

**FACULDADE NATALENSE PARA O DESENVOLVIMENTO DO RIO GRANDE DO
NORTE - FARN
CURSO DE ENFERMAGEM**

**O ENFERMEIRO DA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA: VIVÊNCIA,
HUMANIZAÇÃO E ESTRESSE**

MARIA AUXILIADORA BEZERRA DA SILVA

**O ENFERMEIRO DE UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA: VIVÊNCIA,
HUMANIZAÇÃO E ESTRESSE**

**NATAL/RN
2011**

MARIA AUXILIADORA BEZERRA DA SILVA

**O ENFERMEIRO (A) DE UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA: VIVÊNCIA,
HUMANIZAÇÃO E ESTRESSE**

Monografia apresentada ao Curso de Graduação em Enfermagem da Faculdade Natalense para o Desenvolvimento do Rio Grande do Norte - FARN, como requisito parcial à obtenção do Grau de Bacharel em Enfermagem.

Orientadora: Prof. Dr^a. Izete Soares da Silva Dantas Pereira.

MARIA AUXILIADORA BEZERRA DA SILVA

O ENFERMEIRO (A) DE UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA: VIVÊNCIA,
HUMANIZAÇÃO E ESTRESSE

Monografia apresentada ao Curso de
Graduação em Enfermagem da Faculdade
Natalense para o Desenvolvimento do Rio
Grande do Norte em cumprimento do requisito

Catálogo na Publicação – Biblioteca da FARN
Setor de Processos Técnicos

Silva, Maria Auxiliadora Bezerra da

O enfermeiro de unidade de terapia intensiva: vivência, humanização e
estresse / Maria Auxiliadora Bezerra da Silva. – Natal, 2012.

xxf.

Orientador: Izete Soares da Silva Dantas Pereira (Dra.)

Monografia (Bacharel em Enfermagem) – Faculdade Natalense para o
Desenvolvimento do Rio Grande do Norte.

1. Enfermeiro – Monografia. 2. Unidade de Terapia Intensiva –
Monografia. 3. Saúde do Trabalhador – Monografia. I. Título.

RN/FARN/BC

CDU 616

BIBLIOTECA UNI-RN

616-083 S586e - RB: 38122 (M002236)

Título: O enfermeiro de unidade de terapia ...

Autoria: Silva, Maria Auxiliadora Bezerra da
2012; ex. 1

NATALIAN
1105

FOLHA DE APROVAÇÃO

A Monografia intitulada **O ENFERMEIRO DE UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA: VIVÊNCIA, HUMANIZAÇÃO E ESTRESSE** apresentada pela aluna **MARIA AUXILIADORA BEZERRA DA SILVA** do Curso de Enfermagem da Faculdade Natalense para o Desenvolvimento do Rio Grande do Norte – FARN foi considerada Aprovada pela Banca Examinadora, abaixo discriminada:

Aprovada em: __, __, __.

Profa. Dra. Izete Soares da Silva Dantas Pereira)
Orientadora - FARN

Banca Examinadora - 2.º Avaliador
Membro

Banca Examinadora - 3.º Avaliador
Membro

AGRADECIMENTOS

Sou grato pelo auxílio e apoio de Deus, por me dar condições físicas e psicológicas de seguir frente a esta obra, conseguindo chegar ao fim de uma caminhada, o que me dá a oportunidade de viver os meus sonhos e realizar meus projetos.

Agradeço, Maria Dalva Pereira da Silva e José Bezerra da Silva, que me ajudaram com muito carinho e amor, por serem meus pais, meus amigos e meus companheiros, que a amizade e o respeito significam o homem.

Meus irmãos: Jurema Bezerra da Silva, Rômulo Bezerra da Silva, Andréia Kátia Bezerra da Silva e José Bezerra Bezerra da Silva, pelo apoio e incentivo, por serem meus irmãos, meus amigos e meus companheiros, por serem meus pais e meus companheiros, por serem meus pais e meus companheiros.

Meus amigos: Jurema Bezerra da Silva, Rômulo Bezerra da Silva, Andréia Kátia Bezerra da Silva e José Bezerra Bezerra da Silva, pelo apoio e incentivo, por serem meus irmãos, meus amigos e meus companheiros, por serem meus pais e meus companheiros.

Agradeço também aos meus amigos, Jurema Bezerra da Silva, Rômulo Bezerra da Silva, Andréia Kátia Bezerra da Silva e José Bezerra Bezerra da Silva, pelo apoio e incentivo, por serem meus irmãos, meus amigos e meus companheiros, por serem meus pais e meus companheiros.

Agradeço também aos meus amigos, Jurema Bezerra da Silva, Rômulo Bezerra da Silva, Andréia Kátia Bezerra da Silva e José Bezerra Bezerra da Silva, pelo apoio e incentivo, por serem meus irmãos, meus amigos e meus companheiros, por serem meus pais e meus companheiros.

Agradeço também aos meus amigos, Jurema Bezerra da Silva, Rômulo Bezerra da Silva, Andréia Kátia Bezerra da Silva e José Bezerra Bezerra da Silva, pelo apoio e incentivo, por serem meus irmãos, meus amigos e meus companheiros, por serem meus pais e meus companheiros.

Dedico este trabalho monográfico à Maria Dalva Pereira da Silva e José Bezerra da Silva, meus pais, sem os quais nada em minha vida seria possível.

AGRADECIMENTOS

Sou grata primeiramente a Deus, por me dar condições físicas e psicológicas de seguir minha vida acadêmica conseguindo chegar ao fim de mais uma caminhada, e por me dar a oportunidade de conviver com pessoas maravilhosas, assim como:

Meus pais, Maria Dalva pereira da silva e José bezerra da silva, que me educaram com muito esforço e suor dos seus rostos, me deixando o maior dos ensinamentos, que a honestidade e o trabalho dignificam o homem;

Meus irmãos, Josenildo Bezerra da Silva, Rosi cleia bezerra da silva, Andréa Kátia bezerra da silva e José Renato bezerra da silva, pelo apoio em todas as horas, pela amizade, pelo companheirismo e por assim como meus pais terem auxiliado na formação da minha personalidade e do meu caráter;

Meus sobrinhos Daphne Louise Bezerra Gomes e Adrian Felipe bezerra marques por supervalorizar minhas qualidades e me defender mesmo quando errada, me ajudando a sempre acreditar em mim;

A minha querida amiga Francisca Gilvânia do Amarante bento, pelo apoio incondicional, e acima de tudo, pela paciência, compreensão e por acreditar em mim mesmo nos momentos que até eu acreditei que não daria certo, e por me mostrar o quanto sou capaz de refazer e seguir em frente;

A todos os professores que contribuíram com meu aprendizado nesses quatro anos de curso, em especial a minha orientadora Dr^a Izete Soares da Silva Dantas Pereira, por quem guardo um enorme carinho e respeito, agradeço pela contribuição na elaboração desse trabalho, tirando dúvidas e dando sugestões com máxima atenção possível, estando sempre à disposição, mesmo além de suas obrigações.

Enfim, sou grata a todos que acreditam e torcem por mim, que me ajudaram direta ou indiretamente nesses últimos quatro anos e na elaboração deste trabalho monográfico.

RESUMO

A sabedoria é a coisa principal: adquire pois sabedoria; sim, com tudo que possuis adquire o conhecimento. Exalta-a, e ela te exaltará; e, abraçando-a tu, ela te honrará. **Provérbios 4, 7-8**

Palavras-chave: Sabedoria, Unidade de Tempo, Saúde do Trabalhador.

A sabedoria é a coisa principal: adquire pois sabedoria; sim, com tudo que possuis adquire o conhecimento. Exalta-a, e ela te exaltará; e, abraçando-a tu, ela te honrará. **Provérbios 4, 7-8**

RESUMO

A importância do envolvimento do Enfermeiro na assistência aos pacientes de Unidades de Terapia Intensiva ressalta a necessidade de humanizar essa assistência facilitando a interação entre equipe profissional-pacientes. Esses cuidados proporcionam na maioria das vezes o crescimento, o desenvolvimento e recuperação do paciente de forma satisfatória, assim como contribui para minimizar os efeitos nocivos provocados pela hospitalização. Este estudo busca através da revisão de literatura como evidenciar a saúde do enfermeiro na unidade de terapia Intensiva(UTI). É pensamento de todos aqueles que lutam por uma medicina do trabalho digna, que atenda aos interesses transcendentais do ser humano, a necessidade de se estabelecer princípios que possam construir e estabelecer políticas de proteção à saúde do trabalhador. Nesse sentido, objetivando uma melhor compreensão do tema, foi dado um enfoque geral na enfermagem por ser considerada uma profissão desgastante em função do constante contato com pacientes críticos. Deixando o profissional frequentemente exposto a doenças, e fatores de risco de natureza física, química, biológica e psíquica. Assim para desenvolvimento do estudo, a metodologia utilizada contemplou uma abordagem qualitativa, fundamentada através de uma pesquisa bibliográfica. O resultado do estudo apontou como principal dificuldade a realização de uma política voltada para saúde do trabalhador enfermeiro na unidade de terapia intensiva. Tendo em vista que essa é uma questão ainda pouco discutida nas empresas. Apontou ainda a possibilidade de um melhor acompanhamento, nos casos de acidentes de trabalho, o trabalho noturno, a falta de material, e mão de obra qualificada. Foi verificada também a necessidade de aprimoramento, nas escalas de trabalho que são excessivas e findam por aumentar a angústia e a ansiedade. Essas são as causas mais encontradas de doenças laborais.

Palavras-chaves: Enfermeiro. Unidade de Terapia Intensiva. Saúde do Trabalhador.

ABSTRACT

The importance of nurse involvement in patient care in intensive care units highlights the need to humanize this assistance facilitating the interaction between patient-professional team. These provide care for the most growth, development and recovery of patient satisfaction, and helps to minimize the harmful effects caused by hospitalization. This study seeks through literature review will highlight how health nurse in the intensive care unit (ICU). You thought of all those who struggle for a decent occupational medicine, which meets the interests of the transcendental human being, the need to establish principles that can build and establish policies to protect worker health. In this sense, aiming at better understanding of the subject was given a general approach in nursing to be considered a stressful profession because of the constant contact with critically ill patients. Leaving the professional often exposed to diseases and risk factors of physical, chemical, biological and psychological. So for development of the study, the methodology used considered a qualitative approach, grounded through a literature search. The study results indicated the main difficulty carrying out a policy for occupational health nurse in the intensive care unit. Since this is a question still little discussed in the companies. He pointed out the possibility of better monitoring, in cases of accidents at work, night work, the lack of material and skilled labor. We also noticed the need for improvement in work schedules that are excessive and they cease to increase the anguish and anxiety. These are the most frequent causes of diseases labor.

Keywords: Nurse. Intensive Care Unit. Occupational Health

LISTA DE SIGLAS

CAT- Comunicação de Acidente de Trabalho

CCIAH – Comissão de Controle de Infecção Hospitalar

CIPA – Comissão Interna de Prevenção a Acidentes

CLT- Consolidações das Leis Trabalhistas

DORT - Doenças osteomusculares relacionadas ao trabalho

EPI – Equipamentos de Proteção Individual

LER - Lesões por esforços repetitivos

OPAS - Organização Panamericana de Saúde

PNHAH – Programa Nacional de Humanização Hospitalar

PPRA – Programa de Prevenção de Riscos Ambientais

SUS - Sistema Único de Saúde

STJ – Supremo Tribunal de Justiça

TST – Tribunal Superior do Trabalho

UTI- Unidade de Tratamento Intensivo

1 INTRODUÇÃO	09
2 OBJETIVOS	12
2.1 – Geral	12
2.2 – Específico	12
3 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA.....	13
3.1 UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA - UTI: CONCEITOS	13
3.2 A HUMANIZAÇÃO NO AMBIENTE DE TRABALHO	14
3.3 A HUMANIZAÇÃO DE UTI A PARTIR DAS AÇÕES DO ENFERMEIRO.....	18
3.4 O PROCESSO DE TRABALHO NAS ATIVIDADES DO ENFERMEIRO(A) E OS FATORES DE ESTRESSES.....	22
3.5 REFLEXÕES SOBRE O ESTRESSE E SUA RELAÇÃO COM A ENFERMAGEM	24
3.6 PRINCIPAIS DOENÇAS QUE ACOMETEM OS ENFERMEIROS NO DESEMPENHO DE SUAS FUNÇÕES	26
3.6.1 Distúrbios da audição causados por ruído	29
3.6.2 Dermatoses do trabalho	30
3.6.3 Lesões por esforços repetitivos (LER) ou doenças osteomusculares relacionadas ao trabalho (Dort)	33
3.6.4 O trabalho e o ritmo circadiano	37
4 METODOLOGIA	41
5 DISCUSSÕES	42
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	47
REFERÊNCIAS	48

1 INTRODUÇÃO

A saúde no trabalho é algo possível, basta se ter uma visão holística do trabalhador. Este trabalhador precisa ser visto como ser físico, psíquico e social, com o enfermeiro não é diferente, tendo em vista que esse profissional cuida da saúde de outras pessoas.

No caso da unidade de terapia intensiva pessoas muitas vezes dependem totalmente da equipe de profissionais para realizar suas necessidades básicas, como também os cuidados intensivos, no entanto em muitos casos necessitam também de cuidados invasivos, os quais apenas médicos e enfermeiros podem executar.

De acordo com Vila e Rossi (2002), em face dessas particularidades da UTI, é necessário que o enfermeiro mantenha autocontrole de suas emoções, para isso precisa sentir-se bem fisicamente e psicologicamente. Portanto, o ambiente de trabalho deve oferecer segurança e bem-estar, é preciso que exista um acolhimento a esse profissional enfermeiro, como consultas periódicas a psicólogos e outras especialidades médicas visando o acompanhamento da saúde desse profissional.

Observa-se que quando as pessoas refletem sobre questões relacionadas a saúde, costumam abordar alguns pontos comuns, por exemplo a existência de uma estreita relação entre a saúde e a capacidade laboral e social do indivíduo, outro ponto é que a maioria das pessoas tem como conceito de saúde, a simples ausência de doença, quando na verdade para um indivíduo estar saudável necessita-se mais do que simplesmente não está acometido de nenhuma patologia. (PAIM J, ALMEIDA FILHO 2000).

As empresas precisam traçar um perfil dos determinantes biológicos dos trabalhadores, suas características constitucionais inerentes a anatomia e fisiologia do organismo, bem como sua herança genética, para que seja possível utilizar formas de prevenção e tratamento no caso do trabalhador ser acometido de enfermidades (VILA; ROSSI, 2002).

Caso houvesse nas empresas de modo geral um trabalho de prevenção a doenças laborais ou adquiridas por ocasião do trabalho, sendo aplicado exercícios como terapias de grupo, dinâmicas, oficinas de alongamentos e técnicas de respiração, com o objetivo de capacitar o próprio profissional a cuidar de sua saúde,

Identificar as principais causas de estresse em um Unidade de Terapia Intensiva-UTI.

Neste estudo pretendeu-se realizar um levantamento bibliográfico acerca da problemática da saúde do enfermeiro em unidades de terapia intensiva.

Para Marconi; Lakatos (2001) este tipo de estudo não é mera repetição do que já foi dito ou escrito sobre certo assunto, mas uma forma de propiciar o estudo de um tema sob novo enfoque ou abordagem.

Inicialmente serão coletados os dados inerentes a proposta dessa pesquisa, reunindo o material bibliográfico disponível, consultando os Bancos de Dados informatizados, as Bibliotecas virtuais, periódicos, livros, enfim, material que aborde a temática desta pesquisa.

Dentre os bancos de dados e as revistas utilizadas, pode-se citar: o SCIELO, no Banco de Dados de Enfermagem (BDENF), no LILACS e nas seguintes revistas eletrônicas: Revista Mineira de Enfermagem, Acta Paulista de Enfermagem, Revista Latino Americana de Enfermagem, Revista Gaúcha de Enfermagem, Revista de Enfermagem da Universidade de São Paulo, Revista Goiânia Eletrônica de enfermagem e Revista Cogitare de Enfermagem; dentre os outros livros que foram utilizados.

O trabalho se justifica pela necessidade de uma pesquisa voltada para o enfermeiro de unidade de terapia intensiva, (UTI) visto como setor estressante devido as ocorrências e intercorrências assistenciais aos pacientes que necessitam de tratamento intensivos e invasivos, mas também dentro de um processo humanizado.

A monografia esta dividida em 05 (cinco partes): introdução, Unidade de Terapia Intensiva - UTI: conceitos onde aborda-se o conceito de UTI, visualizando seu contexto histórico e suas definições segundo os autores apresentados. Em seguida a humanização de UTI a partir das ações do enfermeiro. No quarto item o processo de trabalho nas atividades do enfermeiro e os fatores de estresses. No quinto tópico aborda-se o trabalho e o ritmo circadiano. Por último faz-se as considerações finais e apresentam-se as referências utilizadas no trabalho.

2. UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA - UTI: CONCEITOS

Para Lopes e Laufert (2001), o ambiente da UTI é caracterizado por um trabalho que envolve uma forte carga emocional, na qual vida e morte se misturam, compondo um cenário desgastante e, muitas vezes, frustrante.

De acordo com Lino e Silva (2001), as UTIs foram criadas a partir da necessidade de atendimento do cliente cujo estado crítico exigia assistência e observação contínua de médicos e enfermeiros. Esta preocupação iniciou-se com Florence Nightingale, durante a guerra da Criméia no século XIX, que procurou selecionar indivíduos mais graves, acomodando-os de forma a favorecer o cuidado imediato.

A Unidade de Terapia Intensiva (UTI) foi criada pela necessidade de atendimento do paciente cujo estado crítico exige assistência e observação contínua de médicos e enfermeiros e equipe de técnicos e auxiliares de enfermagem, e em razão de sua formatação desde a sua concepção trata-se de um ambiente propício ao estresse, em função da constante carga de emoções que as atividades ali desenvolvidas geram (SALICIO; GAIVA, 2006).

A hospitalização em Unidade de Terapia Intensiva (UTI), é uma unidade preparada para atender pacientes graves ou potencialmente graves, apesar de contar com assistência médica e de enfermagem especializadas e contínuas e dispor de equipamentos diferenciados, expõe o paciente a um ambiente hostil, com exposição intensa a estímulos dolorosos, onde a luz contínua, bem como procedimentos clínicos invasivos são constante em sua rotina de cuidados (SALICIO; GAIVA, 2006).

A Unidade de Terapia Intensiva é um ambiente que concentra pacientes graves, mais recuperáveis, cuidados por profissionais que se empenham para maximizar suas chances de viver mais e melhor e com uma assistência de qualidade humanizada, temos acompanhado um considerável crescimento e aprimoramento de ações concretas destinadas a promover a humanização da assistência hospitalar no âmbito das UTI's (SALICIO; GAIVA, 2006).

Segundo Amorim e Silverio (2003) a unidade de terapia intensiva é um conjunto de elementos funcionalmente agrupados, que se destina ao atendimento de pacientes graves ou de riscos que necessitam de assistência médica e de

enfermagem continuamente, além de equipamentos e recursos humanos especializados.

Ainda para estes autores, a tecnologia esta presente em todos os setores da área de saúde no Brasil e no mundo, principalmente nas UTIs, colocando o profissional de enfermagem frente a um desafio; integrar a tecnologia ao cuidado, dominando os princípios científicos que fundamentam a sua utilização e ao mesmo tempo suprimindo as necessidades terapêuticas dos pacientes.

O aspecto humano do cuidado de enfermagem, com certeza, é um dos mais difíceis de ser implementado. A rotina diária e complexa que envolve o ambiente da Unidade de Terapia Intensiva (UTI) faz com que os membros da equipe de enfermagem, na maioria das vezes, esqueçam de tocar, conversar e ouvir o ser humano que esta a sua frente (MADUREIRA et al 2000 .AMORIM; SILVERIORIO, 2003).

Apesar do grande esforço que os enfermeiros possam estar realizando no sentido de humanizar o cuidado em UTI, esta é uma tarefa difícil, pois demanda atitudes às vezes individuais contra todo um sistema tecnológico dominante.

2.1 A HUMANIZAÇÃO NO AMBIENTE DE TRABALHO

A palavra humanização pode ser entendida como a maneira de ver e considerar o ser humano a partir de uma visão global, buscando superar a fragmentação da assistência. Um dos aspectos que envolvem uma prática dessa natureza está relacionado ao modo como lidamos com o outro. Assim, essa característica implica em fazermos a diferença no modo como lidamos com outro, tratando-o com dignidade e respeito, valorizando seus medos.

No tocante aos profissionais da saúde, o enfermeiro é o profissional que mais se identifica com a Humanização, haja vista, fazer parte da sua essência o cuidar.

Compreende-se que a humanização faz parte da enfermagem desde os primórdios da profissão quando a precursora da enfermagem Florence Nightingale, na guerra da Criméia, usou a humanização para cuidar dos soldados feridos, sem interesses financeiros, pelo amor de cuidar do próximo (MACEDO et al.2008).

A humanização vem sendo vivenciada, pelas equipes de profissionais de saúde, inclusive as de terapia intensiva. Humanizar é cuidar do paciente como o

todo, englobando o contexto familiar e social, incorporando e respeitando os valores, esperanças, aspectos culturais e as preocupações individuais, e acima de tudo, garantir a qualidade da comunicação entre paciente, família e equipe, atribuindo-lhe a devida atenção, ouvindo-o e compreendendo-o na singularidade de suas necessidades, para que ele se sinta reconhecido e considerado. (BARRA *et al.*, 2005).

Para vila e rossi(2002) profissionais de enfermagem devem ser preparados para atuar junto ao paciente e á família no sentido de minimizar os efeitos e transtornos decorrentes da hospitalização na UTI , para que isso ocorra em primeiro lugar deve-se cuidar de quem cuida, usando de humanização com a equipe de saúde, pois as reações emocionais desencadeadas nos profissionais através do contato contínuo com pacientes em situação de crise ou terminalidade podem implicar o desenvolvimento de sintomas patológicos, especialmente os transtornos depressivos e de ansiedade.

Existem, contudo, outras condições em que, mesmo não apresentando alterações físicas ou psíquicas específicas, o profissional sofre. Sofrimento este agravado pelo despreparo na formação profissional, a sobrecarga no trabalho e a insatisfação, podendo representar ainda, no contexto hospitalar, maior dificuldade no relacionamento com os pacientes e, conseqüentemente, a possibilidade de menor satisfação deste, alterando assim o resultado desejado da intervenção de saúde (VILA; ROSSI, 2002).

As condições de trabalho são fator de grande impacto para a equipe de saúde que trabalha na UTI. Sobrecarga de trabalho, aliada a baixas condições de atenção á saúde dos pacientes, por indisponibilidade de matérias e equipamentos, traz ao profissional elevado grau de insatisfação no trabalho* (COLLET; ROZENDO, 2003).

Para Gonçalves, Padilha (2007) ,a avaliação de sobrecarga compreende domínios como, efeitos sobre a saúde física e mental dos profissionais efeitos sobre o trabalho, sentimento de estar sobrecarregado e características pessoais dos profissionais.

Muitas vezes a situação fica tão agravante que pelo simples fato do profissional ter que sair da sua casa para o trabalho, já o deixa chateado essa fase é quando o trabalho deixa de ser para ele uma satisfação e passa a ser uma obrigação.

Quando isso ocorre, não é bom para a empresa, para o profissional e muito menos para o paciente, é preciso se pensar na qualidade da assistência prestada a os pacientes por o profissional que estar insatisfeito e com um nível muito alto de estresse, por ser a UTI um setor de muita seriedade e responsabilidade.

Knobel define a humanização como;

A Humanização do ambiente de trabalho em uma UTI é de extrema importância, pois é observado não somente o desenvolvimento de vários problemas de saúde no profissional como também tensões e dificuldades na relação entre equipe de saúde e pacientes, possibilitando o aparecimento de iatrogenias (2010 p.44,).

Segundo esse autor, algumas medidas que podem ser adotadas a fim de promover a humanização no ambiente de trabalho, mas especificamente de uma UTI, são elas, entre outras:

- Melhoria da aparência de ambientes coletivos como, refeitórios, vestiários e sala de descanso, tornando o ambiente mais descontraído e agradável;
- Introduzir uma mini biblioteca na sala de descanso;
- Promover ginástica laboral;
- Reuniões de periódicas de feedback com dinâmicas de interação de grupo;
- Implantação de uma caixa de críticas e sugestões, com o objetivo de proporcionar à equipe a oportunidade de expor suas idéias sem a necessidade de identificação;
- Estímulo aos funcionários pontuais e com assiduidade, a fim de reconhecer suas ações e estimular a continuidade delas, além de promover o incentivo aos demais.

No entanto apenas a adoção de tais medidas de forma impositiva não garante a humanização da assistência prestada pelos profissionais, tendo em vista que tanto a humanização do ambiente de trabalho quanto da assistência devem ser incentivadas e motivadas, incluindo o profissional em um processo de participação contínua (KNOBEL, 2010).

Entende-se que o relacionamento humano nos serviços de saúde é um elemento essencial para melhorar a assistência. Mas deve estar alicerçado em outros horizontes, como a ética e um acolhimento baseado na escuta e na

comunicação. O enfermeiro nesse sentido é um dos principais responsáveis pela construção dessa ponte de relações humanizadas:

A saúde se faz com pessoas e entre pessoas, com a mediação das tecnologias geradas pela ciência e pelo conhecimento popular. Trata-se, antes de tudo, de uma relação humana, uma relação entre sujeitos, com suas potencialidades, limites e saberes. Quer seja na perspectiva da assistência para recuperação ou prevenção de agravo ou doença, quer seja para a promoção da saúde, essa produção se realiza na relação entre indivíduos, entre uma família e uma equipe de saúde, entre uma população e seu sistema público de saúde (INOJOSA, 2005, p.1).

De acordo com Inojosa a humanização das ações de Enfermagem não é um espaço ou um local, mas uma postura ética, não pressupõe hora ou profissional específico para fazê-lo, implica compartilhamento de saberes, angústias e invenções tomando para si a responsabilidade de “abrigar e agasalhar” outrem em suas demandas, com responsabilidade e resolutividade sinalizada pelo caso em questão. Nesse sentido a escuta torna-se um aspectos preliminares de relações humanas imprescindíveis (2005).

De acordo com Castellanos *et al.* *apud* Guedes *et al* (2001, , p.22)) ressaltam que:

O enfermeiro é o responsável pelo cuidado ao paciente de UTI, e, se ele não o coloca em primeiro plano, irá atender à patologia e não ao paciente, promovendo, assim o controle de material, equipamentos e pessoal voltado para reverter o quadro do paciente grave, tornando o paciente um objeto de trabalho, mas não o ser principal, sujeito desencadeante do processo.

É importante observar que o cuidar humanizado está inteiramente ligado com o profissional que o executa: aqui em específico estamos tratando do enfermeiro, é importante e deve ser observado o seu estado psicológico, físico e mental; com suas experiências anteriores, o cansaço físico pode ser um fator desfavorável à prática do cuidado humanizado.

Para se estabelecer uma relação de humanização algumas condicionantes são importantes, como saber ouvir, dar atenção para situação em que o paciente se

encontra, bem como, apresentar resolutividade. Dentre essas o ato de escutar é de suma importância.

O ato de escutar é um momento de construção, em que o trabalhador utiliza seu saber para a construção de respostas às necessidades dos usuários, e pressupõe o envolvimento de toda a equipe que, por sua vez, deve assumir postura capaz de acolher, de escutar e de dar resposta mais adequada a cada usuário, responsabilizando-se e criando vínculos (INOJOSA, 2005, p.14).

O número de profissionais deve ser equivalente ao número preconizado pelo Conselho Regional de Enfermagem para que o cuidado seja adequado, de forma que o profissional tenha condições de ouvir o cliente/paciente, dando atenção às suas reivindicações. Se isso não ocorre o processo da assistência humanizada fica totalmente comprometido (COFEN 168/1993).

O número inadequado de profissionais de enfermagem gera na equipe sobrecarga que na, maioria das vezes, já está instalada, pois a remuneração inadequada obriga-os, constantemente, a manterem duplas e até triplas jornadas de trabalho (BITTAR, 1997).

3. A HUMANIZAÇÃO DA UTI APARTIR DAS AÇÕES DO ENFERMEIRO

Segundo Alencar; Diniz; e Lima (2004) a enfermagem vem acumulando no decorrer de sua história, juntamente com conhecimento empírico, teórico, o conhecimento científico, a executar suas atividades baseadas não somente em normas disciplinares, mas também em rotinas repetidas da sua atuação.

De acordo com Alencar; Diniz; Lima (2004), a afirmação da Enfermagem como ciência, as modificações da clientela, da organização, do avanço tecnológico e dos próprios profissionais de Enfermagem, a prática da profissão deixa de ser mecânica, massificada e descontínua, utilizando-se de métodos de trabalho que favorecem a individualização e a continuidade da assistência de Enfermagem, bem como do estudo crítico do atendimento que se presta. Face a esse avanço técnico mecanizado há uma lacuna a ser preenchida e que deve ser dada a devida atenção; a construção de um processo de cuidar humanizado, que valorize as relações entre os profissionais envolvidos que fazem parte das UTI's, mas também direcionados aos pacientes.

Conforme VILA e ROSSI (2002) a equipe de Enfermagem que atua em UTI está exposta a um nível de estresse muito alto, porque presta assistência direta aos pacientes e familiares e também além de lidar com seus próprios conflitos e emoções.

De acordo com Backe et al (2006), para os profissionais de saúde prestar uma assistência de qualidade e humanizada, faz-se necessário ter sua dignidade e condição humana respeitada, recebendo uma remuneração justa, condições adequadas de trabalho e ter seu trabalho reconhecido e valorizado.

Segundo Minayo (2004) diz que outro ponto crucial que merece ser repensado ao propor um cuidado mais humano diz respeito à formação profissional na área da saúde, que apesar de toda crise da ciência racionalista e das propostas de mudanças do modelo de atenção da saúde, que pregam a integralidade e a humanização da assistência, ainda hoje está centrada, predominantemente, no aprendizado técnico, racional e individualizado, muitas vezes sem o exercício da crítica, criatividade e sensibilidade.

Os desafios do processo de humanização da assistência e das relações de trabalho a serem enfrentados pela profissão implicam em superação da relevância

dada à competência técnicocientífica em detrimento da humanização; a superação dos padrões rotineiros, arraigados, cristalizados de produzir atos em saúde; a superação dos modelos convencionais de gestão; a superação do corporativismo das diferentes categorias profissionais em prol da interdependência e complementaridade nas ações em saúde; a construção da utopia da humanização como um processo coletivo possível de ser alcançado e implementado (COLLET; ROZENDO, 2003).

Junto com essa reflexão, surge no âmbito das políticas públicas, o governo federal lança o Programa Nacional de Humanização Hospitalar - PNHAH, instituído pelo Ministério da Saúde, através da portaria nº 881, de 19 /06/ 2001, no âmbito do Sistema Único de Saúde -SUS (BRASIL, 2002).

O PNHAH faz parte de um processo de discussão e implementação de projetos de humanização do atendimento a saúde e de melhoria da qualidade do vínculo estabelecido entre trabalhador da saúde, pacientes e familiares.

O ponto crucial do trabalho de humanização está no fortalecimento desta posição ética de articulação do cuidado técnico científico, já construído, conhecido e dominado, ao cuidado que incorpora a necessidade, a exploração e o acolhimento do imprevisível, do incontrolável, ao indiferente (MORAES et al, 2004).

Os serviços devem ser vista não enquanto um modismo, mas como uma questão que vai além dos componentes técnicos, instrumentais, que envolve as dimensões político – filosóficas que lhe dão sentido. (CASATE e CORRÊA, 2005).

O enfermeiro "deve ser uma pessoa tranqüila, ágil, de raciocínio rápido, de forma a adaptar-se, de imediato, a cada situação que se apresente à sua frente". Este profissional deve estar preparado para o enfrentamento de intercorrências emergentes necessitando para isso conhecimento científico e competência clínica (experiência) (GALVÃO, TREVIZAN, SAWADA, 2003).

Ao conjunto das atividades desenvolvidas pelos enfermeiros de uma UTI, podemos afirmar que apesar destes profissionais estarem envolvidos na prestação de cuidados diretos ao paciente, em muitos momentos existe uma sobrecarga das atividades administrativas em detrimento das atividades assistências e de ensino.

Esta realidade vivenciada pelos enfermeiros vem ao encontro da literatura quando analisa a função administrativa do enfermeiro no contexto hospitalar e aborda que este profissional "tem se limitado a solucionar problemas de outros profissionais e a atender às expectativas da instituição hospitalar, relegando a plano

secundário a concretização dos objetivos do seu próprio serviço" (GALVÃO, TREVIZAN, SAWADA, 2003).

O Enfermeiro deve incorporar um comportamento de líder, e essa postura deve estabelecer a possibilidade de implantar mudanças na UTI:

quando o enfermeiro assume sua função primordial de coordenador da assistência de enfermagem, implementando-a por meio de esquema de planejamento, está garantido o desenvolvimento de suas atividades básicas (administrativas, assistências e de ensino) e promovendo, conseqüentemente, a melhor organização do trabalho da equipe, que passa a direcionar seus esforços em busca de um objetivo comum que é o de prestar assistência de qualidade, atendendo às reais necessidades apresentadas pelos pacientes sob seus cuidados" (CHAVES, 2003.p.10,).

Segundo Nishide, Cintra, Nunes (2003) o enfermeiro de uma unidade de terapia intensiva assume a responsabilidade de cuidar do paciente, tanto nos casos de emergência quanto no apoio à vida. Devendo estar apto, independente do diagnóstico ou do contexto clínico, a cuidar de todos os doentes, utilizando-se de uma abordagem ampla que lhes assegure sua estima e integridade, sendo que as exigências da UTI, quanto a uma ampla base de conhecimentos científicos e de especializações, significam que os enfermeiros precisam integrar suas habilidades técnicas e intelectuais à prática diária.

Sobre o papel do enfermeiro de Unidade de terapia intensiva, pode se dizer que o mesmo ocupa um importante papel nos momentos de fragilidade, dependência física e emocional do paciente, configura-se num importante ponto de apoio para a equipe quer seja no que se refere à educação e preparo quer seja, na coordenação, do serviço de enfermagem, atua no limiar entre o humano e o tecnológico. (CIAMPONE et al. 2006).

Frente a isso se conclui que o enfermeiro de UTI necessita dispor de habilidades e competências que o permitam desenvolver suas funções eficazmente aliando o conhecimento técnico científico e o domínio da tecnologia a humanização e individualização do cuidado.

Segundo Inojosa (2005) o enfermeiro deve ver que o ato de humanizar é acolher esta necessidade de resgate e articulação de aspectos indissociáveis: o sentimento e o conhecimento. Mais do que isso, humanizar é adotar uma prática na qual o enfermeiro, o profissional que cuida da saúde do próximo, encontre a possibilidade de assumir uma posição ética de respeito ao outro, de acolhimento do

desconhecido, do imprevisível, do incontrolável, do diferente e singular, reconhecendo os seus limites. A possuir uma pré-disposição para a abertura e o respeito ao próximo como um ser independente e digno.

4.0 PROCESSO DE TRABALHO NAS ATIVIDADES DO ENFERMEIRO E OS FATORES DE ESTRESSES

Vidal (2002) destaca que o processo de trabalho de enfermagem se dá por meio do atendimento, sendo um processo específico pelo fato de envolver o paciente, seu corpo e sua personalidade, tornando-o diferente de qualquer outro tipo de serviço. Isso ajuda a entender a declaração de Rui de Góes coordenador do *Greenpeace* em trabalho e saúde: "não adianta brigar por aumento de salário enquanto o trabalhador não tiver condições de ter uma qualidade mínima de vida".

Segundo França e Rodrigues (1997, p.18):

Pessoas que apresentam um elevado nível de ansiedade dentro de si, se "acostumaram" a lidar com o estresse no trabalho, usando este como um meio de descarga e tensão sendo chamados de workaholics, ou seja, "viciados no trabalho". Estes profissionais têm uma enorme dificuldade de desfrutar de seu tempo livre, seja na família, no lazer ou até mesmo no seu convívio social.

Segundo Bianchi 2000.O estresse é "um estado produzido por uma alteração no meio ambiente que é percebida como desafiadora, ameaçadora ou lesiva para o equilíbrio dinâmico da pessoa.

Silva (2005) relata em suas pesquisas que os indicadores de estresse são, "Irritabilidade geral, hiperexcitação ou depressão, ressecamento da boca e da garganta."

No entanto, sabe-se que há outros indicadores como vontade incontrolável de chorar ou correr e se esconder, Facilmente fatigado, perda do interesse, hipermortilidade, andar ao acaso, sinais e sintomas digestivo, Interações no ciclo menstrual, perda uo excesso de apetite, maior uso de drogas legalmente prescritas comportamento impulsivo, incapacidade de concentra-se, tensão, alerta, tremores, tiques nervosos, insônia sudorese, taquicardia, dor na nuca, pesadelos (LOPES; LAUTERT, 2001).

De acordo Gomes (1988, p.30), O enfermeiro de UTI :

precisa estar capacitado a exercer atividades de maior envergadura, para o que é imprescindível teórica, discernimento, trabalho, iniciativa e

responsabilidade. A auto-confiança e um trabalho metódico, apoiados em amplo conhecimento técnico-científico são essências para liderar um grupo que deve estar bem treinado, apto a atender o paciente e a manejar o equipamento com segurança.

Conforme Villa e Rossi (2002), fatores estressantes para os enfermeiros intensivista, são, "sofrimento e a morte de um ser humano, no caso, o paciente situações em que a rapidez no atendimento significa a melhora ou a piora do estado clínico de um paciente."

No entanto na prática do dia-a-dia é notória a existência de outros fatores, como o acúmulo de inúmeras informações, que vêm de diferentes fontes, devendo ser processadas de maneira eficiente. A utilização de alta tecnologia, que requer uma observação constante e conhecimento científico. Sobrecarga de atividades, tanto física como mental, dificuldade de relacionamento, que ocorre na maioria das unidades. Insatisfação profissional, baixa remuneração (FRANÇA; RODRIGUES, 1997).

Outras situações que devem ser observadas se remete a necessidade de manutenção das atividades durante às 24 horas do dia, implicando em trabalho noturno, feriados e finais de semana, condições de trabalho que envolve um ambiente tumultuado com equipamentos especializados, de alta tecnologia, com alguns riscos em relação a acidentes por uso inadequado, alto custo, riscos de contaminação, elevada carga de trabalho, reuniões mensais com a equipe de técnicos de enfermagem, elaboração de escala de plantão dos técnicos de enfermagem, plano de assistência dos pacientes graves organização do setor (UTI) desenvolvimento da carreira profissional, pressões econômico-sociais. (FRANÇA; RODRIGUES, 1997).

4,1 REFLEXÕES SOBRE O ESTRESSE E SUA RELAÇÃO COM ENFERMAGEM

Alto grau de responsabilidade com pessoas e coisas, relações difíceis com o chefe, colegas, subordinados, clientes sendo diretamente ou indiretamente associados a falta de desenvolvimento na carreira, insegurança no trabalho devido a reorganizações ou declínio da indústria, estilos de gerenciamento, e falta

participação e comunicação na estrutura organizacional, também são fatores que estimulam o surgimento de níveis de estresse (SALICIO; GAIVA, 2006).

De acordo com Salicio e Gaiva (2006), os fatores estressantes no trabalho da enfermagem são: o lidar com o sofrimento do paciente e família, o fazer específico da profissão que requer agilidade, atenção e renovação de conhecimentos técnicos e científicos, a necessidade de improvisação, as questões de ordem burocrática, o inter-relacionamento com a equipe e o barulho constante dos aparelhos.

Entende-se que a exposição do profissional enfermeiro a situações de risco de vida é muitas vezes traumatizante, esses profissionais convivem com situações extremas, entre as quais podem ser citadas: estresse, dor, sofrimentos, risco de vida e proximidade com a morte situações que podem causar angústia, medo, raiva, limitações emoções e sentimentos que são consideradas desagradáveis que podem gerar disfunções psicológicas e mudanças no sistema biológico e imunológico (COUTRIN et al, 2003).

Pode se observar que esses fatores poderão interferir no atendimento a os pacientes que necessitam do serviço hospitalar de urgência e emergência entre os possíveis acometimentos psicológicos e biológicos, destaca-se a síndrome de Burnout que tem como característica esgotamento físico, decepção, isolamento, e perda do interesse pela atividade laboral (COUTRIN et al, 2003).

A síndrome de BURNOUT é definida como o sentimento de fracasso e exaustão causado pelo desgaste de energia, recurso e desesperança que são evidenciados nas relações profissionais paciente, sendo diagnosticada em profissionais que trabalham em contato direto com o paciente sendo principalmente pacientes que ficam muito tempo aos cuidados desse profissional onde são gerado laços afetivo a distinção entre BURNOUT e estresse é muito relativa. (COSTA et al, 2000).

Estresse é um termo amplamente utilizado sendo empregado como sinônimo de cansaço, dificuldades, frustrações, ansiedade, desamparo e desmotivação, são considerado o responsável por significativa parcela dos problemas atuais, principalmente nos grandes centros urbanos. (COSTA et al, 2000)

De acordo com Murofuse e Abranches, Napoleão (2005), o principal sintoma da síndrome de BURNOUT é a exaustão emocional que se apresenta como a manifestação física ou psíquica sendo caracterizada pela carência de energia e

sentimento de esgotamento emocional despersonalização que se manifesta como endurecimento afetivo ou insensibilidade emocional, por parte do trabalhador para com os pacientes, colegas e a organização, tratando-os como objetos envolvimento pessoal, no trabalho, onde ocorre o sentimento de inadequação pessoal e profissional, com tendência do trabalhador se auto-avaliar de forma negativa e, assim, afetando a relação de trabalho.

Outras características da doença inicia-se no cotidiano do trabalho, produzindo sofrimento psíquico ao trabalhador comprometendo o seu desempenho profissional, gerando sentimentos e atitudes negativas no relacionamento do indivíduo com o seu trabalho insatisfação, desgaste, perda do comprometimento, minando o seu desempenho profissional trazendo consequências indesejáveis para a organização havendo baixa produtividade, e abandono do emprego (GONÇALVES, 2008).

Condições de trabalho permanentemente estressantes tem efeitos sobre o bem-estar psicológico e físico do trabalhador. A profissão de Enfermagem, esta entre as 4 (quatro) principais profissões com maior pré-disposição a desenvolver graus de estresses altos, por razões peculiares relacionadas as suas atividades diárias (GONÇALVES, 2008).

De acordo com Oliveira (2007) as principais condicionantes para o surgimento e desenvolvimento do estresse se destacam o ambiente físico do trabalho, fatores próprios da tarefa, organização do tempo de trabalho, aspectos institucionais e outros problemas no sistema de trabalho, Existe a necessidade do conhecimento sobre conceitos sócio-ecológicos, acometimentos vitais estressantes e condutas adaptativas no trabalho.

Já a síndrome de BURNOUT tem relação e influência com inúmeros fatores, entre eles as percepções das condições de trabalho, riscos e perigos, sobrecarga, desempenho dos papéis e importância social do trabalho, as relações interpessoais, a adoção de novas tecnologias, o acesso á capacitação no processo decisório, as relações com a subordinação, e a remuneração, os múltiplos empregos e os valores conflitantes, idade, sexo, tempo de exercício profissional (BENEVIDES, 2002).

Outras condicionantes que devem ser observadas de acordo com (COSTA et al 2000), esta relacionado ao sentimento de auto-eficácia, centralidade do trabalho, estratégias utilizadas para lidar com os problemas do dia-a-dia e disponibilidade de uma rede de relacionamentos que forneça suporte social.

Contudo, frente à situação de estresse profissional, o trabalhador também desenvolve estratégias de enfrentamento ou coping. Pode ser definida como variável individual representada pelas formas de resposta pessoal ao estresse, determinadas por fatores pessoais, exigências situacionais e recursos disponíveis (STACCIARINI, et al, 20001).

Conforme Benevides, o BURNOUT é definido da seguinte forma:

BURNOUT é uma síndrome de exaustão emocional, despersonalização e realização pessoal diminuída, que ocorre em consequência de esforço emocional crônico pelo trabalho, extensivo com outros seres humanos, em especial, quando em situações problemáticas (BENEVIDES 2002, p.20).

Contudo, embora se trate de uma síndrome decorrente relacionado a fatores de trabalho, e que a enfermagem apresente grande vulnerabilidade a desenvolver, acredita-se que estimular políticas de humanização, tantas nas relações entre profissionais e usuários; essas políticas na maioria das vezes trazem a reboque uma postura mais humana dos profissionais de Enfermagem consigo mesmas.

4.2 PRINCIPAIS DOENÇAS QUE ACOMETEM OS ENFERMEIROS NO DESEMPENHO DE SUAS FUNÇÕES

Sabe-se que a saúde sempre gera discussões entre os profissionais das mais variadas formações, sejam na área específica da saúde ou não. A razão é simples a saúde é uma questão influenciada por momentos e realidades físicas, sociais, econômicas emocionais, filosóficas, culturais e até mesmo religiosas. Assim, estressores ocupacionais, quando persistentes, podem levar à Síndrome de

Burnout (SB). Síndrome considerada por França e Rodrigues (1997) como uma resposta emocional a situações de estresse crônico em função de relações intensas em situações de trabalho com outras pessoas.

Em algumas etnias ficar doente é considerado como uma espécie de castigo dos Deuses ou cuidar de um doente é obrigação totalmente religiosa e de caridade, foi baseada nesse conceito de saúde que Florence-Nathiguele foi percussora de

curativo impermeável; Usar máscara durante os procedimentos em que exista a possibilidade de que sangue e outros fluidos corpóreos atinjam mucosas da boca e nariz, e usar óculos para proteção dos olhos, principalmente em procedimentos cirúrgicos, endoscópicos e de hemodiálise. Usar aventais protetores durante procedimentos em que exista a possibilidade de contaminação das roupas dos trabalhadores com sangue ou fluidos corpóreos.

Outras ações devem ser observadas como, evitar picada de agulhas e lesões que provoquem solução de continuidade. Não reencapar as agulhas, pois esse é um procedimento de risco. Recolher as agulhas em local apropriado com solução de hipoclorito de sódio a 0,5% e só depois coloca-las no lixo (BINDER; CORDEIRO, 2003).

De acordo com Binder e Cordeiro (2003), expõe que caso haja picada de agulhas, pressionar imediatamente para expelir o sangue, lavar com água e sabão degermante e fazer curativo oclusivo, comunicar a comissão de controle e infecção hospitalar (CCIAH), e fazer a (CAT), comunicação de acidente de trabalho, lavar sempre as mãos com água e sabão e seca-las após o atendimento de cada paciente, inclusive ao administrar cuidados no leito. Cuidar do lixo e seu destino.

Por sua vez o lixo hospitalar deve ser coletado em saco plástico, amarrado e acondicionado em um novo saco mais resistente, amarrado e encaminhado para incineração. O responsável pela coleta do lixo deve estar paramentado com luvas, avental e botas (BINDER; CORDEIRO, 2003).

Cuidar da limpeza da unidade, dos utensílios e das roupas de cama. Caso haja derramamento de fluido corpóreo no chão, bancada ou mesa, cobrir o local com hipoclorito de sódio a 1%, por trinta minutos, manipular as roupas com cuidado e sem agitação. Recolhe-las e identificar quando estiver contaminada. Para a lavagem de roupas contaminadas por fluidos, utilizar detergente e água, deixar de molho em hipoclorito de sódio a 0,5% por trinta minutos.

Bellusci (2008), expõem que "O desenvolvimento de doença do trabalho ocorre por meio de um processo complexo e dinâmico. É necessário compreender e acompanhar esse processo para corrigi-lo e impedir que as doenças ocorram". O enfermeiro é uma agente que cuida mais ao mesmo tempo esta vulnerável as diversas doenças que lhes acometem em razão da particularidade das suas ações desenvolvidas.

4.2.1 Distúrbios da audição causados por ruído

Como já foi exposto anteriormente o profissional de enfermagem esta vulnerável a algumas doenças que resultam de um maior nível de estresse que se desenvolve em UTI's.

Sabe-se que na unidade de terapia intensiva (UTI), o barulho constante dos aparelhos, efeitos da alta tecnologia de ponta, causa doenças do aparelho auditivo aos profissionais que convivem muito tempo sobre efeito dessa solonização. (BINDER; CORDEIRO, 2003)

Outro aspecto que deve ser observado são os pacientes que passam muito tempo gritando com quadro de desorientação, que por motivo da sua doença não pode ficar sobre efeito de sedação continua, situações esse que acaba prejudicando a audição dos enfermeiros e demais membros da equipe, que depois de muito tempo convivendo com esse barulho pode desenvolve doenças como surdez temporária que ocorre após exposição a barulho intenso por curto período, o distúrbio regride depois de algum tempo os indivíduos que apresentam surdez temporária são predispostos á surdez permanente (ZOCCHIO,2002).

De acordo com Zocchio (20002). no caso da surdez permanente é produzida por exposição excessiva e continuada a ruídos intensos. É irreversível, bilateral e manifesta-se em decorrência de lesão de estruturas da orelha interna.

Além da surdez profissional, o ambiente ruidoso pode gerar distúrbios relacionados a estresse e outros problemas de ordem psíquica, fisiológica e emocional. O profissional pode apresentar vasoconstrição, taquicardia, hipertensão arterial, distúrbios digestivo, fadiga muscular, irritabilidade, ansiedade, excitabilidade, desconforto, etc

A comunicação oral pode ficar extremamente prejudicada no ambiente ruidoso, dificultando a compreensão de ordens verbais, avisos de alerta ou perigo e outros. O diagnóstico dos distúrbios da audição deve ser feito com base em anamnese e exames específicos. O levantamento de dados relativos á história laborativa atual e pregressa de exposição a ruído, profissão, exposição a substâncias ototóxicas, uso de medicamentos ototóxicos, antecedentes familiares e de doenças que possam influir na audição, etc (TUFFI,2004).

O profissional e aqui em especifico o enfermeiro observado, deve submete-se a exames como, otoscopia visualização direta da orelha externa e da membrana

timpânica, que pode ser bastante esclarecedora.. Audiometria avaliação quantitativa da audição, que detecta perda auditiva (TUFFI, 2004).

Esse exame pode ser realizado antes do início do turno de trabalho, com repouso acústico, ou após exposição a ruído, com fadiga auditiva. Consiste em determinar os liminares aditivos para os sons recebidos por via aérea e por via óssea. Teste de discriminação vocal, visa determinar a habilidade máxima em diferenciar palavras. Impedanciometria é a medida por meio da timpanometria e do reflexo estapediano. A timpanometria mede a capacidade de resposta do tímpano ao estímulo sonoro (LACAZ; 2000).

A pesquisa de reflexo acústico ou estapediano mede a capacidade da orelha de se proteger contra ruídos intensos. O som pode ser medido por equipamentos utilizados conforme o tipo de dado necessários, mediadores de nível de pressão sonora, calibradores, dosímetro de ruído, registradores gráficos e analisadores de frequência, sendo o som uma entidade que provoca movimento, vibração das estruturas delicadas da orelha, não é difícil concluir que se, for muito intensa ou muito longa, essa vibração pode provocar lesões e, conseqüentemente, distúrbios de audição."Bellusci (2008).

4.2.2 Dermatoses do trabalho

Compreende-se que algumas doenças do trabalho, também se manifestam na pele, como consequência do estresse, e de alguns produtos de uso químico e biológico, na preparação de medicamentos como antibióticos, em procedimentos que precisa da realização de ante-sepsia com produtos, como povidine tópico, alguns serviços médicos e hospitalares da rede privada eliminou o uso desse anti-séptico; por ter existido relatos de pessoas que tiveram reações alérgicas ao uso desse produto, ainda muito usado na rede pública hospitalar, reações alérgicas a esses produtos químicos e biológicos, pode surgir apresentando eczemas de contato ou eczemas alérgicos, o Enfermeiro não pode abrir mão do uso de luvas, na manipulação desses produtos, esses eczemas, são provocados por determinadas substâncias sensibilizantes, atuam em pessoas, predispostas a reações alérgicas). (COHEN , KURZROCK 2003)

De acordo com,(COHEN , KURZROCK 2003) a reação cutânea aparece algumas horas depois do contato, com eritema, prurido, edema, microvesículas e

exsudação. Pode ocorrer também pelo contato com herbicidas, inseticidas, plantas etc. Angiodermatoses provocadas pela deficiência de circulação sanguínea em nível capilar. Não provocadas pelo trabalho podem ser agravadas por ele se houver exposição ao frio, em locais que o ar-condicionado é muito frio, e quando se tem que passar muitas horas em pé. Onicoses e paroníquias, são lesões das unhas e das áreas periungueais, de ocorrência comum, em profissionais de unidades de saúde, ocorre quando acontece contaminação com fluidos corpóreos de pacientes contaminados.

Muitas lesões são provocadas por substâncias presentes no ambiente de trabalho sendo freqüente o aparecimento de infecções sobrepostas às lesões iniciais. A unha é importante fator de proteção contra traumatismos. Quando está alterada, dificulta o trabalho, pois a sensibilidade fica comprometida, por isso não é aconselhado os profissionais da unidade de terapia intensiva (UTI), fazer retirada de cutículas das unhas pelo fato de ser uma porta de entrada para infecções. Acidentes com instrumentos perfuro cortantes resultam em lesões a pele, pode ocasionar contaminação uma vez que o ambiente de trabalho expõe o profissional da saúde a tal risco (OLIVEIRA; MUROFOSE, 2001).

Para, (COHEN, KURZROCK 2003). Toda lesão do tegumento produzida ou agravada em um ambiente de trabalho é uma dermatose do trabalho. A pele, ou tegumento, é um dos elementos mais expostos à agressão no ambiente de trabalho. Sua extensão e posição na superfície do organismo facilitam o contato com agentes agressores.

Considera-se fatores de desenvolvimento ou a piora das dermatoses, alguns fatores, como a alcalinização e desengorduramento da pele. A ação de sabões, detergentes e outras substâncias usadas indevidamente para esse fim altera o pH levemente ácido de pele, tornando-o alcalino, e retira a camada sebácea que a protege, favorecendo a penetração de agentes nocivos, os profissionais da saúde que lava as mãos a cada procedimento que realiza no paciente, sofre alterações no teor de água da pele por consequência disso ocorre a hiper-hidratação e a desidratação. (Dias, 2006).

Outro fator é a temperatura do ambiente, temperaturas extremas, quentes ou frias. A idade é outro fator considerado, após a quarta ou quinta década de vida, acentua-se a atrofia das glândulas sebáceas e sudoríparas, o que torna a pele dos

trabalhadores naturalmente mais seca e desengordurada e, portanto, mais desprotegida (OLIVEIRA; MUROFOSE, 2001).

Outra situação que merece atenção é o estado nutricional, as deficiências de vitaminas ou proteínas, o diabetes e outras disfunções crônicas são algumas condições que alteram o estado nutricional da pele. Os indivíduos atópicos (alérgicos) estão mais predispostos a lesões do tipo eczematoso. A presença do agente agressor em maior ou menor concentração no meio ambiente determina a maior ou menor intensidade da agressão ao trabalhador (Ministério do trabalho 2002).

No diagnóstico a anamnese ocupacional é de maior importância para o diagnóstico precoce da dermatose. O enfermeiro que é a frente da equipe de enfermagem e que tem o conhecimento científico deve participar da coleta de dados precisos e completos sobre a evolução da doença, a sua exposição, como também a exposição do trabalhador por ele coordenado a agentes agressores (Dias, 2006).

A prova epicutânea ou teste de contato é muito utilizada, consistindo em colocar substâncias suspeitas de sensibilizar o indivíduo em contato direto com a pele por 24 a 28 horas. A prova será positiva se ocorrer vermelhidão, edema, vesículas e exsudação nos locais de contato. Para garantir a segurança do resultado desse teste, o médico responsável deverá observar a diferença de reação entre irritação e sensibilização. O resultado positivo indica que o indivíduo está sensibilizado pela substância, ou seja, produz anticorpos contra aquela substância, mas não indica que aquela seja a substância responsável pelas lesões que o fizeram procurar o médico. O paciente é orientado a não molhar o local do teste, não coçar a área, evitar exercícios físicos desnecessários e cuidar para que o adesivo de fixação do teste não se desloque (MINISTERIO DO TRABALHO 2002).

Na suspeita de haver infecções microbianas ou alterações celulares, utilizam-se os exames microscópicos de porções raspadas e secreções do tegumento. As piodermites são frequentemente produzidas pela contaminação de lesões preexistentes na pele. Exemplos são a foliculite, o furúnculo, o impetigo, a paroníquia bacteriana e a erisipela, que se apresetam como lesões com secreção purulenta. Entre outras existem a radiodermite, caracteriza-se por secura e atrofia da pele, descamação e ceratose. Acomente geralmente médicos e técnicos que se expõem a radiação ionizante. Ceratose ou calosidade, surge em indivíduos que executam trabalho manual com repetida fricção em determinados locais, como os

joelhos dos que executam serviços de limpeza com o uso excessivos das botas de proteção (Dias,2006).

Conforme Bellusci,(2008). A educação é um dos papéis mais importantes desempenhados pelo profissional da equipe de enfermagem, que precisa abordar vários aspectos das dermatoses, entre os quais a higiene corporal e a automedicação. O trabalhador deve ser estimulado a cuidar de sua higiene pessoal, a usar roupas limpas e adequadas e a utilizar o EPI.

4.2.3 Lesões por esforços repetitivos (LER) ou doenças osteomusculares relacionadas ao trabalho (Dort)

Compreende-se segundo Bellusci,(2008). que o mercado de trabalho precisa cada vez mais de profissionais acima do esperado ou que pelo menos corresponda às expectativas esperada mas nem sempre a empresa dá condições de trabalho o que de certa forma conduz o profissional a se adequar às condições oferecidas, embora não sejam as ideais, causando-lhes muitas vezes doenças laborais como a LER/Dort, mas condições psicossociais no trabalho facilitam o desenvolvimento de LER/Dort, como, por exemplo, trabalho pobremente organizado, falta de influência no próprio trabalho, pouca variedade no conteúdo das tarefas,(quando se torna rotina), pressão contínua de tempo falta de solidariedade no grupo, conflitos intra e extragrupo, pressão permanente de chefia/colega, falta de reconhecimento e apreciação, falta de oportunidade para desenvolvimento profissional, medo de fracasso e erro, entre outros.

Setores administrativos também tem sua influência no desenvolvimento de LER/Dort, pois cabe a eles reconhecer os riscos potenciais que envolvem métodos impróprios de trabalho e a adequação de equipamentos mobiliários. Quando setores administrativos rejeitam as manifestações do trabalhador sobre riscos potenciais, deixam de reconhecer a possibilidade de o indivíduo adoecer (BORGES, L.H. 1999).

Essas doenças estão sendo denominadas lesões por esforços repetitivos, ou simplesmente LER. Mais recentemente, após norma técnica do INSS, vêm sendo denominadas doenças osteomusculares relacionadas ao trabalho, ou Dort. Quando o profissional submeter-se a posições estáticas, a repetir o mesmo padrão de movimentos em curto espaço de tempo e sem intervalos para recuperação das regiões do corpo que estão sendo muito utilizadas, além do uso da força, que nesse

joelhos dos que executam serviços de limpeza com o uso excessivos das botas de proteção (Dias,2006).

Conforme Bellusci,(2008). A educação é um dos papéis mais importantes desempenhados pelo profissional da equipe de enfermagem, que precisa abordar vários aspectos das dermatoses, entre os quais a higiene corporal e a automedicação. O trabalhador deve ser estimulado a cuidar de sua higiene pessoal, a usar roupas limpas e adequadas e a utilizar o EPI.

4.2.3 Lesões por esforços repetitivos (LER) ou doenças osteomusculares relacionadas ao trabalho (Dort)

Compreende-se segundo Bellusci,(2008). que o mercado de trabalho precisa cada vez mais de profissionais acima do esperado ou que pelo menos corresponda às expectativas esperada mas nem sempre a empresa dá condições de trabalho o que de certa forma conduz o profissional a se adequar às condições oferecidas, embora não sejam as ideais, causando-lhes muitas vezes doenças laborais como a LER/Dort. Más condições psicossociais no trabalho facilitam o desenvolvimento de LER/Dort, como, por exemplo, trabalho pobremente organizado, falta de influência no próprio trabalho, pouca variedade no conteúdo das tarefas,(quando se torna rotina), pressão contínua de tempo falta de solidariedade no grupo, conflitos intra e extragrupo, pressão permanente de chefia/colega, falta de reconhecimento e apreciação, falta de oportunidade para desenvolvimento profissional, medo de fracasso e erro, entre outros.

Setores administrativos também tem sua influência no desenvolvimento de LER/Dort, pois cabe a eles reconhecer os riscos potenciais que envolvem métodos impróprios de trabalho e a adequação de equipamentos mobiliários. Quando setores administrativos rejeitam as manifestações do trabalhador sobre riscos potenciais, deixam de reconhecer a possibilidade de o indivíduo adoecer (BORGES, L.H. 1999).

Essas doenças estão sendo denominadas lesões por esforços repetitivos, ou simplesmente LER. Mais recentemente, após norma técnica do INSS, vêm sendo denominadas doenças osteomusculares relacionadas ao trabalho, ou Dort. Quando o profissional submeter-se a posições estáticas, a repetir o mesmo padrão de movimentos em curto espaço de tempo e sem intervalos para recuperação das regiões do corpo que estão sendo muito utilizadas, além do uso da força, que nesse

caso nem sempre é utilizada para executar a tarefa em si, mas para segurar o peso do braço que está sem apoio ou elevado acima da altura da cabeça, a cabeça inclinada ou do ombro que está tenso devido às condições psicológicas e ambientais ou seja, o indivíduo segura o peso do braço, a cabeça e o ombro durante todo o período de trabalho, e se sua estatura for baixa vai segurar também a perna, que não se apóia no chão. LER/Dort é o nome dado para quadros clínicos que podem aparecer isoladamente ou associados, tais como, cervico-braquialgia, mialgia, tenossinovite, tendinite, epicondilite, peritendinite, bursite, sinovite, síndrome da tensão do pescoço, síndrome do túnel do carpo, cisto sinovial, síndrome do desfiladeiro torácico, entres outros. (AGUIAR, 1998).

São consideradas LER ou Dort aquelas lesões provocadas ou agravadas pelas condições nas quais o trabalho é realizado, ou seja, como nexos causais. Essas doenças são bastante presentes nos profissionais de enfermagem, e muito marcante na pessoa do Enfermeiro (RIBEIRO; OLIVEIRA, 2001).

A modernização do trabalho trouxe, para o nosso meio, o trabalho automatizado, de ritmo acelerado, fragmentado, sem pausas para recuperação, com repouso insuficiente para compensar o desgaste provocado por suas jornadas inadequadas. Para realizar um movimento, ossos, músculos, tendões, ligamentos, vasos sanguíneos e nervos deslizam uns sobre os outros, provocando atrito (RIBEIRO; OLIVEIRA, 2001).

Em alguns pontos críticos, como é o caso do punho, essas estruturas estão muito próximas umas das outras e sofrem atrito mais intenso e contínuo. Normalmente elas recebem uma lubrificação que facilita esse deslizamento, mas quando o movimento é realizado muito rápido e repetidamente essa lubrificação torna-se deficiente, aumentando o atrito entre elas. (Oliveira, R.M.R. 2001).

Essas estruturas, quando bem posicionadas e devidamente relaxadas, deslizam melhor do que quando dobradas e tensas, como é o caso das estruturas do punho, que ao fletir dificulta o deslizamento das estruturas internas e aumenta muito o atrito entre elas (BORGES, L. H., 1999) (Oliveira, R.M.R. 2001).

Os tendões são estruturas que ligam os músculos aos ossos, formando um sistema de alavancas que movimentam os ossos, gerando um padrão de movimento para o corpo. No caso da mão, a musculatura que produz seu movimento está quase toda no antebraço, fazendo com que um grande número de tendões que ligam os músculos do antebraço aos ossos da mão, junto com vasos sanguíneos e

nervos, passem em região muito limitada no punho, o túnel do carpo, fazendo desse local um ponto crítico para a ocorrência de lesões (OLIVEIRA;MUROFOSE,2001).

Outros pontos podem ser atingidos: dedos, antebraço, cúbitos, braços, ombros, pescoço, coluna vertebral (região cervical e lombar). A repetição continuada de lesões acumulada cicatrizes internas que dificultam ainda mais o deslizamento dos tecidos, o que aumenta a possibilidade de lesão, em especial aquelas que acometem nervos, e provoca desconfortos e dor. Esta pode ser desencadeada por estímulos que normalmente não desencadeiam a sensação de dor, justamente porque o nervo está lesado. (OLIVEIRA;MUROFOSE,2001).

Conforme Barbosa, Santos e Trezza (2007) alguns setores de trabalho sofreram, nas últimas décadas, forte influência do uso do computador para processamento de dados ou para controle de maquinários. Esse processo, quando utilizado num ambiente de trabalho preexistente, sem planejamento adequado para sua implantação, força o uso de equipamentos em condições que agredem o ser humano e nele provocam doenças (BELLUSCI, 2008).

Sintomas que podem demonstra que o profissional está acometido de LER/Dort peso e cansaço no braço, formigamento, dormência, dor que varia de intensidade e característica de acordo com o comprometimento, rigidez matinal, fisgadas choques, inchações, pele avermelhada, calor local localizado e perda de força muscular, todos em maior ou menor grau, podem ser sintomas de LER/Dort. Também ansiedade, irritabilidade, labilidade do humor (por exemplo, choro fácil), distúrbios do sono, fadiga crônica, cefaléia tensional, alterações de memória (BARBOSA, SANTOS, TREZZA. 2007).

O diagnóstico de LER/Dort baseia-se na profissional, no exame físico detalhado e na análise das condições de trabalho. Os exames complementares são pouco elucidativos. O profissional enfermeiro que é o líder a frente da sua equipe, de liderados junto com todos os outros profissionais da equipe interdisciplinar, deve realizar importante papel na coleta de dados necessários para uma conclusão diagnóstica correta, que poderá favorecer o trabalhador, individual e coletivamente (BELLUSCI, 2008).

Segundo Paulilo (2007), a idade e o sexo, as queixas clínicas, a forma de início e evolução, o exame físico (localização e características da dor ou desconforto), a história pregressa, as condições psicossociais, as características da organização do trabalho sob a qual o enfermeiro trabalha, o acompanhamento da

análise ergonômica, a relação entre o início dos sintomas e o início do trabalho em condições ergonomicamente inadequadas, e a evidência de outras patologias que interferem no quadro principal, são fatores que devem ser observados.

De acordo com (Magalhães, 2004) a existência de patologia não-ocupacional que poderia explicar o quadro, a garantia de exames complementares de boa qualidade e confiáveis, a procura ativa de outros casos na empresa em que o paciente trabalha, entre outros, são itens aos quais toda equipe de saúde deve voltar sua atenção para ratificar a hipótese diagnóstica, o estabelecimento do nexo entre o quadro clínico e o trabalho, a necessidade de afastamento do trabalho e a possibilidade de efetuar o tratamento, mantendo-se o trabalho em outra função(desvio de função).

A interrupção dos estímulos causadores e agravadores do quadro clínico deve acompanhar todo processo de recuperação da saúde, a equipe interdisciplinar deve ser constituída para garantir que os resultados sejam de cura e ausência de recidivas. Essa equipe pode necessitar da participação de médicos, enfermeiros, fisioterapeutas ocupacionais, psicólogos, terapeutas corporais e acupunturistas, entre outros (PAULILO, 2007).

O tratamento deve ser realizado e gradual com responsabilidade e confiança. A cura pode ser demorada e gradual, facilmente o profissional pode se desencantar com o tratamento, sendo necessário esclarecimento das expectativas. O tratamento pode incluir (MAGALHÃES, 2004).

Medicação prescrita por médico, repouso relativo, imobilização ou movimento ativo (limitado, sem resistência), fisioterapia, que pode visar ao bloqueio da sensação de dor e da inflamação, ao relaxamento de regiões tensas e à correção de posturas inadequadas, a cirurgia é um procedimento controverso, cuja indicação exige avaliação acurada e especializada, psicoterapia, tratamento que deve acompanhar todo o processo, visando ao fortalecimento psicológico do indivíduo ou do grupo (BELLUSCI, 2008).

A psicologia do trabalho e suas tarefas, buscando o fortalecimento psicológico de indivíduos e de grupos. O retorno à atividade deve ser gradual, as condições inadequadas de trabalho que expõem os trabalhadores ao desenvolvimento de LER/Dort precisam, necessariamente, ser corrigidas. O retorno às mesmas condições de trabalho que provocaram a doença leva ao seu agravamento e conseqüente invalidez para o trabalho e para a vida pessoal.

5. O TRABALHO E O RITMO CIRCADIANO

Sabe-se que a necessidade dos hospitais, de contratar profissionais da área de saúde, para concluir escalas noturnas é de total importância para empresa, pelo fato do hospital funcionar dia e noite, e que muitas vezes o profissional submete-se a essa carga horária de trabalho por motivos de necessidades financeiras, as escalas é para ser atribuídas com plantão saída e folga, mais as vezes por falta de profissionais, a escala é atribuída só com a saída do plantão sem a folga, sobrecarregando o profissional que sai do plantão pela manhã, retornando a noite para mais, uma noite de trabalho que dependendo das intercorrências, a equipe de plantão não vai para o revezamento(ROCHA , FELLI . 2004).

A carga representada pelo trabalho noturno provoca desgaste no trabalho porque influi no ritmo das variações ou funções fisiológicas. Mais de cem funções fisiológicas sofrem alterações cíclicas no organismo do ser humano. Ondas cerebrais, frequência cardíaca, temperatura corporal diária e mensal, pressão sanguínea, nível hormonal diário e mensal, divisão celular (sangue, pele e cicatrização), excreção renal, trânsito intestinal, sono, vigília são algumas funções que apresentam aumento ou diminuição da intensidade em ritmos aproximados de 24 horas(ritmo circadiano), trinta dias (ritmo circamensal), 28 dias (ritmo circalunar), etc. Fatores provenientes do meio ambiente, como luz, calor e ruídos, estimulam fatores internos neurológicos e hormonais, desencadeando reações fisiológicas que modificam as funções no organismo (CARVALHO, MAGALHÃES, 2004).

Assim, fatores endógenos garantem a ocorrência das variações , e estímulos exógenos podem determinar o momento no qual as variações terão início. Ou seja existe um ritmo básico para organismo apresentar suas variações de temperatura, batimentos cardíacos, pressão sanguínea, sono, vigília, fome, produção hormonal. No entanto, esse ritmo biológico pode ser sincronizado por estímulos externos, como luz, calor e ruído, luz intensa inibe a produção de melatonina e o indivíduo tende a sentir sono. O ciclo circadiano está sincronizado com a exposição ao meio ambiente, presença e ausência da luz do sol, hábitos pessoais, condições ambientais, psicológicas e outros. Alguns indivíduos acordam bem-dispostos no início da manhã: São chamados matutinos, outros só acordam bem-dispostos no fim da manhã, após as 9 horas: São chamados vespertinos) (ROCHA , FELLI, 2004).

O trabalho em turnos e o trabalho noturno exigem dos indivíduos mudanças nos seus horários de acordar e de dormir, de tal modo que trabalhar no período da manhã provavelmente será mais penoso para o indivíduo de hábito vespertino do que para o de hábito matutino. No entanto, o trabalho noturno será penoso para a grande maioria dos indivíduos, salvo exceções. (ABRAMIDES, CABRAL. 2003).

Para manter a vigília durante a noite e o sono durante o dia será necessário ocorrer uma inversão no ciclo circadiano, o que significa alterar a fisiologia, os hábitos pessoais, sociais, familiares, domésticos, de lazer, etc.

Essa inversão demora para ocorrer, e quando o indivíduo volta ao horário normal de vigília sono ela desaparece rapidamente. Alterações no ritmo circadiano representam carga de trabalho que leva ao desgaste do trabalhador, interferindo em seu bem-estar, saúde, disposição para o trabalho, varia no curso do dia, decaído entre 0 e 6 horas e entre 13 e 13 horas (ABRAMIDES, CABRAL. 2003).

Tarefas que exigem nível de rendimento constante são mais cansativas quando realizadas durante a noite. Podendo ocorrer erros, que serão cometidos principalmente às 15 horas e às 3 horas. Outros fatores que interferem na adaptação ao trabalho em turnos são, fatores biológicos e comportamentais, são fatores relacionados a características físicas, dos ritmos biológicos, do sono e de suscetibilidade psicofisiológico. Fatores psicossociais: dependem das condições de vida pessoais e familiares, dos aspectos de cultura e costumes do grupo ao qual o indivíduo pertence, de estratégias cognitivas das quais faz uso das expectativas. Esses fatores resultam em satisfação e realização pessoais (GEIB et al 2003).

Fatores de trabalho: o conteúdo do trabalho, as condições organizacionais, a capacidade do trabalhador, o meio ambiente de trabalho e a motivação resultam em desempenho e satisfação no trabalho. O funcionamento psicofisiológico, a satisfação e realização pessoais junto com desempenho e satisfação no trabalho são os fatores que interferem na adaptação ao trabalho em turnos, influenciando no aumento da exposição a determinados riscos. Se o organismo funciona de modo diferente em diferentes horas do dia, seria necessário considerar as diferenças circadianas e as jornadas diárias com mais de oito horas de trabalho (BELLUSCI, 2008).

Observa-se que o indivíduo que só trabalha a noite tem mais facilidade de ganhar peso, do que os que trabalham durante o dia pelo fato de alimentar-se durante a madrugada. A inversão do ciclo vigília-sono provoca dessincronização

interna dos ritmos biológicos, que compromete o funcionamento de todo o organismo.

Agumas manifestações são subclínicas e temporárias, como é o caso da variação diária da temperatura corporal.

Nesse caso, a dessincronização entre os níveis de temperatura e o ciclo vigília-sono pode desencadear ou agravar distúrbios do sono. Fica prejudicado o desempenho físico, há alterações na incidência de doenças mentais e na percepção de dor e o aparecimento de cefaléia, e podem ocorrer distúrbios cardíaco-circulatórios, endocrinológicos e metabólicos, oncológicos, gastrintestinais, nefrológicos e oftalmológicos (GEIB, ET al 2003).

Medidas especiais devem ser tomadas na prevenção de doenças que podem ser desencadeadas, agravadas ou provocadas pelo trabalho em turnos: exame pré-admissional de saúde, exame periódico de saúde, prevenção de doenças, folgas adicionais, refeições adequadas à noite, período de sono durante o trabalho noturno, escalas baseadas em objetivos psicológicos e fisiológicos e em critérios sociais, redução de trabalho noturno desnecessário (BELLUSCI, 2008).

Os indivíduos com história de distúrbio do sono ou gastrintestinal, diabetes, tireotoxicoses, epilepsia, depressão, cardiopatias, tuberculose, uso de álcool e outras drogas e os deficientes visuais não devem trabalhar em escalas noturnas. Esse é assunto muito controvertido e deve ser amplamente discutido com o trabalhador, pois muitos motivos de ordem financeira e social levam-no ao trabalho noturno (CARVALHO, MAGALHÃES, 2004).

As escalas de trabalho devem ser baseadas em poucos plantões noturnos sucessivos, a flexibilidade de horário deve permitir plantões noturnos mais curtos que os matutinos e vespertinos. Entre dois plantões em horários diferentes deve ser previsto um intervalo de tempo para recuperação. Folgas em fins de semana devem ser previstas para permitir a aproximação familiar e social. Em sistemas de plantão contínuo deve ser utilizada rotação avançada, ou seja, plantões matutinos sucedidos por plantões noturnos (BELLUSCI, 2008).

Os ciclos de plantões vespertinos, por sua vez sucedidos por plantões noturnos. Os ciclos de plantões devem ser curtos e seguir rodízio regular, para possibilitar organização da vida social. O comportamento em relação ao sono e à alimentação deve ser orientado e corrigido. As condições para o sono na residência devem ser melhoradas.

De acordo com Bellusci, (2008) o ritmo de sono está ligado a funções básicas do sistema circadiano, e depende de estímulos internos e externos, portanto, o ritmo de vigília-sono não pode ser controlado voluntariamente pelo indivíduo que sofre privação de sono.

Como se viu as unidades de terapia intensiva constituem locais onde se internam pacientes graves, em situação limite, que ainda têm um prognóstico favorável para viver, embora necessitem de recursos técnicos e humanos especializados para sua recuperação; um ambiente onde são utilizadas técnicas e procedimentos sofisticados, para tratar doenças com risco potencial e necessitam de profissionais habilitados para realizar o que tem que ser feito, dentro de padrões éticos e humanizados.

Humanizar de acordo com os valores éticos, consiste, em tornar uma prática bela, por mais que ela lide com o que tem de mais degradante, doloroso e triste na natureza humana, o sofrimento, a deterioração e a morte. Refere-se, portanto, a possibilidade de assumir uma posição ética de respeito ao outro e de reconhecimento dos limites (BRASIL, 2002).

Segundo Vila e Rossi (2002) apesar do grande esforço que os enfermeiros possam estar realizando no sentido de humanizar para o cuidado em UTI, esta é uma tarefa difícil, pois demanda atitudes às vezes individuais contra todo um sistema tecnológico dominante. A própria dinâmica de uma UTI não possibilita momentos de reflexão para que seu pessoal possa se orientar melhor. Um dos entraves para a construção da humanização nas UTI'S esta relacionado aos altos níveis de estresse que são desenvolvidos nesses ambientes.

Nem sempre o estresse é prejudicial, no entanto o estresse prolongado é uma das causas do esgotamento, que pode levar ao Burnout, ou seja, o estresse pode ou não levar a um desgaste geral do organismo dependendo da sua intensidade, duração, vulnerabilidade do indivíduo e habilidade em administrá-lo, os enfermeiros são profissionais com alta possibilidade de serem acometidos de ambos os problemas; estresse e o Burnout (VILA; ROSSI, 2002).

Para Vila e Rossi (2002), saúde e doença não são fenômenos isolados que possam ser definidos em si mesmos, mas estão vinculados ao contexto socio-econômico-cultural. Neste sentido Benevides (2002) afirma que o estresse é um estado intermediário entre saúde e doença, um estado durante o qual o corpo luta

contra o agente causador da doença; quando se confronta com um agressor (estressor) o corpo reage, e no qual o enfermeiro de UTI, muitas vezes é vulnerável.

Muitas dessa vulnerabilidade dos Enfermeiros ao estresse, foi observado mediante a dinâmica organizacional do trabalho em um Pronto Socorro gera uma sobrecarga de movimento e tensão ocupacional, sendo necessário monitorar periodicamente a saúde mental e física desses trabalhadores, a fim de desenvolver estratégias que possam reorganizar o processo de trabalho diminuindo as fontes de estresse (BENEVIDES, 2002).

Portanto, segundo Benevides (2002), o estresse e a Síndrome de burnout podem ser evitados, desde que a cultura da organização favoreça a execução de atividades preventivas do estresse crônico, a partir da atuação em equipes multidisciplinares, numa perspectiva de resgatar as características afetivas contidas no cotidiano de quem cuida.

O Enfermeiro não pode ser o agente transformador das relações de trabalho nas UTI's, no sentido de promover relações de humanização e de melhor qualidade dos serviços se este não tiver a sua saúde íntegra para realizar tal tarefa.

Rodrigues (2000), afirma que é possível o Enfermeiro implantar políticas de humanização em Unidades de Terapia Intensiva, desde que esse consiga na sua prática diária evitar situações que lhe possibilite a perda de controle e como consequência se encaminhe a níveis mais altos de estresse.

Concorda-se com o autor, uma vez que, cabe ao Enfermeiro dentre suas principais funções e a mais básica e preliminar de todas as suas ações, estar o cuidado, assim, o cuidado tem que ser integral, ou seja, não pode ocorrer apenas nas relações entre o Enfermeiro e o paciente, ou entre o Enfermeiro e demais membros da equipe; o cuidar tem que ser direcionado para si próprio também.

É importante que se diga que para a humanização em UTI, aconteça, os profissionais de saúde devem desempenhar a sua função com sensibilidade, boa vontade, criatividade e eficiência, buscando não só a recuperação da saúde física do paciente, mas a preservação da saúde mental e satisfação dos serviços realizados pelos enfermeiros aos pacientes, aos membros da equipe envolvidas, como também da sua família.

Esta pesquisa é de caráter científico, por isso não se trata de um trabalho acabado, mas serve para se questionar e se criar novas linhas de pesquisa.

A humanização a ser desenvolvida a partir de ações dos enfermeiros em um ambiente totalmente desfavorável para tal ação, em razão das inúmeras condicionantes aqui apresentadas, desencadeia no enfermeiro probabilidades de desenvolver quadros de estresses mais constantes, por isso há margem para ir mais além às pesquisas científicas (SILVA, 2005).

Trata-se de um tema de amplo alcance e de muitos outros questionamentos, por isso a obra não está acabada. Serve de referencial para fomentar novas pesquisas, bem como, servir de material de pesquisa para novos trabalhos; sejam estes na graduação ou na pós-graduação.

A perspectiva é que uma vez estando na prática, possamos refletir a cerca do tema, colocando este em prática no sentido de humanizar, visto não apenas como uma questão de mudança do espaço físico, mas principalmente uma mudança nas ações e comportamento dos profissionais frente ao paciente hospitalizado ou cirúrgico. E, esta mudança deve acabar com o distanciamento que existe entre o profissional de enfermagem e o paciente.

A humanização, em qualquer atividade, quando colocada em prática, requer um esforço individual de seus idealizadores. A prática da humanização está intimamente ligada à maneira que o indivíduo vê o outrem, esta diretamente ligada a necessidade de se aprimorar a cada dia na busca por uma melhor qualidade na prestação do serviço a ser consumido (OLIVEIRA, 2007).

Com foi observado em relação aos fatores que prejudicam a qualidade de vida no trabalho do enfermeiro, as pesquisas revelaram que, existe sofrimento emocional, transtornos de humor, culpa, ao mesmo tempo, sentem melancolia e cansaço principalmente pela falta de sono (OLIVEIRA, 2007).

Esses fatores dificultam a implantação de um cuidar mais humanizados, haja vista se tratar de situações que também colocar em risco a qualidade da saúde do funcionário, em razão do alto grau de estresse que permeia o ambiente de UTI.

Quanto ao estresse no trabalho dos Enfermeiros, as pesquisas apontaram que, devido a dupla jornada de trabalho, associadas a particularidade do serviço, mediante a alta tecnologia, e os procedimentos aí envolvidos, o enfermeiro, enfrenta dificuldade para implantar um cuidar humanizado, todavia, o processo e a busca por um cuidar humanizado, deve ser um meta a ser buscada, pois esta melhora a qualidade da assistência do paciente, mas também do Enfermeiro.

A maioria das doenças discutidas aqui e que acometem os profissionais da saúde, em específico o enfermeiro nos vários estágios que estas apresentam, em sua maioria podem ser evitadas dentro de uma política de humanização em que os autores envolvidos sejam visto de forma integral e dentro de suas particularidades.

A enfermeira como foi visto tem como áreas de atuação a assistência, o ensino, a gerência e a pesquisa.

No que se refere ao ensino, este se encontra em toda e qualquer prática de Enfermagem.

No tocante a parte de gerencia seja na organização hospitalar, ou mesmo em unidades de saúde, uma condicionante da prática de educação que deve ser levada em consideração e que pode contribuir em reduções de níveis de estresse trata-se da educação continuada é responsabilidade das profissionais envolvidas com a supervisão e coordenação, sendo de fundamental importância para qualificar, treinar, aperfeiçoar, reavaliar e reformular o trabalho da equipe de Enfermagem. O processo educativo dentro do trabalho tem a finalidade de manter o profissional atualizado e preparado em suas atividades, sendo um conjunto de práticas educacionais planejadas para promover oportunidades de desenvolvimento do ser humano de forma contínua e sistemática (SALUM, PRADO, 2000).

Segundo Oguisso (200), a educação continuada é componente essencial dos programas de formação e desenvolvimento de recursos humanos das instituições.

Oguisso (2000) afirma que, sendo o capital humano o elemento mais importante no funcionamento de qualquer empresa, grande ou pequena, pública ou privada, ele deve ser objeto de análises permanentes e de adequação de funções para melhorar a eficiência do trabalho, a competência profissional e o nível de satisfação do pessoal.

De acordo com a Organização Panamericana de Saúde (OPAS, 1978 apud Oguisso, 2000), educação continuada é um processo dinâmico de ensino-aprendizagem, ativo e permanente, destinado a atualizar e melhorar a capacitação de pessoas, ou grupos, face à evolução científico-tecnológica, às necessidades sociais e aos objetivos e metas institucionais. Assim, a educação continuada precisa ser considerada como parte de uma política global de qualificação dos trabalhadores de saúde, centrada nas necessidades de transformação da prática.

De acordo com OMS de 1990 entende que a educação continuada faz parte do desenvolvimento dos recursos humanos, num esforço sistemático de melhorar o funcionamento dos serviços por meio do desempenho do seu pessoal. A OMS reconhece a educação continuada como essencial para a qualidade da assistência à saúde.

As ações dos programas de educação continuada devem estimular nos educando o repensar sobre os valores profissionais, que resulte na melhoria do processo de cuidar.

Garrido (2000) afirma que a educação continuada deve surgir como fator determinante para a mudança, permeando a ciência do *ser* enfermeiro, proporcionando a aquisição de habilidades, autoconfiança, crescimento profissional e incentivo. É a educação que leva ao cuidar e o cuidar que leva à educação.

Villa e Rossi (2002) observaram que alguns enfermeiros têm buscado um fazer diferente, um fazer que leve o outro a pensar e procurar, por si mesmo, visualizar o que pode ser mudado. As ações de enfermagem indicam haver um trabalho educativo dentro de uma nova abordagem, assentada numa aprendizagem inovadora, que leve o educando a refletir nas suas próprias possibilidades. Para os autores, a condução do processo ensino-aprendizagem sob essa ótica demanda tempo e experiência para que se possa consolidar a proposta.

Na Enfermagem, a preocupação com questões ligadas à universalização e à qualidade da assistência é visto com seriedade, cuidados complexos como é a Unidade de Terapia Intensiva, é primordial um programa educacional que reflita o desenvolvimento desta assistência.

Embora a preocupação em relação à educação continuada seja muito discutida, na realidade não há um serviço organizado, dificultando o aprimoramento técnico-científico e a reflexão sobre o cuidado. Ao elucidar esta questão educativa para o crescimento profissional.

Oguisso (2000) afirma que a repetição de atividades acumula experiências, mas para melhorar a qualidade é necessário que sejam implementadas atividades que estimulem o estudo e a reflexão.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O desenvolvimento tecnológico, sócio-cultural e as conseqüências da globalização geram benefícios ao mundo moderno e, em contrapartida, trazem profundas mudanças no comportamento bio-psico-social do ser humano interferindo diretamente na qualidade de vida da população.

Considerando que o ser humano é uma dualidade funcionando numa unidade, o corpo produz mudanças na mente e esta age sobre o corpo. Atualmente, a vida repleta de estresse, agitação e preocupações é fonte constante de perturbações e doenças psicossomáticas. Para alcançar o equilíbrio entre saúde e bem-estar, o ser humano utiliza recursos protetores.

Ao enfermeiro de terapia intensiva essas influências são ainda maiores devido ao alto nível de estresse que esses profissionais são expostos, como os ruídos dos aparelhos e as diferentes situações críticas dentro da UTI, que acontece de forma integrada e contínua quando se refere ao cuidado intensivo, por isso, este profissional precisa estar saudável para prestar assistência. Compete ainda este profissional avaliar sistematizar e decidir sobre o uso apropriado de recursos humanos, físicos, matérias e de informação no cuidado ao paciente de terapia intensiva, visando o trabalho em equipe a eficácia e o custo efetividade. É bem verdade que o enfermeiro de UTI possui inúmeras responsabilidades isso significa que ele merece um tratamento humanizado específico para sua profissão tendo em vista que os hospitais possuem equipes e psicólogos especializados em terapia ocupacional.

FRANÇA, A. O. L.; RODRIGUES, A. L. Stress e trabalho: guia prático com abordagem psicossomática. São Paulo: Atlas, 1997.

OLAVO, C.M.; TREVIZAN, M.A.; SÁVIA, N.O. A tolerância ao estresse no século XXI: algumas considerações. Rev Esc Enfermagem USP, São Paulo, 2003.

GARRIDO, MCF. Cuidado da educação continuada em enfermagem: valorização do cuidar. Mundo Saúde 2000.

GIL, A. C. Como elaborar projeto de pesquisa. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2006.

GONÇALVES, E. Síndrome de burnout descontrolada, mas pensosa. Folha de Londrina, cad. 2, p. 7, 2009.

REFERÊNCIAS

- AMORIN, R.C, SLVÉRIO, I.P.S. Perspectiva do paciente na UTI na admissão e alta. **Revista Paulista de Enfermagem**, v 22, n.2, p. 209-212, 2003.
- BACKES, D.S., LUNARDI, V.L., LUNARDI, W.D. FILHO. A humanização hospitalar como expressão da ética. **Revista Latino-americana de Enfermagem**. v.14, n.1, p.132-5, 2006;
- BENEVIDES, P. A. M, (Org). **Burnout**: quando o trabalho ameaça o bem-estar do trabalhador. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2002;
- BRASIL**. Ministério da Saúde. Programa Nacional de Humanização Hospitalar. Brasília, 2002;
- BELLUSCI, S. M.; FISCHER, F. M. Envelhecimento funcional e condições de trabalho em servidores forenses. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 33, n.3, p. 602-609, 2008;
- BINDER, M.; CORDEIRO, R. Sub-registro dos acidentes do trabalho em Botucatu, SO, 1997. **Revista de Saúde Pública**, n. 37, v. 4, p. 409-416, 2003.
- CASTELLANOS *et al.* *apud* GUEDES *et al*, p.22, 2001;
- CHAVES, E.H.B. **Aspectos da liderança no trabalho do enfermeiro**. Rev Gaucha Enfermagem; v.12, n.3, p. 5-15, 2003.
- COLLET, N; ROZENDO, C.A. Humanização e trabalho na enfermagem, **Revista Brasileira de Enfermagem**. v.56, n.2, p.189-92, 2003;
- COUTRIN, R.M.G.S., FREUA, P.R; GUIMARÃES C.M. Estresse em Enfermagem: Uma análise do conhecimento produzido na literatura brasileira no período de 1982 a 2001. **Texto Contexto Enfermagem**. v.12, n.4, p.486-494, 2003;
- FRANÇA, A. C. L.; RODRIGUES, A. L. **Stress e trabalho**: guia prático com abordagem psicossomática. São Paulo: Atlas, 1997;
- GALVÃO, C.M, TREVIZAN, M.A, SAWADA, N.O. **A liderança do enfermeiro no século XXI: algumas considerações**. Rev Esc Enfermagem USP, São Paulo, 2003;
- GARRIDO, MCF. **Cotidiano da educação continuada em enfermagem: valorização do cuidar**. Mundo Saúde 2000;
- GIL, A. C. **Como elaborar projeto de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2008;
- GONSÁLVES, E. Síndrome de *burnout*: desconhecida, mas perigosa. **Folha de Londrina**. cad. 2, p. 7, 2008;

LAKATOS, Eva Maria; MARCONI, Marina de Andrade. **Fundamentos de metodologia científica**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2001;

LACAZ, F. A. C. Qualidade de vida no trabalho e saúde/doença. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 5, n. 1, p. 151-161, 2000;

LINO, M.M.; SILVA, S.C. Enfermagem na Unidade de Terapia Intensiva: a história como explicação de uma prática. **Nursing**, 2001;

LOPES, M.J.M.; LAUTERT, L. A saúde das trabalhadoras da saúde: algumas questões. In: HHAAG, G.S.; LOPES, M. J.; SCHUCK, J.S.(org). **A enfermagem e a saúde dos trabalhadores**. Goiânia: AB, p.109-40.2001;

MINAYO, M.C. de S. *O desafio do conhecimento: Pesquisa qualitativa em saúde*. 6ª ed. São Paulo: Hucitec, Rio de Janeiro: Abrasco, 1999;

MORAES, J.C.; GARCIA, V. da G.L.; FONSECA, A. da S. Assistência prestada na unidade de terapia intensiva adulta: Visão dos clientes. **Revista Nursing**. v.79, n.7, 2004;

MUROFUSE NT, Abranches SS, Napoleão AA. Reflexões sobre estresse e Burnout e a relação com a enfermagem. **Rev. Latino americana de Enfermagem** .n. 13, v.2, p.255-261, 2005;

NISHIDE, V.M; CINTRA, E.A; NUNES, WM. **Assistência de Enfermagem ao paciente gravemente enfermo**. EPU, 2 ed. São Paulo, 2003;

OGUISSO, T. A. **A educação continuada como fator de mudanças: visão mundial**. Nursing [Edição Brasileira] 2000.

OLIVEIRA, B. R. G; et al. Humanização na assistência à saúde. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, vol.14, no.2, 2007;

OLIVEIRA, B R. G.; MUROFOSE, N. Acidentes de trabalho e doença ocupacional: estudo sobre o conhecimento do trabalhador hospitalar dos riscos à saúde de seu trabalho. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 9, n. 1, p. 109-115, 2001;

RODRIGUES, A. L. **Sensibilizando e humanizando o cuidado**. Monografia de especialização apresentada a UFP-PR. Curitiba, p. 22. 2000;

RUIZ, João Álvaro. **Metodologia científica: guia para eficiência nos estudos**. São Paulo: Atlas, 2005;

SAILICIO, D.M.B.S, GAIVA, M.A. M. O significado de humanização da assistência para enfermeiros que atuam em UTI. **Rev. Eletr. Enf.** N. 8, v. 3, p.370-376, 2006;

SALUM, Nádia Chiodelli; PRADO, Marta Lenise do. Educação Continuada no trabalho: uma perspectiva de transformação da prática e valorização do trabalhador (a) de Enfermagem. **Revista Texto e Contexto**. Florianópolis, v. 9, n. 2, parte 1, p. 298-311, maio/agosto, 2000;

SILVA, M. J. P. **Qual o tempo do cuidado?- Humanizando os cuidados de enfermagem**. 1. ed. São Paulo: Loyola, 2005;

VIDAL, F. G. **Qualidade de vida dos enfermeiros que atuam em hospitais**. 2002. 49 f. Trabalho de Conclusão de Curso. Universidade Estadual do Oeste do Paraná – Unioeste. Foz do Iguaçu: Unioeste, 2002;

VILA, V.S.C.;ROSSI, L.S. O significado cultural do cuidado humanizado em Unidade de Terapia Intensiva: muito falado e pouco vivido. **Rev. Latino Am.Enfermagem**. v.10, n.2, p.37-44, 2002.

RIBEIRO, E. C. & OLIVEIRA, R. M. R. de, 2001. **Projeto de estruturação da vigilância em saúde do trabalhador no Centro de Referência em Saúde do Trabalhador/ES**. Vitória/ES: Centro de Referência em Saúde do Trabalhador, 2001.

OLIVEIRA, Regina Márcia Rangel de . **A abordagem das lesões por esforços repetitivos/distúrbios osteomoleculares relacionados ao trabalho - LER/DORT no Centro de Referência em Saúde do Trabalhador do Espírito Santo - CRST/ES**. [Mestrado] Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública; 2001. 143 p.

AGUIAR, M.C.F., 1998. **O Trabalhador sem seu trabalho**: um estudo sobre a identidade de bancários afastados do trabalho por lesões por esforços repetitivos. Vitória: UFES.

BORGES, L. H., 1999. **Sociabilidade, sofrimento psíquico e lesões por esforços repetitivos em processos de trabalho repetitivos**: estudo de caixas bancários. Tese de Doutorado. Rio de Janeiro: IPUB/ UFRJ.

ALENCAR, C. K, DINIZ ,R.C .M, LIMA,F.R .F Administração do tempo nas atividades de enfermagem de uma Unidade de Terapia Intensiva. **Revista Bras. de Enf**. Brasília, v 57,n.2, p.417-420,2004

GOMES, A . M. **Enfermagem na unidade de terapia intensiva**, 2ª ed., São Paulo, 2008.

INOJOSA, R. M. Intersetorialidade e a configuração de um novo paradigma organizacional.**Revista de Administração Pública — RAP**, Rio de Janeiro, v.32, n.2, p.35-48, 2004;

CASATE, J.C, CORROÊA, A.K. Humanização do atendimento em saúde: conhecimento veiculado na literatura brasileira de enfermagem. **Rev Latino-am**, v. 13, n. 1, p.105-11, 2005

BITTAR,OJNV. Distuição dos recursos humanos em oito hospitais gerais de são Paulo. **Revista panamericana de saúde pública**, 1997. Artigo disponível em <http://www.scielosp.org/scieolo> acessado 28/12/2011

COFEN- conselho federal de enfermagem. **Resolução nº168/93**. Baixa normas para anotação da responsabilidade técnica de enfermeiro (a) , em virtude de chefia de serviço de enfermagem , nos estabelecimentos das instituições e empresas públicas, privadas e filantrópicas onde é realizada assistência á saúde. Disponível em <http://www.portal.cofen.com.br> legislação acessado em 28/12/2011

PAIM J, Almeida Filho N. **A Crise da Saúde Pública e a utopia da Saúde Coletiva**. Salvador: Casa da Saúde, 2000.

SABA, F. **Mexa-se**: atividade física, saúde e bem-estar. São Paulo: Phorte, 2008.

ANDRADE JS, Vieira MJ. Prática assistencial de enfermagem: problemas, perspectivas e necessidade de sistematização. **Rev Bras Enferm** 2005; 58(3): 261-5.

VARGAS , D. BRAGA,A.L. **O Enfermeiro de Unidade de Tratamento Intensivo: Refletindo sobre seu Papel** Faculdades Integradas Fafibe – Bebedouro (SP) 2006

MADUREIRA, C.R.; VEIGA, K.; SANT'ANA, A.F.M. Gerenciamento de tecnologia em terapia intensiva. **Rev.latinoam.enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 8, n. 6, p. 68-75, dezembro 2000.

BARRA, Daniela Couto Carvalho; JUSTINA, Anelice Della; BERNARDES, Jane Fonseca de Lacerda; VESPOLI, Fabiola; REBOUÇAS, Ula; CADETE, Matilde Meire Miranda. Processo de humanização e a tecnologia para o paciente internado em uma unidade de terapia intensiva. **REME Revista Mineira de Enfermagem**; 9(4):341-347, out.-dez. 2005

MACEDO PO, Quitete JB, Lima EC, Santos I, Vargens OMC. Tecnologias de Cuidado fundamentadas pela Teoria Ambientalista Esc Anna Nery **Rev Enferm** 2008 jun; 12 (2): 341 - 7.

GONÇALVES LA, Padilha KG Fatores associados à carga de trabalho de enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva **Rev Esc Enferm USP** 2007; 41(4):645-52. www.ee.usp.br/reeusp/

CIAMPONE JT, Gonçalves LA, Maia FOM, Padilha KG. *Necessidade de cuidados de enfermagem e intervenções terapêuticas em UTI: estudo comparativo entre pacientes idosos e não idosos* **Acta Paul Enferm** 2006;19(1):28-35

BIANCHI, E.R.F. Enfermeiro hospitalar e o stress. **Rev.Esc.Enf.USP**, v. 34, n.4, p. 390-4, dez. 2000.

COSTA, E. S; MORITA, I; MARTINEZ, M.A.R. Percepção dos efeitos do trabalho em turnos sobre a saúde e a vida social em funcionários da enfermagem em um hospital universitário do Estado de São Paulo, **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 16, n.2, p.553-555. abr-jun.2000.

KNOBEL E. *Condutas no paciente grave*. 3 ed. v2. Alameda 2000

- STACCIARINI, J.M.; TRÓCCOLI, B.T. O estresse na atividade ocupacional do enfermeiro, **Rev Latino-am Enfermagem**, v.9, n.2, p.17-25, março. 2001.
- GURGUEIRA, G. P; ALEXANDRE, N.M.C.; CORREA FILHO, H.R. Prevalência de sintomas músculo-esqueléticos em trabalhadoras de enfermagem. **Rev.Latino-am Enfermagem**. São Paulo, v.11, n.5, p. 608-613, set/out. 2003.
- MORENO, Luciana Contrera; MORENO, Maria Inês Contrera. Violência do trabalho em enfermagem: um novo risco ocupacional. **Rev. Bras. Enferm.** Brasília, v.57, n.6, p. 746-749, nov/dez. 2004
- VARELA, Claudete Dantas da Silva; FERREIRA, Silvia Lucia. Perfil das trabalhadoras de enfermagem com diagnóstico de LER/DORT em Salvador-Bahia 1998-2002. **Rev. Bras. Enferm.** Brasília, v.57, n.3, p. 321-325, maio/jun.2004.
- ZOCCHIO, A., **Prática na prevenção de acidentes: ABC da segurança no trabalho**, Editora Atlas, 2002.
- TUFFI, M. S., **Manual prático de avaliação e controle do ruído**. São Paulo: LTR, 2004
- COHEN PR, Kurzrock R. Sweet's syndrome revisited: a review of disease concepts. **Int J Dermatol**. 2003; 42(10):761-78.
- MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO. Manual contrato de safra. Brasília: MTE/STI, 2002. 67p
- DIAS EC. **Condições de vida, trabalho, saúde e doença dos trabalhadores rurais no Brasil**. RENAST. Saúde do trabalhador rural. Org. Tarcísio Márcio Magalhães Pinheiro. Versão fev. 2006. 1-27.
- BARBOSA MSA, Santos RM, Trezza MCSF. A vida do trabalhador antes e após a Lesão por Esforço Repetitivo (LER) e Doença Osteomuscular Relacionada ao Trabalho (DORT) **Rev Bras Enferm, Brasília 2007 set-out; 60(5): 491-6**.
- PAULILO JR. LER: educação e pesquisa. **Rev Fac Educ USP** 2004; 30(1).
- MAGALHÃES KTN. **Manual de perícias médicas**. Maceió (AL): Gráfica do TRT da 19ª Vara; 2004
- ROCHA AM, Felli VEA. A saúde do trabalhador de enfermagem sob a ótica da gerência. **Rev Bras Enferm** 2004; 57(4): 453-58.
- CARVALHO PJ. LER. In: Magalhães KTN. **Manual de perícias médicas**. Maceió (AL): Gráfica do TRT da 19ª Vara; 2004.
- ABRAMIDES, M.B, Ad.CABRAL, M, S, R. **Regime de acumulação flexível e saúde do trabalhador**. São Paulo Perspec. [online 20/12/2011]. 2003, vol.17, n.1, pp. 3-10. ISSN 0102-8839.
- KNOBEL, E. **Condutas no paciente grave**. 3 ed., v.2, Atheneu, 2006

GEIB,L,T,C. CATALDO ,A,N. Wainberg,R Nunes,M, L. Sono e envelhecimento R.
Psiquiatr. RS, 25 (3): 453-465, set./dez. 2003

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS) Sistema de educacion contínua:
prioridad al personal del salud de destrito: Genebra: 1990 (série informes técnicos nº
803)