

LILIANA MARIA FERNANDES LEAL

**O TRABALHO DE ENFERMAGEM NO ATENDIMENTO AO
CLIENTE COM FERIDA: UMA ABORDAGEM ERGONÔMICA**

**CAMPINAS
2008**

LILIANA MARIA FERNANDES LEAL

**O TRABALHO DE ENFERMAGEM NO ATENDIMENTO AO
CLIENTE COM FERIDA: UMA ABORDAGEM ERGONÔMICA**

*Dissertação de Mestrado apresentada ao
programa de Pós-Graduação em enfermagem da
Faculdade de Ciências Médicas da Universidade
Estadual de Campinas para a obtenção do título
de Mestre em Enfermagem, Área de
Concentração: Enfermagem e Trabalho*

ORIENTADOR: PROFA. DRA. MARIA CECÍLIA CARDOSO BENATTI

**CAMPINAS
2008**

**FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA
BIBLIOTECA DA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DA
UNICAMP**

Bibliotecário: Sandra Lúcia Pereira – CRB-8ª / 6044

L473t Leal, Liliana Maria Fernandes
O trabalho de enfermagem no atendimento ao cliente com ferida :
uma abordagem ergonômica / Liliana Maria Fernandes Leal.
Campinas, SP : [s.n.], 2008.

Orientador: Maria Cecília Cardoso Benatti
Dissertação (Mestrado) Universidade Estadual de Campinas.
Faculdade de Ciências Médicas.

1. Saúde do trabalhador. 2. Enfermagem. 3. Ergonomia. 4.
Úlcera venosa. I. Benatti, Maria Cecília Cardoso. II.
Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas.
III. Título.

Título em inglês : The nursing work in customer service with wound: an ergonomic approach

Keywords: • Worker's health
• Nursing
• Ergonomics
• Varicose ulcer

Titulação: Mestre em Enfermagem

Área de concentração: Enfermagem e Trabalho

Banca examinadora:

Profa. Dra. Maria Cecília Cardoso Benatti

Profa. Dra. Neusa Maria Costa Alexandre

Profa. Dra. Sandra Francisca Bezerra Gemma

Data da defesa: 29-07-2008

BANCA EXAMINADORA DA DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

Orientador(a) Profa. Dra. Maria Cecília Cardoso Benatti

Membros:

1.

- Profa. Dra. Maria Cecília Cardoso Benatti – Professor Associado do Departamento de Enfermagem – FCM – UNICAMP

M.C.C.B. Benatti

2.

- Profa. Dra. Sandra Francisca Bezerra Gemma – Professor Doutor Universidade Paulista - UNIP

Sandra F. B. Gemma

3.

- Profa. Dra. Neusa Maria Costa Alexandre – Professor Associado, do Departamento de Enfermagem – FCM – UNICAMP

Neusa M. C. Alexandre

Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Faculdade de Ciências Médicas

Universidade Estadual de Campinas

Data: 29/07/2008

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus pela oportunidade da vida.

Aos meus pais, imigrantes portugueses, que com amor e tantas dificuldades me incentivaram ao estudo, ao trabalho, a vida, sem medo e a não desistir.

Ao meu grande amigo, companheiro e amado Cláudio Miranda Leal.

Ao Prof Dr Mauro Antônio Pires Dias da Silva que no último dia de aula da graduação me fez refletir no “ser enfermagem”.

À Profa Dra Maria Cecília Cardoso Benatti por me orientar nesse caminho.

À amiga Françoisa de Fátima da Silva por lembrar-me da beleza da vida.

À Raquel Bianchi de Oliveira pela enorme ajuda nos dias de amargura.

À Adriana Aparecida de Lima por cuidar da casa e de minha família.

Ao amigo de trabalho e dificuldades Otávio Rodrigo Rompato pela força.

À secretária da pós-graduação Janice Kairalla Silva Delgado pelo carinho com

que trata os alunos

**COM RECONHECIMENTO E ELOGIO, MANIFESTA-SE A CAPACIDADE DE FILHO
DE DEUS**

Aparentemente, todos têm qualidades e defeitos, mas o Eu verdadeiro possui somente qualidades. Defeitos são “pontos escuros” onde as qualidades estão ocultas. Reconheçamos as qualidades dos outros e expressemos admiração por meio de palavras e atitudes. Assim, o brilho dessas qualidades eliminará os defeitos, e surgirão as qualidades ocultas

Do livro Mugen no Kanōsei ga Aru (8) Seicho Taniguchi

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS	xix
LISTA DE TABELAS	xxi
LISTA DE FIGURAS	xxiii
LISTA DE QUADROS.....	xxxi
RESUMO	xxxv
ABSTRACT.....	xxxviii
1. INTRODUÇÃO E JUSTIFICATIVA	39
1.1 O cuidado dos enfermos: do passado recente ao contexto atual ...	39
<i>1.1.1 Mudança de rumo: retorno à saúde coletiva e a assistência domiciliária</i>	<i>41</i>
1.2 O conceito atualizado de tratamento avançado de feridas.....	43
1.3 O trabalho da enfermagem no atendimento ao cliente com feridas	45
1.4 Sala de curativos.... ..	48
1.5 Ergonomia	49
1.6 O trabalho da enfermagem e a abordagem ergonômica	51
<i>1.6.1 Compreender o trabalho: Análise Ergonômica do Trabalho</i>	<i>52</i>
1.7 Justificativa.....	55
2. OBJETIVOS.....	59
2.1 Objetivo geral	59
2.2. Objetivos específicos.....	59
3. METOLOGIA.....	61
3.1 Tipo de estudo	61
3.2 Local do estudo.....	61
3.3 Negociações iniciais	63
3.4 Sujeitos do estudo	63
3.5 Coleta de dados.....	64
<i>3.5.1 Primeira fase – Entrevista com as gerentes e as trabalhadoras</i>	<i>64</i>
<i>3.5.2 Segunda fase – Observação da pesquisadora da atividade de trabalho efetivamente realizada.....</i>	<i>65</i>
3.6 Instrumentos de coleta de dados	66
<i>3.6.1 Validade de conteúdo dos instrumentos</i>	<i>66</i>

3.6.2 Instrumento: Entrevista com a gerente da enfermagem da Unidade Básica de saúde	67
3.6.3 Instrumento: Entrevista com o trabalhador de enfermagem da Sala de Curativos	67
3.6.4 Roteiro para a observação pelo pesquisador da atividade de trabalho efetivamente realizada	68
3.7 Aspectos éticos	69
4. RESULTADOS	71
4.1 Entrevista com a gerente de enfermagem da Unidade Básica de Saúde	71
4.1.1 Estrutura física da Sala de Curativos	71
4.1.2 O tanque “lava pé”	71
4.1.3 Adequação do mobiliário	74
4.1.4 Percepção da iluminação, ruído e temperatura da sala	77
4.1.5 Recursos Humanos	80
4.1.5.1 Rotatividade no trabalho e equipe	80
4.1.5.2 Horário de Trabalho e tipos de pausas	81
4.1.5.3 Tarefas prescritas e atividades extras executadas	81
4.1.6 Planejamento da assistência de enfermagem	82
4.1.6.1 Capacitação para o trabalho	82
4.1.6.2 A Sistematização da Assistência de Enfermagem: avaliação e evolução ..	82
4.1.6.3 Tipo de ferida prevalente no cliente usuário da Sala de Curativo	82
4.1.6.4 Grau de complexidade das feridas encontradas	83
4.1.6.5 Levantamento estatístico dos curativos diários	83
4.1.6.6 Utilização de cobertura com tecnologia	84
4.1.6.7 Trabalho de prevenção e reabilitação do cliente com feridas	84
4.1.7 Colocações adicionais com as gerentes de enfermagem	84
4.2 Entrevista com o trabalhador de enfermagem da Sala de Curativo	85
4.2.1 Dados gerais	86
4.2.1.1 Idade das trabalhadoras da Sala de Curativos	86
4.2.1.2 Hábitos de vida	86
4.2.1.3 Agravo à saúde	87
4.2.1.4 Escolaridade	87
4.2.1.5 Uso da Internet	88
4.2.1.6 Dados ocupacionais	88
4.2.1.7 Atividade de trabalho	90

4.2.2 Capacitação para a tarefa de cuidar do cliente com ferida.....	91
4.2.2.1 A adequação dos materiais.....	92
4.2.2.2 Equipamento de Proteção Individual.....	93
4.2.2.3 Ambiente de trabalho	93
4.3 Análise Ergonômica do trabalho: observação da pesquisadora	95
4.3.1 Atividade efetivamente realizada no atendimento de enfermagem ao cliente com feridas.....	95
4.3.1.1 Observação da atividade efetivamente realizada pela trabalhadora A1	96
4.3.1.2 Observação da atividade efetivamente realizada pela trabalhadora B1	101
4.3.1.3 Observação da atividade efetivamente realizada pela trabalhadora C	107
4.3.1.4 Observação da atividade efetivamente realizada pela trabalhadora D.....	112
4.3.1.5 Observação da atividade efetivamente realizada pela trabalhadora E.....	117
4.3.1.6 Observação da atividade efetivamente realizada pela trabalhadora F.....	122
5. DISCUSSÃO.....	129
5.1 Entrevista com a gerente da Unidade Básica de Saúde.....	129
5.1.1 Estrutura física.....	129
5.1.2 Recursos Humanos.....	132
5.1.2.1 Planejamento da assistência de enfermagem.....	132
5.1.2.2 Utilização de cobertura com tecnologia.....	135
5.1.2.3 Trabalho de prevenção e reabilitação do cliente com feridas.....	135
5.1.2.4 Colocações adicionais.....	136
5.2 Entrevista com o trabalhador de enfermagem da Sala de Curativos.....	136
5.2.1 Dados Gerais	136
5.2.2 Dados ocupacionais.....	138
5.2.3 Atividade de trabalho.....	139
5.2.3.1 Esforço físico, mental, concentração e principais dificuldades.....	139
5.2.3.2 Capacitação para a tarefa de cuidar do cliente com ferida.....	140
5.2.3.3 Materiais utilizados.....	140
5.2.3.4 Equipamento de Proteção Individual.....	141
5.3.4 Ambiente de trabalho	141
5.3.4.1 Riscos de realização do atendimento ao cliente com ferida.....	141
5.3.4.2 Conforto do ambiente, adequação do espaço físico e do mobiliário.....	142
5.3.4.3 Percepção da trabalhadora quanto a iluminação, ruído e temperatura.....	142
5.4 Análise ergonômica do trabalho: observação da pesquisadora	143
6. CONCLUSÃO.....	147
6.1. Considerações finais.....	149

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	151
8. ANEXOS.....	157
9. APÊNDICES.....	159

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABEn	Associação Brasileira de Enfermagem
AET	Análise Ergonômica do Trabalho
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
COFEN	Conselho Federal de Enfermagem
D.P.	Desvio Padrão
DRS	Departamento Regional de Saúde
EPI	Equipamento de Proteção Individual
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IMC	Índice de Massa Corpórea
SAE	Sistematização da Assistência de Enfermagem
SC	Sala de Curativo
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidade Básica de Saúde
UV	Úlcera Venosa

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - O Índice de Massa Corpórea e hábitos de vida das trabalhadoras da Sala de Curativo.....	86
Tabela 2 - Categoria do trabalhador, o tempo de trabalho na enfermagem e na Sala de Curativo.....	89

Figura 1 – A função integradora da atividade de trabalho	54
Figura 2 – Tarefa e atividade de trabalho.....	54
Figura 3 - Sugestões dos juizes na avaliação do instrumento para caracterizar o serviço de enfermagem na sala de curativo.....	67
Figura 4 - Sugestões apresentadas pelos juizes na avaliação do instrumento para a análise ergonômica, das condições do local e da atividade realizada.....	68
Figura 5 – Cliente com o membro no tanque “lava pé” utilizado na Sala de Curativo “B”	72
Figura 6 – Trabalhadora na atividade utilizando o tanque “lava pé” na Sala de Curativo.....	73
Figura 7 – Desativação do tanque “lava pé” na Sala de Curativo “E”.....	73
Figura 8 - “Balde” revestido com saco branco duplo para coletar líquido drenado na limpeza da ferida na Sala de Curativo “E”.....	73
Figura 9 - Bacia de inox revestida com saco infectante na Sala de Curativo “C”	74
Figura 10 - Seladora de papel grau cirúrgico para esterilização na Sala de Curativo “B”	74
Figura 11 - Armário para guarda de material na Sala de Curativo “B”	75
Figura 12 – Recipiente armazenando gazes e instrumental esterilizado na Sala de Curativo “B”.....	75
Figura 13 - Divisória na Sala de Curativo “B”.....	75
Figura 14 - Cadeira de dentista utilizada para o conforto do cliente na Sala de Curativo “D”.....	76
Figura 15 – A maca e a escada apresentando ferrugem na Sala de Curativo “F”.....	77
Figura 16 - Armário desativado na Sala de Curativo “F”.....	77
Figura 17 - Biombo utilizado na Sala de Curativo “D”.....	79
Figura 18 - Dispositivo de descarte da Sala de Curativo “F”.....	79

Figura 19 - Dispositivo de descarte da Sala de Curativo “C”.....	80
Figura 20 - Formação profissional e número de trabalhadores das Sala de Curativo.....	80
Figura 21 - Tipos de ferida prevalentes na Sala de Curativo pesquisadas.....	83
Figura 22 - Levantamento estatístico dos curativos diário, 2008.....	83
Figura 23 - Faixa etária das trabalhadoras da Sala de Curativo, 2008.....	86
Figura 24 - Grau de escolaridade das trabalhadoras da Sala de Curativo, 2008.....	87
Figura 25 - Freqüência de utilização da Internet pelas trabalhadoras da Sala de Curativo, 2008.....	88
Figura 26 - Postura corporal da trabalhadora A1: em pé com a perna esquerda apoiada sobre a escadinha.....	98
Figura 27 – Postura corporal da trabalhadora A1: em pé.....	98
Figura 28 - Postura corporal da trabalhadora A1: em pé com dorso inclinado.....	98
Figura 29 - Postura corporal da trabalhadora A1 durante a lavagem das mãos.....	99
Figura 30 - Postura corporal da trabalhadora A1: em pé com o dorso inclinado, a perna da cliente apoiada na bacia do carrinho de curativos.....	99
Figura 31 - Postura corporal adotada pela trabalhadora A1 na execução do curativo de úlcera venosa.....	99
Figura 32 - Postura corporal da trabalhadora B1: em pé dorso inclinado retirando o curativo primário.....	104
Figura 33 – Postura corporal da trabalhadora B1: em pé com o dorso totalmente inclinado utilizando o tanque “lava pé”.....	104
Figura 34 – Postura da trabalhadora B1: em pé com o dorso inclinado da utilizando o tanque “lava pé”.....	105
Figura 35 - Postura corporal da trabalhadora B1: em pé com o dorso inclinado na finalização do curativo.....	105

Figura 36 - Bancada da Sala B com o livro de anotação do atendimento ao cliente.....	105
Figura 37 – Postura corporal adotada pela trabalhadora B1 na execução do curativo de úlcera venosa.....	106
Figura 38 - Postura corporal da trabalhadora “C”: em pé com o dorso totalmente inclinado.....	110
Figura 39 – Postura corporal da trabalhadora “C”: sentada entre a maca e a bancada.....	110
Figura 40 - Postura corporal da trabalhadora “C”:sentada entre a maca e a bancada, utilizou saco infectante branco para coleta o liquido drenado na limpeza.	110
Figura 41 - Postura corporal da trabalhadora “C”: em pé e a coluna ereta, utilizou o suporte para a pena do cliente.....	111
Figura 42 - Postura corporal adotada pela trabalhadora “C” na execução do curativo de úlcera venosa.....	111
Figura 43 – Postura corporal da trabalhadora “D”: em pé com o dorso levemente inclinado, durante a limpeza na perna para o curativo de Úlcera Venosa no tanque “Lava pé”.....	115
Figura 44 - Postura corporal da trabalhadora “D”: em pé com o dorso inclinado na colocação de cobertura inelástica para o retorno venoso.....	115
Figura 45 - Cadeira de dentista em frente ao tanque “lava pé”, adaptada ao “suporte com rodas”.....	115
Figura 46 – Postura corporal adotada pela trabalhadora “D” na execução do curativo de úlcera venosa.....	115
Figura 47 - Postura corporal da trabalhadora E: em pé com o dorso inclinado, curativo de úlcera arterial.....	119
Figura 48 - Postura corporal da trabalhadora E: em pé com o dorso inclinado, a junto com a médica em curativo de úlcera arterial.....	120
Figura 49 - Postura corporal da trabalhadora E: em pé com dorso inclinado em curativo de úlcera arterial.....	120

Figura 50 - Postura corporal da trabalhadora E: em pé.....	120
Figura 51 - Postura corporal da trabalhadora E, adotadas na execução do curativo de úlcera arterial.....	121
Figura 52 - Postura corporal da trabalhadora F: em pé com o dorso levemente inclinado em curativo de Úlcera Venosa.....	125
Figura 53 – Postura da trabalhadora F: em pé com o dorso levemente inclinado em curativo de Úlcera Venosa.....	125
Figura 54 - Postura da trabalhadora F: em pé dorso inclinado em curativo de Úlcera Venosa.....	125
Figura 55 - Posturas das trabalhadoras F1 e F2: em pé com o dorso inclinado em curativo de Úlcera Venosa.....	126

Quadro 1 – Descrição geral dos municípios, tipo de sala de curativo, referência médica no atendimento ao cliente com feridas.	62
Quadro 2 - Estrutura física da Sala de Curativo segundo a padronização, dimensões e compatibilidade com a atividade desenvolvida.....	71
Quadro 3 - Adequação e tipo Iluminação, ruído e temperatura da Sala de Curativo.....	77
Quadro 4 – As tarefas prescritas e atividades extras executadas pelos trabalhadores das Salas de Curativo.....	81
Quadro 5 - Colocação adicional das gerentes de enfermagem.....	85
Quadro 6 - Acidente e afastamento do trabalho.....	89
Quadro 7 – Tempo de trajeto e o tipo de transporte do trabalhador da residência para o trabalho.....	90
Quadro 8 – Esforço físico, mental, concentração e as principais dificuldades para a realização da tarefa.....	91
Quadro 9 – Ano de capacitação, local, responsável e adequação.....	91
Quadro 10 – Equipamento de Proteção Individual na realização do curativo e utilização.....	93
Quadro 11 – Risco para o trabalhador na Sala de Curativo.....	93
Quadro 12 – Conforto do ambiente, adequação do espaço físico e do mobiliário.....	94
Quadro 13 - Percepção iluminação, ruído e temperatura da Sala de Curativo.....	94
Quadro 14 - Descrição da atividade de trabalho de “A1” durante a troca de curativo em úlcera venosa e o tempo de execução.....	97
Quadro 15 - Descrição da atividade de trabalho de “B1” durante a troca de curativo em úlcera venosa e o tempo de execução.....	103
Quadro 16 - Descrição da atividade de trabalho da auxiliar de enfermagem “C” na troca de curativo em úlcera venosa com comprometimento arterial nas duas pernas e o tempo de execução.....	109

Quadro 17 - Descrição da atividade de trabalho da técnica de enfermagem “D” durante a troca de curativo em úlcera venosa e o tempo de execução.....	114
Quadro 18 - Descrição da atividade de trabalho da técnica de enfermagem “E” na troca de curativo em úlcera arterial localizada na parte posterior da perna e o tempo de execução.....	119
Quadro 19 - Descrição da atividade de trabalho da técnica de enfermagem “F” na troca de curativo em úlcera venosa em ambas as pernas e o tempo de execução.	124

Trata-se de estudo exploratório descritivo, com abordagem ergonômica, oriunda da escola franco-belga, objetivando analisar as condições do trabalho de enfermagem de atendimento ao cliente, com ferida, em sala de curativo localizada em seis unidades básicas de saúde localizadas no interior do Estado de São Paulo. Os formulários validados foram aplicados em oito trabalhadoras de enfermagem, abordando o homem, o ambiente, utilizou-se a técnica de observação participativa na atividade de trabalho de seis trabalhadoras. A faixa etária das trabalhadoras varia de vinte e um a quarenta e seis anos. A formação de enfermagem das trabalhadoras era: Sete eram técnicas e uma auxiliar, três cursavam graduação em enfermagem; quanto à capacitação para iniciar a atividade na sala de curativo: três afirmaram não receber, três receberam pela enfermeira da Unidade Básica de Saúde e duas receberam pela assessoria técnica da empresa. A internet não era utilizada com frequência. A carga de trabalho era de oito horas diárias e o tempo de trabalho na atividade variou de nove a oitenta e quatro meses. O acidente de trabalho na sala de curativo ocorreu com duas trabalhadoras: Perfuro cortante e respingo de sangue no rosto, sendo notificados; uma trabalhadora teve afastamento trabalho por pancreatite. Somente três trabalhadoras tinham índice de massa corpórea normal, duas praticavam atividades físicas, e três consideraram não ter lazer. As trabalhadoras referiram encontrar na atividade: exigência de esforço físico, esforço mental e concentração, a principal dificuldade foi a adesão do usuário ao tratamento. O risco biológico para o trabalho na sala de curativo foi considerado por quatro trabalhadoras. Na fase de observação constatou-se a ausência de padronização na estrutura física e inadequação do mobiliário; adoção de má postura física na realização do curativo, considerado risco ocupacional, sendo o tanque lava pé o fator agravante; a percepção das trabalhadoras de temperatura elevada e de ruído elevado a intenso. Não havia tarefa prescrita para a realização do trabalho e não era utilizada a sistematização da assistência de enfermagem. Este estudo sugere a continuidade da abordagem ergonômica organizacional e cognitiva para essa atividade.

Linha de pesquisa: Trabalho, Saúde e Educação – Saúde do Trabalhador

Descritores: Saúde do Trabalhador; Enfermagem do Trabalho; Ergonomia; Úlcera Venosa.

This is an exploratory descriptive study with ergonomic approach derived from the Franco-Belgian school aiming to analyze the conditions of the nursing work in customer service with wound dressing room located in six basic health in the State of São Paulo country. The validated forms were applied in eight nurses, addressing the man, the environment, we used the technique of observing member yet work six workers. The average age of workers ranged from 21 to 46 years old. The nursing training of women workers was: seven were technicians and an assistant, three were taking degrees in nursing qualification as to start the activity in the bandage room: three said that they did not receive, three had received by the nurse's basic unit and two said that they had received the technical advice of the company.

The internet was not used frequently. The workload was eight hours and working time in the activity ranged from nine to 84 months. The work accident occurred in bandage room with two workers: drill cutting and spatter on her face, being reported, a worker was off work for pancreatitis. Only three workers had normal body mass index, two said that they usually have physical activity and three said that they did not have any leisure time. The workers reported finding activity: requirement of physical effort, mental effort and concentration,; the main difficulty was the accession of the user to treatment. The biological risk for work in the bandage room was seen by four workers. In the observation phase was found lack of standardization in the physical structure and inadequate furniture: adoption of poor posture in the completion of healing, considered occupational risk and the tank wash stand was the aggravating factor, the perception of workers, high temperature and noise of intense high. There was no task required for completion of work and was not used to the systematization of nursing care. This study suggests the continuity of organizational and cognitive ergonomic approach to this activity.

Research line: – Labor, Health and Education – Worker's Health.

Descriptors: Worker's health; Nursing; Ergonomics; Varicose ulcer.

1. INTRODUÇÃO E JUSTIFICATIVA

Na tentativa de responder ao questionamento: “a enfermagem do século XX irá sobreviver no século XXI?”, baseou-se esta dissertação, buscando evidenciar as condições atuais do trabalho de enfermagem durante o atendimento ao cliente com feridas em sala de curativos (SC) em Unidades Básicas de Saúde (UBS).

Utilizou-se como referencial teórico a Análise Ergonômica do Trabalho (AET) da escola franco-belga (Guérin et al., 2001), permitindo caracterizar o trabalhador de enfermagem, descrever o ambiente e a atividade de trabalho efetivada.

1.1 O cuidado dos enfermos: do passado recente ao contexto atual

O trabalho da enfermagem do século XXI recebe a influência da Terceira Revolução Industrial, germinada desde os anos de 1950, no Japão pós-guerra, com “novas” formas de organização do trabalho e novas tecnologias, utilizando-se da linguagem mágica do computador, utilizando-se cada vez mais a tecnologia, havendo retração no número de empregos. Sua denominação cita apenas a indústria, porém a reestruturação nos bancos avança no comércio, nos serviços e até em setores de ponta da agricultura.

Há, portanto, uma nova forma de gerir a produção e organizar o trabalho, onde a produção é flexível, não há desperdício, o trabalho é polivalente e a terceirização do trabalho é efetivada sendo a principal característica dessa nova forma de gestão a união com o computador. São muitas as mudanças e perceptíveis nos países capitalistas desenvolvidos a partir de 1970 e no Brasil a partir dos anos 90 (Joffily, 1993; Pires, 2000).

O trabalho de enfermagem no processo evolutivo se caracteriza em sistematizar o cuidado, individualizar o cliente para prestar a assistência adequada e assumir o cuidado junto à equipe interdisciplinar. São características fundamentais da enfermagem, valorizada por seu conhecimento

especializado e suas habilidades em cuidar a melhoria do padrão de saúde da população, garantindo-lhe uma assistência segura, efetiva e de qualidade (Bork, 2003).

O presente é reflexo do passado, para entendermos a atual situação do trabalho de enfermagem faz-se necessário resgatar parte de sua história, assim a enfermagem moderna chega pelas mãos de Florence Nightingale, por volta de 1850. Florence influenciou diretamente os locais onde se executava o cuidado de enfermagem, fundamentou suas ações nos conceitos religiosos de caridade, amor ao próximo, doação, humildade e também os preceitos de valorização do ambiente, da divisão social do trabalho e autoridade sobre o cuidado a ser prestado (Padilha, 1999).

A partir de Nightingale a enfermagem adotou uma “nova roupagem” de tecnicidade, modernidade, intelectualidade, cientificidade, características necessárias para contrapor a situação de decadência em que se encontrava no século dezenove, e partiu daí para o resgate da dignidade da enfermagem como uma verdadeira profissão. Segundo Padilha (1999) há uma opinião comum que o cuidado dos enfermos propiciou as mulheres à oportunidade de exercer um trabalho social honrado e ativo, particularmente para as mulheres solteiras e/ou viúvas, no cuidado aos pobres e aos doentes, caracterizado, ainda hoje, por grande número de mulheres na enfermagem.

No Brasil a enfermagem, no início do século XX, não gozava de grande prestígio social e era desempenhada por pessoas com pequeno ou nenhum preparo técnico, desenvolvido timidamente aqui no país, na área de saúde pública (Oguisso e Mott, 2003), tendo como cenário a febre amarela, a tuberculose e a gripe espanhola que ceifou milhares de vidas.

Nesse quadro de flagelo as relações do Brasil com os demais países eram dificultadas, pelo fato dos portos brasileiros serem focos de doença infecto-contagiosa, levando um grande risco aos navios que aqui aportavam (aos marinheiros e às cargas transportadas), sendo forçado o governo brasileiro da época promover uma grande reforma sanitária.

Nessa época, por meio de ajuda do governo norte-americano, chegou ao Rio de Janeiro, um pequeno grupo de enfermeiras para a organização de um serviço de enfermagem em saúde pública e a “enfermagem moderna”, foi introduzida no Brasil, consistindo em direção e ensino de enfermagem pelas próprias enfermeiras, o que até então era feito por médicos (Oguisso, 2000; Giovanini, 2002). Sendo assim o trabalho de enfermagem no Brasil surgiu a partir de pressões externas, em conseqüência de uma medida governamental e não prioritariamente da necessidade da população de melhores condições de assistência à saúde.

Com a evolução das ciências e o progresso das tecnologias houve um maior controle das doenças, ocorrendo uma tendência no mundo para que a assistência à saúde fosse levada ao hospital por ser considerado o local mais seguro. Assim também no Brasil surgiu a hospitalização, gerando uma alocação cada vez maior de recursos financeiros, tornando a assistência hospitalar muito dispendiosa e afastando a população rural e carente (Oguisso, 2000).

1.1.1 Mudança de rumo: retorno à saúde coletiva e a assistência domiciliária

Houve uma intensa mobilização política e social, dos anos de 1960 a 1970, estimulando também o campo da saúde, gerando uma crítica contundente e questionadora de todos os fundamentos básicos dos sistemas de serviços de saúde, sobretudo da assistência médica prestada no mundo (Almeida, 1995), assim também no Brasil houve nova reforma sanitária, sendo necessários muitos planos, programas e projetos até se chegar à criação do Sistema Único de Saúde (SUS) ocorrida no final de 1980.

A enfermagem institucionalizada saiu do âmbito familiar, privado, doméstico, e inseriu-se na esfera pública do século XX, por meio da organização do setor saúde e das práticas médicas, mas com introdução do pensamento “social”. Em alguns países europeus denominou-se “Medicina Social” e no Brasil, na década de 1970 cunhou-se o termo “Saúde Coletiva”, e

muitas questões são trazidas para se redefinir esse campo de saberes e práticas (Rocha e Almeida, 2000).

Cerca de vinte anos depois, a Lei Orgânica da Saúde n. 8.080/90 (Brasil, 1990) em seu art. 4º, assegurou a formação do Sistema Único de Saúde, constituído pelo conjunto de todas as ações e serviços de saúde prestada por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais. A municipalização da saúde aproximou o cliente do “responsável” por sua saúde, repercutindo ao longo dos anos em todas as áreas de assistência a saúde, ocorrendo mudanças significativas, porém lentas, da assistência de enfermagem prestada ao cliente nos anos subseqüentes.

Conforme (Brasil, 2004) entre os Censos de 1940 e 2000, a população brasileira cresceu quatro vezes. O Brasil rural tornou-se urbano (31,3% para 81,2% de taxa de urbanização). Nesse período, o envelhecimento da população brasileira, na faixa de 15 a 59 anos, aumentou de 53% para 61,8%. Com a transição demográfica e epidemiológica aconteceu o aumento da incidência de doenças crônicas degenerativas gerando na área da saúde a necessidade de prevenção das doenças e, criação de novas possibilidades de tratamento.

A ocorrência de muitos fatores como: globalização e a tendência de desregulamentação em todos os setores da economia; alterações políticas e a redemocratização; progressão da urbanização; migrações em busca de melhores condições de vida; aumento gradual do desemprego; terceirização do trabalho: subemprego e aumento de trabalho informal; a automação, robotização como conseqüência da organização do trabalho, na Terceira Revolução Industrial; assim, no quadro, há o custo crescente e inexorável dos serviços de saúde, havendo necessidade de contenção desses custos, embora com aumento da demanda: pelo envelhecimento populacional, pela desigualdade econômica com piora das condições ambientais, pelo aumento dos acidentes de trânsito e outras formas de violência (Oguisso, 2000; Rocha e Almeida, 2000).

No cenário da globalização gerando aumento crescente dos serviços de saúde há no mundo a tendência a desinstitucionalização dos clientes deslocando a assistência para o domicílio como forma de redução de custos (Oguisso, 2000). Temos assim um novo modelo de assistência, com foco na atenção à família, considerando o meio ambiente, o estilo de vida e a promoção da saúde como seus fundamentos básicos, resgatando a família como importante unidade de cuidado de seus membros, levando em conta a integralidade do ser humano. Surge daí a necessidade de mudança na capacitação e formação dos recursos humanos em saúde, trazendo desafios aos pesquisadores da saúde, como também para a enfermagem que procura uma articulação entre o processo técnico e as organizações sociais que sustentam a vida cotidiana (Rocha e Almeida, 2000).

Acreditando estarmos inseridos nesta mudança de rumo: da hospitalização para o atendimento ao cliente em saúde coletiva e ou domiciliária, e sendo o trabalhador de enfermagem parte integrante do atendimento interdisciplinar, na atualidade deve, o trabalho de enfermagem no atendimento ao cliente com ferida, caracteriza-se por um atendimento individualizado e sistematizado.

1.2 O conceito atualizado de tratamento avançado de feridas

Os profissionais de saúde: enfermeiros, médicos, nutricionistas, fisioterapeutas, psicólogos, da equipe interdisciplinar atuantes na área de prevenção e tratamento de ferida, têm sido levados à atualização dos conceitos e revisão dos procedimentos tradicionais, já que houve um desenvolvimento aprofundado em biologia celular a partir de 1980, incidindo diretamente na forma de cuidar do cliente e da ferida (Santos, 2000).

A definição atualizada de cicatrização como uma seqüência altamente complexa e organizada de eventos bioquímicos que se desencadeiam em resposta a lesão tecidual, e levam ao reparo do tecido (Ovington, 1999), tornou clara a necessidade de conhecer a dinâmica neste processo, como veremos a seguir.

Os danos celulares de qualquer natureza (física, química ou biológica) desencadeiam de imediato uma série de eventos bioquímicos que de forma simples traduzem-se em sinais flogísticos ou sinais cardeais: calor, tumor, rubor e dor, sendo resultado da ativação de células nervosas, estromais, vasculares e circulatórias por estímulos físicos ou por sinalização química feita por estruturas das células rompidas (porções da membrana celular e organelas), fragmentos dos elementos inertes dos tecidos (colágeno, elastina, fibronectina, e outros), proteínas séricas que extravasam dos vasos rompidos e por ação dos mediadores inflamatórios pré-formados (liberados dos grânulos de plaquetas, mastócitos e terminações nervosas periféricas). Essas moléculas se ligam a receptores localizados na superfície da membrana das células locais, induzem as profundas modificações em seu metabolismo, na expressão de genes e conseqüentemente em seu fenótipo.

A resposta é a produção de uma segunda onda de mediadores de natureza lipídica (ecosanóides) e pepitídicas (citocinas, fatores de crescimento e neuropeptídicos) e a externalização de proteínas de adesão para leucócitos, nas células endoteliais na superfície da membrana voltada para a luz dos vasos. O microambiente da lesão tem sua composição físico-química alterada (baixa tensão de oxigênio, diminuição do pH, presença reativa de nitrogênio e oxigênio), sendo também uma forma de sinalização que ativa as células envolvidas no reparo tissular (Balbino et al., 2005).

Clark (1993) dividiu didaticamente em três fases o processo cicatricial: (1) inflamação, (2) formação de tecido de granulação com deposição de matriz celular (fase de granulação ou proliferativa) e (3) remodelação do tecido; segundo o autor não são excludentes, mas sobrepostas no tempo, e com uma grande carga de eventos bioquímicos agindo em cada fase.

Deve destacar as feridas crônicas de origem vasculogênica tornaram-se importante problema de saúde em nosso meio. O envelhecimento populacional contribuiu para explicação desse fenômeno, assim como o movimento migratório para os grandes centros, caracterizado pela urbanização das últimas décadas, refletindo o estilo de vida com alimentação em quantidade e qualidade inadequada; hábito de vida não saudável como o fumo,

ingestão de bebidas alcoólicas, o sedentarismo e o estresse, predispondo a dislipidemia, ao diabetes melito, a hipertensão arterial, aumentando o risco de doenças cardiovasculares e doença vascular obliterante, dentre outras, sendo esses fatores determinantes para a história natural da doença vascular periférica (Gamba e Yamada, 2003).

As úlceras venosas e as arteriais têm magnitude entre as feridas crônicas, assim como as úlceras mistas, resultantes da associação de componente venoso e arterial, necessitando de diagnóstico médico diferencial, são de difícil tratamento, desafiando a equipe multidisciplinar a prestar assistência qualificada e diferenciada a esse cliente por exigir cuidados de alta complexidade.

Diante da apresentação dos conceitos atualizados em biologia molecular do processo de cicatrização da ferida, e necessário à consideração da lesão de pele como “um” aspecto do todo que é o ser humano, exigindo trabalho interdisciplinar, com conhecimento científico aprofundado para o atendimento especializado, pois envolve os aspectos sistêmicos e locais, que necessitam de intervenções integradas e sistematizadas que levem ao reparo tissular, reduzindo os riscos e as complicações no tratamento das lesões agudas e crônicas, nas clientelas mais suscetíveis, como idosos e adultos acometidos de doenças cardiovasculares, como os hipertensos e diabéticos, dentre outros (Santos, 2000).

1.3 O trabalho de enfermagem no atendimento ao cliente com feridas

O trabalhador de enfermagem na execução da assistência ao cliente objetiva à manutenção da saúde e utiliza-se de elementos terapêuticos do cuidado com seres humanos, estando subentendidas as dimensões da vida social, afetiva, psicológica e espiritual, sendo que estas direcionam o sentido de bem-estar individual e coletivo das pessoas assistidas (Leopardi, 1999).

Na seqüência desse raciocínio e, associado ao da responsabilidade ético-profissional de enfermagem, a assistência ao cliente com ferida requer do

enfermeiro o trabalho de gerenciamento: do espaço físico, previsão de material, dos custos envolvidos e da adequação dos recursos humanos envolvidos (para a recepção do cliente, para o cuidado de enfermagem e higiene e limpeza do espaço ambiental). A interação dessas ações associada ao conhecimento de quem é o cliente que recebe a assistência repercute na qualidade da assistência prestada.

Dealey (2008) ressalta a importância de a enfermeira entender os processos fisiológicos envolvidos, e grifa alguns motivos: entender a fisiologia normal permite que a enfermeira reconheça o anômalo; o reconhecimento técnico de curativos e coberturas adequadas dos estágios da cicatrização permite que a enfermeira selecione curativos adequados; entender os requisitos de um processo de cicatrização também significa orientar os cuidados com a nutrição adequada ao cliente.

No trabalho o enfermeiro deve possuir conhecimento técnico científico e humano, para que não esteja dando enfoque somente à lesão como ponto crucial dos seus cuidados, mas reconhecendo o cliente e suas dificuldades em estar vivenciando a experiência de estar acometido por uma ferida (Ferreira e Santos, 2004).

Através dessas considerações constatou-se que o trabalho de enfermagem para a realização de curativo, trás conseqüências pouco conhecidas ao trabalhador de enfermagem na tarefa de cuidado ao cliente com ferida.

Desta maneira, as inquietações surgiram no trabalho diário da autora e através do estudo sobre tratamento de feridas, onde são abordados temas principalmente referentes à fisiopatologia, a assistência de enfermagem por meio de técnicas de curativos e utilização de coberturas com tecnologia para o tratamento do cliente com ferida, como também estudar a qualidade de vida do cliente com úlceras crônicas.

Na área de saúde do trabalhador foram levantados estudos onde os pesquisadores abordam os temas: acidentes do trabalho, riscos ocupacionais (biológicos, químicos, físicos e ergonômicos), condições e aspectos

organizacionais do trabalho (Benatti, 1997; Alexandre, 1998a,1998b,1998c ; Marziale e Carvalho, 1998; Nishide, 2004; Gurgeira, 2005), que abordam a saúde do trabalhador e sua relação com o trabalho, à maioria em ambiente hospitalar.

A afirmação de Marziale (1995) de que toda “situação de trabalho” comporta aspectos de ordem material, organizacional e humana, e que necessita ser avaliado individualmente, a fim de serem encontradas condições para a adaptação entre o homem e o trabalho, questionou a possibilidade de avaliar, por meio da Análise Ergonômica do Trabalho, o trabalho da enfermagem em Sala de Curativo referência no tratamento de ferida em seis municípios do estado de São Paulo, a fim de contribuir com informações sobre a atividade do trabalhador de enfermagem na Sala de Curativo, focando nas suas dificuldades e nas estratégias desenvolvidas para fazer frente a estas, assim como verificar quais os riscos para a saúde do trabalhador em seu trabalho cotidiano.

Partindo da premissa que o trabalho de enfermagem no atendimento ao cliente com ferida em Sala de Curativo existe tanto na área curativa hospitalar, como em saúde coletiva, observou-se que não são encontrados estudos sobre o real trabalho de enfermagem nessa área de atuação, ou seja, o que faz o trabalhador para realizar a tarefa de atender o cliente com ferida em UBS; clarificando que nesta dissertação o atendimento ao cliente com feridas corresponde às tarefas de recepcionar esse cliente, orientá-lo sobre auto cuidado e controle de patologias, prestar o cuidado com a ferida, direcioná-los a outros profissionais e acompanhar o processo de cicatrização ou auxiliando, junto à equipe interdisciplinar, na melhoria da qualidade de vida.

A partir deste enfoque algumas questões devem ser formuladas do ponto de vista do trabalho: Quais são as dificuldades, do ponto de vista do trabalho em si, para se realizar o atendimento ao cliente com ferida? Quais são as exigências para a realização do trabalho de enfermagem na Sala de Curativos? Qual o conhecimento de enfermagem do trabalhador da Sala de Curativos?

Este estudo pretende trazer pontos que facilitem a compreensão do trabalho de enfermagem na realização do curativo em UBS, por meio da identificação do trabalhador de enfermagem, dos aspectos relacionados à organização do trabalho, sobre os fatores associados ao ambiente de trabalho e a identificação da atividade realmente efetivada pelo trabalhador.

Esta dissertação não pretende findar as questões relacionadas ao trabalho de enfermagem na Sala de Curativo em UBS, mas contribuir por meio de uma abordagem ergonômica para um maior conhecimento dos riscos que envolvem o trabalhador em seu cotidiano de trabalho.

1.4 A sala de curativos

A Sala de Curativo é o local onde são atendidos os clientes com feridas agudas e crônicas; feridas cirúrgicas como incisões de pele, inserção de drenos, deiscências cirúrgicas, lesões traumáticas, queimaduras como também para a retirada de pontos. Está localizada tanto em unidade de internação hospitalar, em ambulatório de especialidades, em pronto atendimento público ou privado como também em UBS.

A Sala de Curativo deve ser considerada uma área semi-crítica por ser ocupada por cliente que não exige cuidado intensivo ou de isolamento, sabendo-se que os artigos críticos e semi-críticos inadequadamente esterilizados e desinfetados, oferecem maiores riscos de transmissão de infecção que as superfícies fixas (piso, paredes e teto) (Ferreira et al., 1999).

A padronização da Sala de Curativos segue os Critérios para Projetos de Estabelecimentos Assistenciais de Saúde (Brasil, 2002), as dimensões mínimas de 9,0m², iluminação artificial no campo de trabalho; presença de gases medicinais: o oxigênio um para cada dois leitos ou fração.

No item Projeto Executivo (Brasil, 2002) encontra-se descrito como é o acabamento de paredes, pisos, tetos e bancadas, priorizado-se material de acabamento que tornem as superfícies monolíticas, com o menor número

possível de ranhuras ou frestas, mesmo após a limpeza freqüente; não deve haver tubulações aparentes na parede ou teto, quando estas não forem embutidas, devem ser protegidas em toda a sua extensão por material resistente a impactos e limpeza. Os rodapés em sua união com a parede devem ser alinhados impedindo o acúmulo de pó. O teto / forro pode ser removível, inclusive por razões ligadas à manutenção desde que sejam resistentes aos processos de limpeza, descontaminação e desinfecção. A presença de banheiras “terapêuticas” deve ser construída de modo a impedir permanência de águas residuais quando esgotadas.

Os serviços de saúde têm uma organização onde há um conjunto de ações desenvolvidas, objetivando permitir o desenvolvimento dos trabalhadores por meio de alocação adequada dos recursos necessários para a prestação da assistência à saúde da população, levando-se em conta que este conjunto de ações é “ferramenta” para a construção do atendimento mais humanizado (Mishima, 1997).

1.5 Ergonomia

A ergonomia desenvolveu-se durante a II Guerra Mundial, por meio da conjugação pioneira de esforços entre a tecnologia e as ciências humanas; profissionais de diferentes áreas interdisciplinares como fisiologistas, psicólogos, antropólogos, médicos e engenheiros, atuaram juntos para resolver problemas causados pela operação de equipamentos militares complexos, obtendo-se resultados gratificantes e posteriormente aproveitados pela indústria (Dul e Weerfmeester, 1995; Grandjean, 1998; lida 2005).

O termo ergonomia deriva das palavras gregas *ergon* (trabalho) e *nomos* (regras), objetivando definir as regras e designando a ciência do trabalho (Guerin et al., 2001); nos Estados Unidos da América do Norte utiliza-se também, como sinônimo, *human factors* (fatores humanos).

A ergonomia, de maneira resumida, aplica-se ao projeto de máquinas, equipamentos, sistemas e tarefas, objetivando melhorar a

segurança, saúde, conforto e eficiência no trabalho (Dul e Weerfmeester, 1995).

A partir de 1990 até a atualidade algumas mudanças foram feitas, já que nos últimos 15 anos houve a influência da ascensão da informática e das telecomunicações, é neste cenário que Lida (2005) nos apresenta a ergonomia de maneira mais abrangente, atingindo quase todos os tipos de atividades humanas, principalmente no setor de serviços (saúde, educação, transportes, lazer entre outros) assim como no trabalho doméstico.

Os ergonomistas trabalham atualmente com domínios especializados, abordando características específicas dos sistemas (Lida, 2005):

- Ergonomia Física - ocupa-se das características da anatomia humana, antropometria, fisiologia e biomecânica, relacionados com a atividade física. Tem como tópicos relevantes à postura no trabalho, manuseio de materiais, movimentos repetitivos, distúrbios músculo-esquelético relacionados ao trabalho, projeto de postos de trabalhos, segurança e saúde do trabalhador.

- Ergonomia Cognitiva – ocupa-se dos processos mentais, como a percepção, memória, raciocínio e resposta motora, relacionados com as interações entre as pessoas e outros elementos do sistema. Tem como tópicos relevantes à carga mental, tomada de decisões, interação homem-computador, estresse e treinamento.

- Ergonomia Organizacional – ocupa-se da otimização dos sistemas sócios técnicos, abrangendo estruturas organizacionais, políticas e processos. Tem como tópicos relevantes: comunicações, programação do trabalho em grupo, projeto de trabalho, projeto participativo, trabalho cooperativo, cultura organizacional, organizações em rede, trabalho a distância e gestão de qualidade.

Assim, a ergonomia estuda: as condições prévias e conseqüências do trabalho; as interações que ocorrem no homem, na máquina e no ambiente durante a realização do trabalho; os diversos fatores que influenciam no

desempenho do sistema produtivo, procurando reduzir as conseqüências nocivas sobre o trabalhador, diminuindo a fadiga, estresse, erros e acidentes. A conseqüência e aplicabilidade desse estudo é a eficiência no trabalho, pois direciona à saúde, segurança e a satisfação dos trabalhadores atuando em um ambiente produtivo (Iida, 2005).

1.6 O trabalho de enfermagem e a abordagem ergonômica

No trabalho de revisão bibliográfica chamou a atenção a pesquisa de Villar (2002), que objetivando caracterizar o estado da arte do conhecimento de enfermagem em ergonomia, pesquisou as teses e dissertações catalogadas na Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn) de 1963 a 2000; A autora realizou pesquisa em bases de dados nacionais e internacionais buscando embasamento teórico aos dados empíricos encontrados, sendo evidenciadas pesquisas sobre o Trabalho, referentes a aspectos físicos, psíquicos, cognitivos e organizacionais, além de estudos sobre satisfação, prazer, sofrimento, desconforto e dor relacionados à postura e movimentação. A autora em seu trabalho também demonstrou a contribuição da ergonomia na enfermagem e a utilização desses conhecimentos pode significar a não possibilidade de mudanças, e a criação de novas áreas de atuação como contribuição à saúde do trabalhador de enfermagem.

A contribuição dos estudos de Alexandre (Alexandre e Angerami, 1998a, 1998b, 1998c; Parada et al., 2002) direcionados aos aspectos “ergonômicos” e posturais no transporte de paciente em a relação de ocorrência de cervicodorsolombalgias na equipe de enfermagem. Constatou as agressões à coluna vertebral devido a má postura corporal adotada pelos trabalhadores nas atividades diárias de enfermagem, relacionadas à utilização dos mobiliários e de equipamentos de maneira inadequada.

Marziale e Carvalho (1998) por meio de abordagem ergonômica na clínica cardiológica de uma instituição hospitalar privada filantrópica, constataram condições adversas para execução do trabalho de enfermagem, indo desde a remuneração salarial, que leva a alimentação e a moradia

deficiente, assim como fatores ambientais do local de trabalho: mobiliário impróprio levando o profissional a posturas inadequadas, tendo temperatura local elevada e iluminação deficiente, com ruído ligeiramente aumentado, sendo que estes fatores negativos não foram reconhecidos pelo setor administrativo e, na maioria das vezes, pelos próprios trabalhadores de enfermagem.

Abranches (2005), em tese de doutorado, utiliza-se da abordagem ergonômica a partir da demanda de saúde dos trabalhadores de enfermagem em uma UBS localizada no interior do estado do Rio de Janeiro. A escolha desta UBS deu-se por ter demanda identificada em saúde do trabalhador: as mais altas taxas de licença médica e absenteísmo por sobrecarga de trabalho, e a não reposição pelo município, por um período de sete anos, de trabalhadores de nível médio. A autora avaliou ergonomicamente a sala de vacina, local de grande fluxo de usuários e sendo que essa atividade exigia atenção, portanto, avaliou o ambiente e suas variações, o trabalhador de enfermagem, a atividade prescrita e a efetivamente realizada, assim como a violência contra o trabalhador. Constatou que a situação de trabalho vivida na UBS interfere na organização e na qualidade de vida no trabalho em saúde coletiva, influenciando na saúde, desempenho e bem estar dos trabalhadores.

1.6.1 Compreender o trabalho: Análise Ergonômica do Trabalho

A escola franco-belga de ergonomia desenvolveu um método denominado Análise Ergonômica do Trabalho, ampliando o horizonte das questões colocadas e uma forma de pensar em uma ação efetiva para a compreensão e a transformação de inúmeras situações de trabalho. Trata-se de uma metodologia que necessita agregar conhecimentos gerais sobre o trabalho e conhecimentos específicos que são co-produzidos com os trabalhadores, “convida a todos que participam da concepção do trabalho a olhar o mais de perto possível o que liga as condições materiais e organizacionais do trabalho aos seus resultados, ou seja, a atividade real do trabalho” (Guérin et al., 2001).

Ao estudar a atividade de trabalho apresentada como uma estratégia de adaptação à situação real de trabalho (Guérin et al, 2001), houve uma aproximação, em especial com a AET, e sua utilização para a avaliação do trabalho de enfermagem em Sala de Curativo, focando-se na atividade de trabalho: o que faz o trabalhador para realizar a tarefa de cuidar do cliente com feridas, ou seja, o trabalho propriamente dito, buscando entender de que maneira os resultados são obtidos e quais meios são utilizados por esse trabalhador.

Em representação esquemática das figuras 1 e 2 (Gérin et al., 2001) há relação de um lado pelas características do operador: idade, sexo, experiência, formação adquirida, de outro lado esta a empresa com seus objetivos, os meios utilizados, o modo de organização do trabalho e o ambiente onde é realizado. A tarefa prescrita é o contrato formal para que esse trabalho se realize; o modo operatório da tarefa prescrita gera a real atividade de trabalho interligada as características pessoais do trabalhador e resulta na produção e na qualidade do trabalho efetivado.

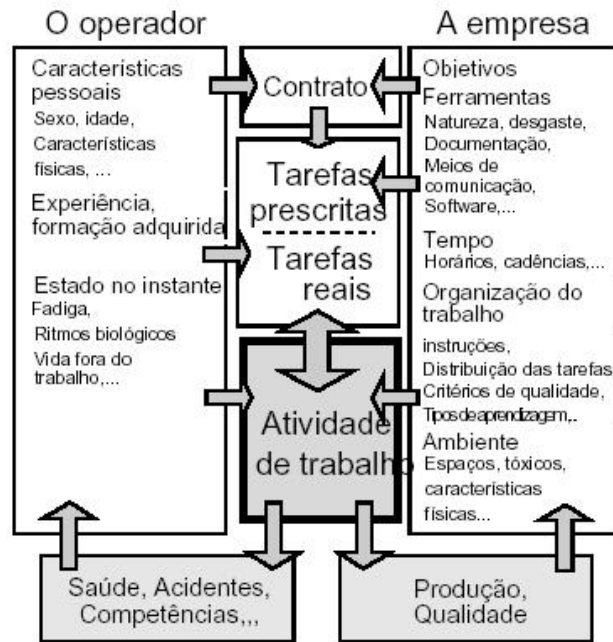


Figura 1 – A função integradora da atividade de trabalho (Guérin et al., 2001, p. 27)

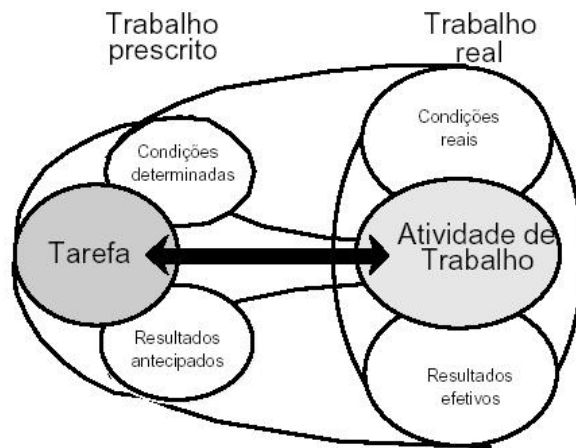


Figura 2 – Tarefa e atividade de trabalho (Guérin et al., 2001, p. 15)

Como vemos na figura 2, a tarefa não é o trabalho, mas o que é prescrito pela empresa ao operador. A tarefa é imposta pela empresa e determina e limita a atividade, mas ao mesmo tempo depende dela, pois consiste em autorização para a realização do trabalho.

A atividade trabalho acontece em condições reais e seus resultados são efetivos (Guérin et al., 2001).

Sendo a enfermagem uma profissão que cuida de pessoas, para o trabalhador exercê-la precisa ter conhecimento ético-científico, responsabilidade por suas ações, desenvolver habilidades técnicas tendo condições adequadas para a realização de seu trabalho. Para Wisner (1994) o enfermeiro tem na execução de seu trabalho situações consideradas complexas, ocorrendo interação de várias tarefas resultando em elevada carga de trabalho por meio dos componentes físicos, cognitivos e psíquicos.

A revisão bibliográfica desta monografia constatou que para a ergonomia as condições de trabalho são representadas por uma série de fatores interdependentes levando o trabalhador a criar condições e adaptar-se a tarefa prescrita.

1.7 Justificativa

A princípio havia apenas o interesse de estudar o real trabalho de enfermagem na SC em UBS, entretanto a grande evolução no conhecimento em tratamento de feridas desde a década de 1980 despertou a continuidade no estudo.

Nessa época o tratamento de feridas dava-se de maneira muito equivocada, mas coerente com os princípios vigentes para aquela época; o conhecimento era limitado, não valorizava as alterações fisiológicas necessárias para o processo cicatricial e reparo da ferida: a umidade, temperatura ideal, pH ligeiramente ácido, assim com a presença e ações dos fatores de crescimento, alterações na matriz celular pelas metaloproteases entre outros (Balbino et al., 2005).

A indústria farmacêutica investiu por muitos anos na produção desses conhecimentos, objetivando a confecção e comercialização de inúmeras coberturas desde a absorção e adsorção de exsudato, com propriedades bactericida e bacteriostática, até a interação com o

microambiente da ferida; evoluíram para “coberturas com tecnologia” capazes de interagir no leito da ferida, que associadas a avaliação do cliente e a técnica de curativo adequada proporciona o manejo e as condições locais podendo proporcionar ambiente eficaz para a cicatrização (Dealy, 2008; Borges e Gomes, 2008).

As especializações de enfermagem em estomaterapia a partir de 1990 (Santos, 2000) e dermatologia em 2001, trouxeram maior embasamento científico, houve aumento nas publicações, novas pesquisas e congressos sobre o tema deram base para a construção do atual conhecimento e consequentemente resultando em alterações na assistência prestada ao cliente.

A assistência com qualidade deve ser direcionada, por meio da construção de um protocolo, de acordo com as características da população atendida e da instituição onde será executado; devendo constar das opções terapêuticas: desde a terapia tópica que engloba o procedimento de curativo, envolvendo as ações de limpeza da ferida com o desbridamento de tecidos mortos, até a escolha da cobertura com tecnologia, mantendo temperatura e umidade, assim como prevenindo infecções, objetivando reduzir o tempo de cicatrização (Borges et al., 2008) e melhor qualidade de vida ao cliente.

O trabalhador de enfermagem no atendimento ao cliente com ferida em UBS, como membro da equipe multidisciplinar na atenção básica desempenha a tarefa de acordo com sua qualificação técnica, efetivando ações, de caráter individual e coletivo, da promoção e proteção a saúde, prevenção de agravos, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde (Brasil, 2005).

Baseado em Alexandre (1998a, 1998b, 1998c) que definiu a “ergonomia como o estudo da relação entre o homem e seu ambiente de trabalho”, e considerou os instrumentos utilizados pelos trabalhadores como parte integrante do ambiente de trabalho, associando-se a real atividade de trabalho identificada por meio da AET, acreditou-se haver uma maior visibilidade sobre o trabalho efetivado. Neste primeiro momento buscou-se

compreender o trabalho no atendimento ao cliente com feridas na Sala de Curativos, e posteriormente, procurar melhorar as condições do atendimento para o cliente/paciente e para o trabalhador de enfermagem.

O estabelecimento da necessidade de análise ergonômica, de acordo com o Ministério do Trabalho (Brasil, 2005), inicia-se por uma demanda, porém para a realização desta pesquisa não houve uma demanda direcionada porque o objetivo principal era conhecer qual o real trabalho de enfermagem em Sala de Curativos.

O trabalho de revisão bibliográfica realizada para a escolha do tema desta dissertação constatou que o estudo e entendimento da AET ampliam muito o horizonte das questões levantadas, a ação ergonômica tem como primeira característica levar em consideração os trabalhadores, individual e coletivamente, como atores de seu trabalho, da construção de sua saúde e de suas competências, e também a função de integrar a atividade de trabalho constituindo um ponto de vista que esclareça a relação entre as condições, a atividade e os resultados do trabalho (Guérin et al., 2001).

A AET permite também mensurar os agentes físicos do ambiente: temperatura, iluminação e ruído da Sala de Curativos não somente em suas características físicas como uma questão estritamente técnica, mas por meio da percepção dos trabalhadores quanto à exposição a esses agentes durante o modo operatório da tarefa (Guérin et al., 2001).

Sendo assim, a análise das condições do trabalho de enfermagem na Sala de Curativos em UBS, sob o ponto de vista ergonômico, teve recorte conceitual da AET para a investigação de três componentes da situação de trabalho: **o homem**, representado pela caracterização do trabalhador de enfermagem e organização do trabalho; **o ambiente**, por meio de sua estrutura física: mensuração do espaço físico, percepção do trabalhador quanto à temperatura, iluminação, ruído e adequação do mobiliário e **a atividade de trabalho** efetivamente realizada na Sala de Curativos no atendimento ao cliente com ferida.

2. Objetivos

2.1 Objetivo Geral

Analisar as condições do trabalho de enfermagem, do ponto de vista ergonômico com recorte da Análise Ergonômica do Trabalho, em local denominado sala de curativos localizada em Unidade Básica de Saúde, por meio da análise dos elementos ergonômicos: o homem (o trabalhador de enfermagem), o ambiente de trabalho a atividade de trabalho efetivamente realizada.

2.2. Objetivos específicos

- 1- Conhecer a organização do trabalho de enfermagem em sala de curativos
- 2- Caracterizar o trabalhador de enfermagem em sala de curativos
- 3- Dimensionar junto ao trabalhador de enfermagem da sala de curativo a percepção do ambiente: o espaço físico e adequação de mobiliário, a temperatura, a iluminação e o ruído
- 4- Descrever a atividade de trabalho da enfermagem na sala de curativos

3 Metodologia

3.1 Tipo de estudo

Trata-se de uma pesquisa de campo de caráter descritivo, no qual utilizou-se o pressuposto metodológico fundamentado nos princípios oriundos da ergonomia descritos na literatura estudada e que busca a globalidade da situação de trabalho por meio da caracterização do trabalhador que efetiva o trabalho de enfermagem no atendimento ao cliente com ferida, na Sala de Curativos em UBS.

3.2 Local do Estudo

A pesquisa foi realizada em UBS, referenciada para o tratamento de feridas em seis municípios do estado de São Paulo, sendo descritas as principais características das salas de curativos no Quadro 1.

Quadro 1 – Descrição geral dos municípios, tipo de sala de curativo, referência médica no atendimento ao cliente com feridas, 2008.

DESCRIÇÃO GERAL DAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE				
Sala	Localização	*Nº de habitantes	Tipo de sala	Médico
A	Nova Odessa - Região Metropolitana de Campinas - interior de São Paulo	47.990 habitantes	UBS referência no tratamento de feridas, com atendimento diário de segunda a sexta-feira, com duas salas de curativos, tendo em escala de trabalho uma técnica de enfermagem por sala.	Quando necessário é requisitado um médico clínico de plantão na UBS, ou encaminhamento ao médico responsável pelo cliente.
	Jaguariúna - Região Metropolitana de Interior de São Paulo	34.779 habitantes	UBS referência no tratamento de feridas, com atendimento diário de segunda a sexta-feira, com uma sala de curativo, tendo em escala de trabalho duas técnicas de enfermagem.	Possui uma médica cirurgiã geral, responsável pela sala de curativos, encaminha o cliente quando necessário ao médico responsável, ou ao hospital da cidade.
C	Louveira - Micro Região de Jundiá - interior de São Paulo	29.553 habitantes	UBS referência no tratamento de feridas, com atendimento diário de segunda a sexta-feira, com uma sala de curativo, tendo em escala de trabalho uma auxiliar de enfermagem.	Quando necessário é requisitado um médico clínico de plantão na UBS, ou encaminhamento ao médico responsável pelo cliente.
D	Pedreira - região metropolitana de interior de São Paulo	40.576 habitantes	UBS referência no tratamento de feridas, com atendimento diário de segunda a sexta-feira, com uma sala de curativo, tendo em escala de trabalho uma técnica de enfermagem.	Quando necessário é requisitado um médico clínico de plantão na UBS, ou encaminhamento ao médico responsável pelo cliente.
E	Hortolândia - região metropolitana de Campinas - interior de São Paulo	190.781 habitantes	UBS referência no atendimento aos clientes com comprometimento vascular com feridas, o atendimento é semanal às segundas-feiras, tendo em escala de trabalho uma técnica de enfermagem.	Possui uma médica cirurgiã vascular, responsável pela sala de curativo, recebe o cliente quando encaminhado por outros médicos.
F	Mogi Guaçu- Micro Região de Mogi Mirim - interior de São Paulo	141.559 habitantes	UBS com atendimento aos clientes com feridas da área de abrangência, com uma sala de curativo, tendo uma auxiliar de enfermagem escala de trabalho semanal.	Quando necessário é requisitado um médico clínico de plantão na UBS, ou encaminhamento ao médico responsável pelo cliente.

*FONTE: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE/2006

3.3 Negociações iniciais

Em 2007, a enfermeira estomaterapeuta do Departamento Regional de Saúde 7 (DRS 7) da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, localizada em Campinas, que vem capacitando, desde 2004, os gerentes de enfermagem de todos os municípios da DRS 7 para um atendimento atualizado aos clientes, inclusive os clientes com feridas, solicitou-se o nome de alguns municípios que prestavam atendimento diferenciado a estes clientes, tendo seus nomes acatados para a realização desta pesquisa.

Houve a recusa de um município em participar do estudo, sendo assim foi encaminhada solicitação a outro município que aceitou participar.

3.4 Sujeitos do estudo

A população foi constituída por oito trabalhadoras de enfermagem com escala de trabalho na Sala de Curativos das UBS quando da coleta de dados. Não houve nesse período nenhum trabalhador de férias, licença-saúde ou outro tipo de afastamento.

As gerentes de enfermagem foram entrevistadas com a finalidade de conhecer a organização do trabalho de enfermagem no atendimento ao cliente com ferida em cada uma das UBS.

3.5 Coleta de dados

Foi feito contato telefônico com as gerentes de enfermagem de cada UBS, perguntando-se sobre o interesse em participar da pesquisa, obtendo resposta positiva as solicitações foram entregues na secretaria de saúde de cada município em nome dos secretários de saúde. Após receber autorização foram agendadas duas datas com a gerente de enfermagem: a primeira data para as entrevistas e a segunda para a observação da atividade de enfermagem no atendimento ao cliente com ferida.

3.5.1 Primeira fase – entrevista com as gerentes e trabalhadoras

Esta fase foi caracterizada pela coleta de dados realizada pela própria autora do estudo no período de janeiro a abril de 2008, após o esclarecimento sobre a pesquisa e a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). As entrevistas foram realizadas individualmente na sala da gerente de enfermagem da UBS, permitindo privacidade.

Foram entrevistadas as seis gerentes de enfermagem das UBS, com a demora de aproximadamente uma hora, havendo, sem exceção, pequenas interrupções para a resolução de questões gerenciais. A entrevista inicial, realizada por meio de roteiro estruturado (Apêndice 3) , teve por objetivo caracterizar o serviço de enfermagem, o trabalho de enfermagem na sala de curativos e qual a percepção da gerente sobre as condições do ambiente e da atividade efetivamente realizada no atendimento ao cliente com feridas na sala de curativos destas UBS.

A entrevista individual com a trabalhadora de enfermagem, com escala na sala de curativos, foi realizada por meio de roteiro estruturado (Apêndice 4), no tempo aproximado de 40 a 50 minutos, objetivando conhecer os aspectos de vida da trabalhadora e caracterizar a sua percepção sobre o trabalho realizado no atendimento ao cliente com ferida,. Houve pequenas interrupções para questionamentos de outros trabalhadores sobre a assistência

aos usuários da UBS, sendo que a pesquisadora acatou e respeitou essa necessidade.

3.5.2 Segunda fase - observação da pesquisadora da atividade de trabalho

efetivamente realizada

Após as entrevistas a pesquisadora agendou a data para a observação do real trabalho no atendimento ao cliente com feridas.

A pesquisadora utilizou a técnica de observação (Iida, 1990; Dull e Weerdmeester, 1995; Gérin et al., 2001) para a verificação da postura corporal adotada pelas trabalhadoras de enfermagem na execução do atendimento ao cliente com ferida na Sala de Curativos (Apêndice 5). Os procedimentos foram registrados por meio de técnica de filmagem e fotografia e posteriormente foram descritos nas categorias: posição do dorso, andando, em pé, abaixada sobre as pernas e sentada. A partir das imagens analisadas foram descritas as atividades e o tempo gasto na execução na troca de curativo (Quadros de 14 a 19).

A pesquisadora para a observação das atividades efetivamente realizadas seguiu os seguintes passos:

1- encontrava-se na SC 10 minutos antes do início dos trabalhos, fazia as mensurações do espaço físico com trena de 5mts, fotografava (Sony, 8.1 mega pixels) o ambiente de trabalho, o mobiliário e equipamentos utilizados (Apêndice 5);

2- observou a tarefa de agendamento do cliente: marcação do horário e dia do atendimento;

3- observou a atividade do trabalhador durante o atendimento ao cliente com ferida, sendo que os procedimentos foram registrados por meio da técnica de filmagem e fotografia (Sony, 8.1 mega pixels), posteriormente foram categorizados e cronometrado o tempo (Cronômetro Technos YP2151/8P) em relação à atitude postural e o posicionamento do dorso, braços e pernas;

4- a reorganização do ambiente e o destino final dos materiais finalizaram a observação pela pesquisadora.

3.6 Instrumentos de coleta de dados

Para nortear a entrevista foram construídos instrumentos por meio de pesquisa em teses na área de saúde e trabalho (Marziale, 1995; Benatti, 1997; Abranches, 2005), tendo como finalidade caracterizar os trabalhadores e o trabalho de enfermagem, do ponto de vista ergonômico no atendimento ao cliente com feridas.

3.6.1 Validade de conteúdo dos instrumentos

Para a utilização dos instrumentos foi realizada a validade do conteúdo, que se preocupa em analisar minuciosamente o conteúdo do instrumento, tendo por finalidade verificar se os itens propostos constituem-se numa amostra representativa do assunto que se deseja medir. Para tanto esta avaliação foi realizada por peritos no assunto que sugeriram: manter, retirar, acrescentar ou modificar os itens (Lobiondo-Wood e Haber, 2001; Polit e Hungler, 2004;).

Os instrumentos foram submetidos em reunião presencial a comitê constituído por cinco juízes, com reconhecido saber na área e que atenderam a um dos seguintes critérios: ser pós-graduado e atuante nas áreas de saúde do trabalhador, ergonomia ou estomaterapia. O corpo de juizes, composto por 100% de enfermeiros, obteve a interação e mescla dos saberes, tornando o conhecimento abrangente para a validação do conteúdo dos instrumentos, do ponto de vista da ergonomia, saúde do trabalhador e atendimento ao cliente com feridas.

Após a exposição sobre os objetivos da pesquisa, foi solicitado que os especialistas elaborassem sugestões quanto à: clareza: se os itens estão descritos de forma compreensível; pertinência: se os itens expressam verdadeira relação com a proposta do estudo em questão; abrangência: se

cada um dos grandes itens do instrumento contém todas as questões que permitam obter informações para atingir os objetivos de cada grande item.

3.6.2 Instrumento: entrevista com a gerente de enfermagem da Unidade

Básica de Saúde

O instrumento (Apêndice 3) foi desenvolvido para o levantamento de informações com a gerente de enfermagem da UBS sobre a estrutura física, recursos humanos e o planejamento da assistência de enfermagem na Sala de Curativos.

As sugestões feitas podem ser observadas na Fig. 3.

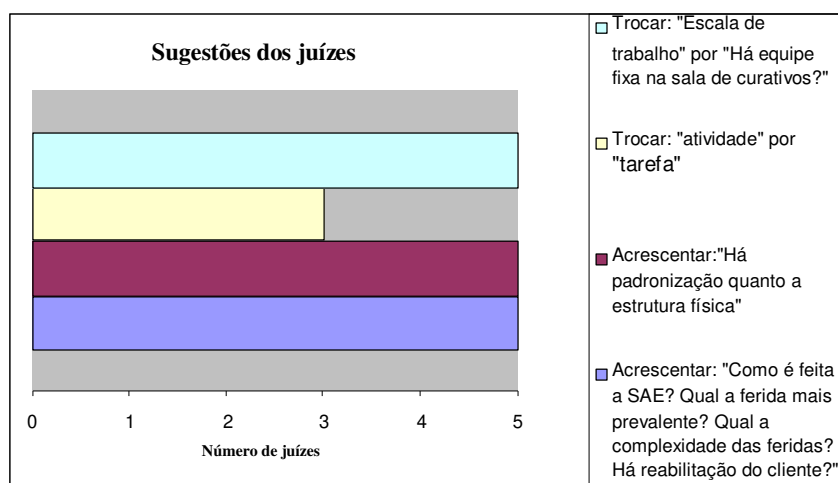


Figura 3 - Sugestões dos juízes na avaliação do instrumento para caracterizar o serviço de enfermagem na sala de curativo

3.6.3 Instrumento: entrevista com o trabalhador de enfermagem da Sala de Curativos

O instrumento para a entrevista com o trabalhador de enfermagem SC (Apêndice 4) constou de: dados gerais, dados ocupacionais, atividades e ambiente de trabalho.

As sugestões podem ser observadas na Fig. 4.

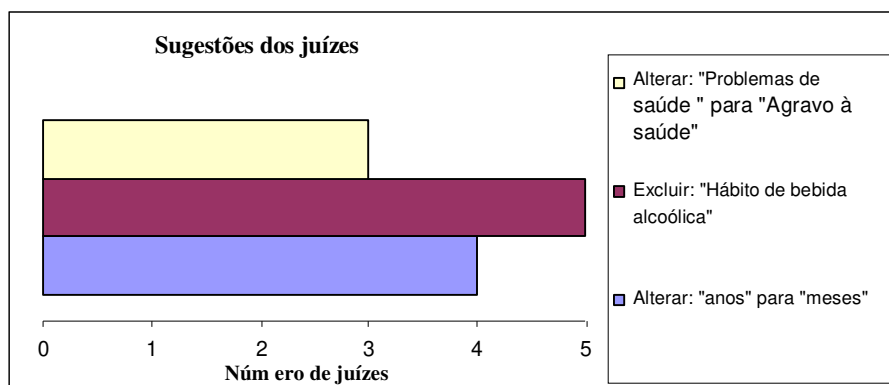


Figura 4 - Sugestões dos juízes na avaliação do instrumento para a análise ergonômica, das condições do local e da atividade efetivamente realizada

3.6.4 Roteiro para a observação pelo pesquisador da atividade de trabalho efetivamente realizada

A pesquisadora construiu para a observação sistematizada um roteiro (Apêndice 5), na fase de validação, três juízes, com formação na área de ergonomia, e com base na análise ergonômica proposta por Guérin et al. (2001), sugeriram que dentro da fase de observação da tarefa e, após a execução da atividade de atendimento ao cliente com ferida, se incluíssem os questionamentos:

1. Quais as dificuldades, do ponto de vista do trabalho em si, para a realização do atendimento ao cliente com ferida?
2. Quais as exigências para a realização do trabalho de enfermagem na SC?
3. Qual o conhecimento do trabalhador de enfermagem da SC sobre o tratamento de feridas?

As sugestões foram acatadas pela autora, os instrumentos foram adaptados e corrigidos, no mês de dezembro de 2007 antes do início da coleta de dados, foi realizado um pré-teste aplicado pela pesquisadora por meio de

entrevista em duas UBS não envolvidas no projeto, obtendo-se assim a versão final dos instrumentos (Apêndices 3, 4, 5).

3.7 Aspectos éticos

O projeto foi apreciado e aprovado sob o parecer Nº 442/2007 (anexo 1), homologado na VIII Reunião Ordinária do Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP), em 28 de agosto de 2007, seguindo os preceitos éticos da Resolução 196/96 e 251/97 do Conselho Nacional de Saúde (Ministério da Saúde, 1996).

As solicitações de autorização para a coleta de dados foram encaminhadas ao secretário de saúde de cada um dos seis municípios. Após a obtenção das autorizações com a designação da UBS referenciada, foi agendado com a gerente de enfermagem de cada uma delas, por via telefônica, o dia e horário para as entrevistas e coleta dos dados.(Apêndice 2)

Os trabalhadores de enfermagem SC, que aceitaram participar da pesquisa, leram e assinaram o TCLE (Apêndice 1) e, a seguir, por meio de entrevista com a pesquisadora, responderam ao questionário elaborado e validado pelo comitê de juízes.

4. Resultados

4.1 Entrevista com a gerente de enfermagem da Unidade Básica de Saúde (Apêndice 3)

As entrevistas com as gerentes de enfermagem das seis UBS foram por meio do questionário denominado “Entrevista com a gerente de enfermagem da UBS”, foi dividido em três tópicos: estrutura física da SC, recursos humanos da SC e o planejamento da assistência de enfermagem (Apêndice 3),

4.1.1 - Estrutura física da Sala de Curativos

O Quadro 2 apresenta a estrutura física da SC segundo a padronização, dimensões das salas e sua compatibilidade com a atividade desenvolvida.

Quadro 2 - Estrutura física da Sala de Curativos segundo a padronização, dimensões e compatibilidade com a atividade desenvolvida, 2008

Sigla	Padronização da estrutura física	Dimensões do espaço	Dimensões / Atividade
A	Não	Sala 1- 8,00 m ² Sala 2 - 7, 60 m ²	Não
B	Sim	16, 80 m ²	Não
C	Não	6, 86 m ²	Não
D	Não	8, 75 m ²	Não
E	Não	21,00 m ²	Sim
F	Não	12,00 m ²	Sim

4.1.2 O tanque “lava pé”

Nessa pesquisa foi encontrado na estrutura física das Salas B, D e E o tanque “lava pé”. Refere-se a um tanque de alvenaria construído com a finalidade de limpeza do membro, principalmente as pernas, já em outras áreas do corpo para a coleta do líquido drenado durante a limpeza utilizava-se lençóis, bacias ou “balde” revestido com saco branco (infectante) duplo.

A construção de alvenaria não segue padronização. Na Sala B tem as seguintes dimensões: 1,60 m², 30 cm de altura com 12cm de profundidade, o revestimento interno do tanque é de fibra de vidro de cor bege, foi adaptado um chuveiro, assim a água era aquecida para a limpeza da ferida. A higienização do tanque “lava pé” com hipoclorito de sódio a 1% era feita após cada atendimento.



Figura 5 – Cliente com o membro no tanque “lava pé” utilizado na Sala de Curativos “B”

A gerente de enfermagem da Sala D relatou que após visita a UBS da Sala B, em busca de conhecimento para a adequação do serviço de referência de atendimento ao cliente com ferida do seu município, solicitou a construção do tanque “lava pé” com as seguintes medidas: 1,80 m², 63 cm de altura com 17 cm de profundidade; era revestido com granilite de cor amarela, sendo essa altura considerada desconfortável pela trabalhadora da Sala D.



Figura 6 – Trabalhadora na atividade utilizando o tanque “lava pé” na Sala de Curativos “D”

Na Sala E a gerente não sabia dizer por que se construiu o tanque “lava pé”, mas justificou não utiliza-lo.

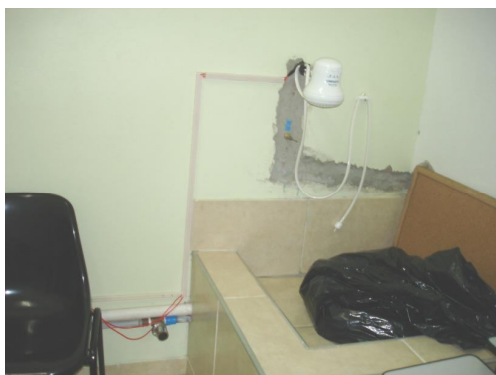


Figura 7 – Desativação do tanque “lava pé” na Sala de Curativos “E”.



Figura 8 - “Balde” revestido com saco branco duplo para coletar líquido drenado na limpeza da ferida na Sala de Curativos “E”

Nas Salas A e F era utilizado bacias de inox ou lençol para coletar o líquido drenado da limpeza; as bacias eram lavadas e esterilizadas após seu uso, a lavagem dos lençóis dava-se nas lavanderias dos hospitais dos respectivos municípios.

Na Sala C a bacia de inox era revestida com saco branco (infectante) na coleta do líquido drenado da limpeza, ao término do procedimento o saco infectante era fechado com um nó e desprezado no lixo infectante; após o uso a bacia era lavada na sala de materiais.



Figura 9 - Bacia de inox revestida com saco infectante na Sala de Curativos "C"

4.1.3 Adequação do mobiliário

As gerentes da Sala A e C consideraram que, apesar do espaço físico ser pequeno, o mobiliário estava distribuído adequadamente.

A inadequação e a má distribuição do mobiliário foi referido pelas gerentes das Salas B, D, E e F, as entrevistadas ressaltaram a inadequação por haver mobiliário desnecessário; a gerente da Sala B colocou que havia uma divisória porém o atendimento era individual; dois armários que guardavam diferentes materiais por não ter espaço no almoxarifado e ainda uma seladora de papel grau cirúrgico para a esterilização, ou seja, além do atendimento ao cliente com feridas a sala era utilizada para guarda de equipamentos e estoque de material.



Figura 10 - Seladora de papel grau cirúrgico para esterilização na Sala de Curativos “B”.



Figura 11 - Armário para guarda de material na Sala de Curativos “B”.



Figura 12 – Recipiente armazenando gazes e instrumental esterilizado na Sala de Curativos “B”



Figura 13 - Divisória na Sala de Curativos “B”

A gerente da sala D considerou o mobiliário inadequado, havia uma mesa de anotações, um carrinho de curativo e uma pia; quando o cliente vinha de maca ou cadeira de rodas era atendido em um consultório por não haver mais espaço, porém solicitou uma antiga cadeira de dentista para o cliente ficar confortável em frente ao tanque “lava pé”.



Figura 14 - Cadeira de dentista utilizada para o conforto do cliente na Sala de Curativos “D”.

A gerente da sala F afirmou que as trabalhadoras resistentes a mudanças para reorganização da distribuição do mobiliário; esclareceu a presença de ferrugem na maca e na escadinha porque não havia cuidado com o mobiliário pelo serviço de higienização e limpeza, era necessário colocar calço na maca e encostá-la na parede; havia pedido, sem ser atendida, troca dos mesmos para a administração da prefeitura; havia um armário suspenso na parede sem utilização dificultando a passagem.



Figura 15 – A maca e a escada apresentando ferrugem na Sala de Curativos “F”



Figura 16 - Armário desativado na Sala de Curativos “F”

4.1.4 Percepção da iluminação, ruído e temperatura da sala

O Quadro 3 apresenta a percepção quanto a adequação e intensidade da iluminação, ruído e temperatura da Sala de Curativos.

Quadro 3 - Adequação e tipo Iluminação, ruído e temperatura da SC, 2008

Sala	Iluminação da sala	Ruído da sala	Temperatura da sala
A	Adequada. Iluminação mista	Intenso	elevada
B	Adequada. Iluminação mista	Intenso	elevada
C	Inadequada. Luz fria	Ausente	elevada
D	Adequada. Iluminação mista	Ausente	elevada
E	Adequada. Iluminação mista	Intenso	amena
F	Adequada. Iluminação mista	Moderado	elevada

As gerentes acreditavam ter nas salas adequada luminosidade para o atendimento ao cliente com feridas. A iluminação durante todo o trabalho era mista: luz natural e luz fria, somente a gerente da Sala D alegou a utilização de um foco luminoso extra na avaliação do leito da ferida.

O ruído foi considerado pelas entrevistadas como intenso nas Salas “A, B, E” e proveniente de fatores externos como, localização central das UBS e o trânsito intenso de veículos.

As Salas A1 e A2 estavam localizadas em frente a uma avenida muito movimentada utilizada de acesso a uma rodovia, ao lado da delegacia central do município e ao fundo passava a linha de trens de carga, justificando o ruído intenso.

A Sala F estava localizada ao lado da sala do dentista, o motor era utilizado continuamente acionando automaticamente o compressor no lado de fora da UBS, porém encostado na parede externa da sala, havendo ruído moderado constante.

As gerentes alegaram que além do ruído externo, havia também o interno, causado pela movimentação diária dos clientes nos corredores em frente às salas. . A temperatura foi considerada elevada nas Salas “C e D”, como estratégia para a diminuição utilizava-se trabalhar com a porta aberta e biombo bloqueando a visibilidade interna, mas permitindo a circulação de ar.

A Sala E era considerada arejada de grande dimensão e seis vitrôs, mas utilizava-se também a estratégia das Salas “C e D”.

A utilização de ventiladores foi encontrada em todas as salas.



Figura 17 - Biombo utilizado na Sala de Curativos "D".

As entrevistadas afirmaram haver o dispositivo de descarte de material pérfuro cortante, somente na Sala E estava fixo na parede conforme recomendação, nas outras quatro unidades, estava sobre a bancada. A Sala F utilizava lata do tipo "leite ninho", a gerente referiu ser uma medida de economia administrativa de saúde do município.



Figura 18 - Dispositivo de descarte da Sala de Curativos "F".



Figura 19 - Dispositivo de descarte da Sala de Curativos “C”.

4.1.5 Recursos humanos

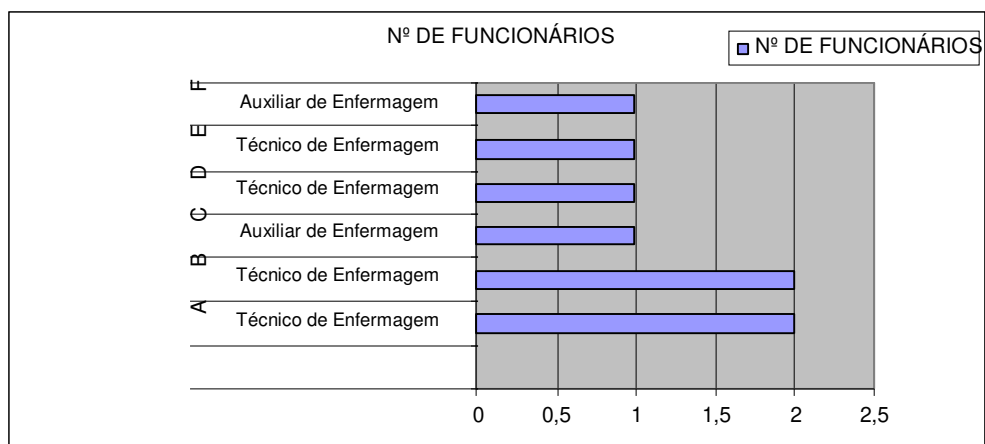


Figura 20 - Formação profissional e número de trabalhadores das SC

Os recursos humanos da SC tinham formação em técnico de enfermagem, somente um auxiliar de enfermagem na Sala C e a prefeitura onde estava localizada a Sala F a trabalhadora era contratada como auxiliar de enfermagem, mas tinha a formação de técnico de enfermagem.

4.1.5.1 Rotatividade no trabalho e equipe

Observou-se que somente na Sala F a escala de trabalho não era fixa e a rotatividade de trabalhadoras era semanal.

4.1.5.2 Horário de trabalho e tipos de pausas

As trabalhadoras tinham contrato de trabalho de quarenta horas semanais, oito horas diárias e pausa formal de uma hora de almoço, somente na Sala F o horário era de nove horas diárias compensando os feriados prolongados.

4.1.5.3 Tarefas prescritas e atividades extras executadas

O quadro 4 apresenta a ocorrência de tarefas prescritas e as especificações das atividades extras executadas no trabalho de enfermagem na SC.

Quadro 4 – As tarefas prescritas e atividades extras executadas pelos trabalhadores das SC, 2008

Sala	Tarefas prescritas	Atividades extras
A	Não tem	Sim. Sala de material, esterilização, medicação, inalação, triagem.
B	Não tem	Sim. Sala de material, esterilização, medicação, sinais vitais, acolhimento, sala ginecologia.
C	Não tem	Sim. Sala de material, esterilização, arrumar consultórios.
D	Não tem	Sim. Sala de material, esterilização, colher papa Nicolau, eletrocardiograma, acolhimento.
E	Não tem	Sim. Sala de material, esterilização acolhimento, colher papa Nicolau, tratamento de estomas.
F	Não tem	Sim. Sala de material, esterilização, sinais vitais, acolhimento.

As gerentes de enfermagem afirmaram não ter por escrito as tarefas a serem realizadas pelos trabalhadores, estavam sendo cobradas pelo COREN o manual de rotinas e procedimentos; todos os trabalhadores realizavam outras atividades de trabalho; nas resposta de todas as trabalhadoras as atividades

extras da limpeza e esterilização do material utilizado. Na Sala E a trabalhadora prestava assistência aos clientes com estomas.

4.1.6 Planejamento da assistência de enfermagem

4.1.6.1 Capacitação para o trabalho

As gerentes das Salas “A,B,E” afirmaram que a capacitação para o trabalho na SC foi efetivada pela assessoria técnica educacional das empresas que comercializam coberturas com tecnologia; as gerentes das Salas “C,D,F” afirmaram capacitar o trabalhador na admissão e durante o atendimento ao cliente com feridas.

4.1.6.2 A Sistematização da Assistência de Enfermagem : avaliação e evolução

A Sistematização da Assistência de Enfermagem não era realizada em quatro das Unidades Básica de Saúde, as gerentes das Salas A e F referiram fazer no primeiro atendimento ao cliente a avaliação sistematizada, e eventualmente no decorrer do tratamento, quando era solicitado pela trabalhadora da sala. A pesquisadora solicitou os protocolos dos clientes onde estava descrito os passos da SAE: histórico de enfermagem, o exame físico, a prescrição e a evolução de enfermagem, porém as duas gerentes não disponibilizaram os documentos para a pesquisa, ambas justificaram estarem atualizando os mesmos.

4.1.6.3 Tipo de ferida prevalente no cliente usuário da sala de curativos

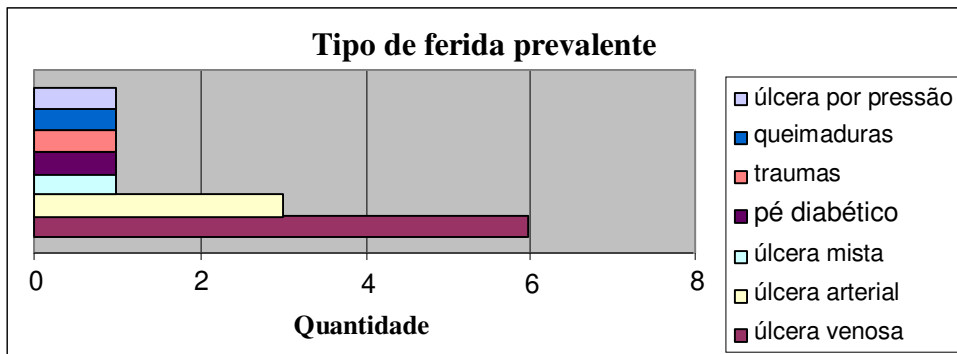


Figura 21 - Tipo de ferida prevalente na Sala de Curativos pesquisadas.

As entrevistadas referiram as úlceras venosas como as feridas mais prevalentes, seguida pelas úlceras de origem arterial.

4.1.6.4 Grau de complexidade das feridas encontradas

As gerentes consideraram alto o grau de complexidade das feridas, somente a Sala F não era referência para o tratamento de clientes com ferida do seu município.

4.1.6.5 Levantamento estatístico dos curativos diários

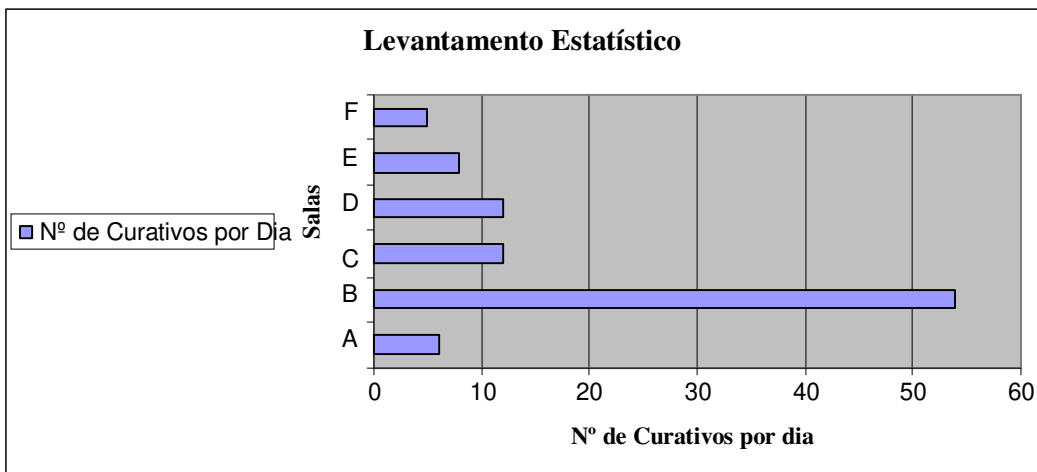


Figura 22 - Levantamento estatístico dos curativos diário, 2008

A Sala B tinha o maior número de curativos por dia, executando em média 55, era a cinco anos referência no município. A Sala E atendia somente às segundas feiras no dia de atendimento da cirurgiã vascular.

4.1.6.6 Utilização de cobertura com tecnologia

Todas as gerentes afirmaram a utilização de coberturas com tecnologia no tratamento de feridas. A gerente da Sala F somente utilizava quando o cliente entrava com ação judicial e, após algumas semanas era comprado pela prefeitura como “medicamento especial”, na época eram utilizadas apenas por três clientes.

4.1.6.7 Trabalho de prevenção e reabilitação do cliente com feridas

O trabalho de prevenção e reabilitação do cliente com feridas era feito somente na Sala B após a cicatrização das feridas de origem venosas o cliente recebia uma meia elástica, a gerente fazia acompanhamento mensal do cliente, com orientações quanto ao auto-cuidado e avaliação da necessidade de troca da meia, afirmou ser utilizada também como medida econômica pelo alto custo desse cliente ao município.

4.1.7 Colocações adicionais com as gerentes de enfermagem

Ao finalizar a entrevista com as gerentes de enfermagem foi dada a abertura para as colocações adicionais referentes ao trabalho em Sala de Curativos.

O Quadro 5 aborda na íntegra a fala das gerentes quanto às colocações adicionais.

Quadro 5 - Colocação adicional das gerentes de enfermagem

Sala	Colocação adicional das gerentes de enfermagem
A	Sente-se sozinha nesse trabalho, não há suporte, encaminha para o médico vascular que só medica e devolve o cliente.
B	Há muito trabalho a ser feito na sala de curativos: adequação da sistematização de enfermagem, reabilitação do cliente e reforma do espaço físico.
C	Está programando uma capacitação para o cuidado do cliente com feridas para as trabalhadoras de nível técnico e auxiliares de enfermagem, para o segundo semestre de 2008. É a única enfermeira com especialização na área: pós-graduação em estomaterapia, em 2007.
D	Os profissionais de saúde deveriam receber capacitação do governo. Deveria haver uma equipe que cuidasse desse cliente.
E	Deveria haver maior capacitação profissional. Não há continuidade na capacitação.
F	Infelizmente não há uma rotina de trabalho, há falhas técnicas e falta de treinamento.

Nas colocações adicionais das gerentes observou-se a preocupação com capacitação para cuidar do cliente com ferida e a reorganização do trabalho; também angústia por ausência de suporte médico para o atendimento desse cliente muitas vezes sem controle das co-morbidades e ferida crônica de difícil cicatrização. Somente uma gerente colocou a necessidade da adequação da sistematização ao cliente com feridas.

4.2 Entrevista com o trabalhador de enfermagem da Sala de Curativos (Apêndice 4)

A população deste estudo é formada por oito trabalhadoras de enfermagem, todas do sexo feminino, atuavam na SC no atendimento ao cliente com feridas em sete UBS localizadas em seis municípios do estado de São Paulo; não houve recusa para participar da entrevista. As trabalhadoras receberam uma sigla conforme a denominação da SC em que trabalhava.

O instrumento de coleta de dados (Apêndice 4) está dividido em quatro tópicos: dados gerais, dados ocupacionais, atividade de trabalho e ambiente de trabalho e os resultados estão descritos a seguir.

4.2.1 Dados gerais

4.2.1.1 Idade das trabalhadoras da Sala de Curativos

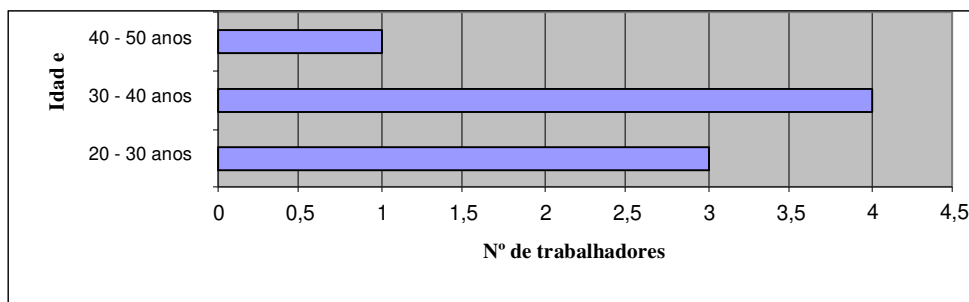


Figura 23 - Faixa etária das trabalhadoras da SC, 2008

Observou-se quanto à faixa etária das oito trabalhadoras pesquisadas: quatro estavam entre 30 a 40 anos, três delas de 20 a 30 anos e somente uma tinha mais de 40anos. (D.P. = 8,10 e idade de 21 a 46 anos).

4.2.1.2 Hábitos de vida

Tabela 1 - O Índice de Massa Corpórea e hábitos de vida das trabalhadoras da Sala de Curativos, 2008

Sigla	IMC (Kg/m ²)	Hábito de Fumar	Prática de atividade Física	Lazer
A1	17,96	Não	Não	Nao
A2	21,09	Não	Sim	Não
B1	21,36	Não	Não	Sim
B2	37,63	Não	Sim	Sim
C	25,78	Não	Não	Sim
D	29,4	Não	Não	Sim
E	23,3	Não	Não	Não
F	34,6	Não	Não	Sim

. (D.P. = 6,95, IMC variando entre 17,96 e 37,63);

As trabalhadoras apresentavam quanto ao Índice de Massa Corpórea: índice normal em três, uma com obesidade grau I e hipertensão, referindo fazer tratamento medicamentoso sem atividade física não seguindo dieta adequada; uma com obesidade grau II e a maior idade do grupo, 46 anos, havia parado de fumar a cinco meses e iniciado a prática de caminhada meia hora em quatro vezes na semana; uma estava com sobrepeso associado ao sedentarismo, sendo

fator de risco para as doenças cardiovasculares; uma estava na faixa de desnutrição, referindo estar associada ao agravo à saúde de ter tido pancreatite, já tratada, e que resultou no único afastamento do trabalho da população estudada.

Somente duas trabalhadoras faziam caminhadas como atividade física. Quanto ao questionamento sobre lazer, cinco trabalhadoras referiam ter lazer e foram descritos como: ir ao parque de domingo à tarde com os filhos, ver televisão, navegar na Internet, assistir filmes, fazer palavras cruzadas e ir à igreja; três delas acreditavam não ter nenhum tipo de lazer.

4.2.1.3 Agravo à saúde

Os problemas respiratórios alérgicos, como rinite e bronquite, foram referidos por duas trabalhadoras; uma referiu como agravo a saúde úlcera gástrica, em tratamento, associou este agravo ao estresse de ser aluna de graduação em enfermagem e trabalhadora; uma trabalhadora apresentou pancreatite tratada quatro meses antes da entrevista; nenhuma das entrevistadas referiu o hábito de fumar, somente uma trabalhadora referiu ser ex-fumante há três meses.

4.2.1.4 Escolaridade

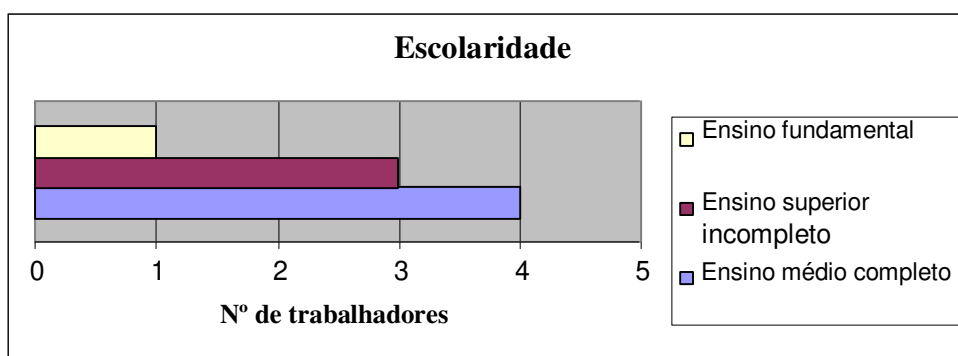


Figura 24 - Grau de escolaridade das trabalhadoras da SC, 2008

Quanto ao grau de escolaridade da população estudada somente uma trabalhadora era auxiliar de enfermagem, sete eram técnicas de enfermagem e

destas três freqüentavam a graduação em enfermagem, duas estão no primeiro ano da graduação e uma concluiria o curso em julho de 2008.

4.2.1.5 Uso da Internet

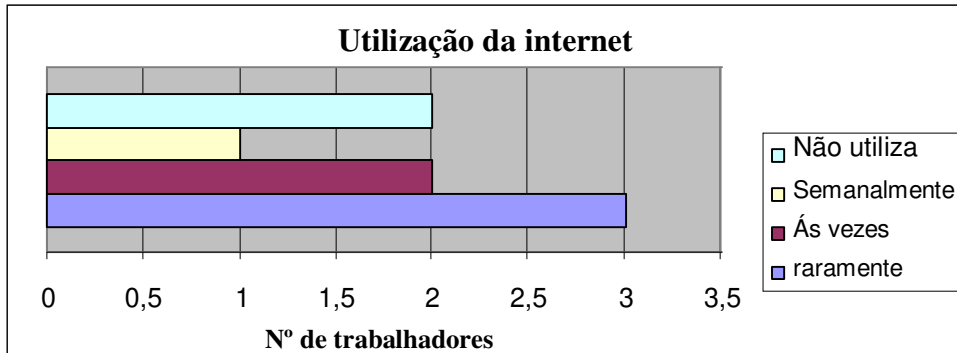


Figura 25 - Frequência de utilização da Internet pelas trabalhadoras da Sala de Curativos, 2008

Não era hábito freqüente das trabalhadoras da SC a utilização desta ferramenta de informação: somente uma utilizava esse instrumento semanalmente; uma referiu utilizá-lo às vezes no trabalho; três utilizavam raramente e duas não utilizavam este instrumento.

4.2.1.6 Dados ocupacionais

Tabela 2 – Categoria do trabalhador, o tempo de trabalho na enfermagem e na Sala de Curativos, 2008

Sigla	Tempo de trabalho na enfermagem (meses)	Tempo de trabalho na sala de curativos (meses)
A1	58	24
A2	84	18
B1	84	48
B2	96	36
C	108	36
D	9	9
E	72	36
F	94	84

(D.P. = 30,95 e tempo de trabalho na enfermagem de 9 a 108 meses)

(D.P. = 22,82 e tempo de trabalho na SC de 9 a 84 meses)

Quadro 6 - Acidente e afastamento do trabalho

Sigla	Acidente de trabalho	Afastamento do trabalho
A1	Não	Sim. Pancreatite
A2	Não	Não
B1	Sim. Perfuro cortante	Não
B2	Sim. Sangue no rosto	Não
C	Não	Não
D	Não	Não
E	Não	Não
F	Nao	Nao

Os acidentes ocorreram somente na Sala B, com as duas trabalhadoras, B1 teve acidente perfuro cortante com lâmina durante desbridamento e B2 acidente pelo respingo de sangue no rosto por extravasamento de uma arteríola da ferida. Houve afastamento do trabalho somente de A1 por ter tido pancreatite.

Quadro 7 – Tempo de trajeto e o tipo de transporte do trabalhador da residência para o trabalho, 2008

Sigla	Tempo no trajeto de trabalho (em minutos)	Tipo de transporte para o trabalho
A1	20	Moto
A2	60	Ônibus de linha (outra cidade)
B1	15	Carro (carona)
B2	20	Carro próprio
C	15	A pé
D	40	A pé
E	60	Ônibus de linha (outra cidade)
F	40	Ônibus de linha (outra cidade)

(D.P. = 19,04 e tempo variando entre 15 e 60 minutos)

As trabalhadoras demoravam de 15 a 60 minutos para ir ao trabalho, somente duas, moradoras de outros municípios, utilizavam ônibus de linha e demoravam o maior tempo no trajeto.

4.2.1.7 Atividade de trabalho

No Quadro 8 há a descrição de esforço físico, mental, e de concentração na realização da tarefa de atendimento ao cliente com ferida, assim como as principais dificuldades encontradas pelos trabalhadores.

Quadro 8 – Esforço físico, mental, concentração e as principais dificuldades para a realização da tarefa, 2008

Sigla	Esforço físico na realização da tarefa	Esforço mental na realização da tarefa	Concentração para a realização da tarefa	Principais dificuldades para realizar a tarefa
A1	Não	Sim. Relacionamento com o cliente e família	Sim. Avaliação da ferida	Orientação para a adesão do cliente e família ao tratamento
A2	Sim. Postura física	Sim. Relacionamento com o cliente e família	Sim. Avaliação da ferida	Orientação para a adesão do cliente e família ao tratamento
B1	Sim. Mobilização do cliente	Sim. Relacionamento com o cliente e família	Sim. Avaliação da ferida	Orientação para a adesão do cliente e família ao tratamento
B2	Sim. Mobilização do cliente	Sim. Relacionamento com o cliente e família	Sim. Avaliação da ferida e o desbridamento.	Orientação para a adesão do cliente e família ao tratamento
C	Não	Sim. Avaliação da ferida	Não	Número limitado de coberturas especiais.
D	Sim. Mobilização do cliente.	Não	Sim. Na utilização da cobertura com tecnologia	Não encontro dificuldades.
E	Não	Não.	Não	Número limitado de coberturas especiais
F	Não	Sim. Material que utilizará	Sim. Risco de levar contaminação para o cliente	Não encontro dificuldades.

4.2.2 Capacitação para a tarefa de cuidar do cliente com ferida

O Quadro 9 apresenta o ano de capacitação inicial, local onde foi realizada e por quem, assim como sua adequação para o trabalho no atendimento ao cliente com ferida na Sala de Curativos.

Quadro 9 – Ano de capacitação, local, responsável e adequação, 2008

Sigla	Capacitação Inicial	Adequação da Capacitação
A1	2006. Na UBS / Empresa	Sim
A2	2006. Na UBS / Empresa	Sim
B1	2002. Enfermeira da UBS	Sim
B2	2004. Enfermeira da UBS	Sim
C	Não recebeu	Sim
D	2007. Enfermeira da UBS	Não
E	Não recebeu	Não
F	Não recebeu	Sim

4.2.2.1 A adequação dos materiais

As trabalhadoras consideram os materiais utilizados no atendimento ao cliente com feridas como adequados na qualidade, porém as trabalhadoras D e E consideram-nos inadequados na quantidade, alegando que o número de coberturas com tecnologia eram insuficiente.

4.2.2.2 Equipamento de Proteção Individual

Quadro 10 – Equipamento de Proteção Individual na realização do curativo e utilização, 2008

Sigla	Equipamento de Proteção Individual	Utilização
A1	Avental, máscara, luvas de procedimento, óculos de proteção.	Sim, óculos eventualmente.
A2	Luvas de procedimento, máscara, óculos de proteção e avental.	Sim, máscara para odor
B1	Luvas de procedimento, máscara e avental.	Sim, máscara eventualmente
B2	Luvas de procedimento e óculos	Sim, óculos que uso algumas vezes.
C	Luvas de procedimento e luvas estéreis quando o curativo é cirúrgico	Sim
D	Luvas de procedimento, avental e máscara	Sim, máscara eventualmente.
E	Luvas de procedimento, avental e óculos de proteção.	Sim, óculos eventualmente
F	Luvas de procedimento e estéreis e avental	Sim

4.2.2.3 Ambiente de trabalho

Quadro 11 apresenta o risco para o trabalhador no atendimento ao cliente com feridas em Sala de Curativos.

Quadro 11 – Risco para o trabalhador na SC, 2008

Sigla	Risco para realização do trabalho
A1	Não
A2	Sim. Contaminação
B1	Sim. Contaminação
B2	Sim. Contaminação
C	Não
D	Não
E	Não
F	Sim. Contaminação

O Quadro 12 apresenta o conforto e adequação do ambiente e espaço físico e a adequação do mobiliário para o trabalhador na Sala de Curativos.

Quadro 12 – Conforto do ambiente, adequação do espaço físico e do mobiliário, 2008

Sigla	Conforto do ambiente físico	Adequação do espaço físico	Adequação do mobiliário
A1	Não	Inadequado	Inadequado
A2	Não	Inadequado	Adequado
B1	Sim	Inadequado	Inadequado
B2	Não	Inadequado	Inadequado
C	Não	Inadequado	Inadequado
D	Não	Inadequado	Adequado.
E	Sim.	Inadequado	Adequado
F	Sim	Adequado	Adequado

O Quadro 13 apresenta a adequação da iluminação, ruído e temperatura da Sala de Curativos.

Quadro 13 - Percepção da trabalhadora quanto a iluminação, ruído e temperatura da Sala de Curativos, 2008

Sigla	Adequação da iluminação	Percepção do ruído	Percepção da temperatura
A1	Adequada	Intenso	elevada
A2	Inadequada	Intenso	elevada
B1	Inadequada	Moderado	elevada
B2	Inadequada	Moderado	elevada
C	Inadequada	Moderado	elevada
D	Adequada	Moderado	elevada
E	Adequada	Intenso	elevada
F	Adequada	Moderado	elevada

4.3 Análise Ergonômica do trabalho: observação da pesquisadora

A pesquisadora chegava dez minutos antes do início dos trabalhos na SC e solicitava permissão para a mensuração do espaço físico (trena de 5 metros) anotava no formulário de pesquisa (Apêndice 5) e fotografava a disposição do mobiliário no ambiente.

A observação da atividade de trabalho foi feita do primeiro cliente até o término dos trabalhos e foi descrita a seguir.

4.3.1 Atividade efetivamente realizada no atendimento de enfermagem ao cliente com feridas

Observou-se que o atendimento ao cliente com feridas na SC envolveu as seguintes etapas:

- o início das atividades com a verificação da agenda e checagem do material;
- receber o cliente: acomodá-lo na sala, separar o material necessário;
- lavar as mãos;
- calçar as luvas para retirar curativo secundário observando a saturação e a qualidade do exsudato e desprezando-o, trocar as luvas, retirar o curativo primário;
- a limpeza da ferida, avaliando no leito os tecidos presentes, assim como a borda e a peripele;
- seguir a prescrição médica ou da enfermeira para a realização do curativo primário e secundário;
- orientar o cliente e entregar materiais para o curativo secundário;
- agendar o próximo atendimento, relatar no livro.

Pode-se observar nesta pesquisa que a úlcera de origem venosa foi à ferida mais prevalente, encontrada em 100% das respostas das gerentes de enfermagem, seguida pelas úlceras arteriais em 50% das respostas, o que foi confirmado na fase de observação, optou-se, portanto, descrever a atividade das trabalhadoras no atendimento ao cliente com esses acometimentos nas seis UBS.

4.3.1.1 Observação da atividade efetivamente realizada pela trabalhadora

“A1”

Na UBS A existem duas SC e duas técnicas de enfermagem (A1 e A2) com escala de trabalho fixa em cada sala. A observação da atividade de A1 iniciou-se às 12h30min após o retorno do horário de almoço. Enquanto aguardava a cliente, esclareceu que junto com A2 faziam as requisições para o almoxarifado e a farmácia, checavam quais materiais e medicamentos eram necessários e preenchiam as requisições; gastaram 25 min nessa tarefa.

No dia agendado para a observação da atividade de trabalho na SC a trabalhadora A2 não compareceu ao trabalho, portanto não foi observada a realização de sua tarefa.

O primeiro atendimento iniciou-se às 13h05min, sendo realizados dois curativos de úlcera venosa (duração 44 e 41 min respectivamente), e uma retirada de pontos de cesariana (duração de 15 min) com o término dos atendimentos às 15h10min, houve uma pausa informal de 10 min para o café.

Foi gasto na limpeza, secagem, no acondicionamento em tecido das bandejas, bacias e dos instrumentais e sua colocação na autoclave, um tempo de 20 minutos. A esterilização demorou 40 min, abriu-se a autoclave, deixando a retirada do material, por precisar de tempo para secagem completa, para o dia seguinte. O término das tarefas foi às 16h15min, com um total de observação de 2h para o atendimento e no total das atividades de 2h45min.

Quadro 14 - Descrição da atividade de trabalho de “A1” durante a troca de curativo em úlcera venosa e o tempo de execução, 2008.

Atividade de trabalho na troca de curativo de úlcera venosa (UV)	Tempo de execução (seg.)
Recebe o cliente na ante-sala, pergunta como esta, encaminhando-a para sentar-se na maca.	180
Abre o armário pegando os materiais: gazes, chumaço, soro fisiológico 0,9% (SF 0,9%) que fura com agulha 40x12, corta três tiras de fita adesiva com tesoura fixando-as, abre a atadura e a bandeja, colocando-os sobre o carrinho de curativo e após aproxima-o da maca;	360
Coloca um avental e máscara;	40
Lava as mãos com anti-séptico degermante e secam-nas no papel toalha;	60
Calça as luvas de procedimento;	20
Coloca a perna esquerda da cliente sobre a maca, retira a faixa de crepe e o curativo secundário de chumaço de gaze;	60
Avalia a saturação de exsudato e questiona ao cliente quantas vezes trocou por dia o curativo secundário e quanto havia de exsudado;	20
Retira e calça as luvas de procedimento;	20
Ajuda a cliente a colocar a perna esquerda apoiada na bandeja, ajeitando-a;	10
Retira o curativo primário com SF 0,9% em jato delicadamente;	30
Realiza a limpeza do leito da ferida com soro SF 0,9% em jato e gaze, avaliando a lesão e a peripele;	480
O líquido drenado na bandeja é desprezado na pia da ante-sala;	50
Retira as luvas;	10
Abre a cobertura com tecnologia, prescrita pela enfermeira, de tecido carbonizado com prata;	10
Calça luvas de procedimento;	10
Hidrata a peripele com Ácido Graxo Essencial (AGE);	15
Coloca e molda a cobertura primária no leito da ferida;	40
Cobre com o curativo secundário de chumaço e enfaixa com atadura de crepe, fixando-a com fita adesiva;	120
Orienta a cliente sobre a troca do curativo secundário e auxilia-a a descer da maca, separa e entrega material para a troca do curativo secundário em casa;	480
Anota no livro da ante-sala e agenda nova data;	30
Arruma a sala para o próximo atendimento e lava as mãos.	600
Total em segundos	2645



Figura 26 - Postura corporal da trabalhadora A1: em pé com a perna esquerda apoiada sobre a escadinha



Figura 27 – Postura corporal da trabalhadora A1: em pé



Figura 28 - Postura corporal da trabalhadora A1: em pé com dorso inclinado



Figura 29 - Postura corporal da trabalhadora A1 durante a lavagem das mãos



Figura 30 - Postura corporal da trabalhadora A1: em pé com o dorso inclinado da trabalhadora A1, a perna da cliente apoiada na bacia do carrinho de curativos

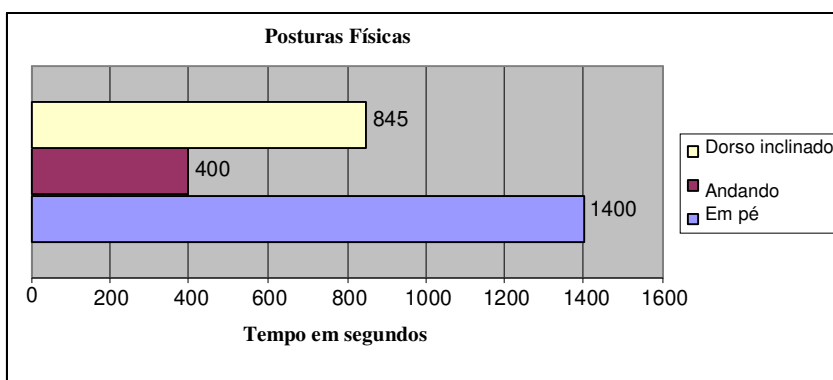


Figura 31 - Posturas corporal adotada pela trabalhadora A1 na execução do curativo de úlcera venosa

Na fase de entrevista A1 queixou-se do tempo que permanecia em pé, pelo gráfico verificou-se que além de ficar em pé ereta em 52,93% do tempo, ficou em pé na posição de dorso inclinado por 31,95% do tempo, também durante

a limpeza e avaliação da ferida apoiou a perna na escadinha sob a maca mantendo o dorso inclinado; andou somente por 15,12% do tempo de realização desse curativo.

Em termos gerais observou-se que a trabalhadora tomou decisões rapidamente, tendo habilidade em lidar com a cliente, outro ponto a se ressaltar, é que a trabalhadora tem dois anos de experiência no atendimento ao cliente com feridas nessa UBS e recebeu capacitação inicial da enfermeira para a realização dessa tarefa.

A pesquisadora após a saída da cliente questionou: quais as dificuldades do ponto de vista do trabalho em si, para realizar o atendimento ao cliente com feridas? Respondeu não ter dificuldade para realizar o procedimento de troca do curativo, mas tem dificuldade na orientação ao cliente, como no caso dessa cliente que não faz o repouso necessário, não troca o curativo secundário, portanto, não seguia as orientações, alegando que fazia todo o serviço de casa e ainda cuidava da filha.

A resposta sobre: quais as exigências para a realização do trabalho de enfermagem SC? Colocou que o cliente exige muito do trabalhador, alguns trazem os problemas de casa e na maioria das vezes, insolúveis, por exemplo, o marido alcoólatra ou filho drogado, às vezes utilizam curandeirismo, retiram o curativo feito na UBS e colocam ervas no leito da ferida, acreditava que procediam dessa maneira: resistentes as orientações não seguindo-as pelo nível baixo de educação.

Ao questionamento: qual o conhecimento do trabalhador de enfermagem da SC sobre o tratamento de feridas? Respondeu que era preciso ter ética, saber avaliar a ferida e encaminhar o cliente ao médico, no caso dessa cliente, ao cirurgião vascular, sempre que necessário, pois a ferida piora de um dia para o outro. Acrescentou ter aprendido a avaliação de feridas com a representante da empresa que fornecia as coberturas com tecnologia, era técnica de enfermagem e dava suporte técnico uma vez por semana na UBS com permissão da enfermeira.

4.3.1.2 Observação da atividade efetivamente realizada pela trabalhadora “B1”

Antes de se iniciar as observações, as trabalhadoras B1 e B2, acrescentaram que o trabalho de enfermagem na SC pressupunha diversas tarefas manuais desde a arrumação do ambiente, separação do material necessário, recebimento e estocagem dos materiais vindos do almoxarifado da prefeitura, separação e entregar de materiais para a troca do curativo na residência, como também a tarefa de limpeza e secagem do instrumental, acondicionando-o em papel grau cirúrgico e selando-o na seladora elétrica, devendo relacioná-lo em impresso próprio, encaminhando-o diariamente para ser esterilizado na central de material do hospital municipal. A trabalhadora B1 era responsável por essas tarefas, B2 auxiliava se necessário, assumindo as tarefas quando B1 não se encontra; eram responsáveis também pela triagem e avaliação das feridas, na presença de sinais de infecção ou piora na evolução era agendando atendimento com a médica.

Relataram que a tarefa mais desgastante era o atendimento a uma cliente com “úlceras venosas”, em ambas as pernas, referindo dor acentuada sem melhora na evolução cicatricial, demandando tempo maior na sua execução. Associaram-se a isso, questionamentos constantes da cliente e das filhas sobre o aumento da dor, o porquê não houve melhora da ferida, além de “interferirem” sobre qual a cobertura com tecnologia deveria ser usada, esse problema apresentou-se desde o início do tratamento. Fizeram reclamações sobre o cuidado efetivado por B2 e pela médica, levando as queixas até a Secretaria de Saúde, gerando a impossibilidade do atendimento da cliente por elas; relataram que o desgaste no relacionamento não foi só com a equipe da SC, mas também com as equipes de enfermagem e médica do hospital municipal onde a cliente ficou internada várias vezes.

Verificaram-se quatro atendimentos das 7h40min às 11h30min, sendo dois clientes com feridas crônicas: senhora de 63 anos com úlcera venosa em ambas as pernas e cliente idosa de 88 anos, acamada com úlcera por pressão, foi atendida na maca da ambulância dentro da SC; dois atendimentos de feridas agudas: uma mulher jovem encaminhada pelo hospital com queimadura solar na

perna direita e um trabalhador da construção civil no mesmo bairro da UBS que chegou com ferida por corte de vidro no braço direito.

A seguir será detalhada a atividade de trabalho de B1 durante o atendimento de cliente com diagnóstico médico de “úlceras venosas” em ambas pernas.

Quadro 15 - Descrição da atividade de trabalho de “B1” durante a troca de curativo em úlcera venosa e o tempo de execução, 2008

Atividade troca do curativo em “úlcera venosa”	Temp.execução (seg.)
Cumprimenta a cliente e a filha, encaminha-a para sentar-se na cadeira próxima ao tanque;	30
Separa o material e abre: gazes, chumaço, SF 0,9%, fita adesiva e as ataduras;	300
Lava as mãos com anti-séptico degermante e secam-nas em papel toalha;	60
Calça as luvas de procedimento;	15
Coloca a perna esquerda da cliente sobre a escadinha, retira as ataduras e curativo primário de chumaço e gaze;	60
Avalia a saturação de exsudato e questiona a cliente quantas vezes trocou no dia e qual a quantidade do exsudato;	40
Retira e calça luvas de procedimento;	20
Pede e auxilia a cliente a colocar a perna esquerda dentro do tanque;	30
Realiza a limpeza do leito da ferida com esponja com anti-séptico vagarosamente e depois “escorre” o soro SF 0,9% aberto, a lesão é da circunferência da perna, avalia e seca a peripele, a cliente mantém lamento baixo constante;	720
Auxilia a cliente a colocar a perna esquerda sobre a escadinha, a cliente mantém a queixa de intensa dor;	50
Retira e troca as luvas;	20
Coloca a perna direita sobre a escadinha e retira as ataduras e o curativo primário de chumaço de gaze;	50
Avalia a saturação de exsudato;	10
Retira e calça as luvas de procedimento;	15
Pede e auxilia a cliente a colocar a perna direita dentro do tanque;	30
Realiza a limpeza do leito da ferida com soro SF 0,9% aberto, a lesão tem 70% da circunferência da perna, refere dor e mantém um murmúrio;	420
Auxilia a cliente a colocar a perna direita sobre a escadinha, a cliente queixa de intensa dor;	50
Retira e troca as luvas;	15
Abre duas coberturas com tecnologia de hidrocolóide grande;	15
Coloca hidrogel no leito da ferida e molda a cobertura primária em toda a extensão da perna esquerda e enfaixa com duas ataduras para segurá-la;	300
Levanta-se, alonga a coluna e pega a outra cobertura de hidrocolóide;	15
Utiliza os mesmos tipos de coberturas, moldo-as no leito da ferida da perna direita e enfaixa com duas ataduras;	180
Auxilia a cliente a levantar-se da cadeira e andar;	20
Separa e entrega material para a troca do curativo secundário na residência, marca retorno no dia seguinte e despede-se;	300
Anota no livro o nº. do cartão cidadão e horário do curativo;	60
Organiza o material e a sala para o próximo atendimento, lava as mãos;	360
Total em segundos	3185

A trabalhadora B1 durante todo o tempo afirmou que o diagnóstico dessa cliente era de úlcera venosa, porém a dor intensa, o tamanho e a localização da ferida, necessitavam de diagnóstico médico preciso quanto à origem dessa úlcera. O diagnóstico médico efetivo faz com que o atendimento e as orientações sejam focados nas necessidades dessa cliente; a realização do atendimento em equipe multidisciplinar, preconizada na Política de Atenção Básica, associando o atendimento do psicólogo e da assistente social, talvez trouxesse maior esclarecimento a cliente e aos seus familiares, evitando o desgaste no relacionamento com a equipe.



Figura 32 - Postura corporal da trabalhadora B1: em pé dorso inclinado retirando o curativo primário



Figura 33 – Postura corporal de B1: em pé com o dorso totalmente inclinado utilizando o tanque “lava pé”



Figura 34 – Postura da trabalhadora B1: em pé com o dorso inclinado da utilizando o tanque “lava pé”



Figura 35 - Postura corporal da trabalhadora B1: em pé com o dorso inclinado na finalização do curativo



Figura 36 - Bancada da Sala B com o livro de anotação do atendimento ao cliente

A postura adotada pela trabalhadora B1 durante o atendimento a cliente com úlcera venosa está descrita na Figura 21.

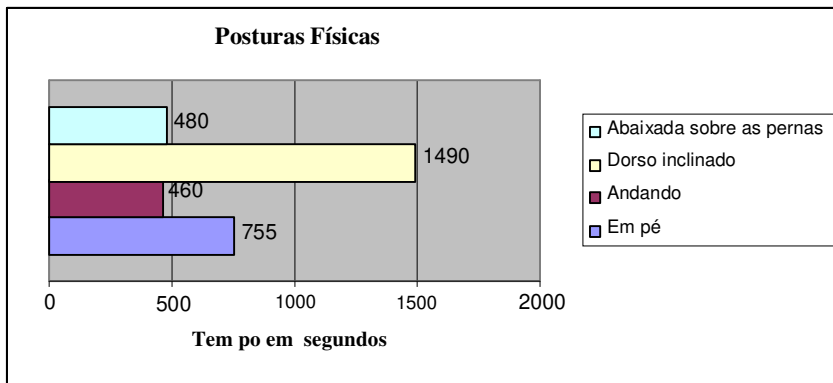


Figura 37 – Posturas corporais adotadas pela da trabalhadora B1 na execução do curativo de úlcera venosa

Verificaram-se as seguintes posturas corporais adotadas por B1 no atendimento a essa cliente: em pé 23,70%; em pé com o dorso totalmente inclinado 46,78%; abaixada sobre as pernas em 15,07% e andando em 14,45%, do tempo. Na fase de entrevista B1 não se queixou de esforço físico para a realização do curativo, podendo-se inferir o fato de ser jovem e o corpo não sentir tanto as posturas corporais desconfortáveis.

Deve-se enfatizar que o “tanque lava pé” foi um fator determinante para as posturas adotadas nesse atendimento e que a trabalhadora B1 atende nessas condições há cinco anos, considerando-o como um dos fatores da estrutura física que deveria ser reavaliado, assim como a gerente e a diretora de enfermagem também reconheceram que o tanque é “muito baixo”, porém, nenhuma das três havia solicitado até o término da coleta de dados qualquer alteração nessa estrutura.

Após a saída da cliente foi questionado: quais as dificuldades, do ponto de vista do trabalho em si, para realizar o atendimento ao cliente com feridas? Pontuou que o atendimento dessa cliente tornou-se mais difícil por ter diabetes e hipertensão arterial, além de ser obesa houve piora na evolução da lesão e aumento da dor. O médico clínico da cliente deu a enfermagem autonomia na realização do curativo, orientando que qualquer alteração era para encaminhá-la ao pronto atendimento do hospital; B1 afirmou que a principal dificuldade

encontrada é o relacionamento com a cliente e as filhas, elas não percebiam que os trabalhadores de saúde estavam fazendo o melhor possível.

Quanto à resposta sobre: quais as exigências para a realização do trabalho de enfermagem na SC? Colocou que o trabalho em si não era difícil, mas exigia atenção, acreditava que a maior exigência era desenvolver a tolerância e a paciência, sendo “religiosa católica” acreditava ser necessário o diálogo para o aprendizado, porém enfatizou que os clientes não são mais humildes e não aceitam que a melhora depende só deles, passando a responsabilidade aos trabalhadores de saúde que tem de dar o máximo de si; até as ações da prefeitura os clientes questionam, por exemplo, já que era fornecido o transporte para a UBS, os materiais e medicamentos usados no tratamento, por que não poderia ser dada alimentação nos dias de curativo?

Respondeu a pergunta: qual o conhecimento do trabalhador de enfermagem da SC sobre o tratamento de feridas? Teve a capacitação para esse atendimento na prática, durante os atendimentos realizados com a gerente de enfermagem, participou de dois cursos promovidos por empresas que comercializam coberturas com tecnologia, na cidade de Campinas, motivando-a a fazer a graduação em enfermagem para saber o porquê estava fazendo determinada técnica. Assim explicou o porquê fazia a limpeza da lesão com esponja de espuma com anti-séptico degermante, sendo contra indicado para feridas abertas, mas ela avaliava o aumento da quantidade de exsudato e do odor, utilizou-a para obter melhor resultado na limpeza, usando sua experiência diária na avaliação; a cliente referiu aumento da dor quando a limpeza era feita com a água quente do chuveirinho, passou a fazer com SF 0,9% totalmente aberto, só “escorrer” pela ferida, mas fez questão de afirmar que quando tem dúvidas sobre como proceder, chama a enfermeira.

4.3.1.3 Observação da atividade efetivamente realizada pela trabalhadora

“C”

As negociações iniciais para a realização das entrevistas foram feitas com a gerente de enfermagem, única das gerentes entrevistadas com especialização em tratamento de feridas, era estomaterapeuta concluído o curso em 2007, respondia também pelo atendimento domiciliário do município.

Na data as entrevistas iniciaram-se com a gerente às 10h15min com término às 11h e após com a trabalhadora C das 11h10min até às 11h55min, sendo marcado para o dia seguinte às 7h30min da manhã a fase de observação porque o maior número de atendimentos era nesse horário.

No horário agendado foi iniciada a observação da atividade da trabalhadora C na SC, porém fez questão de afirmar ter iniciado suas tarefas às 6h45min, arrumou os consultórios de ginecologia e cardiologia, quando a pesquisadora chegou às 7h20min estava colocando material na autoclave para a esterilização.

A trabalhadora C é auxiliar de enfermagem e afirmou não ter necessidade de fazer o curso técnico, trabalhava na prefeitura deste município há nove anos, relatou não receber capacitação anterior para realizar a tarefa de fazer curativo, e que executava a prescrição do médico ou da enfermeira. Quando o cliente vem por demanda espontânea, faz a limpeza da ferida e coloca a cobertura que acredita ser melhor, pede para ir à recepção e agendar o primeiro atendimento com a enfermeira, que irá orientá-la qual o procedimento a ser realizado.

Verificou-se que o espaço físico da sala é realmente reduzido para o atendimento, porém deve-se salientar a criatividade da trabalhadora C em trazer para o trabalho objetos que facilitavam suas tarefas e proporcionavam-lhe conforto, por exemplo, uma cadeirinha de 40 cm de altura com encosto de 30 cm, para sentar-se frente ao cliente quando não conseguiam subir na maca, como também um suporte de madeira revestido com material impermeável para apoiar as pernas dos clientes quando deitados na maca, proporcionava a trabalhadora uma postura corporal reta.

Quadro 16 - Descrição da atividade de trabalho da auxiliar de enfermagem “C” na troca de curativo em úlcera venosa com comprometimento arterial nas duas pernas e o tempo de execução, 2008

	Tempo de execução (seg.)
Atividade troca do curativo em úlcera mista	
Chama e cumprimenta o cliente perguntando-lhe como esta e encaminha-o para sentar-se na cadeira entre o biombo e a maca e auxilia-o a colocar as muletas encostadas na parede;	60
Separa o material e abre: gazes, chumaço, SF 0,9%, fita adesiva e a atadura de crepe sobre a bancada sempre conversando com o cliente;	180
Lava as mãos com sabão líquido e secam-nas em papel toalha;	60
Calça as luvas de procedimento sentando-se na cadeirinha em frente ao cliente;	20
Põem a perna esquerda do cliente sobre a escadinha, dentro de um saco branco infectante, retira a atadura e o curativo primário de chumaço de gaze desprezando-o dentro do saco;	60
Retira as luvas de procedimento e calça outras;	30
Inicia a limpeza do leito da ferida na perna esquerda com soro SF 0,9% aberto, secando a peripele com gaze;	180
Levanta-se e retira as luvas, pega o pote de açúcar coloca em um copinho plástico de café;	120
Inclina o corpo e coloca o açúcar na ferida da perna esquerda cobrindo com uma gaze aberta e orienta que vai deixar por dez minutos;	30
Retira as luvas e vai até a bancada colocar água no ebulidor para aquecer o SF 0,9%, abre mais gazes sobre a bancada;	120
Sai da sala, entra na sala de esterilização que é em frente, saindo de lá conversa com uma cliente que esta aguardando;	480
Entra na sala de curativos e calça as luvas de procedimento sentando-se novamente na cadeirinha;	60
Inicia a limpeza retirando o açúcar com soro SF 0,9%, secando a peripele com gazes;	120
Coloca AGE na gaze como curativo primário enfaixa e fixa, pondo o calcanhar esquerdo sobre o chinelo;	180
Retira e calça luvas de procedimento;	20
Coloca a perna direita sobre o joelho do cliente e sobre o mesmo saco, inicia a limpeza da ferida também com SF 0,9% e gazes, coloca AGE com a gaze de curativo primário, enfaixa e fixa com fita adesiva;	120
Retira as luvas e pega as muletas ajudando o cliente a se levantar, pede para retornar no dia seguinte no mesmo horário, despede-se;	60
Limpa a maca com álcool a 70% para o próximo atendimento, lava as mãos, porém não organiza a sala;	300
Total em segundos	2200



Figura 38 - Postura corporal da trabalhadora "C": em pé com o dorso totalmente inclinado



Figura 39 – Postura corporal da trabalhadora "C": sentada entre a maca e a bancada



Figura 40 - Postura corporal da trabalhadora "C": sentada em sua cadeira, entre a maca e a bancada, utilizou saco infectante branco para coletar o líquido drenado na limpeza.



Figura 41 - Postura corporal da trabalhadora “C”: em pé e a coluna ereta, utilizou o suporte para a pena do cliente

A postura corporal adotada pela trabalhadora “C” durante o atendimento ao cliente com úlcera venosa em ambas as pernas está descrita na Figura 41.

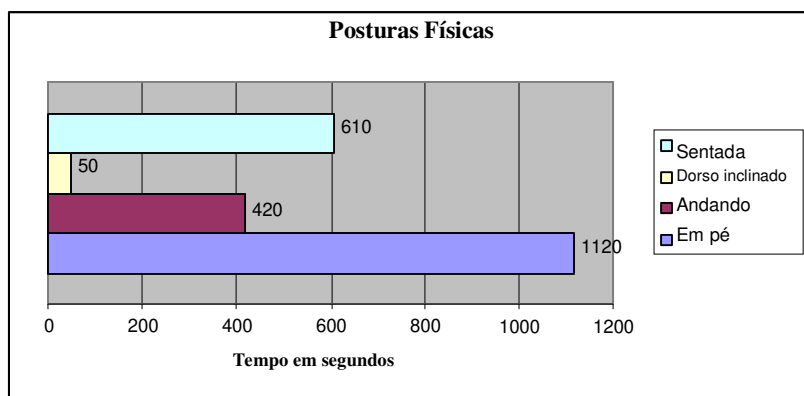


Figura 42 - Posturas corporais adotadas pela da trabalhadora “C” na execução do curativo de úlcera venosa

A pesquisadora após a saída do cliente questionou: quais as dificuldades, do ponto de vista do trabalho em si, para realizar o atendimento ao cliente com feridas? A trabalhadora colocou que realizar o curativo é muito simples, era só observar a presença de secreção no leito da ferida, a cor dos tecidos, e no caso da ferida da perna esquerda que estava com o exsudato muito escuro, decidiu fazer uma limpeza mais profunda, por isso colocou açúcar por dez minutos para “matar as bactérias” e só depois fez a limpeza, esclareceu que

nesse caso o curativo era feito diariamente, em contrapartida argumenta que o trabalhador de saúde pública fica feliz quando tem pouco cliente, criam uma série de barreiras, dificultando o acesso do cliente a UBS, usam estratégias como entregar o material para que o curativo seja feito na residência (o que contraria uma das diretrizes da atenção básica, “a resolução dos problemas de saúde do cliente). Concluiu que o atendimento ao cliente em si não era problema, a maior dificuldade estava no relacionamento com as outras trabalhadoras.

Respondeu a questão: quais as exigências para a realização do trabalho de enfermagem na SC? A maior exigência era ter segurança para orientar o cliente, que quer saber se a ferida esta piorando, tem medo da dor ou até mesmo se vai sangrar; nessa hora usava o bom senso, fazia com que o cliente sentisse segurança, explicava a técnica que usaria e não mentia ao cliente, diante da possibilidade dele sentir dor pedia ajuda a um médico clínico de plantão. Afirmou fazer o melhor que podia pelo cliente, envolvia-se ao máximo, dava bons conselhos e acreditava fazer muito bem o seu trabalho.

A pergunta sobre: qual o conhecimento do trabalhador de enfermagem da SC sobre o tratamento de feridas? Respondeu que o conhecimento era necessário, porém era a consciência que tornava o trabalho diferenciado, sendo muito pessoal, imaginava a dificuldade do cliente em viver com a ferida, com o odor ruim, sentindo dor e, muitas vezes imaginava a culpa que ele carregava por estar com uma lesão no corpo.

4.3.1.4 Observação da atividade efetivamente realizada pela trabalhadora “D”

A observação da atividade da trabalhadora D iniciou-se às 7h30min com o problema de falta de água na UBS, atrasando por duas horas todo o atendimento, os clientes ficaram esperando sentados na ante-sala. Nesse período a trabalhadora foi escalada para organizar os consultórios médicos e fazer dois eletrocardiogramas. A água retornou muito fraca, mesmo assim iniciou os cinco atendimentos da manhã às 9h30min, terminando às 11h25min e saiu para o horário de almoço.

A primeira cliente tinha úlcera venosa na perna direita e foi usada uma cobertura compressiva inelástica para o retorno venoso, exigindo habilidade manual e conhecimento prévio para sua colocação.

A gerente ficou na sala acompanhando todos os procedimentos, reafirmou ser responsável pela capacitação da trabalhadora, era orientada para em qualquer dúvida ligar no seu celular ou pedir para o cliente voltar em outro dia. Esclareceu acumular a responsabilidade técnica pela UBS e da vigilância sanitária do município, sobrando pouco tempo para a SC.

Relembrou que levava um cliente com feridas para fazer o curativo no município vizinho, ele teve uma ótima melhora, fazendo questão de colocar que seu município pagava por cada atendimento realizado; depois dessa experiência fez estágio de aprendizado lá por uma semana, e após instituiu o serviço de referencia de tratamento de feridas nos mesmos moldes.

Outro ponto esclarecido foi à utilização da cadeira “velha” de dentista, estava na UBS sem utilidade, considerou confortável “ao cliente” sentar-se nela, colocou-a na SC em frente ao tanque; na visita inicial para a solicitação da realização da coleta dados, a pesquisadora observou que a trabalhadora D “arrastava” o “caldeirão” exigindo esforço físico e ela transpirava muito. A pesquisadora fez uma sugestão à gerente de enfermagem: colocasse na cadeira um “suporte com rodas” facilitando sua movimentação; na data da observação a gerente fez questão de mostrar que acatou a sugestão.

Quadro 17 - Descrição da atividade de trabalho da técnica de enfermagem “D” durante a troca de curativo em úlcera venosa e o tempo de execução, 2008

	Temp.execução (seg.)
Atividade troca do curativo em úlcera venosa	
Chama na porta e cumprimenta a cliente, encaminhando-a para sentar-se no “cadeirão” em frente ao tanque;	30
Separa o material no carrinho de curativos e abre: gazes, chumaço, SF 0,9%, fita adesiva e ataduras e uma cobertura de faixa de compressão inelástica para úlcera venosa;	180
Lava as mãos com sabão líquido e secam-nas em papel toalha;	60
Calça as luvas de procedimento;	20
Fica inclinada e pede para que a cliente coloque a perna direita sobre o tanque, retira o curativo anterior de faixa de compressão inelástica;	120
Avalia a saturação de exsudato no curativo primário de gaze;	20
Retira e calça as luvas de procedimento;	20
Pega o chuveirinho e lava a perna com sabão líquido, secando com papel toalha, após hidratou-a com AGE;	180
Retira e calça as luvas de procedimento;	20
Pega o SF 0,9% no carrinho e limpa a ferida;	120
Retira e troca as luvas;	20
Inicia a colocação da compressão inelástica, enfaixa 50% sobre o anterior, e por último enfaixa com ataduras e fixa com fita adesiva;	240
Retira as luvas e alonga a coluna;	10
A cliente levanta-se pede atadura para trocar em casa “porque suja no serviço”, ela separa e entrega em uma sacola plástica, despedem-se;	30
Calça as luvas de procedimento;	20
Limpa o cadeirão com álcool 70% e papel toalha, despeja hipoclorito 1% nos cantos do tanque e joga água com o chuveirinho;	360
Retira as luvas;	20
Lava as mãos e chama o outro cliente;	30
Total em segundos	1500



Figura 43 – Postura corporal da trabalhadora “D”: em pé com o dorso levemente inclinado, durante a limpeza na perna para o curativo de Úlcera Venosa no tanque “Lava pé”



Figura 44 - Postura corporal da trabalhadora “D”: em pé com o dorso inclinado na colocação de cobertura inelástica para o retorno venoso



Figura 45 - Cadeira de dentista em frente ao tanque “lava pé”, adaptada ao “suporte com rodas”

A postura corporal adotada pela trabalhadora “D” durante o atendimento a cliente com úlcera venosa está descrita na Figura 46.

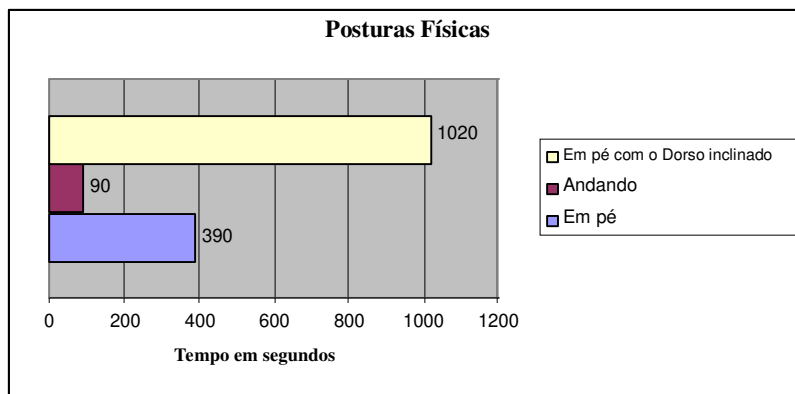


Figura 46 – Posturas corporais adotada pela trabalhadora “D” na execução do curativo de úlcera venosa

É importante ressaltar que quatro atendimentos foram realizados no tanque “lava pé”, somente o quinto atendimento, uma cliente idosa acamada portadora de uma úlcera por pressão sacral, foi atendida na maca em um consultório médico desocupado, adotou a postura corporal em pé durante todo o atendimento.

A trabalhadora é a mais jovem das entrevistadas, fazia o primeiro semestre da graduação de enfermagem e trabalhava na SC há sete meses, apresenta-se com obesidade grau I, não se queixou, em nenhum momento, das posturas corporais adotadas por causa do tanque, quando questionada sobre isso, perguntou se havia outra forma de realizar os curativos, ressaltando que era seu primeiro emprego, nos estágios do curso técnico de enfermagem, os curativos eram pequenos e feitos com o cliente sentado na cadeira.

Após a saída da cliente questionou-se: quais as dificuldades, do ponto de vista do trabalho em si, para realizar o atendimento ao cliente com feridas? Respondeu ser a avaliação da ferida, mesmo após sete meses, ainda se sentia incapaz, assim como o desbridar os tecidos mortos, tinha insegurança e deixava sem fazer e marcava um atendimento com a enfermeira.

Ao questionamento: quais as exigências para a realização do trabalho de enfermagem na SC? Colocou que não encontrava nenhuma exigência e tinha sempre disposição para fazê-lo.

A pergunta: qual o conhecimento do trabalhador de enfermagem da SC sobre o tratamento de feridas? Respondeu que todo o trabalhador deveria fazer, antes de iniciar esse trabalho, um curso sobre tratamento de feridas, para saber mais sobre como fazer curativo, qual o tipo de cobertura com tecnologia deveria colocar. A trabalhadora relatou o que fazia quando havia um cliente novo: limpava a ferida com SF 0,9%, colocava gaze com Ácido Graxo Essencial (AGE) e pedia que retorna-se no dia seguinte com a enfermeira.

4.3.1.5 Observação da atividade efetivamente realizada pela trabalhadora

“E”

A observação da atividade da trabalhadora E foi marcada para uma segunda-feira às 7h da manhã, horário do início das atividades do serviço ambulatorial de cirurgia vascular, onde uma médica cirurgiã era a responsável; os clientes eram encaminhados por ela de outra UBS ou por demanda espontânea.

Os atendimentos estavam marcados para as 7h, porém a trabalhadora distribuiu as 12 senhas aos clientes e pediu que aguardassem. Foi até a sala de ginecologia para a coleta de dois exames de “citologia oncótica” que já estavam agendados, gastando o tempo de 30 min.

No corredor que dava acesso ao consultório onde são realizados os atendimentos, havia um grande número de usuários em filas e estava bastante tumultuado, passavam nessa UBS por mês de 70 a 80mil pessoas, muitas de outros estados que davam o endereço de parentes no município.

Retornando ao consultório médico, onde eram feitos os atendimentos, a médica já havia consultado um cliente e estava fazendo o curativo, a trabalhadora E ajudou-a cobrindo a ferida com gaze e AGE, enfaixou com atadura

fixando-a, despediu-se do cliente limpando a maca com álcool a 70% e foi até a porta chamar outro cliente.

Quadro 18 - Descrição da atividade de trabalho da técnica de enfermagem “E” na troca de curativo em úlcera arterial localizada na parte posterior da perna e o tempo de execução, 2008

Atividade troca do curativo em úlcera arterial	Tempo de execução (seg)
Chama na porta pelo nº da senha, cumprimenta a cliente, encaminhando-a e auxiliando-a a sentar-se na maca;	90
Lava as mãos com anti-séptico degermante e secam-nas em papel toalha;	40
Separa o material e abre: gazes, SF 0,9%, fita adesiva em um pequeno carrinho, conversa com o cliente;	240
Calça as luvas de procedimento;	20
Pede para a cliente colocar a perna esquerda sobre a maca, aproxima o balde revestido de saco branco infectante, retira a faixa de crepe e o curativo primário de gaze, desprezando-o dentro do saco. A cliente queixou-se de muita dor;	90
Retira as luvas e calça outras;	30
Inclina o dorso e inicia a limpeza do leito da ferida da perna esq. com soro SF 0,9% frio e em jato, o líquido drenado cai no balde seca a peripele com gaze;	180
Retira as luvas;	10
Inclina o corpo e junto com a médica observam e avaliam os tecidos presentes;	120
Calça as luvas;	20
Corta uma parte de uma cobertura de hidrocolóide e coloca no leito da ferida, dá o restante da cobertura para a cliente fazer na residência e pede se tiver dúvidas, procura-la na UBS;	240
Auxilia a descer da maca entrega-lhe a receita;	60
Arruma a sala para o próximo atendimento e lava as mãos;	240
Total em segundos	1380



Figura 47 - Postura corporal da trabalhadora E: em pé com o dorso inclinado, curativo de úlcera arterial



Figura 48 - Postura corporal da trabalhadora E: em pé com o dorso inclinado, a junto com a médica em curativo de úlcera arterial



Figura 49 - Postura corporal da trabalhadora E: em pé com dorso inclinado junto com a médica em curativo de úlcera arterial



Figura 50 - Postura corporal da trabalhadora E: em pé

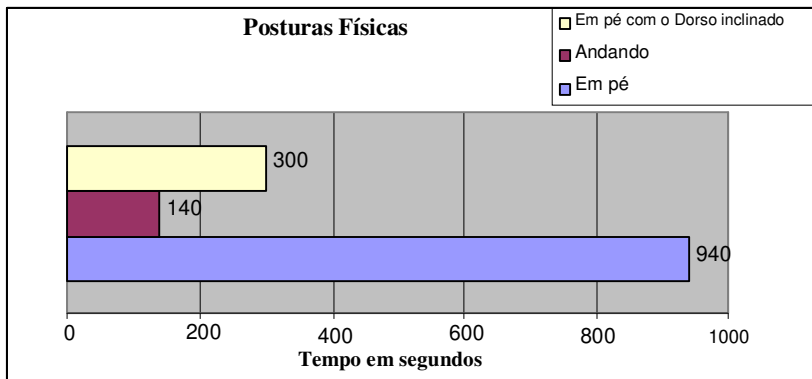


Figura 51 - Postura corporal da trabalhadora E, adotadas na execução do curativo de úlcera arterial

Neste dia foram atendidos doze clientes e mais um “encaixe”. A trabalhadora E atuava com bastante desenvoltura com os clientes, tinha um bom relacionamento com a médica e domínio do ambiente da UBS.

Afirmou que a gerente de enfermagem não comparecia na SC, sendo a trabalhadora responsável pelas tarefas administrativas de solicitação do material para o almoxarifado e a farmácia, como também do atendimento dos retornos marcados às quintas feiras pela manhã sem a médica. Acreditava ter essa autonomia porque havia confiança no seu trabalho e talvez porque estava cursando o último semestre da graduação em enfermagem, explicando o fato de ter horário especial das 7 às 13h para poder fazer os estágios, acrescentou que só irá pagar as horas no final do semestre.

Verificou-se a organização do ambiente da sala, equipada com os impressos, os materiais e as coberturas com tecnologia, bem arrumados. A trabalhadora afirmou deixar a sala pronta sempre às sextas-feiras, inclusive o prontuário completo dos clientes novos; ao término dos atendimentos, às 11h25min organizou o ambiente: checkou e guardou os prontuários no arquivo da sala, limpou a maca com álcool 70% e papel toalha e após retirou o saco infectante e amarrou a ponta deixando-o na porta, mas antes de chamar o serviço de higiene e limpeza esclareceu que deveria acompanhá-lo porque o serviço era terceirizado e necessitava de avaliação.

Após a tarefa de avaliação do serviço de higiene e limpeza, fomos à sala de guarda dos materiais especiais, onde havia privacidade e o ruído era menor.

A pesquisadora questionou: quais as dificuldades encontradas, do ponto de vista do trabalho em si, para realizar o atendimento ao cliente com feridas? A trabalhadora colocou que a técnica é muito fácil, identifica os tecidos mortos, avalia se têm sinais de infecção, a trabalhadora e a médica decidem qual cobertura deve ser usada. A dificuldade encontra-se na resistência do cliente, na dificuldade que ele tem de entender o que é preciso fazer para trocar o curativo na residência, afirmou que explicava com toda a paciência pedindo para ele repetir, e só deixa-o ir quando tinha certeza que compreendeu, e mesmo assim, solicitava o retorno as quintas-feiras para reavaliação.

Ao questionamento: quais as exigências para a realização do trabalho de enfermagem na SC? Respondeu que a maior exigência ao trabalhador era saber administrar o tempo e os materiais, deveria ser dinâmico e direto, com habilidade manual.

Respondeu ao questionamento: qual o conhecimento do trabalhador de enfermagem da SC sobre o tratamento de feridas? Como sendo a avaliação correta, acrescentou que aprendeu muito com a médica sobre como avaliar ferida, mas o fato de estar terminando o curso de graduação ajudou-a muito, afirmou que não tem o hábito de estudar, sendo nessa atividade necessário estar atualizada.

4.3.1.6 Observação da atividade efetivamente realizada pela trabalhadora

“F”

Esta é a única das UBS estudadas onde as trabalhadoras têm escala semanal rotativa de trabalho, no dia da observação foi atendido um cliente com úlcera venosa em ambas as pernas, a trabalhadora esclareceu que esse cliente entrou com uma ação judicial contra a prefeitura para poder ter as coberturas com tecnologia.

Segundo a gerente o número de curativos diário era baixo, cerca de três clientes com feridas crônicas e, no máximo dois clientes por demanda espontânea com pequenos ferimentos. A tarefa da entrega de materiais para o cliente fazer o curativo na residência era realizada pela trabalhadora da UBS com escala na SC, esclareceu que não eram feitas avaliações nesses clientes, nem mesmo para a comprovação da necessidade da quantidade do material entregue; o volume entregue era anotado em uma ficha controle, mas não eram feitos cálculos estatísticos desse custo (Borges, Gomes, Saar, 1999).

A observação iniciou-se às 8h10min com a chegada do cliente, a trabalhadora F chamou outra auxiliar de enfermagem para ajudá-la justificando que o curativo era muito grande. Para a descrição da atividade as trabalhadoras foram chamadas de F1 e F2 a auxiliar no curativo.

Quadro 19 - Descrição da atividade de trabalho da técnica de enfermagem "F" na troca de curativo em úlcera venosa em ambas as pernas e o tempo de execução, 2008

Atividade troca do curativo em úlcera venosa	Temp. execução (seg)
A trabalhadora F1 solicita ajuda de F2, que entra na sala e observa sobre a bancada os materiais, lavam e secam as mãos, e veste o avental;	20
A trabalhadora F1 cumprimenta o cliente, encaminha-o para sentar-se na maca;	30
Lava as mãos com sabão líquido e após secam-nas no papel toalha;	40
F1 abre sobre a bancada os materiais: gazes, chumaços, SF 0,9%, ataduras, fita adesiva;	120
Pede ao cliente colocar as duas pernas sobre a maca;	10
Calça as luvas de procedimento;	20
F1 Inicia a retirada do curativo secundário da perna esquerda, retira a atadura de crepe, despreza-o no lixo em baixo da maca;	120
F1 retira as luvas de procedimento e calça luvas estéreis, pega a pinça estéril;	40
F2 umedece o curativo primário de carvão ativado com SF 0,9%, F1 inclina-se e vai retirando com a pinça delicadamente as quatro coberturas. O cliente queixa-se de dor, mas F1 não interrompe a retirada, após retirar desprezou-as no lixo;	300
F1 pega a bacia estéril e coloca o calcanhar do pé esquerdo na bacia;	40
F1 inicia a limpeza da ferida com PVPI e a pinça montada com a gaze e atrita no leito da ferida (é prescrição médica), enxágua com 1000ml de SF 0,9% aberto e seca com a pinça e gazes;	180
F1 retira a bacia e despreza o líquido drenado na pia;	20
F1 pega as coberturas que foram abertas por F2 e coloca-as com as pinças uma a uma e, F2 segura com as mãos com luvas estéreis;	240
F1 coloca os chumaços um a um e F2 segura, F1 enfaixa com atadura e fixa;	240
F1 pede para o cliente colocar a perna direita sobre a maca e inicia a retirada do curativo secundário;	80
F1 abre a bacia estéril e pede para o cliente colocar o calcanhar do pé direito;	30
F1 Retira as luvas e calça novas luvas estéreis;	40
F2 umedece o curativo primário de carvão ativado com SF 0,9% e F1 vai retirando com a pinça delicadamente as quatro coberturas desprezando-as no lixo. O cliente refere dor;	240
F1 inicia a limpeza da ferida com PVPI e gazes na pinça, atritando levemente o leito e enxágua com 500ml de SF 0,9% aberto, seca com as gazes montada;	180
F1 retira a bacia e despreza o líquido drenado na pia;	20
F1 coloca as três coberturas de carvão ativado, uma a uma com as pinças e cobre com os chumaços um a um e F2 segura, F1 enfaixa com atadura e fixa;	300
Auxilia o cliente a descer da maca e despede-se;	60
Retira as luvas e calça luvas de procedimento;	30
Recolhe todo o lixo, limpa a maca com álcool a 70%, arruma os materiais na bancada para o próximo atendimento, retira as luvas e lava as mãos;	300
Total em segundos	2700



Figura 52 - Postura corporal da trabalhadora F: em pé com o dorso levemente inclinado em curativo de Úlcera Venosa



Figura 53 – Postura da trabalhadora F: em pé com o dorso levemente inclinado em curativo de Úlcera Venosa



Figura 54 - Postura da trabalhadora F: em pé dorso inclinado em curativo de Úlcera Venosa



Figura 55 - Posturas das trabalhadoras F1 e F2: em pé com o dorso inclinado em curativo de Úlcera Venosa

A maca da sala F estava com ferrugem nos pés não podendo ser deslocada, obrigando a trabalhadora a ficar a maior parte do tempo em pé e com o dorso inclinado para a frente durante a limpeza e a colocação das coberturas.

Observou-se que F1 na realização desse curativo: ferida crônica de grande extensão, teve habilidade manual na utilização das pinças, utilizou os materiais com cuidado, seguiu rigorosamente a prescrição médica, previu a necessidade de ajuda e solicitou a F2 segurar as coberturas e os chumaços, ao término organizou o ambiente.

Após a saída do cliente a pesquisadora questionou: quais as dificuldades, do ponto de vista do trabalho em si, para realizar o atendimento ao cliente com feridas? Ao que responde ter muita dificuldade quando a ferida piora, não sabe se continua a fazer o que é feito na rotina ou se muda, cita, por exemplo, quando a cobertura de carvão ativado satura de um dia para o outro, fica muito preocupada, pede ao cliente para ir ao médico, e ele por ser muito teimoso não vai, chama a enfermeira que orienta uma nova troca ou a deixar assim mesmo, avaliando novamente no dia seguinte.

Questionou-se: quais as exigências para a realização do trabalho de enfermagem na Sala de Curativos? Colocou que a maior exigência era fazer o curativo bem feito e não contaminá-lo, não havendo melhora na evolução fica preocupada, questionava se usou a técnica correta.

Ao questionamento: qual o conhecimento do trabalhador de enfermagem da Sala de Curativos sobre o tratamento de feridas? Afirmou saber avaliar quando uma ferida piora, por exemplo, se apresentava tecido necrosado ou o exsudato ficava escuro, meio esverdeado ou espesso, sempre que observava a ferida nessas condições, chamava qualquer médico da Unidade Básica de Saúde para avaliar o cliente e pedia orientação.

Faz-se necessário ressaltar que a trabalhadora F afirmou nunca ter feito um curso de tratamento de feridas, nem mesmo para iniciar essa atividade, a enfermeira capacitou-a no atendimento diário, ela considerou adequada sua capacitação para o atendimento ao cliente com feridas.

5. Discussão

5.1 Entrevista com a gerente da Unidade Básica de Saúde

5.1.1 Estrutura física

Nesta pesquisa foi encontrado na estrutura física das UBS pesquisadas que: a UBS A tinha duas salas SC e todas as demais UBS tinham uma sala cada.

A padronização da SC deve seguir os Critérios para Projetos de Estabelecimentos Assistenciais de Saúde (Brasil, 2002), ter dimensões mínimas de 9,0 m², encontrado somente na sala F (12,00 m²) que utilizava um consultório de diferentes especialidades médicas como SC e, na sala B (16,80 m²), sendo a única a seguir uma padronização estipulada pela prefeitura do município, porém a gerente considerou-a inadequada, justificando que houve reforma na estrutura física da UBS para receber o serviço de referência em tratamento de ferida e, apesar de amplo espaço na sala, colocaram uma divisória desnecessária; o “tanque lava pé” ficou com baixa altura; foi solicitado modificações desde a inauguração e não executadas. A gerente afirmou que haveria melhor resultado se os trabalhadores da SC participassem do projeto de construção da estrutura física.

As gerentes de enfermagem das outras cinco UBS acreditam que a falta de padronização da-se pelo fato de serem construções antigas e as adaptações difíceis. Na sala A e D, a situação foi relatada de maneira semelhante, uma parede entre dois consultórios foi derrubada, não resultando em um tamanho ideal, sendo o atendimento dos clientes em cadeira de roda ou maca em consultório anexo.

A gerente de enfermagem da sala E, esclareceu que o prédio era alugado pela prefeitura, construído para ser uma academia de ginástica e a estrutura física foi adaptada para receber a UBS; relatou problemas, por exemplo, na localização, estava no piso superior de um pequeno centro comercial dificultando o acesso aos clientes especiais mesmo havendo um elevador, pois sua utilização ficava limitada à liberação por agentes administrativos, estimulando

o uso da escada; onde seria a SC foi construído um “tanque lava pé”, porém diante das reclamações dos trabalhadores do espaço ser reduzido, iluminação e ventilação deficiente, o atendimento passou a ser realizado em consultório médico.

O tanque “lava pé” encontrado na estrutura física de três salas B, D, E mostrou que “historicamente” a enfermagem trabalha com esse recurso, porém sem explicar a sua real função e objetivos dessa utilização, dando continuidade ao uso. Não foram feitos estudos, por exemplo, de custos para a constatação de efetividade em comparação com os outros métodos para a drenagem do líquido da limpeza, como também não foram ouvidos os trabalhadores para a construção dos mesmos. Investigações poderiam ser feitas para constatar se realmente proporciona conforto ao cliente e principalmente são necessárias adequações na estrutura, sendo solicitada somente pela gerente da sala B, porque reconhece que constrange as posturas corporais do trabalhador na execução do atendimento ao cliente com ferida, podendo levar a problemas físicos ao longo do tempo ao trabalhador.

As dimensões foram consideradas compatíveis para a execução do atendimento ao cliente com feridas pelas gerentes das salas E e F por terem amplo espaço.

As gerentes da sala A e C consideram os mobiliários adequados, alegando que, apesar do espaço físico pequeno, eram bem distribuídos. A resposta de inadequação do mobiliário foi encontrada nas restantes UBS, sendo que a gerente da sala B ressaltou a inadequação por falta de espaço no almoxarifado da UBS, e a da sala F mostrou o estado de deterioração do mobiliário, principalmente a maca e escadinha, com ferrugem pela falta de cuidado do serviço de higiene, Abranches (2005) também encontrou mobiliário inadequado na UBS estudada.

Nos Critérios para Projetos de Estabelecimentos Assistenciais de Saúde (Brasil, 2002) encontra-se que para o conforto luminoso para o tipo de atividade desenvolvida na SC necessita haver iluminação artificial no campo de trabalho, somente na sala C foi encontrado foco auxiliar, porém as gerentes

acreditavam haver luminosidade suficiente para o atendimento ao cliente, consideraram a iluminação adequada por meio de iluminação mista, somente a gerente da sala C afirmou ser inadequada a iluminação por luz fria, justificou ter dois vitrôs no alto da parede, porém estão em frente a corredores fechados iluminados por luz fria.

A gerente da sala A considerou o ruído intenso atribuindo-o a fatores externos; na sala B o ruído intenso foi atribuído a fatores internos como o movimento de clientes nos corredores da UBS e internos como o rádio ligado na SC; a gerente da sala E colocou que a intensidade elevada era causada pelo número excessivo de clientes e a localização em avenida muito movimentada. A entrevistada da sala F considerou-o moderado por a SC estar lateral a sala do dentista e o compressor ligado constantemente aumentava o ruído.

No item temperatura a gerente da sala E considerou-a amena, atribuindo-a ao fato da sala ser grande e ter seis vitrôs, mas também ficava durante todo o atendimento com a porta aberta com biombo; as outras cinco gerentes consideraram a temperatura da sala elevada. Nas salas “C e D” utilizavam também, como estratégia, para redução da temperatura, a porta aberta com um biombo para bloqueio de visibilidade. Em todas as salas eram utilizados os ventiladores.

As seis gerentes das SC afirmaram haver dispositivo de descarte de material perfuro cortante confeccionada de papelão e comercializada como padrão, porém somente na sala E o mesmo está em suporte exclusivo e fixo na parede em altura que permitia a visualização da abertura para o descarte, conforme recomendação encontrada na NR 32 (Brasil, 2005); nas outras quatro unidades encontrava-se sobre a bancada.

Na sala F havia uma “lata de leite” para descarte de perfuro cortante, quando questionada sobre a utilização, a gerente afirmou, apesar de não concordar, seguir a medida econômica estipulada pelo município; na NR 32, no artigo 32.5.3 encontra-se que os recipientes sejam constituídos de material lavável, resistente a punctura, ruptura e vazamento, com tampa provida de sistema de abertura sem contato manual, com cantos arredondados e que sejam

resistentes ao tombamento, serem identificados e sinalizados, portanto deve ser revisto a utilização desses dispositivos nessa sala.

5.1.2 Recursos Humanos

As trabalhadoras das SC tinham formação de técnico de enfermagem, somente na sala C a trabalhadora era auxiliar de enfermagem; a trabalhadora F era técnica, porém esse município contratava somente auxiliares de enfermagem.

A carga horária de trabalho era intensa: oito horas diárias e pausa formal de uma hora de almoço. Todas as gerentes afirmaram ter pausas informais em torno de dez minutos para o café da manhã e da tarde. Quanto à rotatividade de trabalho somente na sala F a escala de trabalho era rotativa; na sala B: B1 e B2 tinham escala fixa na SC, porém quando necessário era B2 quem fazia as tarefas extras. Observou-se que de acordo com a demanda na UBS, as tarefas extras realizadas iam desde a organização do ambiente até o atendimento aos usuários.

A enfermagem é caracterizada por cuidar e as ações éticas dos trabalhadores de enfermagem são direcionadas ao conforto e a segurança do cliente (Horta, 1979; Lima, 1994; Oguisso, 2000), assim a pesquisadora acredita ser necessário haver escala fixa de trabalho nos centros de referenciados, porque o trabalhador da SC acompanha periodicamente o cliente conhecendo suas comorbidades relacionadas com a evolução do processo cicatricial,, assim tornando o membro importante da equipe interdisciplinar no tratamento desse cliente.

5.1.2.1 Planejamento da assistência de enfermagem

O tratamento do cliente com feridas envolve conhecimento e procedimentos de complexidade técnica, devendo ser executado pelo enfermeiro, respaldado na Lei 7.498 de 25 junho 1986, dispõe sobre o exercício profissional, o enfermeiro é o profissional de enfermagem com maior conhecimento de base

científica e capacidade de tomar decisões imediatas; tendo ainda, na Resolução COFEN n. 240/2000, art. 18, que manter-se atualizado, ampliando seus conhecimentos técnicos, científicos e culturais, em benefício da clientela, da coletividade e do desenvolvimento da profissão.

Considera-se na atualidade o tratamento de feridas mais que um procedimento de enfermagem, ser uma especialidade exigindo atualização e estudo, pois o enfermeiro é solicitado por outros profissionais da área da saúde para a avaliação e intervenção de enfermagem no cliente com ferida (Santos et al., 2007); existem especializações em Estomaterapia (Sociedade Brasileira de Enfermagem em Estomaterapia – SOBEST) ou Dermatologia (Sociedade Brasileira de enfermagem em Dermatologia – SOBENDE), nesta pesquisa somente a gerente de enfermagem da sala C era pós-graduada em estomaterapia recentemente, em 2007.

A capacitação dos trabalhadores para a atenção básica é de responsabilidade dos municípios (Brasil, 2005), encontrou-se nesta pesquisa a capacitação por meio de “assessoria educacional de empresas que comercializam as coberturas com tecnologia” nas salas A, B, E, e que somente a gerente da sala A considerou-a adequada, trazendo esse resultado necessidade de discussão mais aprofundada em torno deste método educativo.

A tecnologia produzida pelas empresas necessita de “consumidores” com conhecimento científico adequado para a utilização correta, resultando em melhora do processo de cicatrização, principalmente das feridas crônicas que tem custo elevado tanto para o cliente como para os serviços de saúde (Borges, 1999).

A indústria farmacêutica “capacita” médicos e enfermeiros, por meio de atualizações no conhecimento de bioquímica e fisiologia da cicatrização; no reconhecimento de alterações fisiopatológicas nos diferentes tipos de feridas e na evolução dos componentes farmacológicos utilizados na produção de coberturas com tecnologia que interagem nas diferentes fases do processo cicatricial; muitas vezes a capacitação dos assessores técnicos educacionais efetiva-se com a viagem a países como os Estados Unidos da América ou Inglaterra para cursos

de aprimoramento, capacitando-os a serem agentes multiplicadores desse conhecimento junto a outros profissionais que tratam feridas.

As empresas que comercializam as coberturas com tecnologia também patrocinam os congressos médicos e de enfermagem com o tema tratamento de feridas por meio de pagamento para: expor seus produtos em estandes; no financiando de inscrições, passagens e hotéis para os congressistas e trazendo de diferentes países “expertises” em tratamento de feridas.

A capacitação do trabalhador, seja de maneira pessoal ou para a instituição gera altos custos. A indústria farmacêutica, por meio dos assessores técnicos educacionais, oferece essa capacitação ao trabalhador da rede pública e privada sem custo adicional com o objetivo de comercializar as coberturas com tecnologia produzidas.

A pesquisadora acredita ser necessária a adoção de “medidas éticas” entre as instituições as empresas que comercializam as coberturas, resultando na utilização correta dessa “assessoria” para a capacitação do trabalhador; responsabilizando também o trabalhador pela busca de conhecimento adicional e a instituição como facilitadora, resultando na qualidade e diminuição dos custos no atendimento ao cliente com feridas.

Os levantamentos estatísticos mostraram que na UBS A, eram feitos em média oito curativos ao dia, tendo duas salas e duas trabalhadoras; na UBS B, também com duas trabalhadoras e uma sala, eram feitos em média 50 curativos por dia, atendendo clientes com feridas agudas ou crônicas. Os levantamentos são importantes à medida que geram informações comparativas para direcionar o atendimento com qualidade a um menor custo (Borges, 1999).

As gerentes afirmaram como alto o grau de complexidade das feridas, sendo a mais prevalente as UV; Dealy (2008) afirma que insuficiência venosa é a principal causa de úlceras de perna; nesta pesquisa em segundo lugar estavam as úlceras arteriais, ambas de difícil tratamento (Gamba e Yamada, 2003).

Acredita-se, pelo que foi descrito acima, a real necessidade de aprofundamento do conhecimento técnico científico de todos os trabalhadores

envolvidos na realização desse atendimento.

5.1.2.2 Utilização de cobertura com tecnologia

A utilização de coberturas oriundas da tecnologia farmacológica, associadas à evolução científica da biologia molecular, amplia-se a cada dia, mas muitas vezes distante do cliente com feridas, por não dispor de recursos financeiros para custear esse tratamento (Bajay et al., 2003; Borges et al., 2008; Dealy, 2008).

A tecnologia farmacológica é fundamental para o tratamento, porém aparece como terapêutica primordial (Figueiredo et al., 2007); a utilização de coberturas com tecnologia contribui para o manejo e tratamento da ferida, assim como auxiliam no processo de cicatrização, devendo salientar-se que deve ser “um” dos aspectos no atendimento ao cliente com ferida, não o único, utilizando-se o avaliador do conhecimento científico: da semiologia e semiotécnica e raciocínio crítico na avaliação do cliente e da ferida.

Essa explicação faz-se necessária porque há avaliadores de feridas que centralizam o tratamento somente no tipo de cobertura a ser usada, não tendo controle e acompanhamento da patologia de base e das co-morbididades, assim como do estado emocional e das alterações no estado nutricional (Saar e Lima, 2008).

5.1.2.3 Trabalho de prevenção e reabilitação do cliente com feridas

O princípio da enfermagem deve estar sempre associado à idéia de prevenção, quando isto não for possível, é preciso contribuir para a cura (Horta, 1979; Figueiredo et al., 2007); na maioria das vezes os clientes são encaminhados a SC com doenças de base e feridas crônicas não tratadas por anos, dificultando a assistência e a reabilitação desse cliente; nesta pesquisa somente a gerente da sala B referiu trabalho de prevenção realizado com clientes

após a cicatrização das UV, recebiam orientações quanto ao auto-cuidado e era fornecido meia-elástica, o acompanhamento era mensal na SC pela enfermagem, salientou ser uma medida econômica para o serviço de saúde do município, pois o retrocesso no tratamento gerava aumento no custo do atendimento desse cliente, também confirmado por Borges (1999).

5.1.2.4 Colocações adicionais

Nas colocações adicionais das gerentes observou-se angustia para a realização desse trabalho, nos relatos da ausência de suporte médico efetivo para o atendimento desse cliente, muitas vezes com co-morbidades associada e ferida crônica não cicatrizada, como também quando infectavam; preocupação com a capacitação do trabalhador para cuidar do cliente com ferida e a necessidade de reorganização do trabalho.

No tratamento de feridas a interdisciplinaridade apresenta-se como caminho alternativo para romper a fragmentação e desarticulação do processo do conhecimento (Meireles, 2007), constatado que não é uma realidade em nenhum desses municípios, sendo as ações de saúde “médico centrada”; somente uma gerente colocou a necessidade da adequação da SAE e reforma na estrutura física da SC.

5.2 Entrevista com o trabalhador de enfermagem da Sala de Curativos

5.2.1 Dados Gerais

Em relação ao gênero, a amostra estudada era 100% feminina, o trabalho de enfermagem é uma atividade realizada predominantemente por mulheres (Almeida e Rocha, 1997). A população deste estudo é jovem, a idade média de 32 anos (D.P. = 8,10 e idade entre 20 e 46 anos).

É observado nos últimos anos que as doenças crônicas não-transmissíveis, como a hipertensão, passaram a atrair interesse e serem abordadas nos locais de trabalho; a enfermagem atua junto à equipe

interdisciplinar tanto na prevenção como no diagnóstico dessas patologias em clientes, portanto deveria atuar em seu próprio autocuidado (Aquino et al., 2001). O Índice de Massa Corpórea o IMC (Kg/m^2) é utilizado para verificar a relação do biofísico com alterações cardiovasculares, nesta população de estudo, ao se verificar o IMC encontraram-se fatores de risco para essas alterações como sobrepeso e obesidade aliada à hipertensão e sedentarismo sem dieta adequada.

A trabalhadora B2 havia relatado na coleta de dados não ter agravo à saúde associado à obesidade grau II, também a única ex-fumante do grupo, referiu ter parado havia cinco meses. Na fase de observação da atividade de trabalho, B2 apresentou crise hipertensiva, sendo dispensada pela enfermeira, sendo orientada a marcar nova consulta com o cardiologista.

Na população de estudo duas trabalhadoras referiram ter problemas respiratórios alérgicos, como rinite e bronquite, convivendo com esse agravo a saúde desde a infância e fazendo controle medicamentoso. O problema gástrico (úlcera gástrica) foi relatado pela técnica de enfermagem e estudante do último ano de graduação de enfermagem que associou o problema ao estresse do trabalho e estudo; uma trabalhadora relatou pancreatite em tratamento, resultando em único afastamento do trabalho encontrado nesta pesquisa. Não foram encontradas queixas de problemas ósteomusculares freqüentes em unidades hospitalares (Alexandre, 1998a, 1998b, 1998c; Duran e Cocco, 2004) e também encontrado por Abranches (2005) em UBS.

As trabalhadoras não associaram os problemas de saúde relatados ao trabalho de enfermagem nas UBS no atendimento ao cliente com ferida.

O aumento, nos últimos anos, no número de instituição privadas que oferecem graduação de enfermagem, representando uma maior possibilidade de acesso ao ensino superior do trabalhador de enfermagem de nível técnico, foi constatado nesse estudo onde “F” estava concluindo a graduação e “B1 e D” cursavam o primeiro semestre, sendo que as três freqüentavam diferentes escolas.

A terceira revolução industrial, iniciada nos anos de 1980 até a atualidade, associa o “gerenciamento do trabalho ao computador” (Jofilly, 1993),

podendo organizar o armazenamento de dados coletados na SC. A internet é uma ferramenta de pesquisa e atualização, seu acesso vai desde escolas ao ambiente de trabalho; nesta pesquisa todas as UBS estavam conectadas a rede mundial de computadores, mas não era utilizada frequentemente pelas trabalhadoras.

5.2.2 Dados ocupacionais

Constatou-se que a trabalhadora C tinha o maior tempo na enfermagem, nove anos; a com menor tempo, D tinha nove meses, já de atuação na SC a trabalhadora F tinha o maior tempo, trabalhando nessa mesma sala há sete anos, e a trabalhadora D, com o menor tempo, sendo contratada para trabalhar nesse local.

Quanto a acidente de trabalho somente duas trabalhadoras, da mesma sala, referiram e foram descritos como: B1 teve acidente com perfuro cortante com lâmina no desbridamento de tecido morto da ferida e B2 teve respingo de sangue no rosto devido ao sangramento de uma arteríola na limpeza do leito da ferida; ambas as trabalhadoras referiram ter notificado os acidentes, sem afastamento do trabalho. Importante destacar que a função de desbridamento dos tecidos mortos da ferida deve ser feita por enfermeira capacitada (COFEN, 2002).

A trabalhadora A teve pancreatite em 2007, sendo esse agravo a saúde resultou no único afastamento do trabalho na população estudada.

Das trabalhadoras deste estudo três residem em outra cidade utilizando-se do ônibus de linha intermunicipal para deslocar-se da residência para o local de trabalho, levando em média 50 min para chegar; duas trabalhadoras utilizam carro como meio de transporte e levam em média 17 min, residindo próximo ao local de trabalho; duas trabalhadoras vão a pé, levando em média 25 min; uma trabalhadora utiliza a moto como meio de transporte gastando 20 min (D.P. = 19,04 e tempo variando entre 15 e 60 minutos).

5.2.3 Atividade de trabalho

5.2.3.1 Esforço físico, mental, concentração e principais dificuldades

Segundo Wisner (1994) o enfermeiro encontra-se, muitas vezes, com situações complexas de trabalho, onde ocorre a interação de várias tarefas, com elevada carga de trabalho por meio de componentes físicos (esforço do aparelho músculo esquelético e custo fisiológico para o trabalhador); cognitivos (relacionado ao conteúdo e a organização das tarefas e ao ritmo de trabalho intelectual) e psíquicos (relacionado aos níveis de conflito no seio das representações consciente e inconsciente das relações entre a pessoa e a situação de trabalho).

Esta pesquisa constatou que o esforço físico para a realização da tarefa foi referido por quatro trabalhadoras, três delas justificaram a mobilização do cliente na SC e observado pela pesquisadora, principalmente na mobilização dos clientes acamados do atendimento domiciliário e transportados na maca da ambulância para a SC, assim como no auxílio aos clientes dependentes de muletas ou andadores, para que pudessem sentar ou levantar.

As condições de trabalho para a atividade de enfermagem na SC além da técnica utilizada, exigem do trabalhador raciocínio, requer da trabalhadora uma atitude de compreensão do ser humano como uma pessoa revestida de toda a sua dignidade, ou seja, uma postura biotética (Santos et al, 2007). O relacionamento da trabalhadora, com o cliente e ou seus familiares, é diário ou semanal, sempre fazendo orientações para a seqüência do tratamento, podendo gerar conflitos e desgaste no relacionamento, de maneira geral referiram como a principal dificuldade, exigindo dessa trabalhadora esforço mental.

A presença de concentração para a avaliação da ferida foi ressaltada, pois vem acompanhado de conhecimento de diferenciação do esperado, do normal e do patológico pela trabalhadora; a trabalhadora B1 acrescentou o desbridamento, porém não sendo de sua competência a realização dessa técnica, mas observada como prática do técnico de enfermagem nesta pesquisa,

sendo de competência do enfermeiro que recebeu orientação e treinamento para tal tarefa, conhecendo as vantagens, desvantagens e o tipo indicado (Santos et al., 2007).

5.2.3.2 Capacitação para a tarefa de cuidar do cliente com ferida

Como já discutido, ressalta-se a responsabilidade da gerência de enfermagem pela capacitação do trabalhador e descrita no CEPE, Resolução COFEN n. 240/2000, art. 19, devendo “promover e ou facilitar o aperfeiçoamento técnico, científico e cultural do pessoal sob sua orientação e supervisão”.

Nesta pesquisa a capacitação inicial foi citada pelas trabalhadoras entre os anos de 2004 e 2007, ou seja, bastante recente; as trabalhadoras B1 e B2 receberam da enfermeira da UBS, assim como a trabalhadora D, com sete meses de trabalho, encontrava-se em fase de capacitação. As trabalhadoras A1 e A2 receberam capacitação oferecida pelo serviço de assessoria técnica da empresa que comercializa coberturas com tecnologia em 2006,

Deve ser destacando que três trabalhadoras afirmaram não receber qualquer capacitação formal inicial para exercer essa tarefa, sendo incompatível para a execução do atendimento ao cliente com ferida, observado e registrado pela pesquisadora.

A capacitação foi considerada adequada por seis trabalhadoras, diferente do encontrado nas respostas das gerentes, onde a inadequação da capacitação foi citada por seis delas.

5.2.3.3 Materiais utilizados

As trabalhadoras consideram C, D e E consideram-nos inadequados na quantidade, alegando que o número de coberturas com tecnologia serem insuficiente, deve-se esclarecer que as coberturas representam para o administrador um custo alto na compra pelo município, porém trabalhos como Borges et al. (1999) concluíram que o custo da utilização correta das coberturas

com tecnologia é inferior ao da troca diária do curativo tradicional; para tanto é necessário um protocolo preconizando a operacionalização do setor, à técnica de limpeza das feridas, os parâmetros de avaliação, a evolução do cliente e da ferida a indicação e manuseio das coberturas com tecnologia; centralização dos capacitação adequada das trabalhadoras, trabalho em equipe multidisciplinar, assim obtendo-se diminuição do custo final (Borges et al.,2008).

5.2.3.4 Equipamento de Proteção Individual

Os equipamentos de proteção individual citados pelas trabalhadoras correspondem com a utilização por meio de técnica limpa e estéril na realização do curativo (Bajay et al, 2003). Os óculos de proteção individual foram inseridos recentemente e seu uso ainda é eventual pelas trabalhadoras.

5.3.4 Ambiente de trabalho

5.3.4.1 Riscos de realização do atendimento ao cliente com ferida

Deve-se destacar que de acordo com o Programa de Preservação de Riscos Ambientais – PPRA, descrito na NR 9 (Brasil, 1994), tendo como objetivos: reunir informações necessárias para estabelecer o diagnóstico da situação de segurança e saúde no trabalho da empresa; possibilitar durante sua elaboração, a troca e divulgação de informação entre os trabalhadores, bem como estipular sua participação nas atividades de prevenção, encontramos que na SC, pelas atividades executadas, encontraram-se os seguintes riscos: físicos (ruído, calor), químicos (substâncias químicas), biológicos (vírus e bactérias), ergonômicos (esforço físico, exigência de posturas inadequadas, situações causadoras de estresse físico) e acidentes (arranjo físico inadequado mobilização de pacientes, utilização de perfuro cortante).

Esta pesquisa encontrou que as trabalhadoras A1, C, D e E não vêm risco para a realização do atendimento ao cliente com ferida, e as trabalhadoras A2, B1 e B2 afirmaram que havia somente risco de contaminação.

Observou-se a falta de conhecimento quanto à prática relacionada à biossegurança, mostrando que a técnica do curativo expõe os trabalhadores a riscos biológicos, deveriam ser adotadas medidas de biossegurança como também, orientariam para a percepção dos riscos, levando a utilização correta de EPI.

5.3.4.2 Conforto do ambiente, adequação do espaço físico e do mobiliário

O número de cinco trabalhadoras dessa pesquisa considerou que o ambiente físico não lhes permitia conforto, assim como seis delas consideraram o espaço físico inadequado, sendo que quatro consideraram o mobiliário adequado. Devendo-se ressaltar que a trabalhadora F, mesmo utilizando a maca com ferrugem e com calço de madeira nos pés, colocando em risco de queda os clientes, considerou o mobiliário como adequado.

5.3.4.3 Percepção da trabalhadora quanto a iluminação, ruído e temperatura

A iluminação foi considerada inadequada por quatro trabalhadoras, sendo que somente a trabalhadora C e a gerente de enfermagem concordaram na inadequação, devendo-se ajustar a luminosidade por meio de focos auxiliares (Brasil, 2002)

As trabalhadoras A1, A2, E consideraram o ruído como intenso (problema na localização e estrutura física da UBS onde estão localizadas as salas) concordando com a percepção das gerentes de enfermagem, este problema dá-se pela inadequação da localização geográfica e da estrutura física das UBS.

Para AET a percepção do trabalhador do ambiente é o que realmente influencia na execução da atividade de trabalho, faz com que elabore um “modo operatório” que lhe permita trabalhar com segurança (Guérin et al., 2001), por exemplo, as estratégias utilizadas: abrir a porta e colocar um biombo onde se permite a diminuição da temperatura pela maior ventilação do ambiente.

5.4: Análise ergonômica do trabalho: observação da pesquisadora

A observação da atividade de trabalho da enfermagem na SC em UBS realizada pela autora, constatou real a afirmativa de Wisner (1994) de que o enfermeiro depara-se com situações complexas de trabalho, havendo interação de diferentes tarefas resultando em elevada carga de trabalho por meio dos componentes físicos (para a execução da tarefa obtém dispendioso esforço do sistema músculo esquelético, ou ainda, alto custo fisiológico para o trabalhador); cognitivos (relacionado à organização das tarefas e ritmo de trabalho intelectual para executá-las) e psíquico (relação entre o indivíduo e o ambiente de trabalho – nível de conflito).

O esforço físico na atividade de cuidar do cliente com ferida foi observado por exigir das trabalhadoras posturas físicas intensas e a adoção de má postura corporal, podendo ser considerada um risco ocupacional devendo ser prevenido (Marziale e Robazzi, 2001).

Na estrutura física das SC “B” e “D” encontrou-se o tanque lava pés, obrigando as trabalhadoras a ficarem em pé com o dorso inclinado a maior parte do tempo (A1- 46,78% e D – 85%) fazendo com que o esforço músculo esquelético fosse intenso, com custo fisiológico demonstrado pelo suor escorrendo pela face da trabalhadora D, a mais jovem do grupo e já exposta a essa condição de trabalho.

Segundo Marziale e Robazzi (2001) a postura corporal submete-se às características anatômicas e fisiológicas do corpo, ligando-se as limitações específicas do equilíbrio e obedecendo as leis da física e da biomecânica, tendo estreito relacionamento com a atividade do indivíduo, podendo aumentar ou diminuir o esforço físico no trabalho.

Alexandre (Alexandre, 1998a, 1998b, 1998c) em estudo sobre ergonomia e as atividades ocupacionais da equipe de enfermagem, mencionou que a manutenção de posturas inadequadas ocasiona tensão física, causa danos à musculatura e a constituição ósseo-articular, principalmente na coluna vertebral, considera de suma importância que os aspectos ergonômicos de segurança no trabalho sejam difundidos, incentivando a consciência crítica dos efeitos do ambiente de trabalho na saúde do trabalhador.

A pesquisadora observou esforço físico também na atividade das trabalhadoras B e D, quando da mobilização de dois pacientes idosos, acamados, durante a realização de curativo em úlcera por pressão; esses clientes são do atendimento domiciliário vindo de ambulância a UBS, sendo transportados em maca até a SC, sendo que poderiam ser avaliados e atendidos na residência pela equipe.

A trabalhadora C, auxiliar de enfermagem, trabalhando a mais tempo na SC e atuando na sala de menor tamanho, construiu com um marceneiro objetos adaptados para o ambiente de trabalho: uma cadeira com 40 cm de altura para sentar-se confortavelmente na frente do cliente e um “suporte” de madeira, com 30 cm de altura com espuma e revestido com “corvim”, colocado sobre a maca para os clientes com lesões nas pernas e nos pés. O cliente fica deitado, a trabalhadora em pé, porém com a coluna reta. A trabalhadora ficou com o dorso inclinado na atividade observada somente por 2,27% do tempo, proporcionando menor esforço músculo esquelético.

O custo cognitivo é expresso nas respostas das trabalhadoras: a necessidade de ética profissional quando na avaliação da ferida encaminhar o cliente ao profissional médico; por meio da necessidade de atenção na limpeza do leito da ferida; por meio do posicionamento sobre a necessidade de maior conhecimento para a execução da tarefa e na afirmação da necessidade de estudo e manter-se atualizada nessa área. A atenção constante nessa tarefa, como também na execução de outras (organização da SC, solicitação de materiais ao almoxarifado, limpeza, acondicionamento e esterilização dos instrumentais e materiais de inox e atendimento a outros usuários) dentro da UBS; administrar tempo e materiais, fazendo com que haja aumento no ritmo de trabalho intelectual.

O custo psíquico pode ser observado nas respostas das trabalhadoras quanto aos conflitos gerados na interação entre o profissional da equipe, com clientes que trazem problemas familiares e querendo compartilhar suas dificuldades com as trabalhadoras; requer ainda tolerância e paciência do trabalhador para relacionar-se com familiares que não agem educadamente quando há discordância no tratamento da ferida; assim referem que lançam mão

de honestidade e bom senso para explicar ao cliente a real condição da evolução cicatricial e principalmente frente a resistência do cliente na adesão ao tratamento.

Este estudo constatou-se que há posturas físicas desarmônicas na execução das tarefas, com maior esforço devido ao tanque lava pés, podendo ser considerada um risco ocupacional e sua prevenção da ocorrência de lesões no sistema músculo esquelético, não apresentado nessa população de estudo, mas pode tornar-se fator agravante com o processo de envelhecimento dos trabalhadores.

O custo cognitivo e psíquico dessas trabalhadoras pode ser amenizado com o trabalho multidisciplinar, onde os profissionais (nutricionista, psicólogos, assistentes sociais, preparadores físicos, médicos, fisioterapeutas, enfermeiros estomaterapêutas) fazendo parte da equipe podem “juntar” os saberes e atuarem nas diferentes necessidades desses clientes atingindo o objetivo de melhor assistência.

6. CONCLUSÃO

Esta pesquisa possibilitou a análise das condições do trabalho de enfermagem do ponto de vista ergonômico.

Constatou-se falta de padronização no ambiente de trabalho, mesmo sendo realizadas adaptações possíveis na estrutura física para o atendimento ao cliente com ferida. O mobiliário não estava adequado, interferindo no modo de execução da tarefa.

Os dados encontrados pela AET, mostraram a percepção das trabalhadoras quanto: a iluminação foi considerada inadequada somente em uma SC; o ruído era de moderado a intenso, na maioria das vezes relacionada a fatores externos também associado a estrutura física e localização das UBS; a temperatura dentro da SC era elevada, apesar da utilização da estratégia do uso de ventilador, em duas associou-se também a porta aberta e um biombo para impedir a visão interna e melhorar a ventilação.

Confirmou-se na fase de observação o que as gerentes de enfermagem haviam afirmado que a tarefa prescrita, efetivada por meio da SAE, não era realizada. Esse instrumento, utilizado privativamente pelo enfermeiro desde o primeiro atendimento, direcionando a assistência de enfermagem a cada passo, sendo que os resultados documentados poderiam ser analisados periodicamente, produzindo conhecimento para o cuidado de enfermagem, aplicado nesse como em novos clientes. O trabalho de prevenção e reabilitação era realizado com os clientes com UV em somente uma das SC, por meio do acompanhamento avaliação da utilização adequada da meia elástica fornecida pelo município.

As trabalhadoras desta pesquisa eram em número de oito, sexo feminino, duas apresentavam-se com IMC de obesidade I e II, incluindo a com maior idade de 46 anos e a única ex-fumante; duas trabalhadoras estavam com sobrepeso; três tinham IMC normal e uma estava na faixa de desnutrição em tratamento de uma pancreatite que resultou no único afastamento ao trabalho. A atividade física era realizada por somente duas trabalhadoras; três consideraram

não ter lazer; Deve-se rever os conceitos dos hábitos de vida dessa população evitando os riscos de futuro adoecimento dessas trabalhadoras.

A formação em ensino médio técnico estava presente em sete trabalhadoras, somente uma tinha ensino fundamental e atuava há nove anos como auxiliar de enfermagem; três dessas trabalhadoras estão freqüentando a graduação de enfermagem, incluindo a com menor idade, 21anos, sendo também a com menor tempo na enfermagem: nove meses.

A capacitação para o trabalho foi dada pela gerente de enfermagem, durante o atendimento ao cliente e por meio de assessoria técnica de empresas que comercializam coberturas com tecnologia. A Internet ferramenta de conhecimento e atualização é utilizada raramente pela população do estudo.

O risco biológico para o trabalhador foi descrito somente por três trabalhadoras, outros riscos como: físicos, químicos, ergonômicos e de acidentes não foram considerados pelas trabalhadoras, demonstrando desconhecimento da população de estudo e não havia mapas de risco na UBS. Os acidentes com perfuro cortante e respingo de sangue no rosto foi descrito por duas trabalhadoras da mesma SC, referindo notificação.

Quanto às dificuldades encontradas nesse trabalho está a resistência do cliente em aderir ao tratamento gerando conflitos de relacionamento entre a trabalhadora, cliente e familiares. As exigências para a realização do trabalho foram colocadas como ter habilidade em lidar com o cliente e familiares com domínio da avaliação da ferida e da técnica do curativo. O conhecimento científico aprofundado para atividade foi colocado somente por duas trabalhadoras.

As principais posturas físicas adotadas no atendimento ao cliente com ferida foram: em pé, dorso-inclinado e andando, sendo o fator agravante, em duas SC, foi a utilização do “tanque lava-pés” de maneira tradicional, sem estudos ou questionamentos das trabalhadoras, obrigando-as a posturas mais intensas, repetidas diariamente, colocando em risco sua saúde.

A adoção de má postura corporal pode ser considerada como um risco ocupacional, a prevenção, por meio de intervenções ergonômicas, é de extrema importância na prevenção de lesões no sistema músculo esquelético entre essas trabalhadoras.

6.1 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta pesquisa evidenciou a falta de organização e de padronização para o trabalho de enfermagem na Sala de Curativos em UBS.

No respeito aos preceitos éticos da profissão de enfermagem, o enfermeiro recebendo maior conhecimento na sua formação, deve ser o prestador da assistência de enfermagem ao cliente com ferida, avaliando-o como um todo e não somente a ferida, trabalhando junto à equipe interdisciplinar na solução das deficiências de saúde encontrada.

Faz-se necessário rever o ambiente físico da Sala de Curativos em UBS para que ofereça ao trabalhador condições adequadas no atendimento ao cliente com ferida.

Respondendo ao questionamento “a enfermagem do século XX sobreviverá no século XXI?”. Sim, havendo valorização do “ser enfermagem” e o aprofundamento no conhecimento científico para o desenvolvimento de uma prática de cuidados efetiva com custos reduzidos, assim com implementação de ações de prevenção e reabilitação, considerando o deficiente conhecimento sobre o comportamento humano, principalmente do cliente na adesão ao tratamento, buscando no trabalho multidisciplinar a efetivação das ações de auto-cuidado, sendo um aliado dos profissionais na melhora da assistência ao cliente com ferida.

Este estudo não abrange todos os problemas encontrados no trabalho de enfermagem no atendimento ao cliente com ferida em UBS, sugerindo novos estudos e a continuidade por meio de abordagem ergonômica organizacional e cognitiva.

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Abranches SS. A situação do trabalho de enfermagem em unidade básica de saúde [Tese – Doutorado]. Ribeirão Preto (SP): Universidade de São Paulo; 2005.

Alexandre NMC, Angerami ELS. Avaliação de determinados aspectos ergonômicos no transporte de pacientes. Rev Bras Saúde Ocup 1993; 21(77) p. 81-90.

Alexandre NMC. Aspectos ergonômicos relacionados com o ambiente e equipamentos hospitalares. Rev Latino-am enfermagem 1998; 6 (4): 103-09.

Alexandre NMC. Ergonomia e as atividades ocupacionais da equipe de enfermagem. Rev Esc Enferm USP 1998; 32 (1): 84-90.

Alexandre NMC. Estilo de vida e trabalho do pessoal de enfermagem e a ocorrência de cervicodorsolombalgias. Rev Latino-am enfermagem 1998; 3(1): 117-36.

Almeida CM de. As reformas sanitárias dos anos 80: uma crise de transição [Tese – Doutorado]. Rio de Janeiro (RJ): Escola Nacional de Saúde Pública; 1995.

Almeida MCP, Rocha JSY. O saber de enfermagem e sua dimensão prática. São Paulo: Cortez, 1986.

Aquino MMLL de, Magalhães LBNC, Araújo MJ, Almeida MCC de, Leto JP. Hipertensão Arterial em Trabalhadoras de Enfermagem – Padrão de Ocorrência, Diagnóstico e Tratamento. Rev Bras Cardiol 2001; 76 (3),197-202.

Bajay HM, Jorge AS, Dantas SRPE. Técnicas básicas para a realização de curativos no âmbito hospitalar. In: Jorge AS, Dantas SRPE. Abordagem Multiprofissional do Tratamento de Feridas. São Paulo: Atheneu; 2003 cap. 7, p 69-79.

Balbino CA, Pereira LM, Curi R. Mecanismos envolvidos na cicatrização: uma revisão. Rev Bras de Ciênc Farmac 2005; 41(1): 117-36.

Benatti MCC. Acidente de trabalho em um hospital universitário: um estudo sobre ocorrência e os fatores de risco entre trabalhadores de enfermagem [Tese – Doutorado]. São Paulo (SP): Universidade de São Paulo; 1997.

Borges EL, Gomes FSL, Saar SR da C. Custo comparativo do tratamento de feridas. Rev Bras Enferm 1999; 52 (2): 215-22.

Borges EL, Gomes FSL, Saar SR da C. Custos do tratamento de feridas. In: Borges EL, Saar SR da C, Magalhães MBB, Gomes FSL, Lima VL de NA. Feridas como tratar. 2ª ed. Belo Horizonte: COOPMED, 2008. p. 179-88.

Bork AMT. Enfermagem de excelência: da visão a ação. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2004. p.3-127.

Brasil. Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício profissional e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília (DF); 26 jun. 1986. Seção 1, p. 273-5.

Brasil. Lei Orgânica Nº 8.080. Presidência da República Casa Civil. Dispõe sobre as condições para promoção, proteção, recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Sistema Único de Saúde, Brasília; 1990.

Brasil. Ministério de Trabalho. Norma Regulamentadora nº 9. Portaria SSST n.º 25, de 29 de dezembro de 1994 30/12/94 (Rep. 15/12/95)

Brasil. Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde. Dispõe sobre pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília, DF: Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP); 1996.

Brasil. Conselho Federal de Enfermagem - Resolução COFEN 240/2000. Dispõe sobre o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem – CEPE - Rio de Janeiro, 2000.

Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Regulamento técnico para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde. RDC n. 50, Brasília; fev. 2002.

Brasil. Conselho Federal de Enfermagem - Resolução COFEN 272/2004. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem – SAE - nas instituições de Saúde Brasileira, Rio de Janeiro; 27 ago. 2002.

Brasil. Política Nacional de Atenção Básica, publicada no Diário Oficial da União número 110 de 10 de junho de 2005.

Brasil. Ministério do Trabalho. Norma Regulamentadora nº 32 (NR-32) aprovada pela portaria MTE nº485 de 11 de novembro de 2005. Seção I do Diário Oficial da União de 16 de novembro de 2005.

Clark RAF. Regulation of fibroplasia in cutaneous wound repair. Am J Méd Sci 1993; 306: p. 42-8.

Dantas SRPE. Aspectos históricos do tratamento de feridas. In: Jorge AS, Dantas SRPE. Abordagem Multiprofissional do Tratamento de Feridas. São Paulo: Atheneu; 2003 cap. 1, p 3-16.

Dealey C. Cuidando de feridas. 3ª edição. São Paulo: Atheneu; 2008. p. 1-168.

Dul J, Weerfmeester B. Ergonomia Prática. São Paulo: Editora Edgard Blucher; 1995. 147 p.

Duran ECM, Cocco MIM. Capacidade para o trabalho entre trabalhadores de enfermagem do pronto-socorro de um hospital universitário. Rev Latino-am enfermagem 2004; 12(1):43-9.

Ferreira AMF, Santos I. Para o cuidar de clientes com feridas infectadas. In: Santos I dos, Figueiredo NMA de, Souza Padilha MIC de, Cupelo AJ, Silva de Souza SRO, Machado WCA. Enfermagem assistencial no ambiente hospitalar. São Paulo: Atheneu; 2004. p. 375-93.

Ferreira TM, Coelho MEG, Molina E. Limpeza e desinfecção de áreas hospitalares. In: Limpeza, desinfecção de artigos e áreas hospitalares e anti-sepsia. Associação Paulista de Estudos e Controle de Infecção Hospitalar (APECIH); 1999 p. 27-41.

Figueiredo NMA, Silva RCL da, Silva CRL da. Introdução. In: Silva RCL, Figueiredo NMA, Meireles IB, org. Feridas: fundamentos e atualizações em enfermagem. 2ª ed. São Paulo: Yendis; 2007.

Gamba MA, Yamada BFA. Úlceras Vasculogênicas. In: Jorge AS, Dantas SRPE. Abordagem Multiprofissional do Tratamento de Feridas. São Paulo: Atheneu; 2003. p. 239-59.

Giovanini T. História da Enfermagem: versões e interpretações. 2ª ed. Rio de Janeiro: Revinter; 2002. 205 p.

Grandejan E. Manual de ergonomia: adaptando o homem ao trabalho. 4ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas; 1998. p. 10-104.

Guérin F, Laville A, Daniellou F, Duraffourg J, Kerguelen A. Compreender o trabalho para transformá-lo. A prática da ergonomia. São Paulo: Editora Edgard Blucher; 2001. p. 1-99.

Gurgeira GP, Alexandre NMC. Laudos médicos recomendando restrições de trabalho em um hospital universitário no Brasil. Rev Latino-am enfermagem 2006; 14(4).

Horta W de A. O processo de enfermagem. São Paulo: EPU. 99 p.

Iida I. Ergonomia: projeto e produção. 2ª ed. São Paulo: Editora Edgard Blucher; 2005.

Brasil. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo demográfico: dados distritais. Rio de Janeiro: IBGE; 2004.

Brasil. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo demográfico: dados distritais. Rio de Janeiro: IBGE; 2006.

Joffily B. Toyotismo e microeletrônica: a terceira revolução industrial desafia o sindicato. Rev De Fato, CUT Nacional 1993; (publicado em versão resumida).

Leopardi MT. Processo de Trabalho em saúde: organização e subjetividade. Florianópolis: Papa-Livros; 1999. 176 p.

Lima MJ de. O que é enfermagem. 2ª ed. São Paulo: Brasiliense; 1994. 102 p.

Lobiondo-Wood G, Haber J. Pesquisa em enfermagem. Métodos, avaliação crítica e utilização 4ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara koogan; 2001. p. 174-185.

Mishima SM, Almeida MCP de, Villa TCS, Fortuna CM, Kimura MLR, Ferreira MJB. Relação universidade e serviços de saúde - construindo possibilidades de trabalho. Rev Latino-am enfermagem 1997; 5(2).

Marziale MHP. Condições ergonômicas da situação de trabalho, do pessoal de enfermagem, em uma unidade de internação hospitalar [Tese – Doutorado]. Ribeirão Preto (SP): Universidade de São Paulo; 1995.

Marziale MHP, Carvalho EC. Condições ergonômicas do trabalho da equipe de enfermagem em uma unidade de internação de cardiologia. Rev Latino-am enfermagem 1998; 6(1): 99-117.

Marziale MHP, Robazzi MLCC. A Postura adotada pelos trabalhadores de enfermagem na movimentação de pacientes acamados e a adaptação ergonômica do procedimento técnico. Rev Acta Paul Enf 2001; 14(3): p. 71-9.

Nishide VM, Benatti MCC. Riscos ocupacionais entre trabalhadores de enfermagem em uma unidade de terapia intensiva. Rev Esc de Enferm USP 2004; 38(4): p. 406-14.

Oguisso T. A enfermagem no mundo atual e projeções para o futuro. Rev Acta Paul Enferm 2000; 11 (nº especial): p 44-51.

Oguisso T, Mott ML. Discutindo os primórdios do ensino de enfermagem no Brasil: o curso de enfermeiras da policlínica de Botafogo (1917 – 1920). Rev Paul de Enferm 2003; 22(1): p. 82-92.

Oguisso T. Responsabilidade ética e legal do profissional de enfermagem. In: Oguisso T, Zoboli E. Ética e bioética: desafios para a enfermagem e a saúde. Coordenadora da série, Cianciarullo TI. São Paulo: Manole; 2006. p. 68-90.

Ovington LG. Dressings and adjunctive therapies: AHCPR guidelines revisited Ostomy Wound Management 1999; 45 (2): p. 94-106.

Padilha MICS. As representações da história da enfermagem na prática cotidiana atual. Rev Bras Enferm 1999; 52(3): p. 443-54.

Parada EO, Alexandre NMC, Benatti MCC. Lesões ocupacionais afetando a coluna vertebral em trabalhadores de enfermagem. Rev Latino-am enfermagem 2002; 10(1): p. 64-9.

Pires D. Reestruturação produtiva e conseqüências para o trabalho em saúde. Rev Bras Enferm 2000; 53 (2): p. 251-63.

Polit DF, Beck CT, Hungler BP. Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização. 5ªed. Porto Alegre: Artmed; 2004. p. 101-285.

Rocha SMMR, Almeida MCP. O processo de trabalho da enfermagem em saúde coletiva e a interdisciplinaridade. Rev Latino-am enfermagem 2000; 8(2): 96-101.

Saar SR da C, Lima VL de AN. Avaliação da pessoa portadora de ferida. In: Borges EL, Saar SR da C, Magalhães MBB, Gomes FSL, Lima VL de NA. Feridas como tratar. 2ª ed. Belo Horizonte: COOPMED, 2008. p. 55-77.

Santos CV, Shiratori K, Prado LM do, Pellon LH, Jesus RF de, Falcão VDC. Aspectos éticos e legais na assistência de enfermagem. In: Silva RCL da, Figueiredo NMA, Meireles IB, org. Feridas: fundamentos e atualizações em enfermagem. 2ª edição. São Caetano do Sul: Yendis; 2007.

Santos VLCG. Avanços tecnológicos no tratamento avançado de feridas e algumas aplicações no domicílio. In: Duarte YAO, Diogo MJE. Atendimento domiciliar: um enfoque gerontológico. São Paulo: Editora Atheneu; 2000. p. 265-304.

Vil ar RMC. Produção do conhecimento em ergonomia na enfermagem [Dissertação]. Florianópolis (SC): Universidade Federal de Santa Catarina; 2002.

Wisner AA. A inteligência do trabalho: textos selecionados de ergonomia. São Paulo: Fundacentro, 1994.

World Health Organization. Nursing practice around the world. Geneva, 1997. (Nursing/Midwifery – Health Systems Development Programme).

8. Anexos

ANEXO 1 PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA.



FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

www.fcm.unicamp.br/pesquisa/etica/index.html

CEP, 06/11/07.
(Grupo III)

PARECER CEP: Nº 442/2007 (Este nº deve ser citado nas correspondências referente a este projeto)
CAAE: 0332.0.146.000-07

I - IDENTIFICAÇÃO:

PROJETO: “O TRABALHO DE ENFERMAGEM NO ATENDIMENTO AO CLIENTE PORTADOR DE FERIDAS: UMA ABORDAGEM ERGONÔMICA”.

PESQUISADOR RESPONSÁVEL: Liliana Maria Fernandes Leal

INSTITUIÇÃO: Hospital das Clínicas/UNICAMP

APRESENTAÇÃO AO CEP: 06/07/2007

APRESENTAR RELATÓRIO EM: 28/08/08 (O formulário encontra-se no *site* acima)

II - OBJETIVOS

Analisar as condições ergonômicas do trabalho de enfermagem na sala de curativos onde é prestada a assistência ao cliente portador de feridas.

III - SUMÁRIO

Trata-se de um estudo com dez sujeitos enfermeiros que atuam em salas de curativos que atuam em Unidades Básicas de Saúde e que aceitem participar da pesquisa. A própria pesquisadora fará a coleta dos dados, que foi adaptado pela autora a partir de publicações. Alguns questionários são propostos (apresentados como apêndice) para obter informações sobre características do local e do pessoal envolvido com o trabalho. Também são aplicadas questões sobre qualidade de vida do sujeito de pesquisa. Há muita bibliografia citada e muita bibliografia na lista de referências. Não há coleta/análise de material biológico.

IV - COMENTÁRIOS DOS RELATORES

O projeto encontra-se adequado à Resolução CNS 196/96 e complementares, bem como o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

V - PARECER DO CEP

O Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP, após acatar os pareceres dos membros-relatores previamente designados para o presente caso e atendendo todos os dispositivos das Resoluções 196/96 e complementares, resolve aprovar sem restrições o Protocolo de Pesquisa, bem como ter aprovado o Termo do Consentimento Livre e Esclarecido, assim como todos os anexos incluídos na Pesquisa supracitada.

O conteúdo e as conclusões aqui apresentados são de responsabilidade exclusiva do CEP/FCM/UNICAMP e não representam a opinião da Universidade Estadual de Campinas nem a comprometem.

Comitê de Ética em Pesquisa - UNICAMP
Rua: Tessália Vieira de Camargo, 126
Caixa Postal 6111
13084-971 Campinas - SP

FONE (019) 3521-8936
FAX (019) 3521-7187
cep@fcm.unicamp.br



VI - INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

O sujeito da pesquisa tem a liberdade de recusar-se a participar ou de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado (Res. CNS 196/96 – Item IV.1.f) e deve receber uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, na íntegra, por ele assinado (Item IV.2.d).

Pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado e descontinuar o estudo somente após análise das razões da descontinuidade pelo CEP que o aprovou (Res. CNS Item III.1.z), exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao sujeito participante ou quando constatar a superioridade do regime oferecido a um dos grupos de pesquisa (Item V.3.).


O CEP deve ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo (Res. CNS Item V.4.). É papel do pesquisador assegurar medidas imediatas adequadas frente a evento adverso grave ocorrido (mesmo que tenha sido em outro centro) e enviar notificação ao CEP e à Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA – junto com seu posicionamento.

Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas. Em caso de projeto do Grupo I ou II apresentados anteriormente à ANVISA, o pesquisador ou patrocinador deve enviá-las também à mesma junto com o parecer aprovatório do CEP, para serem juntadas ao protocolo inicial (Res. 251/97, Item III.2.e)

Relatórios parciais e final devem ser apresentados ao CEP, de acordo com os prazos estabelecidos na Resolução CNS-MS 196/96.

VII - DATA DA REUNIÃO

Homologado na VIII Reunião Ordinária do CEP/FCM, em 28 de agosto de 2.007.


Prof. Dra. Carmen Silvia Bertuzzo
PRESIDENTE DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA
FCM / UNICAMP

9. Apêndices

APÊNDICE 1 TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

(Apêndice 1)

O TRABALHO DE ENFERMAGEM NO ATENDIMENTO AO CLIENTE COM FERIDA: UMA ABORDAGEM ERGONÔMICA.

Pesquisadora: Liliansa Maria Fernandes Leal
Mestranda em Enfermagem – FCM/UNICAMP
Área de Concentração: Saúde e Trabalho

Será realizado um estudo que contribuirá para o conhecimento do trabalho de enfermagem, tendo como objetivo analisar, do ponto de vista ergonômico, a situação do trabalho de enfermagem na sala de curativos em Unidade de Saúde, com questionamentos sobre os elementos ergonômicos: o homem (trabalhador de enfermagem), a atividade prescrita e a efetivamente realizada, e o ambiente onde é realizada a atividade.

Sua participação é voluntária e você tem direito de recusar-se a responder a qualquer uma das questões sem que essa atitude prejudique seu trabalho. A entrevista, realizada pela pesquisadora, por meio de instrumento validado e padronizado e você poderá questionar ou parar a entrevista a qualquer momento.

Será garantido absoluto sigilo de sua identidade e das informações fornecidas por você, inclusive nas apresentações, publicações e divulgações desta pesquisa.

Qualquer dúvida entrar em contato com o pesquisador pelo telefone: 19 –3521-8823 ou com o Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas pelo telefone: 19 – 3521-8936.

Declaração de Consentimento

Após ler as informações acima a respeito da pesquisa e a partir do esclarecimento de minhas dúvidas sobre a entrevista, sendo informado do direito de desistir sem que o afete ou traga alguma consequência para mim, declaro aceita a minha participação.

_____, ____/____/____

data

Assinatura do participante

RG _____

Assinatura do pesquisador

RG 12987645

APÊNDICE 2 SOLICITAÇÃO AO SECRETÁRIO DE SAÚDE DO MUNICÍPIO.

Cidade Universitária Zeferino Vaz
Programa de Pós Graduação em Enfermagem, da Faculdade de Ciências
Médicas da Universidade de Campinas (FCM-UNICAMP).
(Apêndice 2)

Campinas, 13 de dezembro de 2007.

Ilma Sr.

Secretário de Saúde da Prefeitura de _____

Prezado Senhor

Vimos por meio deste, solicitar permissão para a coleta de dados junto as Unidades de Saúde deste município, os quais serão utilizados na Dissertação de Mestrado da Enfermeira Liliana Maria Fernandes Leal, pós-graduada em estomaterapia e geriatria/gerontologia, aluna do Programa de Pós Graduação em Enfermagem, da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade de Estadual de Campinas (FCM-UNICAMP), área de concentração Saúde e Trabalho.

Informamos que a pesquisa da referida mestranda, aprovada pelo comitê de ética da Faculdade de Ciências Médicas desta universidade, tem como objetivo analisar, do ponto de vista ergonômico, a situação de trabalho do pessoal de enfermagem na sala de curativo em Unidade de Saúde, tem como título:

“O TRABALHO DE ENFERMAGEM NO ATENDIMENTO AO CLIENTE COM FERIDA: UMA ABORDAGEM ERGONÔMICA”.

Atenciosamente

Maria Cecília Cardoso Benatti
Profª. Drª. Departamento de Enfermagem
FCM-UNICAMP
Orientadora
mcbenatti@uol.com.br

APÊNDICE 3 INSTRUMENTOS DE COLETA DE PESQUISA

1. Entrevista com a gerente da Unidade Básica de Saúde

(Apêndice 3)

Dados sobre o local de atendimento ao cliente com ferida

Nº do local: ____ data: ____/____/____

Iniciais do entrevistado: _____

Nº da entrevista: ____ Início: ____h Término: ____h

1. Estrutura física da SC
1.1 O local onde é realizado o curativo segue alguma padronização? <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não
1.2 A SC apresenta dimensões compatíveis com a atividade executada? <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não
1.3 Os mobiliários são adequados? <input type="checkbox"/> adequados <input type="checkbox"/> inadequados
1.4 Como você percebe a iluminação na SC? <input type="checkbox"/> adequada <input type="checkbox"/> inadequada. Qual o tipo de iluminação <input type="checkbox"/> natural <input type="checkbox"/> fria <input type="checkbox"/> mista
1.5 Como você percebe o ruído na SC? <input type="checkbox"/> intenso <input type="checkbox"/> moderado
1.6 Como você percebe a temperatura na SC? <input type="checkbox"/> elevada <input type="checkbox"/> amena
1.7 Há dispositivos de materiais perfuro cortante na SC?
2. Recursos humanos da SC
2.1 Quais são as categorias e o nº de trabalhadores de enfermagem da SC? <input type="checkbox"/> enfermeiro <input type="checkbox"/> técnico de enfermagem <input type="checkbox"/> auxiliar de enfermagem
2.2 Como é a escala do trabalhador em SC? <input type="checkbox"/> escala fixa <input type="checkbox"/> rotativa
2.3 Qual é o horário de trabalho do trabalhador _____ e qual o tempo e o tipo de pausa formal _____?
2.4 Há tarefas prescritas para o trabalhador de enfermagem na SC? <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não. Há execução de atividades extras? <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não Se Sim, quais tarefas? _____
2.5 Quais as dificuldades encontradas nesse trabalho e quais estratégias os trabalhadores utilizam para superá-las?
3. Planejamento da Assistência de Enfermagem
3.1 A Sistematização da Assistência de Enfermagem dos clientes atendidos na SC é realizada? <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não
3.2 Há instrumento para a avaliação do cliente atendido na SC? <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não. É feita evolução da cicatrização da ferida? <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não
3.3 Existe capacitação para o trabalho na SC? <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não. Como é realizada? _____ é: adequada <input type="checkbox"/> inadequada?
3.5 São realizados levantamentos estatísticos na SC? <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não. Qual o número de curativos por dia?
3.4 Qual o grau de complexidade das feridas dos clientes atendidos na SC?
3.5 Qual o tipo de ferida mais prevalente nos clientes atendidos na SC?
3.6 Há a utilização de coberturas com tecnologia na execução da técnica de curativo? <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não
3.7 Há trabalhos de prevenção e reabilitação do cliente atendido na SC? <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não
3.9 Gostaria de fazer alguma colocação adicional?

** sala de curativos – (SC)

APÊNDICE 4 INSTRUMENTOS DE COLETA DE PESQUISA

2. Entrevista com o trabalhador de enfermagem da Sala de Curativo

(Apêndice 4)

Dados sobre o local de atendimento ao cliente com ferida

Nº do local: _____ data: ___/___/___

Iniciais do entrevistado: _____

Nº da entrevista: ___ Início: ___h Término: ___h

1 Dados gerais
1.1 Identificação: Sigla: _____ Idade: _____ Gênero: <input type="checkbox"/> feminino <input type="checkbox"/> masculino
1.2 Dados antropométricos: Peso: _____ kg / Altura: _____ metros / IMC: _____
1.3 Fumo: <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não / Prática de atividade física: <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não Qual: _____ / Lazer: <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não Qual: _____
1.4 Possui algum a agravo a saúde: <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não
1.5 Escolaridade: <input type="checkbox"/> ensino médio incompleto <input type="checkbox"/> ensino médio completo <input type="checkbox"/> ensino superior incompleto <input type="checkbox"/> ensino superior completo
1.6 Você utiliza a Internet: <input type="checkbox"/> diariamente <input type="checkbox"/> semanalmente <input type="checkbox"/> raramente <input type="checkbox"/> não utilizo
2. Dados Ocupacionais
2.1 Categoria: _____ Tempo de trabalho na enfermagem: _____ meses. Na SC há quanto tempo: _____ meses
2.2 Teve algum acidente de trabalho: <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não especificar qual: _____
2.3 Teve algum afastamento do trabalho: <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não especificar qual: _____
2.2 Qual o tempo gasto e o meio de transporte da residência ao trabalho: _____ horas
3. Atividade de trabalho
3.1 A realização dessa tarefa exige esforço físico? <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> sim Especificar qual: _____
3.2 A realização dessa tarefa exige esforço mental? <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> sim Especificar qual: _____
3.3 É necessária concentração para realizar essa tarefa? <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> sim Especificar qual: _____
3.4 Quais as principais dificuldades na realização da tarefa de cuidar do cliente com feridas?
3.5 Quando e onde recebeu capacitação para o cuidado com feridas?
3.6 Para executar atividades na SC recebeu capacitação? <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não / Por quem? _____ / Considera: <input type="checkbox"/> adequada <input type="checkbox"/> inadequada
3.7 Os materiais utilizados para executar a tarefa de cuidar de feridas são: <input type="checkbox"/> adequados na qualidade <input type="checkbox"/> inadequados na qualidade / <input type="checkbox"/> adequados na quantidade <input type="checkbox"/> inadequados na quantidade
3.8 Quais são os equipamentos de proteção individual para a realização do curativo? _____ Você os utiliza? <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não
5 Ambiente de trabalho:
5.1 Você vê algum risco para a realização do seu trabalho? <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não Se sim, qual? _____
5.2 O ambiente físico lhe permite conforto? <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não
5.3 Como você considera o espaço físico da SC? <input type="checkbox"/> adequado <input type="checkbox"/> inadequado
5.4 Os mobiliários são adequados? <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não
5.5 Como você percebe a iluminação na SC? <input type="checkbox"/> adequada <input type="checkbox"/> inadequada
5.6 Como você percebe o ruído na SC? <input type="checkbox"/> intenso <input type="checkbox"/> moderado
5.7 Como você percebe a temperatura na SC? <input type="checkbox"/> elevada <input type="checkbox"/> amena

APÊNDICE 5 INSTRUMENTOS DE COLETA DE PESQUISA

3. Análise Ergonômica do Trabalho: observação da pesquisadora

(Apêndice 5)

- O ambiente de trabalho da sala de curativo
- A atividade de trabalho no atendimento ao cliente com ferida

Dados sobre o local de atendimento na SC
Nº do local: ___ data: ___/___/___
Início da observação: ___h Término: ___h

1. Mensuração do espaço físico (trena e fotografia)

2. Observação da atividade efetivamente realizada

Atividade de Trabalho	Tempo de execução em segundos
(filmagem e fotografia)	

3. Registro das atividades corporais

Posição corporal: posição do dorso/ andando/ em pé/ abaixada
sobre as pernas /sentada

4. Questionamentos ao trabalhador da SC após execução da atividade

- 1- Quais as dificuldades, do ponto de vista do trabalho em si, para se realizar o procedimento de troca de curativo?
- 2- Quais são as exigências do ponto de vista do trabalho de enfermagem na SC?
- 3- Qual o conhecimento em tratamento de feridas do trabalhador na SC?