

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO

Elgita Aparecida Diniz

**PERFIL DOS ENFERMEIROS QUE ATUAM EM UNIDADES DE TERAPIA
INTENSIVA NEONATAL E PEDIÁTRICA NO ESTADO DO RIO DE JANEIRO**

**Rio de Janeiro
2008**

Livros Grátis

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.



Elgita Aparecida Diniz

**PERFIL DOS ENFERMEIROS QUE
ATUAM EM UNIDADES DE TERAPIA
INTENSIVA NEONATAL E PEDIÁTRICA
NO ESTADO DO RIO DE JANEIRO**

Dissertação de Mestrado apresentada ao programa de Pós-Graduação em Clínica Médica (Setor de Saúde da Criança e do adolescente), Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio de Janeiro, como parte dos requisitos necessários para a obtenção do título de Mestre em Ciências (Clínica Médica, Saúde da Criança e do Adolescente).

Orientadores:

Prof. Antônio José Ledo Alves da Cunha

Prof. Arnaldo Prata Barbosa

Rio de janeiro
Agosto/2008

Diniz, Elgita Aparecida

Perfil dos enfermeiros que atuam em unidades de terapia intensiva neonatal e pediátrica no Estado do Rio de Janeiro / Elgita Aparecida. – Rio de Janeiro: UFRJ / Faculdade de Medicina, 2008.

xvii, 116 f. : il. ; 31 cm.

Orientadores: Antônio José Ledo Alves da Cunha e Arnaldo Prata Barbosa.

Dissertação (mestrado) – UFRJ/ Faculdade de Medicina, Programa de Pós-Graduação em Saúde da Criança e do Adolescente, 2008.

Referências bibliográficas: f. 93-97

1. Prática Profissional. 2. Enfermeiros. 3 Cuidados Intensivos – recursos humanos. 4. Unidades de Terapia Intensiva Neonatal. 5. Unidades de Terapia Intensiva Pediátrica. 6. Saúde da Criança e do Adolescente – Tese. I. Cunha, Antônio José Ledo Alves da. II. Barbosa, Arnaldo Prata. III. Universidade Federal do Rio de Janeiro, Faculdade de Medicina, Programa de Pós-Graduação em Saúde da Criança e do Adolescente. IV. Título.

Elgita Aparecida Diniz

**PERFIL DOS ENFERMEIROS QUE
ATUAM EM UNIDADES DE TERAPIA
INTENSIVA NEONATAL E PEDIÁTRICA
NO ESTADO DO RIO DE JANEIRO**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Clínica Médica (Setor de Saúde da Criança e do adolescente) Faculdade de Medicina. Universidade Federal do Rio de Janeiro, como parte dos requisitos necessários para a obtenção do título de Mestre em Ciências (Clínica Médica, Saúde da Criança e do adolescente).

Aprovada em 26 de agosto de 2008.

Prof. Dra. Márcia Gonçalves Ribeiro

Prof. Dra. Isabel Cristina dos Santos Oliveira

Prof. Dr. Cid Marcos David

Dedico este trabalho a todos os enfermeiros que atuam ou atuaram em unidades de terapia intensiva neonatal e pediátrica.

AGRADECIMENTOS

A Carlos David Nassi companheiro de todos os momentos.

À minha mãe pelo exemplo da perseverança. À minha família, por todo apoio e carinho.

Aos meus orientadores, professor Dr. Arnaldo Prata Barbosa e professor Dr. Antonio José Ledo Alves da Cunha.

À professora Dra. Isabel Cristina dos Santos Oliveira por seus incentivos e contribuições na construção deste estudo.

À Direção do Instituto de Puericultura e Pediatria Martagão Gesteira (IPPMG/UFRJ). Gestão do diretor Dr Marcelo Land e vice-diretora Dra Cleusa Ramires.

A todos os meus antigos e novos verdadeiros amigos.

À Jandra Lacerda, amiga e companheira de pesquisa e de estrada na dura jornada da coleta de dados.

Aos companheiros do grupo de pesquisa.

À Divisão de enfermagem, nas pessoas das enfermeiras Maria Alice Pereira Castro e Iraina Fernandes de Abreu Farias e aos demais colegas de trabalho.

Aos companheiros de trabalho na Unidade de Terapia Intensiva do IPPMG/UFRJ e em especial para as enfermeiras Elisabete Medeiros Corrêa e Verônica Pinheiro.

Aos chefes de serviço e a todos os enfermeiros que participaram deste estudo.

Aos membros da banca examinadora pelas opiniões valiosas e preciosas sugestões.

A todos aqueles que me apoiaram, emocional e espiritualmente.

RESUMO

Diniz, Elgita Aparecida. Perfil dos enfermeiros que atuam em unidades de terapia intensiva neonatal e pediátrica no Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 2008. Dissertação (Mestrado em Ciências - Saúde da Criança e do Adolescente) Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 2008.

Trata-se de um estudo que propiciou um melhor conhecimento sobre os enfermeiros que atuam em unidades de terapia intensiva neonatal e pediátrica do estado do Rio de Janeiro, descrevendo aspectos de formação, atuação profissional e satisfação com o trabalho na especialidade. Esse estudo transversal observacional e descritivo foi realizado através de visita a todas as unidades. A coleta de dados foi realizada através de questionário, voluntário, anônimo e individual. Os resultados mostraram que das 100 unidades ativas, 75 concordaram em participar do estudo (41% UTI Neonatal, 24% UTI Pediátrica e 35% UTI mistas). Foram identificados 549 enfermeiros, dos quais 347 (63%) responderam ao questionário. Predominam os enfermeiros jovens, do sexo feminino (94%), com menos de cinco anos de atuação na especialidade (34%), com renda mensal entre R\$ 1.000 a R\$ 1.999 (40%), 57% atuando em apenas uma unidade. Com relação aos cursos de pós-graduação, 26% concluíram curso de residência (27% em neonatologia e 26% em pediatria e 47% em outras áreas), 58% especialização (39 % em neonatologia e 23% em pediatria e 38% em outras áreas), 3% mestrado e 13% não possuíam qualquer curso de pós-graduação. A jornada semanal de trabalho predominante é a de 30 horas semanais (41%), as atividades assistências sobrepõem-se às administrativas (48%), e apenas 26% realizam somente atividades assistenciais. A maioria (46%) não participa de discussões clínicas multiprofissionais na unidade e 67% estão insatisfeitos com a atuação na especialidade, alertando para a necessidade de se criar estratégias para fixar esses profissionais em uma área, que demanda de forma rápida e crescente por profissionais qualificados.

Palavras chave: Prática Profissional. Enfermeiros. Cuidados Intensivos

ABSTRACT

Diniz, Elgita Aparecida. Perfil dos enfermeiros que atuam em unidades de terapia intensiva neonatal e pediátrica no Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 2008. Dissertação (Mestrado em Ciências-Saúde da Criança e do Adolescente) Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 2008.

This work has studied 100 pediatric intensive care units and their nursing staff. The nursing staff has been interviewed in Rio de Janeiro State, in order to describe highest academic degree, professional position and satisfaction with the specialty work, for instance. All those 100 units have been visited and a questionnaire has been applied. This questionnaire was individual and anonymous. For those 100 units, $\frac{3}{4}$ of them (75 units) has participated. For these units that nursing staff participated 41% was neonatal intensive care units, 24% was pediatric intensive care units and 35% was both neonatal and pediatric intensive care units. In this research study 549 nurses has been found and 347 (63%) of them has answered the questionnaire. Most of them (94%) is women with less than five years working in that specialty (34%), with average revenue varying from R\$ 1,000 to R\$ 1,999 (40%), and 57% of the total working in only one care unit. Related to the graduated courses 26% has finished Residence programs (26% in neonatology, 27% in pediatric care and 48% in other specialties), 58% has concluded specialization courses (39% in neonatology, 23% in pediatric care and 38% in other specialties), 3% has obtained Master of Science degrees, and 13% has no graduated courses. Most of the interviewed nurses (41%) work 30 hours per week. For 48% of the total, both assistance and management activities are accomplished, and 26% does only assistance activities. Most of the nurses (46%) does not discuss multiprofessional clinics at the unit and 67% are not satisfied with their specialty at the work unit.

Key words: nurse's role, human resources formation, intensive care.

LISTA DE FIGURAS

Figura 5.1 Mapa do Estado do Rio de Janeiro com regiões e microrregiões de saúde.....	19
Figura 5.2 Fluxograma das unidades estudadas no Estado do Rio de Janeiro.....	25
Figura 5.3 Distribuição dos enfermeiros que participaram do estudo por região de saúde.....	27
Figura 5.4 Tipo de unidades de atuação dos enfermeiros na especialidade.....	27
Figura 5.5 Distribuição por tipo de unidade em que os enfermeiros atuam no estado como um todo, região metropolitana e interior do estado.....	28
Figura 5.6 Distribuição percentual dos enfermeiros por faixa etária	29
Figura 5.7 Distribuição percentual de enfermeiros por faixa etária no estado como um todo, região metropolitana e interior do estado.....	29
Figura 5.8 Distribuição dos enfermeiros por gênero.....	30
Figura 5.9 Distribuição por gênero no estado como um todo, região metropolitana e interior do estado.....	30
Figura 5.10 Distribuição percentual dos enfermeiros por ano de graduação.....	31
Figura 5.11 Distribuição percentual dos enfermeiros por ano de graduação em enfermagem no estado com um todo, região metropolitana e interior do estado.....	32
Figura 5.12 Distribuição percentual dos enfermeiros por tipo de universidade (pública ou privada) em que concluíram o curso de graduação em enfermagem no Estado do Rio de Janeiro.....	32
Figura 5.13 Distribuição percentual dos enfermeiros por tipo de universidade (pública ou privada) em que concluíram o curso de graduação em enfermagem no estado como um todo, região metropolitana e interior do estado.....	33
Figura 5.14 Distribuição percentual dos enfermeiros por tipo de formação após a graduação	34
Figura 5.15 Distribuição percentual dos enfermeiros por tipo de formação após a graduação no estado como um todo, região metropolitana e interior do estado.....	36
Figura 5.16 Percentual de enfermeiros sem formação específica na especialidade que recebeu treinamento em serviço.....	36

Figura 5.17 Proporção de enfermeiros sem formação específica que recebeu treinamento em serviço no estado como um todo, região metropolitana e interior do estado.....	37
Figura 5.18 Distribuição percentual dos enfermeiros que realizou curso de Suporte Avançado de Vida.....	37
Figura 5.19 Distribuição percentual dos enfermeiros que realizou curso de Suporte Avançado de Vida no estado como um todo, região metropolitana e interior do estado.....	38
Figura 5.20 Proporção de enfermeiros que realizou o curso de Reanimação neonatal da Sociedade Brasileira de Pediatria.....	39
Figura 5.21 Proporção de enfermeiros que realizou o curso de Reanimação neonatal da Sociedade Brasileira de Pediatria no estado como um todo, região metropolitana e interior do estado.....	39
Figura 5.22 Percentual de enfermeiros que realizou o curso de PICC	40
Figura 5.23 Percentual de enfermeiros que realizou o curso de PICC no estado como um todo, região metropolitana e interior do estado.....	41
Figura 5.24 Percentual de enfermeiros com acesso à internet	41
Figura 5.25 Percentual de enfermeiros com acesso à internet no estado como um todo, região metropolitana e interior do estado.....	42
Figura 5.26 Percentual de horas de uso da internet dedicados à terapia intensiva neonatal e pediátrica.....	43
Figura 5.27 Percentual de horas de uso da internet dedicados à terapia intensiva neonatal e pediátrica no estado como um todo, região metropolitana e interior do estado.....	43
Figura 5.28 Percentual de participação dos enfermeiros em jornadas, simpósios e congressos na especialidade no estado.....	44
Figura 5.29 Percentual de participação dos enfermeiros em jornadas, simpósios e congressos na especialidade no estado como um todo, região metropolitana e interior do estado.....	45
Figura 5.30 Percentual de enfermeiros que apresentou pôster ou tema livre em todo o estado.....	46
Figura 5.31 Percentual de enfermeiros que apresentou pôster ou tema livre no estado como um todo, região metropolitana e interior do estado.....	46
Figura 5.32 Percentual de enfermeiros que participou de projetos de pesquisa na especialidade.....	47
Figura 5.33 Percentual de enfermeiros que participou de projetos de pesquisa na especialidade no estado como um todo, região metropolitana e interior do estado.....	48

Figura 5.34 Percentual de enfermeiros filiados a sociedades de enfermagem.....	48
Figura 5.35 Percentual de enfermeiros filiados a sociedades de enfermagem no estado como um todo, região metropolitana e interior do estado.....	49
Figura 5.36 Distribuição percentual do tempo de atuação dos enfermeiros na especialidade após a graduação.....	49
Figura 5.37 Distribuição percentual do tempo de atuação dos enfermeiros na especialidade após a graduação no estado como um todo, região metropolitana e interior do estado.....	50
Figura 5.38 Distribuição percentual da jornada de trabalho semanal.....	51
Figura 5.39 Distribuição percentual da jornada de trabalho semanal no estado como um todo, região metropolitana e interior do estado.....	52
Figura 5.40 Distribuição percentual da faixa salarial dos enfermeiros que atuam na especialidade.....	52
Figura 5.41 Distribuição percentual da faixa salarial dos enfermeiros que atuam na especialidade no estado como um todo, região metropolitana e interior do estado.....	53
Figura 5.42 Satisfação com o trabalho em terapia intensiva neonatal e pediátrica.....	53
Figura 5.43 Satisfação com o trabalho em terapia intensiva neonatal e pediátrica no estado como um todo, região metropolitana e interior do estado	54
Figura 5.44 Motivos de satisfação profissional com o trabalho em terapia intensiva neonatal e pediátrica.....	55
Figura 5.45 Motivos de satisfação profissional com o trabalho em terapia intensiva neonatal e pediátrica no estado como um todo, região metropolitana e interior do estado	55
Figura 5.46 Distribuição dos enfermeiros por cargo exercido no trabalho.....	56
Figura 5.47 Distribuição dos enfermeiros por cargo exercido no trabalho no estado como um todo, região metropolitana e interior do estado.....	57
Figura 5.48 Distribuição dos enfermeiros por tipo de função exercida no trabalho.....	57
Figura 5.49 Distribuição dos enfermeiros por tipo de função exercida no trabalho no estado como um todo, região metropolitana e interior do estado.....	58
Figura 5.50 Distribuição dos enfermeiros por tipo de escala de serviço.....	59

Figura 5.51 Distribuição dos enfermeiros por tipo de escala de serviço no estado como um todo, região metropolitana e interior do estado.....	59
Figura 5.52 Distribuição dos enfermeiros por número de postos de trabalho.....	60
Figura 5.53 Distribuição dos enfermeiros por número de postos de trabalho no estado como um todo, região metropolitana e interior do estado.....	61
Figura 5.54 Distribuição dos enfermeiros por participação em programas de treinamento na unidade de trabalho.....	61
Figura 5.55 Distribuição dos enfermeiros por participação em programas de treinamento na unidade de trabalho no estado como um todo, região metropolitana e interior do estado.....	62
Figura 5.56 Distribuição dos enfermeiros que realizam registros de enfermagem no prontuário.....	63
Figura 5.57 Distribuição dos enfermeiros que realizam registros de enfermagem no prontuário no estado como um todo, região metropolitana e interior do estado.....	63
Figura 5.58 Distribuição de enfermeiros por participação em discussão clínica multiprofissional na unidade de trabalho.....	64
Figura 5.59 Distribuição de enfermeiros por participação em discussão clínica multiprofissional na unidade de trabalho no estado como um todo, região metropolitana e interior do estado.....	65

LISTA DE QUADROS

Quadro 4.1 Variáveis estudadas e sua classificação	15
Quadro 5.1 Regiões de saúde com os municípios correspondentes.....	20
Quadro 5.2 Distribuição de unidades identificadas no Estado do Rio de Janeiro por região de saúde, tipo de unidade e município.....	21
Quadro 5.3 Distribuição de unidades inativas por região de saúde, tipo de unidade e município.....	23
Quadro 5.4 Distribuição de unidades excluídas por não concordar com a pesquisa ou não possibilitar meios para a coleta de dados por região de saúde, tipo de unidade e município.....	23
Quadro 5.5 Distribuição de unidades em funcionamento e que participaram do presente estudo por região de saúde, tipo de unidade e município.....	23
Quadro 5.6 Número de participações dos enfermeiros em jornadas, simpósios e congressos na especialidade e por região de saúde.....	45

LISTA DE TABELAS

Tabela 1.1 Dados demográficos de enfermeiros associados da <i>American association of Critical- Care Nurses</i> (AACN).....	11
Tabela 5.1 Distribuição de unidades ativas, unidades que participaram do estudo e tipos e percentual de unidades que participaram do estudo por região de saúde.....	25
Tabela 5.2 Distribuição dos enfermeiros por região de saúde, questionários respondidos e percentual de enfermeiros participantes do estudo.....	26
Tabela 5.3 Distribuição percentual dos enfermeiros por tipo de unidade de terapia intensiva em que atuam e por região de saúde.....	28
Tabela 5.4 Distribuição percentual dos enfermeiros por faixa etária e região de saúde.....	29
Tabela 5.5 Distribuição percentual dos enfermeiros por gênero e região de saúde.....	30
Tabela 5.6 Distribuição percentual dos enfermeiros por ano de conclusão do curso de graduação em enfermagem e por região de saúde.....	31
Tabela 5.7 Distribuição percentual dos enfermeiros por tipo de universidade em que concluíram a graduação em enfermagem e por região de saúde.....	33
Tabela 5.8 Distribuição percentual dos enfermeiros por tipo de formação após a graduação em enfermagem e por região de saúde.....	34
Tabela 5.9 Distribuição percentual dos enfermeiros por área do curso de residência e especialização.....	35
Tabela 5.10 Distribuição percentual dos enfermeiros sem formação específica na especialidade que recebeu treinamento em serviço e por região de saúde.....	36
Tabela 5.11 Distribuição percentual dos enfermeiros que concluiu o curso de Suporte Avançado de Vida e por região de saúde.....	38
Tabela 5.12 Distribuição percentual dos enfermeiros que concluiu o curso de reanimação neonatal da Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP) e por região de saúde.....	39
Tabela 5.13 Distribuição percentual de enfermeiros que realizou o curso de inserção periférica de cateter central e por região de saúde.....	40
Tabela 5.14 Distribuição percentual de enfermeiros com acesso à internet no domicílio e por região de saúde.....	42
Tabela 5.15 Distribuição percentual de número de horas de internet dedicadas à terapia intensiva neonatal e pediátrica e por região de saúde.....	43

Tabela 5.16 Distribuição percentual dos enfermeiros que apresentaram pôster ou tema livre e por região de saúde.....	46
Tabela 5.17 Distribuição percentual dos enfermeiros que participaram de projetos de pesquisa na especialidade e por região de saúde.....	47
Tabela 5.18 Distribuição percentual dos enfermeiros filiados a sociedades de enfermagem e por região de saúde.....	48
Tabela 5.19 Distribuição percentual do tempo de atuação dos enfermeiros na especialidade e por região de saúde.....	50
Tabela 5.20 Distribuição percentual da jornada semanal de trabalho.....	51
Tabela 5.21 Distribuição da faixa salarial e por região de saúde.....	52
Tabela 5.22 Satisfação com o trabalho na especialidade e por região de saúde.....	54
Tabela 5.23 Distribuição por motivo de insatisfação com o trabalho em terapia intensiva neonatal e pediátrica e por região de saúde.....	55
Tabela 5.24 Distribuição percentual dos enfermeiros por cargo exercido no trabalho e por região de saúde.....	56
Tabela 5.25 Distribuição percentual de enfermeiros por função exercida no trabalho e por região de saúde.....	58
Tabela 5.26 Distribuição percentual de enfermeiros por tipo de escala de serviço e por região de saúde.....	59
Tabela 5.27 Distribuição percentual dos enfermeiros por número de postos de trabalho e por região de saúde.....	60
Tabela 5.28 Distribuição percentual dos enfermeiros por participação em programas de treinamento na unidade e por região de saúde.....	62
..	
Tabela 5.29 Distribuição percentual dos enfermeiros e realização de registros de enfermagem no prontuário e por região de saúde.....	63
Tabela 5.30 Distribuição percentual dos enfermeiros por participação em discussão clínica multiprofissional na unidade de trabalho e por região de saúde.....	64

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	1
2	FUNDAMENTOS CONCEITUAIS	2
2.1	DESENVOLVIMENTO DA TERAPIA INTENSIVA	2
2.2	DESENVOLVIMENTO DA TERAPIA INTENSIVA NEONATAL E PEDIÁTRICA	3
2.2.1	<i>Unidades de Terapia Intensiva Neonatal.....</i>	<i>3</i>
2.2.2	<i>Unidades de Terapia Intensiva Pediátricas.....</i>	<i>3</i>
2.3	O ENFERMEIRO E A ESPECIALIDADE	4
2.3.1	<i>Quantitativo de enfermeiros / proporção e qualidade da assistência.....</i>	<i>7</i>
2.3.2	<i>O Enfermeiro em Unidades de Cuidados Intensivos</i>	<i>10</i>
3	OBJETIVOS.....	13
3.1	OBJETIVO GERAL.....	13
3.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	13
4	METODOLOGIA.....	14
4.1	DESENHO DO ESTUDO	14
4.2	POPULAÇÃO DO ESTUDO	14
4.3	CRITÉRIOS DE INCLUSÃO, EXCLUSÃO E PERDAS	14
4.4	COLETA DE DADOS.....	16
4.5	PROCESSAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS E TRATAMENTO ESTATÍSTICO	17
4.6	ASPECTOS ÉTICOS	18
5	RESULTADOS	19
5.1	REGIÕES DE SAÚDE NO ESTADO DO RIO DE JANEIRO	19
5.2	UNIDADES	21
5.3	POPULAÇÃO E AMOSTRA ESTUDADA	26
5.3.1	<i>Distribuição dos enfermeiros por região de saúde.....</i>	<i>26</i>
5.3.2	<i>Distribuição dos enfermeiros por tipo de unidade de trabalho</i>	<i>27</i>
5.3.3	<i>Faixa Etária</i>	<i>28</i>
5.3.4	<i>Gênero.....</i>	<i>30</i>
5.3.5	<i>Ano de conclusão do curso de graduação em Enfermagem.....</i>	<i>31</i>
5.3.6	<i>Faculdades públicas x privadas.....</i>	<i>32</i>
5.3.7	<i>Tipo de formação após a graduação.</i>	<i>33</i>
5.3.8	<i>Treinamento em serviço para enfermeiros sem formação específica na área de terapia intensiva neonatal e pediátrica ao ingressar na unidade.</i>	<i>36</i>
5.3.9	<i>Realização de Curso de Suporte Avançado de Vida (PALS).....</i>	<i>37</i>
5.3.10	<i>Curso de Reanimação Neonatal da Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP).....</i>	<i>38</i>
5.3.11	<i>Realização do curso de instalação de cateter venoso central por inserção periférica (PICC).</i>	<i>40</i>
5.3.12	<i>Acesso à internet no domicílio.....</i>	<i>41</i>
5.3.12.1	<i>Número de horas de uso de internet dedicados à terapia intensiva.....</i>	<i>42</i>
5.3.13	<i>Participação em jornadas, simpósios e congressos na especialidade.....</i>	<i>44</i>
5.3.14	<i>Apresentação de pôster ou tema livre na área de terapia intensiva neonatal e pediátrica.</i>	<i>45</i>
5.3.15	<i>Projetos de pesquisa na especialidade de terapia intensiva neonatal e pediátrica.....</i>	<i>47</i>
5.3.16	<i>Filiação a sociedades de enfermagem.</i>	<i>48</i>
5.3.17	<i>Tempo de atuação em unidades de terapia intensiva neonatal e pediátrica.</i>	<i>49</i>
5.3.18	<i>Horas semanais de trabalho dos enfermeiros em terapia intensiva neonatal e pediátrica no Estado do Rio de Janeiro.</i>	<i>50</i>
5.3.19	<i>Faixa salarial com o trabalho em terapia intensiva.</i>	<i>52</i>
5.3.20	<i>Satisfação com o trabalho em terapia intensiva neonatal e pediátrica.</i>	<i>53</i>
5.3.21	<i>Motivos de insatisfação profissional com o trabalho na especialidade.....</i>	<i>54</i>
5.3.22	<i>Cargo exercido no trabalho.</i>	<i>56</i>
5.3.23	<i>Função exercida no trabalho.....</i>	<i>57</i>
5.3.24	<i>Escala de trabalho.....</i>	<i>58</i>
5.3.25	<i>Número de postos de trabalho na especialidade.</i>	<i>60</i>

5.3.26	<i>Participação de enfermeiros em programas de treinamento na unidade de trabalho.</i>	61
5.3.27	<i>Realização de registros de enfermagem no prontuário.</i>	62
5.3.28	<i>Participação em discussão clínica multiprofissional na unidade de trabalho.</i>	64
6	DISCUSSÃO	66
6.1	UNIDADES ESTUDADAS	66
6.2	OS SUJEITOS DA PESQUISA	66
6.3	PERFIL SÓCIO-DEMOGRÁFICO	69
6.4	FORMAÇÃO PROFISSIONAL	71
6.5	TREINAMENTO E APERFEIÇOAMENTO DA PRÁTICA PROFISSIONAL	75
6.6	ATUAÇÃO PROFISSIONAL	81
6.7	SATISFAÇÃO PROFISSIONAL	87
6.8	REGIÃO METROPOLITANA / INTERIOR DO ESTADO	88
7	CONCLUSÕES	90
8	RECOMENDAÇÕES	92
	REFERÊNCIAS	93
	APÊNDICES	98
	ANEXOS	113

1 INTRODUÇÃO

Esse estudo é parte de um projeto (apêndice1) que tem como propósito analisar indicadores de qualidade da assistência de saúde em terapia intensiva neonatal e pediátrica no Estado do Rio de Janeiro, visando dar subsídios para a formulação de propostas de melhoria na gestão e no desenvolvimento deste setor da assistência.

A motivação para sua realização surgiu do conhecimento de que a qualificação de uma instituição de saúde não se verifica apenas pela estrutura de área física, hotelaria e equipamentos sofisticados que possui, mas também e fundamentalmente, pela formação, capacitação técnico-científica e adequação de seus recursos humanos. Os recursos humanos incluem as categorias de pessoal em atividade, levando em consideração seu número, qualificação, regime de trabalho e carga horária.

O atendimento a crianças graves deve ser proporcionado em local especialmente destinado a este fim, organizado e sustentado por profissionais com formação e qualificação para a assistência intensiva pediátrica. Com o surgimento das primeiras unidades de tratamento intensivo pediátrica no final da década de 60, o cuidado a estes pacientes criticamente doentes tornou-se cada vez mais complexo, exigindo preparo do enfermeiro para manipular e utilizar as tecnologias disponíveis através do conhecimento técnico-científico. Por se tratar de área tão específica que demanda formação contínua e especializada por parte dos enfermeiros que atuam na prática da terapia intensiva neonatal e pediátrica e por se desconhecer a dimensão do quantitativo e o perfil destes profissionais que atuam nas unidades de terapia intensiva neonatal e pediátrica do Estado do Rio de Janeiro, decidiu-se realizar o presente estudo.

2 FUNDAMENTOS CONCEITUAIS

2.1 DESENVOLVIMENTO DA TERAPIA INTENSIVA

As Unidades de Tratamento Intensivo, nos moldes em que são conhecidas atualmente, têm uma história relativamente recente. Seu desenvolvimento se deu de maneira mais acelerada a partir da segunda metade do século XX. Anteriormente havia apenas algumas iniciativas isoladas de centralização dos doentes mais graves em certos hospitais. Na verdade, já no final do século XIX (1863), Florence Nightingale⁽¹⁾ descreveu a utilização destes locais, onde os pacientes permaneciam após cirurgias até que se recuperassem dos efeitos da anestesia. Nas décadas de 1920 e 1930, hospitais nos Estados Unidos da América (Johns Hopkins Hospital) e na Alemanha (Tuebingen) implementaram salas de recuperação para pacientes neurocirúrgicos, dirigidas inicialmente pelos cirurgiões e posteriormente pelos anesthesiologistas.⁽²⁾ No final da década de 1940 já havia diversas “unidades de recuperação pós-operatória” nos EUA e, em 1947, um estudo descreveu uma redução significativa na morbi-mortalidade dos pacientes tratados nestas unidades.⁽³⁾ A partir da década de 50, com o desenvolvimento da ventilação pulmonar mecânica com pressão positiva, em função das epidemias de poliomielite bulbar e após a introdução da gasometria por Severinghaus em 1958,⁽⁴⁾ surgiram as primeiras unidades de cuidados respiratórios, observando-se a seguir uma expansão exponencial das unidades de cuidados intensivos em todo o mundo, as quais passaram a oferecer assistência cada vez mais especializada e setorizada, surgindo assim as unidades coronarianas, cirúrgicas, de atendimento a pacientes queimados e vítimas de trauma, até unidades neonatais e pediátricas.

2.2 DESENVOLVIMENTO DA TERAPIA INTENSIVA NEONATAL E PEDIÁTRICA

2.2.1 Unidades de Terapia Intensiva Neonatal

No final do século XIX foram criados os primeiros berçários para atender os recém-nascidos prematuros. O objetivo destes berçários era criar um ambiente adequado à manutenção da temperatura, garantir a alimentação adequada através de técnicas apropriadas e proteção contra infecções dos recém-nascidos.⁽⁵⁾

Oliveira estudando sobre a assistência de enfermagem aos recém-nascidos no período de 1937 a 1970, descreve que a assistência aos recém-nascidos começa a se organizar na primeira metade do século XX, e conclui que a sistematização dos cuidados esteve mais presente a partir da década de 50.⁽⁶⁾

As primeiras UTIs neonatais foram criadas no início da década de 60 nos EUA (Cornell's New York Hospital, Columbia's Babies Hospital, Downstate Medical Center e University of San Francisco) e Canadá (Hospital for Sick Children, Toronto).⁽⁷⁾

2.2.2 Unidades de Terapia Intensiva Pediátricas

Os anestesistas pediátricos representaram papel importante no surgimento das primeiras unidades de terapia intensiva pediátricas, quando começaram a expandir suas atividades para fora das salas de cirurgia, acompanhando crianças inconscientes (anestesiadas) sob efeitos de relaxadores musculares e em uso de ventiladores mecânicos. A experiência obtida durante procedimentos cirúrgicos, nos quais eram necessários atenção para a oxigenação, ventilação, infusão de sangue e fluidos para a manutenção da perfusão adequada das crianças serviu como base para o tratamento de crianças criticamente enfermas.⁽⁸⁾

Na Europa, em 1955, o anestesista Joran Haglund, estabeleceu a primeira unidade de terapia intensiva pediátrica (UTIP) no Children's Hospital em Goteburg, na Suíça. Nos Estados Unidos da América, a primeira UTIP foi criada em 1967, no Children's Hospital of Philadelphia. Na América Latina, a primeira UTIP foi estabelecida em 1969 no Hospital Dr. R. Gutierrez, em Buenos Aires. No Brasil, a primeira UTIP foi criada em 1971 no Rio de Janeiro, no Hospital dos Servidores do Estado, seguida da UTIP do Hospital das Clínicas da Universidade de São Paulo em 1974. Desde então, diversas outras unidades foram criadas, inicialmente no Sudeste do Brasil e hoje já se encontram distribuídas por todo o país.⁽⁸⁾

2.3 O ENFERMEIRO E A ESPECIALIDADE

Os cursos de graduação em enfermagem oferecem uma visão generalista e global da assistência de enfermagem. O desenvolvimento científico e tecnológico em diferentes áreas de atuação do enfermeiro tem direcionado esse profissional no sentido de uma formação cada vez mais especializada. Essa tendência vai ao encontro das exigências atuais do mercado de trabalho. Apesar dessa tendência se mostrar irreversível, há certo temor de que a especialização fragmente muito os conhecimentos técnico-científicos na área da enfermagem. Em seu estudo sobre a complexidade do cuidado de enfermagem em unidades de terapia intensiva pediátricas, Andrade⁽⁵⁾ afirma que a formação generalista deve ser a ênfase da graduação, no entanto, a especialização se faz necessária para o aprofundamento de conhecimentos em áreas específicas. Especializar não significa fragmentar o saber. A assistência direta a pacientes com necessidades específicas exige um aprimoramento de habilidades e um saber específico para cada área de atuação.

Viana⁽⁹⁾, em seu estudo sobre a trajetória da enfermagem brasileira em direção às especialidades no período de 1920 a 1970, relata que a primeira informação sobre cursos de “pós-graduação” oferecidos às enfermeiras brasileiras foi na década de 20. Descreve ainda que enfermeiras brasileiras foram aos Estados Unidos para aprimoramento profissional,

ocasionando conseqüências marcantes no direcionamento da formação e da prática profissional da enfermagem no Brasil e que além dos Estados Unidos, países da América Latina, como Argentina, Chile e países europeus como França e Inglaterra também foram locais, onde enfermeiras buscaram qualificação profissional nas seguintes áreas: organização e administração de escola de enfermeiras, saúde pública, psiquiatria, cirurgia e artes em enfermagem. Após a década de 40, na Escola de Enfermagem Anna Nery da Universidade Federal do Rio de Janeiro, o ensino das especialidades como saúde pública e obstetrícia passou a ser ministrado com o nome de especialização. Na década de 70 ocorreu a estruturação dos cursos de mestrado em enfermagem nas diferentes universidades do Brasil.

Em 1988, a Resolução COFEN-100 definiu normas sobre a qualificação do enfermeiro como especialista e reafirmou a importância da especialização.⁽¹⁰⁾

O curso de pós-graduação *lato sensu* tem por objetivo o aperfeiçoamento técnico-profissional e a formação de pessoal qualificado para o exercício das atividades fins, adaptação ao mercado de trabalho e introdução à pesquisa científica. Para que os cursos de especialização tenham validade no âmbito do sistema federal de ensino superior deverão observar o disposto na Resolução nº3 da Câmara de Educação Superior, do Conselho Nacional de Educação, de outubro de 1999.⁽¹¹⁾

Atualmente, o enfermeiro que atua em unidades de terapia intensiva neonatal e pediátrica e busca por aperfeiçoamento de sua prática, encontra ofertas de cursos de especialização *lato sensu* em enfermagem pediátrica e enfermagem neonatal em universidades públicas e privadas no Estado do Rio de Janeiro. Esses cursos possuem apenas alguns módulos voltados ao atendimento da criança grave em unidades de terapia intensiva. Portanto, ainda não há cursos de especialização exclusivamente voltados para a terapia intensiva neonatal e pediátrica.

O enfermeiro com formação em enfermagem pediátrica deve ter consciência crítico-reflexiva, conhecimentos técnico-científicos e atitudes necessárias ao exercício profissional nessa área, visando a promoção, prevenção, proteção e recuperação da saúde da criança. Segundo Sigaud e Veríssimo para que assistência de enfermagem à criança e sua família seja adequada, há a necessidade da detecção do conhecimento sobre o crescimento e desenvolvimento da criança. Esse saber possibilitará ao enfermeiro: avaliar a criança quanto ao crescimento e desenvolvimento, sabendo o que esperar dela em cada faixa etária, planejar, prestar e avaliar o cuidado, considerando suas necessidades relativas ao desenvolvimento.⁽¹²⁾

Observa-se que em geral não existe uma política institucional dos serviços de saúde para o desenvolvimento e aprimoramento de seus recursos humanos. Em geral a procura dos enfermeiros por cursos de pós-graduação (*lato sensu e/ou stricto sensu*) tem sido por demanda espontânea e individual, sem liberação institucional para os estudos. A maioria das instituições não oferece salários diferenciados para o enfermeiro que possui curso de pós-graduação. Esta situação não valoriza o profissional que busca por formação especializada formal e aprimoramento de sua prática.

Segundo dados da *American Association of Critical-Care Nurses (AACN)*⁽¹³⁾, nos Estados Unidos, a maioria dos enfermeiros que atuam na especialidade recebem treinamento e formação na especialidade fornecidos pelos empregadores. A certificação para o trabalho em terapia intensiva não é obrigatória, porém muitos enfermeiros optam pela certificação, pois demonstra aquisição de conhecimentos de alto nível na especialidade. Para a certificação na especialidade é exigido alto nível de conhecimentos e habilidades na especialidade e número de horas trabalhadas que demonstre experiência clínica. A certificação é revalidada a cada três anos.

A qualidade da assistência de enfermagem alcançada demonstra o investimento realizado em recursos humanos, visando ao desenvolvimento profissional, intelectual, cultural

e pessoal, e preparando-os para as mudanças no cenário hospitalar, fruto do contínuo desenvolvimento científico e tecnológico no mundo atualmente. No Brasil, os estudos sobre qualidade em unidades de terapia intensiva são escassos na literatura, e os existentes, em sua maioria abordam quase que exclusivamente aspectos de estrutura física ou tecnológica.⁽¹⁴⁾

2.3.1 Quantitativo de enfermeiros / proporção e qualidade da assistência

Em unidades hospitalares, a equipe de enfermagem representa número significativo no quantitativo total de recursos humanos. Como consequência, os custos hospitalares na categoria “recursos humanos” são diretamente proporcionais ao número de profissionais de enfermagem. Por este motivo, em algumas instituições, quando há necessidade de diminuir custos, a tomada de decisão é relacionada à diminuição do quantitativo de pessoal de enfermagem. Outra atitude observada é a diminuição no quantitativo de enfermeiros e/ou substituição desses profissionais por técnicos ou auxiliares de enfermagem. Diversos estudos relatam que a qualidade da assistência de enfermagem não está somente relacionada à formação e capacitação dos enfermeiros, mas também pela proporção enfermeiro/paciente.

Marcin *et al*⁽¹⁵⁾ demonstraram que em unidades de terapia intensiva pediátrica, extubações acidentais são mais prováveis quando a enfermeira assiste a dois pacientes comparado a situações em que a enfermeira assiste a somente um paciente. Archibald *et al*⁽¹⁶⁾, estudando fatores de risco para infecção em unidades de terapia intensiva pediátrica, relatam que aumento das taxas de infecção hospitalar podem estar associadas à diminuição da relação enfermeiro/paciente. Concluem que a sobrecarga de trabalho pode propiciar a “quebra” de técnicas assépticas e diminuição da frequência de lavagem das mãos.

Jack Needleman *et al*⁽¹⁷⁾ relacionaram maiores proporções de horas de cuidados dispensadas por enfermeiros a pacientes hospitalizados a melhores resultados, representados

pela diminuição no tempo de internação, diminuição de infecções do trato urinário, sangramentos gástricos, pneumonias, falência respiratória, choque e trombose venosa profunda. Na mesma linha, o estudo realizado por McGillis *et al*⁽¹⁸⁾ destacou que, quanto maior a complexidade do paciente maior será a necessidade de cuidados de enfermagem, concluindo que a adequada proporção enfermeiro/paciente propicia menor ocorrência de erros de medicação e infecção. As autoras concluíram ainda que existe uma relação inversa entre o total de horas de cuidados do enfermeiro dispensados à pacientes e ocorrência de úlceras de decúbito, queixas por parte de pacientes e familiares e aumento de taxas de mortalidade.

A demora em reconhecer alterações e deterioração no quadro clínico de pacientes pode levar a maiores complicações, incluindo a morte do paciente. A detecção precoce e promoção imediata de cuidados a sangramentos, sinais de infecção e falência respiratória podem levar a reversão do quadro e conseqüente melhora do paciente. Padilha⁽¹⁹⁾, ao estudar ocorrências de iatrogenias em unidades de terapia intensiva em geral, concluiu que os fatores relacionados a estas ocorrências envolveram predominantemente os recursos humanos da unidade (89%), seguidos pelos recursos materiais (4,4%), equipamentos (5,3%) e planta física (0,8%). A autora descreveu que 89% das iatrogenias envolveram os recursos humanos de enfermagem da unidade. O estudo da gravidade das ocorrências foi realizado considerando a categoria profissional, relação numérica funcionário-paciente, tempo de trabalho em unidade de terapia intensiva (UTI), dupla jornada de trabalho, rodízio de turno de trabalho, dias de trabalho desde a última folga até a ocorrência iatrogênica, tempo decorrido das últimas férias até a ocorrência, avaliação de desempenho profissional, condições de saúde aparente e condição salarial.

No mesmo sentido, Carvalho *et al*⁽²⁰⁾ relatam em seu estudo que a ocorrência de erros relacionados a técnicas e procedimentos na área da saúde pode resultar em tragédias para pacientes e familiares, aumentar o tempo de internação e os custos hospitalares. Além disso,

podem ter um efeito dramático na vida de profissionais de saúde dedicados e envolvidos na assistência aos pacientes.

É importante ressaltar que a diminuição de horas de cuidados dispensados aos pacientes, também refletem diretamente no aumento dos custos hospitalares. A diminuição da qualidade da assistência de enfermagem pode acarretar em piora no quadro clínico dos pacientes e conseqüentemente aumentar o tempo de internação, utilização de medicamentos e tecnologias mais caras. A sobrecarga de trabalho também vai causar insatisfação e desgaste da equipe, podendo resultar em aumento na rotatividade dos enfermeiros, situação que também leva ao aumento dos custos hospitalares.

Todas essas razões apresentam-se no sentido de enfatizar a necessidade de uma relação adequada enfermeiro/paciente para as unidades de tratamento intensivo. Nos Estados Unidos da América e em alguns países da Europa, na maioria das UTIs essa relação é de um enfermeiro para cada paciente (1:1) ou um enfermeiro para cada dois pacientes (1:2), podendo ser até dois enfermeiros para um paciente (2:1) em casos específicos de maior complexidade como, por exemplo, paciente em suporte cardio-ventilatório extracorpóreo.^{(21) (22)}

No Brasil, a regulamentação em vigor (Portaria do Ministério da Saúde n- 3432 de 12 de agosto de 1998) estabelece critérios de classificação para unidades de tratamento intensivo de acordo com a incorporação de tecnologia, especialização dos recursos humanos e área física disponível. A partir da data de publicação dessa portaria, passam a ser cadastradas somente unidades do tipo II e III. Em relação à proporção enfermeiro/paciente, para unidades de tratamento intensivo tipo II, a relação é de 1:10 e para unidades tipo III a proporção é de 1:5.⁽²³⁾ Esta proporção enfermeiro/paciente não é proporcional às características e necessidades específicas de cuidados apresentadas pelos pacientes de unidades de terapia intensiva. Em unidades com essa proporção, a maioria dos cuidados de enfermagem, inclusive

aqueles de maior complexidade são realizados por profissionais de nível médio, sem formação específica.

2.3.2 O Enfermeiro em Unidades de Cuidados Intensivos

O enfermeiro de unidades de terapia intensiva atua em um cenário, onde os pacientes em geral apresentam-se criticamente enfermos, vulneráveis, sujeitos à instabilidade de funções vitais, com risco iminente de morte e necessitam de vigilância constante e cuidados intensivos e especializados de enfermagem. A assistência de enfermagem dispensada a estes pacientes deve ser embasada em conhecimentos técnico-científicos e requer experiência para prover cuidados adequados e seguros. Nessas unidades, o enfermeiro pode desempenhar diversas funções, ou seja, podem ser administradores, assistenciais, educadores, especialistas e pesquisadores.

Entre as competências dos enfermeiros que atuam em unidades de cuidados intensivos, pode-se destacar o julgamento clínico, que é representado pela habilidade de relacionar dados do paciente e entender a trajetória da doença e a resposta humana em situações de agravos severos a saúde. O enfermeiro experiente antecipa as necessidades do paciente, de forma a prevenir possíveis complicações.

É importante acrescentar também que mais do que em qualquer outra especialidade, o enfermeiro de UTIPs tem realizado progressos significativos no cuidado centrado na família, ajudando ao paciente e sua família a tolerar melhor a experiência e se sentirem mais bem “cuidados”, favorecendo assim o estabelecimento de um ambiente terapêutico. Cabe ressaltar que em um ambiente terapêutico, sentimentos como angústia, medo e sensação de desamparo dos pais e de crianças podem ser transformados em sentimentos de conforto, segurança e esperança.

Atualmente, existem relatos na literatura mundial sobre a preocupação com a diminuição do número de enfermeiros em unidades de serviços especializados de saúde, incluindo as unidades de terapia intensiva neonatal e pediátrica de países desenvolvidos como Estados Unidos da América, Canadá e alguns países da Europa.^{(24) (25)} Estes artigos reportam o aumento da média de idade dos enfermeiros, a diminuição do ingresso de jovens nos cursos de graduação e a possível não reposição dos enfermeiros que irão se aposentar como motivos da diminuição de enfermeiros atuantes na especialidade.

Existem poucos registros na literatura sobre o perfil dos enfermeiros atuantes na especialidade de terapia intensiva neonatal e pediátrica. Na tabela 1.1 observa-se um estudo sobre dados demográficos dos membros da *American Association of Critical-Care Nurses* (AACN).⁽¹³⁾

Tabela 1.1 Dados demográficos de enfermeiros associados a AACN.

Idade	até 29 anos (5%)
	30-39 anos (19%)
	40-49 anos (32%)
	50-59 anos (35%)
	mais de 60 anos (9%)
Anos de atuação na especialidade	menos de 2 anos (4%)
	2 a 5 anos (17%)
	6 a 10 anos (18%)
	11 a 15 anos (17%)
	16 a 20 anos (18%)
	mais de 21 anos (26%)
Renda média anual:	até US\$ 24.999 (2%)
	US\$ 25.000 a US\$ 39.999 (9%)
	US\$ 40.000 a US\$ 54.999 (27%)
	US\$ 55.000 a US\$ 74.999 (34%)
	US\$ 75.000 a US\$ 99.999 (27%)
	acima de US\$ 100.000 (1%)
Gênero:	feminino (90%)
	masculino (10%)
Função:	assistencial (66%)
	administrativa (7%)
	especialistas (3%)

Para atuação em terapia intensiva pediátrica, além de conhecimento técnico-científico especializado, algumas características devem ser consideradas, como fundamentais: iniciativa, liderança, capacidade para trabalhar e estimular o trabalho em equipe, organização, alto senso de observação, discernimento, raciocínio objetivo e capacidade de lidar com sobrecarga emocional da criança e de sua família.

Apesar do razoável número de leis e resoluções existentes com a finalidade de balisar a formação e atuação do enfermeiro nas unidades de terapia intensiva, são inúmeras as dificuldades encontradas por este profissional nestas unidades, como por exemplo, a sensação de desvalorização do profissional; resistência da equipe diante de situações novas; sensação de angústia e impotência diante de situações de vida e morte; responsabilidade pelo controle do tempo; sentimento de angústia e desgaste; conflitos, formação inadequada de componentes da equipe; falta de recursos técnicos; baixos salários e enorme demanda de atividades administrativas que desviam o enfermeiro da prestação direta de cuidados ao paciente. No entanto, a importância da atuação deste profissional neste cenário é fundamental, enfatizando-se ainda que o cuidado não se esgote no atendimento de procedimentos técnicos, tendo o enfermeiro pediatria papel essencial no cuidar da criança e sua família de uma forma mais holística.

O controle do nível de ruídos, conforto térmico, promoção de iluminação adequada e atenção às necessidades da criança e da família são algumas de muitas ações consideradas fundamentais para o estabelecimento de um ambiente terapêutico. Sensações de segurança, conforto, confiança, acolhimento e esperança serão conseqüências dessas ações.

Apesar da existência de cem unidades de terapia intensiva neonatal e pediátrica ativas no estado, pouco se conhece sobre a formação e prática do enfermeiro que atua nestas unidades.

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

Descrever o perfil dos enfermeiros que atuam em unidades de terapia intensiva neonatal, pediátrica e mista do Estado do Rio de Janeiro.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Descrever as seguintes características:

- Perfil sócio-demográfico
- Formação profissional
- Treinamento e aperfeiçoamento da prática profissional
- Atuação profissional em geral
- Satisfação profissional

Comparar os resultados da região metropolitana e interior do estado.

4 METODOLOGIA

4.1 DESENHO DO ESTUDO

Estudo observacional, transversal e descritivo em unidades de saúde.

4.2 POPULAÇÃO DO ESTUDO

Enfermeiros que atuam em unidades de terapia intensiva neonatal, pediátrica e mista no Estado do Rio de Janeiro.

4.3 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO, EXCLUSÃO E PERDAS

- Foram incluídos todos os enfermeiros atuantes das UTIs neonatais, pediátricas e mistas (unidades neonatais e pediátricas no mesmo espaço físico) em funcionamento no Estado do Rio de Janeiro durante os meses de setembro de 2005 a novembro de 2007.
- Foram excluídos os enfermeiros que não eram exclusivos das unidades.
- Foram considerados como perdas aqueles que não responderam ao questionário no prazo determinado ou responderam de maneira considerada insatisfatória.

VARIÁVEIS E DEFINIÇÃO

Quadro 4.1 Variáveis estudadas e sua classificação

VARIÁVEIS	OBJETIVO ESPECÍFICO	TIPO
Faixa etária (idade relatada).	1	Quantitativa discreta
Sexo (sexo alegado).	1	Qualitativa nominal dicotômica
Ano da graduação em enfermagem.	2	Quantitativa discreta
Tipo de faculdade (pública ou privada).	2	Qualitativa nominal dicotômica
Formação após a graduação (curso de especialização residência, mestrado e doutorado).	2	Qualitativa nominal policotômica
Treinamento específico na unidade de atuação (para enfermeiros sem formação específica em neonatologia ou pediatria)..	3	Qualitativa nominal dicotômica
Cursos de capacitação profissional (PICC, PALS e Reanimação neonatal da SBP).	2	Qualitativa nominal dicotômica
Acesso à internet no domicílio.	3	Qualitativa nominal dicotômica
Horas de acesso à internet relacionadas a especialidade de terapia intensiva neonatal e pediátrica	3	Quantitativa discreta
Participação em eventos científicos (jornadas, simpósios e congressos na especialidade de terapia intensiva neonatal e pediátrica).	3	Qualitativa nominal dicotômica
Apresentação de pôster ou tema livre na área de terapia intensiva neonatal e pediátrica.	3	Qualitativa nominal dicotômica
Participação em projeto de pesquisa na especialidade.	3	Qualitativa nominal dicotômica
Filiação a sociedades de enfermagem.	4	Qualitativa nominal dicotômica
Tempo de atuação em unidades de terapia intensiva neonatal e pediátrica após a graduação.	4	Quantitativa discreta
Horas semanais relatadas de trabalho em terapia intensiva neonatal e pediátrica (número de horas de trabalho).	4	Quantitativa discreta
Tipo de unidade em que trabalha se UTI (se neonatal, pediátrica ou mista).	4	Qualitativa nominal policotômica
Faixa salarial com o trabalho em UTI neonatal, pediátrica ou mista.	4	Quantitativa discreta
Satisfação profissional na unidade de trabalho (unidade de atuação).	5	Qualitativa nominal policotômica
Motivos de insatisfação profissional. (na unidade de atuação).	5	Qualitativa nominal policotômica
Tipo de função exercida (na unidade de atuação).	4	Qualitativa nominal policotômica
Participação em programas de treinamento em serviço. (na unidade de atuação).	3	Qualitativa nominal policotômica
Realização de registros de enfermagem no prontuário (evolução de enfermagem).	4	Qualitativa nominal policotômica
Participação em discussões clínicas multiprofissionais (na unidade de atuação).	4	Qualitativa nominal policotômica
Número de postos de trabalho em unidade de terapia intensiva neonatal, mista e pediátrica.	4	Quantitativa discreta
Escala de trabalho (horas de trabalho e horas de descanso).	4	Qualitativa nominal policotômica

4.4 COLETA DE DADOS

Para a realização deste estudo foi feito o levantamento de todas as unidades de terapia intensiva neonatais, pediátricas e mistas em funcionamento no Estado do Rio de Janeiro. Estas unidades foram identificadas através de consultas aos registros do Serviço de Vigilância Sanitária da Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro, do Conselho Regional de Medicina do Estado do Rio de Janeiro (CREMERJ), do Conselho Regional de Enfermagem (COREN), da Associação de Hospitais da Cidade e do Estado do Rio de Janeiro, da Sociedade de Pediatria do Estado do Rio de Janeiro (SOPERJ) e da Sociedade de Terapia Intensiva do Estado do Rio de Janeiro (SOTIERJ).

Para a coleta de dados foi elaborado um questionário semi-estruturado e aplicado um estudo piloto em cinco unidades com o objetivo de realizar as adequações necessárias. Após as correções necessárias no instrumento de pesquisa, foi realizado um roteiro de visita às unidades hospitalares para apresentação do projeto de pesquisa e início da coleta de dados. O questionário (apêndice 3) foi composto por duas partes: parte A, onde o enfermeiro respondia a questões relativas à caracterização de seu perfil sócio demográfico e de formação, e parte B, que correspondia às características de atuação do enfermeiro na instituição em que ele estava respondendo o questionário.

Após contato prévio com a chefia de enfermagem das unidades hospitalares selecionadas, foi realizada uma visita às unidades e apresentado o projeto de pesquisa, quando os objetivos do estudo foram expostos detalhadamente e realizados os esclarecimentos necessários sobre a metodologia da pesquisa, seguidos da apresentação do questionário e orientações sobre o seu preenchimento. A manutenção do anonimato dos sujeitos e o caráter voluntário da participação foi enfaticamente reforçado. Após autorização para a realização da

coleta de dados na unidade e informação do quantitativo de enfermeiros atuantes, foram entregues os questionários em quantidade correspondente ao número de profissionais. Os questionários foram entregues nas unidades pela pesquisadora ou por outro membro da equipe do projeto de pesquisa, previamente treinado. Para cada enfermeiro foi entregue um envelope contendo um questionário anônimo com perguntas fechadas, duas vias do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e um envelope pequeno. O termo de consentimento, onde havia a necessidade da identificação do profissional, era colocado no envelope menor e posteriormente fechado, de forma a garantir o anonimato do profissional. Para evitar duplicidade de informações, os enfermeiros que trabalhavam em duas ou mais unidades e já haviam respondido o questionário em outra unidade eram orientados a responder somente a segunda parte do questionário, que continha perguntas referentes ao seu trabalho naquela instituição. Após a distribuição dos questionários era estipulado um prazo de duas a três semanas para o recolhimento do material.

De um modo geral, os questionários foram preenchidos e entregues em um prazo médio de 20 dias. A coleta de dados ocorreu no período de setembro de 2005 a novembro de 2007.

4.5 ANÁLISE DOS DADOS E TRATAMENTO ESTATÍSTICO

Os dados foram transportados para uma planilha eletrônica e apresentados em tabelas de distribuição de frequências, quadros descritivos e figuras. Em caráter exploratório, os dados foram comparados entre as regiões metropolitana e interior do estado, utilizando-se o teste do qui-quadrado com a correção de Yates ou o teste exato de Fisher sempre que indicado.

ASPECTOS ÉTICOS

Este estudo está em consonância com a Resolução nº196 do Conselho Nacional de Saúde, de 10/10/1996, que regula os aspectos éticos da pesquisa envolvendo seres humanos no Brasil e foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Instituto de Puericultura e Pediatria Martagão Gesteira da Universidade Federal do Rio de Janeiro e aprovado em 19 de julho de 2005.

Para todas as unidades do município do Rio de Janeiro, o projeto foi aprovado pelo CEP da Secretaria Municipal de Saúde. Nas unidades que dispunham de CEP, o projeto foi encaminhado e aprovado em todas. Naquelas que não dispunham de CEP, a aprovação pelo CEP do IPPMG-UFRJ foi considerada adequada.

Os enfermeiros que participaram deste estudo não tiveram suas identidades reveladas durante o decorrer do trabalho e apresentação dos resultados. Os enfermeiros que concordaram em participar deste estudo receberam, preencheram e assinaram um termo de consentimento livre e esclarecido com esclarecimentos sobre a finalidade e benefícios do estudo.

Os resultados deste estudo serão objetos de divulgação através de eventos e publicações científicas, além de serem encaminhados às unidades de terapia intensiva que participaram da pesquisa.

5 RESULTADOS

5.1 REGIÕES DE SAÚDE NO ESTADO DO RIO DE JANEIRO

O Estado do Rio de Janeiro possui 92 municípios e população de 14.367.083 habitantes, segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas (IBGE) com base no Censo Demográfico de 2000. ⁽²⁶⁾ Para este estudo foi utilizada a divisão geográfica por regiões de saúde aprovada pela Comissão Intergestores Bipartite em 18 de outubro de 2001 e pelo Conselho Estadual de Saúde em 07 de dezembro de 2001 (Figura 5.1). ⁽²⁷⁾

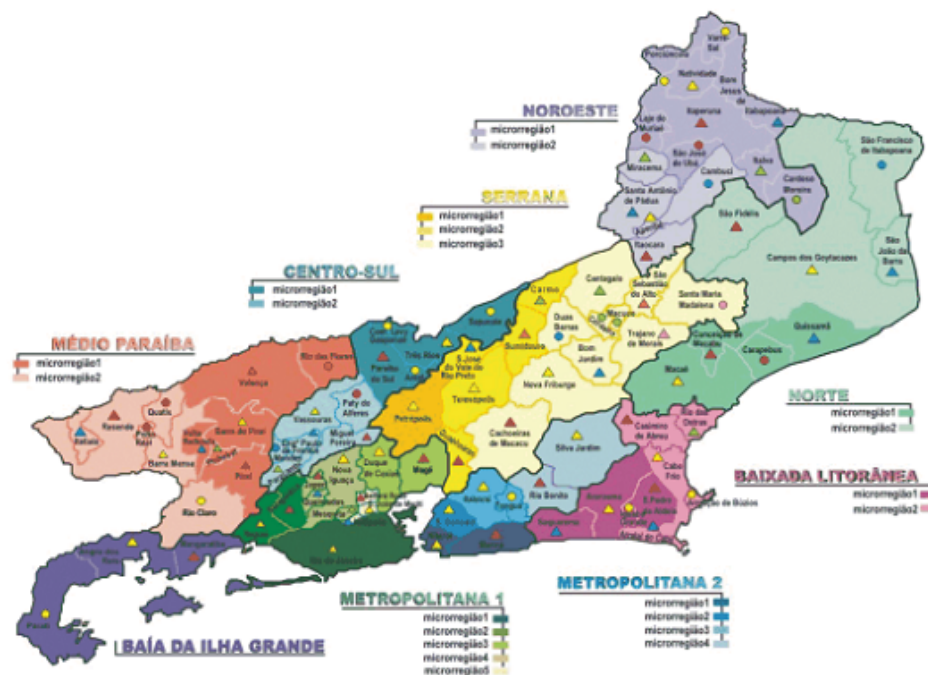


Figura 5.1 Mapa do estado do Rio de Janeiro com regiões e microrregiões de saúde.

A tabela 5.1 mostra as regiões de saúde com os municípios correspondentes.

Quadro 5.1 Região de saúde e seus municípios.

REGIÃO	MUNICÍPIOS
Metropolitana 1	Rio de Janeiro, Itaguaí, Seropédica, Duque de Caxias, Magé, Nova Iguaçu, Japeri, Queimados, Mesquita, São João de Meriti, Belford Roxo e Nilópolis.
Metropolitana 2	Niterói, Marica, São Gonçalo, Itaboraí, Silva Jardim e Rio Bonito.
Baixada Litorânea	Saquarema, Araruama, São Pedro da Aldeia, Arraial do Cabo, Cabo Frio, Casimiro de Abreu e Rio das Ostras.
Norte	Macaé, Conceição de Macabu, Carapebús, Quissamã, Campos dos Goytacazes, São Fidelis, São João da Barra, São Francisco de Itabapoana.
Noroeste	Natividade, Itaperuna, São Jesus de Itabapoana, Italva, Aperibé, Itacoara, Santo Antonio de Pádua e Miracema.
Serrana	Petrópolis, Teresópolis, Guapimirim, São José do Vale do Rio Preto, Carmo, Sumidouro, Nova Friburgo, Cachoeira de Macacu, Bom Jardim, Cantagalo, São Sebastião do Alto e Trajano de Moraes.
Centro-Sul	Três Rios, Paraíba do Sul, Vassouras, Miguel Pereira, Engenheiro Paulo de Frontim e Paracambi.
Médio - Paraíba	Barra do Piraí, Piraí, Volta Redonda, Pinheiral, Valença, Barra Mansa, Resende e Itatiaia.
Baía da Ilha Grande	Angra dos Reis e Mangaratiba.

5.2 UNIDADES

Foram identificadas cento e nove unidades de terapia intensiva neonatal, pediátrica ou mista no Estado do Rio de Janeiro (Figura 5.2). Deste total, cem unidades encontravam-se ativas (Quadro 5.2) e nove encontravam-se inativas (Quadro 5.3), vinte e quatro foram excluídas por não permitir ou possibilitar a coleta de dados (Quadro 5.4) e uma (Hospital São Lucas de Petrópolis) foi excluída por não possuir enfermeiro exclusivo. Os dados foram, portanto, coletados em 75 unidades (Quadro 5.5). A distribuição percentual de unidades ativas que participaram do estudo por região de saúde e por tipo de unidade encontra-se representada na Tabela 5.2.

Quadro 5.2 Distribuição de Unidades ativas identificadas no Estado do Rio de Janeiro por região de saúde, tipo de unidade e município de localização. Período de setembro de 2005 a novembro de 2007.

UNIDADE	REGIÃO DE SAÚDE	TIPO	MUNICÍPIO
AMIU – Unidade Botafogo	Metropolitana 1	Mista	Rio de Janeiro
AMIU – Unidade Jacarepaguá	Metropolitana 1	Neonatal	Rio de Janeiro
Associação de Proteção à Maternidade e à Infância de Resende – APMIR	Médio-Paraíba	Neonatal	Resende
Casa de Saúde N. S. do Carmo – LLAK	Metropolitana 1	Mista	Rio de Janeiro
Casa de Saúde Nossa Senhora de Fátima	Metropolitana 1	Neonatal	Nova Iguaçu
Casa de Saúde Nossa Senhora de Fátima	Metropolitana 1	Pediátrica	Nova Iguaçu
Casa de Saúde Santa Martha	Metropolitana 2	Neonatal	Niterói
Casa de Saúde São José	Metropolitana 2	Neonatal	São Gonçalo
CEMERU Saúde	Metropolitana 1	Mista	Rio de Janeiro
Centro de Neonatologia Nicola Albano	Norte	Mista	Campos dos Goytacazes
Centro Pediátrico da Lagoa	Metropolitana 1	Pediátrica	Rio de Janeiro
CEPERJ – Casa de Saúde São José	Metropolitana 1	Neonatal	Rio de Janeiro
CETRIN – Casa de Saúde Santa Lúcia	Metropolitana 1	Neonatal	Rio de Janeiro
Clínica da Primeira Idade	Metropolitana 1	Pediátrica	Rio de Janeiro
Hospital do Amparo Feminino	Metropolitana 1	Neonatal	Rio de Janeiro
Clínica Perinatal – Unidade Caxias	Metropolitana 1	Neonatal	Rio de Janeiro
Clínica Perinatal – Unidade Laranjeiras	Metropolitana 1	Neonatal	Rio de Janeiro
Casa de Saúde e Maternidade Terezinha de Jesus	Metropolitana 1	Neonatal	São João de Meriti
Hospital Ferreira Machado	Norte	Pediátrica	Campos dos Goytacazes
Fundação Educacional Severino Sombra	Centro-Sul	Neonatal	Vassouras
Hospital Adão Pereira Nunes – Saracuruna	Metropolitana 1	Neonatal	Duque de Caxias
Hospital Adão Pereira Nunes – Saracuruna	Metropolitana 1	Pediátrica	Duque de Caxias
Hospital Adventista Silvestre	Metropolitana 1	Mista	Rio de Janeiro
Hospital Alcides Carneiro	Serrana	Mista	Petrópolis
Hospital Barra Dor	Metropolitana 1	Neonatal	Rio de Janeiro
Hospital Central Aristharco Pessoa	Metropolitana 1	Neonatal	Rio de Janeiro
Hospital Central da Polícia Militar	Metropolitana 1	Mista	Rio de Janeiro
Hospital Central do Exército	Metropolitana 1	Mista	Rio de Janeiro
Hospital Clini-Rio – Daniel Lipp	Metropolitana 1	Mista	Duque de Caxias
Hospital Copa Dor	Metropolitana 1	Pediátrica	Rio de Janeiro
Hospital da Mulher – Pró-Baby	Médio - Paraíba	Neonatal	Barra Mansa
Hospital da Prefeitura de Macaé	Norte	Mista	Macaé
Hospital de Base Força Aérea do Galeão	Metropolitana 1	Neonatal	Rio de Janeiro
Hospital de Clínicas Balbino	Metropolitana 1	Mista	Rio de Janeiro
Hospital de Clínicas de Bangu	Metropolitana 1	Mista	Rio de Janeiro
Hospital de Clínicas de Niterói	Metropolitana 2	Mista	Niterói
Hospital de Clínicas Mario Leoni	Metropolitana 1	Mista	Duque de Caxias
Hospital de Clínicas Pró-Saúde	Metropolitana 1	Neonatal	Rio de Janeiro
Hospital dos Plantadores de Cana	Norte	Neonatal	Campos dos Goytacazes
Hospital dos Servidores do Estado	Metropolitana 1	Neonatal	Rio de Janeiro
Hospital dos Servidores do Estado	Metropolitana 1	Pediátrica	Rio de Janeiro

UNIDADE	REGIÃO DE SAÚDE	TIPO	MUNICÍPIO
Hospital e Clínicas São Gonçalo – NATUCARE	Metropolitana 2	Neonatal	São Gonçalo
Hospital e Maternidade Codrato de Vilhena	Baía da Ilha Grande	Neonatal	Angra dos Reis
Hospital e Maternidade de Nova Friburgo	Serrana	Neonatal	Nova Friburgo
Hospital Estadual Azevedo Lima	Metropolitana 2	Neonatal	Niterói
Hospital Estadual Rocha Faria	Metropolitana 1	Neonatal	Rio de Janeiro
Hospital Geral da Lagoa	Metropolitana 1	Pediátrica	Rio de Janeiro
Hospital Geral de Bonsucesso	Metropolitana 1	Mista	Rio de Janeiro
Hospital Geral de Jacarepaguá	Metropolitana 1	Pediátrica	Rio de Janeiro
Hospital Geral de Nova Iguaçu	Metropolitana 1	Neonatal	Nova Iguaçu
Hospital Getúlio Vargas Filho	Metropolitana 2	Mista	São Gonçalo
Hospital Infantil Dr. Darcy Vargas	Metropolitana 2	Mista	São Gonçalo
Hospital Infantil e Maternidade Jardim Amália	Médio - Paraíba	Mista	Volta Redonda
Hospital Joari	Metropolitana 1	Neonatal	Rio de Janeiro
Hospital Maternidade Alexander Flemming	Metropolitana 1	Neonatal	Rio de Janeiro
Hospital Maternidade Carmela Dutra	Metropolitana 1	Neonatal	Rio de Janeiro
Hospital Municipal Jesus	Metropolitana 1	Pediátrica	Rio de Janeiro
Hospital Municipal Miguel Couto	Metropolitana 1	Pediátrica	Rio de Janeiro
Hospital Municipal N. S. do Loreto	Metropolitana 1	Pediátrica	Rio de Janeiro
Hospital Municipal São João Batista	Médio - Paraíba	Neonatal	Volta Redonda
Hospital Municipal Souza Aguiar	Metropolitana 1	Pediátrica	Rio de Janeiro
Hospital Naval Marcílio Dias	Metropolitana 1	Mista	Rio de Janeiro
Hospital Pan-Americano – TIPE	Metropolitana 1	Neonatal	Rio de Janeiro
Hospital Estadual Pedro II	Metropolitana 1	Neonatal	Rio de Janeiro
Hospital Pasteur	Metropolitana 1	Mista	Rio de Janeiro
Hospital Pró-Cardíaco	Metropolitana 1	Pediátrica	Rio de Janeiro
Hospital Quinta DOR	Metropolitana 1	Mista	Rio de Janeiro
Hospital Regional de Araruama	Baixada Litorânea	Mista	Araruama
Hospital Santa Cruz – Beneficência Portuguesa	Metropolitana 2	Mista	Niterói
Hospital Santa Isabel – Clípel	Baixada Litorânea	Mista	Cabo Frio
Hospital Santa Maria Madalena	Metropolitana 1	Neonatal	Rio de Janeiro
Hospital São José do Avaí	Noroeste	Mista	Itaperuna
Hospital São Vicente de Paulo	Metropolitana 1	Mista	Rio de Janeiro
Hospital Unimed – Petrópolis	Serrana	Mista	Petrópolis
Hospital Unimed Macaé	Norte	Neonatal	Macaé
Hospital Universitário Antonio Pedro	Metropolitana 2	Neonatal	Niterói
Hospital Universitário Gaffrée e Guinle	Metropolitana 1	Mista	Rio de Janeiro
Hospital Universitário Pedro Ernesto	Metropolitana 1	Neonatal	Rio de Janeiro
Hospital Universitário Pedro Ernesto	Metropolitana 1	Pediátrica	Rio de Janeiro
Hospital Vita – NEOVIDA	Médio - Paraíba	Mista	Volta Redonda
Instituto de Puericultura e Pediatria Martagão Gesteira – IPPMG	Metropolitana 1	Pediátrica	Rio de Janeiro
Instituto Estadual de Cardiologia Aloísio de Castro – IECAC	Metropolitana 1	Pediátrica	Rio de Janeiro
Instituto Fernandes Figueira	Metropolitana 1	Neonatal	Rio de Janeiro
Instituto Fernandes Figueira	Metropolitana 1	Pediátrica	Rio de Janeiro
Instituto Fernandes Figueira	Metropolitana 1	Neo-cirúrgica	Rio de Janeiro
Instituto municipal da mulher Fernando Magalhães	Metropolitana 1	Neonatal	Rio de Janeiro
Instituto Nacional de Cardiologia – FUNDACOR	Metropolitana 1	Mista	Rio de Janeiro
Instituto Nacional do Câncer	Metropolitana 1	Pediátrica	Rio de Janeiro
Irmadade São João Batista de Macaé	Norte	Mista	Macaé
Maternidade Escola – UFRJ	Metropolitana 1	Neonatal	Rio de Janeiro
Hospital e Maternidade Oswaldo Nazaré (Praça XV)	Metropolitana 1	Neonatal	Rio de Janeiro
Menino Jesus de Praga – Pró-Baby	Médio - Paraíba	Neonatal	Barra Mansa
NEOVIDA – SAMER	Médio - Paraíba	Mista	Volta Redonda
PRONIL	Metropolitana 1	Neonatal	Nilópolis
Prontobaby	Metropolitana 1	Mista	Rio de Janeiro
SAMCI	Metropolitana 1	Pediátrica	Rio de Janeiro
SEMIC- Serviços Médicos à Indústria e Comércio	Metropolitana 1	Mista	Rio de Janeiro
Serv – Baby	Metropolitana 1	Mista	Rio de Janeiro
Sociedade portuguesa de beneficência de Campos	Norte	Neonatal	Campos de Goytacazes
Unidade Integrada de Saúde Herculano Pinheiro	Metropolitana 1	Neonatal	Rio de Janeiro

Quadro 5.3 Distribuição de unidades inativas por região de saúde, tipo de unidade e por município de localização. Período de setembro de 2005 a novembro de 2007.

UNIDADE	REGIÃO DE SAÚDE	TIPO	MUNICÍPIO
IASERJ - Instituto de Assistência dos Servidores do Estado do Rio de Janeiro	Metropolitana 1	Neonatal	Rio de Janeiro
Hospital de Traumatologia – Ortopedia	Metropolitana 1	Pediátrica	Rio de Janeiro
Hospital São João de Deus	Metropolitana 1	Neonatal	Rio de Janeiro
Hospital São Lucas – CETIN	Metropolitana 1	Neonatal	Rio de Janeiro
Instituto Estadual de Infectologia São Sebastião	Metropolitana 1	Pediátrica	Rio de Janeiro
NEOTIN - São Gonçalo	Metropolitana 2	Neonatal	São Gonçalo
PRONTONIL	Metropolitana 1	Pediátrica	Nova Iguaçu
São Sebastião Hospital de Clínicas de Niterói	Metropolitana 2	Pediátrica	Niterói
SEMEG – Serviços Médicos Guanabara	Metropolitana 1	Neonatal	Rio de Janeiro

Quadro 5.4 Distribuição de unidades excluídas por não concordar com a pesquisa ou não possibilitar meios para a coleta de dados por região de saúde, tipo de unidade e município de localização. Período de setembro de 2005 a novembro de 2007.

UNIDADE	REGIÃO DE SAÚDE	TIPO	MUNICÍPIO
AMIU Botafogo	Metropolitana 1	Mista	Rio de Janeiro
Amparo Feminino Perinatal	Metropolitana 1	Neonatal	Rio de Janeiro
CEMERU Saúde	Metropolitana 1	Mista	Rio de Janeiro
CEPERJ – Casa de Saúde São José	Metropolitana 1	Neonatal	Rio de Janeiro
Casa de Saúde São José	Metropolitana 1	Neonatal	Caxias
Clínica Perinatal-Unidade São João	Metropolitana 1	Neonatal	São João de Meriti
Hospital Adão Pereira Nunes – Saracuruna	Metropolitana 1	Pediátrica	Rio de Janeiro
Hospital Adventista Silvestre	Metropolitana 1	Mista	Rio de Janeiro
Hospital Clini-Rio Daniel Lipp	Metropolitana 1	Mista	Rio de Janeiro
Hospital de Base Força Aérea do Galeão	Metropolitana 1	Neonatal	Rio de Janeiro
Hospital Estadual Rocha Faria	Metropolitana 1	Neonatal	Rio de Janeiro
Hospital Geral de Bonsucesso	Metropolitana 1	Pediátrica	Rio de Janeiro
Hospital Geral de Nova Iguaçu	Metropolitana 1	Neonatal	Nova Iguaçu
Hospital Joari	Metropolitana 1	Neonatal	Rio de Janeiro
Hospital Municipal São João Batista	Médio – Paraíba	Neonatal	Barra Mansa
Hospital Nossa Senhora de Fátima	Metropolitana 1	Neonatal	Nova Iguaçu
Hospital Pedro II	Metropolitana 1	Neonatal	Rio de Janeiro
Hospital Santa Cruz - Beneficência Portuguesa	Metropolitana 2	Mista	Niterói
Hospital Universitário Pedro Ernesto	Metropolitana 1	Pediátrica	Rio de Janeiro
Instituto Nacional de cardiologia	Metropolitana 1	Mista	Rio de Janeiro
Maternidade Praça XV	Metropolitana 1	Neonatal	Rio de Janeiro
Pró Baby - Hospital da mulher	Médio – Paraíba	Neonatal	Barra Mansa
Pro-Baby - Menino Jesus de Praga	Médio – Paraíba	Neonatal	Barra Mansa
Serv-Baby	Metropolitana 1	Mista	Rio de Janeiro

Quadro 5.5 Distribuição de unidades em funcionamento e que participaram do presente estudo por região de saúde, tipo de unidade e município de localização. Período de setembro de 2005 a novembro de 2007.

UNIDADE	REGIÃO DE SAÚDE	TIPO	MUNICÍPIO
AMIU - Unidade Jacarepaguá	Metropolitana 1	Neonatal	Rio de Janeiro
Associação de Proteção à Maternidade e à Infância de Resende – APMIR	Médio – Paraíba	Neonatal	Resende
Casa de Saúde N. S. do Carmo	Metropolitana 1	Mista	Rio de Janeiro
Casa de Saúde Nossa Senhora de Fátima	Metropolitana 1	Pediátrica	Nova Iguaçu
Casa de Saúde Santa Martha	Metropolitana 2	Neonatal	Niterói
Casa de Saúde São José	Metropolitana 2	Neonatal	São Gonçalo
Centro de Neonatologia Nicola Albano	Norte	Mista	Campos de Goytacazes

UNIDADE	REGIÃO DE SAÚDE	TIPO	MUNICÍPIO
Centro Pediátrico da Lagoa	Metropolitana 1	Pediátrica	Rio de Janeiro
CETRIN – Casa de Saúde Santa Lúcia	Metropolitana 1	Neonatal	Rio de Janeiro
Clínica da Primeira Idade	Metropolitana 1	Pediátrica	Rio de Janeiro
Clínica Perinatal – Unidade Laranjeiras	Metropolitana 1	Neonatal	Rio de Janeiro
Fundação Dr. João Barcelos Martins Hospital Ferreira Machado	Norte	Pediátrica	Rio de Janeiro
Fundação Educacional Severino Sombra	Centro-Sul	Neonatal	Vassouras
Hospital Central da Polícia Militar	Metropolitana 1	Mista	Rio de Janeiro
Hospital Adão Pereira Nunes - Saracuruna	Metropolitana 1	Neonatal	Rio de Janeiro
Hospital Alcides Carneiro	Serrana	Mista	Petrópolis
Hospital Barra DOR	Metropolitana 1	Neonatal	Rio de Janeiro
Hospital Central Aristharco Pessoa	Metropolitana 1	neonatal	Rio de Janeiro
Hospital Central do Exército	Metropolitana 1	Mista	Rio de Janeiro
Hospital Copa DOR	Metropolitana 1	Pediátrica	Rio de Janeiro
Hospital da Prefeitura de Macaé	Norte	Mista	Macaé
Hospital de Clínicas Balbino	Metropolitana 1	Mista	Rio de Janeiro
Hospital de Clínicas de Bangu	Metropolitana 1	Mista	Rio de Janeiro
Hospital de Clínicas de Niterói	Metropolitana 2	Mista	Niterói
Hospital de Clínicas Mario Leoni	Metropolitana 1	Mista	Rio de Janeiro
Hospital de Clínicas Pró-Saúde	Metropolitana 1	Neonatal	Rio de Janeiro
Hospital dos Plantadores de Cana	Norte	Neonatal	Campos de Goytacazes
Hospital dos Servidores do estado	Metropolitana 1	Neonatal	Rio de Janeiro
Hospital dos Servidores do estado	Metropolitana 1	Pediátrica	Rio de Janeiro
Hospital e Maternidade Codrato de Vilhena	Baía da Ilha Grande	Neonatal	Angra dos Reis
Hospital e Maternidade de nova Friburgo	Serrana	neonatal	Nova Friburgo
Hospital Estadual Azevedo Lima	Metropolitana 2	Neonatal	Niterói
Hospital Geral da Lagoa	Metropolitana 1	Pediátrica	Rio de Janeiro
Hospital Geral de Jacarepaguá	Metropolitana 1	Pediátrica	Rio de Janeiro
Hospital Geral de Nova Iguaçu	Metropolitana 1	Neonatal	Nova Iguaçu
Hospital Getúlio Vargas Filho	Metropolitana 2	Mista	São Gonçalo
Hospital Infantil Dr. Darcy Vargas	Metropolitana 2	Mista	São Gonçalo
Hospital Infantil e Maternidade Jardim Amália	Médio Paraíba	Mista	Volta Redonda
Hospital Maternidade Alexander Flemming	Metropolitana 1	Neonatal	Rio de Janeiro
Hospital Maternidade Carmela Dutra	Metropolitana 1	Neonatal	Rio de Janeiro
Hospital Municipal Jesus	Metropolitana 1	Pediátrica	Rio de Janeiro
Hospital Municipal Miguel Couto	Metropolitana 1	Pediátrica	Rio de Janeiro
Hospital Municipal N. S. do Loreto	Metropolitana 1	Pediátrica	Rio de Janeiro
Hospital Municipal Souza Aguiar	Metropolitana 1	Pediátrica	Rio de Janeiro
Hospital Naval Marcílio Dias	Metropolitana 1	Mista	Rio de Janeiro
Hospital Pan-Americano – TIPE	Metropolitana 1	Neonatal	Rio de Janeiro
Hospital Pasteur	Metropolitana 1	Mista	Rio de Janeiro
Hospital Pró-Cardíaco	Metropolitana 1	Pediátrica	Rio de Janeiro
Hospital Quinta DOR	Metropolitana 1	Mista	Rio de Janeiro
Hospital Regional de Araruama	Baixada Litorânea	Mista	Araruama
Hospital Santa Isabel – Clipel	Baixada Litorânea	Mista	Cabo Frio
Hospital Santa Maria Madalena	Metropolitana 1	Neonatal	Rio de Janeiro
Hospital São José do Avaí	Noroeste	Mista	Itaperuna
Hospital São Vicente de Paulo	Metropolitana 1	Mista	Rio de Janeiro
Hospital Unimed Macaé	Norte	Neonatal	Macaé
Hospital Universitário Antonio Pedro	Metropolitana 2	Neonatal	Niterói
Hospital Universitário Gaffrée e Guinle	Metropolitana 1	Mista	Rio de Janeiro
Hospital Universitário Pedro Ernesto	Metropolitana 1	Neonatal	Rio de Janeiro
Hospital Vita-NEOVIDA	Médio – Paraíba	Mista	Rio de Janeiro
Instituto de Puericultura e Pediatria Martagão Gesteira	Metropolitana 1	Pediátrica	Rio de Janeiro
Instituto Estadual de Cardiologia Aloísio de Castro – IECAC	Metropolitana 1	Pediátrica	Rio de Janeiro
Instituto Fernandes Figueira	Metropolitana 1	Neonatal	Rio de Janeiro
Instituto Fernandes Figueira	Metropolitana 1	Pediátrica	Rio de Janeiro
Instituto Fernandes Figueira	Metropolitana 1	Neo-cirúrgica	Rio de Janeiro
Instituto Municipal da Mulher Fernando Magalhães	Metropolitana 1	Neonatal	Rio de Janeiro
Instituto Nacional do Câncer	Metropolitana 1	Pediátrica	Rio de Janeiro
Irmandade São João Batista de Macaé	Norte	Mista	Macaé
Maternidade Escola – UFRJ	Metropolitana 1	Neonatal	Rio de Janeiro
PRONIL	Metropolitana 1	Neonatal	Rio de Janeiro
Prontobaby	Metropolitana 1	Mista	Rio de Janeiro
SAMCI	Metropolitana 1	Pediátrica	Rio de Janeiro
SAMER - NEOVIDA	Médio – Paraíba	Mista	Volta Redonda
SEMIC	Metropolitana 1	Mista	Rio de Janeiro
Sociedade Portuguesa de Beneficência de Campos	Norte	Neonatal	Campos de Goytacazes
Unidade Integrada de Saúde Herculano Pinheiro	Metropolitana 1	Neonatal	Rio de Janeiro

Tabela 5.1 Distribuição das unidades que participaram do estudo do estudo por região de saúde e por tipo de unidade. Período de setembro de 2005 a novembro de 2007.

REGIÃO	UNIDADES ATIVAS	UNIDADES QUE PARTICIPARAM DO ESTUDO	TIPOS DE UNIDADES QUE PARTICIPARAM DO ESTUDO
Metropolitana 1	69	50 (72,46%)	20 Neonatais(40%), 17 Pediátricas (34%) e 13 Mistos (26%)
Metropolitana 2	9	7 (77,77%)	04 Neonatais (57,14%) e 03 Mistos (42,85%)
Médio - Paraíba	7	4 (57,14%)	01 Neonatal (25%) e 03 Mistos (75%)
Norte	7	7 (100%)	03 Neonatais (42,85%), 01 Pediátricas (14,28%) e 03 Mistos (42,85%)
Centro Sul	1	1 (100%)	01 neonatal (100%)
Serrana	3	2 (66,66%)	01 (50%) Neonatal e 01 Mista (50%)
Baia da Ilha Grande	1	1(100%)	01 Neonatal (100%)
Noroeste	1	1(100%)	01 Mista (100%)
Baixada Litorânea	2	2 (100%)	02 Mistos (100%)
Total	100	75 (75%)	31 Neonatais (41,33%), 18 Pediátricas (24%) e 26 mistos (34,66%)

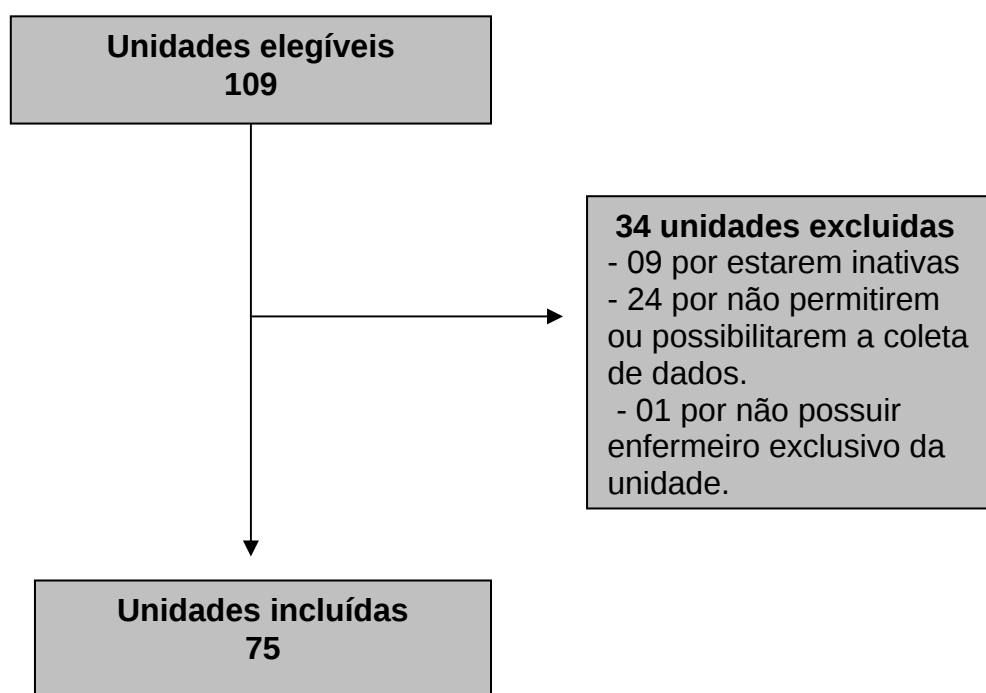


Figura 5.2 Fluxograma das unidades estudadas no Estado do Rio de Janeiro. Período de setembro de 2005 a novembro de 2007.

5.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA ESTUDADA

A população de enfermeiros elegíveis é desconhecida, pois apenas 75 das 100 unidades em atividade foram incluídas. Na amostra estudada (75 unidades incluídas no estudo), foram identificados 549 enfermeiros elegíveis e respondidos 365 questionários, tendo sido considerados como perdas 3 questionários com preenchimento inadequado. Quinze enfermeiros trabalhavam em mais de uma unidade de terapia intensiva neonatal e pediátrica e responderam somente a parte B do questionário, pois já haviam respondido a parte A em outra unidade de terapia intensiva. Assim, o número final de enfermeiros participantes da pesquisa foi de 347. A distribuição de enfermeiros elegíveis nas unidades incluídas no estudo, o número de questionários respondidos e o percentual de participantes por região de saúde encontra-se na Tabela 5.2.

Tabela 5.2 Distribuição de enfermeiros por região de saúde, questionários respondidos e percentuais de enfermeiros participantes do estudo.

REGIÃO DE SAÚDE	ENFERMEIROS ELEGÍVEIS	QUESTIONÁRIOS RESPONDIDOS	PERDAS	SOMENTE PARTE B	ENFERMEIROS PARTICIPANTES
Serrana	2	2	0	0	2 (100,00%)
Médio Paraíba	9	8	0	0	8 (88,88%)
Centro-Sul	4	2	0	0	2 (50%)
Metropolitana 1	413	264	3	12	252 (63,92%)
Metropolitana 2	49	38	0	1	37(77,55%)
Norte do Estado	61	42	0	2	40 (65,57%)
Noroeste	1	1	0	0	1(100%)
Baixada Litorânea	9	4	0	0	4 (44,44%)
Baia da Ilha Grande	1	1	0	0	1 (100,00%)
TOTAL	549	362	3	15	347 (63,21%)

5.3.1 Distribuição dos enfermeiros por região de saúde.

A maioria dos enfermeiros está concentrada na região metropolitana 1 e 2 (83,28%), conforme demonstrado na Figura 5.3. Para facilitar a apresentação dos resultados, adotou-se o

seguinte critério geográfico: região metropolitana (englobando as regiões Metropolitana 1 e 2) e interior do estado (englobando as seguintes regiões: Serrana, Médio Paraíba, Centro-Sul Norte, Noroeste, Baixada Litorânea e Baía da Ilha Grande).

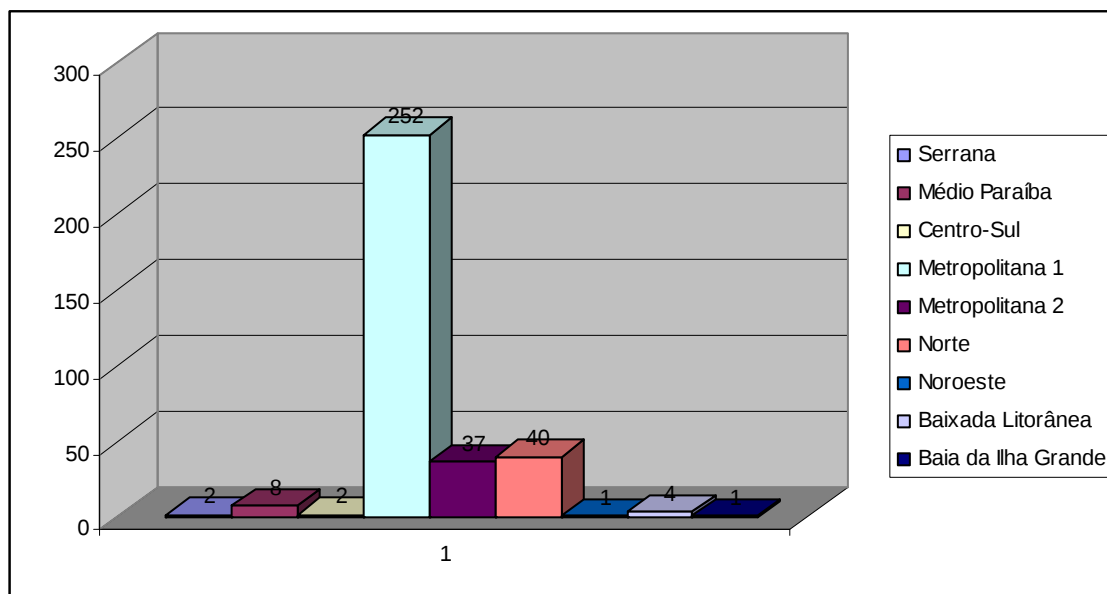


Figura 5.3 Distribuição dos enfermeiros que participaram do estudo por região de saúde.

5.3.2 Distribuição dos enfermeiros por tipo de unidade de trabalho

A distribuição por tipo de unidade em que os enfermeiros atuam e por região de saúde encontra-se na Tabela 5.3. Como se verifica na Figura 5.4 predomina o número de enfermeiros que atuam em unidades de terapia intensiva neonatal. A comparação entre região metropolitana e interior do estado pode ser observada na Figura 5.5.

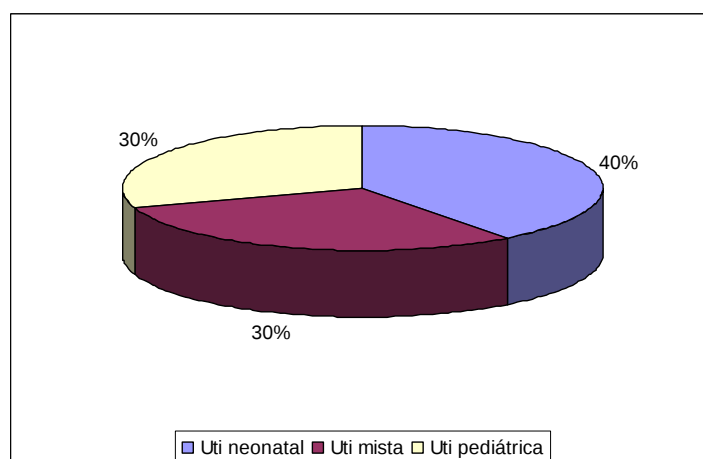


Figura 5.4 Tipo de unidades de atuação dos enfermeiros na especialidade no Estado do Rio de Janeiro.

Tabela 5.3 Distribuição percentual dos enfermeiros por tipo de unidade de terapia intensiva em que atuam e por região de saúde.

REGIÃO	UTI NEONATAL	UTI MISTA	UTI PEDIÁTRICA	PARTICIPANTES
Serrana	2(100%)	0	0	2
Médio-Paraíba	4(50%)	4(40%)	0	8
Centro-Sul	2(100%)	0	0	2
Metropolitana 1	99(37,5%)	55(20,83%)	110(41,67%)	264
Metropolitana 2	25(65,79%)	13(34,21%)	0	38
Norte do Estado	11(25,58%)	31(73,80%)	0	42
Noroeste	0	1(100%)	0	1
Litorânea	0	4(100%)	0	4
Baía da Ilha Grande	1(100%)	0	0	1
Total	144(39,78%)	108(29,83%)	110(30,39%)	362

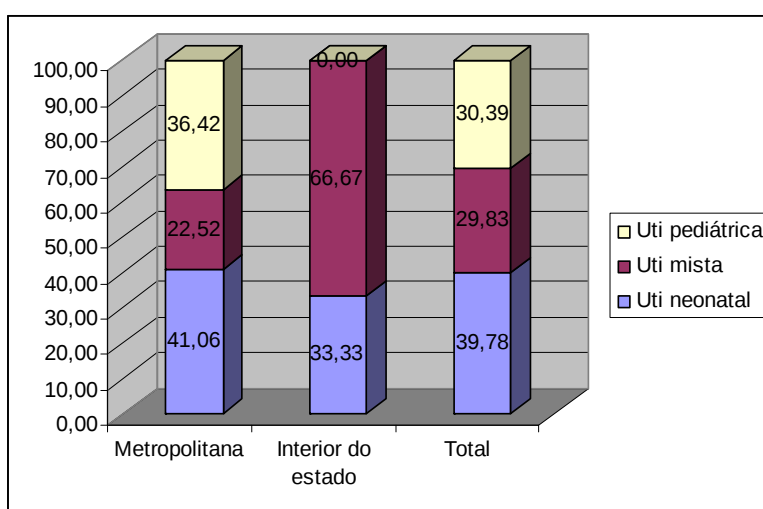


Figura 5.5 Distribuição por tipo de unidade em que os enfermeiros atuam no estado como um todo, região metropolitana e interior do estado.

5.3.3 Faixa Etária

Considerando-se o estado como um todo, 42% dos enfermeiros encontram-se na faixa de 21 a 30 anos (Figura 5.6). A média de idade foi de 34,24 anos ($\pm 8,74$), com mediana de 32 anos. A distribuição dos enfermeiros por faixa etária e por região de saúde é apresentada na Tabela 5.4. Uma comparação entre a região metropolitana e o interior do estado é apresentada na Figura 5.7, destacando-se que a proporção de enfermeiros na faixa etária de 21 a 30 anos é significativamente maior no interior do estado ($p = 0,04$).

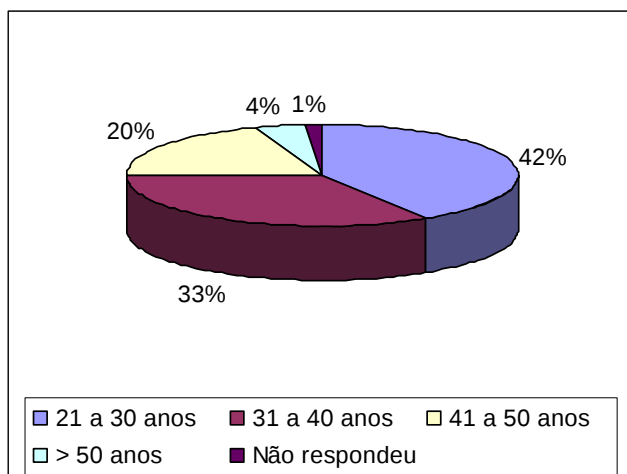


Figura 5.6 Distribuição percentual dos enfermeiros por faixa etária no Estado do Rio de Janeiro.

Tabela 5.4 Distribuição percentual dos enfermeiros por região de saúde e faixa etária.

REGIÃO	21 A 30 ANOS	31 A 40 ANOS	41 A 50 ANOS	> 50 ANOS	NÃO RESPONDEU	PARTICIPANTES
Serrana	0	0	2 (100,00%)	0	0	2
Médio Paraíba	2(25%)	4(50%)	2 (25%)	0	0	8
Centro-Sul	1(50,00%)	0	1(50,00%)	0	0	2
Metropolitana 1	96(38,10%)	88(34,92%)	50 (19,84%)	13(5,16%)	5(1,98%)	252
Metropolitana 2	16(43,24)	12 (32,43)	8 (21,62%)	1(2,70%)	0	37
Norte do Estado	26 (65,00%)	9(22,50%)	5 (12,50%)	0	0	40
Noroeste	0	1(100,00%)	0	0	0	1
Baixada Litorânea	2 (50,00%)	1 (25,00%)	1 (25,00%)	0	0	4
Baía da Ilha Grande	0	1(100,00%)	0	0	0	1
TOTAL	143 (41,21%)	116 (33,42%)	69 (19,88%)	14 (4,03%)	5 (1,44%)	347

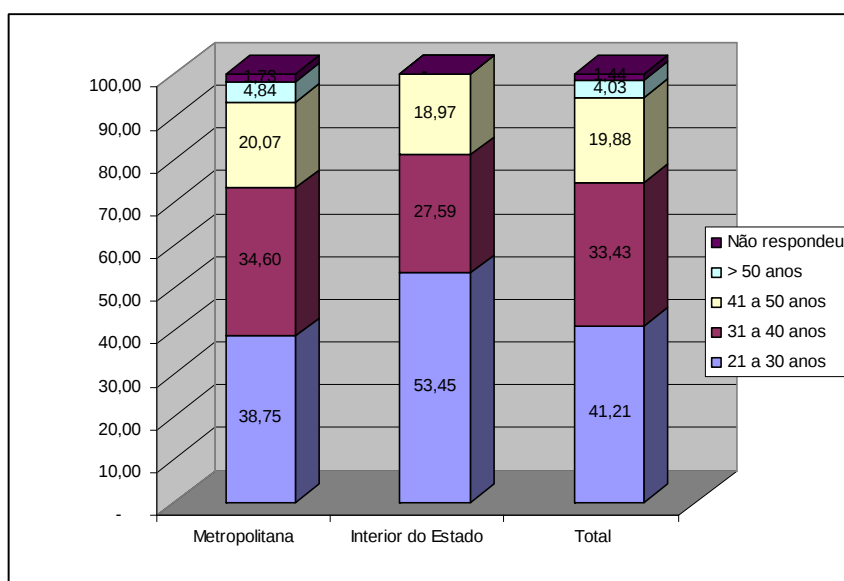


Figura 5.7 Distribuição percentual de enfermeiros por faixa etária no estado como um todo, na região metropolitana e interior.

5.3.4 Gênero

Quanto ao gênero, observou-se um predomínio absoluto do gênero feminino em todo o estado (Figura 5.8). A distribuição percentual dos enfermeiros por região de saúde e gênero pode ser visualizada na tabela 5.5. A distribuição de enfermeiros por gênero na região metropolitana e interior do estado está apresentada na Figura 5.9. Esta diferença não teve significância estatística ($p = 0,22$).

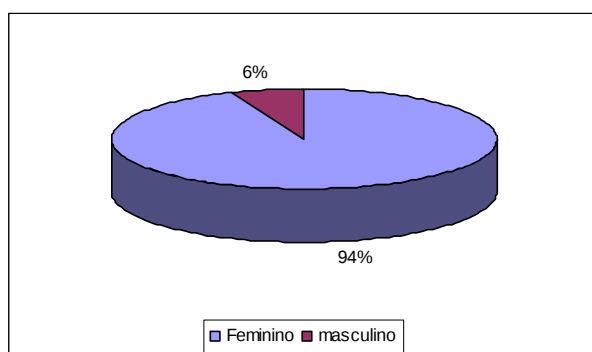


Figura 5.8 Distribuição de enfermeiros por gênero no estado do Rio de Janeiro.

Tabela 5.5 Distribuição percentual dos enfermeiros por gênero e região de saúde.

REGIÃO	FEMININO	MASCULINO	PARTICIPANTES
Serrana	2 (100,00%)	0	2
Médio Paraíba	8 (100,00%)	0	8
Centro-Sul	2(100,00%)	0	2
Metropolitana 1	234 (92,85%)	18 (7,14%)	252
Metropolitana 2	35 (94,59%)	2 (5,40%)	37
Norte do Estado	40 (100,00%)	0	40
Noroeste	1(100,00%)	0	1
Baixada Litorânea	4 (100,00%)	0	4
Baía da Ilha Grande	0	1 (100,00%)	1
TOTAL	326 (93,94%)	21 (6,05%)	347

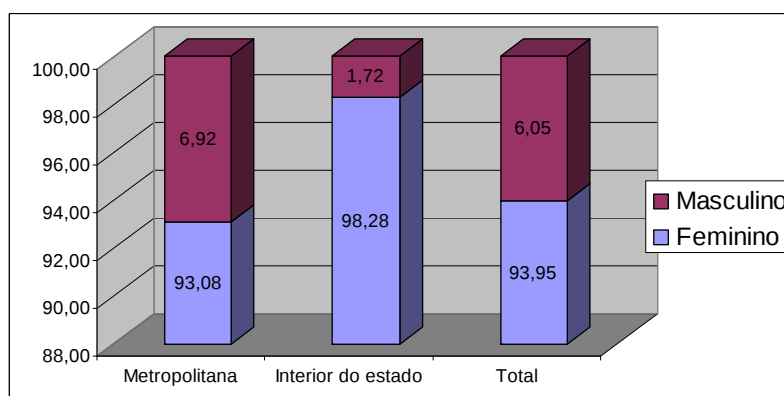


Figura 5.9 Distribuição por gênero no estado como um todo, região metropolitana e interior do estado.

5.3.5 Ano de conclusão do curso de graduação em Enfermagem.

Considerando-se o estado como um todo, a maioria dos enfermeiros (40%) concluiu o curso de graduação em Enfermagem no período de 1991 a 2000 (Figura 5.10). No entanto, quando se compara a região metropolitana com o interior, observa-se um predomínio significativo ($p = 0,000$) de conclusão da graduação entre 2001 a 2007 no interior em relação à região metropolitana. A distribuição de enfermeiros por região de saúde e ano de conclusão do curso de graduação em enfermagem é observada na tabela 5.7 e na Figura 5.11.

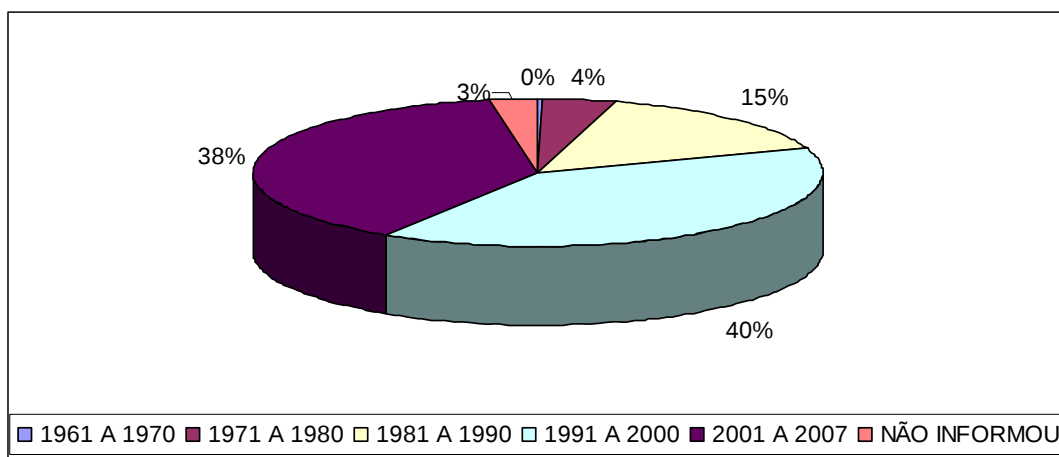


Figura 5.10 Distribuição percentual dos enfermeiros por ano de graduação no Estado do Rio de Janeiro.

Tabela 5.6 Distribuição percentual dos enfermeiros por ano de conclusão do curso de graduação em enfermagem e por região de saúde.

REGIÃO	1961 a 1970	1971 a 1980	1981 a 1990	1991 a 2000	2001 a 2007	Não informou	Participantes
Serrana	0	0	1 (50,00%)	0	1 (50,00%)	0	2
Médio Paraíba	0	1 (12,50%)	0	3 (37,50%)	4 (50,00%)	0	8
Centro-Sul	0	0	0	1(50,00%)	1(50,00%)	0	2
Metropolitana 1	1 (0,40%)	10 (3,97%)	45 (17,86%)	110 (43,65%)	81(32,14%)	5(1,98%)	252
Metropolitana 2	0	2 (5,41%)	5 (13,51%)	14 (37,84%)	13(35,14%)	3(8,11%)	37
Norte do estado	0	1(2,50%)	2(5%)	6(15,00%)	30(73,17%)	1(2,44%)	40
Noroeste	0	0	0	1(100,00%)	0	0	1
Baixada	0	0	0	1(25%)	2(50%)	1	4
Litorânea	0	0	0	0	1(100,00%)	0	1
Baía da Ilha Grande	0	0	0	0	1(100,00%)	0	1
TOTAL	1(0,29)	14(4,03%)	53(15,27%)	136(39,19%)	133(38,33%)	10(2,88%)	347

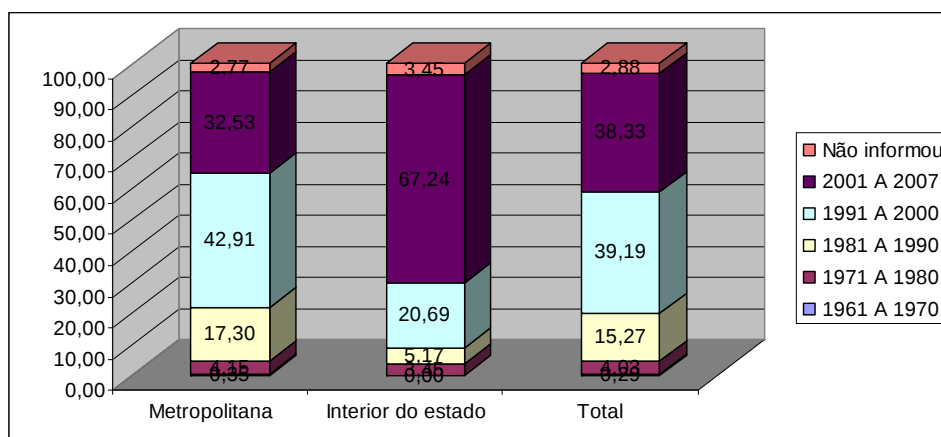


Figura 5.11 Distribuição percentual por ano de conclusão do curso de graduação em enfermagem no estado como um todo, região metropolitana e interior do estado.

5.3.6 Faculdades públicas x privadas

Considerando-se o estado como um todo, a maioria dos enfermeiros (57%) concluiu a graduação em universidades públicas (Figura 5.12). No entanto, quando se compara a região metropolitana com o interior, observa-se que no interior a maior parte dos enfermeiros concluiu a graduação em enfermagem em universidades privadas (Figura 5.13). Diferença estatisticamente significativa ($p = 0,000$) A distribuição dos enfermeiros por tipo de faculdade e por região de saúde é apresentada na tabela 5.7.

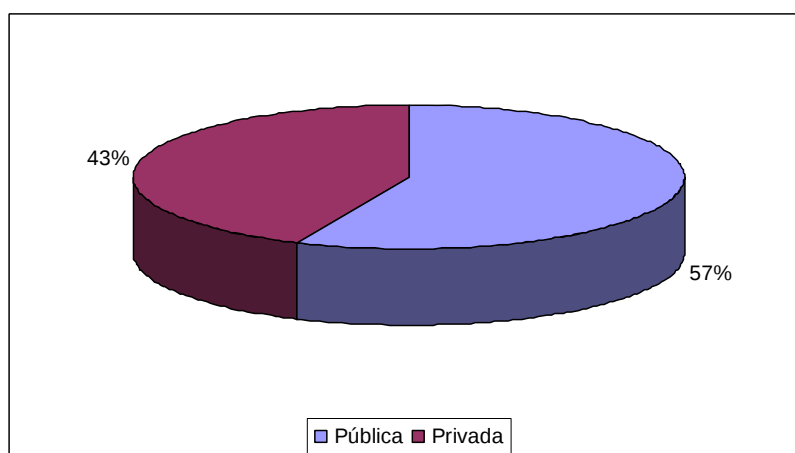


Figura 5.12 Distribuição percentual por tipo de universidade (pública ou privada) que os enfermeiros concluíram o curso de graduação em Enfermagem no Estado do Rio de Janeiro.

Tabela 5.7 Distribuição percentual dos enfermeiros por tipo de universidade em que concluíram a graduação e por região de saúde.

REGIÃO	PÚBLICA	PRIVADA	PARTICIPANTES
Serrana	1(50,00%)	1(50,00%)	2
Médio Paraíba	1(12,50%)	7(87,50%)	8
Centro-Sul	0	2(100,00%)	2
Metropolitana 1	159(63,09%)	93(36,90%)	252
Metropolitana 2	23(62,16%)	14(37,84%)	37
Norte do Estado	10(25,00%)	30(75,00%)	40
Noroeste	0	1(100,00%)	1
Baixada Litorânea	3(75,00%)	1(25,00%)	4
Baia da Ilha Grande	0	1(100,00%)	1
TOTAL	197(56,77%)	150(43,23%)	347

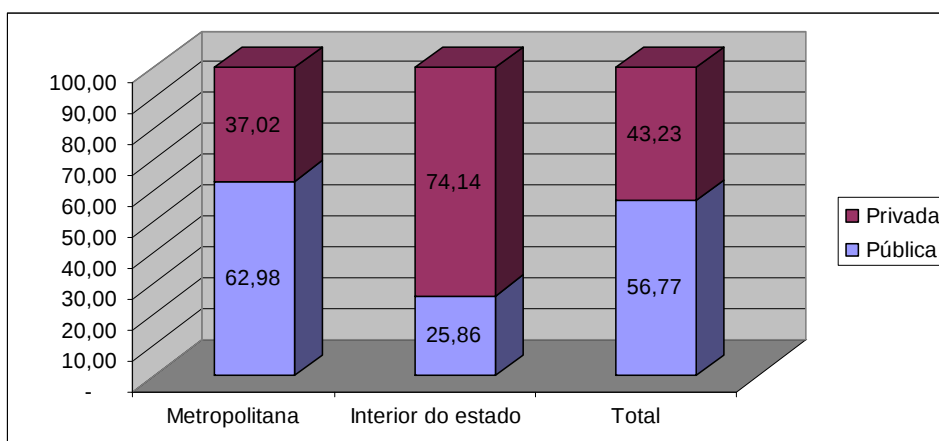


Figura 5.13 Distribuição percentual dos enfermeiros por tipo de universidade em que concluíram a graduação em enfermagem no estado como um todo, região metropolitana e interior do estado.

5.3.7 Tipo de formação após a graduação.

Quanto ao tipo de formação após a graduação, observa-se que a especialização foi o curso predominante (58%) em todo o estado (Figura 5.14). A distribuição dos enfermeiros quanto ao tipo de formação e por região de saúde encontra-se descrita na Tabela 5.8. A comparação entre região metropolitana e interior do estado está apresentada na Figura 5.15. A distribuição dos cursos de pós-graduação por área de conhecimento encontra-se descrita na Tabela 5.9. Entre os enfermeiros que possuíam

curso de pós-graduação, 90 (25,93%) concluíram o curso de residência e 202 (58,21%) concluíram o curso de especialização.

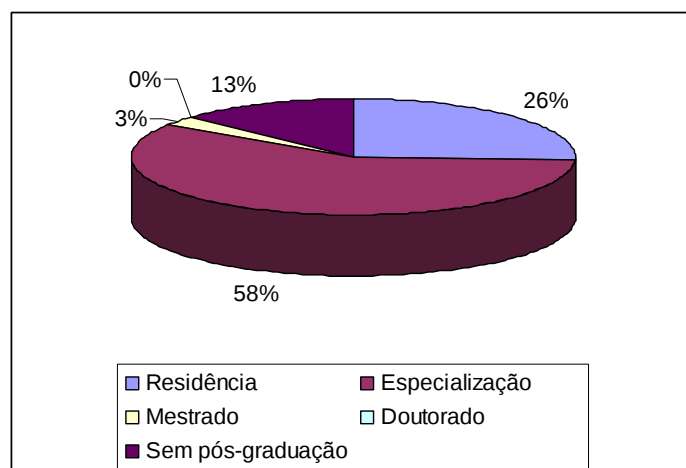


Figura 5.14 Distribuição percentual dos enfermeiros por tipo de formação após a graduação.

Tabela 5.8 Distribuição percentual dos enfermeiros por tipo de formação após a graduação em enfermagem e por região de saúde.

REGIÃO	RESIDÊNCIA	ESPECIALIZAÇÃO	MESTRADO	DOUTORADO	SEM PÓS GRADUAÇÃO	PARTICIPANTES
Serrana	0	1 (50%)	0	0	1(50%)	2
Médio Paraíba	0	6(75%)	0	0	2 (25%)	8
Centro-Sul	0	2	0	0		2
Metropolitana 1	80 (31,74%)	144 (57,14%)	10 (3,96%)	0	18(7,14%)	252
Metropolitana 2	7 (18,91%)	25 (67,56%)	0	0	5(13,51%)	37
Norte do Estado	3 (7,5%)	19(47,50%)	0	0	18(45%)	40
Noroeste	0	1(100%)	0	0	0	1
Baixada Litorânea	0	3 (75%)	0	0	1(25%)	4
Baía da Ilha Grande	0	1 (100%)	0	0	0	1
TOTAL	90 (25,93%)	202 (58,21%)	10 (2,88%)	0	45(12,97%)	347

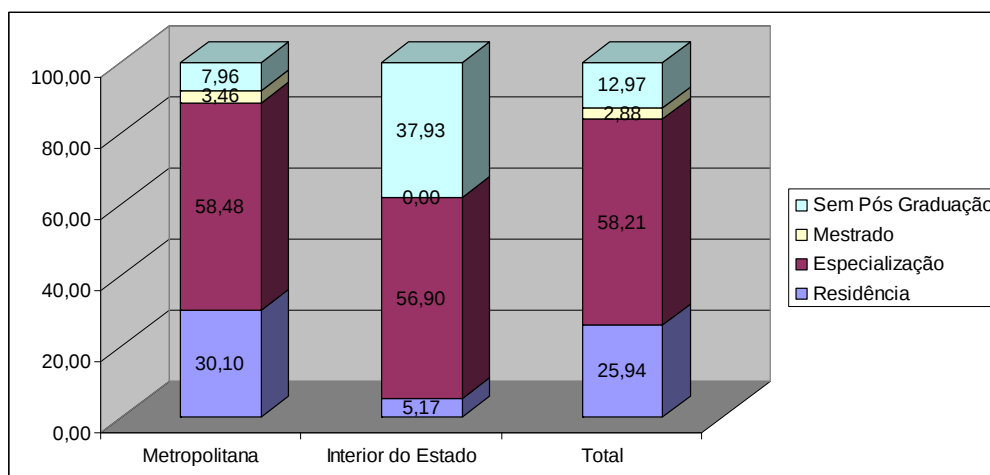


Figura 5.15 Distribuição percentual dos enfermeiros por tipo de formação após a graduação no estado como um todo, região metropolitana e interior do estado.

Tabela. 5.9 Distribuição dos cursos de residência, especialização e mestrado por área de conhecimento.

ÁREA DO CURSO	RESIDÊNCIA	ESPECIALIZAÇÃO	MESTRADO
Pediatria	23(25,55%)	48(22,53%)	0
Neonatologia	24(26,66%)	84((39,43%)	0
Clínica Médica	12(13,33%)	7(3,28%)	0
Obstetrícia	2(2,22%)	6(2,81%)	0
Oncologia	5(5,55%)	4(1,87%)	0
Cardiologia	7(7,77%)	0	0
Terapia Intensiva Adulto	4(4,44%)	13(6,10%)	0
Nefrologia	2(2,22%)	0	0
Clínica Cirúrgica	7(7,77%)	0	0
Adolescente	1(1,11%)	0	0
Saúde Pública	2(2,22%)	0	0
Administração Hospitalar	0	8(3,75%)	0
Materno Infantil	0	2(0,93%)	0
Educação	0	6(2,81%)	0
Saúde da Família	0	3(1,40%)	0
Vigilância Sanitária	0	1(0,46%)	0
Auditoria	0	5(2,34%)	0
CCIH	0	5(2.34%)	0
Enfermagem do Trabalho	0	11(5,16%)	0
Pesquisa Clínica	0	2(0,93%)	0
Não informou	1(1,11%)	8(3,75%)	10(100%)
Total	90 (100%)	213 (100%)	10 (100%)

5.3.8 Treinamento em serviço para enfermeiros sem formação específica na área de terapia intensiva neonatal e pediátrica ao ingressar na unidade.

Apenas 13,25% dos enfermeiros possuíam formação específica em enfermagem neonatal e/ou enfermagem pediátrica. Entre os enfermeiros sem formação específica na especialidade a maioria recebeu treinamento em serviço (59%) conforme observado na Figura 5.16. Este resultado prevaleceu na maior parte das regiões de saúde (Tabela 5.10). Situação similar a esta acontece no interior do estado se comparada à região metropolitana (Figura 5.17). “Não se aplica” representa o número de enfermeiros que possuíam formação na especialidade.

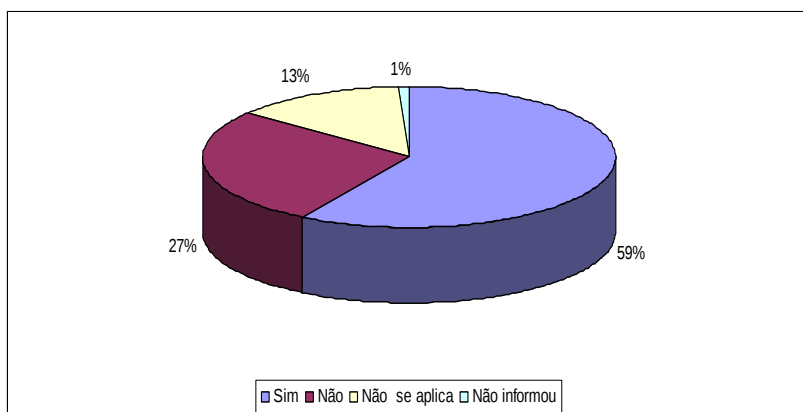


Figura 5.16 Percentual de enfermeiros sem formação específica na especialidade que recebeu treinamento em serviço.

Tabela 5.10 Distribuição percentual de enfermeiros sem formação específica na especialidade que recebeu treinamento em serviço e por região de saúde.

REGIÃO	SIM	NÃO	NÃO SE APLICA	NÃO INFORMOU	PARTICIPANTES
Serrana	0	2 (100%)	0	0	2
Médio Paraíba	5(62,50%)	3(37,50%)	0	0	8
Centro-Sul	0	2(100%)	0	0	2
Metropolitana 1	146(57,94%)	69(27,38%)	36(14,29%)	1(0,40%)	252
Metropolitana 2	19(51,35%)	7(18,92%)	10(27,03%)	1(2,70%)	37
Norte do Estado	29(70,73%)	11(26,83%)	0	1(2,44%)	41
Noroeste	1(100%)	0	0	0	1
Baixada Litorânea	3(75%)	1(25%)	0	0	4
Baía da Ilha Grande	1(100%)	0	0	0	1
TOTAL	203(58,50%)	95(27,37%)	46(13,25%)	3(0,86%)	347

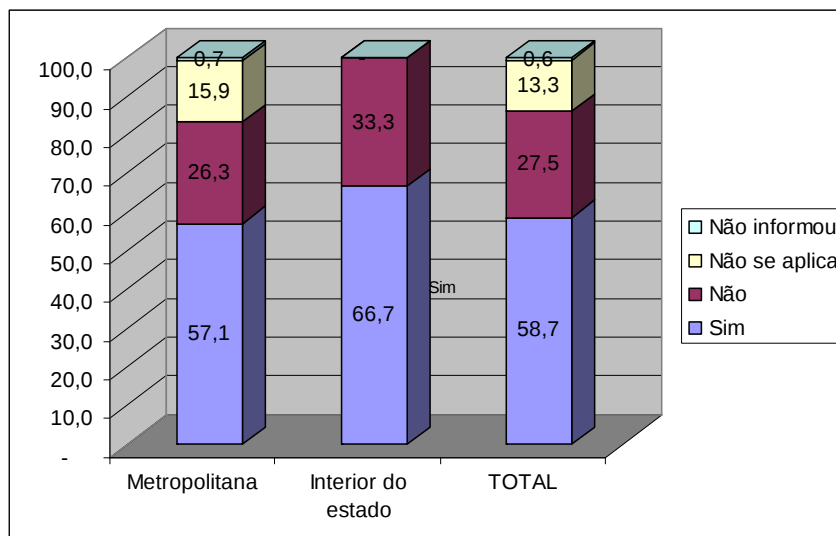


Figura 5.17 Proporção de enfermeiros sem formação específica que recebeu treinamento em serviço no estado como um todo, região metropolitana e interior do estado.

5.3.9 Realização de Curso de Suporte Avançado de Vida (PALS - Pediatric Advanced Life suport)

Em todo o estado, a maioria dos enfermeiros (76%) não realizou curso de Suporte Avançado de Vida - PALS (Figura 5.18). A distribuição dos enfermeiros que realizou o curso de Suporte Avançado de Vida e por região de saúde pode ser visualizada na Tabela 5.11 Em relação à realização do curso PALS, nos resultados da região metropolitana e interior do estado não foram observadas diferenças significativas (Figura 5.19).

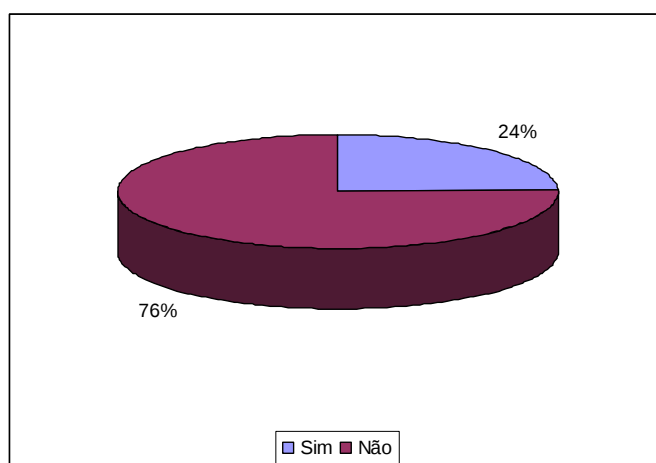


Figura 5.18 Distribuição percentual de enfermeiros que concluiu o curso de Suporte Avançado de vida no Estado do Rio de Janeiro.

Tabela 5.11 Distribuição percentual de enfermeiros que concluiu o curso de Suporte Avançado de Vida e por região de saúde.

REGIÃO	SIM	NÃO	PARTICIPANTES
Serrana	1(50,00%)	1(50,00%)	2
Médio Paraíba	2(25,00%)	6(75,00%)	8
Centro-Sul	0	2(100,00%)	2
Metropolitana 1	61(24,21%)	191(75,79%)	252
Metropolitana 2	8(21,62%)	29(78,38%)	37
Norte do Estado	10(25,00%)	30(75,00%)	40
Noroeste	1(100,00%)	0	1
Baixada Litorânea	2(50%)	2(50%)	4
Baia da Ilha Grande	0	1(100%)	1
TOTAL	85(24,50%)	262(75,50%)	347

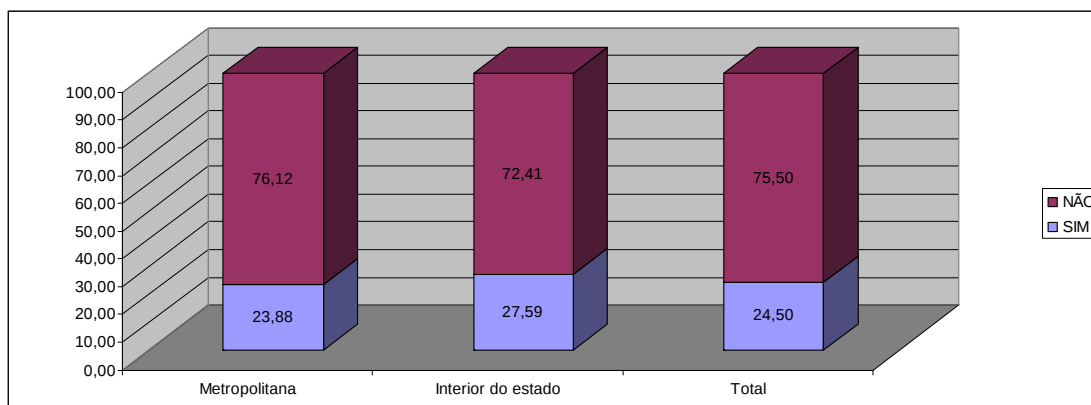


Figura 5.19 Percentual de enfermeiros que concluiu o curso PALS no estado como um todo, região metropolitana e interior do estado.

5.3.10 Curso de Reanimação Neonatal da Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP).

Quanto ao curso de Reanimação Neonatal da SBP, verifica-se que no estado somente uma pequena parcela dos enfermeiros (26%) realizou este curso (Figura 5.20). A distribuição dos enfermeiros que realizou o curso de reanimação da SBP e por região de saúde encontra-se na Tabela 5.12. No interior do estado a proporção de enfermeiros que realizou o curso de reanimação da SBP foi significativamente maior ($p = 0,001$) do que na região metropolitana (Figura 5.21).

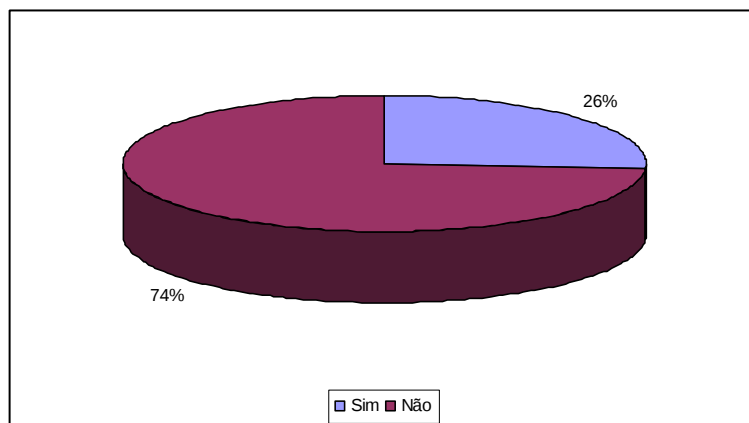


Figura 5.20 Proporção de enfermeiros que realizou o curso de reanimação neonatal da SBP.

Tabela 5.12 Distribuição percentual dos enfermeiros que realizou o curso de Reanimação Neonatal da SBP e por região de saúde.

REGIÃO	SIM	NÃO	PARTICIPANTES
Serrana	1(50,00%)	1(50,00%)	2
Médio Paraíba	4(50,00%)	4(50,00%)	8
Centro-Sul	1(50,00%)	1(50,00%)	2
Metropolitana 1	58(23,01%)	194(76,98%)	252
Metropolitana 2	8(21,62%)	29(78,37%)	37
Norte do Estado	18(45,00%)	22(55,00%)	40
Noroeste	1	0	1
Baixada Litorânea	0	4(100%)	4
Baia da Ilha Grande	0	1(100%)	1
TOTAL	91(26,22%)	256(73,77%)	347

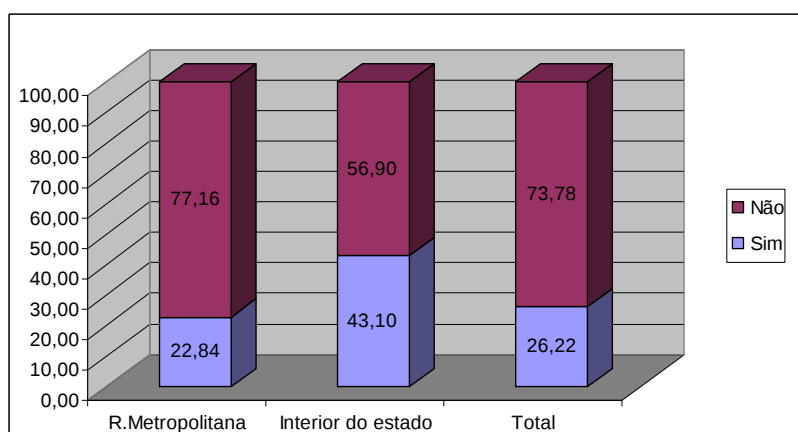


Figura 5.21 Distribuição percentual de enfermeiros que concluiu o curso de Reanimação Neonatal da Sociedade Brasileira de Pediatria no estado como um todo, região metropolitana e interior do estado.

5.3.11 Realização do curso de instalação de cateter venoso central por inserção periférica (PICC).

Quando se avaliou o número de enfermeiros que realizou o curso de PICC, obteve-se resultado de 58% (Figura 5.22). A distribuição dos enfermeiros que realizaram o curso PICC e por região de saúde encontra-se na Tabela 5.13, observando-se predomínio significativo ($p = 0,03\%$) de enfermeiros que realizaram este curso no interior em relação à região metropolitana (Figura 5.23).

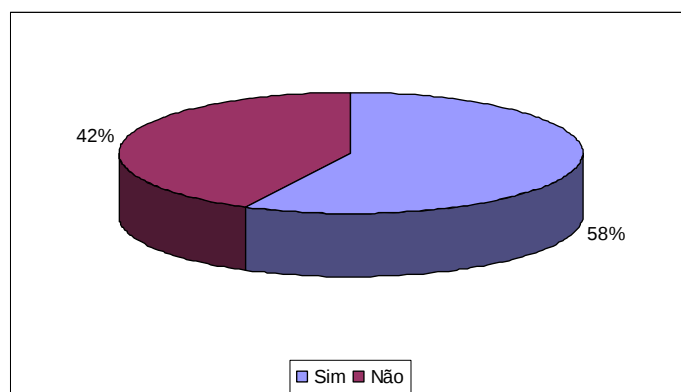


Figura 5.22 Percentual de enfermeiros que realizou o curso de PICC.

Tabela 5.13 Distribuição percentual de enfermeiros que realizou o curso de PICC por região de saúde.

REGIÃO	SIM	NÃO	PARTICIPANTES
Serrana	1(50%)	1(50%)	2
Médio Paraíba	8(100,00%)	0	8
Centro-Sul	1(50,00%)	1(50,00%)	2
Metropolitana 1	140(55,55%)	112(44,44%)	252
Metropolitana 2	19(51,35%)	18(48,64%)	37
Norte do Estado	26(65,00%)	14(35,00%)	40
Noroeste	1(100,00%)	0	1
Baixada Litorânea	3(75%)	1(25%)	4
Baia da Ilha Grande	1(100%)	0	1
TOTAL	200(57,63%)	147(42,36%)	347

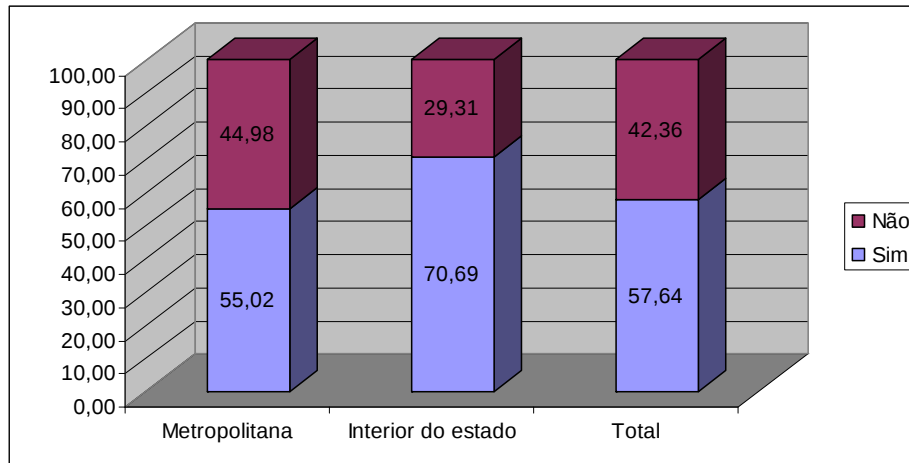


Figura 5.23 Distribuição de enfermeiros que realizou o curso de PICC no estado como um todo, região metropolitana e interior do estado.

5.3.12 Acesso à internet no domicílio.

A quase totalidade dos enfermeiros (91%) possui acesso à internet no domicílio (Figura 5.24). A distribuição dos enfermeiros que possui acesso à internet no domicílio e por região de saúde está demonstrada na Tabela 5.14. No interior do estado encontramos um percentual maior se comparado à região metropolitana (figura 5.25).

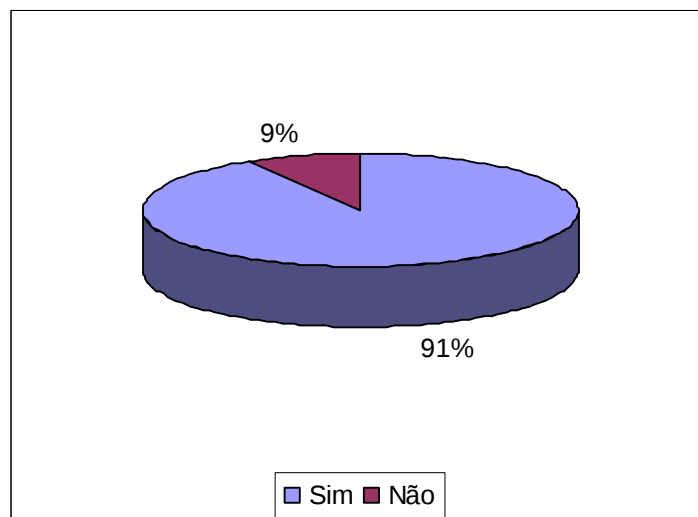


Figura 5.24 Percentual de enfermeiros com acesso à internet.

Tabela 5.14 Distribuição percentual dos enfermeiros com acesso à internet no domicílio e por região de saúde.

REGIÃO	SIM	NÃO	PARTICIPANTES
Serrana	2(100%)	0	2
Médio Paraíba	8(100%)	0	8
Centro-Sul	1	1	2
Metropolitana 1	224(88,88%)	28(11,11%)	252
Metropolitana 2	36(97,29%)	1(2,70%)	37
Norte do Estado	40(100%)	0	40
Noroeste	1(100%)	0	1
Baixada Litorânea	4(100%)	0	4
Baia da Ilha Grande	1(100%)	0	1
TOTAL	317(91,35%)	30(8,64%)	347

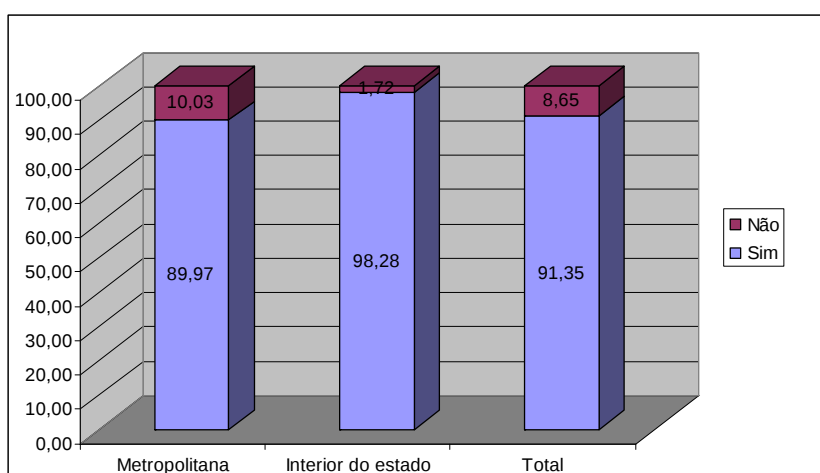


Figura 5.25 Distribuição percentual de enfermeiros com acesso à internet no estado como um todo, região metropolitana e interior do estado.

5.3.12.1 Número de horas de uso de internet dedicados à terapia intensiva

Em todo o estado, o maior percentual está entre aqueles que dedicam menos de 3 horas (64 %) semanais em assuntos relacionados à especialidade (Figura 5.26). Observa-se na Tabela 5.15 a distribuição do número de horas de internet dedicadas à especialidade e por região de saúde. A comparação entre a região metropolitana e interior do estado é apresentada na Figura 5.27, observando-se proporcionalmente maior uso da internet no interior em relação a região metropolitana (56% com mais de 3h semanais de uso no interior, contra 31,5% na região metropolitana), diferença estatisticamente significativa ($p = 0,000$).

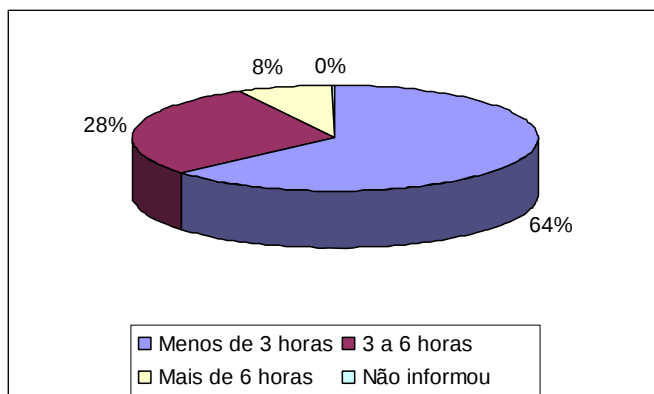


Figura 5.26 Percentual de horas de uso de internet dedicados à terapia intensiva neonatal e pediátrica.

Tabela 5.15 Distribuição percentual de números de horas de internet dedicadas à terapia intensiva neonatal e pediátrica e por região de saúde.

REGIÃO	MENOS DE 3H	3 A 6 H	MAIS DE 6H	NÃO INFORMOU	PARTICIPANTES COM ACESSO À INTERNET
Serrana	1(50%)	0	(50%)	0	2
Médio Paraíba	3(37,50%)	4(50,00%)	1(12,50%)	0	8
Centro-Sul	1(100%)	0	0	0	1
Metropolitana 1	153(68,30%)	58(25,89%)	12(5,36%)	1(0,45%)	224
Metropolitana 2	24(66,67%)	9(25%)	3(8,33%)	0	36
Norte do Estado	19(47,50%)	15(37,50%)	6(15,00%)	0	40
Noroeste	1(100%)	0	0	0	1
Baixada Litorânea	0	3(75%)	1(25%)	0	4
Baia da Ilha Grande	0	1(100%)	0	0	1
TOTAL	202(63,72%)	90(28,39)	24(7,57%)	1(0,32)	317

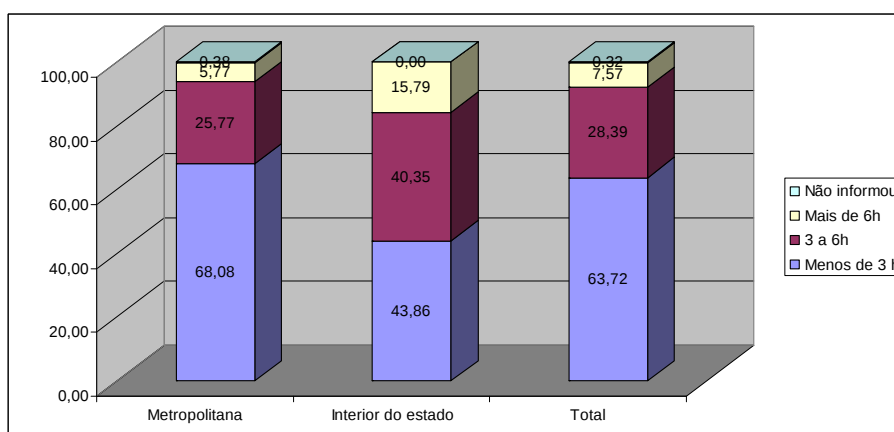


Figura 5.27 Distribuição percentual de número de horas de internet dedicadas à especialidade no estado como um todo, região metropolitana e interior do estado.

5.3.13 Participação em jornadas, simpósios e congressos na especialidade.

Em todo o estado, entre os eventos científicos da especialidade, os congressos, jornadas e simpósios ocorridos no próprio estado ou na própria cidade em terapia intensiva neonatal foram os eventos com maior participação (32%) por parte dos enfermeiros. Congressos regionais em terapia intensiva pediátrica responderam por 25% do total; congressos ocorridos no Brasil nas duas especialidades totalizaram 35% e congressos internacionais 3% (Figura 5.28). A participação dos enfermeiros em eventos científicos na especialidade e por região de saúde encontra-se descrito no Quadro 5.5. A comparação entre a região metropolitana e interior do estado é apresentada na Figura 5.29, observando-se maior diferença entre o interior do estado e a região metropolitana em relação a congressos nacionais em terapia intensiva neonatal, com predomínio de participação do interior.

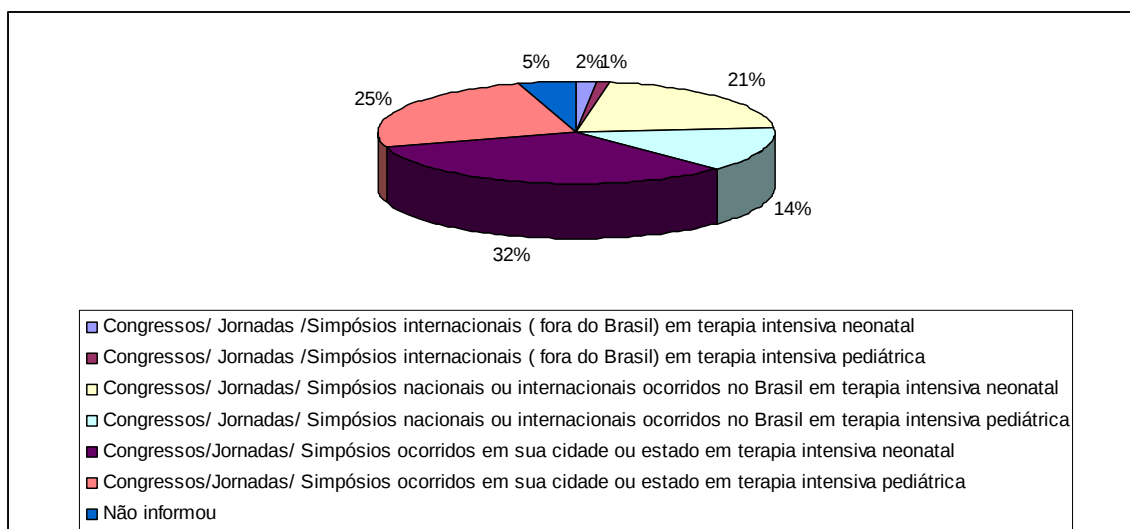


Figura 5.28 Percentual de participação dos enfermeiros em jornadas, simpósios e congressos na especialidade em todo o estado.

Quadro 5.6 Número de participações dos enfermeiros em jornadas, simpósios e congressos na especialidade e por região de saúde nos últimos 5 anos.

REGIÃO	A	B	C	D	E	F	G
Serrana	0	0	0	0	0	0	0
Médio Paraíba	0	0	7	3	4	2	0
Centro-Sul	0	0	0	0	1	0	0
Metropolitana 1	8	5	77	59	137	111	26
Metropolitana 2	0	0	14	9	23	13	0
Norte do Estado	2	1	19	11	24	19	1
Noroeste	0	0	1	1	1	1	1
Baixada Litorânea	0	0	2	2	2	2	0
Baia da Ilha Grande	0	0	1	0	0	0	0
TOTAL	10	6	121	85	192	148	28

A - Congressos/ Jornadas/ Simpósios internacionais (fora do Brasil) em terapia intensiva neonatal.

B - Congressos/ Jornadas/ Simpósios internacionais (fora do Brasil) em terapia intensiva pediátrica.

C - Congressos/ Jornadas/ Simpósios nacionais ou internacionais ocorridos no Brasil em terapia intensiva neonatal.

D - Congressos/ Jornadas/ Simpósios nacionais ou internacionais ocorridos no Brasil em terapia intensiva pediátrica.

E - Congressos/Jornadas/ Simpósios ocorridos em sua cidade ou estado em terapia intensiva neonatal.

F - Congressos/Jornadas/ Simpósios ocorridos em sua cidade ou estado em terapia intensiva pediátrica.

G - Não informou.

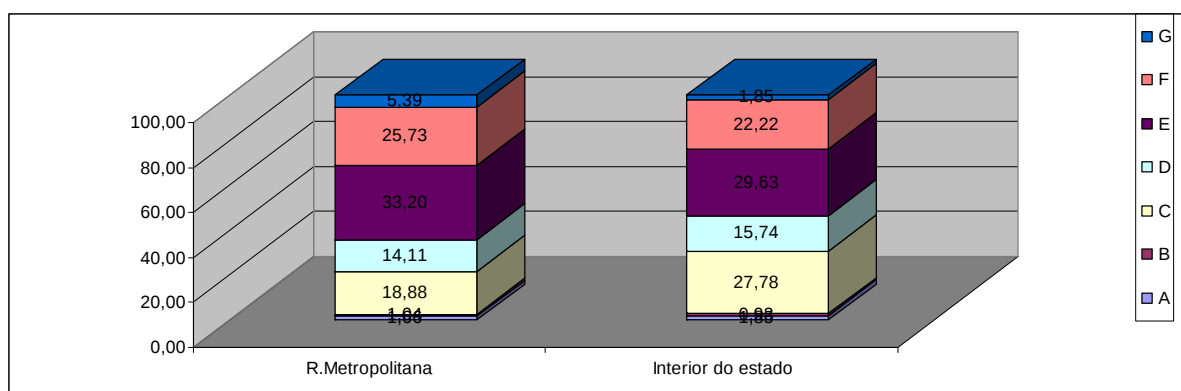


Figura 5.29 Percentual de participação dos enfermeiros em jornadas, simpósios e congressos na especialidade no estado como um todo, região metropolitana e interior do estado.

5.3.14 Apresentação de pôster ou tema livre na área de terapia intensiva neonatal e pediátrica.

A maioria dos enfermeiros (68%) nunca apresentou pôster ou tema-livre em reuniões científicas da especialidade (Figura 5.30). A Tabela 5.16 apresenta a distribuição dos enfermeiros conforme a apresentação ou não de trabalhos científicos e por região de saúde. A comparação entre a região metropolitana e interior do estado é apresentada na Figura 5.31, não se observando diferenças entre regionais.

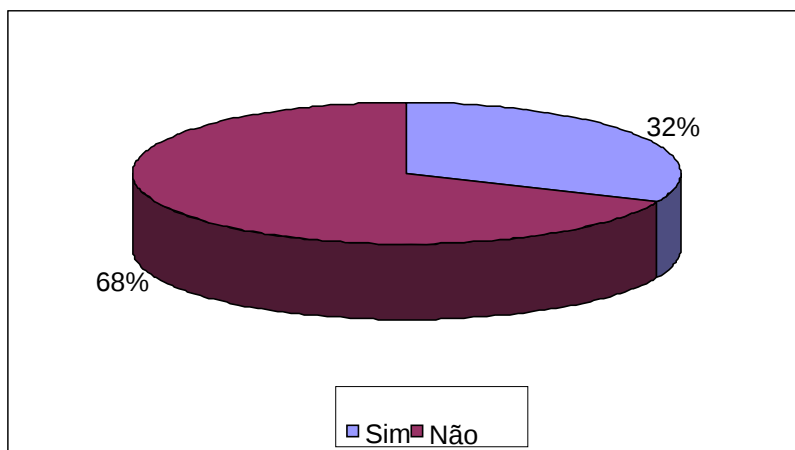


Figura 5.30 Percentual de enfermeiros que apresentou pôster ou tema livre em todo o estado.

Tabela 5.16 Distribuição percentual dos enfermeiros que apresentaram pôster ou tema livre e por região do estado.

REGIÃO	SIM	NÃO	PARTICIPANTES
Serrana	0	2(100%)	2
Médio Paraíba	2(25,00%)	6(75,00%)	8
Centro-Sul	2(100%)	0	2
Metropolitana 1	84(33,33%)	168(66,67%)	252
Metropolitana 2	11(29,73%)	26(70,27%)	37
Norte do Estado	9(21,95%)	31(77,50%)	40
Noroeste	0	1(100%)	1
Baixada Litorânea	1(25%)	3(75%)	4
Baía da Ilha Grande	1(100%)	0	1
TOTAL	110(31,70)	237(68,30%)	347

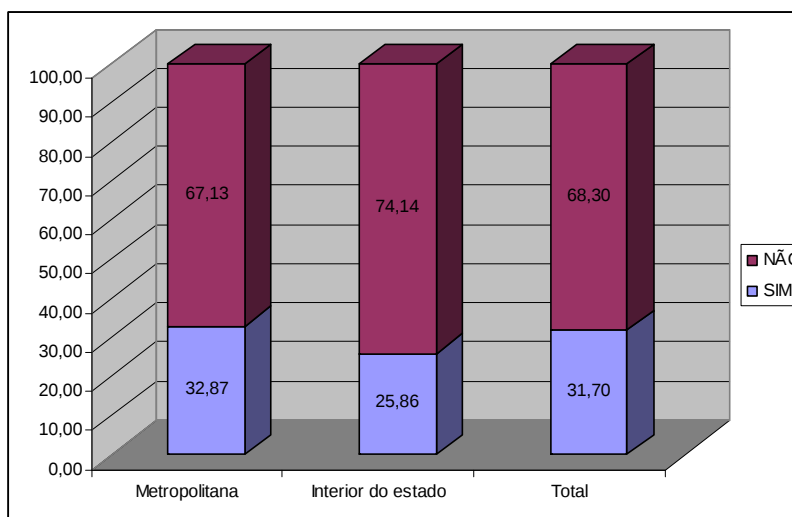


Figura 5.31 Percentual de enfermeiros que apresentaram pôster ou tema livre no estado como um todo, região metropolitana e interior do estado.

5.3.15 Projetos de pesquisa na especialidade de terapia intensiva neonatal e pediátrica.

Apenas 35% dos enfermeiros participaram de algum projeto de pesquisa (Figura 5.32). A distribuição de enfermeiros que participou de projetos de pesquisa na especialidade e por região de saúde encontra-se na Tabela 5.17. Na comparação entre região metropolitana e interior do estado verificam-se resultados similares, com discreto aumento para o interior do estado (Figura 5.33), mas sem significância estatística ($p = 0,40$).

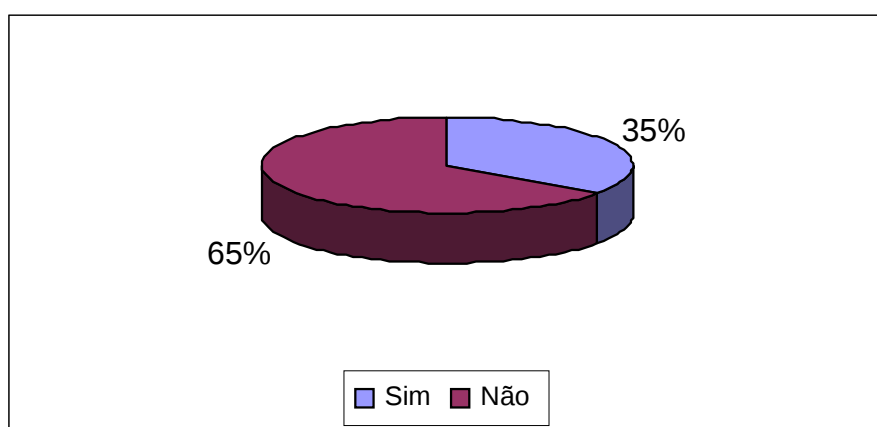


Figura 5.32 Percentual de enfermeiros que participou de projetos de pesquisa na especialidade.

Tabela 5.17 Distribuição percentual de enfermeiros que participou de projetos de pesquisa na especialidade e por região de saúde.

REGIÃO	SIM	NÃO	PARTICIPANTES
Serrana	0	2(100%)	2
Médio Paraíba	4(50%)	4(50%)	8
Centro-Sul	1(50,00%)	1(50,00%)	2
Metropolitana 1	86(34,13%)	166(65,87%)	252
Metropolitana 2	12(32,43%)	25(67,57%)	37
Norte do Estado	14(35,00%)	26(65,00%)	40
Noroeste	0	1	1
Baixada Litorânea	3(75%)	1(25%)	4
Baía da Ilha Grande	1(100%)	0	1
TOTAL	121(34,87%)	226(65,13%)	347

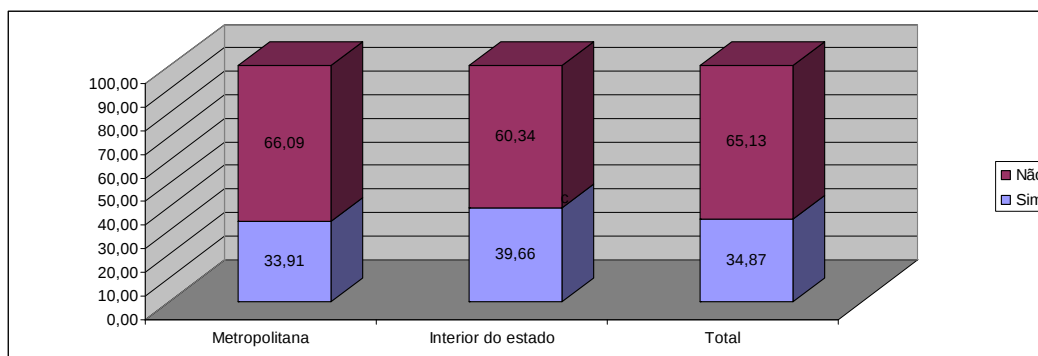


Figura 5.33 Percentual de enfermeiros que participou de projetos de pesquisa na especialidade no estado como um todo, região metropolitana e interior do estado.

5.3.16 Filiação a sociedades de enfermagem.

Apenas 19% dos enfermeiros são filiados a sociedades de enfermagem (Figura 5.34). A distribuição dos enfermeiros que são filiados a sociedades de enfermagem e por região de saúde está representada na Tabela 5.18. A comparação entre a região metropolitana e interior do estado é apresentada na Figura 5.35, observando-se distribuição muito semelhante.

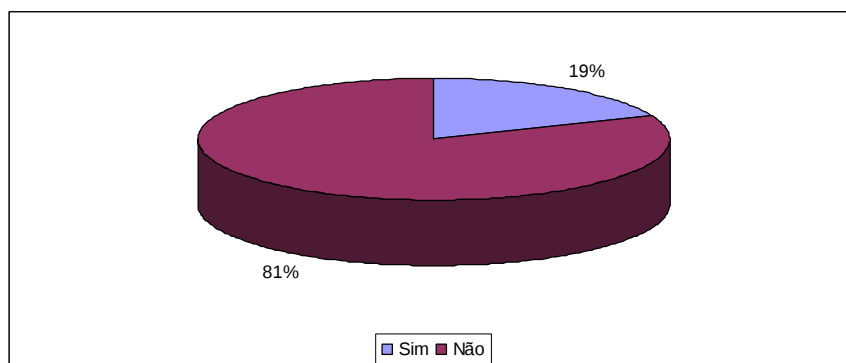


Figura 5.34 Percentual de enfermeiros filiados a sociedades de enfermagem.

Tabela 5.18 Distribuição percentual dos enfermeiros filiados a sociedades de enfermagem e por região de saúde.

REGIÃO	SIM	NÃO	PARTICIPANTES
Serrana	0	2(100%)	2
Médio Paraíba	2(25,00%)	6(75%)	8
Centro-Sul	0	2(100%)	2
Metropolitana 1	47(18,65%)	205(81,35)	252
Metropolitana 2	9(24,32%)	28(75,68%)	37
Norte do Estado	7(17,50%)	33(82,50%)	40
Noroeste	0	1(100%)	1
Baixada Litorânea	0	4(100%)	4
Baía da Ilha Grande	0	1(100%)	1
TOTAL	65(18,73%)	282(81,27%)	347

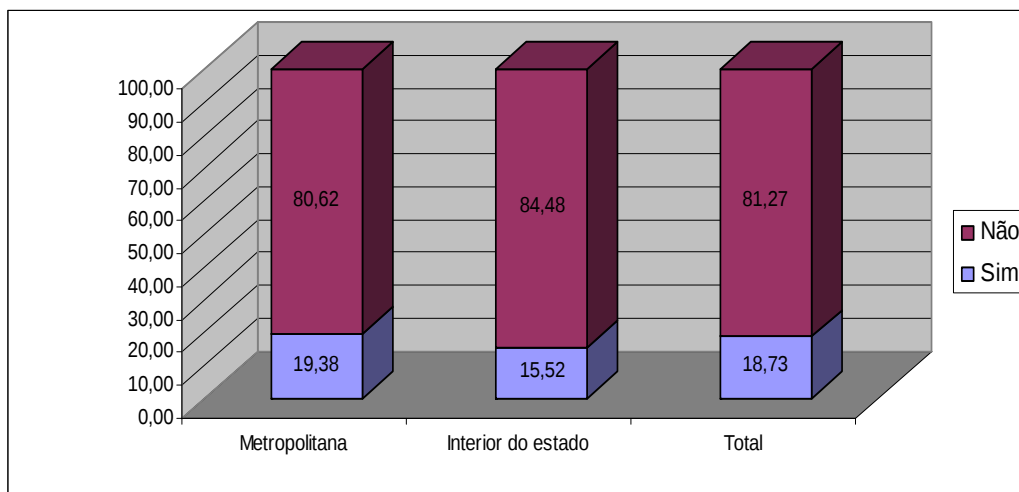


Figura 5.35 Percentual de enfermeiros filiados a sociedades de enfermagem no estado como um todo, região metropolitana e interior do estado.

5.3.17 Tempo de atuação em unidades de terapia intensiva neonatal e pediátrica.

Verifica-se que a maior parcela dos enfermeiros (34%) é representada pelo grupo que possui entre 1 a 5 anos de serviço na especialidade. A seguir outro grande grupo é representado por aqueles que atuam entre 6 a 10 anos, correspondendo a 24% do total (Figura 5.36). A distribuição por tempo de serviço e por região de saúde está representada na Tabela 5.19. A comparação entre região metropolitana e interior do estado está apresentada na Figura 5.37, observando-se predomínio da faixa entre 1 a 5 anos de trabalho no interior (60,3%).

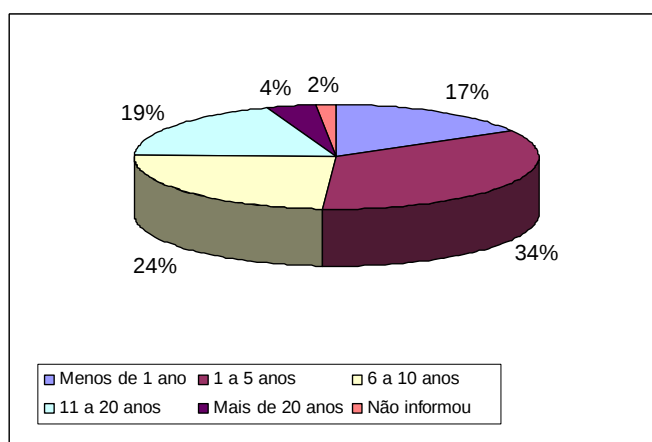


Figura 5.36 Distribuição percentual do tempo de atuação dos enfermeiros na especialidade.

Tabela 5.19 Distribuição percentual do tempo de atuação dos enfermeiros na especialidade e por região de saúde.

REGIÃO	Menos de 1 ano	1 a 5 anos	6 a 10 anos	11 a 20 anos	> 20 anos	Não informou	Participantes
Serrana	1(50%)	0	0	1(50%)	0	0	2
Médio Paraíba	1(12,50%)	4(50,00%)	2(25,00%)	1(12,50%)	0	0	8
Centro-Sul	0	1(50,00%)	1(50,00%)	0	0	0	2
Metropolitana 1	44(17,46%)	75(29,76%)	64(25,40%)	51(20,24%)	12(4,76%)	6(2,38%)	252
Metropolitana 2	9(24,32%)	9(24,32%)	12(32,43%)	6(16,22%)	1(2,70%)	0	37
Norte do Estado	2(4,88%)	28(68,29%)	6(14,63%)	4(10,00%)	0	0	40
Noroeste	0	0	0	1(100%)	0	0	1
Baixada Litorânea	1(25%)	1(25%)	0	2(50%)	0	0	4
Baía da Ilha Grande	0	1(100%)	0	0	0	0	1
TOTAL	58(16,71%)	119(34,29%)	85(24,50%)	66(19,02%)	13(3,75%)	6(1,73%)	347

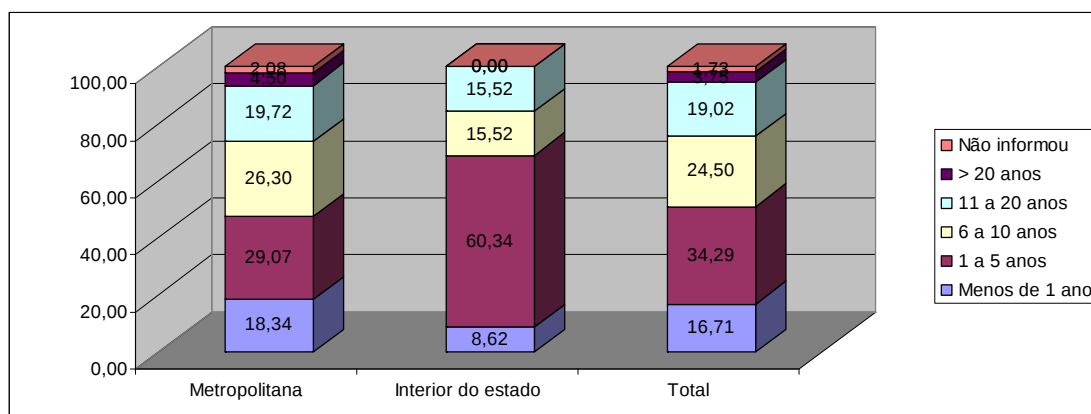


Figura 5.37 Percentual de enfermeiros por tempo de atuação na especialidade no estado como um todo, região metropolitana e interior do estado.

5.3.18 Horas semanais de trabalho dos enfermeiros em terapia intensiva neonatal e pediátrica no Estado do Rio de Janeiro.

No estado, a maioria dos enfermeiros (41%) trabalha em jornada semanal de 30h (Figura 5.38). A distribuição da jornada semanal de trabalho na especialidade e por região de saúde é apresentada na Tabela 5.21. Observa-se que na região metropolitana predomina a jornada semanal de 30 horas enquanto no interior do estado há um predomínio significativo ($p = 0,000$) da jornada de menos de 30 horas semanais (Figura 5.39).

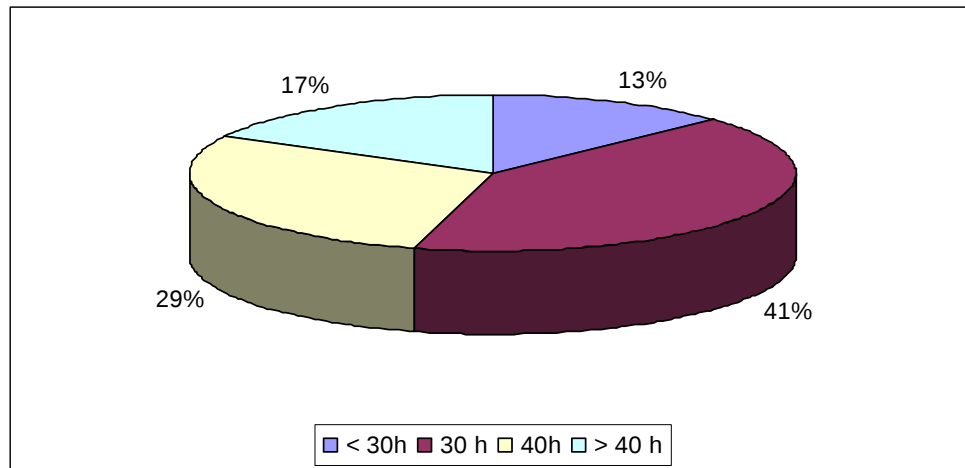


Figura 5.38 Distribuição percentual da jornada de trabalho semanal.

Tabela 5.20 Distribuição percentual da jornada semanal de trabalho.

REGIÃO	< 30 h	30h	40h	> 40h	PARTICIPANTES
Serrana	1(50%)	0	1(50%)	0	2
Médio Paraíba	0	1(12,50%)	3(37,50%)	4 (50,00%)	8
Centro-Sul	0	0	0	2(100%)	2
Metropolitana 1	15(5,68%)	122(46,21)	82(31,06%)	45(17,05%)	264
Metropolitana 2	6(15,79%)	20(52,63%)	10(26,32%)	2(5,26%)	38
Norte do Estado	22(52,38%)	6(14,28%)	6(14,28%)	8(19,04%)	42
Noroeste	1(100%)	0	0	0	1
Baixada Litorânea	2(50%)	0	1(25%)	1(25%)	4
Baia da Ilha Grande	0	0	1(100%)	0	1
Total	47(12,98%)	149(41,16)	104(28,73%)	62(17,13%)	362

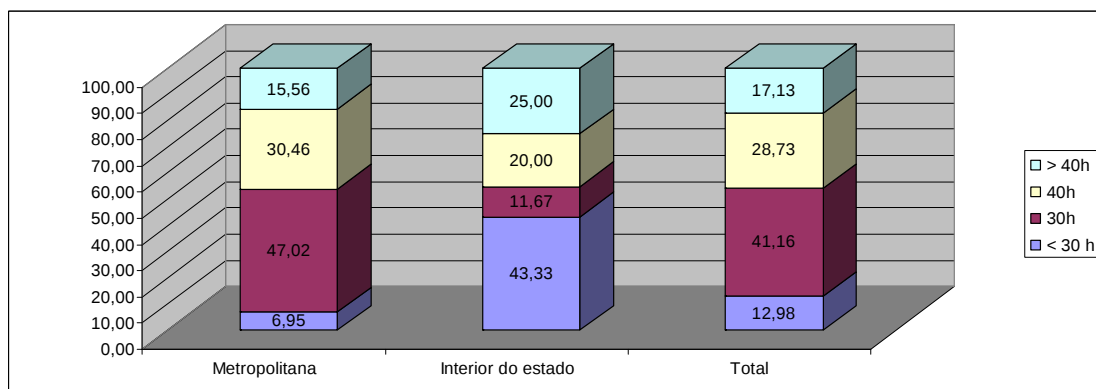


Figura 5.39 Jornada semanal de trabalho no estado como um todo, região metropolitana e interior do estado.

5.3.19 Faixa salarial com o trabalho em terapia intensiva.

Em todo o estado 39% dos enfermeiros ganham entre R\$ 1.000 a R\$1.999, constituindo-se a faixa predominante (Figura 5.40). A distribuição da faixa salarial e por região de saúde está representada na Tabela 5.21. A comparação entre região metropolitana e interior do estado está representada na Figura 5.41, não se observando diferenças entre a região metropolitana e o interior do estado.

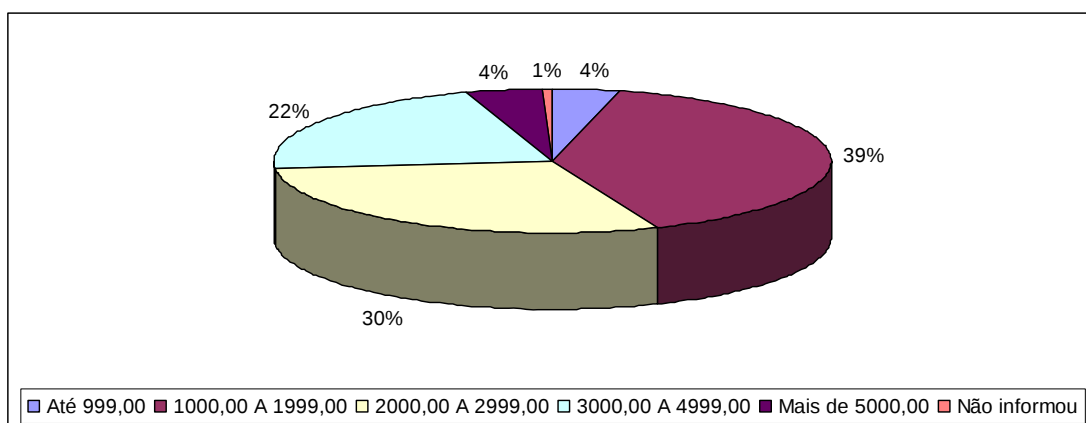


Figura 5.40 Distribuição percentual da faixa salarial.

Tabela 5.21 Distribuição da faixa salarial e por região de saúde.

FAIXA SALARIAL	ATÉ 999	1000 a 1999	2000 a 2999	3000 a 4999	> 5000	NÃO INFORMOU	PARTICIPANTES
Serrana	1(50%)	1(50%)	0	0	0	0	2
Médio Paraíba	0	4(50,00%)	4(50,00%)	0	0	0	8
Centro-Sul	0	1(100%)	1(100%)	0	0	0	2
Metropolitana 1	7(2,78%) 5(13,51%)	97(38,49%)	79(31,35%)	57(22,62%))	11(4,37%))	1(0,40%)	252
Metropolitana 2	)	18(48,65%)	6(16,22%)	8(21,62%) 10(24,39%)	0,00	0,00	37
Norte do Estado	0	15(36,59%)	10(25,00%)	)	4(9,76%)	1(2,44%)	40
Noroeste	0	0	1(100%)	0	0	0	1
Baixada Litorânea	1(25%)	2(50%)	1(25%)	0	0	0	4
Baía da Ilha Grande	0	0	1(100%)	0	0	0	1
TOTAL	14(4,03%))	138(39,77%))	103(29,68%))	75(21,61%))	15(4,32%))	2(0,58%)	347

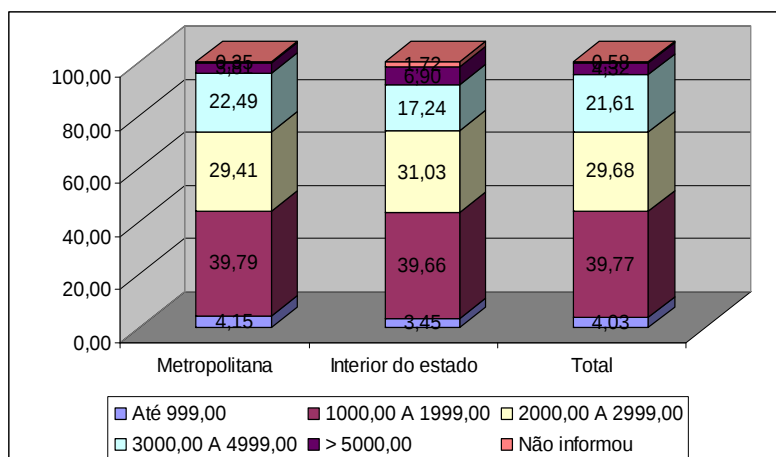


Figura 5.41 Percentual da faixa salarial dos enfermeiros que atuam na especialidade no estado como um todo, região metropolitana e interior do estado.

5.3.20 Satisfação com o trabalho em terapia intensiva neonatal e pediátrica.

Quanto ao item satisfação com o trabalho em terapia intensiva neonatal e pediátrica, verifica-se que a maioria dos enfermeiros (67%) encontram-se insatisfeitos com o trabalho na especialidade (Figura 5.42). A distribuição quanto ao grau de satisfação com o trabalho na especialidade e por região de saúde está representada na Tabela 5.22. A comparação entre região metropolitana e interior do estado encontra-se na Figura 5.43, observando-se que a insatisfação é significativamente maior ($p = 0,01$) na região metropolitana do que no interior (70,2% x 53,5%).

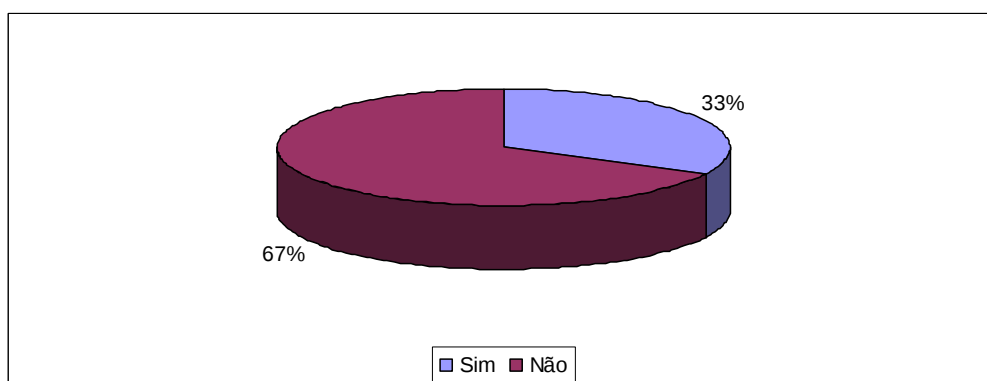


Figura 5.42 Satisfação com o trabalho em terapia intensiva neonatal e pediátrica no estado.

Tabela 5.22 Satisfação com o trabalho na especialidade e por região de saúde.

REGIÃO	SIM	NÃO	PARTICIPANTES
Serrana	0	2(100%)	2
Médio Paraíba	2(25,00%)	6(75,00%)	8
Centro-Sul	1(50,00%)	1(50,00%)	2
Metropolitana 1	79(31,35%)	173(68,65%)	252
Metropolitana 2	7(18,92%)	30(81,08%)	37
Norte do Estado	22(53,66%)	18(45,00%)	40
Noroeste	0	1(100%)	1
Baixada Litorânea	2(50%)	2(50%)	4
Baia da Ilha Grande	0	1(100%)	1
TOTAL	113(32,56%)	234(67,43%)	347

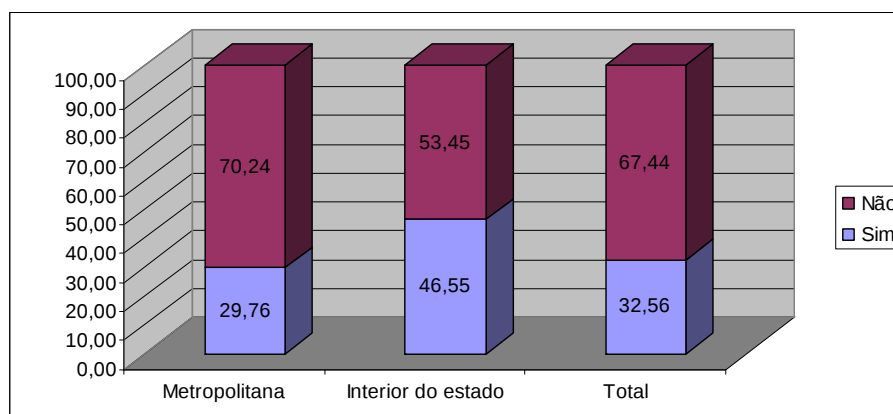


Figura 5.43 Satisfação com o trabalho em terapia intensiva e neonatal no estado como um todo, região metropolitana e interior do estado.

5.3.21 Motivos de insatisfação profissional com o trabalho na especialidade.

A questão salarial aparece como motivo predominante (31%) de insatisfação profissional na especialidade (Figura 5.44), embora o somatório de fatores que podem ser agregados como “condições de trabalho” (recursos materiais e humanos insuficientes e jornada de trabalho excessiva) correspondam a 59%. Apenas 5% estão insatisfeitos com a sua formação profissional. A distribuição por motivos de insatisfação profissional e por região de saúde está apresentada na tabela 5.23. Uma comparação entre região metropolitana e interior do estado encontra-se descrita na Figura 5.45.

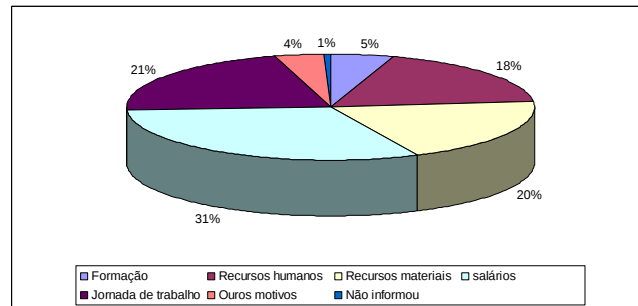


Figura 5.44 Motivos de insatisfação profissional com o trabalho em terapia intensiva neonatal e pediátrica em todo o estado.

Tabela 5.23 Distribuição por motivo de insatisfação com o trabalho em terapia intensiva neonatal e pediátrica e por região de saúde.

REGIÃO	FORMAÇÃO	RECURSOS HUMANOS INSUFICIENTES	RECURSOS MATERIAIS INSUFICIENTES	SALÁRIOS BAIXOS	JORNADA DE TRABALHO EXCESSIVA	OUTROS MOTIVOS	NÃO INFORMOU
Serrana	1	2	2	2	0	0	0
Médio Paraíba	2	2	2	2	4	0	1
Centro-Sul	0	2	0	2	0	0	0
Metropolitana 1	20	60	70	109	76	11	1
Metropolitana 2	0	14	13	19	8	5	0
Norte do Estado	0	0	3	5	9	2	1
Noroeste	0	0	0	1	0	0	0
Baixada Litorânea	0	1	1	2	1	0	0
Baía da Ilha Grande	0	0	0	1	0	0	0
TOTAL	23	84	91	143	98	18	3

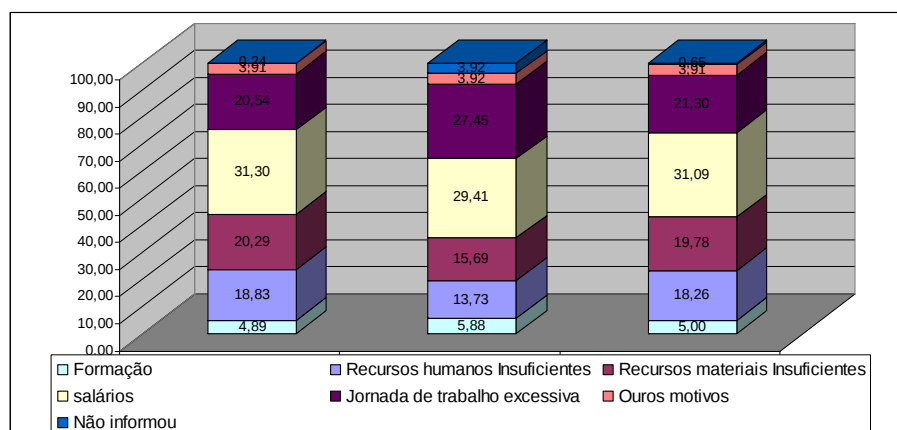


Figura 5.45 Motivos de insatisfação profissional no estado como um todo, região metropolitana e interior do estado.

5.3.22 Cargo exercido no trabalho.

Do total de enfermeiros, a grande maioria (71%) ocupa o cargo de plantonista (Figura 5.46). A distribuição por cargo exercido no trabalho e por região de saúde encontra-se na Tabela 5.24. Uma comparação entre região metropolitana e interior do estado pode ser observada na Figura 5.47, observando-se relativa semelhança entre as regiões.

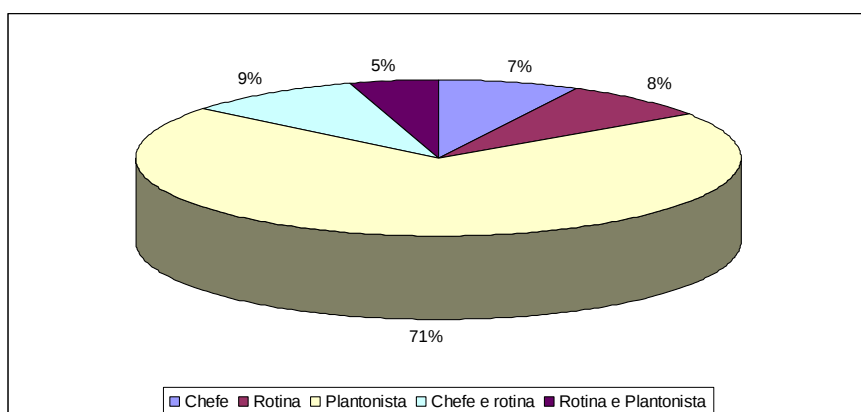


Figura 5.46 Distribuição dos enfermeiros por cargo exercido no trabalho.

Tabela 5.24 Distribuição percentual dos enfermeiros por cargo exercido no trabalho e por região de saúde.

REGIÃO	CHEFE	ROTINA	PLANTONISTA	CHEFE E ROTINA	ROTINA E PLANTONISTA	PARTICIPANTE
Serrana	0	0	0	2(100%)	0	2
Médio Paraíba	1(12,50%)	0	3(37,50%)	2(25,00%)	2(25,00%)	8
Centro-Sul	0	0	0	1(50,00%)	1(50,00%)	2
Metropolitana 1	19(7,22%)	25(9,51%)	186(70,72%)	23(8,75%)	10(3,80%)	263
Metropolitana 2	1(2,63%)	2(5,26%)	29(76,32%)	4(10,53%)	2(5,26%)	38
Norte do Estado	3(6,97%)	2(4,65%)	35(81,39%)	2(4,65%)	1(2,32%)	43
Noroeste	1(100%)	0		0	0	1
Baixada Litorânea	1(25%)	0	2(50%)	0	1(25%)	4
Baía da Ilha Grande	1(100%)	0	0	0	0	1
TOTAL	27(7,45%)	29(8,01%)	255(70,44%)	34(9,39%)	17(4,70%)	362

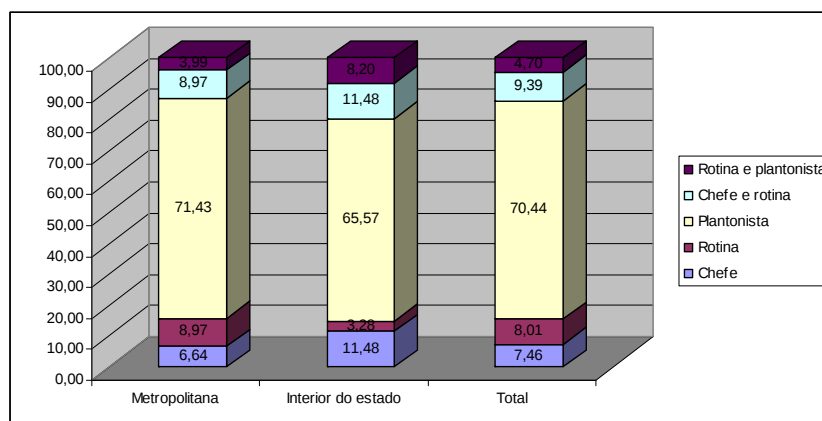


Figura 5.47 Distribuição dos enfermeiros por cargos exercidos no trabalho no estado como um todo, região metropolitana e interior do estado.

5.3.23 Função exercida no trabalho.

Nota-se que em todo o estado, entre as funções exercidas pelos enfermeiros, predominou a função “assistencial maior que a administrativa” (Figura 5.48). A distribuição percentual dos enfermeiros por função exercida no trabalho e por região de saúde encontra-se apresentada na Tabela 5.25. A comparação entre região metropolitana e interior do estado pode ser visualizada na Figura 5.49.

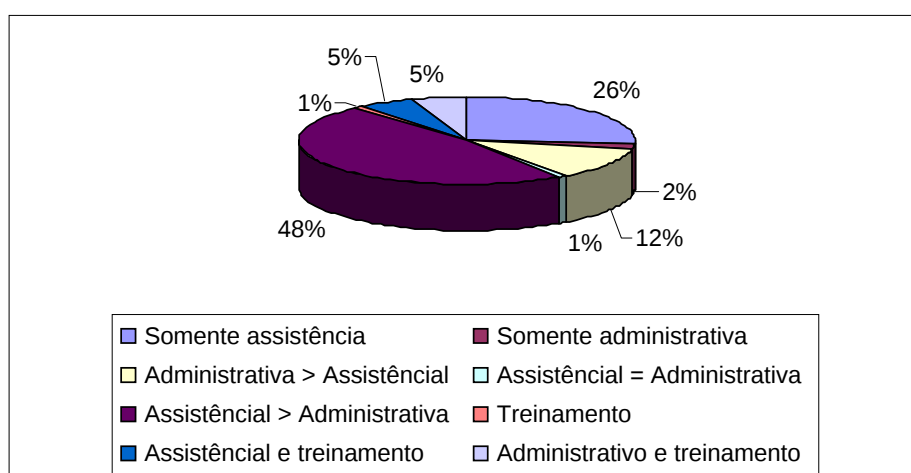


Figura 5.48 Distribuição dos enfermeiros por tipo de função exercida no trabalho em todo o estado.

Tabela 5.25 Distribuição percentual dos enfermeiros por função exercida no trabalho e por região de saúde.

REGIÃO	SOMENTE ASSISTENCIAL	SOM/ENTE ADMINISTRATIVA.	ADM.>ASSIST.	ASSIST =ADM	ASSIST> ADM.	TREINAMENTO	ASSIST. E TREINAM.	ADMINIST. E TREINAM.
Serrana	0	0	1(50%)	0	0	0	0	1(50%)
Médio Paraíba	0	0	1(12,50%)	1(12,50%)	5(62,50%)	0	1(12,50%)	0
Centro-Sul	0	0	0	0	2(100%)	0	0	0
Metropolitana 1	74(29,24%)	5(1,98%)	33(13,04%)	1(0,39%)	125(49,41%)	2(0,79%)	15(5,92%)	15(5,92%)
Metropolitana 2	11(28,95%)	0	8(21,05%)	0	16(42,10%)	0	3(7,89%)	1(2,63%)
Norte do Estado	11(24,44%)	2(4,44%)	2(4,44%)	1(2,22%)	25(55,55%)	1(2,22%)	1(2,22%)	2(4,44%)
Noroeste	0	0	0	0	0	0	0	1(100%)
Baixada	0	0	0	0	4(100%)	0	0	0
Litorânea	0	0	0	0	0	0	0	0
Baía da Ilha Grande	0	0	1(100%)	0	0	0	0	0
Total	96(27,12%)	7(1,98%)	46(12,99%)	3(0,85%)	177(50,00%)	3(0,85%)	20(5,65%)	20(5,65%)

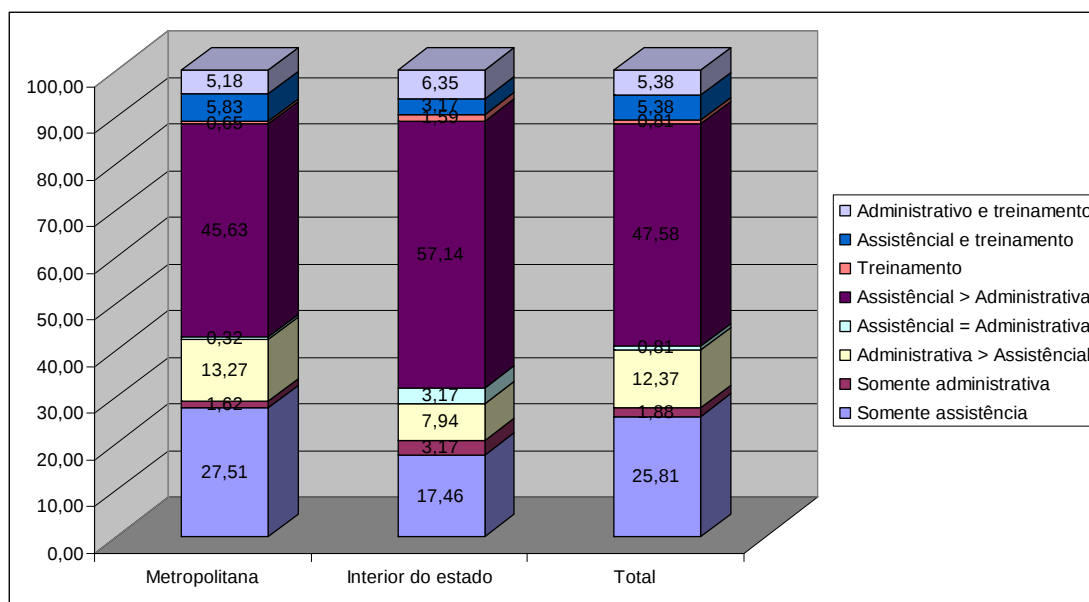


Figura 5.49 Função exercida no trabalho no estado como um todo, região metropolitana e interior do estado.

5.3.24 Escala de trabalho.

Verifica-se que em todo o estado a escala de trabalho predominante na especialidade (39%) é a escala com doze horas de trabalho e sessenta horas de descanso (Figura 5.50). A distribuição das escalas de trabalho exercidas por enfermeiros e por região de saúde encontra-se na Tabela 5.26. A comparação entre região metropolitana e interior do estado está representada na Figura 5.51, observando-se grandes diferenças neste item entre a região metropolitana e o interior.

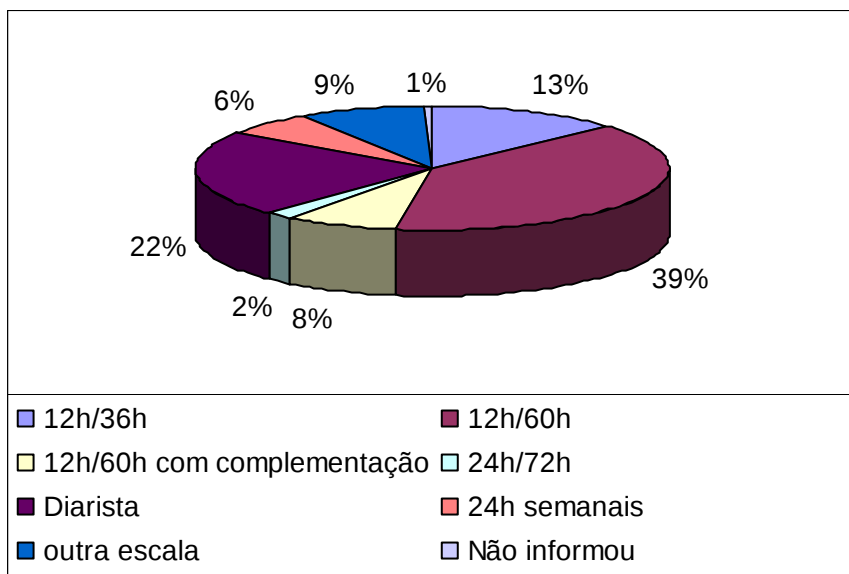


Figura 5.50 Distribuição dos enfermeiros por tipo de escala de serviço.

Tabela 5.26 Distribuição percentual dos enfermeiros por tipo de escala de serviço e por região de saúde.

REGIÃO	12/36H	12/60H	12/60 H COM COMPLEMENTAÇÃO	24/72h	DIARISTA	24h/SEM.	OUTRAS ESCALAS	NÃO INFORMOU	TOTAL
Serrana	0	0	0	0	2(100%)	0	0	0	2
Médio Paraíba	4(50,00%)	0	0	0	3(37,50%)	1(12,50%)	1 (12,50%)	0	8
Centro-Sul	1				1				2
Metropolitana 1	33(12,55%)	122(46,39%)	28(10,65%)	5(1,90%)	59(22,43%)	4(1,52%)	14(5,32%)	1(0,38%)	263
Metropolitana 2	3(7,89%)	19(50,00%)	0	2(5,26%)	8(21,05%)	7(18,42%)	1(2,63%)	0	38
Norte do Estado	7(16,27%)	5(11,62%)	0	0	6(13,95%)	9(20,93%)	16(37,20%)	1(2,32%)	43
Noroeste	0	0	0	0	1(100%)	0	0		1
Baixada Litorânea	0	0	0	0	2(50%)	2(50%)	0	0	4
Baia da Ilha Grande	0	0	0	0	1(100%)	0	0	0	1
TOTAL	48(13,01%)	146(39,57%)	28(7,59%)	7(1,90%)	83(22,49%)	23(6,23%)	32(8,67%)	2(0,54%)	362

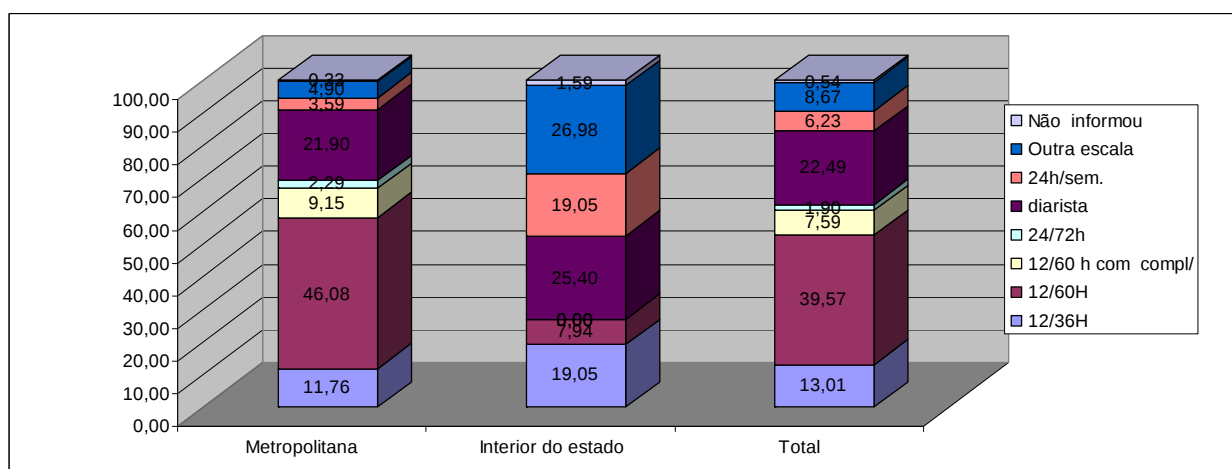


Figura 5.51 Distribuição dos enfermeiros por tipo de escala de serviço no estado como um todo, região metropolitana e interior do estado.

5.3.25 Número de postos de trabalho na especialidade.

Em todo o estado, predomina (56%) o número de enfermeiros que trabalham em somente um emprego (Figura 5.52). A distribuição dos enfermeiros por número de postos de trabalho e por região de saúde encontra-se na Tabela 5.27. A comparação entre região metropolitana e interior do estado pode ser observada na Figura 5.53 observando-se resultados muito semelhantes.

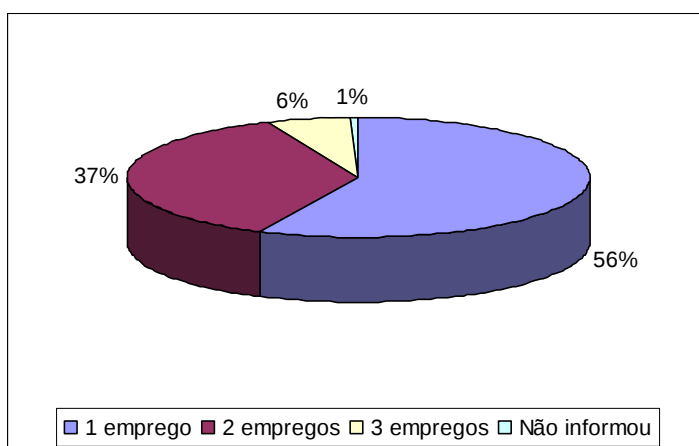


Figura 5.52 Distribuição dos enfermeiros por número de postos de trabalho.

Tabela 5.27 Distribuição percentual dos enfermeiros por número de postos de trabalho e por região de saúde.

REGIÃO	1	2	3	NÃO INFORMOU	PARTICIPANTES
Serrana	2(100%)	0	0	0	2
Médio Paraíba	3(37,50%)	5(62,50%)	0	0	8
Centro-Sul	1(50%)	0	1(50%)	0	2
Metropolitana 1	140(55,56%)	99(39,29%)	11(4,37%)	2(0,79%)	252
Metropolitana 2	24(64,86%)	9(24,32%)	4(10,81%)	0	37
Norte do Estado	25(62,50%)	12(30%)	3(7,50%)	0	40
Noroeste	0	0	1(100%)	0	1
Baixada Litorânea	3(75%)	1(25%)	0	0	4
Baia da Ilha Grande	0	1(100%)	0	0	1
TOTAL	198(57,06%)	127(36,60%)	20(5,76%)	2(0,58%)	347

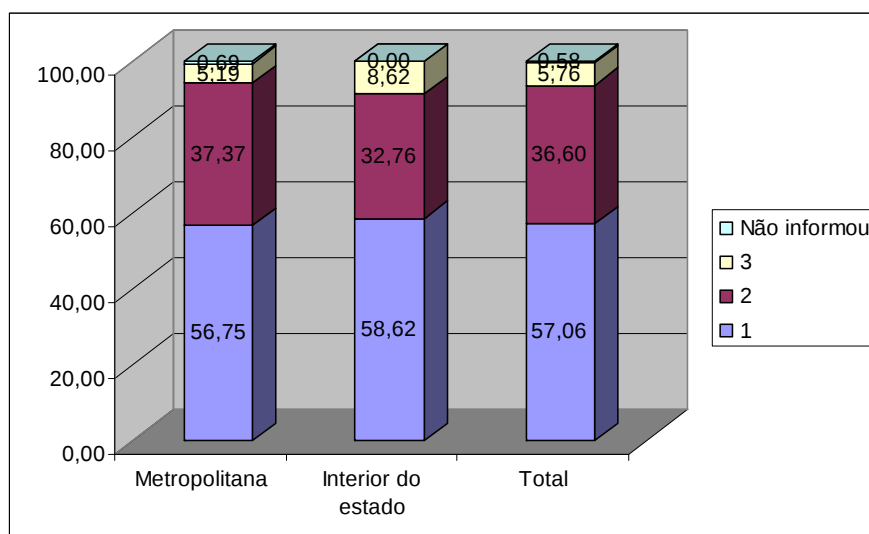


Figura 5.53 Número de postos de trabalho dos enfermeiros no estado como um todo, região metropolitana e interior do estado.

5.3.26 Participação de enfermeiros em programas de treinamento na unidade de trabalho.

O número de enfermeiros que não participam de programas de treinamento na unidade de trabalho corresponde a 47% (Figura 5.54). A participação em programas de treinamento na unidade e por região de saúde encontra-se na Tabela 5.28. Uma comparação entre região metropolitana e interior do estado está apresentada na Figura 5.55, não se observando diferenças significativas entre as regiões.

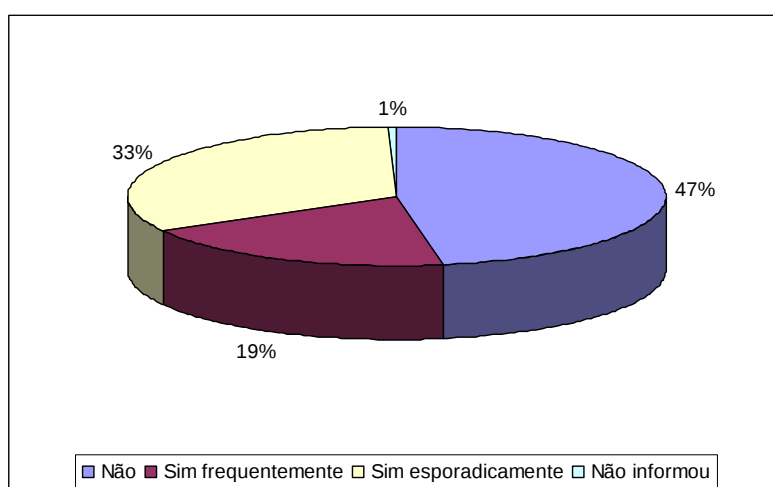


Figura 5.54 Distribuição dos enfermeiros por participação em programas de treinamento na unidade de trabalho.

Tabela 5.28 Distribuição percentual dos enfermeiros por participação em programas de treinamento na unidade de trabalho e por região de saúde.

REGIÃO	NÃO	SIM FREQUENTEMENTE	SIM ESPORADICAMENTE	NÃO INFORMOU	PARTICIPANTES
Serrana	1(50%)	0	50	0	2
Médio Paraíba	5(62,50%)	2(25,%)	1(12,50%)	0	8
Centro-Sul	0	0	1(50%)	1(50%)	2
Metropolitana 1	112(42,42%)	52(19,70%)	99(37,5%)	1(0,38%)	264
Metropolitana 2	30(78,95%)	3(7,89%)	5(13,16%)	0	38
Norte do Estado	19(45,23%)	12(28,47%)	11(26,19%)	0	42
Noroeste	1(100%)	0	0	0	1
Baixada Litorânea	2(50%)	1(25%)	1(25%)	0	4
Baía da Ilha Grande	1(100%)	0	0	0	1
TOTAL	171(47,24%)	70(19,34%)	119(32,87%)	2(0,55%)	362

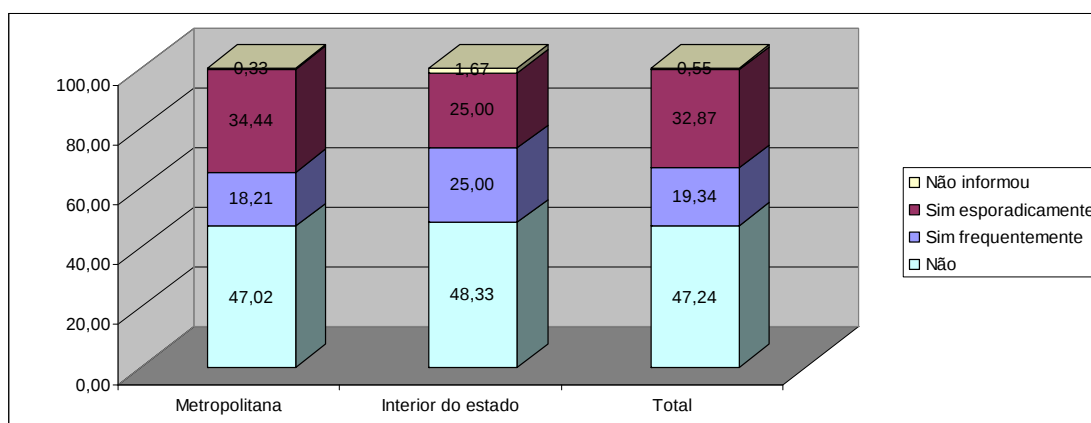


Figura 5.55 Participação em programas de treinamento na unidade de trabalho no estado como um todo, região metropolitana e interior do estado.

5.3.27 Realização de registros de enfermagem no prontuário.

A maioria dos enfermeiros (75%) relata realizar freqüentemente registros de enfermagem no prontuário (Figura 5.56). A distribuição dos enfermeiros quanto à realização de registros no prontuário e por região de saúde encontra-se na Tabela 5.29. A comparação entre região metropolitana e interior do estado encontra-se na Figura 5.57, observando-se resultados muito semelhantes.

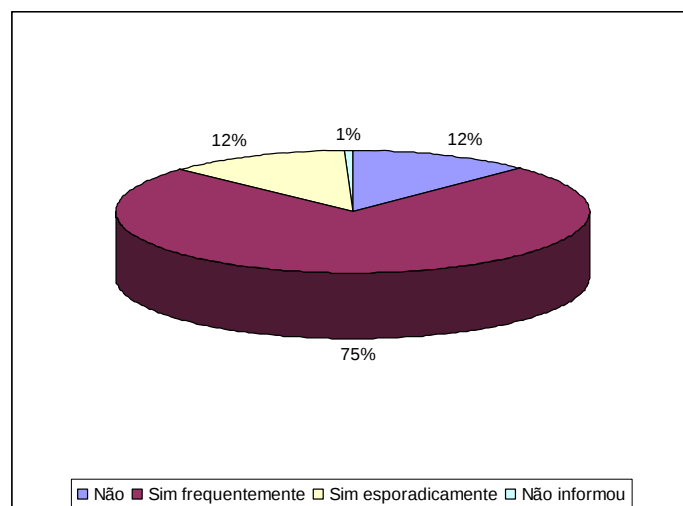


Figura 5.56 Distribuição de enfermeiros que realizam de registros de enfermagem no prontuário.

Tabela 5.29 Distribuição percentual de enfermeiros e realização de registros de enfermagem no prontuário e por região de saúde.

REGIÃO	NÃO	SIM FREQUENTEMENTE	SIM ESPORADICAMENTE	NÃO INFORMOU	PARTICIPANTES
Serrana	2(100%)	0	0	0	2
Médio Paraíba	1(12,50%)	6(75%)	1(12,50%)	0	8
Centro-Sul	0	1(50%)	0	1(50%)	2
Metropolitana 1	34(12,88%)	191(72,35%)	38(14,39%)	1(0,38%)	264
Metropolitana 2	3(7,89%)	34(89,47%)	1(2,63%)	0	38
Norte do Estado	2(4,76%)	36((85,71%)	4(9,52%)	0	42
Noroeste	1(100%)	0	0	0	1
Baixada Litorânea	2(50%)	2(50%)	0	0	4
Baia da Ilha Grande	0	0	1(100%)	0	1
TOTAL	45(12,43%)	270(74,59)	45(12,43%)	2(0,55%)	362

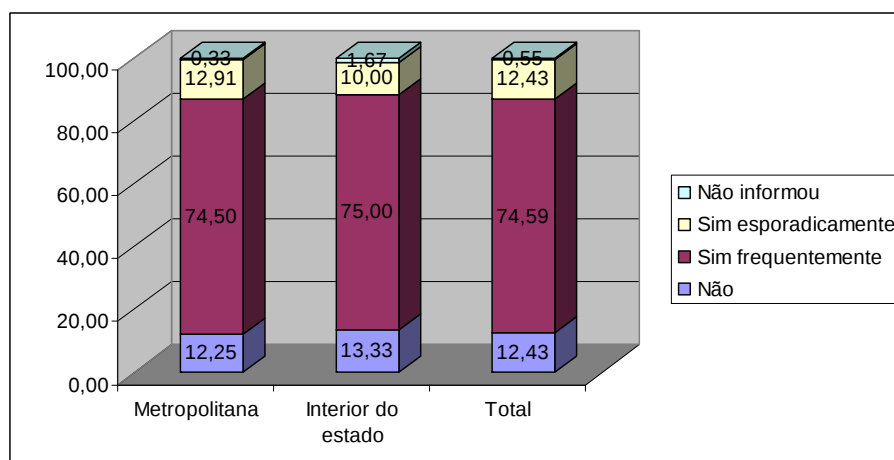


Figura 5.57 Realização de registros de enfermagem no prontuário no estado como um todo, região metropolitana e interior do estado.

5.3.28 Participação em discussão clínica multiprofissional na unidade de trabalho.

Pode-se verificar na Figura 5.58 que predomina o número de enfermeiros que não participam de discussão clínica multiprofissional na unidade de trabalho (46%). A distribuição de enfermeiros por participação em discussão clínica multiprofissional na unidade de trabalho e por região de saúde encontra-se na Tabela 5.30. Uma comparação entre região metropolitana e interior do estado é apresentada na Figura 5.59, não se notando diferenças importantes entre as regiões.

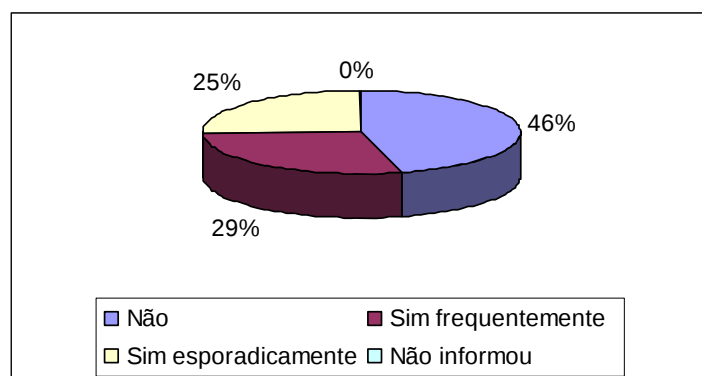


Figura 5.58 Distribuição de enfermeiros por participação em discussão clínica multiprofissional na unidade de trabalho em todo o estado.

Tabela 5.30 Distribuição percentual de enfermeiros por participação em discussão clínica multiprofissional na unidade de trabalho e por região de saúde.

REGIÃO	NÃO	SIM FREQUENTEMENTE	SIM ESPORADICAMENTE	NÃO INFORMOU	PARTICIPANTES
Serrana	0	1(50%)	1(50%)	0	2
Médio Paraíba	3(37,50%)	4(50%)	1(12,50%)	0	8
Centro-Sul	0	1(50%)	1(50%)	0	2
Metropolitana 1	121(45,83%)	76(28,79%)	66(25%)	1(0,38%)	264
Metropolitana 2	19(50,005)	11(28,95%)	8(21,05%)	0	38
Norte do Estado	20(47,61%)	10(23,80%)	12(28,57%)	0	42
Noroeste	0	1(100%)	0	0	1
Baixada Litorânea	3(75,00%)	0	1(25,00%)	0	4
Baía da Ilha Grande	0	0	1(100%)	0	1
TOTAL	166(45,86)	104(28,73%)	91(25,14%)	1(0,28%)	362

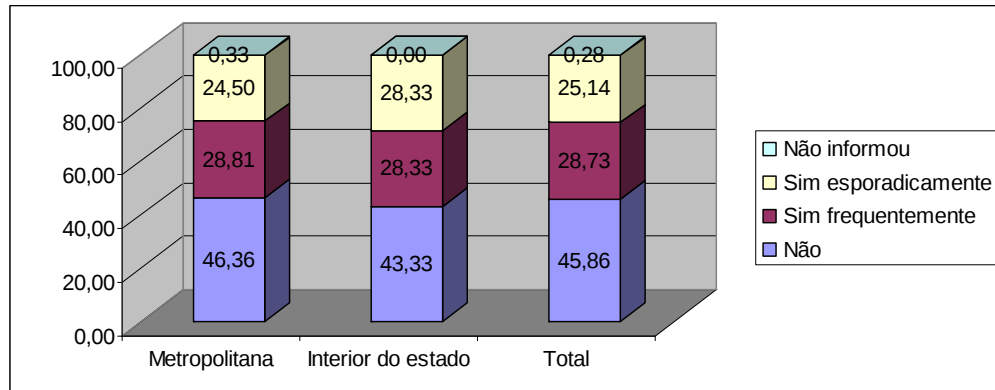


Figura 5.59 Distribuição de enfermeiros por participação em discussão clínica multiprofissional na unidade de trabalho no estado como um todo, região metropolitana e interior do estado.

6 DISCUSSÃO

6.1 UNIDADES ESTUDADAS

Do total de unidades ativas identificadas, 75% participaram do estudo com predomínio das unidades públicas (57%). Quanto aos motivos da não participação de unidades (25%) podem-se atribuir a alguns fatores, entre eles, a recusa formal de chefias de serviço em participar da pesquisa, difícil acesso às chefias das unidades e sujeitos da pesquisa e extravio nas unidades de questionários já preenchidos.

6.2 OS SUJEITOS DA PESQUISA

Dos 549 enfermeiros elegíveis nas unidades que participaram do estudo 347(63%) responderam ao questionário como instrumento de pesquisa para a coleta de dados. Os resultados mostram que mais da metade dos enfermeiros aderiram à pesquisa, demonstrando interesse em participar de um estudo que possibilite delinear o perfil da categoria.

Com relação à distribuição dos enfermeiros, observa-se que a Região Metropolitana 1 e 2 concentra o maior número de enfermeiros que atuam em unidades de terapia intensiva no Estado do Rio de Janeiro e que participou deste estudo (83,28%). A seguir com percentuais bem menores aparecem a região Norte do estado (11,82%), Médio Paraíba (2,30%), Baixada Litorânea (1,15%), Centro-Sul (0,57%), região Serrana (0,57%), Noroeste (0,28%) e Baía da Ilha Grande (0,28%). Verifica-se que a distribuição do número de enfermeiros em geral está relacionada ao número de unidades de terapia intensiva neonatal e pediátrica existentes nas regiões de saúde.

De acordo com os dados obtidos neste estudo verificou-se que das setenta e cinco unidades estudadas, quatro (5,33%) unidades só contavam com um enfermeiro exclusivo da unidade. Nestas unidades o enfermeiro permanece durante o período da manhã ou período da tarde de segunda a sexta feira e, nos demais horários, finais de semana e feriados não existem enfermeiros de plantão.

É importante ressaltar que todas as atividades de enfermagem dispensadas à criança criticamente enferma na ausência do enfermeiro são realizadas por técnicos e auxiliares de enfermagem. Nessas situações as unidades de saúde, representadas por seus gestores, não levam em consideração a legislação que regulamenta o exercício profissional da enfermagem, em especial a lei 7.498/1986 e o decreto 94.406/1987(artigo 11, inciso I, letra “K” e artigo 8º, inciso I, letra “g”), que define como ação privativa do enfermeiro, entre outras atividades, os cuidados diretos de enfermagem a pacientes graves com risco de morte. Esta legislação também determina que seja privativa do enfermeiro a prestação de cuidados de enfermagem de maior complexidade técnica, e que exijam conhecimentos de base científica e capacidade de tomar decisões imediatas (artigo 11, inciso I, letra “I”).⁽²⁸⁾

Além disso, a Resolução nº189/96 do COFEN, normatiza em âmbito nacional a obrigatoriedade de haver enfermeiro em todas as unidades de serviço onde são desenvolvidas ações de Enfermagem durante todo o período de funcionamento da instituição de saúde e estabelece o quantitativo de profissionais de enfermagem por turno e categorias de tipo de assistência.

Durante visita às unidades para coleta de dados, observou-se que algumas UTIs possuíam equipamentos novos e sofisticados, porém a proporção enfermeiros/paciente era inadequada ou até mesmo inexistente. É importante ressaltar que a presença de tecnologia não garante a qualidade da assistência, somente com profissionais capacitados e em quantitativo adequado será possível utilizar a tecnologia disponível com prestação de cuidado eficaz.

Em unidades hospitalares, a equipe de enfermagem representa número significativo no quantitativo total de recursos humanos, e como consequência, os custos para manutenção dessa categoria são diretamente proporcionais ao número de profissionais. Este pode ser um dos motivos para o número reduzido de enfermeiros em algumas unidades e regiões. É importante ressaltar que para garantir cuidados de enfermagem com qualidade, o quantitativo de enfermeiros em uma unidade deverá estar diretamente relacionado à proporção enfermeiro/paciente. Diversos autores⁽²⁹⁾⁽¹⁹⁾⁽³⁰⁾ apontam em seus estudos que a qualidade da assistência está diretamente relacionada a esta proporção.

O estudo realizado por Kane *et al* ⁽³¹⁾, apontou para o seguinte resultado: Quanto maior a complexidade do paciente maior será a necessidade de cuidados de enfermagem. Esse estudo também sugere que a proporção enfermeiro/paciente adequada propicia menor ocorrência de erros de medicação e infecção.

A redução do número de enfermeiros e a consequente diminuição de horas de cuidados de enfermagem dispensados aos pacientes, também podem refletir diretamente no aumento dos custos hospitalares. A diminuição da qualidade da assistência pode acarretar em piora no quadro clínico dos pacientes, consequentemente aumentar o tempo de internação e utilização de medicamentos e tecnologias mais caras.

A sobrecarga de trabalho também pode causar insatisfação e desgaste da equipe, podendo resultar em aumento na rotatividade das enfermeiras, situação que também leva ao aumento dos custos hospitalares.

Administradores de unidades de saúde devem considerar que para oferecer cuidados seguros devem estar atentos à relação enfermeiro/paciente e sua potencial associação com efeitos adversos na criança hospitalizada.

Quanto ao tipo de unidade, a maioria dos enfermeiros que participaram deste estudo atua em unidades de terapia intensiva neonatal, dado que pode ser associado ao maior número

de unidades de terapia intensiva neonatal no estado. Observa-se que na região metropolitana 41,06% trabalham em unidades de terapia intensiva neonatal, 36,42% dos enfermeiros trabalham em unidades de terapia intensiva pediátrica, e 22,52% em unidades mistas. No interior do estado predominam os enfermeiros que atuam em unidades mistas. A distribuição dos enfermeiros, em geral está relacionada ao tipo de unidade existente nas regiões de saúde.

6.3 PERFIL SÓCIO-DEMOGRÁFICO

Analisando os dados sobre faixa etária, verifica-se que a média de idade foi de 34,24 anos ($\pm 8,74$ anos). Verifica-se que a maioria dos enfermeiros encontra-se na faixa etária entre 21 e 30 anos (42%). Em seguida, outra faixa de idade predominante neste grupo de profissionais é de 31 a 40 anos (33%). No interior do estado a proporção de enfermeiros na faixa etária entre 21 a 30 anos é significativamente maior se comparada à região metropolitana. Estes resultados demonstram que a população de enfermeiros atuantes nas unidades de terapia intensiva neonatal e pediátrica do Estado do Rio de Janeiro é representada por profissionais jovens. O predomínio de profissionais jovens na especialidade no interior do estado pode estar relacionado a unidades mais novas e maior facilidade de deslocamento destes profissionais se comparado aos profissionais mais velhos. Além disso, a insatisfação com o trabalho na especialidade também pode ser um fator para a não fixação do enfermeiro na especialidade por tempo prolongado.

Contar com uma força de trabalho jovem é bastante promissor para uma especialidade que está cada vez mais em ascensão e demanda por profissionais com habilidades, experiência e conhecimentos específicos. A permanência por tempo prolongado em unidades de cuidados intensivos possibilitará a esses profissionais o acompanhamento do crescimento da especialidade, resultando em profissionais com grandes habilidades e conhecimentos

específicos no cuidado à criança gravemente enferma. É necessário tempo para formar um especialista com conhecimentos específicos e habilidades em sua área de atuação.

Em uma realidade bastante diferente da nossa, alguns países como Estados Unidos e Canadá reportam preocupação com o envelhecimento de sua força de trabalho na área da saúde, principalmente em setores de prestação de cuidados especializados. No Canadá quase um terço dos enfermeiros possui idade superior a 50 anos, e somente 10% possui idade inferior a 30 anos⁽³²⁾. Em 2000, Buerhaus *et al* ⁽³³⁾, realizaram um estudo sobre o aumento da média de idade dos enfermeiros nos Estados Unidos. Nesse estudo foi demonstrado que entre os anos de 1990 e 2000 houve um aumento de três anos na média de idade dos enfermeiros e realizaram uma projeção indicando que em torno do ano 2010 poderá haver um aumento de mais três anos na média de idade destes enfermeiros, chegando a 45,4 anos.

De acordo com um levantamento demográfico realizado pela *American Association of Critical Care Nurses* (AACN), 45% de seus membros possui entre 40 a 49 anos. Outro grande grupo de enfermeiros representando 30% de seus membros está na faixa etária de 50 a 59 anos. Somente 24% de seus membros possuem menos de 39 anos e 1% possui idade superior a 60 anos.⁽³⁴⁾

Em nosso caso, se por um lado temos a vantagem de possuir profissionais jovens com tempo para aperfeiçoamento de sua prática na especialidade, também representam profissionais com tempo para migrar para outras áreas de trabalho que lhe pareçam mais atrativas. Para garantir a permanência destes enfermeiros nesta especialidade há de se criar estratégias para fixar estes profissionais em sua área de atuação.

Quanto ao tema gênero dos enfermeiros, o resultado da pesquisa demonstra que em todo o estado, entre os enfermeiros que atuam em unidades de terapia intensiva neonatal e pediátrica do estado, predomina o sexo feminino correspondendo a 94% do total e apenas 6% do sexo masculino. Verifica-se que na especialidade de terapia intensiva neonatal e pediátrica,

os enfermeiros não diferem da caracterização peculiar desta categoria, que é composta em grande parte por mulheres.

6.4 FORMAÇÃO PROFISSIONAL

Ao analisar o tempo decorrido da graduação, foi constatado que entre os enfermeiros que participaram deste estudo houve predominância dos que concluíram a graduação em enfermagem durante o período de 1991 a 2000 (40%). Outro grande grupo concluiu a graduação no período entre 2001 a 2007 (38%). Uma parcela menor concluiu a graduação antes de 1991 (22%). Esta situação pode ser devido a um ou mais fatores, entre eles: maior oferta de ensino em universidades privadas em todo o estado a partir de 1990, o trabalho na especialidade ser mais procurado por profissionais jovens e a não permanência de enfermeiros com o trabalho na especialidade por muitos anos. Diferentemente da região metropolitana, o interior do estado concentra mais da metade dos enfermeiros que concluiu a graduação no período de 2001 a 2007, o que está de acordo com a faixa etária mais jovem desses profissionais.

Em relação à instituição formadora, verificou-se que a maioria dos enfermeiros (57%) concluiu a graduação em universidades públicas. Porém não podemos deixar de destacar que a quantidade de enfermeiros que concluiu a graduação em universidades privadas (43%) representa uma parcela significativa desta população. Ao analisar os resultados obtidos na região metropolitana e interior do estado observa-se que os resultados destas regiões apresentaram-se quase que inversamente proporcionais.

Amâncio Filho *et al*,⁽³⁵⁾ em seu estudo sobre Oferta das Graduações em Medicina e em Enfermagem no Brasil, mencionam que o crescimento da privatização dos cursos de graduação em enfermagem é observado, primordialmente, a partir de 1997, refletindo a

flexibilização e a autonomia das instituições de ensino, resultantes da aplicação dos dispositivos da mais recente Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional. Os autores descrevem ainda que, em 2003, os cursos superiores privados de Enfermagem representavam 73,4%, e os públicos 26,6% do total de cursos instalados no país. Descrevem ainda que a concentração da oferta privada também foi verificada na Região Sudeste (63,2%), principalmente nos estados de São Paulo (com 31,8% do total de cursos privados do País), Minas Gerais (com 16,3%) e Rio de Janeiro (com 12,2%). Ao analisar os dados deste estudo observa-se que a enfermagem tende a refletir o crescimento da privatização de seu ensino graduado.

Quanto à formação em cursos de pós-graduação, verificou-se que a maioria dos enfermeiros (58%) realizou curso de especialização (*lato sensu*). O curso de residência foi cursado por 26% dos enfermeiros e apenas 3% possuíam pós-graduação “*stricto sensu*” em nível de mestrado. A ausência de enfermeiros com doutorado entre os enfermeiros atuantes na especialidade pode ser atribuída ao fato desses enfermeiros após a conclusão do curso terem optado por atividades de ensino fora das instituições de saúde. Destaca-se que 13% destes enfermeiros não possuíam qualquer curso de pós-graduação.

Ao analisar os dados referentes à região metropolitana e interior do estado observou-se um maior predomínio dos cursos de pós-graduação na região metropolitana, dado que pode ser atribuído à maior oferta destes cursos nesta região. A mesma situação pode ser atribuída para explicar a ausência de enfermeiros com curso de mestrado no interior do estado. O maior predomínio do curso de especialização no estado como um todo, em comparação aos outros cursos pode ser devido a alguns fatores, entre eles: alguns cursos de especialização são oferecidos na região metropolitana ou no interior do estado com frequência semanal e alguns somente em finais de semana, situação que favorece o deslocamento do profissional, principalmente o enfermeiro do interior e permite a manutenção de sua rotina semanal de

trabalho. Outro fator que contribui para o predomínio da especialização é a maior oferta deste curso se comparado ao curso de residência.

Em relação à área de conhecimento dos cursos de pós-graduação, 23 (25,55%) dos enfermeiros realizou curso de residência em enfermagem neonatal e 24 (26,66%) em enfermagem pediátrica. Quanto ao curso de especialização 48 (22,53%) enfermeiros realizaram o curso de enfermagem pediátrica e 84 (39,43%) em enfermagem neonatal. Destaca-se que 43(47,77%) destes enfermeiros possuíam cursos residência e 81(38,02%) cursos de especialização em áreas distintas da neonatologia e pediatria.

Estes resultados podem ser atribuídos a alguns fatores, entre eles, a falta de estímulo do enfermeiro em buscar aperfeiçoamento em sua área de trabalho, já que em geral não recebem salários maiores em relação aos enfermeiros que não possuem a especialização; falta de incentivo por parte dos empregadores e instituições públicas com ingresso por meio de concursos que não realizam a seleção levando em consideração a especificidade do serviço e a formação do profissional. Em uma realidade diferente da nossa, a *American Association of Critical Care Nurses*, relata que a formação na especialidade da maioria dos enfermeiros que atuam em terapia intensiva é incentivada e provida por seus empregadores ⁽¹³⁾.

É importante ressaltar que no nosso estado não são oferecidos cursos exclusivos de pós-graduação em enfermagem de terapia intensiva neonatal e pediátrica. Os cursos de pós-graduação em enfermagem neonatal oferecem, entre outros, módulos de cuidados intensivos para o recém nascido de risco e os cursos de pós-graduação em enfermagem pediátrica, módulos de cuidados intensivos à criança e adolescente criticamente enfermos. Para os enfermeiros que buscam cursos de pós-graduação com foco exclusivo em cuidados de enfermagem em terapia intensiva, existem apenas os cursos de terapia intensiva para o paciente adulto.

Ao analisar o número de unidades de terapia intensiva neonatal e pediátrica no nosso estado e o de enfermeiros atuantes na especialidade, verifica-se que há demanda para implementação de cursos para a formação do enfermeiro intensivista neonatal e pediátrico, levando-se em conta a especificidade do cuidado de enfermagem nesta especialidade.

Entre os enfermeiros sem formação específica na especialidade, os resultados demonstram que a maioria (59%) recebeu treinamento em serviço, enquanto uma parcela significativa (27%) relata não ter recebido treinamento algum para atuação na especialidade.

Devido à complexidade do cuidado dispensado a pacientes críticos em unidades de terapia intensiva neonatal e pediátrica, faz-se necessário o treinamento em serviço para enfermeiros recém admitidos. O treinamento torna-se imprescindível quando o enfermeiro não tem formação específica nesta área, situação ainda muito comum, principalmente onde o ingresso para a instituição de saúde se faz por meio de concurso público. Em alguns concursos para seleção e contratação de enfermeiros, o critério para avaliação do profissional se faz através de uma prova com questões generalistas, mesmo que o local de trabalho onde os profissionais selecionados serão alocados demande por conhecimentos específicos e mão de obra especializada.

Como consequência desta situação, serviços de saúde que necessitam de profissionais com formação específica recebem profissionais com formação generalista ou formação específica em outra área de atuação diferente da demanda de conhecimentos exigida pelas características do serviço. Além da repercussão na qualidade da assistência prestada, podemos ainda citar que esta situação pode gerar insatisfação por parte dos enfermeiros devido ao fato de não estarem atuando em sua área de conhecimento. Ainda nos dias de hoje, em unidades de terapia intensiva neonatal e pediátrica é comum o ingresso de enfermeiros sem formação específica na especialidade.

6.5 TREINAMENTO E APERFEIÇOAMENTO DA PRÁTICA PROFISSIONAL

Quanto à realização do curso PALS (*Pediatric Advanced Life Support Provider Course*), em todo o estado, somente 24,5% dos enfermeiros realizaram o curso. Os resultados obtidos na região metropolitana e interior do estado são similares. O curso PALS é um curso teórico-prático preparado para médicos e enfermeiros com o objetivo de capacitá-los no atendimento de crianças vítimas de trauma ou de situações agudas.

Em 1978, nos Estados Unidos da América (EUA), surgiram os primeiros protocolos de suporte de vida em pediatria, a partir do subcomitê de emergência cardíaca da *American Heart Association* (AHA). Desde então, as bases teóricas e técnicas da reanimação pediátrica vêm sendo regularmente revistas no âmbito da AHA e da *American Academy of Pediatrics* (AAP) e aplicadas em cursos teórico-práticos ministrados pelas duas entidades. Entre os diferentes cursos oferecidos, destaca-se o PALS, também conhecido em nosso meio como SAVP – Curso de Formação de Provedores de Suporte Avançado de Vida em Pediatria. O modelo SAVP, disseminado por todo os EUA, tem sido difundido com a autorização da AHA para diversos países.⁽³⁶⁾

Em 1997, o curso PALS foi introduzido no Brasil através da Sociedade Brasileira de Cardiologia / Funcor. A formação da primeira turma de instrutores ocorreu em 1997, através de convênio com o Hospital Albert Einstein (SP), sendo os primeiros cursos supervisionados por instrutores dos EUA. A partir de 1999, a SBP e o Conselho Nacional de Ressucitação passaram a representar e coordenar as atividades do PALS no Brasil, respondendo, inclusive, pela formação de novos centros de treinamento em diferentes estados.⁽³⁷⁾

Algumas unidades de saúde oferecem, como política de capacitação profissional, o curso PALS, porém observa-se a partir dos dados analisados neste estudo que ainda é pequena a participação dos enfermeiros. Condorimay *et al* ⁽³⁸⁾, em seu estudo sobre a assistência de

enfermagem no serviço de emergência pediátrica, reforçam em suas conclusões a importância da capacitação profissional do enfermeiro baseada no protocolo PALS.

Quanto à realização do curso de Reanimação Neonatal da SBP, somente 26% dos enfermeiros realizou o curso. A origem desse curso remonta ao ano de 1978, quando a *American Heart Association* (AHA) afirmou que a reanimação neonatal necessitava de uma ênfase diferente da ressuscitação dos adultos, focalizando a ventilação como eixo central e não a desfibrilação.⁽³⁹⁾ O modelo do programa implementado pela Sociedade Brasileira de Pediatria segue uma formatação única em todos os estados, facilitando sua divulgação, aderência dos treinados ao curso e uniformidade nas ações.

Segundo informação do Ministério da Saúde, durante a última década, a asfixia perinatal foi a principal causa de morte em cerca de 10% dos óbitos neonatais.⁽⁴⁰⁾ Estes dados reforçam a necessidade de investimentos na capacitação de profissionais atuantes nesta área. Não foram encontradas na literatura informações sobre a participação de enfermeiros nos cursos de Reanimação Neonatal da Sociedade Brasileira de Pediatria.

Contrastando com a baixa proporção de enfermeiros que realizaram o curso PALS e o curso de Reanimação Neonatal da SBP, destaca-se o número de enfermeiros que realizou o curso de inserção de cateter venoso central por via periférica (PICC), representando mais da metade do total de enfermeiros (58%). No interior do estado este número é ainda maior (70,69%), diferindo de modo significativo da proporção observada na região metropolitana. Este dado pode indicar um movimento do enfermeiro desta região em busca de aprimoramento e aperfeiçoamento de sua prática, já que a maioria destes cursos é oferecida na região metropolitana do estado. O cateter venoso central de inserção periférica vem sendo utilizado em unidades de terapia intensiva neonatal e pediátrica com frequência cada vez maior. A competência legal para o enfermeiro inserir o PICC encontra-se amparada pela Lei 7498/1986 e o seu Decreto 94406/1987 e pela Resolução COFEN 258/2001.

Secoli *et al*⁽⁴¹⁾, concluíram em seu estudo sobre complicações acerca do uso do PICC, que para alcançar o sucesso dessa prática é necessário que os profissionais busquem o conhecimento técnico científico por meio de treinamentos e habilitações formais.

É importante ressaltar que, quanto maior o número de enfermeiros habilitados para a instalação do PICC, maiores serão os reflexos na assistência, que podem ser representados na prática por diminuição de dissecções venosas, manutenção da integridade da rede venosa periférica, menor número de punções venosas e, como consequência, diminuição de procedimentos invasivos e dolorosos para as crianças.

Em relação ao acesso à internet no domicílio, constatou-se que a maioria absoluta possui acesso à internet no domicílio (91%). O interior do estado apresenta resultados maiores, embora não significativos, em relação à região metropolitana. Este fato pode ser analisado considerando o uso da internet como importante ferramenta de auxílio na comunicação e aprendizado minimizando as distâncias geográficas. Mundialmente, a inclusão digital cresce em ritmo acelerado e entre os enfermeiros incluídos neste estudo a realidade não é diferente.

Dentre os enfermeiros que possuem acesso à internet, mais da metade dedica menos de 3 horas por semana a assuntos relacionados à especialidade. No entanto, os dados evidenciam que uma parcela significativa desta população (36%), dedica mais de 3 horas semanais podendo chegar a mais de 6 horas, fato que comprova o uso da internet como meio de atualização e capacitação profissional, possibilitando também a comunicação e troca de experiências entre profissionais de diferentes serviços e regiões. Observou-se que os enfermeiros do interior do estado utilizam muito mais a internet em assuntos relacionados à especialidade (56% utilizam mais de 3 horas) do que os enfermeiros da região metropolitana (32% utilizam mais de 3 horas) diferença estatisticamente significativa. Estes resultados

apontam, mais uma vez, a utilização da internet como ferramenta no auxílio do aprendizado e atualização em regiões distantes dos grandes centros.

Quanto à participação dos enfermeiros em jornadas, simpósios e congressos na especialidade, em todo o estado predominaram a participação em eventos relacionados à terapia intensiva neonatal ocorrida no Estado do Rio de Janeiro (32%). Este resultado provavelmente é devido ao quantitativo de enfermeiros que atuam em unidades neonatais e mistas em todo o estado (63%). Os resultados evidenciam que logo a seguir, outro grupo representando 25% deste total, participou de eventos relacionados à terapia intensiva pediátrica no Estado do Rio de Janeiro. Observa-se que a maioria dos enfermeiros (75%) participou de eventos dentro de seu próprio estado. Ao analisar os dados, verifica-se que ainda é tímida a participação dos enfermeiros em eventos científicos da especialidade fora do Estado do Rio de Janeiro. Em uma comparação entre região metropolitana e interior do estado, observaram-se resultados similares. A não liberação dos enfermeiros pelos empregadores para participação em eventos fora do estado e o custo financeiro podem explicar este fato.

Quanto à apresentação de pôster ou tema livre em eventos científicos na especialidade, apenas 32% dos enfermeiros apresentou pôster ou artigo científico. Resultados similares foram obtidos tanto na região metropolitana como no interior do estado. Ducci *et al* ⁽⁴²⁾ descreveram as dificuldades inerentes ao desenvolvimento de trabalhos científicos de enfermagem, no Brasil. Andrade *et al* ⁽⁴³⁾ em seu estudo sobre o Seguimento dos Egressos dos Cursos de Especialização em Enfermagem em Terapia Intensiva, investigaram as justificativas apresentadas para a não publicação de estudos em eventos científicos e perceberam que a maior porcentagem de respostas foi relacionada ao desinteresse dos autores, seguida pelas dificuldades relacionadas à falta de tempo, e dispersão dos colegas de trabalho. A prática em terapia intensiva oferece um leque enorme de temáticas possíveis de serem pesquisadas pelos

enfermeiros, na busca de qualificar a assistência prestada, porém a produção científica nesta categoria ainda é pequena e representa um desafio a ser superado.

Em relação à participação de projetos de pesquisa na especialidade, a maioria dos enfermeiros (65%) relatou não ter participado em projetos de pesquisa na especialidade.

Em todo o estado, com percentual bastante representativo, 47% dos enfermeiros relatou não participar de programas de treinamento na unidade de trabalho e 33% relatou participar esporadicamente. Desta forma verifica-se que somente 19% destes enfermeiros participam com frequência de treinamentos em suas unidades de trabalho, o que contrasta com a grande necessidade de atualização e aperfeiçoamento na especialidade. Beccaria *et al* ⁽⁴⁴⁾, em seu estudo reforça a importância de programas de educação que facilitem a inserção de enfermeiros recém admitidos em unidades de terapia intensiva e conclui que o treinamento pode ser realizado na própria unidade e em sala de aula antes do início das atividades e continuamente durante as atividades profissionais.

É importante ressaltar que o treinamento em serviço constitui importante instrumento para adequação às rotinas do setor e eficácia da assistência prestada, além de ser fundamental para capacitação e fundamentação da prática respaldada em conhecimentos técnicos científicos.

Com o crescente avanço na área da saúde, contamos cada vez mais com recursos e tecnologia que contribuem efetivamente para diagnósticos mais precoces e tratamentos eficazes, necessitando-se cada vez menos de internação hospitalar para intervenções e tratamento. Em contrapartida, as unidades de tratamento intensivo tendem a receber pacientes em estado mais grave, necessitando de cuidados intensivos cada vez mais complexos.

As unidades de terapia intensiva, por ser um setor complexo e dinâmico que atende a crianças com necessidade de cuidados especializados e com complexidade,

necessitam de pessoal treinado e capacitado para exercer o cuidado apropriado e com menor risco de iatrogenias. Por ser um ambiente com grande frequência de procedimentos invasivos, uso de tecnologia moderna, procedimentos terapêuticos de risco e profissionais que a todo o momento precisam tomar decisões rápidas e efetivas, torna-se um ambiente propício a ocorrência de erros. Harada⁽⁴⁵⁾, concluiu em seu estudo que as ocorrências adversas advindas da prática do profissional de saúde, continuam presentes, apesar dos avanços tecnológicos em todas as áreas da medicina.

É importante ressaltar que somente a presença de equipamentos sofisticados nas unidades de terapia intensiva não assegura a qualidade da assistência, sendo necessário profissionais com capacidade para utilizar a tecnologia disponível.

Considerando que a unidade de terapia intensiva tem como objetivo restabelecer as funções vitais do paciente dentro de um ambiente que lhe proporcione o máximo de segurança sem exposição a riscos desnecessários ou falhas humanas, ressalta-se a necessidade de profissionais com capacitação para o exercício de suas funções.

Para acompanhar o crescimento desta especialidade e promover cuidados mais especializados a estes pacientes o enfermeiro deverá adquirir novos conhecimentos e desenvolver habilidades para manusear novas tecnologias, desta forma, a educação continuada no local de trabalho constitui importante instrumento para a eficácia da assistência prestada nas unidades de terapia intensiva.

Com o passar do tempo e a maturidade da especialidade tem se tornado evidente que um serviço organizado e provido por pessoas qualificadas para a prestação de cuidados intensivos traz muitos benefícios para o paciente criticamente enfermo. Estes benefícios incluem aumento de sobrevivência, menores complicações, diminuição do tempo de permanência e também redução de custos.

6.6 ATUAÇÃO PROFISSIONAL

Os resultados revelam que uma parcela significativa dos enfermeiros (81%) não é filiada a sociedades de enfermagem. No interior do estado este percentual é ainda maior (84%). Alguns autores,⁽⁴⁶⁾⁽⁴⁷⁾ em seus estudos tiveram como objetivo discutir a responsabilidade coletiva dos enfermeiros nas suas entidades organizativas e identificar os motivos da pouca participação nestas entidades e concluíram que ainda há pouco interesse por parte dos enfermeiros em estar se integrando à vida associativa e apontaram também para questões financeiras como dificuldade para manutenção da anuidade das associações. Os resultados deste estudo demonstraram que entre os enfermeiros que atuam na especialidade ainda é pequena a participação em suas entidades de classe.

Em todo o estado, o tempo médio de atuação dos enfermeiros na especialidade revelado foi de 7,2 anos, com desvio padrão de 6,4 anos. O tempo predominante de atuação em unidades de terapia intensiva neonatal e pediátrica foi de 1 a 5 anos (34%) e a seguir, representando 24% do total de enfermeiros com 6 a 10 anos de atuação. Ao analisar estes dados, observa-se que mais da metade dos enfermeiros possui menos de 10 anos de atuação na especialidade. No interior do estado chama a atenção o número de enfermeiros com tempo de atuação menor que cinco anos (60%). Os enfermeiros que possuem mais de 20 anos de atuação representam somente 4% desta população e encontram-se somente na região metropolitana.

Podem-se relacionar estes resultados a faixa etária predominante dos enfermeiros (42% entre 21 e 30 anos) e a não permanência dos enfermeiros por tempo prolongado com o trabalho na especialidade. É importante ressaltar que o tempo de atuação na especialidade é muito importante, pois o enfermeiro especialista precisa ter experiência prática consolidada e é preciso tempo para se capacitar. Faz-se necessário a implantação de políticas de valorização

profissional como plano de cargos e salários que privilegiem o tempo de maior de experiência no serviço.

Com relação à jornada semanal de trabalho, os dados da pesquisa apontam que no estado predomina carga horária semanal de trabalho de 30 horas (41%) para os enfermeiros que atuam na especialidade. Os resultados demonstram maior adesão a esta jornada de trabalho nas unidades de terapia intensiva, incluindo unidades privadas onde normalmente a jornada semanal de trabalho era superior a 30 horas semanais. Pode-se atribuir este fato à necessidade de investimentos em melhores condições de trabalho, através da redução da jornada semanal de trabalho para os enfermeiros e consequentemente na garantia de melhoria de qualidade da assistência prestada.

Em contraste com a região metropolitana, onde predomina a jornada de 30 horas semanais (47,02%), no interior do estado somente 11,67% dos enfermeiros cumpre esta jornada.

Verifica-se que os dados referentes à jornada semanal de trabalho apresentam significativa variação entre região metropolitana e interior do estado. Chamam a atenção os extremos no interior do estado, onde a jornada de trabalho predominante é a de menos de 30 horas semanais (43,33%) e a seguir a jornada de mais de 40 horas semanais (25%). O predomínio da jornada semanal de trabalho de menos de 30 horas no interior do estado pode ser atribuído a um incentivo de migração enfermeiros com capacitação na especialidade dos grandes centros para o interior do estado. Os resultados deste estudo ainda apontam para grandes variações de cumprimento de carga horária nas diferentes regiões e unidades. Lino M.M.⁽⁴⁸⁾, em seu estudo sobre qualidade de vida e satisfação profissional de enfermeiros de unidades de terapia intensiva, relata que o excesso de carga horária de trabalho somado a outras atividades cotidianas constituem-se potenciais causas de desequilíbrios de saúde física e mental para esses profissionais.

Quanto à renda mensal, constatou-se que a faixa salarial predominante encontra-se entre R\$ 1.000 e R\$ 1.999 (39%). A seguir com 30%, a renda salarial de R\$ 2.000 a R\$ 2.999. Chama a atenção, enfermeiros que atuam na especialidade com renda mensal de até R\$999 (4%) e apenas 4% com salário acima de R\$ 5.000. Segundo a Classificação Brasileira de Ocupações (CBO) a remuneração média dos enfermeiros praticada no Brasil é de R\$1.250,00 mensais, sendo o Estado de Roraima com a maior renda média, R\$ 3.000,00, e o Piauí com a menor, R\$ 465,44.⁽⁴⁹⁾

Com os resultados obtidos, verifica-se que a renda média mensal do enfermeiro que atua na especialidade é baixa. Salários baixos podem servir como fator de desestímulo para investimentos na formação e atualização profissional além de não estimular a permanência do enfermeiro na especialidade.

Quanto ao cargo exercido na unidade, o número de enfermeiros plantonistas foi predominante com 71% do total. Este dado pode apontar para uma maior valorização da prestação de cuidados diretos a pacientes graves por enfermeiros em todos os turnos de trabalho. Por possuir mais de um vínculo de trabalho na mesma unidade, o enfermeiro pode ter relatado mais de um cargo, dado que pode ser verificado quando é relatado como cargo exercido: rotina e plantonista, chefe e rotina. Os resultados são similares tanto na região metropolitana como no interior do estado.

Os dados revelaram que a maioria dos enfermeiros exerce atividades assistenciais e administrativas, porém as atividades assistenciais sobrepõem-se às administrativas (48%). Apenas 26% dos enfermeiros realizam somente atividades assistenciais.

Com base neste resultado verifica-se que ainda é pequeno o percentual de enfermeiros com dedicação exclusiva à assistência. Para que ocorra o funcionamento eficaz de unidades de terapia intensiva com prestação de cuidados com qualidade é necessário que haja infra-estrutura com planejamento e administração de recursos materiais e humanos. Além da

administração dos recursos humanos da equipe de enfermagem, que normalmente é numerosa, o enfermeiro em geral assume uma série de atividades administrativas envolvendo previsão, solicitação e reposição de materiais permanentes e de consumo, previsão e solicitação de medicamentos, encaminhamento de equipamentos para manutenção técnica, organização da unidade, entre outras, ou seja, estas atividades podem absorver muito tempo, com conseqüente distanciamento do cuidado direto aos pacientes, incluindo aqueles com necessidade de cuidados mais complexos e com risco iminente de morte.

Observou-se também que somente 1% dos enfermeiros exerce função de treinamento da equipe, percentual muito pequeno considerando a especificidade do cuidado prestado nestas unidades e o crescimento constante da especialidade, face à constante implementação de novas terapêuticas e tecnologia.

A escala de trabalho predominante nas unidades que participaram do estudo em todo o estado foi a de doze horas de trabalho alternada com 60 horas de descanso (39%), tanto em unidades privadas como públicas. Merece destaque a diferença dos dados obtidos entre a região metropolitana e o interior do estado. No interior do estado predominaram escalas diferentes das normalmente utilizadas em unidades de terapia intensiva, denominadas neste estudo como “outras escalas” (27%). Ao relacionar este dado à informação de que a jornada semanal de trabalho predominante no interior foi menor do que 30 horas, “outras escalas” podem apontar para escalas de trabalho menores do que 24 horas semanais. Os resultados mostram uma maior flexibilização de escalas de trabalho para os enfermeiros que atuam em unidades do interior do estado. Esta flexibilização nos horários de trabalho podem servir como incentivo para viabilizar e fixar estes profissionais na região.

No que se refere ao número de postos de trabalho na especialidade, verificou-se que, em todo o estado, a maioria dos enfermeiros (56%), possuía somente um vínculo empregatício na especialidade, isto é, trabalhava somente em uma unidade. O ambiente e a

natureza do trabalho em unidades de terapia intensiva, caracterizam-se por atividades e situações que exigem muitas demandas de atividades e atenção, devido à dinâmica do serviço e a complexidade de cuidados dispensados a pacientes gravemente enfermos. Se, aliado às características próprias do trabalho, houver inadequação de recursos humanos e materiais, que foram descritos neste estudo como motivos de insatisfação com o trabalho na especialidade, corroborando para condições inadequadas de trabalho, estes podem ser fatores desencadeadores de desgaste físico e emocional. Estes dados aliados à jornada de trabalho de mais de 40 horas semanais em algumas unidades, podem justificar porque apesar da renda média mensal estar entre R\$ 1.000 e R\$ 1.999, o enfermeiro trabalhe em somente uma unidade. Dados semelhantes foram encontrados tanto na região metropolitana como no interior do estado.

De acordo com a resposta dos enfermeiros participantes deste estudo, a maioria realiza registros de enfermagem no prontuário (75%). Enfermeiros que relataram não realizar registros de enfermagem no prontuário (12%) e os que realizam esporadicamente (12%), de acordo com dados obtidos neste estudo podem estar entre os enfermeiros que realizam somente atividades administrativas, atividades administrativas maiores do que as assistenciais e treinamento. Cabe ressaltar que não foi abordada neste estudo a qualidade dos registros. O registro das ações de enfermagem no prontuário é um instrumento de grande significado na assistência de enfermagem. Ao contrário dos dados obtidos neste estudo, alguns autores apontam para deficiências na elaboração dos registros dos enfermeiros, tanto no aspecto qualitativo como quantitativo.^{(50) (51)}

Ao analisar a participação de enfermeiros em discussão clínica multiprofissional, verifica-se que em todo o estado um percentual significativo não participa (46%) e 25% participa esporadicamente. Deste total somente 29% relatou participar com frequência, percentual considerado pequeno dado a complexidade do trabalho na especialidade. Pacientes

gravemente enfermos possuem variadas e diferentes necessidades. Nenhum profissional da equipe de saúde pode suprir sozinho as necessidades de cuidados destes pacientes. Somente com o trabalho integrado de toda a equipe resultados efetivos poderão ser alcançados. Para que realmente exista um trabalho multidisciplinar é necessário que os profissionais reconheçam, respeitem e valorizem o trabalho de cada membro da equipe e que haja efetiva comunicação entre eles.

Sherwood *et al*⁽⁵²⁾ concluíram em seu estudo que o trabalho colaborativo de uma equipe dividindo responsabilidades é muito mais efetivo do que o trabalho de cada membro isoladamente e afirmam que uma verdadeira equipe de trabalho deve ter relacionamentos complementares de interdependência.

Brilli *et al*⁽⁵³⁾ sugerem, que serviços que trabalham com multidisciplinaridade de cuidados dispensados à pacientes graves são ótimos modelos de cuidado e enfatizam que a comunicação entre profissionais no trabalho em unidades de terapia intensiva produz melhores resultados, contribuem para o aumento da satisfação dos profissionais no ambiente de trabalho, além de diminuir a ocorrência de erros.

Rothschild *et al*⁽⁵⁴⁾ em seu estudo sobre ocorrência de erros e efeitos adversos em unidades de terapia intensiva, relataram que enfermeiros interromperam 42% de erros graves. Resultados que comprovam a importância do trabalho multidisciplinar.

A presença do enfermeiro ao lado do leito do paciente possibilita maior proximidade e interação com os familiares da criança, consultores especialistas e outros membros da equipe multidisciplinar, desempenhando papel importante no planejamento dos cuidados, com conseqüente aumento da segurança e da qualidade da assistência.

6.7 SATISFAÇÃO PROFISSIONAL

No que diz respeito à satisfação com o trabalho em terapia intensiva neonatal e pediátrica, constatou-se que a maioria dos enfermeiros que atua na especialidade encontra-se insatisfeito (67%). Apesar de predominar a insatisfação no estado como um todo, em uma comparação entre região metropolitana e interior do estado, verificou-se um maior percentual de enfermeiros satisfeitos com o trabalho na especialidade no interior do estado. Merece destaque a região norte do estado, única onde predominou o número de enfermeiros satisfeitos com o trabalho. Este dado pode ser atribuído a dois resultados que foram analisados em itens anteriores: nesta região a jornada semanal predominante foi a de menos de 30 horas semanais (53,49%) e a renda mensal com o trabalho na especialidade predominante encontra-se na faixa de R\$ 2.000 a R\$ 4.999 (51,22%).

Bratt M M ⁽⁵⁵⁾ ao estudar fatores que influenciam a satisfação de enfermeiros em unidades de terapia intensiva pediátrica, descreveu que a satisfação estava fortemente relacionada com a qualidade da assistência, equipe de trabalho e valorização do trabalho. O autor conclui em seu estudo que o fator que mais contribui para a satisfação no trabalho nessas unidades é a possibilidade de prestar cuidados individualizados com qualidade.

Os dados da pesquisa revelaram que “salários baixos” foi o motivo predominante para a insatisfação profissional dos enfermeiros com o trabalho em unidades de terapia intensiva neonatal e pediátrica em todo o estado (31%). Logo a seguir, fatores como jornada de trabalho excessiva (21%) recursos materiais insuficientes (20%), e recursos humanos insuficientes (18%) apresentam-se como motivos de insatisfação. Estes resultados apontam para a insatisfação do enfermeiro com a renda mensal e com questões relacionadas às condições de trabalho. O trabalho em unidades de terapia intensiva, mesmo em condições adequadas de área física, recursos humanos e materiais, é realizado em um cenário complexo, dinâmico e intenso que requer do enfermeiro múltiplas demandas de atenção. Dessa forma, os

resultados obtidos apontam para salários baixos e condições inadequadas de trabalho como motivos de insatisfação com o trabalho na especialidade.

6.8 REGIÃO METROPOLITANA / INTERIOR DO ESTADO

O interior do estado concentra os enfermeiros mais jovens, na faixa etária de 21 a 30 anos (53,45%) e com menor tempo de atuação na especialidade (até 5 anos) e predominam os enfermeiros que trabalham em unidades mistas (66,67%), situação que certamente exige maior expertise e experiência do enfermeiro, já que nessas unidades o cuidado de enfermagem deverá abranger desde o recém-nascido até o adolescente. Por outro lado, em relação à formação, observa-se nesta região o maior número de enfermeiros sem pós-graduação na especialidade (37,93%) e nenhum possui curso de mestrado. A maioria dos enfermeiros possui formação em universidades privadas (74,14%), e disponibilizam maior tempo de uso da internet em assuntos relacionados à especialidade.

Quanto aos cursos de aperfeiçoamento profissional destaca-se o número de enfermeiros que realizaram o curso de PICC (70,69%) e o curso de reanimação da SBP (43,10%). Situação que demonstra o movimento do enfermeiro do interior em busca de aperfeiçoamento, já que a maioria dos cursos é oferecida na região metropolitana. A jornada semanal de trabalho predominante é de menos de 30 horas semanais e os enfermeiros apresentam-se mais satisfeitos com o trabalho na especialidade se comparados aos enfermeiros da região metropolitana. A jornada semanal de trabalho reduzida pode aumentar a satisfação com o trabalho e estimular a participação em cursos de aperfeiçoamento profissional.

A região metropolitana concentra a maioria dos enfermeiros que atuam na especialidade (83,28%), predominando os enfermeiros que atuam em unidades neonatais

(41,06%). Em relação à formação profissional a maioria concluiu a graduação em universidades públicas. O número de enfermeiros que concluíram o curso de residência na região metropolitana (30,10%) foi predominante em relação ao interior do estado (5,17%). A jornada semanal de trabalho predominante é a de 30 horas semanais e a escala de serviço predominante é a de 12 horas de trabalho e 60 horas de descanso. Em relação à satisfação com o trabalho na especialidade, a maioria dos enfermeiros encontra-se insatisfeitos (70,24%). Condições de trabalho inadequadas e salários baixos são fatores que podem contribuir para a insatisfação com o trabalho na especialidade.

7 CONCLUSÕES

Com base nos resultados encontrados, verifica-se que há predomínio de enfermeiros jovens, com pouco tempo de atuação na especialidade e que buscam por aperfeiçoamento de sua prática profissional. Por outro lado, existem poucos incentivos para que esses profissionais realizem cursos formais de aprimoramento profissional e participem de eventos científicos na especialidade. É significativo o número de enfermeiros que atuam em unidades de terapia intensiva neonatal e pediátrica sem qualquer formação na especialidade ou com formação em áreas distintas da neonatologia e pediatria. Apesar da especificidade do cuidado de enfermagem e o crescimento da especialidade, não existem cursos exclusivos de enfermagem em terapia intensiva neonatal e pediátrica.

Quanto a programas de treinamento na unidade de trabalho, a maioria não participa. Predominam os enfermeiros que exercem atividades assistenciais e a jornada de trabalho mais utilizada é a de 30 horas semanais. Chama a atenção a pouca participação do enfermeiro em discussão clínica multiprofissional e em relação às entidades de classe são pouco participativos.

No que se refere à satisfação com o trabalho na especialidade a maioria encontra-se insatisfeita e os fatores predominantes estão relacionados a salários baixos e condições inadequadas de trabalho, alertando para a necessidade de se criar estratégias para fixar esses profissionais em uma área que demanda de forma rápida e crescente por profissionais qualificados. Existem diferenças significativas entre região metropolitana e interior do estado, como o predomínio de unidades mistas, enfermeiros mais jovens, com menor tempo de atuação na especialidade e com graduação em universidades privadas no interior do estado.

Este estudo propiciou um melhor conhecimento sobre os enfermeiros que atuam em unidades de terapia intensiva neonatal e pediátrica do nosso estado, podendo servir como base para formulação de propostas de melhoria na gestão desses serviços e ações que visem

melhorar a formação na especialidade e atuação profissional do enfermeiro neste setor da assistência.

8 RECOMENDAÇÕES

Com base nos resultados obtidos neste estudo são apresentadas a seguir as seguintes recomendações:

- Implementação de políticas institucionais nos serviços de saúde para valorização de profissionais com cursos de especialização em sua área de atuação.
- Maiores incentivos por parte dos empregadores para que os enfermeiros possam participar de eventos científicos na especialidade.
- Divulgação da importância da participação dos enfermeiros em suas entidades de classe e sociedades relacionadas à especialidade.
- Participação mais efetiva de enfermeiros em discussões clínicas multiprofissionais.
- Ampliação de cursos de atualização profissional à distância para enfermeiros do interior do estado.
- Alertar para a necessidade de se criar estratégias para fixar estes profissionais em uma área que demanda de forma rápida e crescente por profissionais qualificados.

REFERÊNCIAS

- (1) Lino MM, Silva SC. Enfermagem na Unidade de Terapia Intensiva: A história como explicação de uma prática. *Nursing*, 2001 out; 41(4):25-29.
- (2) Weil MH, Racckow EC. Critical Care Medicine: Introduction and historical perspective. In: Shoemaker WC. *Textbook of Critical Care*. 2 ed. Philadelphia;WB Saunders. 1999.
- (3) Ruth HC, Hawgen FP, Grave DD. Anesthesia study commission findings of eleven years activity. *JAMA* 1974;35:881.
- (4) Lassen HCA. A preliminary report on the 1952 epidemic of poliomyelitis in Copenhagen with special reference to the treatment of acute respiratory insufficiency. *Lancet* 1:37.
- (5) Andrade LFS. A complexidade do Cuidado de Enfermagem no CTIP/HSE e a necessidade de formação especializada da enfermeira [Dissertação] Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro. Escola de Enfermagem Anna Nery. 1999.
- (6) Oliveira ICS, Rodrigues RG. Assistência ao Recém-nascido: Perspectivas para o saber de Enfermagem em Neonatologia (1937 -1979). *Revista Eletrônica de Enfermagem*, v.06, n.02, 2004.
- (7) Nicola LK, Todres ID. History of Pediatric Intensive Care in the United States. In: Fuhrman BP and Zimmerman JJ. *Pediatric Critical Care*. St. Louis: Moby Year Book; 1992.
- (8) Fuhrman B. Zimmerman J. *Pediatric Critical Care*. Third edition. History of Pediatric Critical Care. Philadelphia; Mosby Elsevier. 2006. 7-19.
- (9) Viana LO. A Formação do Enfermeiro no Brasil e as Especialidades: 1920-1970. [tese de doutorado] Rio de Janeiro.Universidade Federal do Rio de Janeiro. Escola de Enfermagem Anna Nery. 1996.
- (10) Conselho Federal de Enfermagem (COREN). Disponível em <http://www.portalcofen.gov.br>. Acessado em 10 de julho de 2008.
- (11) Ministério da Educação e Cultura. Câmara de Educação Superior. Resolução CES N° 3, 05/10/1999. Disponível em www.mec.gov.br. Acessado em abril de 2006.
- (12) Sigaud CHS. Veríssimo MLR. *Enfermagem Pediátrica: O cuidado de enfermagem à criança e ao adolescente*. São Paulo. Pedagógica e Universitária. 1996.

- (13) American Association of Critical Care Nursing. Disponível em <http://www.aacn.org> . Acessado em 18 de abril de 2008.
- (14) Barbosa AP, Qualidade da Assistência em Tratamento Intensivo Neonatal e Pediátrico no Estado do Rio de Janeiro – Situação Atual e Propostas para Melhoria. [Tese de Doutorado] Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro. Faculdade de Medicina. 1998.
- (15) Marcin JP, Rutan E, Rapetti P, Brown JP, Rahnamayi R, Pretzlaff RK. Nurse Staffing and Unplanned Extubation in the Pediatric Intensive Care Unit. *Pediatric Critical Care Medicine*. 2005 May; 6(3):254-257.
- (16) Archibald LK, Manning ML, Bell LM. Patient density, nurse-to-patient ratio and nosocomial infection risk in a pediatric cardiac intensive care unit. *Pediatric Infectious Disease Journal*. 1997 Nov; 16(11):1045-1048.
- (17) Needleman J, Buerhaus P, Mattkes S, Stewart M, Zelevinsky K. Nurse staffing levels and the quality of care in hospitals. *N Engl J Med*. 2002;346:1715.
- (18) McGillis Hall L, Doran D, Pink GH. Nurse staffing models, nursing hours and patient safety outcomes. *J Nurs Adm* 2004 Jan; 34(1):41-45.
- (19) Padilha KG. Ocorrências Iatrogênicas em unidade de terapia intensiva (UTI): Análise dos fatores relacionados. *Rev. Paul. Enferm.* 2006 Mar; 25 (1): 32-36.
- (20) Carvalho M, Vieira A. Erro médico em pacientes hospitalares. *Jornal de Pediatria*. 2002;78(4):61-68.
- (21) Offenstadt G, Moreno R, Palomar M, Gullo A. Intensive Care Medicine in Europe. *Crit Care Clin*. 2006 Jul;22(3):425-432.
- (22) Paollito FE, Jimenez EJ, Falk J. Critical Care in the United States of América. *Crit Care Clin*. 2006. Jul;22(3):447-55.
- (23) Ministério da Saúde. Portaria GM/MS 3432 de 12 de agosto de 1998. Disponível em www.saude.gov.br . Acessado em junho de 2008.
- (24) Buchan J. Evidence of nursing shortages or a shortage of evidence? *Journal of Advanced Nursing*. 2006 Dez; 56(5):457-458.
- (25) Stechmiller J. The Nursing Shortage in Acute and Critical Care Settings. *AACN Clinical issues: Advanced Practice in Acute & Critical Care*. November; 2002;13(4): 577-584.

- (26) Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. IBGE. Censo Demográfico e estatístico. Disponível em [http:// www.ibge.gov.br](http://www.ibge.gov.br) .A cessado em 15 de maio de 2008.
- (27) Ministério de Saúde B. I Seminário de Gestão Participativa em Saúde da Baixada Litorânea do Rio de Janeiro. Brasília. Editora de Saúde, 2007.
- (28) Conselho Federal de enfermagem. Disponível em <http://www.portalcofen.gov.br>. Acessado em 15 de março de 2008.
- (29) Stone PW, Larson EL. Organizacional climate and intensive care unit nurses intention to leave. Crit Care Med. 2006; 34 (7):1907-1912.
- (30) Blegen MA, Laura R. Nursing Staffing and Patient outcomes. Crit Care Nurs Clin North Am.1998; 47 (1):43-50.
- (31) Kane R, Shamliyan T, Mueller C. The Association of registered nurse sataffing and patients outcomes. Med Care. 2007 Dez;45(12): 1195-1204.
- (32) Spurgeon D. Canada faces nurse shortage. British Med Journal.2000 April;320 (7241):1030.
- (33) Buerhaus P, Staiger D, Auerback D. Implications of an aging registered nurse workforce, Journal of the American Medical Association. 2000. 283(22): 2948-295.
- (34) American Association of Critical Care Nurses. Disponível em <http://www.aacn.org> . Acessado em 13 de maio de 2008.
- (35) Amâncio Filho A, Vieira ALS, Garcia ACP. Oferta das graduações em Medicina e em Enfermagem no Brasil.Rev. bras. educ. med., Rio de Janeiro. 2008 Maio; 30(3). Disponível em: <http://www.scielo.com.br> Acesso em: 01 Maio 2008.
- (36) American Academy of Pediatrics. American Heart Association. Suporte avançado de vida em pediatria. Dallas: American Academy of Pediatrics /American Heart Association; 1997.
- (37) Sociedade Brasileira de Pediatria. Disponível em <http://www.sbp.com.br>. Acessado em 01 de maio de 2008.
- (38) Condorimay YRT, Vendruscolo DMS. A assistência de enfermagem no serviço de emergência pediátrica. Rev Latino-Am.Enferm .2004 maio-junho; 12(3):477-84.

- (39) Kattwinkel J. Textbook of neonatal resuscitation. 5th ed. Elk Grove Village: American Academy of Pediatrics. American Heart Association; 2006.
- (40) BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. Mortalidade infantil. Brasília: O Ministério; 2001.
- (41) Secoli SP, Jesus VC. Complicações acerca do cateter venoso central de inserção periférica (PICC). Cien Cuid Saúde. 2007 abr/Jun; 6(2):252-260.
- (42) Ducci AJ, Krokosz DVC, Bento SCT, Padilha KG, Kimura M. Produção Científica brasileira de enfermagem em terapia intensiva de 1995 a 2004. Acta paul enf. 2007 abr-jun;20(2):216-222.
- (43) Andrade V, Padilha KG, Kimura M. Seguimento dos egressos dos cursos de especialização em enfermagem em terapia intensiva. Rev. Latino-Am. Enfermagem, Ribeirão Preto. 1998; 6(3): 63-65.
- (44) Beccaria LM, Nishiyama K, Faria J. In 8 SIBRACEN- Simpósio Brasileiro de Comunicação em Enfermagem. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. SP. Anais Eletrônicos –USP, 2002 p.1-8
- (45) Harada M.J.C.S. Ocorrências adversas e conseqüências imediatas para os pacientes em unidade de cuidados intensivos pediátricos. Acta Paul.Enf,São Paulo.2001 16(3):62-67.
- (46) Carvalho M. Rodrigues RM. Revelando a participação dos(as) enfermeiros(as) na Associação Brasileira de Enfermagem: Regional Cascavel. Revista Brasileira de Enfermagem. 2001 54(2):278-287.
- (47) Budó MLD, Beck CLC, Sasso GTMD, Gonzáles RMB. Responsabilidade coletiva na participação da enfermagem em suas entidades organizativas. Ver Brás Enf; 2001 54(2): 237-247.
- (48) Lino MM. Qualidade de vida e satisfação de enfermeiros de unidades de terapia intensiva. São Paulo (SP) Escola de Enfermagem da USP; 2004.
- (49) Pierantoni CR, Varella TC. Perspectivas para análise do mercado de trabalho em saúde com o foco na enfermagem. Classificação Brasileira de Ocupações. IMS/UERJ.2002.
- (50) Fernandes RAQ. Salum MJL. Teixeira MB, Lemmi RCA. Miura M. Anotações de Enfermagem. Rev Esc Enfermagem USP 1991; 15(1):63-8.
- (51) Leonardi RCA. "Avaliação dos aspectos éticos e legais dos registros de enfermagem na parada cardiorrespiratória em hospital escola do Paraná" [Dissertação] Paraná. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto (EERP) 2005.
-

- ⁽⁵²⁾ Sherwood G, Thomas E, Bennet DS. A teamwork model to promote patient safety in critical care. *Crit Care Nurs Clin North Am*. 2002 Dec; 14(4):333-40.
- ⁽⁵³⁾ Brilli RJ, Spevetz A, Branson RD. Critical care in the intensive care unit: defining critical roles and the best practice model. *Critical Care Med* 2001;29:2007-2019.
- ⁽⁵⁴⁾ Rothschild JM, Landrigan CP, Cronin JW. The critical care safety study: The incidence and nature of adverse events and serious medical errors in intensive care. *Crit Care Med* 2005;33:1694-1700.
- ⁽⁵⁵⁾ Bratt MM. Factors influencing job satisfaction of pediatric intensive care nurses: a second analysis. *American Journal of Critical Care*, 2000.

Apêndice 1



**UNIVERSIDADE FEDERAL
DO RIO DE JANEIRO**

UFRJ

Centro de Ciências da Saúde

Faculdade de Medicina – Programa de Pós-Graduação em Clínica Médica

Setor de Saúde da Criança e do Adolescente

Terapia Intensiva Neonatal e Pediátrica no Estado do Rio de Janeiro: análise de equidade, acesso, estrutura e processos de assistência.

AUTORES

Antonio José Ledo Alves da Cunha
Arnaldo Prata Barbosa
Cleyde Thereza Leal Casemiro Vanzillotta
Elgita Aparecida Diniz
Jandra Correa de Lacerda
Nina Kuperman
Vanessa Costa Soares
Sérgio D'Abreu Gama

Este estudo já foi submetido à apreciação de um Comitê de Ética em Pesquisa (Instituto de Puericultura e Pediatria Martagão Gesteira da UFRJ), tendo sido **APROVADO EM 19 DE JULHO DE 2005** (documento de aprovação do CEP anexo) e recebido o número de **Certificado de Apresentação para Apreciação Ética: CAAE – 4.0.231.000-05**

Rio de Janeiro
- março de 2005 -

Terapia Intensiva Neonatal e Pediátrica no Estado do Rio de Janeiro: análise de equidade, acesso, estrutura e processos de assistência.

CAAE – 4.0.231.000-05

AUTORES

Antonio José Ledo Alves da Cunha
Arnaldo Prata Barbosa
Cleyde Thereza Leal Casemiro Vanzillotta
Elgita Aparecida Diniz
Jandra Correa de Lacerda
Nina Kuperman
Vanessa Costa Soares
Sérgio D'Abreu Gama

RESUMO

Objetivos: Descrever indicadores de qualidade da assistência de saúde em terapia intensiva neonatal e pediátrica no estado do Rio de Janeiro, visando dar subsídios para a formulação de propostas de melhoria na gestão e no desenvolvimento deste setor da assistência.

Metodologia: Estudo observacional, transversal e descritivo. A equipe de pesquisa visitará todas as Unidades de Tratamento Intensivo (UTIs) neonatais e pediátricas em funcionamento no estado do Rio de Janeiro no período de dezembro de 2005 a julho de 2006, aplicando um questionário semi-estruturado que avaliará aspectos de infra-estrutura (número de unidades, número de leitos disponíveis, distribuição geográfica, equidade, acesso), formação dos recursos humanos (médicos e enfermeiros), assim como as práticas correntes de processos-chaves de tratamento utilizados nestas unidades, como ventilação pulmonar mecânica, sedação, analgesia, bloqueio neuro-muscular e tratamento da sepse.

Resultados esperados (justificativas): Espera-se obter resultados que possibilitem: a) um melhor planejamento na distribuição dos leitos existentes, na criação de novos leitos e na melhoria do sistema de referência e contra-referência; b) o planejamento de investimentos dirigidos para a formação e qualificação de médicos e enfermeiros que atuam no setor; c) a implantação de políticas de assistência (protocolos/rotinas) em áreas-chaves neste setor de atendimento de saúde, com potencial impacto nos resultados (morbimortalidade); d) contribuir para a redução nas taxas de mortalidade neonatal e infantil, pela implantação de projetos orientados de melhoria da assistência a esses doentes criticamente enfermos.

▶ **Resumo do Projeto**

Estudo observacional, transversal e descritivo com o propósito de analisar indicadores de qualidade da assistência de saúde em terapia intensiva neonatal e pediátrica no estado do Rio de Janeiro, visando dar subsídios para a formulação de propostas de melhoria na gestão e no desenvolvimento deste setor da assistência. A equipe de pesquisa visitará todas as Unidades de Tratamento Intensivo (UTIs) neonatais e pediátricas em funcionamento no estado do Rio de Janeiro no período de julho a dezembro de 2005, aplicando um questionário semi-estruturado que avaliará aspectos de infra-estrutura (número de unidades, número de leitos disponíveis, distribuição geográfica, equidade, acesso), formação dos recursos humanos (médicos e enfermeiros), assim como as práticas correntes de processos-chaves de tratamento utilizados nestas unidades, como ventilação pulmonar mecânica, sedação, analgesia, bloqueio neuro-muscular e tratamento da sepse. Espera-se obter resultados que possibilitem: a) um melhor planejamento na distribuição dos leitos existentes, na criação de novos leitos e na melhoria do sistema de referência e contra-referência; b) o planejamento de investimentos dirigidos para a formação e qualificação de médicos e enfermeiros que atuam no setor; c) a implantação de políticas de assistência (protocolos/rotinas) em áreas-chaves neste setor de atendimento de saúde, com potencial impacto nos resultados (morbimortalidade); d) contribuir para a redução nas taxas de mortalidade neonatal e infantil, pela implantação de projetos orientados de melhoria da assistência a esses doentes criticamente enfermos.

Equipe Técnica e Qualificação:

- Coordenador: Antonio José Ledo Alves da Cunha, Doutor, Prof. Titular de Pediatria da FM/UFRJ, Docente do Programa de Pós-Graduação em Clínica Médica, setor de Saúde da Criança e do Adolescente, da FM/UFRJ, Coordenador do Programa de Epidemiologia Clínica da Faculdade de Medicina da UFRJ; Pesquisador Nível 2 do CNPq.
- Arnaldo Prata Barbosa, Doutor, Prof. Adjunto de Pediatria da FM/UFRJ, Pesquisador do Programa de Pós-Graduação em Clínica Médica, setor de Saúde da Criança e do Adolescente, da FM/UFRJ, Coordenador Médico da UTI-Pediátrica do IPPMG-UFRJ;
- Cleyde Thereza Leal Casemiro Vanzillotta, Médica da UTI-Pediátrica do IPPMG-UFRJ e do Hospital Municipal Jesus;
- Elgita Aparecida Diniz, Enfermeira do IPPMG-UFRJ, Coordenadora de Enfermagem da UTI-Pediátrica do IPPMG-UFRJ;
- Jandra Correa de Lacerda, Médica da UTI-Pediátrica do IPPMG-UFRJ;
- Nina Kuperman, aluna de graduação da FM/UFRJ, participante do Programa de Iniciação Científica (PINC) da Faculdade de Medicina;
- Vanessa Costa Soares, Médica da UTI-Pediátrica do IPPMG-UFRJ e do Hospital Municipal Souza Aguiar.
- Sérgio D'Abreu Gama, Médico da UTIP do IPPMG-UFRJ e do Instituto Estadual de Cardiologia Aloísio de Castro

► **Justificativa e Aplicabilidade ao SUS**

A terapia intensiva neonatal e pediátrica é uma área da assistência terciária de saúde de grande importância no sistema hierarquizado do SUS, pois representa a via final comum para onde são encaminhados os pacientes mais complexos, que necessitam de cuidados avançados de suporte à vida. Sendo um setor que tem influência direta nas taxas de mortalidade neonatal e infantil, além de consumir relevantes somas de recursos orçamentários, faz-se mister um planejamento estratégico adequado de utilização deste sistema. Para isso, é necessário conhecer de maneira detalhada não apenas aspectos relacionados à infra-estrutura instalada (número de unidades, número de leitos disponíveis, distribuição geográfica, equidade, acesso), mas também alguns processos-chaves na assistência, os quais têm impacto direto na qualidade dos serviços oferecidos (formação de médicos e enfermeiros que atuam no setor, práticas correntes de ventilação mecânica, sedação e analgesia).

Nesse sentido, os resultados deste projeto poderão contribuir para:

- redesenhar o perfil da assistência intensiva neonatal e pediátrica (estrutura disponível, equidade e acesso) em bases atuais
- conhecer o perfil de formação de médicos e enfermeiros que atuam no setor (contribuição inédita)
- descrever processos-chaves de tratamento utilizados nestas unidades: ventilação pulmonar mecânica, sedação, analgesia, bloqueio neuro-muscular e tratamento da sepse (contribuição inédita)

E com isso, possibilitar:

- melhor planejamento na distribuição dos leitos existentes, na criação de novos leitos e na melhoria do sistema de referência e contra-referência
- investimentos dirigidos para a formação e qualificação de médicos e enfermeiros que atuam no setor
- implantação de políticas de assistência (protocolos/ rotinas) em áreas-chaves neste setor de atendimento de saúde, com potencial impacto nos resultados (morbi-mortalidade)
- redução nas taxas de mortalidade neonatal e infantil, pela implantação de projetos orientados de melhoria da assistência a esses doentes criticamente enfermos.

► **Introdução**

As Unidades de Tratamento Intensivo tornaram-se um símbolo da moderna medicina, face à grande concentração de recursos (humanos, materiais e financeiros) e de tecnologias necessárias ao seu funcionamento adequado. É para lá que são encaminhados os doentes mais graves de todos os setores de um hospital e também a partir dos sistemas hierarquizados de referência. As primeiras unidades neonatais do

mundo datam do início da década de 60 (Cornell's New York Hospital, Columbia's Babies Hospital, Downstate Medical Center e University of San Francisco, nos EUA, e Hospital for Sick Children, em Toronto, Canadá) e a primeira UTI-Pediátrica norte-americana foi criada em 1967, no Children's Hospital of Philadelphia¹. No Brasil, as primeiras unidades neonatais e pediátricas datam do início da década de 70 (HSE, 1971; USP, 1974). Desde então, desenvolveram-se enormemente, atingindo um elevado grau de sofisticação tecnológica, exigindo aporte de recursos cada vez maiores e especializados.

É inegável o impacto que as unidades de tratamento intensivo trouxeram de imediato à redução da mortalidade, no entanto, questionam-se hoje aspectos muito importantes relacionados à qualidade da assistência, tais como: infra-estrutura mínima necessária, critérios de admissão e alta, qualidade de sobrevivência, efetividade e custos. Nos países desenvolvidos, o interesse por estas questões é cada vez maior, embora recente. No Brasil, muito pouco se conhece da infra-estrutura disponível e, principalmente da qualidade da assistência prestada por essas unidades. Em 1996, o Conselho Regional de Medicina do Estado do Rio de Janeiro (CREMERJ), realizou através de seu Grupo de Trabalho Materno-Infantil um estudo abrangendo apenas as unidades neonatais públicas ou privadas com leitos contratados pelo SUS², e logo a seguir, em 1998, a UFRJ em parceria com a Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro (SES)^{3,4} realizaram um estudo pioneiro, mais abrangente, que traçou o perfil da assistência de terapia intensiva neonatal e pediátrica no estado, envolvendo todas as unidades, públicas e privadas, neonatais e pediátricas, contribuindo para o planejamento e execução de diversas ações de melhoria. De lá para cá, no entanto, não houve nenhum estudo de reavaliação deste sistema, assim como ficou clara a necessidade de se prosseguir com estudos que abrangessem não apenas a estrutura disponível, mas também o nível de formação dos profissionais que atuam no setor e alguns processos-chaves nas ações assistenciais nestas unidades, com implicação direta nas taxas de morbi-mortalidade e conseqüente qualidade da assistência.⁵

O conhecimento das reais características de operacionalidade das Unidades de Tratamento Intensivo, não apenas em seus aspectos estruturais, mas também em alguns processos-chaves de assistência, possibilitará uma análise mais aprofundada deste setor, permitindo um planejamento de saúde mais adequado, orientando investimentos e distribuição de recursos, com resultados mais efetivos e eficientes para a população.

► **Objetivos**

I. Objetivos gerais:

Redesenhar o perfil atual do setor de terapia intensiva neonatal e pediátrica no estado do Rio de Janeiro, em seus aspectos estruturais, de formação de recursos humanos e práticas correntes de assistência, visando

oferecer novos subsídios à elaboração de projetos de melhoria da qualidade.

II. Objetivos específicos:

- identificar todas as UTIs neonatais e pediátricas em funcionamento no estado do Rio de Janeiro, o número de leitos disponíveis, sua distribuição geográfica, natureza pública ou privada, tipo de atendimento e de hospital, confrontando com a demanda da população (acesso e equidade) e com a situação existente em 1998;
- descrever o perfil de formação de médicos e enfermeiros que atuam no setor;
- descrever os seguintes processos-chaves de tratamento utilizados nestas unidades: ventilação mecânica, sedação, analgesia, bloqueio neuro-muscular e tratamento da sepse.

III. Metodologia:

III.1. Tipo de estudo:

Estudo observacional, transversal, descritivo, de avaliação de serviço.

III.2. População e amostra

Unidades de Tratamento Intensivo (UTIs) neonatais e pediátricas do Estado do Rio de Janeiro, RJ, Brasil. Serão incluídas todas as unidades, todos os profissionais e pacientes, segundo especificado a seguir, não havendo portanto amostra.

III.3. Critérios de inclusão

- UTIs neonatais e pediátricas em funcionamento no estado do Rio de Janeiro durante os meses de julho a dezembro de 2005, identificadas através de consulta aos registros do Serviço de Vigilância Sanitária da Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro, do Conselho Regional de Medicina do Rio de Janeiro (CREMERJ), do Conselho Regional de Enfermagem (COREN), da Sociedade Brasileira de Enfermeiros Pediatras (SOBEP), da Associação de Hospitais da Cidade e do Estado do Rio de Janeiro, da Sociedade de Pediatria do Estado do Rio de Janeiro (SOPERJ) e da Sociedade de Terapia Intensiva do Estado do Rio de Janeiro (SOTIERJ);
- Médicos e enfermeiros que atuam nestas unidades;
- Pacientes em ventilação pulmonar mecânica com pressão positiva no momento da visita a cada unidade;
- Pacientes em uso ou que utilizaram nos últimos sete dias drogas para sedação e/ou analgesia e/ou bloqueio neuromuscular;

- Assinatura do Termo de Consentimento em participar por parte dos responsáveis pelas unidades visitadas, médicos e enfermeiros entrevistados.

III.4. Critérios de exclusão

- Recusa da unidade em participar da pesquisa, nesse caso critérios para as unidades.
- Recusa de médicos, enfermeiros ou pais em participar, nesse caso critério de exclusão para a participação de cada um desses grupos.

III.5. Variáveis estudadas

- distribuição das unidades por Meso e Microrregiões Geográficas do Estado do Rio de Janeiro e por Regionais de Saúde, de acordo com a definição da Fundação Nacional de Saúde (FUNASA) e da Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), assim como por Áreas de Planejamento de Saúde e Regiões Administrativas, no caso do município do Rio de Janeiro, de acordo com a definição da Secretaria Municipal de Urbanismo da Prefeitura da cidade do Rio de Janeiro;
- natureza pública ou privada da UTI; atendimento neonatal, pediátrico ou misto e tipo de hospital onde estão instaladas;
- acesso e adequação às necessidades da população, de acordo com a necessidade projetada de leitos, a natureza pública ou privada e a distribuição populacional por região geográfica (dados do último censo disponível do IBGE);
- para médicos e enfermeiros: número de profissionais atuantes; tipo de formação especializadas; tempo de atuação no setor; existência de programas de educação continuada;
- características de uso da ventilação pulmonar mecânica nestas unidades: frequência de uso, indicações, tempo médio de utilização, modos de acesso à via aérea, tipos de respiradores, modos e estratégias ventilatórias; uso de escores de gravidade e protocolos de retirada; complicações e uso de ventilação não-invasiva;
- características do uso de sedação, analgesia e bloqueio neuromuscular: frequência de uso, indicações, tempo médio de utilização, modos de administração, drogas mais utilizadas, utilização de escalas de sedação e analgesia, utilização de estimuladores de nervos periféricos para controle do nível de bloqueio neuromuscular, utilização de protocolos de retirada destas drogas.
- características do diagnóstico e tratamento da sepse: prevalência da sepse, gravidade, disfunções orgânicas, tratamento utilizado e desfecho.

III.6. Coleta de dados

- As unidades a serem visitadas receberão uma numeração aleatória e a ordem de visita será por sorteio. Os dados serão coletados através do preenchimento de questionários semi-estruturados (Anexos) durante visita às unidades estudadas;
- O questionário de avaliação será dividido em cinco partes: A Parte 1 será referente aos dados estruturais da UTI estudada, a Parte 2 envolverá aspectos da formação de médicos, a Parte 3 aspectos da formação de enfermeiros, a Parte 4 avaliará as práticas correntes de ventilação pulmonar mecânica, a Parte 5 avaliará as práticas correntes de analgesia, sedação e bloqueio neuromuscular e a Parte 6 avaliará as práticas correntes no diagnóstico da sepse;
- Na avaliação da formação de médicos e enfermeiros, o questionário constará de perguntas específicas para cada médico ou enfermeiro que serão deixadas na unidade e resgatadas quinze dias após;
- Algumas perguntas da Parte 1 serão feitas para os médicos e enfermeiros chefes ou da rotina das unidades estudadas.
- A metodologia será testada em um grupo piloto de 5 UTIs ou 20 pacientes, procedendo-se então a uma reanálise do sistema e praticando-se os eventuais ajustes necessários ao prosseguimento do estudo.

III.7. Processamento e análise de dados

Os dados serão armazenados em banco de dados computacional e serão criadas tabelas de distribuição de frequências e quadros descritivos. Quando pertinente para comparação entre as unidades (neonatais e pediátricas, públicas e privadas) serão utilizados testes não paramétricos para as variáveis nominais (qui-quadrado), enquanto para variáveis contínuas será utilizado o teste t de Student para dados paramétricos ou o teste de Wilcoxon, se os dados forem não paramétricos. Nesses casos o nível de significância (alfa) será estabelecido em 5%.

III.8. Indicadores de avaliação do andamento da pesquisa

Serão utilizados os seguintes indicadores:

- número de unidades visitas em função do cronograma estabelecido;
- índice de recusa das unidades em participar;
- índice de recusa de médicos e enfermeiros em participar;
- índice de recusa de pais em participar.

III.9. Aspectos éticos

- No que se refere à coleta de dados das UTIS estudadas, todas receberão uma numeração aleatória, de modo que não seja possível sua identificação fora do grupo de pesquisa;

- No que se refere à coleta de dados de médicos e enfermeiros, será solicitado seu consentimento por escrito (TCLE específico, anexo);
- No que se refere à coleta de dados dos pacientes, a assinatura de um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) foi dispensada pelo CEP-IPPMG.
- Este estudo encontra-se em conformidade com o que estabelece a Resolução 196 do Conselho Nacional de Saúde, de 10/10/1996, que regula os aspectos éticos da pesquisa envolvendo seres humanos no Brasil e foi submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Puericultura e Pediatria Martagão Gesteira da UFRJ e **CONSIDERADO APROVADO EM 19 DE JULHO DE 2005** (documento de aprovação do CEP anexo).
- Este estudo encontra-se devidamente registrado na CONEP, tendo recebido o número de **Certificado de Apresentação e Aprovação Ética: CAAE – 4.0.231.000-05**

▶ Resultados Esperados

O conhecimento das variáveis estudadas permitirá:

- um melhor planejamento na distribuição dos leitos existentes, na criação de novos leitos e na melhoria do sistema de referência e contra-referência
- realizar investimentos dirigidos para a formação e qualificação de médicos e enfermeiros que atuam no setor
- viabilizar a implantação de políticas de assistência (protocolos ou rotinas) em áreas-chaves neste setor de atendimento de saúde
- contribuir para a redução nas taxas de mortalidade neonatal e infantil, pela implantação de projetos orientados de melhoria da assistência

▶ Cronograma

[illegible]

► Referências Bibliográficas

1. DeNicola LK, Todres ID. History of Pediatric Intensive Care in the United States. In: Fuhrman BP and Zimmerman JJ (eds). Pediatric Critical Care. St. Louis: Moby Year Book; 1992.
2. CREMERJ, Conselho Regional de Medicina do Estado do Rio de Janeiro, Grupo de Trabalho Materno-Infantil. Projeto de Assistência Materno-Infantil no Estado do Rio de Janeiro; 1997.
3. Barbosa AP. Terapia Intensiva Neonatal e Pediátrica no Estado do Rio de Janeiro: situação atual e propostas de melhoria. Tese de Doutorado. UFRJ; 1998.
4. Barbosa AP, da Cunha AJLA, de Carvalho ERM, et al. Terapia Intensiva Neonatal e Pediátrica no Rio de Janeiro: distribuição de leitos e análise de equidade. Revista da Associação Médica Brasileira 2002; 48(4):303-11.
5. Barbosa AP. Terapia Intensiva Neonatal e Pediátrica no Brasil: o ideal, o real e o possível. J Pediatr (Rio J) 2004; 80:437-8.

Apêndice 2



**UNIVERSIDADE FEDERAL
DO RIO DE JANEIRO**

UFRJ

Centro de Ciências da Saúde
Faculdade de Medicina – Programa de Pós-Graduação em Clínica Médica

Setor de Saúde da Criança e do Adolescente

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (PROFISSIONAIS)

Título do estudo: Terapia Intensiva Neonatal e Pediátrica no Estado do Rio de Janeiro: análise de equidade, acesso, estrutura e processos de assistência.

Pesquisadores responsáveis: **Dr. Antonio José Ledo Alves da Cunha**

Dr. Arnaldo Prata Barbosa

Data de aprovação: 19/07/2005

Este documento deve ser apresentado aos profissionais participantes na íntegra; não devem ser omitidas páginas ou seções. O conteúdo do documento deve ser explicado verbalmente.

Finalidade do estudo, Riscos e Benefícios

Você está sendo convidado(a) a participar de uma pesquisa que visa conhecer a estrutura das Unidades de Terapia Intensiva Neonatal e Pediátrica do estado do Rio de Janeiro e o perfil profissional dos médicos e enfermeiros que atuam nestas unidades. Não há qualquer risco relacionado à coleta destas informações e o benefício obtido será muito grande, uma vez que a análise dos dados permitirá planejar melhor a distribuição de recursos materiais e humanos para estas unidades, além de indicar as principais demandas relativas à formação de pessoal nestes setores.

Aprovação por um Comitê de Ética

Este estudo foi avaliado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Puericultura e Pediatria Martagão Gesteira (IPPMG) da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ) e foi considerado aprovado para a sua realização.

Tenho que tomar parte neste estudo?

Este é um estudo muito importante e nós ficaríamos muito satisfeitos caso você concordasse em participar. No entanto, você tem todo o direito de se recusar e isto não terá nenhuma consequência para você ou sua UTI.

Quem terá acesso às informações?

As unidades receberão uma numeração aleatória, de modo que não possam ser identificadas e as informações obtidas serão confidenciais e estarão disponíveis apenas aos coordenadores do estudo, a quem caberá o armazenamento seguro dos dados.

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO

O estudo me foi claramente explicado e eu li e entendi as informações fornecidas. Concordo em ser inscrito(a) no estudo. Reconheço que recebi uma cópia deste formulário para referência futura.

Eu, _____ ,

(Nome completo do profissional, em letra de forma)

por meio deste termo, dou meu consentimento por livre e espontânea vontade para tomar parte neste estudo.

Nome do Participante:

(Nome completo, em letra de forma)

Assinatura:

Telefones de contato:

Data: _____ **(DD-MM-AAAA)** **Hora:** _____

Testemunha (Nome, em letra de forma): _____

Assinatura da Testemunha: _____

Data: _____ **(DD-MM-AAAA)** **Hora:** _____

Nome e função de quem obteve o consentimento:

Assinatura:

Data: _____ **Hora:** _____

Apêndice 3

FORMAÇÃO E PRÁTICA DO ENFERMEIRO INTENSIVISTA

-QUESTIONÁRIO-

Este questionário é parte integrante de uma pesquisa sobre o perfil do enfermeiro que trabalha nas unidades de terapia intensiva neonatais e pediátricas do Estado do Rio de Janeiro. Esta pesquisa é de responsabilidade da Universidade Federal do Rio de Janeiro e conta com o apoio da FAPERJ. Com o seu preenchimento, você estará contribuindo para um estudo que poderá trazer sugestões para melhorias na formação e prática do enfermeiro, bem como melhoria nas condições de trabalho.

IMPORTANTE: Após o preenchimento, coloque-o de volta no envelope, não esquecendo de colar a aba (ou grampear), de modo a preservar o sigilo de suas respostas.

A SER PREENCHIDO PELA EQUIPE DE PESQUISA

Nome do Hospital ou Unidade:

1. Número da Unidade:

2. Enfermeiro número:

POR FAVOR, RESPONDA ÀS PERGUNTAS ABAIXO

3. Nome (apenas as iniciais):

4. Já respondeu a este questionário antes?

0- não

1- sim. Citar o hospital ou unidade do preenchimento:

CASO JÁ TENHA RESPONDIDO A ESTE QUESTIONÁRIO EM OUTRO HOSPITAL OU UNIDADE, PASSE DIRETAMENTE PARA A PARTE B.

-PARTE A-

5. Idade:

6. Sexo:

0- masculino

1- feminino

7. Ano da graduação em enfermagem:

8. Faculdade em que concluiu a graduação em enfermagem:

0- pública

1- privada

9. Fez residência em enfermagem?

0- não

1- sim. Em que área?

10. Fez curso de especialização em enfermagem (360 horas)?

0- não

1- sim. Em que área?

11. Se não teve formação específica em terapia intensiva neonatal e pediátrica, recebeu algum tipo de treinamento na unidade de trabalho para atuação nesta área?

0- não

1- sim

12. Tem mestrado?

0- não

1- sim

13. Tem doutorado?

0- não

1- sim

14. Fez o curso Suporte Avançado de Vida (PALS)?

0- não

1- sim

15. Fez o curso de Reanimação Neonatal da Sociedade Brasileira de Pediatria?

0- não

1- sim

16. Possui habilitação para inserção de PICC? 0- não 1- sim
17. Quantos congressos/ jornadas/simpósios internacionais (fora do Brasil) em terapia intensiva neonatal você frequentou nos últimos 5 anos?
18. Quantos congressos/ jornadas/simpósios internacionais (fora do Brasil) em terapia intensiva pediátrica você frequentou nos últimos 5 anos?
19. Quantos congressos/ jornadas/simpósios nacionais ou internacionais ocorridos no Brasil (fora de sua cidade ou estado) em terapia intensiva neonatal você frequentou nos últimos 5 anos?
20. Quantos congressos/ jornadas/simpósios nacionais ou internacionais ocorridos no Brasil (fora de sua cidade ou estado) em terapia intensiva pediátrica você frequentou nos últimos 5 anos?
21. Quantos congressos/ jornadas/simpósios em sua cidade ou estado em sua cidade ou estado em terapia intensiva neonatal você frequentou nos últimos 5 anos?
22. Quantos congressos/ jornadas/simpósios em sua cidade ou estado em sua cidade ou estado em terapia intensiva pediátrica você frequentou nos últimos 5 anos?
23. Tem acesso à internet no domicílio? 0- não 1- sim
24. Quantas horas semanais de acesso à internet você dedica à terapia intensiva neonatal ou pediátrica? 0- menos que 3 horas 1- entre 3 e 6 horas 2- mais que 6 horas
25. Participa ou já participou de projeto de pesquisa em terapia intensiva neonatal ou pediátrica? 0- não 1- sim
26. Já apresentou tema livre ou pôster na área de terapia intensiva neonatal ou pediátrica? 0- não 1- sim
27. É filiado a sociedades de enfermagem? 0- não 1- sim
28. Há quantos anos trabalha em terapia intensiva (neonatal, pediátrica ou mista)?
29. Quantas horas por semana você trabalha em terapia intensiva (neonatal , pediátrica ou mista)? 0- menos de 30h 1- 30h 2- 40h 3- mais de 40h
30. O seu trabalho em unidades de terapia intensiva neonatal e/ou pediátrica acontece em: 0- unidade neonatal 1- unidade pediátrica 2- Unidade mista
31. Quantos empregos (com ou sem vínculo) em terapia intensiva neonatal e/ou pediátrica você tem?
32. Qual é a faixa salarial total (apenas com o trabalho em terapia intensiva) considerando todos os locais onde você trabalha em terapia intensiva neonatal e /ou pediátrica? 0- até R\$ 999,00 1- R\$ 1000,00 a R\$ 1999,00 2- R\$ 2000,00 a R\$ 2999,00 3- R\$ 3000,00 a R\$ 4999,00 4- Igual ou maior que R\$ 5000,00
33. Está satisfeito com a sua atuação em terapia intensiva? 0- sim 1- não, por questões relativas à formação. 2- não, por questões relativas às condições de trabalho (recursos materiais insuficientes) 3- não, por questões relativas às condições de trabalho (recursos humanos insuficientes) 4- não, por questões relativas às condições de trabalho (salários baixos) 5- não, por questões relativas às condições de trabalho (jornada de trabalho excessiva) 6- não, por mais de um dos fatores acima. (Assinalar os fatores)

QUESTIONÁRIO-PARTE B-

34. Qual é a sua função neste hospital/unidade? 1- Apenas enfermeiro chefe da UTI 2- Apenas enfermeiro da rotina da UTI 3- Apenas enfermeiro plantonista da UTI 4- Enfermeiro chefe e rotina 5- Enfermeiro plantonista e rotina 6- Enfermeiro supervisor de outro setor
35. Qual é o seu horário de trabalho nesta UTI? 0- menos de 30 horas semanais 1- 30 horas semanais 2- 40 horas semanais 3- mais de 40 horas semanais
36. Escala de serviço: 0- 12x36 horas 1- 12x60 horas 2- 24x72 horas 3- diarista 4- outro. Qual?
37. Que função exerce nesta UTI? 0- somente trabalho assistencial 1- somente trabalho administrativo 2- trabalho administrativo maior que o assistencial 3- trabalho assistencial maior que o administrativo 4- somente treinamento da equipe 5- assistencial e treinamento da equipe 6- administrativo e treinamento da equipe
38. Existe algum tipo de treinamento em serviço para enfermeiros (educação continuada) na UTI? 0- não 1- sim, frequentemente 2- sim, esporadicamente
39. Realiza registros de enfermagem no prontuário das crianças internadas? 0- não 1- sim, frequentemente 2- sim, esporadicamente
40. Participa das discussões de casos clínicos juntamente com a equipe médica? 0- não 1- sim, frequentemente 2- sim, esporadicamente

Anexos

Anexo 1 – Aprovação do CEP do Instituto de Puericultura e Pediatria Martagão gesteira. UFRJ.

Doc. 10720



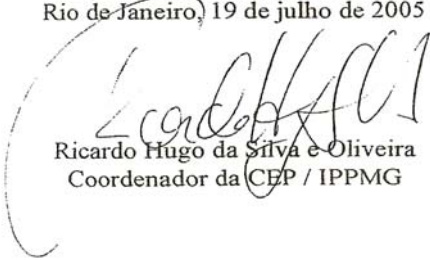
**UNIVERSIDADE FEDERAL
DO RIO DE JANEIRO**
UFRJ

INSTITUTO DE PUERICULTURA E PEDIATRIA MARTAGÃO GESTEIRA

MEMORANDO DE APROVAÇÃO

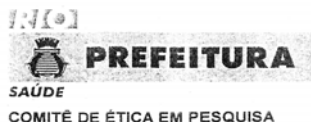
O projeto “Terapia intensiva neonatal e pediátrica no Estado do Rio de Janeiro: análise de equidade, acesso, estrutura e processos de assistência”, de responsabilidade do Dr. Antonio José Ledo Alves da Cunha, foi analisado pelo CEP/IPPMG e aprovado em 19 de julho de 2005.

Rio de Janeiro, 19 de julho de 2005



Ricardo Hugo da Silva e Oliveira
Coordenador da CEP / IPPMG

Anexo 2 – Parecer de Aprovação pelo CEP da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro



Parecer nº 48A/2006

Rio de Janeiro, 22 de maio de 2006.

Sr(a) Pesquisador(a),

Informamos a V.Sa. que o Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde - CEP SMS-RJ -, constituído nos Termos da Resolução CNS nº 196/96 e, devidamente registrado na Comissão Nacional de Ética em Pesquisa, recebeu, analisou e emitiu parecer sobre a documentação referente ao Protocolo de Pesquisa, conforme abaixo discriminado:

PROTOCOLO DE PESQUISA Nº 46/06

TÍTULO: Terapia intensiva neonatal e pediátrica no Estado do Rio de Janeiro: análise de equidade, acesso, estrutura e processos de assistência.

PESQUISADOR RESPONSÁVEL: Antonio José Ledo Alves da Cunha.

UNIDADE ONDE SE REALIZARÁ A PESQUISA: Secretaria Municipal de Saúde.

DATA DA APRECIÇÃO: 22/05/2006

PARECER: APROVADO


Salésia Felipe de Oliveira
Vice-Coordenadora
Comitê de Ética em Pesquisa

Anexo 3– Parecer de Aprovação pelo CEP do Hospital Central do Exército



MINISTÉRIO DA DEFESA
EXÉRCITO BRASILEIRO
CML 1ª RM
HOSPITAL CENTRAL DO EXERCITO
(Hospital Real Militar e Ultramar)
(1769)

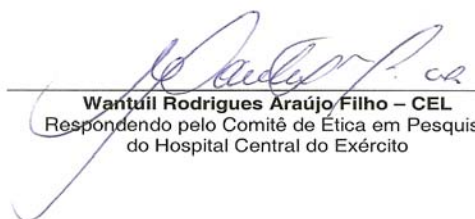
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DO HOSPITAL CENTRAL DO EXÉRCITO

PARECER DE APROVAÇÃO

Parecer nº 0001/2006

Após análise do projeto “TERAPIA INTENSIVA NEONATAL E PEDIÁTRICA NO ESTADO DO RIO DE JANEIRO: ANÁLISE DE EQUIDADE, ACESSO, ESTRUTURA DISPONÍVEL E PRINCIPAIS PROCESSOS DE ASSISTÊNCIA”, de responsabilidade do Prof. Dr. ANTÔNIO JOSÉ LEDO ALVES DA CUNHA, este comitê, com base na legislação vigente do Conselho Nacional de Saúde – CNS (Resolução 196/96) e da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) reconhece sua validade, autorizando o desenvolvimento do mesmo.

Rio de Janeiro, 02 de março de 2006.



Wantuil Rodrigues Araújo Filho – CEL
Respondendo pelo Comitê de Ética em Pesquisa
do Hospital Central do Exército

Anexo 4 – Aprovação pelos CEPs do IPPMG-UFRJ, Instituto Fernandes Figueira e Universidade Federal Fluminense (Registro no CONEP)

IPPMG

Andamento do projeto - CAAE - 0005.0.231.000-05

Título do Projeto de Pesquisa
Terapia Intensiva Neonatal e Pediátrica no Estado do Rio de Janeiro: análise de equidade, acesso, estrutura e processos de assistência.

Situação	Data Inicial no CEP	Data Final no CEP	Data Inicial na CONEP	Data Final na CONEP
Aprovado no CEP	19/07/2005 00:00:00	18/07/2007 15:14:27	19/07/2005 00:00:00	

Descrição	Data	Documento	Nº do Doc	Origem
1 - Envio da Folha de Rosto pela Internet	23/06/2005 10:04:38	Folha de Rosto	FR-65108	Pesquisador
2 - Recebimento de Protocolo pelo CEP (Check-List)	19/07/2005 15:25:02	Folha de Rosto	0005.0.231.000-05	CEP
3 - Protocolo Aprovado no CEP	18/07/2007 15:14:26	Folha de Rosto	24/05	CEP

[Voltar](#)

IFF

Andamento do projeto - CAAE - 0096.0.258.231-07

Título do Projeto de Pesquisa
Terapia Intensiva Neonatal e Pediátrica no Estado do Rio de Janeiro: análise de equidade, acesso, estrutura e processos de assistência.

Situação	Data Inicial no CEP	Data Final no CEP	Data Inicial na CONEP	Data Final na CONEP
Aprovado no CEP	29/08/2007 15:53:32	03/10/2007 14:58:22		

Descrição	Data	Documento	Nº do Doc	Origem
1 - Envio da Folha de Rosto pela Internet	31/07/2007 00:08:00	Folha de Rosto	FR149260	Pesquisador
3 - Protocolo Aprovado no CEP	03/10/2007 14:58:22	Folha de Rosto	119/07	CEP
2 - Recebimento de Protocolo pelo CEP (Check-List)	29/08/2007 15:53:32	Folha de Rosto	0096.0.258.231-07	CEP

[Voltar](#)

UFF

Andamento do projeto - CAAE - 0021.0.008.231-07

Título do Projeto de Pesquisa
Terapia Intensiva neonatal e pediátrica no Estado do Rio de Janeiro: análise de equidade, acesso, estrutura e processos de assistência

Situação	Data Inicial no CEP	Data Final no CEP	Data Inicial na CONEP	Data Final na CONEP
Aprovado no CEP	30/05/2007 15:02:43	03/09/2007 16:41:40		

Descrição	Data	Documento	Nº do Doc	Origem
1 - Envio da Folha de Rosto pela Internet	30/05/2007 14:57:15	Folha de Rosto	FR140013	Pesquisador
2 - Recebimento de Protocolo pelo CEP (Check-List)	30/05/2007 15:02:43	Folha de Rosto	0021.0.008.231-07	CEP
3 - Protocolo Pendente no CEP	23/08/2007 14:35:50	Folha de Rosto	0024/07	CEP
4 - Protocolo Aprovado no CEP	03/09/2007 16:41:40	Folha de Rosto	0021/07	CEP

[Voltar](#)

Livros Grátis

(<http://www.livrosgratis.com.br>)

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)

[Baixar livros de Literatura](#)
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)
[Baixar livros de Matemática](#)
[Baixar livros de Medicina](#)
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)
[Baixar livros de Meteorologia](#)
[Baixar Monografias e TCC](#)
[Baixar livros Multidisciplinar](#)
[Baixar livros de Música](#)
[Baixar livros de Psicologia](#)
[Baixar livros de Química](#)
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)
[Baixar livros de Serviço Social](#)
[Baixar livros de Sociologia](#)
[Baixar livros de Teologia](#)
[Baixar livros de Trabalho](#)
[Baixar livros de Turismo](#)