

Perfil dos recursos humanos das unidades de terapia intensiva neonatal de Cuiabá, MT

Profile of human resources for neonatal intensive care units of Cuiaba, MT

Perfil de los recursos humanos de las unidades de terapia intensiva neonatal de Cuiabá, MT

Rossana Marchese Bittencourt^I, Maria Aparecida Gaiva^{II}, Michelly Kim de Oliveira Rosa^{III}

^I Aluna do curso de graduação em Enfermagem, Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal do Mato Grosso (UFTM). Cuiabá, MT, Brasil. E-mail: rossana.mb@terra.com.br.

^{II} Enfermeira, Doutora em Enfermagem. Professora Adjunto, Faculdade de Enfermagem, UFTM. Cuiabá, MT, Brasil. E-mail: mamgaiva@yahoo.com.br.

^{III} Enfermeira, Mestre em Enfermagem. Secretária Municipal de Saúde de Cuiabá, Cuiabá, MT, Brasil. E-mail: kim_ufmt@yahoo.com.br.

RESUMO

A assistência prestada ao recém-nascido em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) é complexa e exige tecnologias e estrutura adequada. Porém, para que efetivamente esta assistência seja de qualidade, torna-se mister recursos humanos altamente capacitados. Este estudo teve como objetivo traçar o perfil dos recursos humanos alocados nas UTIN de Cuiabá/MT. Pesquisa descritiva de caráter quantitativo. Os dados foram coletados em agosto e setembro de 2008, por meio da aplicação de questionário aos profissionais de enfermagem. O conteúdo foi analisado, através de gráficos e tabelas, tomando por base as normatizações para a assistência ao recém-nascido. Os resultados mostraram que os turnos da manhã e da tarde possuem maior número de profissionais de todas as categorias assistenciais; nem todas as UTIN possuem o enfermeiro responsável técnico, o psicólogo e o pediatra diarista todos os dias. Há um percentual considerável de profissionais de enfermagem com jornada de 40 horas semanais. A maioria dos técnicos/auxiliares de enfermagem possui remuneração de um a dois salários mínimos, e os enfermeiros de quatro a cinco salários. Conclui-se que a equipe de enfermagem corresponde a 70% da equipe de saúde e que a maioria dos serviços estudados não possui todos os profissionais recomendados pelas normatizações.

Descritores: Unidades de Terapia Intensiva Neonatal; Equipe de Enfermagem; Recursos Humanos; Recém-Nascido.

ABSTRACT

The assistance to newborns in a Neonatal Intensive Care Unit (NICU) is complex and requires technologies and adequate infrastructure. But for this assistance becomes effectively good, it is necessary highly qualified human resources. This is a descriptive study of quantitative character that aims at tracing the profile of the human resources set at the Neonatal Intensive Care Units (NICU) in Cuiabá/MT. Data were collected in August and September 2008, by means of the application of a questionnaire to nurses. The content was analyzed through graphs and tables, based on the norms for care to the newborn. The results showed that the morning and afternoon shifts have more professionals of all categories of assistance; not all NICUs have a nurse specifically responsible for the unit, and have daily a psychologist and second pediatrician. There is a considerable percentage of nursing personnel working 40 hours per week. Most nursing technicians / nursing assistants earn one or double minimum wage, and nurses earn from four to five minimum wages. It is concluded that the nursing staff represents 70% of the healthcare team and that most services have not the professionals recommended by the norms.

Descriptors: Intensive Care Units, Neonatal; Nursing, Team; Human Resources; Infant, Newborn.

RESUMEN

Asistencia a los recién nacidos en una Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN) es complejo y requiere una tecnología e infraestructura adecuada. Pero para que esta asistencia sea realmente de calidad es necesario recursos humanos altamente calificados. Tratase de una pesquisa descriptiva de carácter cuantitativo cuyo objetivo fue trazar el perfil de los recursos humanos alocados en las Unidades de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) de Cuiabá/MT. Los datos fueron colectados a través de la aplicación de cuestionario junto a los profesionales de enfermería. Los resultados mostraron que pela mañana y la tarde hay mayor número de profesionales de todas las categorías; no todas las unidades de este tipo tiene pediatra diarista, psicólogo y enfermero jefe. Hay una porcentaje considerable de profesionales de enfermería con jornada de 40 horas semanales. La mayoría de los técnicos/auxiliares de enfermería tuvo pago de servicios de uno a dos salarios mínimos, y los enfermeros de cuatro a cinco salarios. Concluyese que la equipo de enfermería corresponde a 70% de la equipo de salud y que la mayoría de los servicios estudados no tiene todos los profesionales recomendados por las normatizaciones.

Descriptores: Unidades de Terapia Intensiva Neonatal; Grupo de Enfermería; Recursos Humanos; Recién Nacido.

INTRODUÇÃO

A mortalidade infantil reflete as condições socioeconômicas e de saúde de uma população. No Brasil, a mortalidade infantil vem reduzindo-se nos últimos anos. No entanto, o componente neonatal deste indicador, principalmente o neonatal precoce, continua elevado⁽¹⁾. No Brasil e região Centro-Oeste, em 2008, a mortalidade neonatal foi de 10,24 por 1.000 nascidos vivos (n.v) e 9,72 por 1.000 n.v, respectivamente. No Estado de Mato Grosso e no município de Cuiabá/MT não foi diferente, em 2008 a taxa de mortalidade neonatal foi de 10,67 e 10,64 por 1.000 nascidos vivos, respectivamente⁽²⁾. A principal causa de óbito neonatal, nesses locais, foram as afecções originadas no período perinatal, que são complicações relacionadas com a gestação e o parto⁽²⁾. Os elevados índices de mortalidade neonatal refletem as condições da assistência neonatal/perinatal e a organização dos serviços neonatais na maioria das regiões do país⁽¹⁾.

A assistência neonatal passou, nos últimos anos, por mudanças significativas. Houve uma reorganização, tanto na área de recursos humanos, formadas por equipes multiprofissionais especializadas, como na instalação de unidades neonatais aperfeiçoadas, que, somadas ao avanço tecnológico, vem melhorando a qualidade da assistência prestada, resultando na sobrevida dos recém-nascidos de alto-risco e de prematuros com idade gestacional e peso cada vez menores⁽³⁾.

A UTI é um local de grande especialização e tecnologia, onde se presta cuidados altamente complexos, identificado como espaço laboral destinado a profissionais da saúde, principalmente médicos e enfermeiros, possuidores de grande aporte de conhecimento, habilidades e destreza para a realização de procedimentos⁽⁴⁾. Nesse sentido, subentende-se que, os profissionais que atuam nessas unidades, necessitam ser altamente capacitados para tal cuidado, pois constantemente, podem se defrontar com situações cujas decisões definem o limite entre a vida ou a morte dos recém-nascidos⁽⁵⁾.

Para garantir uma boa qualidade na atenção ao recém-nascido, não é suficiente a organização e estruturação da rede de atenção que possibilita o acesso universal da população aos serviços e unidades com estrutura adequada, mas igualmente importante é o investimento em recursos humanos qualificados e a educação permanente deles⁽⁶⁾.

Estudo realizado na UTIN de um hospital materno-infantil no Rio de Janeiro, aponta que a falta de recursos materiais adequados articulados com a escassez da força de trabalho qualificada e o pouco investimento em educação continuada ou educação permanente nas UTI, especialmente a neonatal, dificultam o processo de trabalho em relação à qualidade da atenção prestada e até mesmo a humanização da assistência, o que é imprescindível para a recuperação dos recém-nascidos⁽⁷⁾.

Nos serviços de saúde, os processos educativos visam ao desenvolvimento dos profissionais por uma série de atividades genericamente denominadas de capacitações, treinamentos e cursos emergenciais ou pontuais, estruturados e contínuos. Na área da saúde e mais especificamente da enfermagem, a educação continuada e a educação permanente, é preocupação mundial contribuindo para a transformação da práxis dos trabalhadores de enfermagem, pois provocam debates e propostas acerca do movimento rico em possibilidades de melhorar a qualidade dos serviços e de desenvolvimento pessoal e institucional⁽⁸⁻⁹⁾.

É necessário ater-se não somente à qualificação dos trabalhadores, mas também à quantificação desses para o desenvolvimento das atividades legalmente previstas. Nesse sentido, o número adequado de profissionais da equipe é indispensável para o cuidado de qualidade e faz parte da estrutura do serviço que contribui para a obtenção ou manutenção de condições favoráveis no ambiente de trabalho⁽⁵⁾.

No Brasil, apesar de toda regulamentação acerca da assistência neonatal, as UTIN têm dificuldade em atender as exigências mínimas definidas pelo Ministério da Saúde e muitas delas funcionam de maneira precária. Há que se destacar também, que muito pouco se conhece sobre a distribuição, estrutura (recursos humanos) e organização, desses serviços em nosso país⁽³⁾.

Considerando as altas taxas de mortalidade neonatal no município de Cuiabá/MT, o aumento crescente de unidades intensivas voltadas para o atendimento ao recém-nascido nessa localidade e a importância dos profissionais de saúde para a qualidade da atenção ao neonato é que propusemos o referido estudo, cujo objetivo foi traçar o perfil dos recursos humanos das UTIN privadas e públicas, da capital do Estado de Mato Grosso, Cuiabá, em relação à composição e ao quantitativo da equipe de saúde, e caracterizar os trabalhadores de enfermagem quanto à jornada de trabalho, contingente, remuneração, vínculo institucional, tempo de formação, tempo de trabalho nas UTIN, experiência profissional e pós-graduação.

MÉTODO

Estudo descritivo com abordagem quantitativa, realizado em instituições hospitalares, públicas e privadas de Cuiabá/MT, que possuem UTIN. A identificação inicial destas instituições foi realizada a partir das informações do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES). Em seguida, confirmamos este cadastro com a Secretaria Municipal de Saúde (SMS) e com os registros de cooperativas médicas privadas do município. Segundo essas fontes, existiam em Cuiabá/MT, até o momento da coleta de dados, 13 instituições que prestavam assistência hospitalar ao neonato no município, sendo que, destas, oito possuem o serviço de UTIN. Uma instituição não aceitou participar da pesquisa. A amostra foi constituída por sete unidades: duas públicas, duas privadas não conveniadas ao SUS e três privadas conveniadas ao SUS.

A coleta de dados foi realizada no período de agosto a setembro de 2008, por meio da aplicação de dois questionários, com questões abertas e fechadas. O primeiro foi respondido pelos enfermeiros responsáveis, e continha questões gerais sobre a composição da equipe de saúde da UTIN, enquanto que o segundo questionário foi aplicado junto à equipe de enfermagem (técnicos/auxiliares e enfermeiros), e dispunha de perguntas sobre a caracterização da equipe de enfermagem, tais como jornada e turnos de trabalho, quantitativo de profissionais, remuneração salarial, vínculo institucional, tempo de formação e de trabalho na UTIN, entre outros. Participaram dessa segunda etapa do estudo 31 enfermeiros, 99 técnicos de enfermagem e 17 auxiliares, totalizando 147 profissionais.

O instrumento de coleta de dados teve por base as recomendações do Ministério da Saúde e entidades de categorias profissionais, através dos seguintes documentos: Política Nacional de Atenção ao Paciente Crítico⁽⁴⁾, Portaria GM/MS nº 3432/98⁽¹⁰⁾, portaria GM/MS nº 332/2000⁽¹¹⁾;

Portaria nº 466/98 da Associação Brasileira de Medicina Intensiva⁽¹²⁾ e as recomendações da Sociedade Brasileira de Pediatria sobre infra-estrutura para os serviços de atenção ao recém-nascido⁽¹³⁾.

O presente estudo faz parte de um projeto aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Júlio Müller, Parecer nº 478/CEP/HUJM/08. A coleta de dados foi realizada após a apresentação dos objetivos da pesquisa aos participantes e anuência destes, demonstrada pela assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, em respeito aos princípios éticos da pesquisa com seres humanos.

Os dados quantitativos foram organizados e apresentados em tabelas e gráficos, utilizando os programas Word e Excel. O conteúdo foi analisado tomando por base as normatizações do Ministério da Saúde, da Associação Brasileira de Medicina Intensiva e da Sociedade Brasileira de Pediatria para a assistência ao recém-nascido, citados anteriormente.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Das sete instituições que compõem a amostra do estudo observou-se um maior número das UTIN de direito privado conveniadas ao SUS (43%), se comparadas às unidades públicas (28,5%) e privadas não conveniadas ao SUS (28,5%).

Ao classificar as UTIN de acordo com o número de leitos, observou-se que nenhuma delas continha menos de

cinco leitos em sua área coletiva de tratamento, sendo que 57% das UTIN possuíam de 5 a 10 leitos neonatais, e 43% das unidades possuíam mais de 10 leitos. De acordo com a Portaria nº 466 da AMIB, o número mínimo de leitos/incubadora para uma UTI é cinco⁽¹²⁾.

Das sete UTIN pesquisadas, duas (28,5%) eram mistas, atendendo a crianças desde o período neonatal até a adolescência, com a UTI neonatal e a Unidade Terapia Intensiva Pediátrica (UTIP) localizadas no mesmo espaço físico, apenas separadas por divisórias, sendo que algumas áreas assistenciais, como posto de enfermagem e local para guarda de materiais, eram comuns para ambas. Em relação à fonte mantenedora das UTI mistas, uma é privada não-conveniada ao SUS, e a outra é privada conveniada ao SUS. Cabe destacar que os profissionais: enfermeiro, médico, fisioterapeuta e médico responsável técnico – RT são os mesmos para as duas unidades. Entretanto, os técnicos/auxiliares de enfermagem atuam somente na UTIN ou na UTIP, a depender da demanda de pacientes nos diferentes turnos.

Quanto aos recursos humanos das UTIN estudadas, os dados serão apresentados considerando inicialmente a equipe de saúde e, posteriormente, de forma mais detalhada, os profissionais de enfermagem. A Tabela 1 demonstra a distribuição das UTIN em relação à presença dos profissionais da equipe de saúde nos turnos de trabalho.

Tabela 1: Distribuição das UTIN segundo a presença dos diferentes profissionais nos três turnos de funcionamento do setor. Cuiabá, MT, 2008

Profissionais	Pública (n= 2)			Privada conveniada ao SUS (n=3)			Privada não conveniada ao SUS (n=2)		
	M	T	N (%)	M	T	N (%)	M	T	N (%)
Enfermeiro RT	1	1	0	3	1	0	1	1	0
	50	50	100,0	100,0	33,3	100,0	50	50	100
Enfermeiro assistencial	2	2	2	3	3	3	2	2	2
	100,0	100	100	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100
Técnico de enfermagem	2	2	2	3	3	3	2	2	2
	100,0	100	100	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100
Auxiliar de enfermagem	1	1	1	1	0	0	1	1	1
	50	50	50	33,3	0	0	50	50	50
Médico RT	2	0	0	3	1	0	2	1	0
	100,0	0	0	100,0	33,3	0	100,0	50	0
Pediatria plantonista	2	2	2	3	3	3	2	2	2
	100,0	100	100	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100
Medico diarista	2	0	0	2	0	0	2	0	0
	100,0	0	0	50	0	0	100,0	0	0
Fisioterapeuta	2	2	1	3	2	2	2	2	2
	100,0	100	50	100,0	50	50	100,0	100,0	100
Profissional de limpeza exclusivo	2	2	1	3	3	3	2	2	2
	100,0	100	50	100,0	100,0	100,0	100,0	100	100
Auxiliar administrativo/secretário	1	1	0	2	0	0	1	1	0
	50	50	0	50	0	0	50	50	0

O enfermeiro RT não está presente em nenhum dos serviços durante o turno da noite, e uma instituição pública não possui este profissional. O médico diarista não está presente apenas em um hospital privado conveniado ao SUS, sendo que o turno que prevaleceu para este profissional foi o da manhã. Todas as UTIN possuem médico RT, porém, na maioria delas, este profissional estava presente somente no período matutino.

Resultado diferente foi encontrado em uma pesquisa realizada nas UTIN de São Paulo, aonde 25% das unidades possuíam o médico RT em tempo integral, porém 75%

possuíam o médico diarista⁽¹⁴⁾. O fisioterapeuta está disponível em todas as unidades nos três turnos, contudo, em algumas UTIN, no período noturno ele permanece apenas até as 23 horas. Nem todas as UTIN possui profissional de limpeza exclusivo nas 24 horas e auxiliar administrativo. Resultado semelhante foi encontrado no estudo de São Paulo, aonde verificou a presença do auxiliar de limpeza nas 24 horas em 96,5% das unidades estudadas⁽¹⁴⁾.

Além dos profissionais citados na Tabela 1, que fazem parte da equipe básica exigida pela Portaria nº 466 da

AMIB⁽¹²⁾, existem ainda aqueles que contribuem para a assistência, como o nutricionista, o psicólogo e o fonoaudiólogo. Nos hospitais estudados, o nutricionista faz parte da equipe do hospital e atua na UTIN no período diurno. O psicólogo para a equipe e para a família da criança está presente em apenas um hospital público, e também faz parte da equipe do hospital, sendo solicitado quando necessário. O fonoaudiólogo comparece quando necessário para realizar avaliação do paciente. No estudo realizado em São Paulo, 65,9% dos serviços estudados possuíam o profissional psicólogo em seu quadro⁽¹⁴⁾.

Em relação à composição da equipe multiprofissional das UTIN, verificou-se maior presença de todos os componentes da equipe assistencial nos períodos matutino e vespertino.

Cabe ressaltar que algumas UTIN estudadas não possuem todos os profissionais da equipe de saúde em seu quadro. As normatizações do Ministério da Saúde e recomendações dos órgãos profissionais definem que a equipe básica de uma UTIN deve ser composta por um médico RT, o enfermeiro RT, um médico diarista e um fisioterapeuta, para cada 10 leitos nos turnos matutino e vespertino; um médico plantonista e enfermeiro exclusivo para até 10 leitos nas 24 horas, um auxiliar/técnico de enfermagem para cada dois leitos por turno, e um funcionário de limpeza exclusivo^(4,10-13). Outros profissionais devem fazer parte da equipe de uma UTIN, tais como assistente social, psicólogo, terapeuta ocupacional, fonoaudiólogo, além de médicos de outras especialidades, para atender a solicitações de parecer^(4,12).

Outro ponto preocupante em relação aos recursos humanos é a presença do enfermeiro RT em cinco (71%) das UTIN estudadas, e, na maioria delas, este profissional estava presente somente em um dos turnos, matutino ou vespertino. Do mesmo modo, quando buscamos outros estudos que levantaram os recursos humanos em unidades de terapia intensiva, observamos que essa realidade não é muito diferente da encontrada, como podemos citar a pesquisa realizada em UTIN e pediátricas da cidade de São Paulo, que demonstrou a presença do enfermeiro RT em 59,5% das UTIN estudadas⁽¹⁴⁾.

A não existência do psicólogo na maioria das UTIN também é um aspecto a destacar-se, apesar deste profissional não fazer parte da equipe básica. Segundo as normatizações do Ministério da Saúde^(4,10-11), da AMIB⁽¹²⁾ e SBP⁽¹³⁾, este profissional desempenha papel fundamental na equipe de saúde, devido ao estresse que o trabalho em uma UTIN acarreta, tanto para os membros da equipe quanto para os familiares.

O total do quantitativo de profissionais de saúde das UTIN estudadas foi de 256, destes, 31,2% (80) estão concentrados nas UTIN públicas, 46,4% (119), na rede privada conveniada ao SUS e 26,9% (69) na rede privada não conveniada ao SUS. Vale ressaltar que do total de profissionais, 75% (192) são da equipe de enfermagem, destes, o mais prevalente é o técnico de enfermagem (50,8%). O pediatra é o segundo profissional mais presente (22,2%), seguido do enfermeiro assistencial (13,2%), auxiliar de enfermagem (8,9%) e o médico diarista (4,3%). O menos frequente é o enfermeiro RT (1,9%) (Tabela 2).

Tabela 2: Quantitativo dos profissionais da equipe de enfermagem e médica das UTIN, segundo a fonte mantenedora. Cuiabá, MT, 2008

Profissionais	Pública (n= 2)	Privada conveniada ao SUS (n=3)	Privada não conveniada ao SUS (n=2)	Total N (%)
Enfermeiro RT	01	03	01	05 (1,9)
Enfermeiro*	10	15	09	34 (13,2)
Téc. Enf.	34	63	33	130(50,8)
Aux. Enf.	09	08	06	23 (8,9)
Médico RT	02	04	02	08 (3,1)
Pediatra	20	22	15	57 (22,2)
Médico diarista	04	04	03	11 (4,3)
Total	80	119	69	256(100,0)

* Enfermeiro responsável pela assistência de enfermagem.

Nota: Esses dados foram computados a partir das informações fornecidas pelos enfermeiros responsáveis pelas UTIN.

O quantitativo maior de profissionais, nas UTIN, é de técnicos de enfermagem, seguido do pediatra, enfermeiro assistencial, auxiliar de enfermagem e médico diarista; do total de profissionais, os mais prevaletentes foram os da área de enfermagem. Situação semelhante foi encontrada no estudo realizado nas UTI Pediátricas e Neonatais do município de São Paulo⁽¹⁴⁾.

A relação numérica de enfermeiros/paciente não é uniforme. Nas UTIN públicas, a relação foi de 1:10 (2;100%), nas UTIN privadas não-conveniadas ao SUS foi de 1:12 (01;50%) e 1:6 (01;50%) e, nas UTIN privadas conveniadas ao SUS, prevaleceu a relação de 1:25 (2;66,7%) e 1:6 (1;33,3%). Para os técnicos/auxiliares de enfermagem prevaleceu a relação de 1:2 em todas as UTIN públicas e em uma UTIN privada não-conveniadas ao SUS; porém, duas (66,7%) UTIN privadas conveniadas ao SUS e uma UTIN privada não-conveniada ao SUS possui a relação de 1:3, em todos os turnos.

Em São Paulo também foi verificado esta realidade, e embora o percentual de enfermeiros nas 24h nas unidades

tivesse sido elevado (96,5%), uma porcentagem menor respeitavam a relação de 1:10 leitos (72,3%)⁽¹⁴⁾.

Pesquisa realizada no Rio de Janeiro, também demonstra que a UTI neonatal trabalha com um déficit de profissionais, principalmente da enfermagem, aonde a relação técnico/paciente foi de 1:3, provocando uma sobrecarga de trabalho, o que interfere diretamente na qualidade da produção de cuidados⁽⁷⁾. O estudo conclui que a capacidade de admissão de recém-nascidos encontra-se além da oferta oficial, ou seja, existem mais recém-nascidos que necessitam de cuidados do que profissionais disponíveis para suprir suas necessidades de saúde.

Em um estudo realizado em 69 UTI da Inglaterra, que objetivou estudar a relação entre a sobrevivência de pacientes críticos e a força de trabalho da enfermagem e médicos, mostrou que a taxa de sobrevivência desses pacientes esteve diretamente ligada ao adequado dimensionamento do pessoal de enfermagem e médicos, não acarretando sobrecarga de trabalho, com melhora da qualidade da assistência. Por outro lado, a mortalidade foi

associada com a alta carga de trabalho, em consequência do número reduzido desses profissionais. Do total de UTI estudadas, apenas quatro tinham o quadro de enfermagem completo nos três turnos, considerado aceitável para prestar uma assistência de enfermagem⁽¹⁵⁾.

Para prestarmos uma assistência de qualidade aos bebês internados em UTIN não basta dispormos de alta tecnologia de procedimentos e equipamentos, são necessários, também, investimentos na equipe de enfermagem. Autores complementam que, nenhuma tecnologia dura pode compensar a insuficiência de profissionais devidamente capacitados⁽¹⁵⁾.

A relação enfermeiro/paciente, nas UTIN estudadas, foi divergente, estando de acordo com as normatizações somente nos hospitais públicos. Quanto aos técnicos, essa relação foi mais uniforme, sendo que na maioria das UTIN, a relação era de um profissional para cada dois leitos. Segundo o Ministério da Saúde, a relação profissional/paciente deve ser de 1:10 para o enfermeiro assistencial e 1:2 para os técnicos/auxiliares de enfermagem^(4,10-13).

O trabalho na UTI implica em elevada carga de trabalho devido à alocação de pacientes vulneráveis, sujeitos às constantes alterações hemodinâmicas e iminentes risco de morte, os quais exigem cuidados complexos, atenção ininterrupta e tomada de decisões imediatas⁽⁵⁾. Além disso, a própria evolução da tecnologia impõe processos de trabalhos de alta densidade revestidos de componentes cognitivos complexos e que podem acarretar em sobrecargas mentais nos trabalhadores⁽¹⁶⁾.

O processo de trabalho na UTI neonatal é desgastante e pode ser fonte de sofrimento para o profissional de saúde, devido a sobrecarga de trabalho articulado com a insuficiência de recursos humanos e superlotação das unidades, aonde esses profissionais, muitas vezes, sequer conseguem ter uma pausa para o almoço ou descanso. Esses fatores acabam por influenciar de maneira negativa a qualidade da assistência prestada⁽⁷⁾.

Nesse sentido, a adequação quantitativa de profissionais de enfermagem pode possibilitar menor incidência de agravos à saúde dos trabalhadores devido à redução da sobrecarga de trabalho e, conseqüentemente, menores riscos à saúde da clientela, propiciando uma assistência de qualidade⁽⁵⁾.

Cabe ainda ressaltar que 28,5% (02) das UTIN estudadas são mistas, ou seja, neonatal e pediátrica, e que alguns profissionais, como o enfermeiro, atua nas duas unidades. O fato de este profissional atuar em duas UTI ao mesmo tempo pode aumentar a sobrecarga física e mental no trabalho, em vista da demanda de cuidados de enfermagem que os pacientes, tanto o neonatal como o pediátrico, exigem.

Em relação aos técnicos e auxiliares de enfermagem, essa situação de atuação dupla é menos freqüente, uma vez que a distribuição destes profissionais é feita de acordo com a demanda de pacientes e de cuidados nas UTI; no entanto quando ambas UTI estão com todos os seus leitos ocupados, a relação de profissional/paciente fica prejudicada.

Quanto à qualificação profissional, todos os médicos RT detêm curso de especialização em UTI ou UTIN. Todos os enfermeiros RT também possuem curso de pós-graduação *lato sensu*, mas a maioria, em outras áreas que não a neonatal.

Quanto à capacitação após a graduação, 22,2% dos enfermeiros assistencialistas das UTIN públicas possuem curso de pós-graduação *lato sensu*, e 55,5% o estão cursando. Nas UTIN privadas conveniadas ao SUS, 53,3% dos enfermeiros têm pós-graduação *lato sensu* e, nas UTIN privadas não-conveniadas ao SUS, 62,5% dos enfermeiros já concluíram esse nível de pós-graduação.

Os cursos de especialização mais realizados pelos enfermeiros foram os de auditoria em sistemas de saúde e saúde pública. Cabe ressaltar que, no momento da coleta de dados, 11 enfermeiros estavam cursando especialização em UTI neonatal, e outros dois, mestrado em enfermagem.

Chama atenção o fato de que os títulos obtidos pelos enfermeiros não têm relação com a área neonatal. Entre aqueles que estão cursando, atualmente, alguma especialização, predominam os cursos de UTI neonatal. Destacamos que essa situação pode ser justificada, pela pequena oferta de cursos de especialização para a área de enfermagem em Cuiabá, além de não contarmos com cursos de pós-graduação *lato sensu* regulares e, apenas muito recentemente, teve início um curso de mestrado em enfermagem na região.

Se compararmos esses resultados com o estudo realizado em São Paulo, não há diferença significativa, já que na referida pesquisa apenas 28% dos enfermeiros RT tinham habilitação em UTIP ou UTIN e 38% eram enfermeiros generalistas. Esse mesmo estudo mostrou também que 78,8% dos médicos RT tinham habilitação em terapia intensiva pediátrica e, 17,5% possuía especialização apenas em pediatria, e nenhum possuía especialização em terapia intensiva neonatal⁽¹⁴⁾.

A formação do enfermeiro na área neonatal se configura como uma especialização de reconhecido valor pela complexidade da assistência prestada, pois o enfermeiro que coordena as ações de enfermagem deve estar preparado, já que compete a ele a liderança da equipe e a responsabilidade pela assistência de enfermagem.

Estudo realizado com enfermeiros de UTI de diferentes capitais brasileiras demonstra que a maioria deles (74,5%) tem pelo menos, um curso de pós-graduação. Essa é uma característica que cada vez mais está sendo observada entre os enfermeiros jovens, que já se colocam no mercado de trabalho com o título de especialista, principalmente para atuação em unidades de prestação de assistência complexa, como ocorre em UTI. A aquisição de uma titulação, que antes poderia ser um diferencial na obtenção de uma colocação no mercado de trabalho, esta cada vez mais sendo avaliado como um requisito para a obtenção de algum cargo, principalmente em UTI⁽¹⁷⁾.

Em relação às atividades de atualização/capacitação da equipe de saúde, verificou-se que poucas UTIN as realizam. As UTIN privadas não conveniadas ao SUS foram as que mais ofertaram atividades de capacitação para suas equipes nos últimos meses. Das três UTIN privadas conveniadas ao SUS, duas relataram oferecer atualização para a equipe de saúde, e uma para a equipe de enfermagem. As UTIN públicas não realizaram nenhuma atividade educativa nos últimos meses para suas equipes.

As atividades de atualização para a equipe de saúde são organizadas pelos próprios profissionais (médicos, enfermeiros e fisioterapeutas), por meio de discussões periódicas sobre temas considerados relevantes para o trabalho das equipes.

Na maioria das UTIN, as atividades de educação permanente da equipe de enfermagem são de

responsabilidade do enfermeiro responsável técnico ou assistencial, já que nem todos os hospitais possuem o serviço de educação permanente. As atividades de atualização são oferecidas, mensalmente, em algumas UTIN, mas, na maioria delas, ocorre de forma esporádica.

Existe uma relação direta entre a participação dos trabalhadores em programas de educação continuada e a melhoria da prática de enfermagem, com maior produtividade, menor número de erros ou acidentes de trabalho, melhor trabalho em equipe e satisfação profissional. Além disso, assegura melhores resultados para o paciente, e preserva a qualidade da assistência prestada⁽¹⁸⁾.

A participação dos enfermeiros nas atividades de educação continuada é essencial, porque eles mantêm contato direto e permanente com a equipe de enfermagem, o que possibilita perceber a realidade e avaliar suas necessidades⁽⁹⁾, porém vale ressaltar que é imprescindível a participação da equipe multiprofissional nas atividades educativas, para a melhoria da qualidade dos serviços e a transformação das práticas de saúde e de enfermagem.

No que diz respeito ao tempo de formação dos enfermeiros, 37,5% dos que atuam nas UTIN públicas possuem entre 6 e 8 anos de graduado; 37,5% dos que laboram nas UTIN privadas não-conveniadas ao SUS têm entre um a dois anos de formados e 53,3% dos que atuam nas UTIN privadas conveniadas ao SUS, entre três a cinco anos. Já para os técnicos observou-se que, nas UTIN dos hospitais privados conveniados ao SUS e nos não conveniados, a maioria dos profissionais se formou entre três a cinco anos; já, nos hospitais públicos, 50% dos técnicos são graduados há mais de 10 anos. Quanto aos auxiliares de enfermagem, a maioria possui mais de 10 anos de conclusão de curso.

Considerando o tempo de trabalho dos enfermeiros nas UTIN, 37,5% dos que prestam serviço nos hospitais públicos registram mais de 10 anos de trabalho; 37,5% dos enfermeiros das UTIN privadas não-conveniadas ao SUS possuíam de um a dois anos, e 46,6% dos enfermeiros dos hospitais privados conveniados ao SUS atuam de três a cinco anos no setor. E os técnicos de enfermagem dos hospitais privados não conveniados e conveniados ao SUS, registram um tempo médio de três a cinco anos. Nos hospitais públicos, por sua vez, 23% dos técnicos trabalham em UTIN há mais de três anos, e outros 23%, há mais de 10 anos.

O tempo de atuação em UTIN dos auxiliares de enfermagem nas unidades privadas conveniadas ao SUS, variou entre três a cinco anos (28%), seis a oito anos (28%) e entre 9 a 10 anos (28%); nos hospitais privados não-conveniados ao SUS, registrou-se entre três a cinco anos (43%) e mais de 10 anos (43%); nas UTIN públicas, 60% dos auxiliares possuem mais de 10 anos de trabalho na unidade.

O tempo de atuação do profissional na UTI apesar de ser importante devido a experiência adquirida, torna-se um fator desgastante, tanto emocional quanto físico, prejudicando a qualidade da assistência⁽⁷⁾.

Estudo realizado com enfermeiros de UTI de hospitais de alta complexidade de diversas capitais brasileiras demonstrou que quanto maior o tempo de formado, maior o estresse do profissional, apesar de adquirir maior experiência e segurança técnica. Essa situação pode ser explicada pelas particularidades que compõem o processo

de trabalho em UTI, aonde o convívio com a morte é mais frequente⁽¹⁷⁾.

Quanto à jornada de trabalho semanal dos enfermeiros, verificou-se que a maioria (75%) dos que atuavam nas UTIN públicas trabalha 30 horas semanais, considerado por eles como uma carga de trabalho satisfatória; nas instituições privadas não-conveniadas ao SUS, os enfermeiros possuem jornada de 40 horas semanais (37,5%) e 30 horas semanais (25%). Nas UTIN privadas conveniadas ao SUS, 33,3% dos enfermeiros têm carga horária de 40 horas semanais, e outros 33,3%, jornada de 36 horas semanais. Em relação aos técnicos e auxiliares de enfermagem, notou-se que nos hospitais privados conveniados ao SUS, a maioria atua em jornada de trabalho de 40 horas. Nas UTIN privadas não-conveniadas ao SUS também prevaleceu a jornada de 40 horas semanais. Ademais, nas UTIN das instituições públicas, a maioria dos técnicos e auxiliares de enfermagem detém jornada de trabalho semanal de 30 horas.

Em relação à jornada de trabalho dos profissionais de enfermagem, notou-se que ainda predomina, nas UTIN estudadas, a jornada de 40 horas semanais. Esta jornada traz uma sobrecarga de trabalho aos profissionais, já que a maioria das rotinas dos serviços de enfermagem é muito exaustiva, prejudicando a qualidade de vida dos trabalhadores e, principalmente, a qualidade da assistência prestada. Considerando as características e condições de trabalho da enfermagem, foi elaborado o Projeto de Lei nº 2.295/2000, que regulamenta a jornada dos profissionais de enfermagem para seis horas diárias e 30 horas semanais, que está aguardando parecer e aprovação do plenário⁽¹⁹⁾.

Atualmente, no país, a jornada de trabalho da enfermagem varia de trinta a quarenta horas semanais, sendo mais comum a de 36 horas/semanais⁽²⁰⁾.

Quanto ao turno de trabalho, 62,5% dos enfermeiros das instituições públicas referiram ter turno diário de seis horas; por sua vez, 37,5% dos enfermeiros das instituições privadas não-conveniadas ao SUS relataram turno de 12/60 horas, e 40% dos enfermeiros dos hospitais privados conveniados ao SUS disseram ter o turno de seis horas diárias. Nas UTIN privadas conveniadas ao SUS, 51,6% dos técnicos e 71,4% dos auxiliares têm turno de 12/36 horas, e os demais cumprem seis horas diárias. Nos hospitais privados não-conveniados ao SUS, 66,6% dos técnicos possuem turno diário de seis horas, e 60% dos auxiliares de enfermagem, turno de 12/36 horas. Nos hospitais públicos, para 54% dos técnicos registra-se turno diário de 6 horas, e, para 60% dos auxiliares, de 12/60 horas.

Há um grande desgaste e descontentamento dos trabalhadores da equipe de enfermagem das UTI devido as exaustivas jornadas de trabalho, as atribuições conferidas a cada categoria profissional, e a necessidade freqüente de horas extras para cobertura da escala, o que interfere potencialmente na qualidade de vida no trabalho desta equipe e na qualidade da assistência de enfermagem⁽⁵⁾.

No que se refere ao vínculo trabalhista, 50% dos enfermeiros das UTIN não-conveniadas ao SUS possuem regime de trabalho celetista (CLT); os demais são terceirizados ou *free lance*. Já nas UTIN privadas conveniadas ao SUS, 86,6% dos enfermeiros detêm vínculo de trabalho celetista, e, nas UTIN dos hospitais públicos, 75% dos enfermeiros são estatutários e 25% contratados temporariamente. Para os auxiliares e técnicos de enfermagem, prevaleceu o regime celetista nas UTIN privadas conveniadas ao SUS e nas privadas não

conveniadas ao SUS. Por outro lado, nas UTIN públicas, a grande maioria dos técnicos e auxiliares de enfermagem é estatutária.

Em relação à remuneração inicial dos enfermeiros, em salários mínimos (SM), nas UTIN públicas, variou de quatro a cinco SM (37,5%) e mais que oito SM (25%). Já, nas UTIN privadas conveniadas ao SUS, o salário estava entre quatro a cinco SM (46,6%), seis a sete SM (26,6%) e dois a três SM (26,6%). Nas UTIN não conveniadas ao SUS, o salário era de quatro a cinco SM (37,5%) e de seis a sete SM (25%). O enfermeiro RT, em todas as instituições públicas e privadas, percebe remuneração entre quatro a cinco SM. A maioria dos técnicos (85,4%) das UTIN privadas conveniadas ao SUS e todos os auxiliares de enfermagem recebem de um a dois SM. Nos hospitais privados não conveniados ao SUS, a média salarial também foi de um a dois SM. Já, nos hospitais públicos, prevaleceu a média de três a quatro SM para os técnicos e auxiliares de enfermagem.

Em Mato Grosso, o piso salarial atual para os profissionais de enfermagem que atuam no setor privado é de R\$ 447,76 para os auxiliares de enfermagem, R\$ 486,76 para os técnicos de enfermagem e R\$ 1.220,00 para os enfermeiros⁽²⁰⁾. Os dados salariais do estudo estão de acordo com o piso salarial definido pelo Sindicato dos Profissionais de Enfermagem de Mato Grosso; nota-se, porém um baixo padrão salarial para a equipe de enfermagem, que, apesar de compatível com o nível salarial da maioria da classe trabalhadora do país, não é justo, pela complexidade dos cuidados que são exigidos e o desgaste que o profissional enfrenta, cotidianamente, em uma UTIN, podendo resultar na insatisfação do trabalhador e em pouca motivação para o trabalho.

CONCLUSÃO

O presente estudo permitiu identificar e caracterizar os recursos humanos das UTIN de Cuiabá, principalmente dos profissionais de enfermagem. Entende-se que, para oferecer uma assistência de qualidade ao recém-nascido, é imprescindível a alocação de recursos humanos adequados, tanto qualitativamente como quantitativamente, nas UTIN. Nestas unidades estão internados recém-nascidos de risco e altamente vulneráveis, exigindo profissionais preparados e capazes de enfrentar e superar as barreiras impostas pelas doenças e contribuir para que o recém-nascido tenha uma vida com qualidade após a alta hospitalar.

No município de Cuiabá, nota-se que a composição da equipe assistencial das UTIN não é completa, se considerarmos as diretrizes propostas pelo Ministério da Saúde, Associação de Medicina Intensiva Brasileira e Sociedade Brasileira de Pediatria. Não estão presentes em todas as UTIN o médico diarista, o médico RT, o enfermeiro RT e o psicólogo. Os profissionais de enfermagem são os que mais prevalecem no quantitativo das instituições; no entanto, em algumas UTIN, a relação profissional/paciente é maior do que o normatizado.

No tocante à jornada de trabalho dos profissionais de enfermagem, a mais presente é a de 40 horas semanais, principalmente nos hospitais privados, o que pode levar a sobrecarga e insatisfação do profissional, refletindo na qualidade da assistência prestada.

Os resultados do estudo mostram que a política de recursos humanos das UTIN precisa de incentivos, principalmente no que diz respeito à qualificação dos profissionais e adequação da jornada de trabalho, visando à

satisfação profissional e, conseqüentemente, à qualidade da assistência prestada ao recém-nascido e à sua família.

REFERÊNCIAS

1. Gaiva MAM, Gomes MMF. Cuidando do neonato: Uma abordagem de enfermagem. Goiânia: AB-Cultura e Qualidade; 2003.
2. DATASUS [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde (BR) [cited 2010 jun 30]. Estatísticas Vitais. Available from: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0205>.
3. Rosa MKO, Gaiva MAM. Qualidade na atenção hospitalar ao recém-nascido. Rev RENE 2009;10(1):159-65.
4. Ministério da Saúde. Consulta Pública nº 03. Política Nacional de Atenção ao Paciente Crítico. Brasília: Ministério da Saúde; 2005.
5. Inoue kC, Matsuda LM. Dimensionamento da equipe de enfermagem da UTI-adulto de um hospital de ensino. Rev. Eletr. Enf. [Internet] 2009 [cited 2010 jun 30];11(1):55-63. Available from: <http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n1/v11n1a07.htm>.
6. Barbosa AP. Terapia Intensiva Neonatal e Pediátrica no Brasil: o ideal, o real e o possível. J.Pediatr. 2004;80(6):437-38.
7. Souza KMO, Ferreira SD. Assistência humanizada em UTI neonatal: os sentidos e as limitações identificadas pelos profissionais de saúde. Cien Saude Colet. 2010;15(2):471-80.
8. Nietzsche EA, Backes VMS, Ferraz F, Loureiro L, Schmidt SMS, Noal HC. Políticas públicas para pessoas com deficiência no Brasil: o desafio da inclusão social. Rev. Eletr. Enf. [Internet]. 2009 [cited 2010 jun 30];11(2):341-8. Available from: <http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n2/v11n2a15.htm>.
9. Silva GM, Seiffert OMLB. Educação continuada em enfermagem: uma proposta metodológica. Rev Bras Enferm. 2009;62(3):362-6.
10. Ministério da Saúde. Portaria nº 3432, de 12 de agosto de 1998. Estabelece critérios de classificação entre as diferentes Unidades de Tratamento Intensivo - UTI. Brasília: Ministério da Saúde; 1998.
11. Ministério da Saúde. Portaria nº332, de 24 de março de 2000. Altera as disposições da Portaria nº3432, de 12 de agosto de 1998, referente aos recursos humanos. Brasília: Ministério da Saúde; 2000.
12. Ministério da Saúde. Portaria nº 466, de 04 de julho de 1998. Estabelece o regulamento técnico para o funcionamento dos serviços de Tratamento Intensivo e seus respectivos anexos. Brasília: Ministério da Saúde; 1998.
13. Sociedade Brasileira de Pediatria. Departamentos científicos. Infra-estrutura para o atendimento integral ao recém-nascido [Internet]. Rio de Janeiro: Sociedade Brasileira de Pediatria; 2004 mar 17 [cited 2010 jun 30]. Available from: http://www.sbp.com.br/show_item2.cfm?id_categoria=21&id_detalhe=1636&tipo_detalhe=s
14. Souza DC. Avaliação da estrutura das unidades de terapia intensiva pediátrica e neonatal do município de São Paulo [dissertation]. São Paulo: Faculdade de Medicina/USP; 2003. 197 p.
15. West E, Barron D. Human Resources in Intensive Care: Do Doctors and Nurses Make a Difference to Patient Outcomes? In: Paper presented at the annual meeting of the American Sociological Association [Internet]; 2007 Aug 11; New York City, USA. 2007 [cited 2010 jun 30].

- Available from:
http://www.allacademic.com/meta/p183615_index.html.
16. Medeiros SM, Ribeiro LM, Fernandes SMBA, Veras VSD. Condições de trabalho e enfermagem: a transversalidade do sofrimento no cotidiano. Rev. Eletr. Enf. [Internet]. 2006 [cited 2010 jun 10];8(2):233-40. Available from: http://www.fen.ufg.br/revista/revista8_2/v8n2a08.htm
17. Guerrer FJL, Bianchi ERF. Caracterização do estresse nos enfermeiros de unidades de terapia intensiva. Rev Esc Enferm USP. 2008; 42(2):355-62.
18. Peña YF, Castillo MA. Factores que influyen en la participación del personal de enfermería en la educación continua. Rev Lat Am Enfermagem. 2006;14(3):309-15.
19. Câmara dos Deputados [Internet]. Brasília: Câmara dos Deputados [cited 2010 jun 30]. Projeto de Lei e Outras Proposições. PL-2295/2000. Available from: http://www.camara.gov.br/SILEG/PROP_DETALHE.ASP?id=17915.
20. SINPEN/MT [Internet]. Cuiabá: SINPEN/MT (BR) [cited 2010 jun 30]. Sindicato dos profissionais de enfermagem de Mato Grosso. Available from: <http://www.sinpenmt.com.br/>.

Artigo recebido em 11.09.2009.

Aprovado para publicação em 19.05.2010.

Artigo publicado em 30.06.2010.