há os atendimentos para os pacientes que estão chegando, independentemente se é uma situação de urgência ou não. É o improvisado, frente à pauperização dos recursos, e o imprevisto acontecendo simultaneamente à necessidade de alta tecnologia para manter o paciente grave.

Portanto, a presença prolongada do paciente crítico no SHE acarreta tempo ainda mais longo de espera dos usuários pelo atendimento.

Nesse sentido, é conveniente citar que, segundo a Rede de Atenção às Urgências e Emergências no SUS (RUE) apresentada na reformulação da Política Nacional de Atenção às Urgências, estratégias como formação de relações horizontais, articulação e integração entre os pontos de atenção, tendo a atenção básica como centro de comunicação, e resolubilidade

conforme o potencial em cada nível de atenção, acolhimento com classificação de risco e regulação do acesso aos serviços de saúde contribuem para a melhor alocação dos recursos disponíveis nos serviços de saúde.⁵

Não é possível organizar hospitais terciários de urgência e emergência sem retirar deles o grande número de pessoas portadoras de urgências menores. Por outro lado, para que as pessoas com situações de urgências que requerem menor densidade tecnológica possam ser atendidas na atenção primária à saúde, faz-se necessário implantar um modelo de atenção adequado às demandas das condições crônicas, para que assim possa atender às urgências menores e, no médio e longo prazos, diminuir a demanda às unidades de urgência e emergência maiores.²

Em relação aos equipamentos utilizados na assistência ao paciente crítico, o respirador foi citado como o equipamento de manuseio mais difícil entre os usados no paciente grave, com frequência de 40% nas respostas. Isso demonstra que este é um equipamento complexo, de uso constante em pacientes graves, necessitando de treinamento contínuo de toda a equipe. Mais uma vez, o profissional enfermeiro é responsável pelo manuseio desse equipamento, havendo a necessidade de um conhecimento mais aprofundado da fisiologia e fisiopatologia respiratória, bem como a correta manutenção dos parâmetros e modalidades ventilatórias, devendo estar atento a possíveis mudanças no estado do paciente.

Entre os que relataram não haver dificuldades com equipamentos, um profissional referiu já ter experiência em UTI, explicando a sua resposta. É importante ter profissionais capacitados e seguros para a assistência ao paciente crítico, principalmente em se tratando do enfermeiro, o qual tem a função de coordenar o setor com seus recursos humanos, físicos e materiais e ainda sistematizar a assistência de enfermagem.

A monitorização invasiva também foi referida como uma dificuldade atribuída pela falta de materiais devido à rotatividade de equipamentos, ficando muitos monitores incompletos, o que não ocorre na UTI, visto que todos os leitos possuem seu respectivo monitor. A própria monitorização invasiva exige mais vigilância e aumento na carga de trabalho de enfermagem.²² Vale ressaltar que o imprevisto mais uma vez pesou nesse quesito, reportando-se novamente ao já citado método de verificação da pressão intra-abdominal. E, também, quando há arteriotomia e PVC *on-line*, há grande dificuldade em montar todo o sistema, devendo ir em busca das peças necessárias para a monitorização invasiva, demandando muito tempo e gerando estresse.

No tocante aos equipamentos de hemodiálise relatados por um profissional, não é preocupante, visto que no hospital do presente estudo quem realiza e manipula os equipamentos de hemodiálise são os funcionários do setor de diálise, ficando

presente do início ao fim da terapia dialítica. No entanto, essa condição não exime o enfermeiro da responsabilidade perante a manutenção da vida do paciente, devendo estar atento às funções vitais destes durante e após o procedimento, além de realizar os devidos registros.

Referindo-se à interferência na rotina do setor com a presença do paciente crítico, questionou-se se há e quais são.

A maioria dos enfermeiros (90%) referiu que a presença do paciente grave acarreta alteração na rotina do setor, mas para 10% não há interferência devido ao fato de já ser uma rotina no SHE.

A principal alteração relatada pelos enfermeiros foi em relação ao dimensionamento de pessoal, presente em 60% das respostas, justificando que o número de funcionários permanece o mesmo, havendo a necessidade de redistribuí-los, visto que o paciente crítico demanda mais tempo do profissional, sendo de responsabilidade do profissional enfermeiro a distribuição das atribuições diárias da equipe de enfermagem.

A previsão e provisão de recursos materiais apareceram em 40% das respostas, havendo também a necessidade da redistribuição dos recursos disponíveis, sendo isso de responsabilidade do enfermeiro, o qual, diante da pauperização de recursos materiais frente à grande demanda, tem que utilizar seu raciocínio clínico para determinar qual paciente necessita mais do equipamento, priorizando, assim, os relativamente mais graves.

Também, o enfermeiro é o responsável por alocar os pacientes no espaço físico disponível. Esse dado foi relatado por 20% dos enfermeiros como alteração na rotina. Com a presença do paciente grave, há a necessidade, muitas vezes, de remanejar os pacientes que já estão em atendimento, para fornecer maior espaço ao paciente crítico, necessário para a alocação dos equipamentos, como ventilador mecânico e monitor multiparâmetro, ou até mesmo colocá-lo perto de uma rede de gases.

Apenas 10% dos enfermeiros declararam que a interferência na rotina do setor com o paciente grave é a assistência prejudicada aos demais pacientes. Como já exposto, diante dos recursos insuficientes à grande demanda de pacientes, o profissional tem que priorizar o paciente crítico, ficando em segundo plano os clientes com diagnósticos menos graves.

Reporta-se novamente aqui à insuficiência do sistema de atendimento às urgências e emergências com inadequação na resolubilidade potencial nos diversos níveis de assistência, sendo que os clientes classificados como reduzido grau de complexidade poderiam ser contemplados no serviço primário ou secundário, "desafogando" o SHE terciário e também aguardando menos tempo pelo atendimento, contribuindo, dessa forma, para a correta alocação dos recursos na saúde.

O único profissional que respondeu não haver interferência na rotina do setor explica que a presença do paciente crítico já é cotidiana na unidade, sendo indiferente por já estar habituado a essa situação. Essa resposta confirma a presença diária

dos pacientes que aguardam vaga em uma UTI, chamados nesse serviço de demanda reprimida.

Foi mencionado que a presença do paciente crítico na unidade causa poluição sonora e, conseqüentemente, estresse. O paciente crítico no SHE é, sim, um motivo de estresse para os profissionais de enfermagem nos hospitais brasileiros, bem como o nível de barulho na unidade, ruídos decorrentes dos aparelhos utilizados e do fluxo de pessoas.²³

O principal fator estressor para a equipe de enfermagem é a carga de trabalho e a falta de funcionários, havendo interferência na qualidade do cuidado e confrontos frequentes entre os enfermeiros, pacientes e familiares, sendo necessária mais habilidade do profissional para controlar a situação.²⁴

Ainda, as atividades conferidas legalmente ao enfermeiro demandam muita atenção, discernimento e responsabilidade, fazendo com que os fatores psicossociais desencadeados pelas atividades laborais desse profissional condicionem o aparecimento do estresse no trabalho.¹⁸ Reconhece-se que no ambiente hospitalar, principalmente nos cuidados aos pacientes críticos, devido ao convívio diário com a gravidade da doença, com o sofrimento humano e a morte, a enfermagem é considerada profissão altamente estressante, se comparada às outras profissões da área da saúde.²⁵

Em relação às estratégias sugeridas pelos sujeitos de pesquisa para resolver, amenizar ou trabalhar da melhor forma com os pacientes graves no SHE, muitas são soluções improváveis de ocorrer em curto prazo, por não haver governabilidade do profissional enfermeiro, em contrapartida, algumas são possíveis de serem implantadas por esse profissional.

O treinamento da equipe e o agrupamento dos pacientes graves foram descritos como soluções para trabalhar de uma melhor maneira com o paciente crítico no SHE, o qual permanece no setor por longo tempo, dado presente em 20% das respostas.

É importante enfatizar, quanto ao treinamento da equipe, que o desenvolvimento das pessoas na área da enfermagem é de responsabilidade não apenas do enfermeiro de educação continuada (EC), mas compartilhada com os enfermeiros assistenciais e gerentes de enfermagem,²⁶ com intervenções diárias. Para o planejamento das atividades de EC, é necessário partir da realidade do profissional de enfermagem, levantar suas necessidades e expectativas, problematizar, discutir, oferecer suporte teórico para que o próprio sujeito perceba suas potencialidades e limitações, a adequação ou não de sua prática e, consciente de seu compromisso com o doente, propor-se a transformá-la.²⁷

Nessa perspectiva, destaca-se a relevância da EC e das pessoas no processo de redução dos riscos em saúde, pois a segurança do paciente depende, entre outros aspectos, da comunicação fundada em confiança mútua, do fluxo de informações de boa

qualidade, da aprendizagem organizacional e do compromisso da gestão do conhecimento e da liderança compartilhada.²⁸

A prática de agrupar os pacientes graves já é realizada pela maioria dos enfermeiros, sendo esses profissionais que decidem onde alocar cada paciente. É interessante essa conduta, visto que ao agrupar os pacientes graves pode-se mantê-los com os profissionais mais experientes, em algumas situações compartilhar o monitor, por exemplo, o oxímetro e, ainda, facilitar a observação e avaliação realizada pelo enfermeiro, visto que estão todos próximos.

Diante das sugestões expostas na Tabela 5, percebe-se que muitas vezes o profissional de enfermagem não tem governabilidade, como espaço físico adequado, contratação de mais funcionários, aumento de leitos de UTI, provisão de todos os recursos materiais necessários, o que pode gerar frustração no trabalhador. Porém, muitas sugestões mencionadas são de governabilidade do profissional de enfermagem, sendo que a maioria é do enfermeiro, como treinamentos, readequação da escala, reunião periódica com os funcionários, apressar transferências dos pacientes graves e estimular os residentes, internos e plantonistas a otimizar a resolubilidade dos demais atendimentos, alocar os pacientes da melhor maneira no espaço físico disponível e também evitar hora extra com funcionários não capacitados.

Acredita-se que essas medidas ajudariam a melhorar a qualidade da assistência e as condições de trabalho da equipe, uma vez que estão diretamente interligadas.

Pelo exposto, nota-se a importância do enfermeiro como responsável por gerenciar a assistência e garantir o atendimento destes e dos demais pacientes com a melhor qualidade possível, sendo o sujeito transformador no contexto do processo de trabalho e da assistência.

Nesse aspecto, não se pode deixar de lado as reflexões acerca da saúde do trabalhador, pois para obter assistência de qualidade, é imperiosa atenção especial à sua própria saúde. É evidente que a grande carga de trabalho enfrentada pela equipe frente às condições de trabalho apresentadas causará repercussões consideráveis na saúde desses trabalhadores.

Em estudo realizado com enfermeiros de urgência e emergência objetivando analisar a percepção do estresse ocupacional vivenciado por estes, houve várias formas descritas pelos sujeitos, entre elas o cansaço físico e mental, por possuir duplo vínculo, o subdimensionamento de pessoal e as condições precárias de trabalho, elevando, assim, as possibilidades de desenvolvimento de estresse no trabalho.²⁹

Portanto, o estudo das condições de trabalho permite ao trabalhador e às instituições de saúde identificar os problemas e, por meio da discussão destes, mudanças no processo de trabalho contribuirão para a melhoria das condições de trabalho, influenciando, assim, na promoção da saúde e na prevenção de doenças nos trabalhadores de enfermagem.³⁰

CONCLUSÃO

Diante dos dados apresentados e discutidos, pode-se confirmar a hipótese desta pesquisa, havendo dificuldades na assistência aos pacientes graves que permanecem no SHE, seja pela carência de recursos físicos, materiais e humanos, entre outros obstáculos, frente à grande demanda tanto de pacientes críticos, como de menor complexidade.

Assim sendo, segundo as principais dificuldades referidas pelos profissionais de enfermagem, este estudo propõe algumas estratégias.

Os recursos materiais inadequados foram a principal dificuldade referida pelos profissionais. Não havendo a possibilidade de aquisição imediata de novos materiais, sugerem-se a manutenção preventiva dos equipamentos e o uso racional dos recursos permanentes e de consumo, com conscientização de toda a equipe.

Em relação aos recursos humanos, já foi exposto que não há governabilidade por parte da equipe em contratar mais funcionários, porém os gerentes de enfermagem podem lançar mão de índices que mensuram a carga de trabalho da enfermagem e ainda utilizar-se do sistema de classificação de pacientes como por grau de dependência, o que respaldará a solicitação de mais recursos humanos nesse setor, visando atender à Resolução COFEN 293/2004.

Ainda, é mister investir maciçamente em educação permanente, visto que contribuirá com a melhora da qualidade da assistência de enfermagem e com a segurança do paciente, pois por mais que faltem recursos, os profissionais de enfermagem estão tratando de vidas em suas mãos, devendo sempre prestar a melhor assistência possível, assumindo o compromisso frente à sua responsabilidade com o paciente.

Quanto aos recursos físicos, o que se pode fazer de imediato é alocar da melhor forma possível os pacientes conforme suas necessidades, cabendo ao enfermeiro esse papel, pois terá que fazer o raciocínio clínico, considerando os aspectos que influenciarão na qualidade da assistência e a redistribuição da equipe de enfermagem. Manter os pacientes graves agrupados sempre que possível, como sugerido pela população estudada, é uma estratégia interessante.

Sabe-se que o SHE é um ambiente desconhecido para a maioria da população. E que, em razão da sua dinâmica de trabalho e especificidade, é um local considerado de risco, gerador de angústias e sofrimentos que poderão ser evitados/minimizados se os trabalhadores, não apenas da enfermagem, mas de toda a equipe do SHE, acolherem o usuário e seus familiares da melhor forma possível, com a máxima segurança, frente às condições de trabalho.

A principal limitação deste estudo foi o fato de abordar apenas os enfermeiros, não contemplando a equipe de enfermagem como um todo, o que o enriqueceria. Dessa maneira, torna-se necessária a realização de novas pesquisas com a te-

mática, envolvendo toda a equipe de enfermagem, a qual poderia contribuir de maneira significativa com o retrato da realidade, ajudando a propor novas soluções.

Salienta-se que seria interessante abranger não apenas o SHE, mas as unidades de internação nas quais também estão presentes os pacientes graves.

Este trabalho tornou-se útil para buscar informações acerca das principais dificuldades enfrentadas pelos enfermeiros frente à assistência aos pacientes críticos que permanecem no SHE. E listou importantes estratégias sugeridas por esses trabalhadores, devendo-se considerar sua contribuição para o planejamento de ações inerentes ao trabalho com a demanda reprimida.

REFERÊNCIAS

1. Cecilio LCO. Modelos tecno-assistenciais em saúde: da pirâmide ao círculo, ma possibilidade a ser explorada. *Cad Saúde Pública*. 1997; 13(3):469-78.
2. Azevedo ALCS, Pereira AP, Lemos C, Coelho MF, Chaves LDP. Organização de serviços de emergência hospitalar: uma revisão integrativa de pesquisas *Rev Eletrônica Enferm*. 2010; 12(4):736-45. [Citado em 2010 dez. 20]. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v12/n4/v12n4a20.htm>.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Atenção às Urgências. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2006.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Humaniza SUS: documento base para gestores e trabalhadores do SUS. 4ª ed. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2008.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada. Manual instrutivo da Rede de Atenção às Urgências e Emergências no Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília (DF): Editora do Ministério da Saúde; 2013.
6. Gonçalves LA, Garcia PC, Toffoleto MC, Telles SCR, Padilha KG. Necessidades de cuidados de enfermagem em terapia intensiva: evolução diária dos pacientes segundo o Nursing Activities Score (NAS). *Rev Bras Enferm*. 2006; 59(1):56-60.
7. Miranda DR, Nap R, Rijk A, Schaufeli W, Iapichino G. Nursing activities score. *Crit Care Med*. 2003; 31(2):374-82.
8. Fugulin FMT, Gaidzinski RR, Kurcgant P. Sistema de classificação de pacientes: identificação do perfil assistencial dos pacientes das unidades de internação do HU-USP. *Rev Latinoam Enferm*. 2005; 13(1):72-8.
9. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução COFEN n. 293/2004. Fixa e estabelece parâmetros para o dimensionamento do quadro de profissionais de enfermagem nas unidades assistenciais das instituições de saúde e assemelhadas. [Citado em 2010 dez. 20]. Disponível em <<http://www.portalcofen.gov.br/2007/materias.asp?ArticleID=7121§ionID=34>>.
10. Rocco JR, Soares M, Gago MF. Pacientes clínicos referenciados, mas não internados na Unidade de Terapia Intensiva: prevalência, características clínicas e prognóstico. *Rev Bras Ter Intensiva*. 2006; 18(2):114-20.
11. Gil AC. Como classificar as pesquisas? In: Gil AC. Como elaborar projetos de pesquisa. 5ª ed. São Paulo: Atlas; 2010.
12. Polit DF, Beck CT, Hungler BP. Fundamentos da pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização. 5ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2004.
13. Oliveira NC, Chaves LDP. Gerenciamento de recursos materiais: o papel da enfermeira de Unidade de Terapia Intensiva. *Rev Rene*. 2009; 10(4):19-27.
14. Castilho V, Gonçalves VLM. Gerenciamento de recursos materiais. In: Kurcgant P. Gerenciamento em enfermagem. 2ª ed., São Paulo: Guanabara Koogan; 2010.

15. Oliveira EB, Souza NVM. Estresse e inovação tecnológica em unidade de terapia intensiva de cardiologia: tecnologia dura. *Rev Enferm UERJ*. 2012; 20(4):457-62.
 16. Inoue KC, Matsuda LM. Dimensionamento da equipe de enfermagem da UTI-adulto de um hospital ensino. *Rev Eletrônica Enferm*. 2009; 11(1):55-63. [Citado em 2010 dez. 20]. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n1/pdf/v11n1a07.pdf>.
 17. Araujo HSP, Morais IF, Valença CN, Santos MM, Germano RM. The dimensioning of the nursing staff in an intensive care unit. *J Nurs UFPE on line*. 2013; 6(2):252-7. [Citado em 2012 fev. 08]. Disponível em: http://www.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/2214/pdf_785.
 18. Rocha MCP, Martino MMF. O estresse e qualidade de sono do enfermeiro nos diferentes turnos hospitalares. *Rev Esc Enferm USP*. 2010; 44(2):280-6.
 19. Takahashi RT, Gonçalves VLM. Gerenciamento de recursos físicos e ambientais. In: Kurcgant P. Gerenciamento em enfermagem. 2ª ed., São Paulo: Guanabara Koogan; 2010.
 20. Souza NVDO, Santos DM, Ramos EL, Anunciação CT, Thiengo PCS, Fernandes MC. Repercussões psicofísicas na saúde dos enfermeiros da adaptação e improvisação de materiais hospitalares. *Esc Anna Nery Rev Enferm*. 2010; 14(2):236-43.
 21. Souza NVDO, Santos DM, Anunciação CT, Thiengo PCS. O trabalho da enfermagem e a criatividade: adaptações e improvisações hospitalares. *Rev Enferm UERJ*. 2009; 17(3):356-61.
 22. Vincent JL, Moreno R. Clinical review: scoring systems in the critically ill. *Crit Care*. 2010; 14(2):207.
 23. Menzani G, Bianchi ERF. Stress dos enfermeiros de pronto socorro dos hospitais brasileiros. *Rev Eletrônica Enferm*. 2009; 11(2):327-33. [Citado 2010 dez. 20]. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n2/v11n2a13.htm>.
 24. Panizzon C, Luz AMH, Fensterseifer LM. Estresse da equipe de enfermagem de emergência clínica. *Rev Gaúcha Enferm*. 2008; 29(3):391-9.
 25. Wu H, Chi TS, Chen L, Wang L, Jin YP. Occupational stress among hospital nurses: cross-sectional survey. *J Adv Nurs*. 2010; 66(3):627-34.
 26. Bezerra ALQ, Queiroz ES, Weber J, Munari DB. Processo de educação continuada na visão de enfermeiros de um hospital universitário. *Rev Eletrônica Enferm*. 2012; 14(3):618-25. [Citado em 2013 dez. 10]. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v14/n3/v14n3a19.htm>.
 27. Silva GM, Seiffert OMLB. Educação continuada em enfermagem: uma proposta metodológica. *Rev Bras Enferm*. 2009; 62(3):362-6.
 28. El-Jardali F, Dimassi H, Jamal D, Jaafar M, HemadehN. Predictors and outcomes of patient safety culture in hospitals. *BMC Health Serv Res*. 2011; 11:45. [Citado em 2012 fev. 14]. Disponível em: <http://www.biomedcentral.com/1472-6963/11/45>.
 29. Martins CC, Valente GSC. A interferência do estresse na saúde ocupacional do enfermeiro que atua em emergência hospitalar. *Rev Enferm UFPE on line*. 2010; 4(2):533-8. [Citado em 2011 jun. 27]. Disponível em: http://www.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/697/pdf_31.
 30. Mauro MYC, Paz AF, Mauro CCC, Pinheiro MAS, Silva VG. Condições de trabalho da enfermagem nas enfermarias de um hospital universitário. *Esc Anna Nery Rev Enferm*. 2010; 14(1):13-8.
-