



Texto & Contexto Enfermagem

ISSN: 0104-0707

texto&contexto@nfr.ufsc.br

Universidade Federal de Santa Catarina
Brasil

Oro, Julieta; Matos, Eliane
Possibilidades e limites de organização do trabalho de enfermagem no modelo de cuidados integrais
em instituição hospitalar
Texto & Contexto Enfermagem, vol. 22, núm. 2, abril-junio, 2013, pp. 500-508
Universidade Federal de Santa Catarina
Santa Catarina, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=71427998028>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais artigos
- Home da revista no Redalyc

redalyc.org

Sistema de Informação Científica
Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe, Espanha e Portugal
Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

POSSIBILIDADES E LIMITES DE ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO DE ENFERMAGEM NO MODELO DE CUIDADOS INTEGRAIS EM INSTITUIÇÃO HOSPITALAR¹

Julieta Oro², Eliane Matos³

¹ Recorte da dissertação - O cuidado integral de enfermagem em Unidade de Internação Hospitalar, apresentada ao Programa do Mestrado Profissional Gestão do Cuidado em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), em 2011.

² Mestre em Enfermagem. Enfermeira do Serviço de Clínica Médica I do Hospital Universitário da UFSC. Santa Catarina, Brasil. E-mail: julietaoro2009@hotmail.com

³ Doutora em Enfermagem. Professora credenciada do Mestrado Profissional Gestão do Cuidado do em Enfermagem da UFSC. Santa Catarina, Brasil. E-mail: elianematos@hotmail.com

RESUMO: O presente estudo aborda a opinião de trinta trabalhadores de enfermagem que, no processo de pesquisa, introduziram na prática cotidiana aspectos de inovação na organização do trabalho, buscando promover a reflexão e experimentação de práticas alternativas de organização do trabalho que se aproximem do modelo de cuidados integrais em enfermagem. Para tanto, foi desenvolvida uma pesquisa qualitativa convergente-assistencial, em um hospital-escola do sul do Brasil, através de oficinas, articulando momentos de reflexão coletiva, definição, experimentação e avaliação de aspectos de mudança na organização do trabalho. Os resultados apontam quatro categorias: cuidados na insulinoterapia; grau de dependência do sujeito hospitalizado; registro das observações complementares de enfermagem; e cuidados integrais no trabalho noturno. Conclui-se, portanto, que a realização da assistência de enfermagem, pelo modelo de cuidados integrais, implica ações institucionais que passam por condições de trabalho adequadas e pela tomada de decisões dos próprios trabalhadores no cotidiano de trabalho.

DESCRIPTORES: Enfermagem. Organização e administração. Cuidados de enfermagem.

POSSIBILITIES AND LIMITS OF ORGANIZATION OF NURSING WORK IN THE COMPREHENSIVE CARE MODEL IN A HOSPITAL INSTITUTION

ABSTRACT: The present study relates to the opinions of thirty nurses who introduced aspects of work organization innovation into their routine work practices through the research process. Its objective was to promote reflection on and experimentation with alternative work organization practices which are close to the comprehensive nursing care model. To this end, a qualitative, convergent care study was developed and carried out in a teaching hospital in southern Brazil, through workshops which articulated collective reflection, definition, experimentation and assessment of aspects of change in organization of the work. The results indicated four categories: insulin therapy care; in-patients' level of dependency; recording additional nursing observations; and comprehensive care during the nightshift. It is therefore concluded that undertaking nursing care using the comprehensive care model entails institutional actions which occur through adequate working conditions and through decision-making by staff themselves in their daily work practices.

DESCRIPTORS: Nursing. Organization and administration. Nursing care.

POSIBILIDADES Y LÍMITES DE ORGANIZACIÓN DEL TRABAJO DE ENFERMERÍA SEGÚN EL MODELO DE CUIDADOS INTEGRALES EN EL HOSPITAL

RESUMEN: En el presente estudio se analiza la opinión de treinta trabajadores de enfermería que, en el proceso de investigación, introdujeron en la práctica diaria aspectos innovadores para la organización del trabajo, para promover la reflexión y experimentación de prácticas alternativas de organización del trabajo próximas al modelo de atención integral de enfermería. Se desarrolló una investigación cualitativa, convergente asistencial, en un hospital universitario, a través de talleres en los que se conjugan momentos de reflexión colectiva, definición, análisis y evaluación de los aspectos de cambio en la organización del trabajo. Los resultados señalan cuatro categorías: atención en la terapia de insulina; grado de dependencia del sujeto hospitalizado; registro de las observaciones adicionales de enfermería; y atención integral en el trabajo nocturno. Se concluye que la aplicación de los cuidados de enfermería según un modelo de atención integral implica acciones institucionales que van desde adecuadas condiciones de trabajo y las decisiones de los propios trabajadores en el trabajo diario.

DESCRIPTORES: Enfermería. Organización y administración. Cuidados de enfermería.

INTRODUÇÃO

A partir da última metade do século passado vem se intensificando a discussão acerca do futuro do trabalho na sociedade, assim como da organização do trabalho, segundo o modelo hegemônico taylorista-fordista, amplamente difundido, tanto na indústria, como na produção de serviços.

O modelo taylorista-fordista caracteriza-se por um modo de produzir, fundamentado no parcelamento da tarefa, na especialização e individualização do trabalhador, na imposição de tempos e movimentos, separação das funções de controle e execução do trabalho, e na separação das funções de concepção, decisão e coordenação das funções de execução.¹

O setor da saúde sofreu forte influência deste modo de organização do trabalho e, ao longo do tempo, o trabalho em saúde tornou-se fragmentado com consequências nocivas tanto para o trabalhador, como para os usuários dos serviços. Tais consequências são visíveis na organização do trabalho da enfermagem, especialmente, nas instituições hospitalares, em que atuam enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem.²

A constituição da equipe de enfermagem na realidade brasileira, composta por profissionais com diferentes níveis de formação e com atribuições diferenciadas pela Lei do Exercício Profissional, potencializa a fragmentação do cuidado. O enfermeiro, profissional com formação universitária, dirige os serviços de enfermagem, realiza o planejamento e a avaliação da assistência que é prestada, majoritariamente, por técnicos e auxiliares de enfermagem, reforçando, desse modo, a fragmentação entre trabalho manual e intelectual.²⁻³ Este modo de produzir cuidados de enfermagem tem demonstrado sua insuficiência para atender às múltiplas necessidades do sujeito do cuidado e, nas últimas décadas, surgem indicativos e experiências de organização do trabalho com vistas à assistência integral.⁴⁻⁵

A proposta de organização do trabalho, segundo o modelo de cuidados integrais, é colocada na literatura como uma alternativa ao modelo fragmentado.^{2,6-7} Neste modo de organização do trabalho, um trabalhador de enfermagem realiza todos os cuidados de sua competência profissional para um sujeito, ou grupo de sujeitos hospitalizados em seu turno de trabalho. Contrapõe-se ao modelo fragmentado, em que um trabalhador presta um conjunto de cuidados a todos os sujeitos hospitalizados em uma unidade de internação.

Nos dois modelos de organização do trabalho, o enfermeiro realiza o planejamento e avaliação da assistência, além de prestar os cuidados de enfermagem mais complexos.^{2,6}

Atuando em uma instituição hospitalar que organiza o trabalho de enfermagem no período diurno, segundo o modelo de cuidados integrais; e, no período noturno, segundo o modelo de cuidados funcionais, percebe-se que a fragmentação dos cuidados acontece, independentemente do turno e do modelo de organização do trabalho adotado. O pessoal de enfermagem que atua no período noturno, por motivos diversos, resiste a mudanças na organização do trabalho. Já, os profissionais do turno diurno, organiza o trabalho conforme o modelo de cuidados integrais, porém, em muitos momentos, promovem o parcelamento das atividades assistenciais.

Existe uma carência de estudos que apontem para inovações na organização do trabalho da enfermagem, com vistas à construção de uma prática que estimule a visão do ser humano integral. Mudanças podem acontecer pela discussão crítica e reflexiva entre os integrantes da equipe, sobre as questões fundamentais do cotidiano. O modo como o trabalho é organizado pode contribuir para estimular a criatividade e a satisfação do trabalhador de enfermagem com o seu trabalho, com resultados positivos para a qualidade do cuidado prestado ao sujeito hospitalizado.^{2,4,6}

Vencer a fragmentação do trabalho, ainda é um desafio para a enfermagem, e a articulação e a integração das ações dos diversos trabalhadores pode potencializar a prática da assistência integral. O ser humano integra múltiplas dimensões: biológicas, psicológicas, sociais, espirituais, e a construção de um cuidar mais integrador a este sujeito depende de um olhar atento às suas múltiplas necessidades, do respeito à individualidade e unicidade, e de modelos de organização do cuidado que se distanciem da fragmentação do cuidado.⁸

Os hospitais são parte importante da rede de atenção do Sistema Único de Saúde (SUS), e nestas instituições, a enfermagem realiza uma parcela significativa da assistência ao sujeito hospitalizado, portanto, falar em assistência integral implica repensar a organização do trabalho da categoria, buscando modelos de organização do trabalho que potencializem uma atenção mais integral.

Estudo desenvolvido com trabalhadores de enfermagem, que atuam em uma Unidade de Internação de Clínica Médica, de um hospital-escola, localizado no sul do Brasil, que buscou identificar

alternativas de organização do trabalho da enfermagem, com potencial para estimular a assistência integral ao sujeito hospitalizado.

METODOLOGIA

A Pesquisa de natureza Convergente-Assistencial (PCA) tem por objetivo provocar mudanças na prática assistencial, a partir da realidade vivenciada pelos trabalhadores. A PCA consiste na articulação intencional da pesquisa com a prática assistencial, em um processo em que as ações assistenciais vão sendo incorporadas no processo de pesquisa e vice-versa.⁹

Pesquisa realizada em uma Unidade de Internação em Clínica Médica, de um hospital-escola, no sul do Brasil, que contou com a participação de trinta trabalhadores de enfermagem, (sete enfermeiros, 19 técnicos de enfermagem e quatro auxiliares de enfermagem), correspondentes a 91% do efetivo de pessoal da unidade. Três trabalhadores não participaram por motivo de férias e licença para tratamento de saúde, e um era a própria pesquisadora. Os sujeitos do estudo foram selecionados segundo os seguintes critérios de inclusão: trabalhar na unidade de internação pré-selecionada e manifestar interesse em participar do estudo.

A investigação foi conduzida em oficinas que aconteceram entre os meses de outubro de 2010 a abril de 2011, nas quais se desenvolveu o processo crítico-reflexivo, a experimentação de propostas de mudanças no cotidiano e a avaliação coletiva dos resultados da experiência.

O processo de pesquisa incluiu a realização de 20 oficinas: quatro encontros por equipe de trabalho (matutino, vespertino e três equipes do período noturno) de duas horas de duração, totalizando oito horas de trabalho por equipe. Quatro trabalhadores faltaram a uma das oficinas por compromissos particulares. As três primeiras oficinas, com cada equipe, foram realizadas com um intervalo aproximado de uma semana entre elas; e a quarta oficina, ocorreu um mês após a terceira.

Nas duas primeiras oficinas foram discutidos aspectos referentes ao cuidado, cuidado de enfermagem e organização do trabalho. No terceiro encontro, os integrantes do estudo, identificaram, em sua prática cotidiana, aspectos da organização de trabalho em que gostariam de implementar alguma mudança, aproximando-o ao modelo de cuidados integrais, e elaboraram estratégias para experimentação da mudança na realidade. No

intervalo, entre o terceiro e o quarto encontros, durante o período de um mês, os integrantes de cada grupo/turno de trabalho experimentaram a inovação proposta, realizando, neste último encontro, a síntese da experiência, apontando os principais limites e possibilidades de efetivação das mudanças no cotidiano de trabalho.

A coleta de dados ocorreu nas oficinas em que foram realizadas, no horário de trabalho dos participantes da pesquisa. No período das oficinas, os doentes foram cuidados por trabalhadores de enfermagem dos demais turnos, preservando, assim, a qualidade da assistência. As discussões foram gravadas por meio digital de voz, com autorização dos participantes, e, posteriormente, foram transcritas pela pesquisadora e apresentadas aos participantes do estudo para validação a cada novo encontro. As informações foram armazenadas em computador, de uso exclusivo das pesquisadoras, e, posteriormente, serão destruídas.

A análise dos dados foi realizada de acordo com as falas dos integrantes da pesquisa. Este processo aconteceu pela leitura exaustiva das falas obtidas em cada oficina. O material foi agrupado por semelhança, foram construídas as categorias de análise, com base na experiência prática de cada grupo, nos resultados obtidos em cada experiência e na avaliação dos participantes quanto ao resultado. As categorias resultantes do estudo foram: o cuidado integral ao sujeito hospitalizado com insulino terapia; reorganização das escalas de atividades no modelo de cuidado integral; o registro das ações de enfermagem; e o desafio de prestar cuidados integrais no período noturno.

O estudo seguiu as diretrizes da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (CNS),¹⁰ e o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética de Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina (CEP/UFSC), sob o protocolo número 1014/10. As falas dos integrantes do estudo foram identificadas pelas letras "SE" (Sujeito de Enfermagem), seguidas de uma numeração sequencial para preservação do anonimato.

REPENSANDO A ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO: RESULTADOS E DISCUSSÃO

O desenvolvimento do estudo em oficinas de trabalho possibilitou aos trabalhadores repensar internamente suas práticas, avaliando facilidades e dificuldades para a organização do trabalho no modelo de cuidados integrais, bem como, formular propostas a serem experimentadas na

realidade. Os trabalhadores do período diurno (matutino e vespertino), que adotam o modelo de cuidados integrais para a organização do trabalho, utilizaram o espaço da pesquisa para discutir e aprimorar alguns aspectos de suas práticas, que se distanciam do cuidado integral. Dentre eles, destaca-se o cuidado ao sujeito hospitalizado com insulino terapia e a introdução de mudanças na elaboração da escala de distribuição de atividades para a prestação de cuidados. Duas equipes que atuam no período noturno optaram por experimentar a organização do trabalho, segundo o modelo de cuidados integrais. A terceira equipe, do turno noturno, optou por introduzir mudanças na organização e na forma de registro das atividades de enfermagem realizadas no prontuário do sujeito hospitalizado.

O cuidado integral ao sujeito hospitalizado com insulino terapia

O cuidado ao sujeito hospitalizado com diabetes inclui como protocolo habitual, a realização do teste de glicemia capilar (HGT), realizado, em geral, antes das refeições, para avaliar o tratamento e/ou definir a dose de insulina a ser ministrada pelos trabalhadores de enfermagem, em cumprimento à prescrição médica. Na unidade em estudo, mesmo nos períodos matutino e vespertino, em que o trabalho é organizado, segundo o modelo de cuidados integrais, o teste de glicemia era realizado a todos os sujeitos hospitalizados por um só trabalhador de enfermagem. Esse modo de atuação distancia-se da lógica dos cuidados integrais, todavia, os trabalhadores entendiam que, essa forma de organização, agilizava o trabalho, já que cada unidade assistencial tem um único aparelho de glicemia, dificultando assim, a organização do trabalho individualizado.

Com a pesquisa, em um dos grupos do período diurno, cada trabalhador passou a realizar o teste e a correção da glicemia com insulino terapia dos sujeitos hospitalizados sob seus cuidados. Os motivos que levaram os trabalhadores a entenderem como procedente essa mudança em suas rotinas de trabalho são descritos a seguir.

Como cuidado individual, quando uma pessoa que não está cuidando [do paciente] vai fazer o HGT e depois a outra vai fazer a insulina, o paciente se confunde, dizendo que já fizeram, ele fica perdido. Se a mesma pessoa for fazer o HGT e fizer a correção, não tem como o paciente se confundir e o cuidado fica mais individualizado também (SE-20).

Na avaliação da proposta, os integrantes do estudo apontaram como dificuldades para sua viabilização a existência de um único aparelho na unidade para a realização de todos os controles de HGT. Esta realidade não impediu, no entanto, a realização da mudança, nem a avaliação positiva de seus resultados para a assistência.

Parece não ter tido muita dificuldade, apesar de ser um aparelho só. Consegue-se, mesmo assim, fazer. Uma [trabalhadora] pega primeiro, depois vem a outra. Não teve brigas pelo aparelho (SE-21).

Percebe-se a determinação deste grupo em potencializar e valorizar os cuidados a serem oferecidos aos sujeitos hospitalizados e a satisfação em manter esta ação no cotidiano.

Eles sempre perguntam o resultado e a gente já informa na hora se vai precisar fazer insulina ou não [...], então ele já sabe, a mesma pessoa já retorna para fazer, e quando não precisa fazer é a mesma coisa, comenta que não vai ser preciso fazer a insulina regular naquele horário. Eu achei mais tranquilo, não tem aquela confusão: já fizeram? (SE-26).

O estímulo à criatividade e à inovação no trabalho, quando adequadamente conduzido, pode possibilitar que trabalhadores venham a orgulhar-se de seu trabalho, com resultados positivos para ele e para o sujeito cuidado.¹¹ A inovação proposta para a organização do trabalho tem reflexos na relação e no compromisso que a equipe estabelece com o sujeito hospitalizado no momento do cuidado. A motivação que levou os trabalhadores a promover a mudança, superou, inclusive limites, institucionais, tais como a insuficiência de material para o cuidado individualizado. Nos resultados da pesquisa, os integrantes do estudo avaliaram que o modelo de cuidados integrais tem potencial para oferecer ao paciente um cuidado de enfermagem mais seguro, assim como, pode contribuir para a realização e satisfação do trabalhador com o seu trabalho.

Reorganização das escalas de atividades no modelo de cuidado integral

Na unidade estudada, nos turnos matutino e vespertino, um trabalhador de enfermagem assume o cuidado de quatro ou cinco sujeitos hospitalizados. Cabe ao enfermeiro, a organização das escalas e a decisão sobre quais sujeitos são cuidados, cada qual, por um dos trabalhadores de enfermagem. Para essa definição e para a elaboração das escalas, os enfermeiros avaliam a dependência de cuidados de enfermagem de cada sujeito hospitalizado, evitando, a sobrecarga de trabalho para um mesmo

trabalhador. Este modo de organização do trabalho nem sempre é considerado satisfatório, e, segundo os participantes do estudo, gera descontentamentos entre técnicos e auxiliares de enfermagem, interferência na relação com os enfermeiros e prejuízo à realização de cuidados integrais.

Durante a investigação, os integrantes do estudo, sendo eles: enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem passaram a realizar, conjuntamente, a revisão diária da distribuição dos leitos, buscando uma divisão mais equilibrada do trabalho. Nesta divisão, foi considerada a necessidade de cuidados de cada sujeito hospitalizado e a proximidade dos quartos/leitos dos sujeitos a serem cuidados por um mesmo trabalhador, diminuindo o desgaste físico pela locomoção no espaço físico da unidade.

Avaliando o resultado desta inovação, os integrantes do estudo destacaram os aspectos positivos e decidiram pela sua adoção no cotidiano da unidade.

Quando vocês perceberem alguma coisa na escala que ficou ruim para vocês, tentem nos avisar antes da passagem de plantão [...], antes de a gente sentar para pegar o plantão, para dar tempo de mudar, antes das colegas tirarem os cuidados (SE-21).

Nesta semana eu fiquei com pacientes diferentes a semana inteira, e um acamado e dois independentes. Nossa! E foi bom! (SE-30).

Na opinião dos integrantes da pesquisa, a prática mostrou o potencial das experiências participativas de gestão do cuidado para a satisfação do trabalhador e para o resultado do trabalho, coincidindo com achados já descritos na literatura.¹¹⁻¹² A distribuição equilibrada de sujeitos hospitalizados, por trabalhador, pode potencializar a organização do trabalho no modelo de cuidados integrais.

O registro das ações de enfermagem

Os registros de enfermagem são fundamentais para a assistência, pois possibilitam a disseminação das informações sobre a situação do sujeito hospitalizado, as quais são utilizadas pelos demais turnos de trabalho e demais profissionais de saúde.

Na instituição em estudo, a enfermagem utiliza um formulário impresso denominado "Observações Complementares de Enfermagem" para cada sujeito hospitalizado. Nela, deve ser anotado, pelos trabalhadores de nível médio de ensino, a cada turno de trabalho, o relato de cuidados, tratamentos, intercorrências e outras situações relevantes.

No período diurno, que organiza o trabalho, de acordo com o modelo de cuidados integrais, cada trabalhador registra os acontecimentos referentes aos sujeitos hospitalizados sob seus cuidados. No período noturno, que adota o sistema parcelar do trabalho, por meio da divisão de tarefas, um trabalhador registra tudo que se passou com todos os sujeitos hospitalizados, mesmo que não tenha sido ele a observar e ou prestar os cuidados. Esse modo de atuar, segundo a percepção do grupo, acarreta situações que possam ser esquecidas, resulta em anotações empobrecidas pelo excesso de informações a descrever, e sobrecarrega o responsável pela atividade. Cabe salientar também, embora não tenha sido objeto de discussão do grupo, que essa prática tem implicações éticas.

A partir da prática desenvolvida neste estudo, um grupo de trabalhadores passou a realizar a atividade conjuntamente (técnicos e auxiliares de enfermagem). A efetivação de tal proposta levou os trabalhadores a assumirem, também, o compromisso de trocar informações entre si, para a realização dos registros. O resultado foi considerado positivo por todos os integrantes do grupo, pois possibilitou conhecer melhor os sujeitos hospitalizados sob sua responsabilidade, intensificou a relação entre trabalhadores e permitiu um relato mais fidedigno dos cuidados prestados e das intercorrências. Destaca-se que este procedimento foi incorporado na dinâmica da equipe.

Para nós, fez uma grande diferença [...]. A gente vai seguir, é uma coisa pequena, que mudou e faz a diferença. A divisão que fizemos [...] nos ajuda a conhecer melhor cada paciente (SE-15).

O registro das ações de enfermagem e das intercorrências envolvendo o sujeito hospitalizado é um compromisso da enfermagem, não podendo estar dissociado da atividade assistencial. É ele que assegura, em parte, a continuidade da assistência, a segurança do sujeito hospitalizado e a proteção do trabalhador.

Segundo o Código de Ética da profissão, todo trabalhador de enfermagem tem a obrigação de anotar as situações e cuidados realizados, indispensáveis à continuidade do tratamento das pessoas sob seu cuidado.³ Essa condição, no entanto, não tem sido observada pelos trabalhadores na realidade, interferindo no cuidado integral e na segurança do sujeito hospitalizado. Os resultados deste estudo apresentam-se como uma primeira iniciativa para corrigir esta distorção da prática, aproximando-se dos preceitos da profissão, de prestar cuidados seguros a todos aqueles que são

cuidados pela enfermagem. Ao garantir anotações mais fidedignas e seguras, acerca da condição do sujeito hospitalizado e dos cuidados prestados, os profissionais colaboram com a continuidade do cuidado.¹³

O desafio de prestar cuidados integrais no período noturno

Dentre os integrantes do estudo, duas equipes do noturno experimentaram organizar o trabalho pelo modelo de cuidados integrais por um período de 30 dias. Os resultados segundo os participantes da pesquisa, foram considerados positivos, propiciando assim, a discussão de aspectos da atenção; a revisão dos modos já cristalizados de “fazer” o trabalho; a percepção do sujeito hospitalizado em outras dimensões, que não apenas a biológica; a formação de vínculo entre o trabalhador e o sujeito hospitalizado; e um olhar mais atento a estes sujeitos.

Eu consegui sentar com o Sr. X no notebook e ver as suas fotos, da família, que é uma coisa que nem sempre tem tempo [...]. Claro que, bem mais tarde, depois de ter feito tudo, mas eu consegui sentar dez minutos, conversar um pouquinho sobre o problema dele [...]. A gente acaba não se permitindo sentar com o paciente que tu estás cuidando e conversar, e achei legal [...]. Quando eu cuidei do seu Z, estava conversando e fui ajudar a se trocar, vi um curativo antigo, de uma punção lombar, que ele não mostrou para ninguém. Como eu fiquei ali, conversando, e fui ajudar a trocar a camisa e coisa e tal, por ele ser independente e não pedir muito ajuda, por ser mais reservado, ficou aquele curativo ali, então, algumas coisas tu acabas se dedicando mais ao paciente. A gente acabou discutindo as coisas que a gente faz há muitos anos juntas e que a gente acabou se habituando a fazer o que gosta [...]. Então teve mais troca de informação (SE-17).

Em contrapartida, embora ocorresse o esforço e a disposição das equipes para fazer acontecer a distribuição das atividades, pelo modelo de cuidados integrais, sobressaíram da experiência os fatores limitantes para a manutenção deste modo de organização do trabalho no período noturno.

Uma primeira dificuldade, apontada pelos integrantes do estudo, diz respeito à inexperience, à falta de habilidade e agilidade para organizar o trabalho pelo modelo de cuidados integrais.

Mesmo com poucos pacientes graves foi bem apertado, talvez pela falta de prática. A gente não conseguiu se alimentar, os cuidados acabaram às 23 horas. [...] Foi bem corridinho. Falta habilidade em realizar os cuidados

prescritos dentro dos horários previstos, muitas vezes [todas], os funcionários sacrificaram o horário do lanche para dar conta da demanda do trabalho (SE-17).

Eu achava que nós não íamos dar conta, essa sensação eu tinha todos os dias ao término do plantão. Diferente da maneira que a gente estava acostumada a fazer. [...] ficava uma na medicação e não precisávamos entrar no posto para fazer a medicação, a gente pegava e fazia tudo o que tinha para fazer fora e ia mais rápido (SE-19).

Considerando o curto período em que a proposta foi vivenciada pelos trabalhadores, é compreensível que os integrantes da pesquisa tenham encontrado dificuldades para realizar o cuidado individualizado aos sujeitos hospitalizados. O modelo dos cuidados integrais demanda um tempo maior para a realização do trabalho, inerente à mudança de atividade, em contraposição à divisão do trabalho em atividades parcelares, em que a repetição de tarefas com manutenção do trabalhador, em uma mesma atividade, agiliza o trabalho.¹

Os aspectos positivos do modelo de cuidados integrais, no entanto, foram percebidos pelos trabalhadores e justificam o investimento em formas mais integradoras de cuidar. Enquanto a organização parcelar do trabalho estimula uma visão mecanicista do objeto de trabalho em saúde e reduz a criatividade e o envolvimento do trabalhador, distanciando-se da visão global do sujeito a ser cuidado e de suas necessidades; no modelo de cuidado integral, o foco do trabalho está no sujeito hospitalizado, e não apenas na tarefa a ser executada, intensifica-se o vínculo e a relação de confiança com este sujeito, gerando mais satisfação e segurança para todos os envolvidos.^{2,6}

Como entrave para a realização do cuidado integral, os trabalhadores que participaram do estudo apontaram o quantitativo de pessoal no período noturno e o quantitativo de cuidados, considerando, especialmente, os doentes acamados. Sobre esse aspecto, sugerem que um modo de viabilizar a distribuição das atividades pelo modelo de cuidados integrais, seria a alocação de mais um técnico de enfermagem no período noturno, uma vez que, possibilitaria, o trabalho em duplas, facilitando a organização do trabalho.

[Seria necessário o] aumento de mais um técnico de enfermagem para na hora das trocas, formarmos duplas para agilizar o cuidado [...]. Era uma demanda muito grande, foi o que eu senti [...] um peso muito grande, que eu saía muito cansada (SE-17).

Associada ao quantitativo de pessoal, existe uma concentração de atividades no período inicial, do turno noturno, e este, é um fator limitante para

a organização do trabalho, tanto no modelo de cuidado funcional, como no modelo de cuidados integrais. A maior parte dos cuidados diretos ao sujeito hospitalizado ocorre até a meia-noite. Após este horário, a equipe tem a preocupação em preservar o sono e o repouso do sujeito hospitalizado. Essa condição do trabalho noturno reduz o tempo necessário para realizar todas as tarefas.

A noite foi feita para dormir, [...] depois da meia-noite eles estão dormindo e a gente arrasta [móveis], liga a luz e abre a porta do banheiro. Não tem sentido [...]. À noite, a gente vai ficar fazendo barulho e mexendo nos pacientes até que horas? A gente dá preferência para até a meia-noite estar tudo pronto, só que o número de pacientes era tão grande que não estávamos conseguindo. [...] e aquilo ia se arrastando (SE-19).

Este aspecto do trabalho noturno não tem sido suficientemente abordado na literatura quando se trata da organização do trabalho da enfermagem. Na realidade estudada, nem mesmo os gestores têm discutido essa condição. Geralmente, a abordagem do trabalho noturno considera o montante de trabalho dividido na jornada de doze horas. A problemática do sono dos doentes é uma condição real, e alguns estudos têm destacado as queixas dos sujeitos hospitalizados, quando a equipe de saúde não observa o silêncio necessário para o repouso noturno.⁴

Outro aspecto limitador na organização do trabalho, pelo modelo de cuidados integrais, diz respeito à jornada de trabalho de doze horas de trabalho com intervalo de sessenta horas de descanso, bem como, o intervalo para o repouso dos trabalhadores de enfermagem no período noturno. Na instituição em estudo, a jornada de trabalho dos trabalhadores de enfermagem, no noturno, foi definida com base no entendimento sobre a interferência do trabalho noturno na fisiologia do trabalhador. Para os integrantes do estudo, a jornada de trabalho dificulta, também, que os trabalhadores conheçam todos os sujeitos hospitalizados, devido à rotatividade de internações. Neste sentido, afirmam que quando o trabalho é realizado pelo modelo de cuidados funcionais, o trabalhador, nas suas doze horas de trabalho, consegue ter um conhecimento mínimo de todos os sujeitos hospitalizados. No modelo de cuidados integrais, ele conhece apenas um pequeno número de sujeitos hospitalizados a cada plantão. Considerando a rotatividade das internações, o trabalhador tem a sensação de estar entrando em um ambiente “desconhecido”, uma unidade nova a cada plantão.

À noite, a gente trabalha uma noite sim e duas não. Eu gosto de entrar em todos os quartos, de dar boa-noite, conversar com todo mundo um pouquinho. Quando a gente está trabalhando no funcional, eu consigo fazer isso [...]. Então, o que eu notei nesses plantões, seguidos assim, eu não conheci todos os pacientes, por exemplo, quando eu vim no outro plantão, teve gente que foi de alta e eu não conheci (SE-17).

Aliado a esta problemática, da jornada de trabalho noturno, o repouso noturno dos trabalhadores aumenta a sensação de insegurança em relação aos cuidados que devem ser prestados a cada sujeito hospitalizado. Atuam no noturno quatro trabalhadores de enfermagem, sendo um enfermeiro e três auxiliares e/ou técnicos de enfermagem. O repouso é organizado após a meia-noite, de modo que dois trabalhadores descansam, enquanto os outros dois assumem o cuidado de todos os sujeitos hospitalizados. Essa condição dificulta a distribuição das atividades pelo modelo de cuidado integral, pois, neste momento, os trabalhadores assumem todos os sujeitos hospitalizados, mesmo aqueles que não conhecem. Isso é considerado negativo, tanto para o trabalhador, como também para o sujeito hospitalizado, que de um momento para o outro, em meio à madrugada, quando está sonolento, vê aparecer a sua frente alguém que nem sabia que estava de trabalho.

Ao realizar o cuidado integral [...] perdemos a noção do todo e demoramos mais para conhecer todos os pacientes internados [...]. Alguns pacientes só tiveram contato com o funcionário na madrugada, podendo causar certa insegurança ou ansiedade no paciente. Na madrugada, o doente X, que tinha antibiótico às duas [horas] e que já me conhecia, disse assim: nem sabia que tu estavas aqui hoje, tu não veio aqui. Ele fez este comentário porque eu não tinha entrado no quarto ainda eram duas horas da manhã [...] ele estranhou. Outro doente, quando fui fazer o antibiótico das duas, disse: ‘de onde você surgiu?’ (SE-17).

[Na] volta do repouso, passa o plantão das intercorrências e é muito ruim você assumir uma unidade inteira, sem ter uma noção de tudo o que aconteceu com os pacientes (SE-2).

Os aspectos identificados pelos trabalhadores do turno noturno, como limitadores da organização do trabalho, pelo modelo de cuidados integrais, levaram os trabalhadores a perceber situações negativas para si, como o aumento da carga de trabalho e o desgaste físico e psíquico para efetivar esta forma de cuidado.

Fica mais cansativo. Como vou dizer... fica mais pesado, porque as coisas ficam mais picadas, é como

se tivesse que fazer mais coisas, tens que dar conta de mais coisas mesmo. No funcional, no nosso plantão, é diferente, porque a gente sabe que os três se ajudam, a gente chegou em uma sintonia que a gente consegue trabalhar os três juntos, muito bem (SE-3).

Grande parte dos estudos que trata do trabalho noturno na enfermagem com abordagem na ergologia e na saúde do trabalhador, relaciona seus efeitos na alteração dos hábitos de sono, e nas implicações no desgaste do trabalhador.¹⁴⁻¹⁵

Percebe-se no hospital em estudo, certa desvalorização do trabalho noturno, tanto pelos gestores da instituição, como pelos profissionais que atuam no diurno. O trabalho noturno é percebido como um trabalho mais leve, de menor compromisso. Essa percepção acerca do trabalho noturno é sentida pelos trabalhadores de enfermagem que atuam no período da noite, e não contribui para pensar alternativas mais integradoras de organização do trabalho. Entende-se que, apesar de suas especificidades, o trabalho noturno é muito semelhante ao trabalho diurno, pois mantém os mesmos objetivos e compromissos: garantir uma assistência de qualidade ao sujeito hospitalizado. Sendo assim, promover mudanças no trabalho noturno, talvez seja uma tarefa mais difícil e lenta, e que exige envolvimento da instituição e dos trabalhadores.

A abordagem ergológica sobre o trabalho traz significativa contribuição para compreender as questões levantadas pelos integrantes do estudo. A gestão do trabalho não pode ser dissociada da gestão que cada trabalhador faz de si mesmo. Existe, em cada situação, a vontade dos sujeitos, determinando a cooperação que estabelecem entre si, as quais podem determinar o sucesso ou o fracasso de uma determinada experiência.¹⁴ Toda gestão supõe escolhas, arbitragens, uma hierarquização de atos e de objetivos, portanto, de valores em nome dos quais essas decisões se elaboram.¹⁵ Na execução da atividade, sempre há variabilidade na gestão do trabalho por parte de quem o realiza. A atividade é resultado de muitos compromissos: a cadência de trabalho, os múltiplos incidentes a resolver, a gestão das obrigações colocadas por regras e valores. Para o autor, todo trabalho é sempre uso de si, considerando, ao mesmo tempo, o uso de si por outros e o uso de si por si.¹⁵ O uso de si, significa dizer que o trabalho é local de problema, de uma tensão, um espaço de possíveis situações negociáveis. A tarefa cotidiana requer recursos e capacidades infinitamente mais vastas do que aquelas que são explicitadas.¹⁴⁻¹⁵

No entanto, nestes espaços, os trabalhadores, ao avaliarem as possibilidades de mudança, consideram as condições existentes, os limites e potencialidades da mudança - levando em conta aquilo que conhecem, as vivências individuais e coletivas, e o quanto vão ter que dar de si, em prol das novas possibilidades. As escolhas contecem, também, considerando o menor desgaste para si e para o grupo. Neste processo, o trabalhador considera valores que adota em sua prática e na enfermagem.

A visão do ser humano integral é um valor da profissão, incutido desde a formação, independentemente do modelo de organização do trabalho. Essa visão, passada na formação profissional, interfere na percepção que o trabalhador faz de sua prática. Mesmo entendendo a lógica da divisão parcelar do trabalho, no imaginário coletivo, a visão de que "no nosso trabalho não acontece assim" é defendida pelos trabalhadores e justifica a não-adoção dos cuidados integrais e a falta de visualização de outras propostas de organização do trabalho coletivo.

Se for verdade que o número de trabalhadores no período noturno é insuficiente, e que o repouso dos sujeitos hospitalizados e dos próprios trabalhadores inviabiliza a distribuição das atividades no modelo de cuidado integral, não seria possível pensar em estabelecer dois turnos de trabalho neste período? Não seria procedente a organização dos trabalhadores para conquistar condições de trabalho que possibilitassem um cuidado mais integrador ao sujeito hospitalizado? Muitas propostas de viabilização desta prática podem surgir por meio da ação dos próprios trabalhadores, assim como pela gestão das instituições.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados do estudo evidenciam possibilidades de efetuar mudanças na realidade, com construção de modos mais integradores de cuidar em enfermagem. Apesar dos limites para desenvolver as ações propostas na prática, e das dificuldades apontadas pelos integrantes do estudo, percebeu-se, durante o processo de pesquisa, que os mesmos estiveram abertos às propostas, pensaram e fizeram acordos entre si que possibilitaram repensar a assistência de enfermagem e o próprio trabalho.

Nesta perspectiva, todos os turnos de trabalho experimentaram possibilidades de organização do trabalho que se aproximam do modelo

de cuidados integrais e, ao final do processo, mudanças foram mantidas no cotidiano, tais como: o cuidado integral ao sujeito hospitalizado com insulino-terapia; a organização do trabalho, segundo o modelo de cuidados integrais, conforme o grau de dependência do sujeito hospitalizado, e a organização e registro das atividades de enfermagem no prontuário do sujeito hospitalizado.

Mesmo na situação do trabalho noturno, em que as limitações mostraram-se maiores que a capacidade dos trabalhadores para realizar as mudanças, o processo, gerou, entre eles, a necessidade de investir no cotidiano, buscando alternativas de trabalho que os aproximassem dos sujeitos hospitalizados e de suas necessidades. O processo crítico-reflexivo e a experimentação de propostas mais integradoras de realização do trabalho os fez retomar valores da própria profissão, adquiridos na formação, como, por exemplo, assistir o sujeito hospitalizado como um ser único, o que demanda uma atenção mais integradora.

As dificuldades percebidas pelos integrantes da pesquisa, na adoção do modelo de cuidados integrais, não os impediu de reconhecer as potencialidades deste modo de organização do trabalho. A concretização das mudanças na realidade, portanto, poderão ocorrer pela intensificação de processos reflexivos e melhorias nas condições de trabalho.

REFERÊNCIAS

1. Graça L. Novas formas de organização do trabalho. Parte I. 2002. [acesso 2011 Out 15]. Disponível em: <http://www.ensp.unl.pt/lgraca/textos164.html>
2. Pires DEP. Reestruturação produtiva e trabalho em saúde no Brasil. 2ª ed. São Paulo (SP): Annablume; 2008.
3. Conselho Regional de Enfermagem-SC. Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem. Série Cadernos Enfermagem: consolidação da legislação e ética profissional, vol 1, Florianópolis (SC): Conselho Regional de Enfermagem-SC; 2008-1.
4. Matos E. Novas formas de organização do trabalho e aplicação na enfermagem: possibilidades e limites [dissertação]. Florianópolis (SC): Universidade Federal de Santa Catarina, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem; 2002.
5. Matos E, Pires DEP. Práticas de cuidado na perspectiva interdisciplinar: um caminho promissor. *Texto Contexto Enferm*. 2009 Abr-Jun; 18(2):338-46.
6. Costa JS. Métodos de prestação de cuidados [página da internet]. 2004 [acesso 2010 Jul 10]. Disponível em www.ipv.pt/millennium/Millennium30/19.pdf
7. Matos E, Pires DEP. Teorias administrativas e organização do trabalho: de Taylor aos dias atuais, influências no setor saúde e na enfermagem. *Texto Contexto Enferm*. 2006 Jul-Set; 15(3):508-14.
8. Moraes GSN, Costa SFG, Fontes WD, Carneiro AD. Comunicação como instrumento básico no cuidar humanizado em enfermagem ao paciente hospitalizado. *Acta Paul. Enferm*. 2009 Mai-Jun; 22(3):323-7.
9. Trentini M, Paim L. Pesquisa convergente-assistencial: um desenho que une o fazer e o pensar na prática assistencial em saúde-enfermagem. 2ª ed. Florianópolis (SC): Insular; 2004.
10. Ministério da Saúde (BR). Conselho Nacional de Saúde, Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. Resolução 196/96 de 10 de outubro de 1996: diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília (DF): MS; 1996.
11. Campos GWS. Subjetividade e administração de pessoal: considerações sobre modos de gerenciar o trabalho em equipes de saúde. In: Mehry EE, Onocko R: organizador. *Praxis en salud: um desafio para lo publico*. São Paulo (SP): Hucitec; 1997.
12. Matos E, Pires DEP, Campos GWS. Relações de trabalho em equipes interdisciplinares: contribuições para novas formas de organização do trabalho em saúde. *Rev Bras Enferm*. 2009 Nov-Dez; 62(6):863-9.
13. Setz VG, D'Innocenzo M. Avaliação da qualidade dos registros de enfermagem no prontuário por meio da auditoria. *Acta Paul. Enferm*. 2009 Jun; 22(3):313-7.
14. Muniz H, Vidal MC, Vieira S. Os ingredientes da competência na gestão da assistência em uma enfermagem hospitalar. In: Figueiredo M, Athayde M, Brito J, Alvarez D, organizadores. *Labirintos do trabalho: interrogações e olhares sobre o trabalho vivo*. Rio de Janeiro (RJ): P&A; 2004. p. 322-44.
15. Schwartz I. Trabalho e gestão: níveis, critérios, instâncias. In: Figueiredo M, Athayde M, Brito J, Alvarez D, organizadores. *Labirintos do trabalho: interrogações e olhares sobre o trabalho vivo*. Rio de Janeiro (RJ): DP&A; 2004. p.23-34.