



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM
ENGENHARIA E GESTÃO DO CONHECIMENTO
MESTRADO EM GESTÃO DO CONHECIMENTO**

ROSÂNGELA MARTINS GUEDEVILLE

**AVALIAÇÃO DA COMUNICAÇÃO ENTRE A EQUIPE
MULTIDISCIPLINAR E DO TEMPO DE PERMANÊNCIA NA
UTI, APÓS A INTRODUÇÃO DO FORMULÁRIO DE
OBJETIVOS DIÁRIOS**

**Florianópolis
2007**

ROSÂNGELA MARTINS GUEDEVILLE

**AVALIAÇÃO DA COMUNICAÇÃO ENTRE A EQUIPE
MULTIDISCIPLINAR E DO TEMPO DE PERMANÊNCIA NA
UTI, APÓS A INTRODUÇÃO DO FORMULÁRIO DE
OBJETIVOS DIÁRIOS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Engenharia e Gestão do Conhecimento da Universidade Federal de Santa Catarina, como requisito parcial para obtenção do grau de mestre em Engenharia e Gestão do Conhecimento, na área de concentração Gestão do Conhecimento.

Orientadora: Prof. Dr. Francisco Antônio Pereira Fialho.

Florianópolis
2007

G938

Gueudeville, Rosângela Martins.

Avaliação da comunicação entre a equipe multidisciplinar e do tempo de permanência na UTI, após introdução do formulário de objetivos diários./ Rosângela Martins Gueudeville - Salvador: R.M. Gueudeville, 2007.

135f.

Orientador: Prof. Dr. Francisco Antônio Pereira Fialho
Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Santa Catarina, 2007.

1. Unidade de tratamento intensivo.- Gestão do conhecimento 3.Equipe multidisciplinar-Comunicação. I. Título

CDU: 658.4:616-039

ROSÂNGELA MARTINS GUEDEVILLE

**AVALIAÇÃO DA COMUNICAÇÃO ENTRE A EQUIPE
MULTIDISCIPLINAR E DO TEMPO DE PERMANÊNCIA NA
UTI, APÓS INTRODUÇÃO DO FORMULÁRIO DE
OBJETIVOS DIÁRIOS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Engenharia e Gestão do Conhecimento da Universidade Federal de Santa Catarina, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Engenharia e Gestão do Conhecimento, área de concentração Gestão do Conhecimento.

Florianópolis, 05 de dezembro de 2007.

Prof. Dr. Roberto Carlos dos Santos Pacheco
Coordenador do Programa - UFSC

Banca Examinadora:

Orientador Prof. Dr. Francisco Antônio Pereira Fialho
Engenharia e Gestão do Conhecimento – UFSC

Prof. Dr. Sílvio Serafim da Luz Filho
Engenharia e Gestão do Conhecimento – UFSC

Prof. Dr. João Bosco da Mota Alves
Engenharia e Gestão do Conhecimento – UFSC

Dedico este trabalho a:

*Minha querida mãe Fátima,
Por todo carinho e amor presentes
em minha vida.*

*Meu afilhado Dimytri,
que preenche minha vida
de amor e alegria, para que o esforço
e a dedicação sirvam como exemplos.*

AGRADECIMENTOS

A Deus, pelo dom da vida, e por me apresentar sempre os melhores caminhos, os quais me conduziram a este mestrado.

À Universidade Federal de Santa Catarina, pela oportunidade desta conquista.

Ao Prof. Dr. Francisco Antônio Pereira Fialho, pelo incentivo e dedicação, orientando-me com paciência e sabedoria.

Aos mestres e colegas do Programa de Pós-Graduação em Engenharia e Gestão do Conhecimento, em especial: Prof. Dr. João Bosco, Profa. Dra. Christianne Coelho, Prof. Dr. Sílvio Serafim e Ms. Luciano Lázzaris.

Ao Dr. Octávio Messeder, por acreditar em mim e no meu trabalho, contribuindo sempre com seu enorme conhecimento.

Ao Dr. Antônio Duarte, pelo estímulo e por todos os ensinamentos, através dos quais encontrei o verdadeiro significado da Fisioterapia.

A Ms. Sandra Cohim, que participa da minha formação desde a época de estudante, sempre me proporcionando bons momentos e oportunidades.

A Alexandre, Cristiano, Irlândia, Milena e Renata, grandes companheiros em todos os momentos desta jornada, formando o grupo de estudo “EGC Nordeste”.

A Simone e Nina Sobral, pela descoberta de que uma grande amizade pode acontecer em poucos dias e perdurar por toda uma vida.

Aos meus pais Elysio e Fátima, pela constante presença e por me ensinarem os verdadeiros valores da vida.

A minha irmã Elysângela, meu sobrinho Dimytri e meu namorado André, pela torcida e apoio nos momentos mais preciosos.

À minha família, em especial a tia Ana, a maior incentivadora, que sempre me pontuou para a importância do estudo, vibrando com minhas descobertas e conquistas.

A Maurício e Luciano, meus primos queridos, e à tia Paty, carinhosamente presentes em meu coração.

A todos os profissionais da UTI do Hospital Português, em especial à enfermeira Maria Luiza.

Às amigas inseparáveis Juliana Paim, Laila Cabral e Larissa Neves.

A todos aqueles que direta ou indiretamente contribuíram para a realização desta pesquisa.

*O valor de todo conhecimento
está no seu vínculo com as nossas
necessidades, aspirações e ações;
de outra forma, o conhecimento
torna-se um simples lastro de
memória, capaz apenas –
como um navio que navega
com demasiado peso –
de diminuir a oscilação
da vida quotidiana.*

Kliutchevski
(s/d)

RESUMO

Este estudo, cujo tema é a comunicação na Unidade Terapia Intensiva, tem caráter qualitativo e descritivo. A pesquisa de campo foi realizada no Hospital Português, em Salvador - Ba, com o objetivo de mensurar o impacto da introdução de um formulário de objetivos diários na comunicação entre a equipe multidisciplinar; definir os critérios para quantificar o impacto do formulário de objetivos diários na comunicação; avaliar e comparar o impacto do formulário no entendimento de cada categoria profissional analisada, relativamente aos objetivos de cuidado diário e os procedimentos que precisam ser executados para o paciente melhorar; identificar a opinião dos profissionais sobre a comunicação na unidade em estudo; mensurar o tempo de permanência dos pacientes e demonstrar as relações causais entre o tempo de permanência dos pacientes na UTI e a eficiência da comunicação após a introdução do formulário. Para alcançar os objetivos propostos, foram realizadas pesquisas bibliográfica, documental e direta. Os dados e informações analisados apontam como resultados: maior entendimento dos profissionais no grupo exposto, em relação ao grupo controle; a maioria dos profissionais acredita que a comunicação na UTI não é ideal, sendo que a sugestão mais freqüente para reverter esta situação foram visitas multidisciplinares; o tempo de permanência encontrado foi menor no grupo exposto, porém sem diferença estatisticamente significativa; não foram citados aspectos negativos quanto à introdução do formulário na rotina da UTI e os principais aspectos positivos foram maior integração entre a equipe, visão integral do paciente, condutas uniformes e melhoria na qualidade de atendimento.

Palavras-chave: Gestão do Conhecimento. Comunicação. Unidade de Terapia Intensiva.

ABSTRACT

The subject of this article, with qualitative and reported characteristics, is the communication in the Intensive Care Unit (ICU). The acquirement of the data occurred in the Hospital Português (Portuguese Hospital) in Salvador, Bahia. The aim of this research is to measure the impact of introducing a daily goals form in the communication among the multidisciplinary team members, to define the criteria to quantify the impact of a daily goals form in the communication, to evaluate and to compare the impact of the form on the understanding of each professional category in this analysis, relating to the daily goals of care and the indispensable conducts to the patient healthy, to identify the professional options about the communication in this care unit, to measure the patients length of stay in the ICU and to evidence the cause relations between patients length of stay in the ICU and the efficiency of the communication after the introducing the form. There were bibliographic, documental and personal researches to reach the proposed objectives. The analyzed data acquired these results: better professional understanding on exposed group than the control group; the most of the professional agree that the communication in the ICU isn't the ideal and the most frequent suggestion to return this situation was multidisciplinary visits, the patients length of stay was smaller on the exposed group than the control group, but there wasn't statistical significance; there weren't negative aspects in the introduction of the form on ICU routine and the main positive aspects were the much team interaction, the patient integral vision, the regular conducts and the excellent quality of the patient assistance.

Key-words: Knowledge Management. Communication. Intensive Care Unit.

LISTA DE FIGURAS

- F.1 Conceito de “Ba”
- F.2 Paciente em UTI
- F.3 Fisiologia do Estresse

LISTA DE FOTOS

- Foto 1 Exemplar da Bíblia de Gutenberg
- Foto 2 UTI com ventiladores ciclados a vácuo
- Foto 3 Atendimento Médico na II Grande Guerra
- Foto 4 UTI
- Foto 5 Humanização na UTI

LISTA DE GRÁFICOS

- G.1 Freqüência de pacientes encontrada nos grupos Controle e em Estudo
- G.2 Freqüência de idade encontrada nos grupos Controle e em Estudo
- G.3 Distribuição por sexo nos grupos Controle e em Estudo
- G.4 Número de APACHE II máximo dos grupos Controle e em Estudo
- G.5 Número de altas e óbitos encontrados nos grupos Controle e em Estudo
- G.6 Comparação entre a mortalidade estimada e o percentual de óbitos encontrados nos grupos Controle e em Estudo
- G.7 Número máximo de permanência em dias encontrados nos grupos Controle e em Estudo
- G.8 Número de profissionais encontrados nos grupos Controle e em Estudo
- G.9 Número de perguntas feitas nos dois grupos a cada categoria profissional participante do estudo
- G.10 Número de perguntas realizadas em cada grupo
- G.11 Distribuição das respostas quanto ao entendimento dos objetivos diários nos grupos Controle e em Estudo
- G.12 Distribuição das respostas quanto ao entendimento das ações necessárias para os pacientes melhorarem nos grupos Controle e em Estudo
- G.13 Distribuição das respostas quanto ao entendimento dos objetivos diários pelos médicos plantonistas, nos grupos Controle e em Estudo
- G.14 Distribuição das respostas quanto ao entendimento dos objetivos diários pelos enfermeiros, nos grupos Controle e em Estudo
- G.15 Distribuição das respostas quanto ao entendimento dos objetivos diários pelos fisioterapeutas, nos grupos Controle e em Estudo
- G.16 Distribuição das respostas quanto ao entendimento dos objetivos diários pelos médicos residentes nos grupos Controle e em Estudo
- G.17 Distribuição das respostas quanto ao entendimento dos objetivos diários entre as categorias profissionais no grupo Controle
- G.18 Distribuição das respostas quanto ao entendimento dos objetivos diários entre as categorias profissionais no grupo em Estudo
- G.19 Distribuição das respostas quanto ao entendimento das tarefas necessárias para o paciente adquirir o próximo nível de cuidado, fornecidas pelos médicos plantonistas, nos grupos Controle e em Estudo
- G.20 Distribuição das respostas quanto ao entendimento das tarefas necessárias para o paciente adquirir o próximo nível de cuidado, fornecidas pelos enfermeiros, nos grupos Controle e em Estudo

- G.21 Distribuição das respostas quanto ao entendimento das tarefas necessárias para o paciente adquirir o próximo nível de cuidado, fornecidas pelos fisioterapeutas, nos grupos Controle e em Estudo
- G.22 Distribuição das respostas quanto ao entendimento das tarefas necessárias para o paciente adquirir o próximo nível de cuidado, fornecidas pelos médicos residentes, nos grupos Controle e em Estudo
- G.23 Distribuição das respostas, entre as categorias profissionais, quanto ao nível de entendimento das tarefas necessárias para o paciente adquirir o próximo nível de cuidado, no grupo Controle
- G.24 Distribuição das respostas, entre as categorias profissionais, quanto ao nível de entendimento das tarefas necessárias para o paciente adquirir o próximo nível de cuidado, no grupo em Estudo
- G.25 Distribuição das respostas dos profissionais sobre a comunicação na UTI se é ideal ou não

LISTA DE QUADROS

- Q.1 Fases do Processo de Gestão do Conhecimento
- Q.2 Aplicações de Softwares de Gestão do Conhecimento: Tipologia e Usos
- Q.3 Diferentes fases de comunicação da informação
- Q.4 Estrutura de Comunicação de Conhecimento
- Q.5 Esquema da sintomatologia de Burnout
- Q.6 Non-technical skills in the intensive care unit.
- Q.7 Informação estatística de idade
- Q.8 Informação estatística referente ao APAHE II
- Q.9 Informação estatística referente à mortalidade estimada
- Q.10 Informação estatística referente ao tempo de permanência dos pacientes na UTI

LISTA DE TABELAS

- Tab.1 Non technical skills the intensive care UNIT

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

AMIB	Associação de Medicina Intensiva Brasileira
ANTS	Anaesthetists Non-technical Skills
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IOM's	Institute of Medicine's
MET	Medical Emergency Team
P&D	Pesquisa e Desenvolvimento
PNHAH	Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar
SBAR	Situation-Background-Assessment-Recommendation
SCCM	Sociedade de Medicina Intensiva Americana
TIC	Tecnologia de Informação e Comunicação
TISS	Therapeutic Intervention Scoring System
UTI	Unidade de Tratamento Intensivo
WHO	World Health Organization

SUMÁRIO

CAPÍTULO 1	INTRODUÇÃO	17
1.1	SITUAÇÃO PROBLEMÁTICA	17
1.2	OBJETIVOS	19
1.3	JUSTIFICATIVA	19
1.4	PERTINÊNCIA DO TEMA AO PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENGENHARIA E GESTÃO DE CONHECIMENTO	21
1.5	DELIMITAÇÃO	21
1.6	ORGANIZAÇÃO EM TRABALHO	22
CAPÍTULO 2	GESTÃO DE CONHECIMENTO EM ORGANIZAÇÕES HOSPITALARES	24
2.1	SOCIEDADE DE CONHECIMENTO	24
2.2	DADOS, INFORMAÇÕES, CONHECIMENTO E APRENDIZAGEM	26
2.3	TRANSFORMANDO DADOS EM INFORMAÇÕES	26
2.4	TRANSFORMANDO INFORMAÇÕES EM CONHECIMENTO	27
2.5	CRIAÇÃO DE CONHECIMENTO	28
2.6	APRENDIZAGEM	30
2.7	GESTÃO DE CONHECIMENTO	32
2.8	TECNOLOGIA DE INFORMAÇÃO E COMUNICAÇÃO	36
2.9	FERRAMENTAS DE CONHECIMENTO	36
2.10	PROFISSIONAL DE CONHECIMENTO	39
CAPÍTULO 3	COMUNICAÇÃO ENTRE EQUIPES MULTIDISCIPLINARES	41
3.1	COMUNICAÇÃO	41
3.1.1	Processo de Comunicação	42
3.1.2	Tipos de Comunicação	42
3.1.3	Canais de Comunicação	42
3.1.4	Obstáculos à Comunicação	43
3.1.5	Fases de Comunicação da Informação	43
3.1.6	Comunicação e Percepção	45
3.2	EQUIPE INTERDISCIPLINAR	46
3.3	COMUNICAÇÃO ENTRE EQUIPE MULTIDISCIPLINAR EM UTI	47
3.4	FERRAMENTAS PARA MELHORAR A COMUNICAÇÃO	48
CAPÍTULO 4	UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA	51
4.1	HISTÓRICO DE UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA	51
4.2	INDICAÇÕES DE UTI	53

4.3	ESTATÍSTICA	54
4.4	RECURSOS DISPONÍVEIS EM UTI	55
4.4.1	Recursos Tecnológicos	56
4.4.2	Recursos Humanos	58
4.5	TIPOS DE UTI	59
4.6	ASPECTOS ERGONÔMICOS PERTINENTES À UTI	61
4.7	PROCESSO DE HUMANIZAÇÃO	63
4.8	ESTRESSE OCUPACIONAL E <i>BURNOUT</i> EM UTI	65
4.9	OCORRÊNCIAS IATROGÊNICAS EM UTI	69
4.10	QUALIDADE DE CUIDADO EM UTI	72
CAPÍTULO 5	INSTRUMENTOS E MÉTODOS	76
5.1	CARACTERIZAÇÃO DA PESQUISA	76
5.2	DESCRIÇÃO DA METODOLOGIA UTILIZADA	77
5.3	INSTRUMENTOS DA PESQUISA	79
CAPÍTULO 6	RESULTADOS E DISCUSSÃO	83
6.1	PERFIL DOS GRUPOS	83
6.1.1	Frequência de Pacientes	83
6.1.2	Idade	84
6.1.3	Sexo	84
6.1.4	APACHE II	85
6.1.5	Mortalidade	86
6.1.6	Número de Altas e Óbitos	86
6.1.7	Tempo de Permanência	87
6.2	ANÁLISE DAS RESPOSTAS ÀS PERGUNTAS	89
6.2.1	Número de Perguntas Realizadas durante a Pesquisa	91
6.2.2	Número de Perguntas Realizadas em cada Grupo	91
6.2.3	Distribuição das Respostas quanto ao Entendimento dos Objetivos Diários nos Grupos Controle e em Estudo	92
6.2.4	Distribuição das Respostas quanto ao Entendimento dos Objetivos do Trabalho ou Tarefas que Precisam ser Realizadas para o Paciente melhorar, nos Grupos Controle e em Estudo	93
6.2.5	Distribuição das Respostas quanto ao Entendimento dos Objetivos de Cuidado Diário entre cada Categoria de Profissionais	95
6.2.5.1	Médicos Plantonistas	95
6.2.5.2	Enfermeiros	96
6.2.5.3	Fisioterapeutas	97
6.2.5.4	Médicos Residentes	98
6.2.5.5	Comparação entre as Respostas dos Profissionais sobre os Objetivos de Cuidado Diário no Grupo Controle	100
6.2.5.6	Comparação entre as Respostas dos Profissionais sobre os Objetivos de Cuidado Diário no Grupo em Estudo	101
6.2.6	Distribuição das Respostas quanto ao Entendimento das Tarefas Necessárias para o Paciente Adquirir o Próximo Nível de Cuidado, entre cada Categoria de Profissionais	101

6.2.6.1	Médicos Plantonistas	101
6.2.6.2	Enfermeiros	103
6.2.6.3	Fisioterapeutas	104
6.2.6.4	Médicos Residentes	105
6.2.6.5	Comparação entre as Respostas dos Profissionais sobre as Tarefas Necessárias para o Paciente Adquirir o Próximo Nível de Cuidado no Grupo Controle	106
6.2.6.6	Comparação entre as Respostas dos Profissionais sobre as Tarefas Necessárias para o paciente Adquirir o Próximo Nível de Cuidado no Grupo Estudo	107
6.2.7	Distribuição das Respostas quanto à Opinião dos Profissionais sobre a Comunicação na UTI, nos Grupos Controle e em Estudo	109
6.2.8	Distribuição das Respostas das Entrevistas	112
6.2.8.1	Efeito do Formulário de Objetivos Diários na Comunicação	112
6.2.8.2	Efeito do Formulário de Objetivos Diários no Resultado do Paciente	113
6.2.8.3	Efeito do Formulário de Objetivos Diários na Compreensão sobre o Quadro Clínico Apresentado pelo Paciente	114
6.2.8.4	Efeito do Formulário de Objetivos Diários no Cuidado ao Paciente	115
CAPÍTULO 7	CONSIDERAÇÕES FINAIS	116
	REFERÊNCIAS	119
	APÊNDICES	
	APÊNDICE A: PARECER DO CONSELHO DE ÉTICA	130
	APÊNDICE B: CONSENTIMENTO	132
	APÊNDICE C: FORMULÁRIO DE OBJETIVOS DIÁRIOS	133
	APÊNDICE D: PERGUNTAS	134
	APÊNDICE E: ENTREVISTAS	135

CAPÍTULO 1

INTRODUÇÃO

1.1 SITUAÇÃO PROBLEMÁTICA

A Unidade de Tratamento Intensivo (UTI) é um componente incondicional no cuidado ao paciente hospitalizado. Esta unidade apresenta uma organização complexa, pois possui tecnologia sofisticada, diversos profissionais e muitos procedimentos diagnósticos e terapêuticos a fim de oferecer o melhor atendimento a pacientes críticos durante 24 horas por dia.

Paciente crítico é definido por Brilli (2001, p. 2010)

[...] como qualquer paciente que possui risco para descompensação ou qualquer paciente que é fisiologicamente instável, requerendo vigilância constante e minuto a minuto ajuste da terapia de acordo com o processo de evolução da doença. O tratamento de pacientes críticos começa no reconhecimento da severidade da doença, continua quando o paciente é transferido para UTI e se prolonga até a fase de recuperação onde o potencial para descompensação é suficientemente baixo.

A Sociedade de Medicina Intensiva Americana (SCCM) (BRILLI, 2001) recomenda a formação de uma equipe multidisciplinar na UTI composta de médicos, enfermeiras, terapeutas respiratórios, farmacêuticos e intensivistas com especialização no tratamento de pacientes críticos. No Brasil, a Associação de Medicina Intensiva Brasileira (AMIB, 2004) reconhece outras especialidades vinculadas à Terapia Intensiva além das citadas anteriormente. São elas: Nutrição, Psicologia, Fonoaudiologia e Engenharia Clínica.

Os profissionais que trabalham neste ambiente lidam com pacientes instáveis, com alto risco de descompensação, portanto, devem estar atentos continuamente ao estado em que o paciente encontra-se, executar decisões de forma rápida, segura e em conjunto. Conforme se pode depreender, para que não ocorram distorções e falhas no atendimento, a comunicação entre os profissionais que integram a equipe multidisciplinar torna-se de fundamental importância, pois através dela são fornecidas informações que contribuem para o conhecimento uniforme entre os membros da equipe. Contudo, o ambiente na UTI não propicia a troca de informações devido ao alto nível de ansiedade e tensão.

Pereira e Bueno (1997, p. 1) citam as variáveis encontradas na UTI que contribuem para aumentar o nível de ansiedade e tensão:

[...] ambiente extremamente seco, refrigerado, fechado e iluminação artificial; ruído interno contínuo e intermitente; inter-relacionamento constante entre as mesmas pessoas da equipe, durante todo o turno, bem como, a exigência excessiva de segurança, respeito e responsabilidade para com o paciente em sofrimento, dor e com morte iminente, para a garantia da qualidade da assistência. Esses indicadores certamente, resultam em um clima de trabalho na UTI exaustivo e tenso, provocando desmotivação, conflito entre os membros da equipe e estresse ao grupo de trabalho e, em particular, ao trabalhador, individualmente.

Todos estes fatores afetam de formas diversas os profissionais da unidade e a comunicação que possa haver entre eles. Silva (1996) define comunicação como um ato criativo, do qual fazem parte um agente emissor e um receptor, formando um sistema de interação e reação, em processos de trocas mútuas que causam mudanças na forma de sentir, pensar e agir nas pessoas envolvidas.

Através da comunicação, são transmitidos dados e informações (dados com significado), os quais, quando considerados importantes, são apropriados pela mente das pessoas, transformando-se em conhecimento. Assim, o conhecimento é gerado a partir de experiências e informações processadas, que proporcionam uma estrutura para avaliação e inclusão de novas experiências e informações. Nas organizações, o conhecimento é encontrado em documentos, normas, processos e na mente dos funcionários.

A maneira como o conhecimento é gerado, transmitido e difundido dentro da UTI deve ser analisada, a fim de serem encontradas estratégias para facilitar sua transmissão, pois, quanto maior o número de informações e a habilidade em correlacionar as informações obtidas com as já existentes, maior o conhecimento individual e organizacional, e melhor o aspecto da informação e do conteúdo transmitido.

A área de estudo responsável pela geração e transferência do conhecimento denomina-se Gestão do Conhecimento, e seu objetivo é melhorar os recursos existentes na organização, a partir do uso do conhecimento.

Diante de situações vivenciadas no ambiente de UTI, área de atuação desta pesquisadora, onde freqüentemente são observadas falhas na comunicação e perda de informações importantes no cuidado ao paciente, surgiu o interesse em introduzir uma ferramenta para melhorar a comunicação entre a equipe multidisciplinar e avaliar o impacto desta no tempo de permanência dos pacientes. A partir desta demanda interna, um estudo foi realizado na UTI do Hospital Português, em Salvador-Ba, para avaliar se a introdução, em

alguns dos leitos randomizados, de um Formulário de Objetivos Diários respondido em conjunto pela equipe multidisciplinar teria impacto na comunicação entre a equipe e tempo de permanência dos pacientes na unidade, quando comparado com pacientes de outros leitos randomizados, para os quais não haveria o formulário referido.

A pergunta de pesquisa feita foi: A introdução de um formulário de objetivos diários tem impacto na comunicação entre a equipe multidisciplinar e no tempo de permanência dos pacientes na UTI?

1.2 OBJETIVOS

Objetivo geral do trabalho

Mensurar o impacto da introdução de um formulário de objetivos diários na comunicação entre a equipe multidisciplinar.

Objetivos Específicos

Neste estudo, pretende-se alcançar os seguintes objetivos específicos:

- a. Definir os critérios para quantificar o impacto do formulário de objetivos diários na comunicação entre a equipe multidisciplinar;
- b. Avaliar e comparar o impacto do formulário no entendimento de cada categoria profissional analisada, com relação aos objetivos de cuidado diário e o trabalho que precisa ser executado para o paciente melhorar;
- c. Identificar a opinião dos profissionais sobre a comunicação na unidade em estudo;
- d. Mensurar o tempo de permanência dos pacientes;
- e. Demonstrar as relações causais entre o tempo de permanência dos pacientes na UTI e a eficiência da comunicação após a introdução do formulário de objetivos diários.

1.3 JUSTIFICATIVA

No Brasil, a área de saúde carece de modelos de gestão eficientes, investimentos em treinamento, gestão, Tecnologia de Informação e Comunicação (TIC) e profissionais qualificados com alto nível de conhecimento (MAGNUS, 2007). Por isto, um estudo que amplie o conhecimento sobre a Gestão do Conhecimento no contexto hospitalar, particularmente na Unidade de Terapia Intensiva, é relevante, pois pode orientar novos modelos e estudos e esclarecer aspectos peculiares do ambiente hospitalar, da UTI e da Gestão do Conhecimento.

A Organização Mundial de Saúde (WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO), 2007, p. 1) define Gestão do Conhecimento como: “[...] um conjunto de princípios, instrumentos e práticas que permitem aos indivíduos criar conhecimentos, partilhá-los, traduzi-los e aplicá-los na obtenção de resultados e na melhoria da eficácia.”

A aplicação dos princípios da Gestão do Conhecimento na instituição hospitalar contribui para modificar a cultura da organização, por valorizar a experiência e o conhecimento dos profissionais, ativos intangíveis fundamentais para o sucesso. Davenport e Prusak (1998, p. 5) afirmam que

[...] uma empresa realmente é um conjunto de pessoas organizadas para produzir algo, sejam produtos, serviços ou alguma combinação de ambos. Sua capacidade de produzir depende daquilo que ela sabe e do conhecimento subjacente nas rotinas e equipamentos de produção. O ativo material de uma empresa só terá valor real se as pessoas souberem o que fazer com ele.

Estratégias para melhorar a comunicação na UTI, estimulando a troca de informações, criação e transmissão do conhecimento, colaboram com a melhoria da qualidade do atendimento prestado pelos profissionais, refletindo no tratamento do paciente. Graig *et al* (2003) relatam que a comunicação intensiva está associada a reduções duradouras no tempo de permanência na UTI e diminuição da mortalidade em pacientes críticos adultos.

A diminuição do tempo de permanência na UTI como consequência da comunicação eficiente implica em diminuição de custos, além de ser indicador de qualidade do atendimento. Pronovost *et al* (2003, p. 1) elaboram que “[...] a falência da comunicação induz ao aumento de danos ao paciente, do tempo de permanência e do uso de recursos e insatisfação dos cuidadores e rotatividade. Esforços para melhorar a comunicação podem melhorar estes resultados.”

Encontros face a face da equipe multidisciplinar, como os realizados neste estudo, estimulam a troca de opiniões, o diálogo, discussões de casos clínicos, além de favorecer a integração, o aprendizado em grupo e o relacionamento interpessoal. Stewart (1998) relata

que quando as pessoas se sentem necessárias, úteis, e aprendendo são mais produtivas do que quando se encontram ociosas e inseguras sobre sua função.

O presente estudo é aplicável, a ferramenta escolhida possui eficiência comprovada e pode ser utilizada após o término do estudo, orientando os encontros interdisciplinares e planejando os objetivos diários de cada paciente.

A Associação de Medicina Intensiva Brasileira (2004) reconhece a comunicação como uma ferramenta importante na constituição de um grupo coeso e vital para todos que participam de uma UTI. Ressalta, ademais, a importância de estabelecer e implantar estratégias para aprimorá-la, visando à melhoria das relações pessoais e profissionais e à formação de um conhecimento amplo na equipe, coerente com a real situação em que o paciente se encontra.

1.4 PERTINÊNCIA DO TEMA AO PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENGENHARIA E GESTÃO DO CONHECIMENTO

A linha de pesquisa do estudo está inserida no Programa de Engenharia e Gestão do Conhecimento, por implementar uma estratégia para melhorar a comunicação e estimular a criação, gestão e disseminação de conhecimentos na equipe multidisciplinar da UTI.

A aplicação de novas práticas na UTI refere-se a um modelo de Gestão do Conhecimento, pois cria rotinas e sistemas, para que todo o conhecimento adquirido na UTI cresça e seja compartilhado, difundindo maneiras de fazer que até então encontravam-se restritos a alguns indivíduos, propiciando a geração de novos conhecimentos.

O estudo busca, na área de Mídia e Conhecimento, metodologias adequadas de compartilhamento e disseminação para tornar a comunicação mais eficiente no processo de Gestão do Conhecimento na UTI. Aborda os ativos intangíveis nas instituições hospitalares, em particular na UTI, valorizando estes ativos nas rotinas, processos e serviços organizacionais.

1.5 DELIMITAÇÃO

O estudo faz indagações sobre gestão do conhecimento e avalia, de maneira

subjetiva, a comunicação entre a equipe multidisciplinar em uma UTI, após introdução de ferramenta específica.

As indagações são provenientes da insatisfação da pesquisadora quanto à comunicação existente na UTI em que foi realizado o estudo, na qual os princípios e instrumentos da Gestão do Conhecimento não são aplicados, o que provoca perda de informações e conhecimentos limitados.

Neste sentido, como delimitação desta pesquisa, foram utilizados trabalhos de Nonaka e Takeushi (1997) e Davenport e Prusak (1998), onde os autores definem o conhecimento, diferenciam seus tipos, explicam os modos de geração e conversão e demonstram como colocar em prática os princípios e instrumentos da Gestão do Conhecimento.

Com base nos conceitos desses estudiosos, acreditamos que uma comunicação mais eficaz pode ampliar e disseminar o conhecimento em organizações hospitalares, em particular em Unidade de Terapia Intensiva. A aplicação dos princípios da Gestão do Conhecimento, por sua vez, pode gerar significativa mudança na cultura organizacional, que passará a valorizar mais este ativo intangível.

Nonaka e Takeushi (1997, p. 63) fazem três observações referentes às semelhanças e diferenças entre informação e conhecimento:

Primeira, o conhecimento, ao contrário da informação, diz respeito a crenças e compromissos. O conhecimento é uma função de uma atitude, perspectiva ou intenção específica. Segunda, o conhecimento, ao contrário da informação, está relacionado à ação. É sempre o conhecimento “com algum fim”. E, terceira, o conhecimento, como a informação, diz respeito ao significado. É específico ao contexto e relacional.

Davenport e Prusak (1998, p. 108) relatam que

[...] a transferência espontânea e não estruturada do conhecimento é vital para o sucesso de uma empresa. Embora o termo gestão do conhecimento implique a transferência formalizada, um de seus elementos essenciais é o desenvolvimento de estratégias específicas para incentivar essas trocas espontâneas.

1.6 ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO

Este estudo está estruturalmente dividido em sete capítulos.

Na Introdução, capítulo 1, relatamos o problema da comunicação na Unidade de Terapia Intensiva, o objetivo do trabalho e os limites.

No Capítulo 2 discorremos sobre Gestão do Conhecimento em Organizações Hospitalares, distribuídos em sociedade do conhecimento; dados, informações, conhecimento e aprendizagem; transformando dados em informações; informações em conhecimento; criação do conhecimento; aprendizagem; gestão do conhecimento nas organizações e profissional do conhecimento.

No Capítulo 3, analisamos a Comunicação entre Equipes Multidisciplinares, abordando os seguintes aspectos: a comunicação, o processo de comunicação, tipos, canais, obstáculos e fases da comunicação. Relacionamos a comunicação com a percepção, com a equipe multidisciplinar e citamos algumas ferramentas para melhorar a comunicação na equipe.

No Capítulo 4, apresentamos a Unidade de Terapia Intensiva, com um breve histórico, indicações, estatística, recursos disponíveis, tipos, humanização, estresse ocupacional e *burnout*, ocorrências iatrogênicas e qualidade do cuidado, TIC e ferramentas do conhecimento.

No Capítulo 5 demonstramos os instrumentos e métodos utilizados, caracterizando a pesquisa.

No Capítulo 6, os resultados da pesquisa de campo são expostos.

Por fim, são apresentadas as Considerações Finais, capítulo 7, e sugestões para trabalhos futuros.

CAPÍTULO 2

GESTÃO DO CONHECIMENTO EM ORGANIZAÇÕES HOSPITALARES

2.1 SOCIEDADE DO CONHECIMENTO

No início da sociedade, o fator de produção consistia na agricultura de subsistência, plantava-se somente o necessário para a alimentação. Após muito tempo, começou-se a cultivar matéria-prima, ou seja, *commodities*, até o período da Revolução Industrial, no século XVII, com a industrialização dos produtos e a agricultura comercial.

A partir de 1950, muitos avanços tecnológicos começaram a ocorrer, notadamente nas Tecnologias de Informação e Comunicação, propiciando a globalização, o que resultou em países cada vez mais interdependentes, aumento do número de serviços, de informações e da concorrência, modificando o cenário mundial e propiciando a abertura de mercados, estímulo à busca por vantagens sustentáveis para aumentar a produtividade e o número de inovações.

Às modificações econômicas associaram-se mudanças em toda as esferas da sociedade, com rompimento de antigos padrões. Durante a Idade Média, até o século XV, a informação era manuscrita; no final desse século, Gutenberg descobriu a impressão, o que favoreceu a expansão do conhecimento. Com o início do Renascimento, dá-se um grande passo em direção às conquistas da Idade Moderna: grandes transformações culturais, sociais, políticas, econômicas, religiosas, com transição do Feudalismo para o Capitalismo, início do Humanismo, aumento do interesse por artes, línguas e leitura. A partir do século XXI, como consequência do avanço científico e tecnológico, foi descoberta a tecnologia digital, favorecendo a transmissão e geração de informações, com capacidade de armazenamento de milhares de imagens e textos, e eliminando distâncias.



FOTO 1 –EXEMPLAR DA BÍBLIA DE GUTENBERG

Fonte: Biblioteca do Congresso em Washington D.C. (2007).

Davenport e Prusak (1998, p. 4), consultores e pesquisadores do conhecimento, relatam as solicitações dos seus clientes diante do grande número de informações e aumento da concorrência global:

[...] eles estavam buscando práticas melhores, idéias novas, sinergias criativas e processos de descoberta; algo que a informação, por mais bem administrada que seja, não pode fornecer. Ficamos convencidos de que tais resultados só adviriam do uso efetivo do conhecimento. Além disso, estava claro que muito do conhecimento de que eles precisavam já existia em suas organizações, embora, quando requerido, estivesse inacessível ou indisponível.

Assim, o conhecimento é o novo fator de produção da Sociedade do Conhecimento, iniciada em 1995, após aproximadamente 45 anos da data de formação da Sociedade da Informação, cuja base está no uso apropriado desse conhecimento, também conhecido por ativo intangível, ilimitado, encontrável na mente das pessoas, que aumenta quando utilizado e, ao contrário, torna-se obsoleto e sem valor quando não utilizado.

A Sociedade do Conhecimento diverge das sociedades anteriores por ter como fonte básica de riqueza o conhecimento e os relacionamentos, e não mais a mão-de-obra, os recursos naturais e o capital. Como afirmou o Papa D. João Paulo II, na *Centesimus Annus* (1991):

Se outrora o fator decisivo da produção era *a terra* e mais tarde *o capital*, visto como o conjunto de maquinaria e de bens instrumentais, hoje o fator decisivo é cada vez mais *o próprio homem*, isto é, a sua capacidade de conhecimento que se revela no saber científico, a sua capacidade de organização solidária, a sua capacidade de intuir e satisfazer a necessidade do outro.

2.2 DADOS, INFORMAÇÕES, CONHECIMENTO E APRENDIZAGEM

O processo de aprendizagem possui estágios progressivos. O primeiro consiste na análise e seleção dos fatos encontrados nas diversas situações vivenciadas, constituindo os dados. Estes, quando dotados de significado e organizados em um contexto, passam a ser denominados de informações, as quais, à medida que são apropriadas pela mente das pessoas, mediante a aprendizagem, tornam-se conhecimento. A partir do conhecimento armazenado, as pessoas realizam tarefas, tomam decisões, geram novas informações e conhecimentos.

Gasque e Tescarolo (2004, p. 36) relatam que

[...] o conhecimento só é entendido como tal quando processado por uma estrutura mental a partir de um conhecimento prévio. Dessa forma, a informação representa um elemento exógeno que corresponde à matéria-prima a ser transformada em conhecimento por meio da interpretação e compreensão de cada indivíduo.

As informações agregam valor quando são transmitidas às pessoas que podem usá-las, possuem interesse e são por elas afetadas, promovendo questionamentos e conseqüente geração de novas informações e conhecimentos através do processo de aprendizagem, o que engloba conhecimento prévio, experiência e memórias anteriores.

O crescente número de informações deve-se em grande parte ao acesso à Internet, rede eletrônica que transporta as informações na velocidade da luz. Segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2003):

[...] o computador foi o bem durável que mais cresceu nos últimos anos. De 2001 para 2002, o crescimento foi de 15,1% e de 2002 para 2003, de 11,4%, sendo que, entre os que tinham acesso à internet, o aumento nos dois períodos foi, respectivamente, de 23,5% e 14,5%. Em 2003, 15,3% das moradias tinham microcomputador e em 11,4% este equipamento tinha acesso à internet.

2.3 TRANSFORMANDO DADOS EM INFORMAÇÕES

Os dados analisados por si só possuem pouca relevância, todavia, a informação, como o próprio nome diz, deve informar algo, possuir significado e quem define se a mensagem recebida é uma informação é o receptor, caso seja provocada nele alguma modificação ou

impacto na forma de sentir ou pensar. Davenport e Prusak (1998) relatam cinco métodos que transformam dados em informações:

- a. Contextualização: saber qual a finalidade dos dados colhidos.
- b. Categorização: conhecer as unidades de análise ou os elementos essenciais dos dados.
- c. Cálculo: analisar os dados matematicamente ou estatisticamente.
- d. Correção: eliminar os erros dos dados.
- e. Condensação: resumir os dados para uma forma mais concisa.

2.4 TRANSFORMANDO INFORMAÇÕES EM CONHECIMENTO

O processo de transformação da informação em conhecimento ocorre na mente das pessoas e é feito exclusivamente por elas. Davenport e Prusak (1998) explicam esta transformação e relata por quais processos ela pode ocorrer:

- a. Comparação: comparando as informações de uma situação a outras situações conhecidas.
- b. Conseqüências: avaliando quais as implicações que as informações trazem para as decisões e tomadas de ação.
- c. Conexões: buscando relações entre o novo conhecimento e o conhecimento acumulado.
- d. Conversação: questionando o que outras pessoas pensam da nova informação.

Segundo estes mesmos autores, o conhecimento pode ser adquirido através da compra ou cópia; admitindo-se alguém que detenha o conhecimento que se almeja; por aluguel; mediante contratos de consultoria ou institutos de pesquisa; utilização de recursos como setores de pesquisa e desenvolvimento; fusão de grupos ou organizações com intuito de unir visões distintas e conhecimentos diferenciados sobre um determinado projeto ou problema; adaptação às mudanças e à competitividade para gerar aprendizado e conhecimento; formação de redes formais e informais de comunicação, nas quais o conhecimento, além de ser gerado,

pode ser transferido, seja por contatos face a face, seja por documentos, base de dados, intranet, *Web* ou *Groupware*.

Para que os recursos anteriormente citados funcionem adequadamente, é necessário alocação de tempo e espaço, de maneira que o conhecimento seja criado, disponibilizado, transferido, adquirido e usado. O conhecimento é definido por Senge, (1999, p. 487) como “[...] a capacidade para a ação eficaz” e este “[...] conhecimento somente se difunde quando existem processos de aprendizagem pelos quais os seres humanos desenvolvem novas capacidades de ação eficaz.”

2.5 CRIAÇÃO DE CONHECIMENTO

Nonaka e Takeuchi (1997) elaboraram uma teoria para a criação do conhecimento, baseada em duas dimensões: a ontológica e a epistemológica. A ontológica relata que o conhecimento de uma organização só pode ser criado pelos indivíduos, logo, a organização deve fornecer condições para a criação e ampliação deste em nível individual, grupal, organizacional e até interorganizacional; e a epistemológica, que divide o conhecimento em tácito e explícito.

Conhecimento tácito refere-se ao conhecimento subjetivo, proveniente da experiência; é automático, difícil de ser formulado e comunicado. O conhecimento explícito é o conhecimento da racionalidade, teórico, objetivo, facilmente transmitido. Como estes conhecimentos interagem, Nonaka e Takeuchi (1997) criaram um modelo dinâmico da criação do conhecimento, baseando-se no pressuposto de que o conhecimento humano é criado e difundido através da interação entre os conhecimentos tácitos e explícitos, formando uma espiral, quando o tempo é introduzido como terceira dimensão. A partir dessa interação, eles definiram quatro processos de conversão do conhecimento:

- a. Socialização: processo de compartilhamento de experiências e conhecimento, ocorre através da interação, observação, imitação e prática. Converte o conhecimento tácito em conhecimento tácito, denominado conhecimento compartilhado.
- b. Externalização: processo de criação do conhecimento conceitual, por meio de transferência do conhecimento tácito em explícito, expresso por modelos, conceitos e

analogias, normalmente encontrado em criação de conceito, estimulado pelo diálogo e reflexão coletiva, formando o conhecimento conceitual.

- c. **Combinação:** processo de sistematização de conceitos em um sistema de conhecimento, parte do conhecimento explícito para o conhecimento explícito por meio de documentos, reuniões, redes computadorizadas, nas quais os indivíduos trocam conhecimentos e colocam o conhecimento recém-criado e o existente em rede, formulando um conhecimento sistêmico.
- d. **Internalização:** processo de conversão do conhecimento explícito em tácito, significa aprender fazendo; conhecimento operacional baseado na experiência, geralmente repercute em um novo ciclo de criação do conhecimento.

À medida que os níveis ontológicos sobem de individual para grupal, organizacional a interorganizacional, aumenta a escala de interação entre os conhecimentos tácito e explícito, passando pelos quatro modos de conversão, por isso denominada espiral do conhecimento, quando o tempo é introduzido como terceira dimensão.

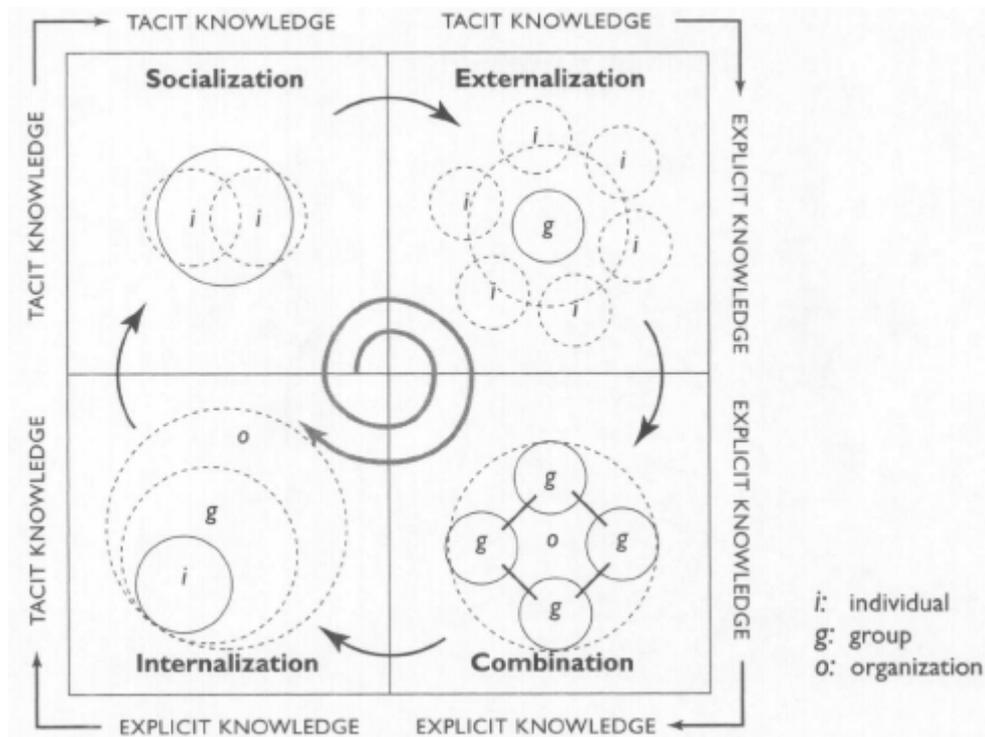


FIGURA 1 – CONCEITO DE “BA”: Building a foundation for knowledge creation.

Fonte: Nonaka e Konno (1998).

Nonaka e Takeushi (1997) relatam cinco condições organizacionais que colaboram para a criação do conhecimento organizacional e para a espiral do conhecimento:

- a. a intenção organizacional, geralmente expressa na visão da empresa, que direciona os funcionários;
- b. autonomia, que motiva os indivíduos a compartilhar informações, criar conhecimentos; flutuação e caos criativo, que estimulam a reflexão, os questionamentos;
- c. redundância, pois informações redundantes proporcionam a transferência do conhecimento tácito e aumentam o número de informações;
- d. variedade de requisitos, conseguida a partir do acesso rápido e uniforme das informações por todos os membros da organização.

Os autores concluem que o sucesso de uma empresa é consequência da capacidade de criação do conhecimento organizacional, entendido como a capacidade de criar e difundir novos conhecimentos dentro da empresa, incorporando a produtos, serviços e sistemas.

2.6 APRENDIZAGEM

A aprendizagem é o processo de aquisição de novos conhecimentos, desenvolvimento de competências, habilidades e modificação de comportamento. Relaciona-se com a inteligência de cada um, com o nível de motivação para o armazenamento de informações, em que ritmo e estilo também revelam-se individuais. O estilo pode ser visual, auditivo, ativo, expresso através do fazer, pela escrita ou leitura de textos.

Klein (1998) relata que a aprendizagem abrange dois significados: a aquisição de habilidades ou *know-how* (Aprendizagem Operacional), relacionados à capacidade física de produzir alguma ação, o que as pessoas aprendem e a aquisição de *know-why* (Aprendizagem Conceitual), relacionado ao modo como as pessoas compreendem e aplicam o conhecimento, ou seja, à capacidade de articular uma compreensão conceitual de uma experiência. Assim, a aprendizagem pode ser conceituada como o aumento da capacidade para realizar ações eficazes.

O *know-how* é capturado sob a forma de rotinas, como preenchimento de formulários ou operação de máquinas; o *know-why*, todavia, pode gerar aprendizagem contínua ao fazer pensar sobre o por quê de algumas tarefas serem feitas primeiro, desafiando concepções ou procedimentos predominantes.

Muitas teorias tentam elucidar o processo de aprendizagem como, por exemplo, o Behaviorismo, a Gestalt, a Epistemologia Genética e a Psicanálise.

O Behaviorismo acredita que o processo de aprendizagem envolve mudança de comportamento mediante estímulos adequados. Segundo esta teoria, a fonte de estímulos é externa, vinculada ao meio. Quanto aos esquemas internos individuais, possuem pouca importância, pois não são mensuráveis.

A Gestalt relaciona a aprendizagem com a percepção, acreditando que esta tenha estreita relação com a maneira pela qual cada indivíduo pode captar a realidade, estando vinculada à história pessoal, à aprendizagem, aos interesses e pensamentos. Nesta teoria, a aprendizagem e o pensamento estão relacionados, pois o pensamento irá causar alguma mudança de *insight*.

Epistemologia Genética é a teoria desenvolvida por Piaget (1973), para quem o conhecimento é adquirido através de estruturas cognitivas do indivíduo e de sua relação com o meio. A aprendizagem irá ocorrer a partir da consolidação das estruturas de pensamento, obedecendo a estágios hierárquicos, desde o nascimento até os 16 anos, quando o indivíduo é capaz de pensar cientificamente.

A Psicanálise, método elaborado por Freud (s/d), acredita que a aprendizagem decorre de um processo psíquico inconsciente, dependente da razão, que motiva o sujeito à procura por conhecimento.

Finalizando o processo de aprendizagem, o conhecimento é armazenado, transformando-se em competência pela repetição, que significa atividades de execução não automatizadas, pois, com a prática, são adquiridas habilidades relacionadas à técnica, destreza e automatização do conhecimento, tornando-o inconsciente.

Fialho *et al* (2006, p. 134) elaboram que:

[...] o conhecimento, quando “apreendido”, se torna, primeiro, em competência, mas que, dependendo da “atitude” que tomamos em relação a ele, nossos “valores”, e as “estratégias” que empregamos, pode se tornar em “conhecimento útil” para nós e para as organizações em que trabalhamos.

A aprendizagem ocorre inicialmente em nível individual; em decorrência do trabalho, converte-se em aprendizado em equipe e, após, em aprendizado organizacional. O aprendizado em equipe ocorre a partir do diálogo entre seus membros, com intuito de alcançar objetivos comuns e resolver problemas, eliminando conflitos interpessoais.

Klein (1998, p. 186) define aprendizado organizacional como

[...] um modelo de três estágios:

- a. Aquisição de conhecimento: desenvolvimento ou criação de habilidades, *insights* e relacionamentos.
- b. Compartilhamento do conhecimento: disseminação do que foi aprendido.
- c. Utilização do conhecimento: a integração da aprendizagem de tal modo que se torne amplamente disponível e possa ser generalizada para novas situações.

2.7 GESTÃO DE CONHECIMENTO

A Gestão do Conhecimento é a área responsável pelo estudo da elaboração, transmissão e utilização do conhecimento. Segundo Terra (2001, p. 245),

[...] gestão do conhecimento é, em seu significado atual, um esforço para fazer com que o conhecimento de uma organização esteja disponível para aqueles que dele necessitem dentro dela, quando isso se faça necessário, onde isso se faça necessário e na forma como se faça necessário, com o objetivo de aumentar o desempenho humano e organizacional.

O conhecimento aumenta quando utilizado, assim, as empresas que o utilizam de maneira mais eficiente possuem maior número de funcionários com conhecimentos úteis para a organização, agregam valor aos seus processos, pelo que adquirem maiores chances de sucesso.

Cyrineu (2003) coloca que a Gestão do Conhecimento é influenciada por decisões empresariais, deve estar aliada à estratégia da organização, adequar-se às mudanças e trazer benefícios aos seus funcionários e à empresa.

A Gestão do Conhecimento deve estimular o uso deste ativo intangível, propor estratégias para criação, captura, organização, acesso, e utilização do conhecimento dentro da organização. A seguir, quadro explicitando as fases do processo de Gestão do Conhecimento.

ETAPAS DO PROCESSO DE GESTÃO DO CONHECIMENTO	DETALHAMENTO	AÇÕES COMPREENDIDAS
Criação	Resulta em novo conhecimento ou nova apresentação do conhecimento já existente	Descobrir Realizar Articular Discutir
Captura	Requer a articulação de conceitos e discernimento para a captura de conhecimento informal na forma explícita, conversão de informação de uma mídia para outra.	Digitalizar Documentar Extrair Representar Armazenar
Organização	Inclui as atividades que classificam e categorizam o conhecimento para navegação, armazenagem e recuperação.	Estruturar Catalogar Abstrair Analisar Categorizar
Acesso	Fornecimento ou disseminação de conhecimento, diretamente ou atendendo a um programa de perfil do usuário.	Apresentar Mostrar Notificar Achar Perfilar
Utilização	Permite que seja feito uso efetivo do conhecimento necessário para a atividade de negócio.	Fazer Servir Aprender Desenvolver Desempenhar

QUADRO 1 – FASES DO PROCESSO DE GESTÃO DO CONHECIMENTO

Fonte: Bassani, Nikitiuk e Quelhas (2000).

Chiavenato (2000, p. 523) descreve os três principais desafios da gestão do conhecimento, apresentados a seguir:

- a. Criar uma infra-estrutura administrativa do conhecimento, essa tarefa envolve a construção de redes, bancos de dados, estações de trabalho etc. Muitas organizações desenvolvem centros de aprendizagem ou universidades corporativas para esta finalidade. Outras definem um executivo de alto nível – como um gerente do conhecimento para tocar e desenvolver o assunto;
- b. Construir uma cultura do conhecimento, derrubar barreiras e criar mecanismos para o desenvolvimento e manutenção do conhecimento nos vários departamentos da organização. Isso envolve uma mudança da cultura organizacional para incrementar o valor do conhecimento. Está trazendo uma nova concepção do treinamento- e do aprendizado - como um processo de comunicação do conhecimento. Nessa perspectiva, os profissionais de RH tornam-se agentes de aprendizado e consultores em desempenho;
- c. Administrar resultados para saber qual é a melhor forma de gestão do conhecimento que ajuda a fazer ou economizar dinheiro e documentar o impacto.

A comunicação é um componente importante para a aplicação da Gestão do Conhecimento, pois quando executada corretamente facilita a transmissão de informações, sua recepção e a criação de conhecimentos.

Schraiber *et al* (1999, p.12 e 13) ressaltam a importância da comunicação colocando que:

[...] a presença de variados profissionais realizando ações isoladas e justapostas, ou seja, apenas executadas lado-a-lado, sem articulação e sem comunicação, não permite realizar a eficiência e a eficácia dos serviços na perspectiva proposta da atenção integral. Esta requer uma modalidade de trabalho em equipe que traduza outra forma de conectar as diferentes ações e os distintos profissionais, no coletivo de agentes presentes à prestação de serviços.

O hospital onde foi desenvolvida a pesquisa deste estudo deve ser visto como empresa, com problemas semelhantes às indústrias e empresas prestadoras de serviços. Portanto, assim como todas as demais organizações, deve inicialmente conhecer seus objetivos, recursos humanos, materiais e tecnológicos para a adoção de iniciativas ou políticas de Gestão do Conhecimento (COELHO, 2004).

A Gestão do Conhecimento em nível hospitalar ainda é mais importante por lidar com vidas. No caso da UTI, unidade responsável pelo cuidado de pacientes graves, com riscos de vida, utilizar os princípios desta área para otimizar a criação, transmissão e difusão do conhecimento contribui para a formação de uma equipe multidisciplinar, favorecendo o atendimento integral aos pacientes e o relacionamento interpessoal.

Pinho, Abrahão e Ferreira (2003, p. 2) afirmam que:

O contexto hospitalar apresenta certas especificidades no mundo do trabalho. Os hospitais congregam profissionais, saberes, tecnologias e infra-estrutura diversificados. Sua configuração técnica e social é peculiar, caracterizada por uma divisão de trabalho extremamente precisa, bem como por diferentes modelos de ação profissional, sustentados nas competências, saberes e múltiplas estratégias dos profissionais. O funcionamento hospitalar é rico em processos produtivos altamente integrados, que se caracterizam: (a) por processos decisórios cujos níveis de complexidade variam; (b) por certa instabilidade do sistema; e (c) pela necessidade de uma articulação eficiente e rápida de diferentes profissionais para garantir a qualidade dos serviços prestados.

O funcionamento do hospital é contínuo, dá-se durante 24 horas por dia, todos os dias da semana, inclusive feriados e finais de semana. Este fato implica em várias equipes de trabalho que se revezam na assistência ao paciente e, em cada final de turno, as informações sobre o plantão e a respeito de cada paciente são repassadas de uma para outra equipe.

As informações são transmitidas através da comunicação escrita, documentada em prontuário; e oral, entre os profissionais de um mesmo turno de trabalho e entre profissionais de turno diferentes, durante a passagem de plantão, visando garantir a continuidade do tratamento.

Na UTI, a comunicação intra-equipe faz-se no decorrer do plantão, pois informações de uma especialidade são importantes para outras especialidades, por complementar o conhecimento sobre o paciente. Assim, informações médicas são importantes para os enfermeiros, fisioterapeutas, nutricionistas, farmacêuticos, psicólogos e vice-versa; e cada profissional encaminha a gestão da informação de acordo com sua função.

Pinho, Abrahão e Ferreira (2003, p. 2) colocam que

[...] a gestão das informações no contexto hospitalar permeia a relação intra e interequipe como uma das formas de prevenir disfuncionamentos que podem trazer conseqüências irreversíveis à qualidade do atendimento. Os disfuncionamentos podem se manifestar sob diferentes formas, como, por exemplo: a troca de doentes, erros no preparo e administração de drogas e procedimentos inadequados à situação, podendo, nesses casos, repercutir no próprio estado de saúde do doente (atraso na recuperação, risco de vida) e, muitas vezes, com comprometimento do bem-estar dos profissionais envolvidos no trabalho hospitalar, assim como as implicações legais decorrentes, que podem repercutir na imagem institucional perante a sociedade. Ao gerir eventuais disfuncionamentos, o trabalhador modifica procedimentos, avalia alternativas e elabora soluções. Nessa perspectiva, a gestão da informação constitui um elemento essencial da fiabilidade do processo de trabalho hospitalar.

O trabalho em equipe deve ser estimulado pela organização e seus líderes, pois, como afirma Senge (1998, p. 44): a “[...] disciplina” ou o processo de “aprendizagem em equipe é vital, pois as equipes, e não os indivíduos, são a unidade de aprendizagem fundamental nas organizações modernas. Esse é um ponto crucial: se as equipes não tiverem capacidade de aprender, a organização não o terá.”

As organizações como um todo, incluindo as hospitalares, necessitam modificar a cultura organizacional, estimulando o estudo, a curiosidade, o pensamento, o novo, a reciprocidade, para se tornarem organizações que aprendem, com profissionais criativos e dispostos a aprender coletivamente. Coelho (2004, p.109) afirma que:

Em função de o compartilhamento do conhecimento só poder ser realizado de forma voluntária e depender intrinsecamente do grau de motivação e de confiança dos colaboradores, as organizações devem não somente disponibilizar ambientes e ferramentas tecnológicas, mas, principalmente, promover mudanças na sua cultura e nos seus valores organizacionais, com destaque para a reavaliação integrada dos seguintes aspectos:

- a) grau de transparência e *accountability* da alta administração;
- b) sistemas de punição e recompensa;
- c) participação dos colaboradores nos diferentes fóruns de formulação e de decisão;
- d) sistema de análise, padronização e melhoria de processos;
- e) atitudes gerenciais;
- f) sistemas de comunicação interna;

- g) racionalidade das estruturas, dos cargos e dos salários; e
- h) sistemáticas de avaliação de desempenho funcional e dos resultados organizacionais, entre outros.

2.8 TECNOLOGIA DE INFORMAÇÃO E COMUNICAÇÃO

Tecnologia de Informação e Comunicação (TIC) representa os sistemas de informação, telecomunicações, uso de *hardware*, *software* e recursos multimídia, todos estes componentes utilizados pelas organizações com o objetivo de fornecer dados, informações e conhecimento.

O avanço da Tecnologia de Informação e Comunicação colaborou com o aumento do número de informações disponíveis, com a elevação da concorrência e competitividade mundial e isto é devido, em grande parte, ao advento da Internet. Segundo Silveira (2000) com o desenvolvimento da *Web*, em 1990, a Internet alcançou, em um período de cinco anos, a marca de 50 milhões de usuários em nível mundial, o que a televisão por assinatura demorou 10 anos para atingir, a televisão aberta, 16 anos, e o rádio, 38 anos.

Tal avanço ocorre em todo o globo terrestre, porém de maneira desigual, com os países desenvolvidos possuindo mais acesso às TIC. Este fato é evidenciado durante análise do *ranking do Economist Intelligence Unit* (2007), que avalia o desempenho dos países em integrar tecnologia e comércio eletrônico, no qual se observa que o abismo digital entre as maiores economias do mundo está cada vez menor. Contudo, o Brasil teve reduzidas duas posições em relação ao ano passado, posicionando-se no 43º lugar, justificado pela introdução de uma nova categoria que mede o número de acesso à banda larga.

A Tecnologia de Informação e Comunicação utilizada pela empresa deve estar associada à sua estratégia e estrutura organizacional, sustentando as operações de negócio e viabilizando novas estratégias.

2.9 FERRAMENTAS DO CONHECIMENTO

As ferramentas do conhecimento são instrumentos utilizados para favorecer a geração, ampliar o alcance e a velocidade de transmissão do conhecimento. É fundamental que a

ferramenta escolhida esteja de acordo com a estratégia da empresa, que seus funcionários estejam dispostos a compartilhar o conhecimento e valorizem o trabalho em equipe. A metodologia empregada também deve estar adequada ao contexto de cada instituição.

Davenport e Prusak (1998) colocam que as tecnologias do conhecimento tendem a ser mais interativas, com textos em formas relativamente não estruturadas, ao tempo em que são influenciadas por duas dimensões principais, quais sejam: o nível de conhecimento necessário ao usuário e o tempo requerido para descobrir uma solução da gestão do conhecimento com aplicação de uma ferramenta.

Mapas do conhecimento, *workflow*, *groupware*, bases inteligentes de conhecimento, ferramentas de apoio à inovação, intranet, gerência eletrônica de documentos e *business intelligence* são ferramentas utilizadas para a aplicação da Gestão do Conhecimento.

Os mapas do Conhecimento facilitam o acesso a determinado conhecimento ao mapear as competências individuais dos funcionários da empresa, auxiliando o processo de socialização e de troca de conhecimentos tácitos. Podem ter forma de mapa, quadros, listas e dispensam serem representados exclusivamente como mapas.

Workflow corresponde a uma seqüência de tarefas padronizadas para realizar os processos de negócio, facilitando a transmissão de informações e documentos entre pessoas que trabalham no mesmo projeto com objetivos semelhantes. Assim, converte conhecimento explícito em conhecimento explícito.

Sistema de *groupware* refere-se a sistema especialista para trabalho em grupo, automatiza algumas tarefas, aumenta a eficiência de outras, proporciona contato entre as pessoas do mesmo grupo de trabalho, seja em encontros *on-line*, *e-mail* compartilhado, redação *on-line* ou calendários compartilhados, transformando conhecimento explícito em novos conhecimentos explícitos.

As bases inteligentes de conhecimentos representam conhecimentos de especialistas, capturados e disponibilizados nestas bases para ajudar na resolução de problemas, construindo assim um sistema baseado em conhecimento.

Ferramentas de apoio à inovação são encontradas principalmente em indústrias que fabricam produtos e possuem setores de P&D (pesquisa e desenvolvimento). Esta ferramenta — através da qual são feitas simulações, por meio de tentativa e erro, debates gerando novos produtos patentes — estimula a criatividade do grupo, das comunidades de prática, formando uma rede informal de pessoas com objetivos e interesses idênticos.

A Intranet é uma rede privada de computadores existente dentro de uma organização, da qual participam seus funcionários com o intuito de agilizar a comunicação, divulgação de informações e aprimoramento do conteúdo das informações.

Sistemas de gerência eletrônica de documentos são repositórios de documentos importantes para a empresa, os quais podem ser disponibilizados a qualquer momento, inclusive com capacidade para acompanhar as alterações nestes documentos.

Business intelligence corresponde à utilização de dados e informações para identificar tendências, respaldar decisões importantes e se destacar em relação à concorrência.

A seguir, quadro com resumo da tipologia das ferramentas:

CATEGORIAS	PROCESSO(S) DE GESTÃO DO CONHECIMENTO	TIPO(S) DE CONHECIMENTO	ÁREA(S) DE ORIGEM DOS CONCEITOS	EXEMPLOS
Ferramentas voltadas para a Intranet	Codificação e Transferência	Explícito e Tácito	Redes de Computadores	Digital <i>Dashboard</i> (Microsoft)
Sistemas de Gerenciamento Eletrônico de Documentos	Codificação e Transferência	Explícito	Ciência da Informação	Excalibur <i>RetrievalWare</i>
Sistemas de Groupware	Geração, Codificação e Transferência	Explícito e Tácito	CSCW (Trabalho Cooperativo Apoiado por Computador)	<i>Notes (Lotus) e Exchange (Microsoft)</i>
Sistemas de Workflow	Codificação e Transferência	Explícito e Tácito	Organização e Métodos	ARIS <i>Toolset (IDS Scheer)</i>
Sistemas para Construção de Bases Inteligentes de Conhecimento	Geração, Codificação e Transferência	Explícito e Tácito	Inteligência Artificial	<i>Neugents (Computer Associates)</i>
Business Intelligence	Codificação e Transferência	Explícito	Banco de Dados	<i>Business Objects</i>
Sistemas de Mapas do Conhecimento	Geração, Codificação e Transferência	Explícito e Tácito	Ciência da Informação e Gestão do Conhecimento	IBM <i>KnowledgeX e Dataware</i>
Ferramentas de Apoio à Inovação	Geração, Codificação e Transferência	Explícito e Tácito	Engenharia de Produtos	<i>Invention Machine</i>

QUADRO 2 – APLICAÇÃO DE SOFTWARES DE GESTÃO DO CONHECIMENTO: Tipologia e Usos. Fonte: Carvalho (2000, p. 117).

Existem muitas ferramentas que podem ser utilizadas para auxiliar a aplicação dos princípios e práticas da Gestão do Conhecimento nas organizações, contudo, a existência de uma ou mais ferramentas não significa que a empresa finalizou o processo de implementação da Gestão do Conhecimento. Além da introdução de ferramentas, é necessário que a equipe esteja treinada, disposta a utilizá-las e que a cultura organizacional favoreça o uso das mesmas.

2.10 PROFISSIONAL DO CONHECIMENTO

O profissional do Conhecimento é o novo modelo de trabalhador que possui como principal ferramenta de trabalho o conhecimento e, a partir do seu uso, agrega novas informações e conhecimentos, inova, reformula suas idéias e convicções e amplia a própria rede de relacionamentos. Assim, colabora para elevar o capital intelectual da organização, pois o conhecimento, quando bem utilizado, tende a crescer e se consolidar.

José Cadais (*apud* BALERINI, p. 4, 2003), superintendente corporativo de gestão do conhecimento e aprendizagem organizacional do SERPRO, define sua visão sobre o trabalhador do conhecimento:

Temos uma visão do que chamamos 'trabalhador do conhecimento', que é o profissional que sabe administrar seu tempo, usa as informações de maneira seletiva, pertence às comunidades de interesse (relacionamento), busca o aperfeiçoamento contínuo, trabalha virtualmente, autogerencia sua carreira, busca o equilíbrio e a autorealização.

O advento da Internet propiciou facilidade de acesso às informações, disponibilizando quantidade de dados e informações sobre assuntos pertinentes a todas as áreas do conhecimento e, assim, surgiram os profissionais voltados para o conhecimento. Stewart (p. 39, 1995) afirma:

Não é apenas o fato de que um número maior de pessoas está executando trabalho do conhecimento; o que está aumentando também é o *conteúdo* de conhecimento de todo trabalho, seja ele agrícola, operário, burocrático ou profissional. Hoje, um médico de posse de antibióticos, equipamentos de geração de imagens por ressonância magnética e técnicas de microcirurgia leva muito mais conhecimento ao seu trabalho do que seus antecessores, de antes da Segunda Guerra Mundial, cujas principais ferramentas eram água quente e gentileza no trato.

O indivíduo profissional do conhecimento representa o capital humano das empresas, as quais devem motivar seus profissionais, estimulando o aprendizado contínuo, oferecendo autonomia, treinamentos. Estes investimentos estão relacionados com aumento de produtividade, inovações, desenvolvimento de habilidades e capacidades (PRUSAK, 2001).

O trabalhador do conhecimento deve ter habilidade para comunicar-se com os demais integrantes da empresa, pois não é uma ocupação solitária, mas engloba os processos de comunicação entre redes de trabalho e comunidades de pessoas, o que implica em saber trabalhar de forma individual e coletiva.

CAPÍTULO 3

COMUNICAÇÃO ENTRE EQUIPES MULTIDISCIPLINARES

3.1 COMUNICAÇÃO

O termo *comunicar* origina-se do latim *comunicare*, que significa *pôr em comum*. Neste sentido, necessita do entendimento das partes envolvidas sobre a informação ou fato a ser transmitido e os sentimentos envolvidos. Silva (2002, p. 2) afirma que:

Comunicar com qualidade passa pela compreensão do que queremos trocar com as pessoas, o que queremos colocar em comum, qual a nossa capacidade de estar trocando com o outro, qual o nível de troca que somos capazes de fazer com alguém que está precisando de ajuda, da disponibilidade e do conhecimento de alguém que se dispõe a ser um profissional de saúde.

O profissional de saúde comunica-se com o paciente, a família deste e com a equipe de profissionais. Na UTI, o processo de comunicação ocorre simultaneamente com essas instâncias, porém, as circunstâncias são mais delicadas, pois o estado do paciente requer atenção constante devido a uma gravidade maior, o isolamento da família aumenta a ansiedade dos familiares e o elevado número de fatores estressantes encontrados no ambiente dificulta a comunicação junto à equipe. Diante deste quadro, percebe-se a necessidade de criação e implementação de estratégias voltadas a aprimorar a comunicação nesta área de trabalho.

A AMIB (2004, p. 65) afirma:

Constitui a comunicação um importante instrumento, muitas vezes negligenciado, para a construção de uma UCI mais humana, descontraída, harmoniosa e eficiente. Cuidando das relações a partir da equipe que assiste, estaremos cuidando de cada indivíduo envolvido, beneficiando o conjunto e, em especial, o paciente.

3.1.1 Processo de Comunicação

Este processo envolve o emissor, a mensagem e o receptor. O emissor é a pessoa que envia a mensagem, que corresponde à idéia a ser comunicada ao receptor. Quem recebe a mensagem deve compreendê-la e dar o retorno ao emissor. Para surtir eficácia, o receptor deve compreender a mensagem enviada pelo emissor. Alguns ruídos ou perturbações sonoras ou visuais podem distorcer a mensagem enviada ou mesmo fazer com que a mensagem se perca. Portanto, devem ser evitados, minimizados, principalmente no ambiente ocupacional.

3.1.2 Tipos de Comunicação

A comunicação pode ser verbal ou não verbal. A verbal pode ser oral e ocorre através de pedidos, diálogos, discussões, ordens; ou escrita, que se dá através de documentos, cartas, revistas, jornais, livros, entre outros.

A comunicação não verbal acontece através do olhar, postura, gesto ou mímica, etc, ou seja, não utiliza a palavra falada ou escrita e deve ser interpretada dentro do contexto em que ocorreu. Silva (1996, p. 2) coloca que:

A comunicação não verbal pode ser definida como a que inclui todas as formas de comunicação que não envolvam as palavras expressas. Ela envolve todos os órgãos do sentido e ocorre na interação pessoa-pessoa, mesmo que não haja verbalização de palavra alguma. Ou seja, quando é aceito e entendido que todo comportamento, numa situação interacional, tem valor de mensagem, entendemos que o indivíduo pode deixar de verbalizar algo ao outro, mas não deixa de se comunicar através da expressão facial, postura corporal, distância mantida entre outros:

A comunicação verbal pode ser utilizada para ampliar ou discordar da não verbal e vice-versa.

3.1.3 Canais de Comunicação

A comunicação dentro das organizações ocorre a partir de canais horizontais e verticais, de acordo com o organograma das mesmas. Os canais horizontais referem-se às

comunicações laterais entre departamentos ou cargos do mesmo nível hierárquico. Os canais verticais representam as comunicações entre os superiores e subordinados.

3.1.4 Obstáculos à Comunicação

Algumas situações provocam obstáculos à comunicação, tais como a sobrecarga de informações, informações contrárias aos valores dos receptores devido à dificuldade de assimilar, informações de fontes que o receptor não confia, e receptores sob pressão.

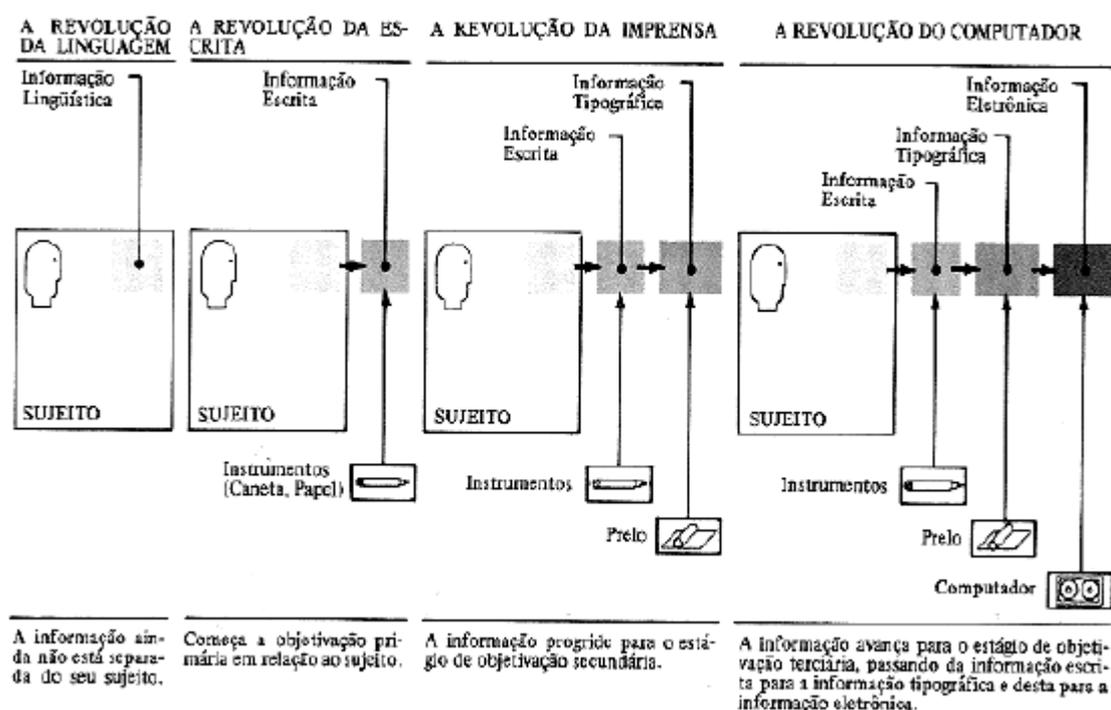
Para facilitar a comunicação, principalmente, deve-se fazer uso de linguagem apropriada, direta e clara.

Gonçalves e Peixoto (2006, p. 6-8) citam alguns obstáculos — presentes no emissor, receptor, ou nos dois — que trazem impedimentos à eficácia da comunicação: “[...] ausência de objetividade/clareza, desatenção/desinteresse/pressa, timidez, bagagem cultural diferente, bloqueio emocional/clima hostil e ausência de *feedback*/retorno.”

3.1.5 Fases de Comunicação da Informação

Na época dos antigos primatas, a comunicação era feita a partir de sons e gestos, quando a visão e a audição eram as suas bases. Com o advento da escrita, no entanto, o campo visual passou a ser o mais utilizado. Em decorrência dessa conquista, valores tais como a linearidade foram apreendidos e a comunicação amplia-se porque se torna oral e escrita. Posteriormente, o advento da tipografia proporciona aos homens o raciocínio linear, produzindo novas informações e conhecimentos, que são ampliados com a introdução da comunicação eletrônica, conectando milhares de pessoas em rede, utilizando diferentes tipos de linguagem.

As diferentes fases da comunicação da informação



QUADRO 3 — DIFERENTES FASES DA COMUNICAÇÃO DA INFORMAÇÃO

Fonte: Barreto (1998).

A seguir, quadro 4 comparando a estrutura dos tipos de comunicação:

A estrutura da comunicação do conhecimento

	Tipo de Comunicação		
	Oral	Escrita tipográfica	Eletrônica
Fundamental	Linguagem	Escrita alfabética, texto linear	Interação homem – máquina
Tempo de transferência	Imediato	Interação com o texto	Tempo real = imediato
Espaço de transferência	Convivência auditiva	Geográfico	Redes integradas
Armazenamento	Memória do emissor	Memórias físicas construídas	Memórias magnéticas
Relação de audiência	Um para vários	Um para muitos	Muitos para muitos
Estrutura da informação	Interativa com o emissor, uma linguagem	Alfabética, seqüencial, um tipo de linguagem	Hipertextual com diferentes tipos de linguagens
Interação com o receptor	Conversacional Gestual	Visual, seqüencial, linear	Interativa
Conectividade (acesso)	Unidirecionado	Unidirecionado	Multidirecionado

QUADRO 4 — ESTRUTURA DE COMUNICAÇÃO DE CONHECIMENTO

Fonte: Barreto (1998)

3.1.6 Comunicação e percepção

A comunicação depende da percepção das pessoas envolvidas, de maneira a ocorrer de forma eficaz. Gerosa, Fuks, Lucena (2007, p. 3) afirmam que:

As estruturas cognitivas criadas dentro do domínio de conversação são utilizadas para criar um canal de percepção implícito na comunicação. O comunicador e o receptor invariavelmente usam o conhecimento que vivenciam para interpretar as informações recebidas. O receptor deve estar ciente da estrutura de linguagem utilizada e atento aos elementos presentes nas informações transmitidas para que seja criado o canal de percepção e viabilize o entendimento, e conseqüentemente a cooperação.

O uso da percepção pelos indivíduos é essencial para se reconhecer as pessoas, os objetos, entender informações, interpretar símbolos relacionados a situações, experiências e conhecimentos correspondentes. Por isto, a percepção está intimamente ligada à comunicação, sendo o primeiro passo para que a comunicação aconteça.

Fialho *et al* (2006, p. 58) elaboram que: “A percepção designa o conjunto de mecanismos e de processos pelo qual o organismo toma conhecimento do mundo e do seu meio ambiente sobre a base das informações elaboradas pelos seus sentimentos.”

Os mesmos autores relatam os fatores que influenciam a percepção:

- a. contexto em que ocorre;
- b. pólos prático e estético, diferenciando a percepção de uma situação prática de uma paisagem;
- c. necessidades existenciais humanas, as quais quando não satisfeitas guiam a percepção e o processo de decisão;
- d. efeito de linearidade, em que a percepção molda-se à lógica linear do falar;
- e. supressão receptiva, quando restringe a percepção, à medida em que, diante de imagens ou situações marcantes, não percebemos outras.

A percepção atua na comunicação, no reconhecimento e na resolução de problemas, no processo decisório, itens significativos para a realização do trabalho em equipe. Além destes itens, a percepção deste estar presente durante o processo de cuidar, percebendo o outro pelos gestos, falas, conceitos e limitações (INABA, SILVA, TELLES, 2005).

3.2 EQUIPE MULTIDISCIPLINAR

As instituições não necessitam tão somente do trabalho individual dos funcionários, mas inclusive do trabalho em equipe, no qual é necessário o comprometimento e participação ativa de todos os profissionais. Preisler, Borba, Battirola (2001, p. 121) exemplificam as competências necessárias para um bom desempenho no trabalho em equipe:

- a) cooperar: participar voluntariamente, apoiar as decisões da equipe, fazer a sua parte do trabalho;
- b) compartilhar informações: manter as pessoas informadas e atualizadas sobre o processo do grupo;
- c) expressar expectativas positivas: esperar o melhor das capacidades dos outros membros do grupo, falando dos membros da equipe para os outros com aprovação. Apelar para a racionalidade em situações de conflito e não assumir posição polêmica nesses casos;
- d) estar disposto a aprender com os companheiros: valorizar a experiência dos outros, solicitar dados e interagir pedindo e valorizando idéias;
- e) encorajar os outros: dar crédito aos colegas que tiveram bom desempenho tanto dentro como fora da equipe;
- f) construir um espírito de equipe: tomar atitudes especiais para promover um clima amigável, moral alta e cooperação entre os membros da equipe;
- g) resolver conflitos: trazer à tona o conflito dentro da equipe e encorajar ou facilitar uma solução construtiva para a equipe. Não esconder ou evitar o problema, mas tentar resolvê-lo da forma mais rápida possível.

Todas estas competências pertinentes ao trabalho em equipe precisam ser estimuladas e trabalhadas, pois, apesar de estudos evidenciarem que o trabalho em equipe é determinante para a melhor qualidade do cuidado, o ensino das atividades para o trabalho em equipe não existe na Enfermagem e na Medicina, focando-se o treinamento exclusivamente nas habilidades técnicas individuais (SEXTON *et al.*, 2000).

O trabalho em equipe deve ser estimulado pela organização e seus líderes, pois, como afirma Senge (1998, p. 44): a “[...] disciplina” ou o processo de “[...] aprendizagem em equipe é vital, pois as equipes, e não os indivíduos, são a unidade de aprendizagem fundamental nas organizações modernas. Esse é um ponto crucial: se as equipes não tiverem capacidade de aprender, a organização não o terá.”

Equipes de trabalho formadas por profissionais diversos, ou seja, multifuncionais, colaboram para a disseminação e o aumento da qualidade da informação, através de discussões, troca de informações e questionamentos, a partir da utilização de competências distintas. Perin *et al* (2006, p.9) relatam que: “O valor da informação aumenta quando ela é

vista por aqueles que podem usá-la ou por ela são afetados. Esta situação promove o questionamento a respeito da informação e a conseqüente geração de novas informações.”

Os profissionais que participam da equipe devem saber trabalhar de forma interdisciplinar, e não mais multidisciplinar. Para que esta mudança ocorra, um dos pontos fundamentais é a comunicação eficiente. Vasconcelos (2002, p. 113) relata que

[...] nas práticas multidisciplinares profissionais de diferentes áreas trabalham isoladamente, geralmente sem cooperação e troca de informações entre si; nas práticas interdisciplinares há uma interação participativa, promovendo mudanças estruturais, gerando reciprocidade, enriquecimento mútuo, com uma tendência à horizontalização das relações de poder entre os campos implicados.

As equipes interdisciplinares buscam perceber e atuar profissionalmente segundo uma visão integral das informações e acontecimentos, adotando a totalidade do conhecimento, o diálogo, o intercâmbio de informações e a comunicação aberta; como forma de criar novos conhecimentos e possibilidades.

3.3 COMUNICAÇÃO ENTRE EQUIPE MULTIDISCIPLINAR EM UTI

A Unidade de Terapia Intensiva não é um ambiente propício à comunicação aberta, clara e contínua, devido à sobrecarga de funções por parte da equipe, ao barulho, alarmes, contato com pacientes graves, dor, morte, secreções, situações inesperadas, frio, dupla jornada de trabalho comum entre estes profissionais, trabalho noturno. Todos estes fatores dificultam a comunicação junto à equipe interdisciplinar, o que se constitui obstáculo à melhoria da qualidade do cuidado.

Stockwell e Slonim (2006) afirmam que as deficiências no sistema de saúde podem ser atribuídas à falta de coordenação e comunicação entre os membros da equipe de saúde, sendo primordial o sucesso na dinâmica em equipe para que sejam atingidos os objetivos da organização. Assim, é importante que o grupo de profissionais trabalhe em equipe, exercendo funções diferentes, desempenhando o trabalho de forma independente e, concomitante, juntos, com o objetivo de prestar a melhor assistência possível ao paciente.

A comunicação aberta entre os membros da equipe, com cada profissional emitindo opiniões sem receio de equívocos, sob o apoio da coordenação, dos líderes, proporciona maior entendimento do quadro dos pacientes e, conseqüentemente, dos objetivos diários, reduzindo

opiniões divergentes e aumentando a segurança do paciente. Reader *et al* (2007) realizaram estudos em uma UTI, tendo constatado divergentes percepções de comunicação em grupos de profissionais diferentes e maior entendimento dos objetivos de cuidado dos pacientes durante a comunicação aberta. Para se obter a comunicação aberta, estes autores sugerem a criação de um ambiente onde os membros da equipe podem falar abertamente, sem receio de represálias.

Risser *et al* (1999) sugere treinamentos específicos e práticas para a equipe de trabalho aprender e se comportar efetivamente como uma equipe de profissionais de saúde, afirmando que isto não ocorre espontaneamente. A equipe de profissionais na UTI deve buscar a interdisciplinaridade, que é definida por Boon *et al* (2004) como um modelo de prática para equipes de saúde, proveniente das práticas multidisciplinares, nas quais os membros tomam decisões em grupo, em encontros face a face, sobre os cuidados dos pacientes, geralmente baseadas em consensos.

Contudo, Victor *et al* (2003) colocam que, apesar da complexidade e abrangência da comunicação nos processos de atendimento à saúde, a interdisciplinaridade é discutida de maneira incipiente nesta área, necessitando de discussões, pois cada profissão carece de conhecimentos de outras áreas.

O tratamento do paciente é consequência do trabalho de toda a equipe de profissionais, assim, a comunicação e a troca de informações devem ocorrer continuamente para a melhor qualidade no cuidado. Quanto às formas de transferência do conhecimento Davenport e Prusak (1998, p. 115) declaram: “Defendemos fortemente a transferência do conhecimento através de reuniões face a face e de narrativas, além das formas mais estruturadas. Os sinais que convencem as pessoas de que elas efetivamente podem se comunicar são melhor transmitidos pessoalmente.”

3.3 FERRAMENTAS PARA MELHORIA DE COMUNICAÇÃO EM EQUIPE

A comunicação ineficaz e problemas entre os membros da UTI são comuns e induzem ao pouco entendimento dos objetivos, piores resultados para os pacientes e insatisfação entre os profissionais. Como resultado, advém a alta rotatividade, com necessidade de novos treinamentos, significando custos e tempo adicionais. Através de questionários e entrevistas, estudos estão sendo realizados para avaliar a comunicação e a satisfação entre a equipe,

porém, tais procedimentos demandam prazos para serem administrados e analisados, o que justifica o número limitado de estudos nesta área (GARLAN, 2005).

Uma lista feita previamente para ser conferida, mais conhecida por *checklist*, vem sendo utilizada com o intuito de tornar a comunicação eficaz em ambiente hospitalar, principalmente em UTIs e centros cirúrgicos. Lingard (2005) relata que o *checklist* é derivado de análise de tarefas, com amplo uso em outros domínios, a exemplo da aviação, onde são utilizados para princípios de segurança e fatores humanos, incluindo redução de confiança na memória, modelo de processos, melhorias do acesso à informação e medida de *feedback*, ou seja, o retorno.

Um estudo realizado por Pronovost *et al* (2003) indica a elaboração de um *checklist* denominado formulário de objetivos diários, a ser preenchido por todos os integrantes da equipe multidisciplinar durante visita à beira do leito de cada paciente, realizada diariamente em uma UTI. Após um ano de aplicação, foram observados tanto redução significativa no tempo de permanência, quanto aumento da compreensão do plano de cuidados pela equipe.

Um ano depois da publicação do estudo, Pronovost, Wu e Sexton (2004) reforçaram a importância do uso de *checklist* nos resultados do cuidado, em prevenir infecções, auxiliando o treinamento em equipe nos encontros multidisciplinares, juntamente com os treinamentos formais e com o código de ética da instituição. O formulário de objetivos diários é colocado como uma ferramenta prática para o estabelecimento dos objetivos diários, identifica e elimina os riscos, cria e explicita um plano de cuidados para os pacientes e para a equipe, conduzindo a comunicação mais adequadamente.

Outra ferramenta indicada pelo *Institute for Healthcare Improvement* (2007) refere-se à *Situation-Background-Assessment-Recommendation* (SBAR), técnica estruturada para tornar a comunicação clara, transmitir informações exatas, melhorar a eficiência da equipe e elevar a segurança do paciente. Consiste a mesma de quatro questões. A primeira delas indaga o que está acontecendo no momento atual; a segunda, quais circunstâncias levaram àquele momento; a terceira refere-se à opinião do profissional sobre o problema, enquanto a quarta remete ao que poderia ser feito para corrigir o problema.

Sistemas de Informação, Tecnologia de Informação e Comunicação também são instrumentos utilizados para facilitar o trânsito de informações e a comunicação em um ambiente hospitalar, porém ainda são pouco aproveitados, como afirmar Magnus, (2007, p. 1):

Enquanto isso, a área de saúde está apenas engatinhando. No geral, são poucos os modelos de gestão eficientes; os colaboradores possuem pouca qualificação e baixo conhecimento da necessidade de integração das informações entre os diversos

setores; e os investimentos em gestão, treinamento, tecnologia da informação e automação são completamente insuficientes. O resultado disso é que as instituições menos desorganizadas ainda convivem com um alto descontrole, desperdício de insumos superior a 15%, perdas de faturamento superiores a 10%, baixa qualidade no atendimento aos clientes e absoluto desconhecimento dos seus custos.

Após a introdução dos Sistemas de Informação, tornou-se possível o prontuário eletrônico (digital). O Conselho Federal de Medicina, na Resolução nº. 1.638/2002 (p. 1), define prontuário como:

O documento único constituído de um conjunto de informações, sinais e imagens registradas, geradas a partir de fatos, acontecimentos e situações sobre a saúde do paciente e a assistência a ele prestada, de caráter legal, sigiloso e científico, que possibilita a comunicação entre membros da equipe multiprofissional e a continuidade da assistência prestada ao indivíduo.

O prontuário eletrônico viabiliza o acesso a informações recentes e anteriores por todos os integrantes da equipe multidisciplinar, converge as informações, promove a criação e transmissão do conhecimento, padroniza a representação da informação, torna os registros claros, facilita a pesquisa, a formação de banco de dados e reduz a quantidade de papéis arquivados.

A telemedicina também está contribuindo com o avanço da comunicação na Terapia Intensiva, tornando possível a comunicação entre profissionais situados em lugares distantes. Beuscart *et al* (1999) discorre sobre os benefícios proporcionados pela telemedicina, tais como viabilizar o acesso à informação, facilitar a organização dos dados e o treinamento da equipe multidisciplinar.

CAPÍTULO 4

UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA

4.1 HISTÓRICO DAS UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA

As Unidades de Terapia Intensiva (UTI) surgiram a partir da necessidade de oferecer suporte avançado de vida a pacientes graves com chances de sobreviver, quadro bastante encontrado durante os períodos de guerra. Em 1854, durante a Guerra da Criméia, a enfermeira Florence Nightingale presenciou situações críticas, o que a fez idealizar e implementar a Unidade de Monitorização de pacientes graves, com conseqüente redução do número de óbitos (LINO, SILVA, 2001).

O modelo inicial de UTI foi preconizado pelo Dr. Walter. Dandy, que estabeleceu no Hospital Jonhs Hopkins, Estados Unidos, a primeira UTI, sendo esta composta de três leitos pós-operatórios neurocirúrgicos.

O progresso dessas unidades ocorreu juntamente com a comprovação da Teoria do Pulmão de Aço, em 1926, descrita por Dr. Philip Drinker. Esta teoria afirma que a caixa torácica, ao ser submetida à pressão negativa externa, desloca-se, permitindo a ventilação pulmonar. Suas pesquisas tiveram patrocínio principalmente após a crise de Poliomielite, e contribuíram reduzindo drasticamente o número de óbitos por esta doença.



FOTO 2 – UTI COM VENTILADORES CICLADOS A VÁCUO

Fonte: Medicina Intensiva, 2007.

Outro personagem importante no avanço da Terapia Intensiva é Peter Safar, médico anestesista da década de 1950, que criou o ABC primário, o qual utiliza a técnica de ventilação artificial boca a boca e massagem cardíaca externa; estabeleceu a primeira UTI cirúrgica e criou a primeira disciplina de Medicina Intensiva nos EUA, na Universidade de Pittsburgh.

A AMIB (2004) relata que em 1980, nos Estados Unidos, a Medicina Intensiva foi reconhecida oficialmente como uma especialidade das áreas de Medicina Interna, Anestesiologia, Cirurgia e Pediatria. No Brasil, a Associação Médica Brasileira declarou, em 1992, a Medicina Intensiva como especialidade Médica.

O avanço tecnológico acompanhado da evolução das ciências da saúde, principalmente no que se refere ao tratamento de pacientes críticos, disseminou as UTIs por todo o mundo, como parte do sistema hospitalar restrito a pacientes críticos. Hamric e Blackhall (2007) ressaltam que, embora as UTIs estejam dedicadas a salvar vidas, existe também uma proporção significativa de óbitos, principalmente entre pacientes terminais que não respondem a tratamentos agressivos.

4.2 INDICAÇÕES DE UTI

Todo paciente com risco de vida deve estar internado na Unidade de Terapia Intensiva, local apropriado para prestar atendimento especializado a paciente crítico, ininterruptamente, com disponibilidade de todo o aparato tecnológico necessário, bem como de profissionais especialistas. A Sociedade de Medicina Intensiva Americana (SCCM, 2007) define os problemas e condições mais frequentes que levam o paciente à UTI, mesmo nos casos em que o paciente encontra-se internado nessa unidade, quais sejam: choque, insuficiência respiratória aguda e crônica, infecção, sepse e sepse severa, insuficiência renal, condições neurológicas, hemorragia e disfunção de múltiplos órgãos.

As patologias citadas acima colocam os pacientes em situações graves, necessitando de maior vigilância, monitorização e tratamentos invasivos, por isso o paciente, quando internado na UTI, encontra-se com fios, cateteres, tubos, situações estas que causam espanto aos familiares e ao próprio paciente quando lúcido. A seguir, figura que demonstra os tubos, cateteres e fios comumente encontrados quando o paciente permanece na UTI.

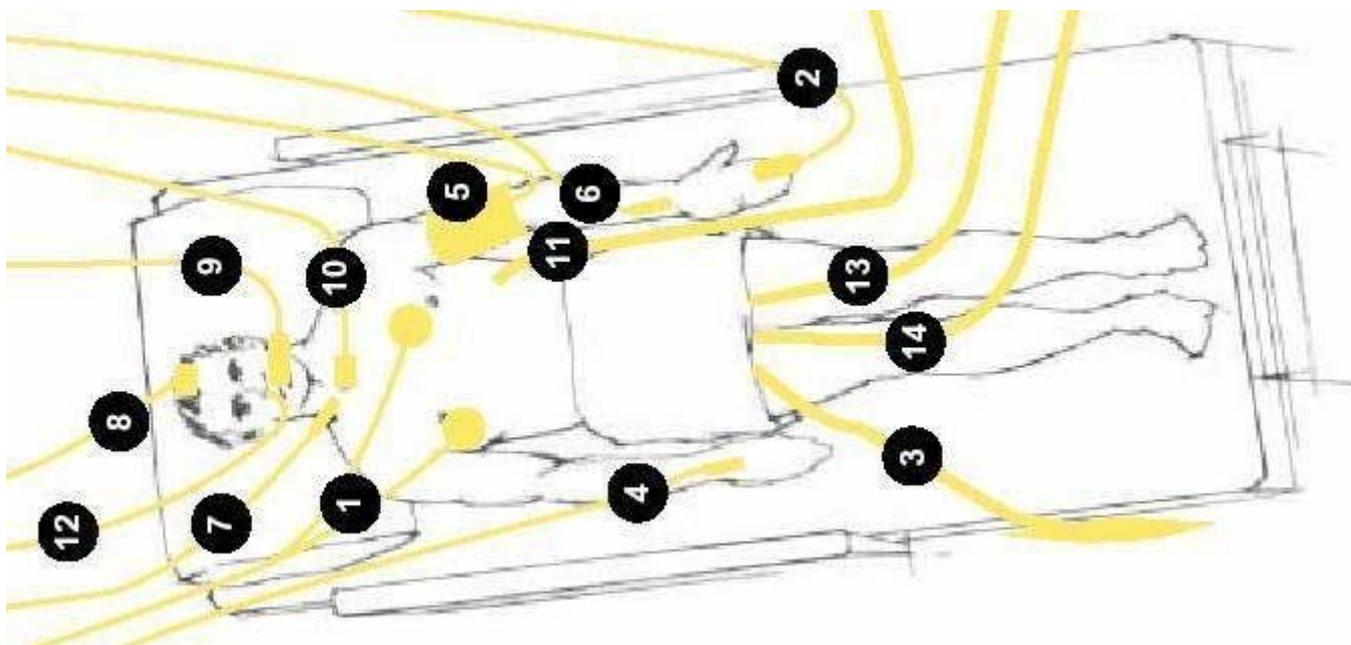


FIGURA 4 – PACIENTE EM UTI

Fonte: SCCM (2007)

1- Monitor cardíaco, 2- Oxímetro de pulso, 3- Sonda vesical, 4- Acesso periférico, 5- Tensiómetro, 6- Cateter de Pressão Arterial Média, 7- Cateter central, 8- Cateter de pressão intracraniana e/ou ventriculostomia, 9- Tubo endotraqueal, 10- Cânula de traqueotomia, 11- Dreno torácico, 12- Sonda nasogástrica, 13- Cateter de diálise, 14- Balão de pressão intra-aórtica.

Alguns fatores ocasionam o aumento do tempo de internamento na UTI. Gruenberg (2006) divide estes fatores em médicos, sociais, psicológicos e institucionais. Os fatores institucionais referem-se à localização geográfica, recursos disponíveis, organização estrutural e liderança. O tempo de permanência na UTI, quando comparado em estudos, foi maior em hospitais que possuíam mais médicos, mais recursos (FISHER *et al*, 2003) e sem área de ensino, ou seja, não eram hospitais universitários (ROSENTHAL *et al*, 1997). Encontros interdisciplinares estão relacionados à redução do tempo de permanência na unidade (HIGGINS *et al*, 2003).

Os fatores médicos como tipo e severidade da doença contribuem para o tempo de permanência dos pacientes na UTI (GRUENBERG, 2006), assim como o escore APACHE II (WONG *et al*, 1995) e idade, os quais quanto mais elevados mais se correlacionam com aumento do tempo de permanência (MONTUCLARD *et al*, 2000). Quando os médicos orientam não ressuscitar os pacientes em caso de parada cardíaco-respiratória devido à gravidade das doenças que já não respondem ao tratamento clínico, ocasiona redução do tempo de permanência e diminuição do sofrimento (GRUENBERG, 2006).

Os fatores sociais que elevam o tempo de permanência na UTI estão relacionados com a comunicação ineficaz entre os profissionais e acompanhantes dos pacientes, gerando conflitos e incompreensão, bem como fatores psicológicos, como desordens psicológicas decorrentes de estresse por parte dos familiares, os quais também colaboram com decisões inadequadas e aumento do tempo de permanência.

Readmissões de pacientes são comuns nas UTIs, o que causa aumento do tempo de permanência nas unidades. Rosenberg e Watts (2000) realizaram estudos que evidenciaram um percentual de 7% de readmissões, correspondendo à média de outros estudos feitos anteriormente. Os pacientes geralmente apresentam diagnósticos semelhantes ou idênticos aos motivos da admissão, em que os mais frequentes são: insuficiência respiratória hipoxêmica, ventilação inadequada e necessidade de toaleta brônquica, seguidos de cardiopatias, hemorragia digestiva alta e patologias neurológicas. O tempo de permanência das readmissões neste estudo equivale ao dobro do primeiro período na UTI, com média de 35 a 47 dias, contra 16 a 21, respectivamente, e a mortalidade foi significativamente maior.

4.3 ESTATÍSTICA

O número de UTIs tem crescido em todo o mundo, porém, no Brasil, ainda existe um déficit no número de leitos, inclusive com desigualdades regionais. Em 2002, a Pesquisa de

Assistência Médico-Sanitária do IBGE apontou que o número de leitos de UTI disponíveis ao SUS é mais precário no Norte (4,7 leitos por 100 mil habitantes) e no Nordeste (5,8 leitos por 100 mil habitantes), em comparação com a região Sul, que corresponde a 13 leitos por 100 mil habitantes; com o Centro-Oeste, que apresenta 10,6 por 100 mil habitantes; e Sudeste, 10,5 leitos por 100 mil habitantes. A rede hospitalar privada possui 65,7% dos estabelecimentos capazes de prestar atendimento 24 horas, sendo que o Sudeste concentra 39% dos estabelecimentos deste tipo, enquanto sua população representa 43% do país.

O Segundo Anuário Brasileiro de UTIs (2002-2003) informa a existência de 1.425 UTIs em 7.863 hospitais brasileiros e compara este quadro ao existente nos Estados Unidos, onde existem 6.250 UTIs em 10.842 hospitais. O Colégio Americano de Qualidade Médica (CLANCY, 2006) relata que cerca de 55000 pacientes são atendidos a cada dia em uma UTI, com orçamento anual estimado em 180 bilhões de dólares.

O custo das UTIs é bastante elevado em relação aos gastos hospitalares; segundo a AMIB (2002/2003), representa 5% do total dos leitos hospitalares e consome 20% do total de recursos nos hospitais brasileiros, enquanto que nos Estados Unidos o valor do custo é ainda maior, atingindo 30% do orçamento hospitalar (DORMAN; PAUDINE, 2007). Estes autores acreditam que o elevado custo destas unidades deve-se principalmente ao uso de alta tecnologia e novas terapias.

4.4 RECURSOS DISPONÍVEIS EM UTI

A Unidade de Terapia Intensiva possui a tecnologia mais sofisticada encontrada na área de Saúde, utilizada com o intuito de salvar vidas. Além da elevada concentração de recursos materiais, investidos em alta tecnologia, existem os recursos humanos imprescindíveis ao tratamento de paciente crítico, formados por uma equipe multidisciplinar especializada no atendimento a pacientes críticos.

O Ministério da Saúde (2001) define que os leitos de UTI são destinados ao tratamento de pacientes graves e de risco que exigem assistência ininterrupta, equipamentos e recursos humanos especializados, podendo prestar atendimento nas modalidades neonatal, responsável pelo atendimento de pacientes com idade de 0 a 28 dias; pediátrica, responsável pelo atendimento de pacientes de 28 dias até 14 ou 18 anos, de acordo com a rotina da instituição; e adulta, com responsabilidade pelo atendimento de pacientes maiores de 14 ou 18 anos.

Apesar do alto nível tecnológico presente na unidade, os recursos humanos devem ter atenção primordial, abrangendo treinamento e educação continuada para capacitar continuamente os profissionais. Gomes (1988) relata que o bom relacionamento interpessoal é fundamental para o funcionamento adequado na UTI, oferecendo ao paciente e sua família segurança e apoio emocional.

4.4.1 Recursos Tecnológicos

A Segunda Guerra Mundial promoveu um incremento tecnológico em diversas áreas do conhecimento, inclusive na saúde. Esta área se beneficiou do desenvolvimento das demais áreas, como física, química, biológica e informática, utilizando descobertas importantes no desenvolvimento de novas terapias que representaram um avanço na assistência ao paciente.



FOTO 3 — ATENDIMENTO MÉDICO NA II GRANDE GUERRA

Fonte: BRASIL. MS. Medicina Intensiva (2007).

O envolvimento da Terapia Intensiva com os avanços tecnológicos decorrentes da II Guerra Mundial pode ser exemplificado com a história de vida de Forrest M. Bird, que participou desta Guerra devido ao seu conhecimento sobre aviação, tornando-se piloto de jatos e helicópteros. Após a Guerra, Dr. Bird uniu o conhecimento da área médica com o conhecimento aeronáutico, desenvolveu reguladores de respiração para pilotos e construiu o primeiro respirador médico produzido em massa, conhecido como Respirador BIRD MARK 7, ainda utilizado em UTIs (MEDICINA INTENSIVA, 2007).

Ribeiro (1999) coloca que na área de saúde o avanço tecnológico está incorporado ao processo de trabalho e colabora para prolongar a vida do paciente e diminuir seu sofrimento físico. A Unidade de Terapia Intensiva moderna possui muita tecnologia, utilizando os melhores medicamentos e máquinas de última geração. Assim, a tecnologia está embutida em equipamentos de monitorização, diagnóstico e tratamento, além dos medicamentos, procedimentos e sistemas informatizados, concentrando a maior parte da tecnologia encontrada no ambiente hospitalar.

Cook e Sibbald (1999) relatam que a tecnologia é usada para monitorização dos dados vitais, como no cateter de pressão arterial; no diagnóstico de morbididades, a exemplo da Ressonância Nuclear Magnética, e no tratamento, entre os quais o uso da ventilação mecânica. Pode ainda estar presente tanto na monitorização como no diagnóstico e no tratamento, o que é evidenciado no cateter de PIC, que traduz a pressão intracraniana, permite drenar o líquido cérebro-espinhal e registra as pressões subseqüentes.



FOTO 4 – UTI

Fonte: Fotos (2007)

Um exemplo do aparato tecnológico encontrado na UTI pode ser a descrição feita por Sabbatini (1995, p. 1), professor e diretor associado do Núcleo de Informática Biomédica da Universidade Estadual de Campinas, da UTI de Neurocirurgia do Centro Médico da Universidade da Califórnia em Los Angeles, segundo o qual:

[...] ao lado de cada leito da UTI existe uma estação computadorizada de trabalho, através da qual os profissionais que prestam atendimento aos pacientes podem fornecer e utilizar informações dos mais variados tipos (imagens, sinais, prontuário médico, prescrições médicas, anotações de enfermagem, diagnósticos e condutas, etc.). O passo seguinte dessa informatização foi colocar esses dados à disposição dos médicos para acesso externo. Assim, um neurocirurgião ou neurologista clínico credenciado pelo sistema (ou seja, que tem uma senha de acesso) pode entrar, via Internet, de qualquer lugar do mundo, no computador da UCLA.

A qualidade e disponibilidade dos recursos tecnológicos devem ser avaliadas e utilizadas de forma racional e eficiente no cuidado ao paciente, sendo para isso necessário treinamento e capacitação da equipe multidisciplinar na utilização de equipamentos, procedimentos e tratamentos complexos. Callahan (2003) define que o principal problema com a tecnologia médica na UTI é o seu uso, pois, assim como pode prolongar a vida, também pode retardar a morte e manter vivo alguém que poderia estar em situação melhor se morto.

4.4.2 Recursos Humanos

A Unidade de Terapia Intensiva é composta por uma equipe de profissionais com diversas especialidades, denominada equipe multidisciplinar. A Sociedade de Medicina Intensiva Americana (BRILLI, 2001) sugere que a equipe seja composta de médicos intensivistas, enfermeiras, terapeutas respiratórios e farmacêuticos e orienta para que sejam definidas as suas atribuições, que são citadas a seguir.

O médico intensivista é especialista em Medicina Intensiva, com treinamento e habilidade para tratar pacientes com múltiplos problemas de saúde de diversas causas, fazendo o diagnóstico, monitorizando e intervindo em pacientes críticos, com alto risco de instabilidade. O referido profissional pode assumir a função de plantonista ou diarista. Plantonista refere-se ao profissional que trabalha na UTI em regime de plantão de 6 ou 12 horas. Diarista é o profissional que possui maior experiência e conhecimento, geralmente

representado pelos coordenadores da unidade, frequenta a UTI todos os dias, recebendo as informações do médico plantonista sobre os pacientes, traçando planos e fazendo modificações que julga serem necessárias; seu papel também contribui para que as informações não sejam perdidas entre os plantões.

A enfermeira da Unidade de Terapia Intensiva também é especialista no tratamento de pacientes críticos, suas funções são: coletar dados relevantes sobre a saúde dos pacientes, analisá-los, identificar os resultados do tratamento, fazer um plano de cuidado, implementá-lo individualmente e avaliar o progresso do paciente.

O farmacêutico possui treinamento e experiência prática no cuidado aos pacientes críticos, é responsável pela indicação e dosagem de todos os medicamentos, avaliando interações medicamentosas, custo-benefício, eficácia e a história medicamentosa do paciente.

O terapeuta respiratório atua na avaliação do sistema respiratório, dos gases sanguíneos e da hemodinâmica, no desenvolvimento e implementação de protocolos para monitorar as condições do sistema respiratório, como o protocolo de desmame da ventilação mecânica. No Brasil, o fisioterapeuta atua no sistema respiratório e músculo-esquelético, é responsável pelas funções acima citadas, acrescidas da avaliação motora, como força, tônus, amplitude de movimento, procurando proporcionar aos pacientes uma maior independência funcional.

O trabalho destes profissionais deve acontecer em equipe, desenvolvendo-o em parceria durante 24 horas por dia, objetivando a melhoria dos pacientes. Curtis *et al* (2006) refere que o sucesso dos programas para melhora da qualidade em UTI requer equipe trabalhando de forma interdisciplinar, continuamente.

4.5 TIPOS DE UTI

As Unidades de Terapia Intensiva são classificadas de acordo com a idade dos pacientes: (a) neonatal, pediátrica e adulto; (b) ou de acordo com a especialidade médica, como cardíaca ou neurológica, o que geralmente ocorre em hospitais de grande porte, que optam por dividir as UTIs, de acordo com a especialidade. Huang *et al* (2007) relata que UTIs com diferentes especializações, mesmo estando em um mesmo hospital, podem ter variações culturais significantes, com cada UTI estruturada segundo a composição de equipe, tipos de pacientes, diferentes relações, padrões de prática e políticas internas.

A Sociedade de Medicina Intensiva Americana (HAUPT *et al*, 2003) recomenda que todos os hospitais determinem o nível dos serviços oferecidos de acordo com a missão, objetivos e necessidades do serviço. Um dos itens que diferencia o nível dos hospitais é a presença ou ausência de tratamento para pacientes com alto risco de instabilidade. Assim, três níveis de cuidado são propostos para acoplar todos os tipos de hospitais, como os grandes, pequenos ou universitários e são explicados conforme exposto a seguir:

- a. Nível I – possui tratamento específico para uma série de patologias que necessitem de UTI, tecnologia sofisticada, equipe especializada em pacientes críticos formada por médicos, enfermeiras, farmacêuticos, terapeutas respiratórios, serviço nutricional e serviço social. A maioria dos hospitais são centros de ensino.
- b. Nível II – os hospitais presentes neste nível apresentam UTI capaz de prestar cuidados críticos, porém não apresentam recursos para pacientes com patologias específicas, como neurocirurgia e trauma, e realizando transferência destes pacientes quando necessário. Estes hospitais podem ter ou não missão acadêmica.
- c. Nível III – os hospitais deste nível têm capacidade de estabilizar inicialmente os pacientes críticos para depois transferi-los para os hospitais que possuem UTIs de nível I e II.

No Brasil, o Ministério de Saúde (1998, p.2) classificou as Unidades de Tratamento Intensivo em tipo I, II e III, sendo que as Unidades já cadastradas pelo SUS são classificadas como tipo I, devendo comprovar o cumprimento das especificações para serem credenciadas nos tipos II ou III. São apresentadas, a seguir, as especificações necessárias para credenciamento como nível II ou III.

Nível II:

Deve contar com equipe básica composta por:

- um responsável técnico com título de especialista em medicina intensiva ou com habilitação em medicina intensiva pediátrica;
- um médico diarista com título de especialista em medicina intensiva ou com habilitação em medicina intensiva pediátrica para cada dez leitos ou fração, nos turnos da manhã e da tarde;
- um médico plantonista exclusivo para até dez pacientes ou fração;
- um enfermeiro coordenador, exclusivo da unidade, responsável pela área de enfermagem;
- um enfermeiro, exclusivo da unidade, para cada dez leitos ou fração, por turno de trabalho;
- um fisioterapeuta para cada dez leitos ou fração no turno da manhã e da tarde;
- um auxiliar ou técnico de enfermagem para cada dois leitos ou fração, por turno de trabalho;
- um funcionário exclusivo responsável pelo serviço de limpeza;
- acesso a cirurgião geral (ou pediátrico), torácico, cardiovascular, neurocirurgião e ortopedista.

O hospital deve contar com laboratório de análises clínicas disponível nas 24 horas do dia; agência transfusional disponível 24 horas do dia; hemogasômetro; ultra-sonógrafo; eco-doppler-cardiógrafo; laboratório de microbiologia; terapia renal substitutiva; aparelho de raios-X móvel; serviço de nutrição parenteral e enteral; serviço social; serviço de psicologia. Concomitante, deve ter acesso a estudo hemodinâmico; angiografia seletiva; endoscopia digestiva; fibrobroncoscopia; eletroencefalografia.

As unidades de Tratamento Intensivo do tipo III devem ter os requisitos exigidos para as UTI tipo II e contar com: espaço mínimo individual por leito de 9 m², sendo para UTI Neonatal o espaço deve ser 6 m² por leito; avaliação através do APACHE II, se for UTI Adulto; PRISM II, se UTI Pediátrica; e PSI modificado para UTI Neonatal.

A UTI tipo III também deve constar com a equipe básica exigida pela UTI tipo II mais um médico plantonista para cada dez pacientes, sendo que pelo menos metade da equipe deve ter título de especialista em medicina intensiva reconhecido pela Associação de Medicina Intensiva Brasileira (AMIB); enfermeiro exclusivo da unidade para cada cinco leitos por turno de trabalho; fisioterapeuta exclusivo da UTI; e acesso ao serviço de reabilitação.

O hospital com UTI do tipo III deve possuir condições de realizar os exames de tomografia axial computadorizada; anatomia patológica; estudo hemodinâmico; angiografia seletiva; fibrobroncoscopia; ultra-sonografia portátil.

4.6 ASPECTOS ERGONÔMICOS PERTINENTES À UTI

O formato da UTI é concretizado de acordo com as necessidades da equipe e o perfil de pacientes, facilitando o transporte ao centro cirúrgico e exames e o trabalho da equipe multidisciplinar. A Sociedade de Medicina Intensiva Americana realizou uma revisão, na qual define que o modelo de UTI deve ser baseado no tipo de pacientes, nos critérios de admissão e alta, na frequência de ocupação esperada e nos serviços fornecidos por outras áreas do hospital. Também deve estar de acordo com o nível de cuidado que a unidade pretende atender, analisando os recursos da equipe multidisciplinar e os serviços de suporte como laboratório, farmácia e radiologia.

A Ergonomia deve estar inserida em todas as disposições citadas, adaptando a unidade desde seu projeto inicial para facilitar a execução do trabalho exercido pela equipe multidisciplinar. A Sociedade de Ergonomia (*The Ergonomics Society*, s/d), localizada na

Inglaterra, define Ergonomia como:

[...] a aplicação da informação científica a respeito dos seres humanos para o projeto de objetos, sistemas e ambiente para uso humano. Ergonomia está presente em tudo que envolve pessoas. Sistemas de trabalho, esportes, lazer, saúde e segurança poderiam incorporar todos os princípios ergonômicos se bem projetado.

A Unidade de Terapia Intensiva apresenta um ambiente de alto risco para a equipe multidisciplinar, por apresentar fatores geradores de estresse. Diante disso, a intervenção ergonômica possui grande relevância ao diminuir riscos e proporcionar maior eficiência. Vila e Rossi (2002, p. 6) relatam que

A UTI é uma unidade geradora de estresse, sendo as principais manifestações: fadiga física e emocional, tensão e ansiedade. Dentre as fontes que produzem alto poder estressante, a equipe considera: o ambiente de crise, risco de vida, situação vida/morte, sobrecarga de trabalho, má utilização de habilidades médicas e a falta de reconhecimento pelos profissionais.

A Associação de Medicina Intensiva Brasileira (2004) sugere alguns procedimentos para reduzir os fatores estressantes e tornar o ambiente mais humanizado para a equipe, para o paciente e família. Em relação ao ambiente físico, o acesso à luz natural, iluminação individualizada e regulável, uso de tons claros nas paredes e mobiliário, presença de calendários e relógios de parede, poltronas, recursos audiovisuais, controle de ruídos e temperatura. A utilização de quartos privados é importante na manutenção da privacidade, menor risco de infecção cruzada, apesar de diminuir a monitorização. Por isso, os formatos da unidade priorizam para que todos os leitos sejam observados por um posto de enfermagem central, podendo ser circular, triangular, linear, dentre outros, a fim de aumentar o nível de vigilância prestado.

As Unidades de Terapia Intensiva devem conter três áreas referentes aos leitos dos pacientes, áreas de apoio e áreas da equipe, as quais são divididas em área de trabalho e área de conforto, esta última utilizada principalmente para o horário de descanso noturno dos profissionais. A dimensão de cada leito de UTI sugerida pela Sociedade Americana corresponde a 14 a 19 m² para unidades sem divisórias, e 21 a 23 m² para unidades com divisória.

Além do espaço físico, é importante atentar para as necessidades do paciente, o que também colabora com a harmonia da unidade. Para isto, são pontuados aspectos importantes como controlar a dor, oferecer informação e orientação aos pacientes, promover o conforto, facilitar a comunicação, manter a privacidade, estimular a autonomia e apoio emocional. Em

relação à família, é preciso dar informações, promover a segurança, apoio emocional e estabelecer horários de visita.

A equipe de saúde deve atuar de forma interdisciplinar, evitando conflitos, respeitando as opiniões dos demais profissionais, colaborando com o silêncio na unidade, atendendo o paciente de forma individual, chamando-o pelo nome, prestando atenção aos sinais e sintomas apresentados pelo mesmo. Oliveira, Collet e Vieira (2006) afirmam que os principais obstáculos para a constituição e desenvolvimento das equipes interdisciplinares são o individualismo, as hierarquias conseqüentes da divisão técnica e social do trabalho, a onipotência de cada profissão e o temor à crítica, quando expostas as limitações e erros de cada especialidade e de cada profissional.

4.7 PROCESSO DE HUMANIZAÇÃO

Humanizar a Unidade de Terapia Intensiva é um desafio, pois o estado em que o paciente se encontra com risco de instabilidade, afastado de sua residência, distante da família, monitorizado continuamente através de fios ligados a equipamentos desconhecidos, é uma situação delicada e normalmente inesperada. Por isso, as intervenções ergonômicas no ambiente têm muita importância, atuando para amenizar o isolamento da sociedade.



FOTO 5 – HUMANIZAÇÃO NA UTI.

Fonte: AMIB (2004)

Quando as intervenções ergonômicas estão associadas ao maior contato entre o paciente, a família e a equipe multidisciplinar, com comunicação clara e freqüente, a sensação

de isolamento do paciente e a opinião negativa dos familiares sobre a UTI tendem a diminuir. Lemos e Rossi (2002) afirmam que ações simples como o toque, a conversa, o fornecimento de informações referentes à unidade e ao paciente e quanto à empatia dos profissionais podem contribuir significativamente para amenizar os efeitos negativos da internação na UTI, evidenciando os aspectos positivos para os pacientes e seus familiares e facilitando o processo de internação.

As práticas empregadas no processo de Humanização afetam a equipe multidisciplinar, tornando mais digna e menos sacrificante a rotina destes profissionais e proporcionando a estes condições de prestar atendimento humanizado. Casate e Corrêa (2005, p. 108) colocam que a

Humanização implica também investir no trabalhador para que ele tenha condições de prestar atendimento humanizado. É priorizada a importância do trabalhador como elemento fundamental para a humanização do atendimento, devendo ser implementadas ações de investimento em termos de número suficiente de pessoal, salários e condições de trabalho adequadas, bem como atividades educativas que permitam o desenvolvimento de competência para o cuidar.

O Ministério da Saúde (1998) coloca alguns pontos sobre Humanização, que devem estar presentes nas UTIs de nível II e III: climatização; iluminação natural; divisórias entre os leitos; relógios visíveis para todos os leitos; garantia de visitas diárias dos familiares à beira do leito; garantia de informações da evolução diária dos pacientes aos familiares por meio de boletins. Para além desta portaria estabelecida em 1998, o Ministério da Saúde (2001) regulamentou, posteriormente, o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH), com o objetivo de melhorar a qualidade e a eficácia dos serviços prestados na rede hospitalar, enfocando outros pontos além do ambiente.

O PNHAH ressalta a insatisfação dos usuários com o atendimento e faz referência à falta de compreensão demonstrada pelos profissionais de saúde, colocando a humanização como o processo que modifica para melhor o atendimento prestado, unindo os aparatos tecnológicos atuais a um atendimento qualificado. Para a obtenção desse atendimento qualificado, é exposta a necessidade de melhores condições de trabalho, no sentido de que os profissionais possam trabalhar de forma mais efetiva e com maior comunicação, apontando a deficiência do diálogo, da troca de informações ocorridos dentro do ambiente hospitalar.

Lida (2000) aborda as fontes de insatisfação dos trabalhadores nas seguintes categorias: ambiente físico, englobando o posto de trabalho e seus elementos, temperatura, iluminação, ruído e vibrações. Estes, quando fora das faixas de tolerância humana,

constituem-se em fontes de estresse e insatisfação; ambiente psicossocial, relacionado à segurança, auto-estima, aos relacionamentos interpessoais, benefícios e aspectos intrínsecos ao trabalho; remuneração mais relacionada a injustiças salariais do que ao salário; jornadas de trabalho, as quais, se maiores do que 8 horas diárias, são improdutivas sob a visão da ergonomia e a organização, que deve ter o máximo possível de participação dos trabalhadores, evitando controles rígidos, com tarefas diversas, menos repetitivas, com novas responsabilidades, conhecimentos, habilidades, impondo novos desafios.

A comunicação é fundamental no processo de humanização; carece ser aprimorada entre os profissionais, pacientes e familiares, pois através dela são expressos sentimentos, vontades, esclarecem-se as dúvidas, informações são trocadas, o que é necessário para o bom funcionamento da organização hospitalar e da UTI. Oliveira, Collet e Vieira (2006, p. 281) afirmam que

[...] a humanização depende da capacidade de falar e de ouvir, pois as coisas do mundo só se tornam humanas quando passam pelo diálogo com os semelhantes, ou seja, viabilizar nas relações e interações humanas o diálogo, não apenas como uma técnica de comunicação verbal que possui um objetivo pré-determinado, mas sim como forma de conhecer o outro, compreendê-lo e atingir o estabelecimento de metas conjuntas que possam propiciar o bem-estar recíproco.

De modo tal, a comunicação eficaz também proporciona melhoria na qualidade de vida pessoal e profissional dos membros da equipe (AMIB, 2004).

4.8 ESTRESSE OCUPACIONAL E *BURNOUT* EM UTI

A Unidade de Terapia Intensiva é um ambiente propício a doenças ocupacionais, como estresse ocupacional e *Burnout*, devido ao elevado nível de fatores que proporcionam descontentamento com o trabalho, tal como ambiente frio, iluminação artificial, contato com a dor, com a morte, imprevisibilidade, lidar com situações em que a rapidez no atendimento significa a melhora do paciente, ruídos, rotina repetitiva, dupla jornada de trabalho, trabalho noturno, processar muitas informações de fontes diversas de modo eficiente, sobrecarga física e mental, conflito de funções, dificuldade de relacionamento entre a equipe, baixa remuneração, separação dos pacientes da família, dentre outras. A AMIB (2004, p. 38) coloca

que “[...] a UTI é considerada como sendo uma unidade estressante tanto para o paciente, quanto para sua família e para os próprios profissionais de saúde.”

O estresse ocupacional ou estresse decorrente do trabalho é a resposta que as pessoas apresentam quando a demanda de tarefas ou a pressão no local de trabalho é superior ao conhecimento e às habilidades. Geralmente ocorre em situações nas quais os trabalhadores sentem que têm pouco suporte dos supervisores e colegas, quando possuem pouco controle sobre o trabalho e quando não utilizam satisfatoriamente seus conhecimentos e habilidades (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (WHO), 2005).

A insatisfação em grau elevado está relacionada com elevado nível de estresse, o que afeta o desempenho dos profissionais, ocasionando diminuição no número de tarefas realizadas, elevação de custos, problemas de saúde, reduzindo a qualidade e a produtividade no trabalho.

Leka, Griffiths e Cox (2003) relatam que o estresse afeta muitas pessoas, de diferentes formas, podendo causar violência no trabalho ou novos comportamentos como adesão ao uso do cigarro, drogas e álcool. Pode também causar problemas psicológicos, como irritação, falta de concentração, dificuldade para tomar decisões ou alterações no sono. A longo prazo, tende a causar doenças mentais como ansiedade, depressão e problemas de saúde, como Infarto Agudo do Miocárdio, Hipertensão Arterial Sistêmica, úlceras gástricas, cefaléia, dor na coluna e baixa resistência a infecções, resultando em absenteísmo, alta rotatividade na equipe, baixa performance, tensão e conflitos entre os colegas, o que pode prejudicar a imagem da organização entre os trabalhadores e externamente.

Hans Selye (*apud* HESPANHOL, 2005), endocrinologista canadense, pesquisou o estresse em 1930, identificando-o em dois tipos: (a) eustress, que representa o nível positivo de estresse, que nos faz desafiar; (b) e o distress, a parte negativa, na qual as situações estressantes são constantes, ocasionando aflição e doenças. Ele descreveu a reação do organismo ao estresse, denominada de Síndrome Geral de Adaptação, que é dividida em três estágios. O primeiro, denominado de Reação de Alarme, representa o reconhecimento do agente estressor, com ativação do sistema neuroendócrino, elevação dos sinais vitais, preparando o organismo para ação. Sua ação é curta, com duração máxima de alguns dias.

Em caso de persistência dos agentes estressores, inicia-se a Fase de Resistência, na qual o organismo tenta se adaptar à causa do estresse, buscando o equilíbrio; no entanto, a energia utilizada a fim de manter este equilíbrio fica reduzida com o passar do tempo, até iniciar a terceira fase, denominada de Fase de Exaustão, quando ocorre o esgotamento, o colapso e a morte.

A presença e o nível de estresse dependem das características individuais, como personalidade, história de vida, necessidades e objetivos de cada pessoa, além das estratégias que cada uma utiliza para enfrentar ou amenizar os agentes estressores, como exercícios físicos e hábitos alimentares, para que o estresse não afete o trabalho, a família, a vida. Segue-se Figura 3, que representa a resposta fisiológica do corpo ao estresse:

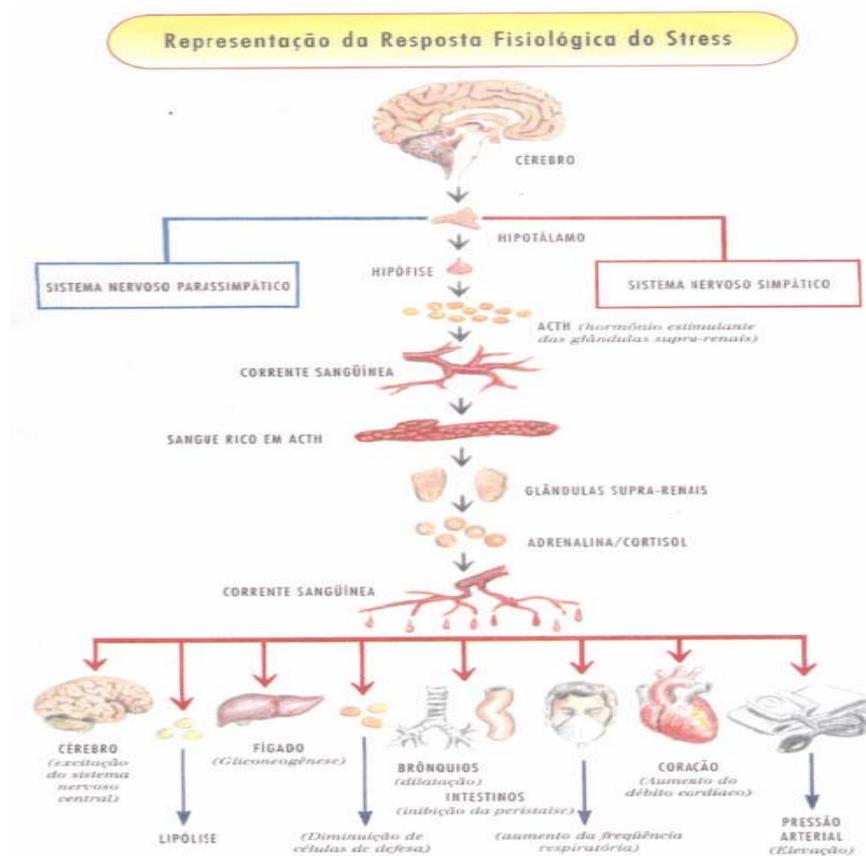


FIGURA 3 – FISILOGIA DO ESTRESSE

Fonte: Albert e Ururahy (1997).

Os pacientes internados na UTI também são acometidos pelo estresse e os fatores geradores são investigados por pesquisadores. Bitencourt *et al* (2007) realizaram um estudo voltado à análise dos agentes estressores para o paciente na UTI do Hospital Português, em Salvador-BA. Os fatores mais frequentes identificados entre os pacientes foram pouco contato com a família, presença de tubos e não ter controle do corpo. Este tipo de análise facilita o emprego de medidas voltadas a propiciar maior humanização na unidade.

O estresse, quando encontrado em nível extremo, pode desencadear o *Burnout*, síndrome descrita inicialmente por Freudenberg, em 1974 (*apud* BORGES *et al*, 2002), caracterizada por três diferentes componentes: exaustão emocional, composta por esgotamento físico e mental, quando o indivíduo não consegue despender energia para a parte profissional ou pessoal; despersonalização, pois as pessoas e fatos passam despercebidos pelos pacientes acometidos por esta síndrome, demonstrando apatia e indiferença; e, como último componente, a ausência ou baixa realização profissional e pessoal, caracterizado pela falta de motivação devido à sensação de incapacidade.

Formighieri (2003, p. 21) relata que

[...] o termo *Burnout* faz referência a um tipo de estresse laboral e institucional gerado nos profissionais que mantém uma relação constante e direta como outras pessoas, sendo mais evidente nas profissões assistenciais (médicos, professores, fisioterapeutas, psicólogos e enfermeiros), e sua origem têm como base estes profissionais que interpretam e manifestam seus sentimentos frente às situações mais difíceis que possam encontrar.

O elevado nível de estresse pode acarretar síndromes como Burnout e trazer inúmeros malefícios para a vida dos trabalhadores, principalmente aos profissionais da Unidade de Terapia Intensiva, ambiente este que possui vários fatores causadores de estresse. Assim, o processo de humanização, somado a correções ergonômicas e comunicação eficaz, irá aprimorar tanto a qualidade do trabalho prestado por estes profissionais, quanto a qualidade de vida. Haut *et al* (2006) relata que a pouca satisfação no trabalho de enfermagem está associada ao *Burnout*, que provoca a intenção das enfermeiras em deixar seus empregos atuais, levando à alta rotatividade, aumento dos custos indiretos, detrimento no cuidado aos pacientes, diminuindo a satisfação destes com o atendimento recebido e com a instituição em que se encontram.

Assim, *Burnout* compromete a vida pessoal e profissional do portador. O quadro 5 demonstra os sintomas encontrados nesta síndrome:

ASPECTOS FÍSICOS	ASPECTOS COMPORTAMENTAIS	ASPECTOS PSÍQUICOS	ASPECTOS DEFENSIVOS
Fadiga constante e progressiva	Negligência ou excesso de escrúpulos	Falta de atenção e concentração	Tendências ao isolamento
Distúrbios do sono	Irritabilidade	Alterações de memória	Sentimento de onipotência

Dores musculares ou osteomusculares	Incremento da agressividade	Lentidão do pensamento	Perda do interesse pelo trabalho ou lazer
Cefaléias, enxaquecas	Incapacidade para relaxar	Sentimento de alienação	Absenteísmo
Perturbações gastrointestinais	Dificuldade na aceitação de mudanças	Sentimento de solidão	Ironia, cinismo
Imunodeficiências	Perda de iniciativa	Impaciência	
Transtornos cardiovasculares	Aumento do consumo de substâncias	Sentimento de insuficiência	
Distúrbios respiratórios	Comportamento de alto risco	Redução da auto-estima	
Disfunções sexuais	Suicídio	Labilidade emocional	
Alterações menstruais		Dificuldade de auto-aceitação	

QUADRO 5 – ESQUEMA DA SINTOMATOLOGIA DE *BURNOUT*

Fonte: Pereira (2002).

4.9 OCORRÊNCIAS IATROGÊNICAS EM UTI

Na Unidade de Terapia Intensiva encontram-se muitos profissionais de diversas categorias, trabalhando 24 horas por dia, utilizando equipamentos com tecnologia sofisticada e cuidando de pacientes de alta complexidade. Neste ambiente, a existência de erros, denominados ocorrências iatrogênicas, ocorre com certa frequência, devendo ser analisadas as situações que as propiciam, visando à melhoria contínua do atendimento prestado.

É necessário colocar que ocorrências iatrogênicas ou eventos adversos não são similares a incidente, o qual se refere a um evento intencional ou resultado que pode causar ou reduzir a margem de segurança do paciente, pode ser ou não prevenido e envolver ou não um erro causado pela equipe de profissionais de saúde. Já o evento adverso é definido por injúria ou complicação, que prolonga o tempo de permanência no hospital, pode induzir à morte ou incapacitar o paciente e decorre principalmente de falha durante o atendimento (BECKMANN *et al.*, 2003).

Rothschild (2005) afirma que na UTI a alta complexidade dos pacientes, a necessidade de tomar decisões que implicam em riscos elevados, a existência de dados incompletos sobre os pacientes e níveis diferentes de treinamento em cuidado crítico dos médicos podem favorecer a ocorrência de erros. Segundo o mesmo autor, os pacientes críticos são mais vulneráveis a doenças iatrogênicas, por causa da severidade e instabilidade das doenças e pela necessidade de intervenções de alto risco e medicações. Assim, os riscos ou eventos adversos devem ser identificados, buscando-se a incidência e a causa, pois muitos decorrem de lapsos, podendo ser prevenidos pelo uso da tecnologia de informação e comunicação, que informa, alerta ou utiliza tarefas clínicas que ajudam a recordar as tarefas, como ordenar as medicações, o que vai aumentar a segurança dos profissionais e do paciente.

Outro fator contribuinte para a existência de ocorrências iatrogênicas é a jornada dupla muito comum nas Unidades de Terapia Intensiva. Os profissionais optam por trabalhar em duas ou mais instituições hospitalares, a fim de auferir melhor remuneração, porém esta atitude provoca número excessivo de horas de plantão, sendo freqüentes 24 horas corridas ou até mais. Landrigan (2004) afirma que a extensão de 24 horas ou mais de expediente e longa semana de trabalho podem tornar os trabalhadores mais propensos a fadigas, induzindo-os a erros, em consequência.

As habilidades dos profissionais no manejo das tarefas, no trabalho em grupo, caso de perigo e tomada de decisões devem ser avaliadas durante a pesquisa de eventos iatrogênicos, devido ao alto nível de ocorrência durante estas situações. Reader *et al.* (2006) demonstraram, na Tabela 1, a porcentagem de participação das habilidades não técnicas durante os erros encontrados nas Unidades de Terapia Intensiva, com base nos artigos publicados de 1991 até 2005 sobre este tema. Nota-se maior participação do manejo de tarefas na maioria dos eventos iatrogênicos. Relativamente a este fato, os autores atribuem maior participação ao modelo dos estudos, que analisa acentuadamente as questões técnicas em detrimento, por exemplo, da tomada de decisão nas situações.

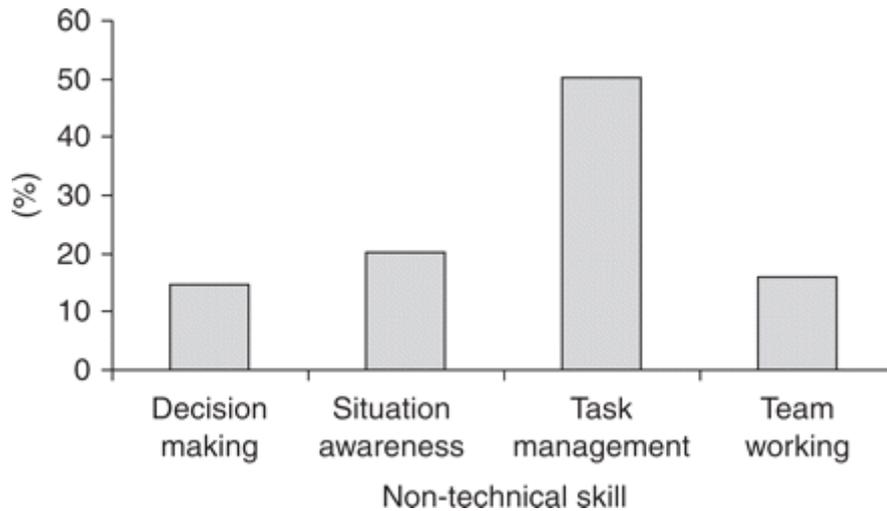
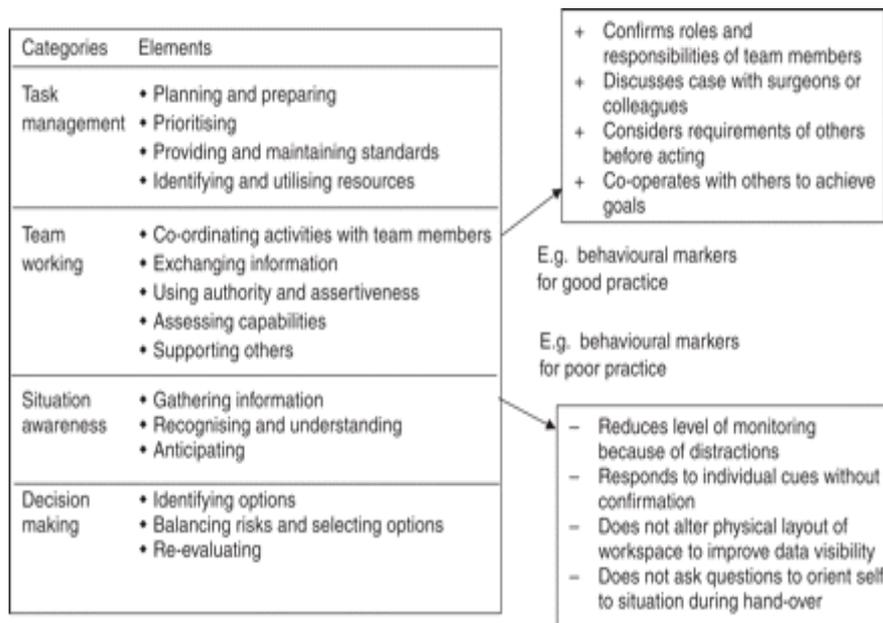


TABELA 1 – NON TECHNICAL SKILLS IN THE INTENSIVE CARE UNIT

Fonte: Reader *et al.* (2006).

Para explicitar a Tabela 1, os autores definem as categorias de habilidades não técnicas segundo a *Anaesthetists' Non-technical Skills (ANTS) taxonomy*, conforme quadro 6.



QUADRO 6 – NON TECHNICAL SKILLS IN THE INTENSIVE CARE UNIT

Fonte: Reader *et al.* (2006. p. 551-9).

O elevado nível de ocorrências iatrogênicas colabora com o aumento dos custos relacionados à saúde. Kohn, Corrigan, Donaldson (2000) referem que o custo nacional total dos EUA secundário a eventos adversos, desde perda de rendimento até custo com

atendimento à saúde, está estimado entre USD\$37.6 bilhões e USD\$50 bilhões e, destes, USD\$17 bilhões a USD\$29 bilhões poderiam ter sido prevenidos. Além de aumentar os custos, os eventos adversos também causam aumento do número de mortes, inclusive estima-se que seja a oitava principal causa de morte.

Segundo Stockwell e Slonim (2006), os eventos iatrogênicos são classificados de acordo com seu acontecimento, como erro diagnóstico, exemplificado por dificuldade para respirar, interpretada como Insuficiência Respiratória Aguda, quando na verdade era consequência de Precordialgia; erro no tratamento, como tratar hipertensão sem apropriada calibração do monitor de pressão arterial; erro preventivo, por não realizar profilaxia de Trombose Venosa Profunda; erro por procedimento, como intubação esofágica e outros erros, como infecções hospitalares. Estes autores reforçam que a UTI está mais propensa a erros por ser um sistema complexo, composto de componentes especializados e interdependentes.

As ocorrências iatrogênicas devem ser evitadas, por isso são necessários treinamentos, educação continuada, desenvolvimento de protocolos, ações padronizadas, diversas ações para melhorar a qualidade do cuidado e a qualidade de vida dos profissionais, os quais serão discutidos na subsecção a seguir.

4.10 QUALIDADE DE CUIDADO EM UTI

A busca da qualidade no atendimento tem sido cada vez mais pesquisada, reforçando a necessidade de procedimentos padrões, protocolos e políticas norteadoras para o gerenciamento da unidade. Kofke e Rie (2003) colocam que a melhoria na qualidade do atendimento prestado pode ser aplicada em todas as áreas, desde que prevaleça o desejo de melhoria nos resultados ou produtos. Existem indícios desta busca desde a Antiguidade, como em Roma, onde os médicos tinham, por exemplo, que fazer o credenciamento. Para estes autores, a qualidade no cuidado está geralmente associada a um método que produz intervenções em ciclos, em pequena escala, relacionadas à melhoria nos processos, eficiência ou resultado.

O *Institute of Medicine's* (IOM's, 2001) define seis objetivos para melhorar a qualidade: segurança, evitando dano ao paciente; eficácia, prestando serviços baseados no conhecimento científico que cause benefícios; atentar ao tempo, reduzindo esperas e perdas; equidade, atendimento igual para todos; individualizar o paciente, respeitando seus valores e

necessidades; e eficiência, evitando desperdício de equipamentos e idéias. Dessa maneira, a busca da qualidade está relacionada também com procedimentos mais seguros e eficientes, protocolos, ações padronizadas, educação continuada, treinamento, comunicação eficaz, liderança participativa, estimulando a união, a comunicação entre a equipe e a pesquisa científica, igualdade no atendimento às pessoas e valorização da opinião dos pacientes.

O atendimento prestado na UTI envolve equipe formada por diversos profissionais especializados em tratamento de pacientes críticos, a qual deve estar treinada, atualizada e integrada; pacientes com risco iminente de vida, os quais possuem cada um uma história de vida e convicções; a família dos pacientes com todo grau de ansiedade e sofrimento devido às situações; as pessoas envolvidas na unidade e todo o conflito de opiniões e idéias entre estas, o qual deve ser administrado; e o elevado custo operacional, que é o maior dentro do ambiente hospitalar.

Pronovost, Wu e Sexton (2004) relatam que, embora a competência seja uma característica individual, treinamentos com supervisão adequada, plano estruturado de melhoria e simulações são necessários. Treinamentos enfatizando a habilidade da fala, discursos claros e relacionamento interpessoal devem ser realizados para uma comunicação mais eficiente. Kaissi, Johnson e Kirschbaum (2003) reforçam a necessidade de treinamento, especificamente os voltados para a equipe multidisciplinar, suas ações, conhecimento e habilidades no trabalho em grupo e não somente as competências individuais.

Nesta unidade bastante complexa, a busca por melhoria deve ser contínua, na busca por propiciar e manter o atendimento mais qualificado, minimizando conflitos entre a equipe, as ocorrências iatrogênicas, otimizando os custos, identificando e implementando melhores práticas, que são freqüentemente associadas com melhorias no resultado dos pacientes, aumento da eficácia e efetividade dos custos. Kollef (1999) relata que estudos são feitos principalmente com base nos dados de controle antes e depois da realização do mesmo, como mortalidade, ocorrência de complicações e utilização de recursos com o intuito de elevar a qualidade do atendimento nas UTIs, identificando os benefícios e os prejuízos das práticas.

A melhoria na qualidade precisa ser avaliada e mensurada e, para isto, parâmetros precisam ser definidos. Garlan (2005) coloca alguns parâmetros para mensurar a *performance*, palavra por ele utilizada no lugar de qualidade, e agrupar os mesmos em resultados médicos, como a freqüência de eventos adversos, mortalidade; resultados econômicos, como custo e eficácia do cuidado; resultados éticos e psicossociais, como satisfação do paciente e da família, qualidade de vida dos pacientes e resultados institucionais, como satisfação da equipe e eficiência dos processos envolvendo a UTI.

Existem outras mensurações que requerem mais esforços e custo como, por exemplo, o *Therapeutic Intervention Scoring System* (TISS), que trabalha melhor com coortes e só justifica sua aplicação se os benefícios são amplos, e o APACHE, método utilizado para prever o nível de gravidade do paciente e a probabilidade de mortalidade.

O certificado do Consórcio Brasileiro Acreditação Hospitalar é um instrumento disponível para se comprovar o grau de excelência das organizações, avaliando a qualidade das atividades essenciais para o desenvolvimento da assistência e gestão operacional dos hospitais. Este consórcio é a única empresa brasileira que está associada com a *Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations*, comissão de acreditação mais importante dos Estados Unidos. Acreditação é definida pelo Consórcio (2007, p. 1) como

[...] um processo de avaliação externa, de caráter voluntário, através do qual uma organização, em geral não-governamental, avalia periodicamente as instituições de saúde para determinar se as mesmas atendem a um conjunto de padrões concebidos para melhorar a qualidade do cuidado ao paciente. Este processo envolve todos os setores da instituição, estimula o trabalho em equipe e ajuda a difundir a visão institucional.

Na intenção de reduzir o número de ocorrências iatrogênicas e assim melhorar a qualidade do atendimento, está sendo utilizado o Time de resposta Rápida, uma equipe formada por médico, enfermeira, técnico de enfermagem e fisioterapeuta, todos especialistas em Terapia Intensiva, a fim de atender pacientes em situações emergenciais, de forma rápida e eficaz, por profissionais treinados. Braithwaite (2004) descreve os benefícios do Time de Resposta Rápida, em inglês denominado *Medical Emergency Team* (MET), como um mecanismo de vigilância para detectar erros médicos, apresentando alto impacto na morbidade e mortalidade, identificando erros ainda não conhecidos e melhorando processos de cuidado que contribuem para erros médicos.

Morimoto *et al.* (2004) sugere alguns métodos para identificar eventos adversos, como revisar prescrições para identificar erros médicos, rever os exames dos pacientes para identificar erros na prescrição e administração de medicação, revisar roteiros ou tabelas para identificar erros médicos e erros medicamentosos e rever registros com relatos de incidentes.

A Tecnologia de Informação e Comunicação (TIC) é uma ferramenta utilizada na busca da melhoria da qualidade no cuidado, proporcionando comunicação eficaz entre a equipe multidisciplinar, através de intranet, *e-mail*, prontuário eletrônico, facilitando a troca, o registro de informações e o trabalho dos profissionais, por meio de programas específicos para prescrição, checagem e distribuição de medicações, além de *softwares* avançados nos

aparelhos de ventilação e monitorização, o que permite aos profissionais verificar tendências nos parâmetros monitorizados e últimas modificações, dentre outros.

Segundo Karsh (2004) a TIC, para ser utilizada amplamente na unidade de trabalho, deve ter linguagem clara; ser fácil de usar, a equipe deve estar bem treinada; o programa bem estruturado para ser explicado aos usuários, ter um suporte em caso de dúvidas; realizar simulações antes e durante a implementação; o usuário final deve participar, enviando opiniões e sugestões sobre o programa e a equipe deve ser motivada, demonstrando a importância da mudança.

CAPÍTULO 5

INSTRUMENTOS E MÉTODOS

5.1 CARACTERIZAÇÃO DA PESQUISA

O plano de análise da pesquisa é de natureza predominantemente qualitativa. Silva e Menezes (2005, p. 20) colocam que a pesquisa qualitativa

[...] considera que há uma relação dinâmica entre o mundo real e o sujeito, isto é, um vínculo indissociável entre o mundo objetivo e a subjetividade do sujeito que não pode ser traduzido em números. A interpretação dos fenômenos e a atribuição de significados são básicas no processo de pesquisa qualitativa. Não requer o uso de métodos e técnicas estatísticas. O ambiente natural é a fonte direta para coleta de dados e o pesquisador é o instrumento-chave. É descritiva. Os pesquisadores tendem a analisar seus dados indutivamente. O processo e seu significado são os focos principais de abordagem.

Pesquisas documental, bibliográfica e direta foram realizadas para o desenvolvimento deste estudo.

As fontes primárias utilizadas para a pesquisa documental foram retiradas do prontuário do paciente, são elas: nome do paciente, idade, sexo, data de internamento e alta, APACHE II. Pellizzon, Población, Goldenberg (2003, p. 2) relatam que “[...] devem ser considerados documentos primários aqueles originados como primeiros, do ponto de vista da procedência, com informação nova ou original.”

Durante a pesquisa bibliográfica, foi realizada uma revisão em livros, artigos, revistas, dissertações, teses e *sites* sobre Sistema Hospitalar, Unidade de Terapia Intensiva, Comunicação e Gestão do Conhecimento. Segundo Azevedo (1999, p. 12) a pesquisa bibliográfica “[...] discute as contribuições de vários autores a um tema específico. Geralmente, é preparada logo após a conclusão do projeto de pesquisa e poderá figurar como um capítulo do trabalho final.”

A pesquisa direta ou de campo foi realizada na UTI-Geral do Hospital Português, localizado na cidade de Salvador-Ba, após aprovação da Comissão de Ética em Pesquisa (APÊNDICE A). Todos os profissionais participantes da pesquisa e os pacientes ou seus responsáveis assinaram o Termo de Consentimento Informado (APÊNDICE B), permitindo a

publicação dos dados colhidos em publicações científicas.

Godoy (1995 *apud* VEIGA, 2004, p. 21) relata que: “O pesquisador vai a campo buscando captar o fenômeno em estudo a partir da perspectiva das pessoas nele envolvidas, considerando todos os pontos de vista relevantes. Vários tipos de dados são coletados e analisados para que se entenda a dinâmica do fenômeno.”

5.2 DESCRIÇÃO DA METODOLOGIA UTILIZADA

O limite de ação da população em estudo é formado pelos profissionais e pacientes encontrados na UTI em estudo. Assim, a amostra será selecionada de forma não probabilística e intencional, pois na UTI são detectadas características típicas, representativas, encontradas de maneira uniforme na população.

A UTI onde foi aplicada a pesquisa possui 24 leitos; destes, os dez primeiros foram selecionados para participar do estudo, devido ao perfil dos pacientes ser semelhante (pacientes com quadro agudo). Cinco leitos foram sorteados aleatoriamente, formando o grupo em estudo, e os outros cinco formaram o grupo controle.

No grupo controle, a rotina da UTI manteve-se inalterada, os profissionais selecionados para participar da pesquisa foram os médicos plantonistas, enfermeiras e fisioterapeutas que participam da assistência diária aos pacientes internados na unidade, trabalhando 24 horas por dia. Os médicos residentes, quando acompanhavam os pacientes selecionados na pesquisa, também participavam da mesma, tanto no grupo controle quanto no grupo em estudo.

No grupo controle, a passagem de plantão ocorre no final do mesmo, por categoria profissional, ou seja, médico passa plantão para médico; enfermeira para enfermeira, fisioterapeuta para fisioterapeuta, sem comunicação entre as categorias.

No grupo em estudo, além da passagem de plantão individual entre as categorias, a equipe multidisciplinar composta pelo médico plantonista, enfermeira e fisioterapeuta e o médico residente, participava da visita multidisciplinar, realizada à beira do leito de cada paciente, uma vez ao dia, discutindo em conjunto o quadro clínico de cada paciente, as ações e tarefas necessárias para o paciente melhorar e preenchendo o Formulário de Objetivos Diários. A visita era direcionada pela pesquisadora e pelo diarista médico.

Os diaristas conduziam, junto com a pesquisadora, a discussão dos casos clínicos entre

a equipe multidisciplinar no grupo em estudo; contudo, no grupo controle eles passavam a visitar apenas junto ao médico plantonista, que relatava as informações do dia relativas a cada paciente, discutindo as ações e traçando o plano de cuidado médico para o dia, como era feito antes da pesquisa.

A pesquisa teve um fluxo diário, com realização durante três meses, em que participaram 60 profissionais, 18 médicos plantonistas, 3 médicos residentes, 14 fisioterapeutas e 25 enfermeiros, além dos três diaristas médicos. O número maior de enfermeiros condiz com a distribuição dos mesmos na unidade, pois cada enfermeiro é responsável por, no máximo, quatro pacientes, enquanto cada médico responde por, no máximo, oito pacientes e cada fisioterapeuta por, no máximo, 10 pacientes. Como na unidade só existem três residentes, este foi o número de participantes desta categoria durante a realização do estudo.

O mesmo profissional pode participar do grupo controle e do grupo em estudo, e mais de uma vez em cada grupo, pois o que foi avaliado foi o seu nível de entendimento sobre os objetivos diários e as ações necessárias para o paciente melhorar, o que pode mudar diariamente e é específico a cada paciente, o que torna as observações independentes.

A avaliação diária do nível de entendimento dos profissionais sobre os objetivos de cuidados diários que a equipe multidisciplinar deve priorizar e as ações que devem ser realizadas pela equipe para a melhoria do paciente foram feitas nos grupos controle e estudo. Foram, ademais, utilizadas como parâmetro para avaliar se o contato face a face, a comunicação da equipe em horário determinado para isto, todo dia, preenchendo o formulário de objetivos diários, alcança um melhor nível de comunicação e, assim, aumenta o entendimento dos profissionais sobre o quadro clínico do paciente.

A terceira e última pergunta realizada estava relacionada à opinião dos profissionais sobre a comunicação na UTI, se a consideravam ideal e, em caso negativo, se possuíam sugestões para aprimorá-la.

O objeto de estudo da pesquisa foi a percepção dos profissionais sobre seu entendimento quanto aos objetivos de cuidado diário, as tarefas necessárias para o paciente atingir o próximo nível de cuidado, ou seja, melhorar e a comunicação na UTI em estudo. A partir disto, será alcançado o objetivo principal deste estudo que é mensurar o impacto da introdução de um formulário de objetivos diários na comunicação entre os profissionais da equipe multidisciplinar.

Os dois grupos foram comparados através de idade, sexo, tempo de permanência, APACHE II, probabilidade de mortalidade e taxa de mortalidade. Entre os objetivos

específicos do estudo, constava avaliar se o preenchimento do formulário de objetivos diários teria impacto no tempo de permanência dos pacientes da unidade, como encontrado no estudo semelhante a este, desenvolvido por Pronovost et al (2003).

O APACHE II (*Acute Physiology and Chronic Health Evaluation II*) é um sistema de classificação muito usado na UTI para definir a severidade das doenças, seu escore depende de diversas variáveis, varia de 0 a 71 e quanto mais elevado maior o risco de morte. A avaliação deve ser realizada nas primeiras 24 horas de UTI, são avaliados os dados vitais, comorbidades, idade, sexo, motivo do internamento, exames, medicamentos, quadro clínico atual. Diante desta avaliação ele prediz a mortalidade estimada do paciente.

Carson e Bach (2001) relatam que, geralmente, somente o APACHE II, dentre os outros indexes, mensura corretamente, produzindo uma frequência de mortalidade correta.

5.3 INSTRUMENTOS DE PESQUISA

Os instrumentos de pesquisa escolhidos para fundamentar a pesquisa foram: formulário, perguntas, entrevistas e a observação participante.

O formulário utilizado foi o Formulário de Objetivos Diários (APÊNDICE C) elaborado por Pronovost *et al* (2003) e adaptado às características da unidade em estudo. Este formulário é constituído de perguntas estruturadas, abertas e fechadas, sobre o quadro clínico do paciente, devendo ser respondido em conjunto por toda a equipe multidisciplinar do grupo em estudo, com o intuito de se obterem dados e informações que colaborem para ampliar e disseminar o conhecimento entre a equipe.

Segundo Silva (2005, p. 34), formulário: “[...] é uma coleção de questões anotadas por um entrevistador numa situação face a face com a outra pessoa (o informante).”

Duas perguntas fechadas com respostas baseadas na escala de Likert e uma aberta (APÊNDICE D) foram feitas aos profissionais, após a passagem de plantão de cada categoria individual no grupo controle e após o encontro multidisciplinar para responder o Formulário de Objetivos Diários no grupo em estudo. Estas perguntas foram feitas para avaliar se os encontros multidisciplinares colaboraram para ampliar o conhecimento e a compreensão dos profissionais sobre os objetivos de cuidado diários e as tarefas que precisam ser executadas para o paciente obter uma melhora, além de conhecer a opinião dos profissionais sobre a comunicação entre a equipe, inclusive se possuíam sugestões para aprimorá-la.

Oliveira (2001) entende que a escala de *likert* ou escala somatória representa uma série de afirmações relacionadas ao objeto pesquisado, e que permite ao respondente informar o grau de concordância ou discordância.

Seguindo a metodologia de Pronovost *et al* (2003), após o período de aplicação dos formulários foram feitas entrevistas (APÊNDICE E) com quinze profissionais que participaram dos encontros multidisciplinares, para avaliar a percepção destes sobre a introdução do formulário na rotina da UTI. Teixeira e Lefèvre (2001, p. 3) elaboram que “[...] a entrevista é um método fundamental de coleta de dados em pesquisa qualitativa na área da saúde, pois ajuda a entender as respostas das pessoas doentes ou de uma situação particular.”

A pesquisadora participou do estudo através da observação ativa, organizou os encontros multidisciplinares para o preenchimento dos formulários de objetivos diários, aplicou e esclareceu as perguntas e entrevistas dirigidas aos funcionários. Michaliszyn e Tomasini (2005) definem observação ativa como uma técnica de coleta de dados em que o pesquisador usa os sentidos para obter os dados e participa da situação; na entrevista dirigida, entretanto, é definida uma técnica de coleta de dados, na qual existe um contato direto face a face entre o pesquisador e o entrevistado, utilizando um roteiro preestabelecido.

No decorrer da pesquisa de campo foram observados maior participação, envolvimento e motivação de alguns funcionários, ao contrário de outros que criavam obstáculos e demonstravam desinteresse nos encontros multidisciplinares. Contudo, alguns destes profissionais resistentes aos encontros, no decorrer dos mesmos, modificavam o comportamento, passando a acreditar e participar de forma efetiva.

Em diversos momentos dos encontros, ficaram perceptíveis visões distintas entre os profissionais, que demonstravam opiniões contrárias sobre o quadro clínico do paciente, condutas, nível de investimento, o que provocava ricas discussões, com troca de informações e conhecimento.

Também foi notado que algumas informações importantes eram conhecidas apenas por uma categoria profissional, como, por exemplo, somente pela enfermeira. Tais informações eram relatadas durante as discussões multidisciplinares, contribuindo para um conhecimento amplo entre todos os profissionais.

A abordagem da pesquisa foi qualitativa; os dados e informações obtidos foram analisados e comparados com os resultados encontrados na literatura científica sobre o assunto e são aplicados na UTI em estudo e em unidades com características semelhantes.

Os dados foram analisados pelo programa SPSS, versão 13, e os gráficos confeccionados no *Microsoft Office Excel* 2003, para facilitar a compreensão dos resultados e

análises necessárias à discussão e conclusão deste estudo. A percentagem e as medidas de tendência central, principalmente a Mediana, foram escolhidas para dimensionar as características da população em estudo. A mediana foi a medida de tendência central mais utilizada, pois a distribuição das variáveis é assimétrica.

Callegari-Jacques (2003, p. 28) define Mediana como “[...] um valor tal que tenha igual quantidade de valores menores e maiores do que ele. Uma característica importante da mediana é a de que ela não é afetada pelos extremos da série.” Complementa à frente, colocando que a mediana é uma medida de Tendência central útil quando a distribuição dos dados é assimétrica.

Os testes utilizados foram *Wilcoxon-Mann-Whitney*, o teste Exato de Fisher e o teste do Qui-Quadrado que são não-paramétricos e para amostras independentes. Callegari-Jacques (2003, p. 166, 167) afirmam que o teste *Wilcoxon-Mann-Whitney* pode ser empregado nas seguintes condições:

- (1) As duas amostras são aleatórias e as observações, independentes, tanto entre quanto dentro das amostras.
- (2) A variável de interesse tem uma distribuição subjacente contínua (isto é, a característica é contínua mesmo que os dados não o sejam, por exemplo, conceitos de A até E para mensurar grau de conhecimento em determinado assunto).

Os mesmos autores (CALLEGARI-JACQUES, 2003, p. 178) relatam que o

Teste Exato de Fisher (T.E. Fisher) é a alternativa para tabelas 2x2 quando não se pode usar o teste χ^2 (porque algum valor esperado E é menor do que 5 ou o número total de indivíduos estudados é menor do que 25). [...] É chamado de teste “exato” porque calcula a probabilidade exata de se obter, ao acaso, os resultados observados nas caselas ou resultados ainda mais extremos, para os mesmos totais das margens. Para aplicar o T.E. de Fisher, os dados devem ser obtidos em duas amostras independentes.

O Teste do Qui-Quadrado é considerado por Fialho, Braviano e Santos (2005, p. 117) como

[...] um dos testes estatísticos não-paramétricos mais poderosos, sendo empregado para diferentes finalidades, como:

- determinar se duas ou mais variáveis estão relacionadas;
- determinar se uma distribuição de frequência observada difere de alguma distribuição teórica.

No próximo capítulo, será exposta a análise dos dados, o perfil dos pacientes distribuído no grupo controle e estudo, os resultados das perguntas realizadas e das entrevistas.

CAPÍTULO 6

RESULTADOS E DISCUSSÕES

6.1 PERFIL DOS GRUPOS

Os pacientes dos grupos controle e estudo foram comparados quanto à frequência, idade, sexo, APACHE II, percentual de mortalidade, número de altas e óbitos e tempo de permanência para avaliar se o perfil dos dois grupos era semelhante e se a introdução do Formulário de Objetivos Diários respondido em encontros multidisciplinares teria impacto no tempo de permanência na UTI e na mortalidade.

6.1.1 Frequência de Pacientes

Sessenta pacientes participaram da pesquisa, 30 no grupo controle e 30 no grupo em estudo. Assim, 50%, ou seja, metade estava no grupo controle, enquanto a outra metade permaneceu no grupo em estudo.

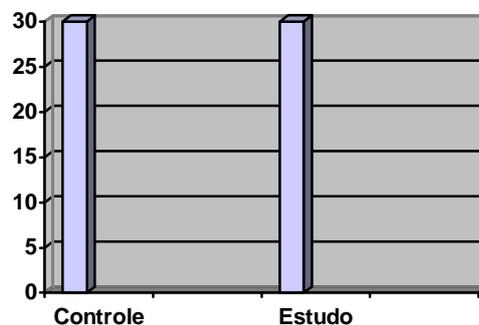


GRÁFICO 1 – FREQUÊNCIA DE PACIENTES ENCONTRADA NOS GRUPOS CONTROLE E EM ESTUDO

Fonte: Elaborado pela autora

6.1.2 Idade

A média de idade dos pacientes do grupo controle foi 17.133333 e a mediana 69.000000; no grupo em estudo a média foi 66.933333 e a mediana 68.000000. Realizado teste de *Wilcoxon*, apropriado para amostras independentes, não foi observada diferença estatisticamente significativa entre as idades dos grupos ($p = 0,8945$).

Grupo Controle	Média - 67.000000	Mediana - 69.000000
Grupo em Estudo	Média - 66.933333	Mediana - 68.000000

QUADRO 7 – INFORMAÇÃO ESTATÍSTICA DE IDADE

Fonte: Elaborado pela autora

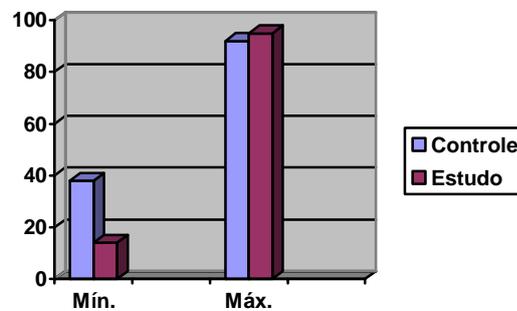


GRÁFICO 2 – FREQUÊNCIA DE IDADE ENCONTRADA NOS GRUPOS CONTROLE E EM ESTUDO

Fonte: Elaborado pela autora

6.1.3 Sexo

A disposição encontrada no grupo controle foi de 16 mulheres, referentes a 53,33% deste grupo; e 14 homens, referentes a 46,67% do grupo; já no grupo de estudo, 9 eram

mulheres, correspondendo a 30% do grupo, enquanto 21 eram homens, referentes a 70%. De acordo com o Teste Exato de Fisher, indicado para variáveis nominais como sexo, não foi encontrada diferença estatisticamente significativa ($p = 0,1154$).

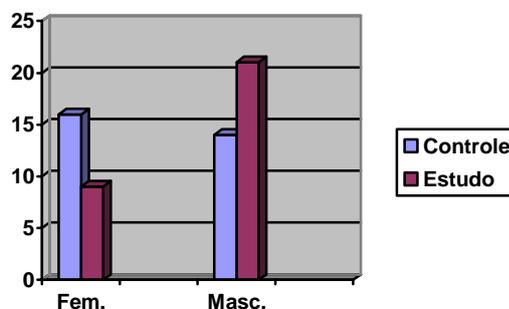


GRÁFICO 3 – DISTRIBUIÇÃO POR SEXO NOS GRUPOS CONTROLE E EM ESTUDO

Fonte: Elaborado pela autora

6.1.4 APACHE II

A média do escore do APACHE II no grupo controle foi de 16.133333 e a mediana 13.500000; no grupo em estudo a média encontrada foi 17.033333 e a mediana 14.500000. O número mínimo do APACHE II foi 2.0 nos dois grupos. O teste de *Wilcoxon* não encontrou diferença estatisticamente significativa entre APACHES encontrados no grupo controle e estudo ($p = 0,6477$).

Grupo Controle	Média- 16.133333	Mediana- 13.500000
Grupo em Estudo	Média- 17.033333	Mediana- 14.500000

QUADRO 8 – INFORMAÇÃO ESTATÍSTICA REFERENTE AO APACHE II

Fonte: Elaborado pela autora

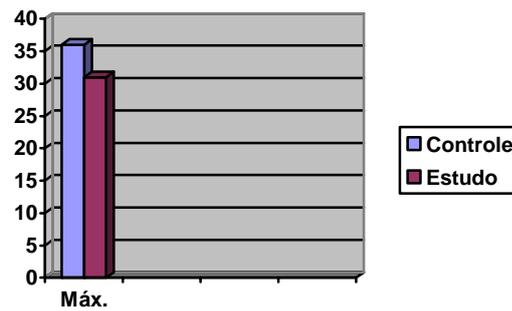


GRÁFICO 4 – NÚMERO DE APACHE II MÁXIMO DOS GRUPOS CONTROLE E EM ESTUDO

Fonte: Elaborado pela autora

6.1.5 Mortalidade

A média de mortalidade estimada pelo APACHE II no grupo controle foi 23.148000 e a mediana 20.895000; no grupo em estudo a média foi 25.072666 e a mediana 19.955000. O teste de *Wilcoxon* para amostras independentes não evidenciou diferença estatisticamente significativa ($p = 0.9648$).

O valor da mortalidade estimada variou de 3.08 a 78.85 no grupo controle; no grupo em estudo variou de 3.50 a 76.31.

Grupo Controle	Média - 23.148000	Mediana – 20.895000
Grupo em Estudo	Média - 25.072666	Mediana – 19.955000

QUADRO 9 – INFORMAÇÃO ESTATÍSTICA REFERENTE À MORTALIDADE ESTIMADA

Fonte: Elaborado pela autora

6.1.6 Número de Altas e Óbitos

No grupo controle a frequência de alta foi 25, equivalente a 83.33% e a de óbito foi 5, equivalente a 16.67%. No grupo em estudo a frequência de alta encontrada foi 26, ou seja,

86.67% e óbito 4, equivalente a 13.33%. O teste exato de Fisher não encontrou diferença estatisticamente significativa ($p = 1,0000$).

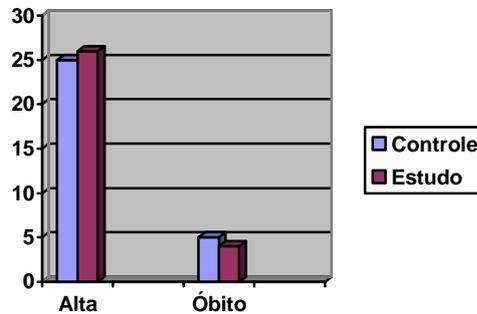


GRÁFICO 5 – NÚMERO DE ALTAS E ÓBITOS ENCONTRADOS NOS GRUPO CONTROLE E EM ESTUDO

Fonte: Elaborado pela autora

Relacionando a mortalidade estimada e número de óbitos, encontrou-se um resultado semelhante, com diferença um pouco maior no grupo em estudo, como pode ser visto no gráfico 6.

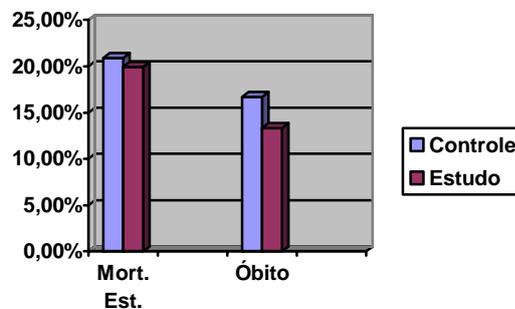


GRÁFICO 6 – COMPARAÇÃO ENTRE A MORTALIDADE ESTIMADA E O PERCENTUAL DE ÓBITOS ENCONTRADOS NOS GRUPOS CONTROLE E EM ESTUDO

Fonte: Elaborado pela autora

6.1.7 Tempo de Permanência

A média do tempo de permanência em dias encontrada no grupo controle foi 17,133333 e a mediana 10,000000; no grupo em estudo a média foi 10,866666 e a mediana

8,000000. Apesar de a média e a mediana de tempo encontradas no grupo em estudo serem menores, o teste Exato de Fisher não encontrou diferença estatisticamente significativa entre os dois grupos ($p = 1,0000$), quadro que poderia ser alterado com uma amostra maior.

Grupo Controle	Média - 17.133333	Mediana - 10.000000
Grupo em Estudo	Média - 10.866666	Mediana - 8.000000

QUADRO 10 – INFORMAÇÃO ESTATÍSTICA REFERENTE AO TEMPO DE PERMANÊNCIA DOS PACIENTES NA UTI

Fonte: Elaborado pela autora

O número mínimo de dias foi igual nos dois grupos — três dias, enquanto o número máximo de dias foi 65 no grupo controle e 31 no grupo em estudo. No estudo realizado por Pronovost (2003), a amostra de pacientes foi maior, com 112 pacientes, apesar do tempo de duração do estudo ter sido de dois meses, menor portanto do que este, realizado pelo período de três meses. A UTI em que Pronovost realizou o estudo, todavia, era cirúrgica, com tempo de permanência geralmente menor do que UTI - Geral.

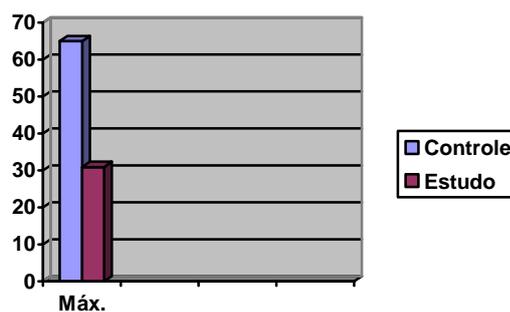


GRÁFICO 7 – NÚMERO MÁXIMO DO TEMPO DE PERMANÊNCIA EM DIAS ENCONTRADOS NOS GRUPOS CONTROLE E EM ESTUDO

Fonte: Elaborado pela autora

Diante da comparação entre as variáveis estudadas nos dois grupos, não foram encontradas diferenças estatisticamente significantes, o que implica em pouca influência destas variáveis na percepção dos profissionais abarcados no estudo desta pesquisa.

Callegari-Jacques (2003, p. 68) referem que

[...] muitos dos experimentos biológicos e da área da saúde são realizados com duas amostras independentes de indivíduos, denominadas *grupo experimental e grupo-controle*, respectivamente. Os indivíduos que constituem esses grupos devem diferir entre si apenas quanto ao fator que vai ser estudado (como é o caso da nefrite), procurando-se que sejam o mais possível semelhantes quanto a outras características (por exemplo, a idade) que possam interferir nos resultados.

6.2 ANÁLISE DAS RESPOSTAS ÀS PERGUNTAS

Duas perguntas fechadas e uma aberta foram feitas diariamente pela pesquisadora aos profissionais (médicos plantonistas, residentes, enfermeiras e fisioterapeutas) após a passagem de plantão individual entre as categorias no grupo controle e em seguida ao encontro multidisciplinar destes profissionais no grupo exposto ou em estudo.

Participaram do grupo controle 17 médicos, 23 enfermeiras, 10 fisioterapeutas e os três residentes; do grupo de estudo, participaram 16 médicos, 23 enfermeiras, 12 fisioterapeutas e três residentes. No total, participaram da pesquisa 60 profissionais, 18 médicos plantonistas, 3 médicos residentes, 14 fisioterapeutas e 25 enfermeiros, além dos três médicos diaristas que participaram da visita multidisciplinar orientando a discussão de cada caso clínico, em conjunto com a pesquisadora, que preenchia o formulário de objetivos diários.

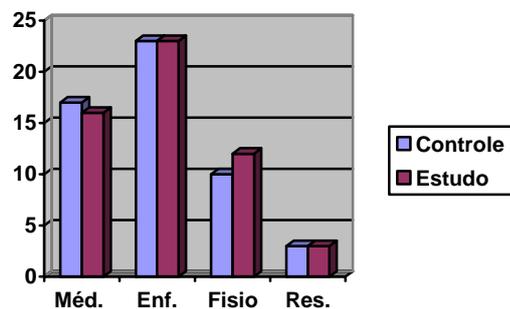


GRÁFICO 8 – NÚMERO DE PROFISSIONAIS ENCONTRADOS NOS DOIS GRUPOS

Fonte: Elaborado pela autora.

O objetivo da pesquisa não é avaliar o profissional isoladamente, mas a percepção de

cada profissional sobre seu nível de entendimento sobre os objetivos de cuidado diário e o trabalho que precisa ser executado para o paciente melhorar a cada dia, e sobre cada paciente do grupo controle ou exposto, após a passagem de plantão individual e multidisciplinar.

A finalidade do estudo é avaliar se os encontros multidisciplinares para preencher o formulário de objetivos diários aumentam a compreensão dos profissionais sobre o quadro clínico do paciente, através da melhoria da comunicação. Portanto, não importa se o mesmo profissional participa dos dois grupos, pois o paciente do grupo controle será diferente do grupo de estudo; ou se o mesmo profissional participar dos encontros de dois ou mais pacientes do grupo controle ou exposto no mesmo dia, pois serão novos quadros, com novos objetivos e ações distintas a serem realizadas.

As perguntas fechadas feitas foram:

- 1- Como você entende os objetivos de cuidado para este paciente hoje?
- 2- Como você entende que trabalho necessita ser executado para este paciente adquirir o próximo nível de cuidado?

E as respostas:

- | | |
|--------------------------|----------------------------|
| (1) Entendo nada | (4) Entendo a maior parte |
| (2) Entendo um pouco | (5) Entendo completamente. |
| (3) Entendo alguma coisa | |

Estas perguntas possuem a intenção de estimar o nível de entendimento, de acordo com a percepção de cada profissional, sobre os objetivos de cuidado diário e as tarefas que deveriam ser executadas para o paciente melhorar e verificar se a introdução do Formulário de Objetivos Diários, respondido em conjunto pela equipe multidisciplinar, uma vez por dia, melhorava a comunicação e a consequente compreensão da equipe sobre os objetivos de cuidado diário e as tarefas que deveriam ser executadas.

A terceira pergunta formulada aos profissionais foi: Você considera a comunicação entre os membros da equipe de profissionais na UTI ideal? Em caso negativo, há sugestões para aprimorá-la? Quais? Esta pergunta estima a opinião dos profissionais sobre a comunicação na UTI, permitindo que sugestões sejam feitas se houver algum descontentamento.

6.2.1 Número de Perguntas Realizadas Durante a Pesquisa

Foram feitas 1559 perguntas, 494 ou 31,70% aos médicos plantonistas, 494 ou 31,70% aos enfermeiros, 494 ou 31,70% aos fisioterapeutas e 77 ou 4,9% aos residentes. A menor participação dos médicos residentes é consequência do número reduzido destes profissionais, ou seja, três para toda unidade, sendo que em alguns meses eles são transferidos para outras unidades do hospital, permanecendo somente um na unidade em estudo.

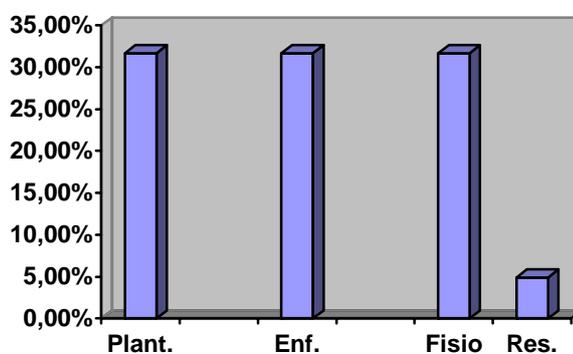


GRÁFICO 9 – NÚMERO DE PERGUNTAS FEITAS NOS DOIS GRUPOS A CADA CATEGORIA PROFISSIONAL PARTICIPANTE DO ESTUDO

Fonte: Elaborado pela autora.

6.2.2 Número de Perguntas Realizadas em cada Grupo

No grupo controle foram apresentadas 822 perguntas, equivalentes a 52.76%; enquanto no grupo em estudo 737, equivalendo a 47.24%. O grupo controle apresentou maior número de perguntas, pois, apesar de ter o mesmo número de pacientes do grupo em estudo, a média do tempo de permanência foi maior.

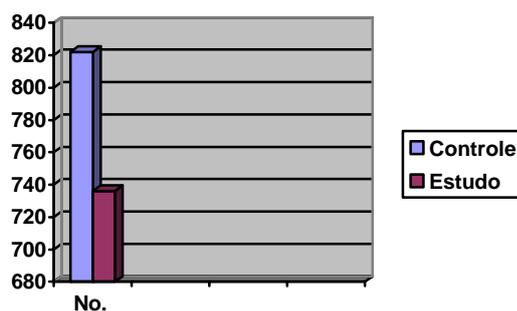


GRÁFICO 10 – NÚMERO DE PERGUNTAS REALIZADAS EM CADA GRUPO

Fonte: Elaborado pela autora.

6.2.3 Distribuição das Respostas quanto ao Entendimento dos Objetivos Diários, nos Grupos Controle e Estudo.

No grupo controle, a distribuição das respostas quanto ao entendimento dos profissionais sobre os objetivos de cuidado diários foi a seguinte:

- a. Entendo nada = 0%,
- b. Entendo um pouco = 32 respostas, 3,89%
- c. Entendo alguma coisa = 151 respostas, 18,37%
- d. Entendo a maior parte = 441 respostas, 53,65%
- e. Entendo completamente = 198 respostas, 24,09%

No grupo de estudo, a distribuição das respostas quanto ao entendimento dos profissionais sobre os objetivos de cuidado diários foi a seguinte:

1. Entendo nada = 0%,
2. Entendo um pouco = 0 respostas, 0%
3. Entendo alguma coisa = 3 respostas, 0,41%
4. Entendo a maior parte = 117 respostas, 15,88%
5. Entendo completamente = 617 respostas, 83,72%

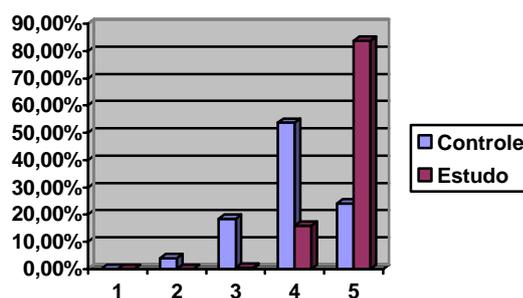


GRÁFICO 11 – DISTRIBUIÇÃO DAS RESPOSTAS QUANTO AO ENTENDIMENTO DOS OBJETIVOS DIÁRIOS, NOS GRUPOS CONTROLE E ESTUDO

Fonte: Elaborado pela autora.

Através da realização do teste Qui-Quadrado foi observada diferença estatisticamente significativa entre as respostas encontradas nos grupos controle e estudo ($p < 0,001$). Esta informação sugere que os encontros interdisciplinares para o preenchimento do formulário de objetivos diários tiveram impacto no entendimento dos profissionais, aumentando assim a compreensão dos objetivos de cuidado diário prestado aos pacientes, à medida que estimulou a comunicação, o diálogo, o contato face a face e a troca de informações e conhecimento, repercutindo no aumento do conhecimento dos profissionais sobre os objetivos de cuidado diários.

6.2.4 Distribuição das respostas quanto ao entendimento do trabalho ou das tarefas que precisam ser realizadas para o paciente melhorar, nos grupos controle e estudo.

No grupo controle, a distribuição das respostas sobre as ações necessárias para o paciente atingir o próximo nível de cuidado, ou seja, melhorar, foi a seguinte:

1. Entendo nada = 0%,
2. Entendo um pouco = 37 respostas, 4,50%
3. Entendo alguma coisa = 176 respostas, 21,41%
4. Entendo a maior parte = 451 respostas, 54,87%

5. Entendo completamente = 158 respostas, 19,22%

No grupo de estudo, a distribuição das respostas quanto ao entendimento dos profissionais sobre as ações necessárias para o paciente melhorar foi a seguinte:

- 1- Entendo nada = 0%,
- 2- Entendo um pouco = 0 respostas, 0%
- 3- Entendo alguma coisa = 2 respostas, 0,27%
- 4- Entendo a maior parte = 128 respostas, 17,37%
- 5- Entendo completamente = 607 respostas, 82,36%

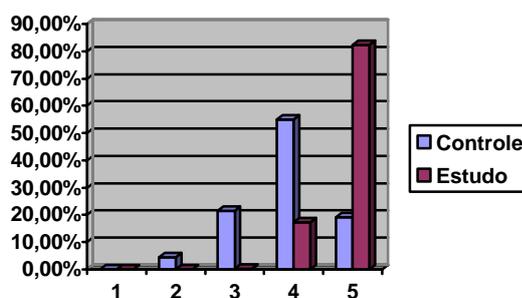


GRÁFICO 12 – DISTRIBUIÇÃO DAS RESPOSTAS QUANTO AO ENTEDIMENTO DAS AÇÕES NECESSÁRIAS PARA OS PACIENTES MELHORAREM NOS GRUPOS CONTROLE E ESTUDO

Fonte: Elaborado pela autora.

Através do teste Qui-Quadrado, observou-se diferença estatisticamente significativa entre as respostas encontradas nos grupos controle e estudo ($p < 0,001$), sugerindo que no grupo exposto, no qual a única diferença do grupo controle foi a realização dos encontros multidisciplinares, o entendimento completo dos profissionais sobre as tarefas que devem ser executadas pela equipe, para os pacientes adquirirem o próximo nível de cuidado, ou seja, melhorar, foi superior ao grupo controle, provavelmente porque os encontros multidisciplinares facilitam a comunicação, tornando-a mais efetiva, esclarecendo os objetivo de cuidado e ações necessárias para o paciente melhorar.

Pronovost *et al* (2003, p. 74) reforçam esta opinião no estudo realizado por eles, semelhante a este:

[...] nós encontramos que o uso de uma ferramenta de comunicação interdisciplinar é mais importante do que formulários específicos. Embora a estrutura do formulário varie amplamente entre os hospitais; o uso do formulário melhora a comunicação e elucida o trabalho necessário para o paciente adquirir o próximo nível de cuidado.

6.2.5 Distribuição das Respostas quanto ao Entendimento dos Objetivos de Cuidado Diário, entre cada Categoria de Profissionais.

6.2.5.1 Médicos Plantonistas.

Os médicos plantonistas responderam a 260 perguntas no grupo controle, distribuídas da seguinte forma:

- 1- Entendo nada = 0 respostas, 0%,
- 2- Entendo um pouco = 0 respostas, 0%
- 3- Entendo alguma coisa = 0 respostas, 0%
- 4- Entendo a maior parte = 138 respostas, 53,08%
- 5- Entendo completamente = 122 respostas, 46,92%

No grupo de estudo responderam a 234 perguntas, distribuídas em:

- 1- Entendo nada = 0 respostas, 0%,
- 2- Entendo um pouco = 0 respostas, 0%
- 3- Entendo alguma coisa = 0 respostas, 0%
- 4- Entendo a maior parte = 21 respostas, 8,97%
- 5- Entendo completamente = 213 respostas, 91,03%

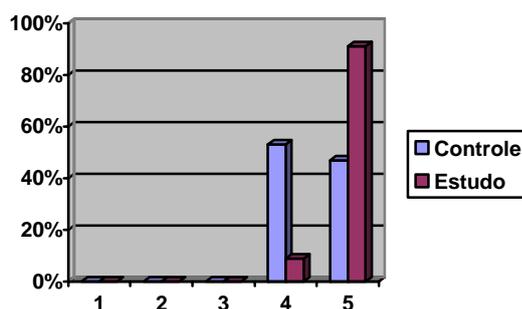


GRÁFICO 13- DISTRIBUIÇÃO DAS RESPOSTAS QUANTO AO ENTENDIMENTO DOS OBJETIVOS DIÁRIOS PELOS MÉDICOS PLANTONISTAS, NOS GRUPOS CONTROLE E ESTUDO

Fonte: Elaborado pela autora.

Sobre os objetivos de cuidado diário nos grupos controle e estudo ($p < 0,001$), o teste do Qui-Quadrado indica diferença estatisticamente significativa entre as respostas dos médicos plantonistas, demonstrando que o nível de entendimento completo sobre os objetivos de cuidado diário na percepção destes profissionais foi maior no grupo exposto.

6.2.5.2 Enfermeiros

Os enfermeiros responderam a 260 perguntas no grupo controle, distribuídas da seguinte forma:

1. Entendo nada = 0 respostas, 0%,
2. Entendo um pouco = 10 respostas, 3,85%
3. Entendo alguma coisa = 87 respostas, 33,46%
4. Entendo a maior parte = 140 respostas, 53,85%
5. Entendo completamente = 23 respostas, 8,85%

No grupo de estudo responderam a 234 perguntas, distribuídas em:

1. Entendo nada = 0 respostas, 0%,
2. Entendo um pouco = 0 respostas, 0%

3. Entendo alguma coisa = 0 respostas, 0%
4. Entendo a maior parte = 138 respostas, 53,08%
5. Entendo completamente = 122 respostas, 46,92%

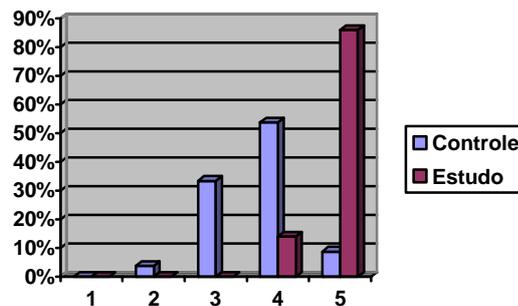


GRÁFICO 14 – DISTRIBUIÇÃO DAS RESPOSTAS QUANTO AO ENTENDIMENTO DOS OBJETIVOS DIÁRIOS PELOS ENFERMEIROS, NOS GRUPOS CONTROLE E EM ESTUDO

Fonte: Elaborado pela autora.

O teste do Qui-Quadrado indica diferença estatisticamente significativa entre as respostas dos enfermeiros sobre os objetivos de cuidado diário nos grupos controle e estudo ($p < 0,001$), evidenciando que o nível de entendimento completo sobre os objetivos de cuidado diário na percepção destes profissionais foi maior no grupo exposto.

6.2.5.3 Fisioterapeutas.

Os fisioterapeutas responderam a 260 perguntas no grupo controle, distribuídas da seguinte forma:

1. Entendo nada = 0 respostas, 0%,
2. Entendo um pouco = 21 respostas, 8,08%
3. Entendo alguma coisa = 63 respostas, 24,24%
4. Entendo a maior parte = 147 respostas, 56,53%
5. Entendo completamente = 29 respostas, 11,15%

No grupo de estudo responderam a 234 perguntas, distribuídas em:

1. Entendo nada = 0 respostas, 0%,
2. Entendo um pouco = 0 respostas, 0%
3. Entendo alguma coisa = 3 respostas, 1,28%
4. Entendo a maior parte = 59 respostas, 25,21%
5. Entendo completamente = 172 respostas, 73,50%

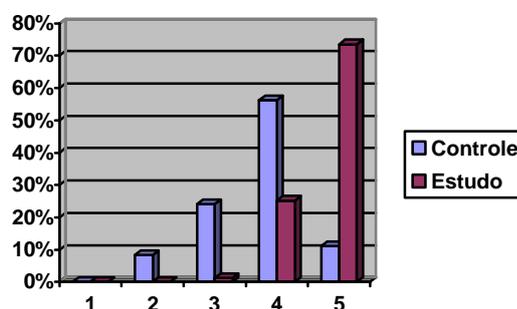


GRÁFICO 15— DISTRIBUIÇÃO DAS RESPOSTAS QUANTO AO ENTENDIMENTO DOS OBJETIVOS DIÁRIOS PELOS FISIOTERAPEUTAS, NOS GRUPOS CONTROLE E EM ESTUDO

Fonte: Elaborado pela autora.

O teste do Qui-Quadrado indica diferença estatisticamente significativa entre as respostas dos fisioterapeutas sobre os objetivos de cuidado diário nos grupos controle e em estudo ($p < 0,001$), sugerindo que o nível de entendimento completo sobre os objetivos de cuidado diário na percepção destes profissionais foi maior no grupo exposto.

6.2.5.4 Médicos Residentes.

Os médicos residentes de Terapia Intensiva responderam a 41 perguntas no grupo controle, distribuídas da seguinte forma:

1. Entendo nada = 0 respostas, 0%,

2. Entendo um pouco = 0 respostas, 0%
3. Entendo alguma coisa = 1 respostas, 2,44%
4. Entendo a maior parte = 16 respostas, 39,02%
5. Entendo completamente = 24 respostas, 58,54%

No grupo de estudo responderam a 35 perguntas, distribuídas em:

1. Entendo nada = 0 respostas, 0%,
2. Entendo um pouco = 0 respostas, 0%
3. Entendo alguma coisa = 0 respostas, 0%
4. Entendo a maior parte = 4 respostas, 58,54%
5. Entendo completamente = 31 respostas, 88,57%.

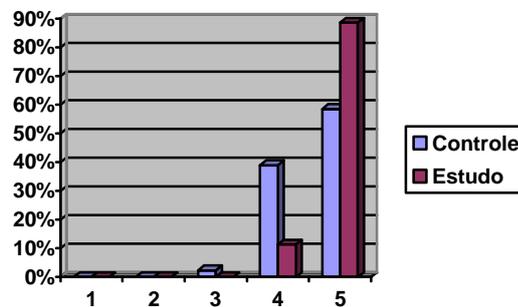


GRÁFICO 16 – DISTRIBUIÇÃO DAS RESPOSTAS QUANTO AO ENTENDIMENTO DOS OBJETIVOS DIÁRIOS PELOS MÉDICOS RESIDENTES, NOS GRUPOS CONTROLE E EM ESTUDO

Fonte: Elaborado pela autora.

O teste Exato de Fisher indica diferença estatisticamente significativa entre as respostas dos médicos residentes sobre os objetivos de cuidado diário nos grupos controle e em estudo ($p < 0,005$), indicando que o nível de entendimento completo sobre os objetivos de cuidado diário na percepção destes profissionais foi maior no grupo exposto.

6.2.5.5 Comparação entre as Respostas dos Profissionais sobre os Objetivos de Cuidado Diário no Grupo Controle.

A seguir, apresenta-se gráfico para facilitar a compreensão das diferenças encontradas entre as respostas de cada categoria profissional no grupo controle:

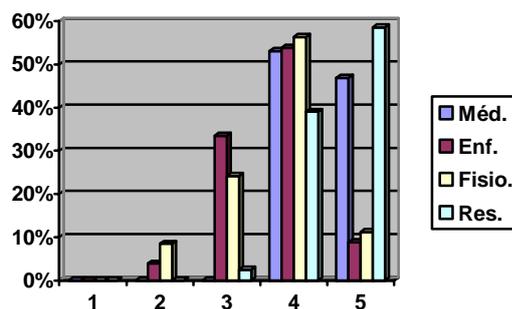


GRÁFICO 17 – DISTRIBUIÇÃO DAS RESPOSTAS QUANTO AO ENTENDIMENTO DOS OBJETIVOS DIÁRIOS ENTRE AS CATEGORIAS PROFISSIONAIS NO GRUPO CONTROLE

Fonte: Elaborado pela autora.

A maioria dos médicos, enfermeiros e fisioterapeutas responderam que entendem a maior parte dos objetivos de cuidado diário que devem ser prestados aos pacientes pela equipe multidisciplinar diariamente. Os médicos residentes diferem dos outros profissionais, pois responderam que entendem completamente em maior proporção do que entendem a maior parte dos objetivos de cuidado diário. Isto pode ser justificado pelo fato de que já estão no segundo ano de residência nesta UTI, acompanhando diariamente os pacientes e a rotina da unidade, exceto nos finais de semana, enquanto os outros profissionais cumprem escala de plantão com menor seqüência de plantões seguidos com os mesmos pacientes.

Dara e Afessa (2005, p. 571) relatam “[...] uma estimativa que mostra que um intensivista é confrontado com 1000 partes de informação sobre cada paciente todo dia.” Diante do grande número de informações encontradas a respeito de cada paciente, diariamente, o atendimento diário de um paciente deve facilitar a seleção das informações realmente importantes, a associação destas informações com o quadro clínico do paciente e com objetivo de cuidado diário.

6.2.5.6 Comparação entre as Respostas dos Profissionais sobre os Objetivos de Cuidado Diário no Grupo em Estudo.

Como no item anterior, foi feito um gráfico para facilitar a compreensão das diferenças encontradas entre as respostas de cada categoria profissional no grupo de estudo:

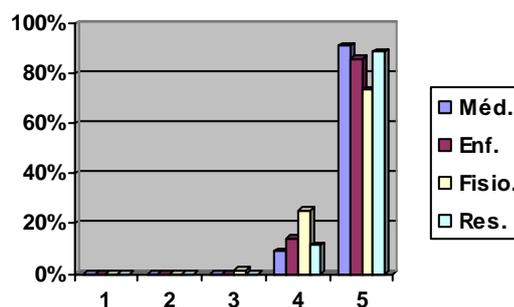


GRÁFICO 18- DISTRIBUIÇÃO DAS RESPOSTAS QUANTO AO ENTENDIMENTO DOS OBJETIVOS DIÁRIOS ENTRE AS CATEGORIAS PROFISSIONAIS NO GRUPO EM ESTUDO

Fonte: Elaborado pela autora.

Observamos no gráfico a predominância, em todas as profissões, de entendimento completo sobre os objetivos de cuidado diário que devem ser prestado pela equipe, após o encontro multidisciplinar para o preenchimento do formulário de objetivos diários.

Reader *et al.* (2007, p. 347) relata que o uso de intervenções para estimular a comunicação, como o formulário de objetivos diários, torna a comunicação mais explícita e aumenta o entendimento dos planos de cuidado diário.

6.2.6 Distribuição das Respostas quanto ao Entendimento das Tarefas Necessárias para o Paciente Adquirir o Próximo Nível de Cuidado, entre cada Categoria de Profissionais.

6.2.6.1 Médicos Plantonistas

Os médicos plantonistas responderam a 260 perguntas no grupo controle, distribuídas da seguinte forma:

1. Entendo nada = 0 respostas, 0%,
2. Entendo um pouco = 0 respostas, 0%
3. Entendo alguma coisa = 3 respostas, 1,15%
4. Entendo a maior parte = 163 respostas, 62,69%
5. Entendo completamente = 94 respostas, 36,15%

No grupo de estudo responderam a 234 perguntas, distribuídas em:

1. Entendo nada = 0 respostas, 0%,
2. Entendo um pouco = 0 respostas, 0%
3. Entendo alguma coisa = 0 respostas, 0%
4. Entendo a maior parte = 23 respostas, 9,83%
5. Entendo completamente = 211 respostas, 90,17%

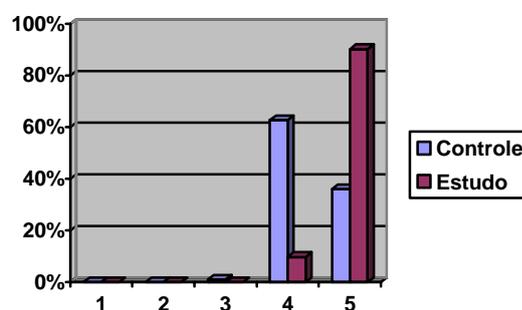


GRÁFICO 19 – DISTRIBUIÇÃO DAS RESPOSTAS QUANTO AO ENTENDIMENTO DAS TAREFAS NECESSÁRIAS PARA O PACIENTE ADQUIRIR O PRÓXIMO NÍVEL DE CUIDADO, FORNECIDAS PELOS MÉDICOS PLANTONISTAS, NOS GRUPOS CONTROLE E EM ESTUDO

Fonte: Elaborado pela autora.

O teste Exato de Fisher indica diferença estatisticamente significativa entre as respostas dos médicos plantonistas sobre os objetivos de cuidado diário nos grupos controle e em estudo ($p < 0,0001$), demonstrando que o nível de entendimento completo sobre as tarefas necessárias para o paciente adquirir o próximo nível de cuidado, na percepção destes profissionais, foi maior no grupo exposto.

6.2.6.2 Enfermeiros

Os enfermeiros responderam a 260 perguntas no grupo controle, distribuídas da seguinte forma:

1. Entendo nada = 0 respostas, 0%,
2. Entendo um pouco = 11 respostas, 4,23%
3. Entendo alguma coisa = 92 respostas, 35,38%
4. Entendo a maior parte = 135 respostas, 51,92%
5. Entendo completamente = 22 respostas, 8,46%

No grupo de estudo responderam a 234 perguntas, distribuídas em:

1. Entendo nada = 0 respostas, 0%,
2. Entendo um pouco = 0 respostas, 0%
3. Entendo alguma coisa = 0 respostas, 0%
4. Entendo a maior parte = 34 respostas, 14,53%
5. Entendo completamente = 200 respostas, 85,47%

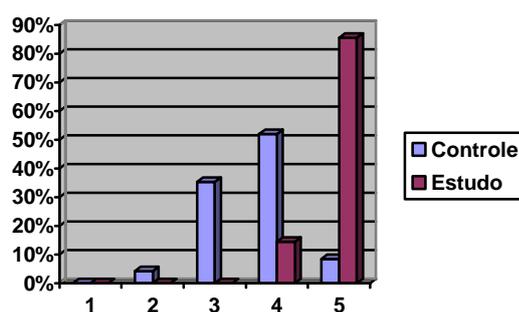


GRÁFICO 20 – DISTRIBUIÇÃO DAS RESPOSTAS QUANTO AO ENTENDIMENTO DAS TAREFAS NECESSÁRIAS PARA O PACIENTE ADQUIRIR O PRÓXIMO NÍVEL DE CUIDADO, FORNECIDAS PELOS ENFERMEIROS, NOS GRUPOS CONTROLE E EM ESTUDO

Fonte: Elaborado pela autora.

O teste do Qui-Quadrado indica diferença estatisticamente significativa entre as respostas dos enfermeiros sobre as tarefas necessárias para o paciente adquirir o próximo

nível de cuidado nos grupos controle e em estudo ($p < 0,001$), evidenciando que o nível de entendimento completo sobre as tarefas na percepção destes profissionais foi maior no grupo exposto.

6.2.6.3 Fisioterapeutas

Os fisioterapeutas responderam a 260 perguntas no grupo controle, distribuídas da seguinte forma:

- 1- Entendo nada = 0 respostas, 0%,
- 2- Entendo um pouco = 25 respostas, 9,61%
- 3- Entendo alguma coisa = 80 respostas, 30,77%
- 4- Entendo a maior parte = 134 respostas, 51,54%
- 5- Entendo completamente = 21 respostas, 8,08%

No grupo de estudo responderam a 234 perguntas, distribuídas em:

- 1- Entendo nada = 0 respostas, 0%,
- 2- Entendo um pouco = 0 respostas, 0%
- 3- Entendo alguma coisa = 2 respostas, 0,85%
- 4- Entendo a maior parte = 64 respostas, 27,35%
- 5- Entendo completamente = 168 respostas, 71,79%

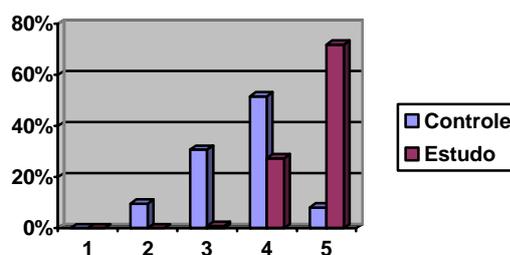


GRÁFICO 21 – DISTRIBUIÇÃO DAS RESPOSTAS QUANTO AO ENTENDIMENTO DAS TAREFAS NECESSÁRIAS PARA O PACIENTE ADQUIRIR O PRÓXIMO NÍVEL DE CUIDADO, FORNECIDAS PELOS FISIOTERAPEUTAS, NOS GRUPOS CONTROLE E EM ESTUDO

O teste do Qui-Quadrado sugere diferença estatisticamente significativa entre as respostas dos fisioterapeutas sobre as tarefas necessárias para o paciente adquirir o próximo nível de cuidado nos grupos controle e em estudo ($p < 0,001$), demonstrando que o nível de entendimento completo sobre as tarefas na percepção destes profissionais foi maior no grupo de estudo.

6.2.6.4 Médicos Residentes

Os médicos residentes responderam a 41 perguntas no grupo controle, distribuídas da seguinte forma:

1. Entendo nada = 0 respostas, 0%,
2. Entendo um pouco = 0 respostas, 0%
3. Entendo alguma coisa = 1 resposta, 2,44%
4. Entendo a maior parte = 19 respostas, 46,34%
5. Entendo completamente = 21 respostas, 51,22%

No grupo de estudo responderam a 35 perguntas, distribuídas em:

1. Entendo nada = 0 respostas, 0%,
2. Entendo um pouco = 0 respostas, 0%
3. Entendo alguma coisa = 0 respostas, 0%,
4. Entendo a maior parte = 7 respostas, 20%
5. Entendo completamente = 28 respostas, 80%

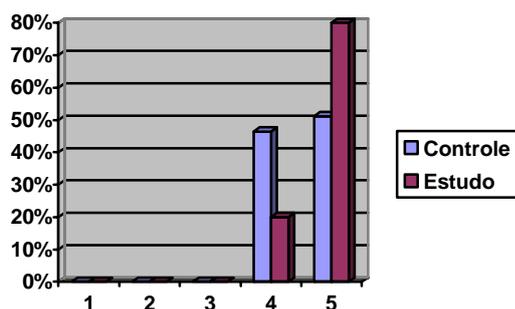


GRÁFICO 22 – DISTRIBUIÇÃO DAS RESPOSTAS QUANTO AO ENTENDIMENTO DAS TAREFAS NECESSÁRIAS PARA O PACIENTE ADQUIRIR O PRÓXIMO NÍVEL DE CUIDADO, FORNECIDAS PELOS MÉDICOS RESIDENTES, NOS GRUPOS CONTROLE E EM ESTUDO

Fonte: Elaborado pela autora.

O teste do exato de Fisher sugere diferença estatisticamente significativa entre as respostas dos fisioterapeutas sobre as tarefas necessárias para o paciente adquirir o próximo nível de cuidado nos grupos controle e em estudo ($p < 0,005$), demonstrando que o nível de entendimento completo sobre as tarefas na percepção destes profissionais foi maior no grupo de estudo.

6.2.6.5 Comparação entre as Respostas dos Profissionais sobre as Tarefas Necessárias para o Paciente Adquirir o Próximo Nível de Cuidado no Grupo Controle.

A seguir, apresenta-se o gráfico 23 para facilitar o entendimento das diferenças encontradas entre as respostas de cada categoria profissional no grupo controle:

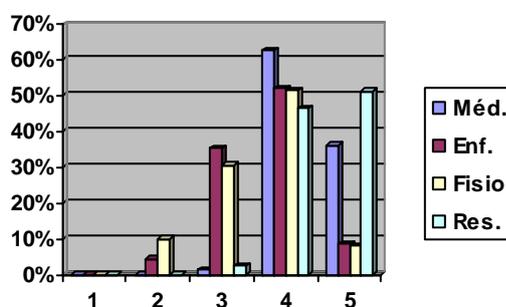


GRÁFICO 23 – DISTRIBUIÇÃO DAS RESPOSTAS, ENTRE AS CATEGORIAS PROFISSIONAIS, QUANTO AO NÍVEL DE ENTENDIMENTO DAS TAREFAS NECESSÁRIAS PARA O PACIENTE ADQUIRIR O PRÓXIMO NÍVEL DE CUIDADO, NO GRUPO CONTROLE

Fonte: Elaborado pela autora.

Observa-se que a maioria dos profissionais compreende a maior parte das tarefas necessárias para o paciente melhorar, situação semelhante àquela encontrada nos objetivos de cuidado diário. Entre os profissionais, os médicos residentes também relataram maior nível de entendimento das tarefas, enquanto um menor nível de entendimento, selecionado como pouco ou alguma coisa, foi relatado pelos fisioterapeutas e enfermeiros.

Donchin *et al.* (2003, p. 146) relatam o resultado do estudo deles:

Vários resultados deste presente estudo indicam desvios de convenções recomendadas. As observações feitas nas 24 horas mostram que 18% das atividades não são registradas em nenhuma forma. Comunicações verbais foram observadas somente em 9% das atividades, enquanto enfermeiras e médicos conversaram entre eles somente em 2% das atividades.

Estes autores também colocam que “[...] a troca de informação escrita apropriada e completa mantém registros exatos de todas as atividades sob formas relevantes, quando usado formatos desenhados adequadamente que são igualmente compreensíveis para envolver todos membros da equipe” (Idem).

Diante da afirmação acima, podemos supor que a menor compreensão dos fisioterapeutas e enfermeiros pode ser decorrente de problemas com a comunicação e troca de informações entre a equipe, concentrando informações importantes na equipe médica.

6.2.6.6 Comparação entre as Respostas dos Profissionais sobre as Tarefas Necessárias para o Paciente Adquirir o Próximo Nível de Cuidado no Grupo de Estudo.

Os dados citados anteriormente a respeito das respostas dos profissionais sobre o entendimento do trabalho necessário para o paciente adquirir o próximo nível de cuidado, no grupo de estudo, serão expostos no gráfico a seguir:

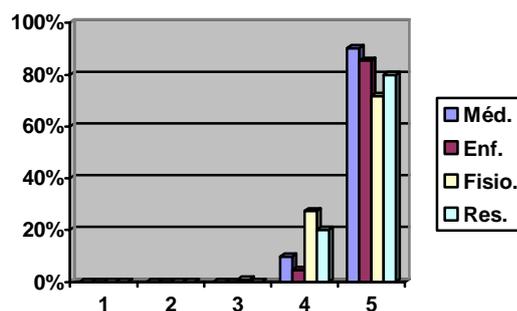


GRÁFICO 24 – DISTRIBUIÇÃO DAS RESPOSTAS, ENTRE AS CATEGORIAS PROFISSIONAIS, QUANTO AO NÍVEL DE ENTENDIMENTO DAS TAREFAS NECESSÁRIAS PARA O PACIENTE ADQUIRIR O PRÓXIMO NÍVEL DE CUIDADO, NO GRUPO EXPOSTO

Fonte: Elaborado pela autora.

Diante da análise deste gráfico, pode-se confirmar a hipótese de que um menor nível de entendimento, relatado pelos profissionais, das tarefas que devem ser realizadas pelos membros da equipe para o paciente melhorar é devido, se não completamente, pelo menos parcialmente, a falhas na comunicação e troca de informações que são resolvidas em grande parte com os encontros multidisciplinares, como foi observado neste estudo.

Davenport e Prusak (1998, p. 48) afirmam que

Reuniões face a face costumam ser a melhor maneira de obter conhecimento; conforme dissemos, não é comum ter acesso a informações confiáveis sobre fontes de conhecimento mais distantes. Além disso, os mecanismos para se ter acesso a conhecimento distante tendem a ser precários ou inexistentes.

Os encontros ou visitas multidisciplinares realizadas face a face são um momento formal para se discutir sobre o quadro clínico do paciente, estimulando o diálogo, a troca e o registro de informações, colaborando para aumentar o conhecimento de toda a equipe sobre os objetivos de cuidado diário de cada paciente e o trabalho que deve ser realizado para o paciente melhorar.

O nível mais alto de entendimento foi representado pela alternativa de resposta como se entende completamente o trabalho que precisa ser executado para o paciente adquirir o próximo nível de cuidado e este nível aumentou cerca de 54% para os médicos plantonistas, 77% para as enfermeiras, 63% para os fisioterapeutas, 29% para os médicos residentes. Assim, todas as categorias foram beneficiadas em maior ou menor grau.

O mesmo raciocínio pode ser aplicado ao analisar o nível de entendimento referido pelos profissionais sobre os objetivos de cuidado diário, pois também houve ganho em relação ao maior nível de entendimento, relatado como se entende completamente. Na categoria profissional representada pelos médicos plantonistas, houve aumento de 45%, 76% entre os enfermeiros, 62% entre os fisioterapeutas e 30% entre os residentes.

Aumentar o nível de conhecimento na equipe multidisciplinar é importante, pois como relata Davenport e Prusak (1998, p. 13):

Os dotados de conhecimento enxergam padrões conhecidos em situações novas e podem responder de forma apropriada. Eles não precisam construir uma resposta a partir do zero a cada situação. Portanto, o conhecimento oferece velocidade; ele permite aos seus possuidores lidar rapidamente com as situações, mesmo aquelas altamente complexas deixariam os novatos atoleimados.

6.2.7 Distribuição das Respostas quanto à Opinião dos Profissionais sobre a Comunicação na UTI, nos Grupos Controle e em Estudo.

Esta pergunta enfoca a UTI como um todo, não considerando apenas a comunicação encontrada nos grupos controle e estudo, pois, como já foi dito anteriormente, estes grupos representam apenas 10 leitos no total de 24, ou seja, 41,66%, e a intenção era estimar o nível de satisfação dos profissionais quanto à comunicação na unidade.

Nos dois grupos foi encontrado um nível de insatisfação importante, pois 96,96% do grupo controle e 99,32% do grupo de estudo acreditam que a comunicação não é ideal.

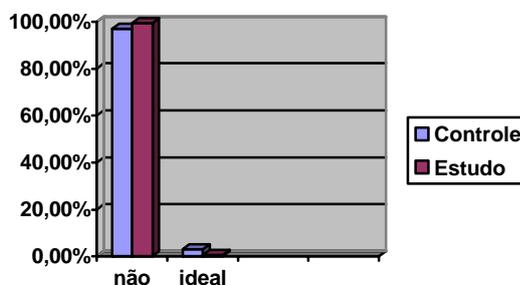


GRÁFICO 25 – DISTRIBUIÇÃO DAS RESPOSTAS DOS PROFISSIONAIS SOBRE A COMUNICAÇÃO NA UTI SE É IDEAL OU NÃO

Fonte: Elaborado pela autora.

Muitas sugestões foram relatadas pelos profissionais, a fim de melhorar a comunicação na unidade. A seguir, são expostas algumas delas:

Conversar sobre as propostas dos pacientes no início do plantão.

Criar oportunidades de fluxo interdisciplinar para esclarecer dúvidas e prioridades.

Passagem de plantão conjunta, multidisciplinar, pois cada categoria profissional tem particularidades que influenciam diretamente no cuidado ao paciente.

Visitas multidisciplinares.

Ser obrigatória a passagem de plantão com todos os profissionais e todos lerem as evoluções de cada profissional.

Aprimorar o contato face a face.

Visitas multidisciplinares e discussão de casos clínicos em conjunto.

Maior comunicação entre os profissionais de diversas áreas e compreensão do plano terapêutico do médico assistente.

Fazer visitas multidisciplinares e de preferência a tarde que a enfermeira está mais livre.

Fazer visitas multidisciplinares e só tomar decisões após discussão entre os membros da equipe, principalmente decisões prognósticas como desmame.

Visitas multidisciplinares para determinar condutas, evolução e prognóstico dos pacientes.

Visitas multidisciplinares sempre que possível.

Diminuir o ruído na UTI.

Visita médica a beira do leito, com toda equipe da UTI, com horário definido,

Passagem de plantão multidisciplinar seria o ideal.

Melhorar a comunicação escrita, um profissional ler a evolução do outro.

Conhecer melhor o trabalho das equipes.

Visita e sessões multidisciplinares, bem como discussões dos casos clínicos difíceis em conjunto.

Visitas multidisciplinares durante as passagens de plantão.

Uso de oportunidades de fluxo interdisciplinar favorece o esclarecimento de dúvidas e prioridades.

Acredito que toda assistência seria otimizada caso o quadro do paciente fosse de conhecimento da equipe multidisciplinar, através da passagem de plantão conjunta.

É necessário começar a falar, se comunicar mais.

Troca de informações formalizadas e não eventuais.

Um fluxo/listagem com seqüências da programação, facilitando identificar etapas já realizadas sem sucesso.

Diante destas sugestões percebe-se que os profissionais acreditam que as visitas multidisciplinares podem: tornar a comunicação ideal ou melhorá-la; aumentar o conhecimento sobre os objetivos de cuidado diário, o trabalho que precisa ser executado por cada profissional para o paciente melhorar e sobre o quadro clínico dos pacientes; melhorar a interação entre os membros da equipe. Estes pensamentos estão de acordo com os resultados encontrados neste estudo.

Alguns comentários sobre a comunicação foram feitos pelos profissionais durante a resposta desta pergunta:

A comunicação é precária.

A comunicação verbal é muito complicada,

Considero a comunicação ideal após a visita multidisciplinar nos leitos em estudo.

Ficou melhor após as visitas multidisciplinares.

Não é ideal pela dinâmica da UTI, é necessário ampliar e valorizar mais a visita multidisciplinar.

A comunicação é péssima.

A comunicação verbal é prejudicada pelo movimento da unidade.

A comunicação é razoável, alguns profissionais interagem com mais facilidade.

Na visita multidisciplinar temos uma visão mais conjunta do paciente e um maior consenso quanto às decisões a serem tomadas.

Na passagem de plantão, trocamos conhecimento.

A visita interdisciplinar contribui com as várias visões do problema.

Há necessidade de maior interação e discussão entre a equipe multidisciplinar.

Diante destes comentários ficou perceptível que alguns profissionais caracterizam a comunicação na UTI como inadequada e que alguns fatores da própria unidade colaboram para que tal ocorra, a exemplo de alto nível de ruído, grande movimentação, falta de interação, necessidade de medidas para aperfeiçoamento, como visita multidisciplinar, para ampliar a visão sobre o paciente e a troca de conhecimento entre a equipe.

Os comentários, assim como as sugestões estão coerentes com os achados deste estudo, no qual a maior parte dos profissionais não acha a comunicação ideal, além do que elevam o nível de entendimento sobre os objetivos de cuidado diário e o trabalho a ser executado para o paciente melhorar, ratificando os achados encontrados.

6.2.8 Distribuição das Respostas das Entrevistas

A entrevista foi realizada pela pesquisadora a 15 profissionais do grupo de estudo, selecionados aleatoriamente, conforme metodologia seguida por Pronovost (2003), na qual se baseou este estudo. É composta de quatro questões abertas, questiona o efeito do formulário de objetivos diários na comunicação, quanto ao resultado do paciente, e na compreensão sobre o quadro clínico e assistência ao paciente.

6.2.8.1 Efeito do Formulário de Objetivos Diários na Comunicação

Os efeitos colocados pelos entrevistados foram todos positivos. Os mais citados foram:

Tornar a comunicação mais clara.

Facilitar a comunicação entre os membros da equipe.

Aumentar o conhecimento sobre o quadro clínico dos paciente.

Melhorar a troca de informações entre a equipe, o que é de suma importância.

Aumentar a participação de todos os membros da equipe no processo de comunicação.

Ótimo, pois toda a equipe passa a ter conhecimento de todo o problema dos pacientes bem como as propostas diárias do que deverá ser resolvido naquele dia.

Tornou a comunicação mais efetiva.

Permitiu a troca de informações entre a equipe multidisciplinar.

Possibilitou conhecimento integral do paciente.

A comunicação de uma forma mais horizontal e, além disso, a troca das informações de cada especialidade com um objetivo comum: definir uma conduta uniforme para cada paciente.

Melhora na qualidade de atendimento dos pacientes.

Melhor sintonia entre a equipe de trabalho.

Aumento da importância da necessidade de comunicação entre a equipe.

Muito bom. Me fez ter acesso a conhecimentos interdisciplinares, além de informações sobre o paciente que nas evoluções médicas não constavam.

Uniformização das condutas com os pacientes discutidos.

Ajudou a apresentar os problemas de uma forma multidisciplinar.

A discussão auxiliou a uniformização das condutas, entendimento das prioridades.

6.2.8.2 Efeito do Formulário de Objetivos Diários no Resultado do Paciente.

A opinião dos profissionais sobre o efeito do formulário de objetivos diários no resultado do paciente será relatada a seguir:

Acredito que ficou mais esclarecido as condutas de cada um da equipe multidisciplinar, sendo possível aplicar o melhor tratamento, trazendo resultados positivos mais rapidamente.

Possibilitou uma assistência mais completa do ponto de vista multidisciplinar influenciando com melhora de estado geral dos clientes. Os benefícios só não foram maiores porque não houve adesão total da equipe.

Melhora, pois passa a ver o paciente como um todo, trabalhando em conjunto, evitando algumas complicações que ocorrem por falta de informação.

Melhor qualidade da assistência, visto que todos passam a conhecer o doente.

Acredito que o paciente seja beneficiado devido a unanimidade do direcionamento de condutas, sobretudo porque existe determinação do chefe da UTI, quanto a retirar dúvidas e orientação a respeito do tratamento.

Possibilitou conhecimento do quadro clínico do paciente sob visão multiprofissional.

Permitiu discussão sobre as condutas a serem tomadas otimizando a terapêutica do paciente.

A multidisciplinaridade que foi provocada com o formulário de objetivos diários colaborou bastante no trabalho da equipe e conseqüentemente em benefícios ao paciente.

Melhora na qualidade de atendimento dos pacientes.

Melhor sintonia entre a equipe de trabalho.

Melhora na comunicação.

Bom. Alguns pacientes chegaram a ter planos modificados graças a interdisciplinaridade do formulário.

Uniformização das condutas.

Ajudou a deixar mais uniforme as condutas.

Não tenho como mensurar. Imagino que o melhor direcionamento da equipe e do cuidado.

6.2.8.3 Efeito do Formulário de Objetivos Diários na Compreensão sobre o Quadro Clínico Apresentado pelo Paciente.

Todos os entrevistados acreditam que o formulário de objetivos diários aumentou sua compreensão sobre o quadro clínico apresentado pelo paciente. Alguns profissionais comentaram a resposta:

Sobretudo no que se pretende alcançar com o diagnóstico e terapia do mesmo, sendo possível conhecer o trabalho da equipe multidisciplinar, propostas e conhecimento da interação da equipe voltada para o paciente.

Porque a partir daí começamos a fazer questionamentos sobre condutas médicas e recuperação do doente.

A uniformidade das informações e a troca diária com a equipe favorecem para discutir pontos e elucidar o quadro clínico do paciente.

6.2.8.4 Efeito do Formulário de Objetivos Diários no Cuidado ao Paciente.

Nesta questão, foram enfocados os efeitos negativos do formulário de objetivos diário no cuidado ao paciente. Todos os profissionais concordaram que o formulário não afetou negativamente o cuidado ao paciente, ressaltando apenas que às vezes o tempo é pouco, devido à dinâmica da UTI, e que a visita deve ocorrer em todos os leitos da unidade.

CAPÍTULO 7

CONSIDERAÇÕES FINAIS E SUGESTÕES PARA TRABALHOS FUTUROS

A aplicação dos princípios da Gestão do Conhecimento na organização hospitalar e, em particular, na Unidade de Terapia Intensiva, propicia uma cultura voltada para aplicação e gerenciamento do conhecimento, ativo intangível fundamental para o sucesso de uma empresa.

O processo de criação e transmissão de informações e conhecimentos focado neste estudo foi a comunicação entre a equipe multidisciplinar na UTI, por acreditar que esta poderia ser aperfeiçoada, o que está relacionado com a redução de ocorrências iatrogênicas, de danos aos pacientes e aumento da satisfação da equipe.

O estudo da comunicação no ambiente da Unidade de Terapia Intensiva é um tema instigante, pois, além de provocar a curiosidade de estudiosos, no sentido de criar estratégias que visem aprimorá-la, promove a busca pela compreensão do motivo das falhas e em avaliar a repercussão destas no cuidado ao paciente.

Neste estudo, uma estratégia foi introduzida na rotina da UTI voltada a facilitar e estimular a comunicação, as visitas multidisciplinares, uma reunião diária dos integrantes da equipe destinada a preencher o formulário de objetivos diários, um *checklist* que sinaliza aspectos importantes do quadro clínico do paciente, formalizando, assim, um momento do dia para comunicação, elaboração dos objetivos e do plano de tratamento dos pacientes, desenvolvidos em conjunto pela equipe.

O desafio foi mensurar o impacto da introdução de um formulário de objetivos diários na comunicação entre a equipe multidisciplinar. Para isso, foram resolvidas as seguintes providências: definição dos critérios para quantificar este impacto; avaliação e comparação do impacto do formulário no entendimento de cada categoria profissional sobre os objetivos de cuidado diário e os trabalhos que precisavam ser executados para o paciente melhorar; identificar a opinião dos profissionais sobre a comunicação na unidade em estudo; mensurar o tempo de permanência dos pacientes e demonstrar as relações causais entre o tempo de

permanência dos pacientes na UTI e a eficácia da comunicação após a introdução do formulário de objetivos diários.

Os critérios escolhidos para quantificar o impacto do formulário de objetivos diários na comunicação foram semelhantes aos utilizados no estudo desenvolvido por Pronovost *et al* (2003). Fizeram-se perguntas e entrevistas aos profissionais participantes da pesquisa, quanto ao preenchimento do formulário referido e as respostas demonstraram, no grupo exposto objeto de visita multidisciplinar — mais do que no grupo controle — um maior nível de entendimento dos profissionais a respeito dos objetivos de cuidado diário e do trabalho que precisava ser executado para o paciente obter melhorias.

Todas as categorias profissionais participantes, médicos, enfermeiras e fisioterapeutas, compreenderam melhor os objetivos e as tarefas necessárias para o paciente melhorar no grupo exposto, quando comparado com o grupo controle.

Na opinião da maioria dos profissionais que participaram do estudo, a comunicação na UTI não é ideal e a sugestão predominante contou com a inclusão de visitas multidisciplinares para favorecer a interação, a comunicação, a troca de informações e o conhecimento sobre o quadro clínico do paciente.

Durante as entrevistas, não foi citado nenhum aspecto negativo do formulário de objetivo diário, mas tão somente aspectos positivos na comunicação, interação da equipe, visão integral do paciente, uniformização das condutas e melhoria na qualidade do atendimento. Alguns aspectos significativos foram colocados, seja quanto à dinâmica da UTI, que muitas vezes prejudica o encontro ao reduzir o tempo, seja o desejo da visita expandir-se para todos os leitos da UTI, entre outros.

O tempo de permanência encontrado no grupo exposto foi menor do que o encontrado no grupo controle, porém, não houve diferença estatisticamente significativa, quadro que poderia ser modificado com uma amostra maior de pacientes. O tempo de permanência menor pode ser justificado por uma maior compreensão dos objetivos de cuidado diário e dos trabalhos que precisavam ser executados para o paciente melhorar, cuja responsabilidade envolve todos os membros da equipe; e por uma maior vigilância voltada a prevenir e tratar os fatores que aumentam o tempo de permanência, tais como infecções.

Os objetivos do estudo foram alcançados, a conscientização da importância da comunicação é claramente perceptível na unidade, os encontros multidisciplinares continuam a acontecer, inclusive com maior número de profissionais, integrando-se nutricionista, psicóloga e farmacêutica à visita, a qual anteriormente era composta exclusivamente pelos médicos, enfermeiros e fisioterapeutas.

As anotações referentes às visitas encontram-se disponibilizadas no prontuário eletrônico do paciente, todos os profissionais fazem suas anotações neste prontuário, o qual dispõe também de todos os exames do paciente. Fazem-se constar, assim, todas as informações sobre o internamento do paciente, o que facilita o acesso às informações. Durante a realização da pesquisa, as evoluções diárias dos fisioterapeutas, psicólogos e nutricionistas não constavam neste prontuário, como também o formulário de objetivos diários e alguns exames. O fisioterapeuta tinha um prontuário individual, os psicólogos e nutricionistas faziam suas evoluções em prontuário comum, por escrito, enquanto médicos e enfermeiras providenciavam-nas no prontuário eletrônico, o que dificultava o acesso a informações e dados necessários ao profissional.

Outras ações podem ser encaminhadas para que o conhecimento presente na mente dos profissionais seja compartilhado e ampliado como, por exemplo, maior utilização da intranet, *e-mail* de circulação interna promovido pela instituição, realização de reuniões para discussão de casos clínicos e elaboração de protocolos com participação de todos os profissionais da unidade, bem como disponibilização de todos os protocolos da unidade no sistema para acesso dos funcionários.

Este estudo contribui para aumentar o conhecimento sobre a aplicação dos princípios da Gestão do Conhecimento na Unidade de Terapia Intensiva, principalmente quanto à comunicação entre a equipe multidisciplinar, incentivando a integração, troca de informações e conhecimento, e como estímulos à consciência das pessoas sobre a importância da comunicação.

Espera-se que novos estudos de caráter multidisciplinar, objetivo do Programa de Pós-graduação em Gestão do Conhecimento, aconteçam, ampliando as reflexões e o conhecimento sobre este tema.

A seguir, algumas sugestões para pesquisas futuras nos campos da:

- a. Engenharia: elaboração de um *software* que cruze e relacione as informações dos profissionais;
- b. Gestão: implantação de novas práticas na UTI, visando promover permanente integração entre os profissionais da equipe;
- c. Mídia: pesquisar meios mais efetivos de divulgação e acesso das informações que objetivem facilitar a gestão das mesmas.

REFERÊNCIAS

ALBERT, E.; URURAHY, G. **Como se tornar um bom estressado**. Rio de Janeiro: Salamandra Consultoria Editorial Ltda, 1997. 139 p.

AMIB. **Humanização em Cuidados Intensivos**. 1 ed. Rio de Janeiro: Revinter, 2004, 117 p.

AMIB. **Segundo anuário brasileiro de UTIs**. São Paulo. Edição 2002/2003. 111 p.

AZEVEDO, I.B. **O prazer da produção científica**. 7^a ed. Piracicaba: Editora UNIMEP, 1999.

BALERINI, C. Disseminando conhecimento. *Jornal Estilo & Gestão RH Catho*. Data-10/07/2003. Disponível em:
http://www.catho.com.br/estilorh/index.phtml?combo_ed=39&secao=181. Acesso: 10 out. 2007.

BARRETO, A.A. Mudança estrutural no fluxo do conhecimento: a comunicação eletrônica. **Ciência da Informação**, Brasília, v. 27, n. 2, p. 122-127, maio/ago. 1998.

BASSANI, D.T.L.; NIKITIUK, S.; QUELHAS, O. A empresa como sede do conhecimento. *Revista Produção*, v. 13, n. 2, 2003, p. 55. Adaptado de Kathy Harris et al., apud KOROWAJCZUK, A.; CASATILHO, B.S.C.; COSSICH, E.J., FRÓES; F.J. C.S., FERRÃO, G.S. **Avaliação de Organizações em relação à Gestão do Conhecimento com base nos Critérios de Excelência da Fundação para o Prêmio Nacional da Qualidade**. 2000. 135 fls. Monografia (Especialização em Gestão Estratégica do Conhecimento e Inteligência Empresarial)— PUC, Paraná, fev. 2000.

BECKMANN, U. et al. Evaluation of two methods for quality improvement in intensive care: Facilitated incident monitoring and retrospective medical chart review. **Critical Care Medicine**, New Jersey, vol. 31, n. 4, abr. p.1006-11, 2003.

BENEVIDES-PEREIRA, A.M.T. **Burnout**: quando o trabalho ameaça o bem estar do trabalhador. 1 ed. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2002.

BEUSCART, R. et al. Telecommunication in health care for a better coordination between hospitals and GP's: routine application of the "Isar-Telematics" project. **IEEE Transactions on Information Technology Biomedicine**, Finlândia, v. 3, n. 2, p. 101-108, 1999.

Bíblia de Gutenberg. Biblioteca do Congresso em Washington D.C. Disponível em: http://pt.wikipedia.org/wiki/Johannes_Gutenberg. Acesso em: 22 ago. 2007.

BITENCOURT, A.G.V. et al. Análise de estressores para o paciente em Unidade de Terapia Intensiva. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**, São Paulo, v. 19, n. 1, p. 53-59, 2007.

BOON, H et al. From parallel practice to integrative health care: a conceptual framework. **BMC Health Services Research**, Londres, v. 4, n. 15, 2004.

BORGES, L.O. A síndrome de *burnout* e os valores organizacionais: um estudo comparativo em hospitais universitários. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, Natal, v.. 15, n.1, p.189-200, 2002.

BRAITHWAITE, R.S. Use of medical emergency team (MET) responses to detect medical errors. **Quality & Safety in Health Care**, Londres, n. 13; p. 255-259, 2004.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **PORTARIA Nº 3.432, de 12 DE AGOSTO DE 1998 DO 154, de 13/8/98.** Disponível em: http://sna.saude.gov.br/legisla/legisla/uti/GM_P3.432_98uti.doc. Acesso em: 28 mar. 2007.

_____. **PROGRAMA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA HOSPITALAR**, junho de 2001. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pnhah01.pdf>. Acesso em: 28 de mar. 2007.

_____. **PORTARIA Nº 4, de 17 DE SETEMBRO DE 2001 DO 179-E, de 18/9/01.** Disponível em: http://sna.saude.gov.br/legisla/legisla/informes/SAS_CP4_01_informes.doc. Acesso em: 28 de mar. 2007.

_____. **MEDICINA INTENSIVA**, 2007. Disponível em: <http://www.medicinaintensiva.com.br/philipdrinker.htm>. Acesso em: 05 mar. 2007.

BRILLI, R. et al. Critical care delivery in the intensive care unit: defining clinical roles and the best practice model. In: **Critical Care Medicine**, New Jersey, v. 29, n. 10, p. 2007-2019, 2001.

CALLAHAN, D. Living and dying with medical technology. **Critical Care Medicine**, New Jersey, vol. 31, n. 5, Supplement, S344-6, 2003.

CALLEGARI-JAQUES, S.M. **Bioestatística: Princípios e Aplicações**. Porto Alegre: ARTMED, 2003.

CARSON, S.S.; BACH, P.B. Predicting Mortality in Patients Suffering from prolonged critical illness: An Assessment of four severity-of-illness measures. **CHEST**, Northbrook, v. 3, n. 120, p. 928-933, 2001.

CARVALHO, R.B. **Aplicações de Softwares de Gestão do Conhecimento: Tipologia e Usos**. 2000. 144 f. Dissertação (Mestrado em Ciência da Informação) – Escola de Ciência da Informação, Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte, 2000.

CASATE, J.C., CORRÊA, A.K. Humanização do atendimento em saúde: conhecimento veiculado na literatura brasileira de enfermagem. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**. São Paulo, v. 13, n. 1, p. 105-111, jan.-fev. 2005.

CHIAVENATO, I. **Teoria Geral da Administração**. vol. II. Rio de Janeiro: Elsevier, 2002.

CLANCY, C.M. **The Intensive Care Unit, Patient Safety, and Agency for Healthcare Research and Quality**. Disponível em: <http://ajm.sagepub.com>. Acesso em: 7 mar. 2007.

COELHO, E.M. Gestão do conhecimento como sistema de gestão para o setor público. **Revista do Serviço Público**, n. 1 e 2, p. 89-116, 2004.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Resolução CFM nº. 1.638/2002**. Disponível em: http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/cfm/2002/1638_2002.htm. Acesso em 8 ago.2007.

CONSORCIO BRASILEIRO DE ACREDITAÇÃO. **O que é Acreditação?** Disponível em: <http://www.cbacred.org.br/site/oqacred.php>. Acesso em: 08 ago. 2007.

COOC, D.J.; SIBBALD, W.J. The promise and the paradox of technology in the intensive care unit. **CMAJ**, Canadá, november 2, volume 161, número 9, 1999.

CURTIS, J. R. et al. Intensive care unit quality improvement: A “how-to” guide for the interdisciplinary team. **Critical Care Medicine**, New Jersey, v. 34, n. 1, jan., p. 211-8, 2006.

CYRINEU, José Cláudio. **O futuro da gestão do conhecimento**. São Paulo, 2003. Disponível em: <<http://www.terraforum.com.br/lib/pages/viewdoc.php>>

DAVENPORT, T. H.; PRUSAK, L. **Conhecimento empresarial: como as organizações gerenciam o seu capital intelectual**. 4 ed. Rio de Janeiro: Campus, 1998. 237 p.

DARA, S.I.; AFESSA, B. Intensivist-to-Bed Ratio: Association with Outcomes in the Medical ICU. **CHEST**, Northbrook, v. 128, n. 2, p. 567-572, 2005

DONCHIN, Y et al. A look into the nature and causes of human errors in the intensive care unit. **Quality and Safety in Health Care**, Londres, v. 12, p. 143-148, 2003.

DORMAN, T.; PAULDINE, R. Economic stress and misaligned incentives in critical care medicine in the United States. **Critical Care Medicine**, New Jersey, v. 35, n. 2, p.3 6-43, Supplement, fev. 2007.

ECONOMIST INTELLIGENCE UNIT. **E-readiness rankings**. Disponível em: http://globaltechforum.eiu.com/index.asp?layout=rich_story&channelid=4&categoryid=29&doc_id=10599. Acesso em: 28 ago. 2007.

FREUD, S. Psicanálise e medicina. In: **Obras completas de Sigmund Freud**; trad. Dr. Gladstone Parente. Vol. 18. Rio de Janeiro: Delta, s.d. p. 141-221.

FIALHO, F.A.P.; BRAVIANO, G.; SANTOS, N. **Métodos e Técnicas em Ergonomia**. 1 ed. Florianópolis: Edição dos autores, 2005.

FIALHO, F.A.P. et al. **Empreendedorismo na era do conhecimento**. 1 ed. Florianópolis: Visual Books, 2006. p.188.

FISHER E.S. et al. The implications of regional variations in Medicare spending, Parte I: the content, quality, and accessibility of care. **Annals of Internal Medicine**, USA, v. 138, n. 4, p. 273-287. fev. 2003.

FORMIGHIERI, V.J. **Burnout em Fisioterapeutas**: Influência sobre a atividade de trabalho e bem-estar físico e psicológico. 2003. 92 fls. Dissertação (Mestrado em Engenharia de Produção) — Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2003.

FOTOS. Disponível em: www.ufpe.br/utihc/fotos.htm. Acesso em: 20 set. 2007.

GARLAN, A. Improving the ICU. **CHEST**, Northbrook, vol. 127, n. 6, p. 2151- 2164, 2005.

GASQUE, K.G.D.; TESCAROLO, R. Sociedade da aprendizagem: informação, reflexão e ética. **Ciência da Informação**, v. 33, n. 3, p. 35-40, set./dez, 2004.

GEROSA, M.A., FUKS, H., LUCENA, C.J.P. **Elementos de percepção como forma de facilitar a colaboração em cursos via Internet**. Disponível em: <http://www.inf.ufes.br/~sbie2001/figuras/artigos/a105/A105.htm>. Acesso em: 2 ou. 2007.

GOMES, A.M. **Enfermagem na Unidade de Terapia Intensiva**. 2. ed. São Paulo: EPU, 1988.

GONÇALVES, A.C.C.S., PEIXOTO, L.C. **Obstáculos na comunicação entre secretárias da UFRJ e seus clientes**. Disponível em: http://www.pr4.ufrj.br/Trabalho_CONSUB.pdf. Acesso em: 1 nov. 2007.

GRAIG, L.M. et al. Intensive communication: Four-year follow-up from a clinical practice study. **Critical Care Medicine**, New Jersey, v. 31 (5) Supplement, May, p. 394-399, 2003.

GRUENBERG, D.A. Factors Influencing Length of Stay in the Intensive Care Unit. **American Journal of Critical Care**, Califórnia, v. 15, n. 5, p. 502-509, 2006.

HAMRIC, A.B.; BLACKHALL, L.J. Nurse-physician perspectives on the care of dying patients in intensive care units: Collaboration, moral distress, and ethical climate. **Critical Care Medicine**, New Jersey, vol. 35, n. 2, p. 422-429, 2007.

HAUPT, M.T. et. al. Guidelines on critical care services and personnel: Recommendations based on a system of categorization of three levels of care. **Critical Care Medicine**, New Jersey, vol. 31, n. 11, p. 2677-83, 2003.

HAUT, R.E. et al. Improved nurse job satisfaction and job retention with the transition from a “mandatory consultation” model to a “semiclosed” surgical intensive care unit: A 1-year prospective evaluation, **Critical Care Medicine**, v. 34, n. 2, 2006.

HESPANHOL, A. Burnout e estress ocupacional. **Revista Portuguesa de Psicossomática**, Porto, v. 7, n. 1-2, 2005.

HIGGINS, T.L. et al. Early indicators of prolonged intensive care unit stay: impact of illness severity, physician staffing, and pre-intensive care unit length of stay. **Critical Care Medicine**. New Jersey, v. 31, n. 1, p. 45-51, 2003.

HUANG, D.T. et al. Perceptions of safety culture vary across the intensive care units of a single institution. **Critical Care Medicine 2007**, New Jersey, v. 35, n. 1, p. 314-6, jan.

IBGE. PNAD - **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios 2003**. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/29092004pnad2003.shtm>. Acesso em: 22 ago. 2007.

IBGE. **Síntese de indicadores sociais**. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia_visualiza.php?id_noticia=132&id_pagina=1. Acesso em: 20 mar. 2007.

INABA, L.C.; SILVA, M.J.P., TELLES, S.C.R. Paciente crítico e comunicação: visão de familiares sobre sua adequação pela equipe de enfermagem. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 39, n. 4, p. 423-9, 2005.

INSTITUTE FOR HEALTHCARE IMPROVEMENT. **Effective Teamwork as a Care Strategy - SBAR and Other Tools for Improving Communication Between Caregivers.**

Disponível em:

<http://www.ihl.org/IHI/Programs/AudioAndWebPrograms/Effective+Teamwork+as+a+Care+Strategy+SBAR+and+Other+Tools+for+Improving+Communication+Between+Careg.htm>.

Acesso em: 7 ago. 2007.

INSTITUTE OF MEDICINE . **Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century.** Washington, DC: National Academy Press; 2001.

JOÃO PAULO II. **Centesimus annus.** n. 32. 1991. Disponível em:

http://www.vatican.va/holy_father/john_paul_ii/encyclicals/documents/hf_jp-ii_enc_01051991_centesimus-annus_po.html. Acesso em: 22 ago. 2007.

KAISSI, A.; JOHNSON, T.; KIRSCHBAUM, M.S. Measuring Teamwork and Patient Safety Attitudes of High-Risk Areas. **Nursing Economics**, USA ano. 21, n. 5, p. 211-218, 2003.

KARSH, B.T. Beyond usability: designing effective technology implementation systems to promote patient safety. **Quality and Safety in Health Care**, Londres, n. 13, p. 388-394, 2004.

KLEIN, D.A. **A gestão estratégica do capital intelectual: Recursos para a economia do conhecimento.** 1ed. Rio de Janeiro: Qualitymark, 1998.

KLIUTCHEVSKI, V. Curso de História Russa. In: Conhecimento Quotes. Disponível em: <http://www.quotez.net/portuguese/conhecimento.htm>. Acesso em: 1 nov. 2007.

KOFKE, W.A.; RIE, M.A. Research ethics and law of healthcare system quality improvement: The conflict of cost containment and quality. **Critical Care Medicine**, New Jersey, v. 31, n. 3 (Suppl.), p.1250-6, 2003.

KOHN, L.T., CORRIGAN, J.M., DONALDSON, M.S. To err is human: building a safer health system. **Committee on Quality of Health Care in America, Institute of Medicine.** Washington, DC: National Academy Press; 2000.

KOLLEF, M.H. Improving outcomes in the ICU setting: Are we effectively using all of the information that is potentially available to us? **CHEST**, Northbrook, v. 115, n. 6, p. 1490-1492, 1999.

LANDRIGAN, C.P. et al. Effect of Reducing Interns' Work Hours on Serious Medical Errors in Intensive Care Units. **The New England Journal of Medicine**, Massachusetts v. 351; n.18, p. 1838-1848, out. 2004.

LEKA, S.; GRIFFITHS, A.; COX, T. **Work organisation e stress: systematic problem approaches for employers, managers and trade union representatives**. Protecting Worker's Health Series n. 3. World Health Organization, 2003. Disponível em: http://www.who.int/occupational_health/publications/en/oehstress.pdf. Acesso em: 11 abr. 1007.

LEMOS, R.C.A.; ROSSI, L.A. O significado cultural atribuído ao Centro de Terapia Intensiva por clientes e seus familiares: um elo entre a beira do abismo e a liberdade. **Rev. Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 10, n. 3. p. 345-57, mai.-jun. 2002.

LIDA, I. **Ergonomia: Projeto e Produção**. São Paulo: Edgard Blucher, 6ª. Reimpressão, 2000.

LINGARD, L. et al. Getting teams to talk: development and pilot implementation of a checklist to promote interprofessional communication in the OR. **Quality and Safety in Health Care**, Londres, n. 14, p. 340–346, 2005.

LINO, M.M.; SILVA, S.C. Enfermagem na Unidade de Terapia Intensiva: a história como explicação de uma prática. **Nursing**, out. 2001. ano 41, n. 4. p.25-29.

MAGNUS, Paulo. **Sistemas de Informação**. Disponível em: http://www.mvsistemas.com.br/noticias_01_4.shtml. Acesso em: 07.ago. 2007.

MICHALISZYN, M.S.; TOMAZINI, R. **Pesquisa: orientações e normas para elaboração de projetos, monografias e artigos científicos**. Rio de Janeiro: Vozes, 2005.

MONTUCLARD, L. et al. Outcome, functional autonomy, and quality of life of elderly patients with a long-term intensive care unit stay. **Critical Care Medicine**. New Jersey, vol. 28, n. 10, p. 3389-3395, out. 2000.

MORIMOTO, T. et al. Adverse drug events and medication errors: detection and classification methods. **Quality and Safety in Health Care**, Londres, n. 13, p. 306–314, 2004.

NONAKA, I.; KONNO, N. The concept of “Ba”: Building a foundation for knowledge creation. **California Management Review; Spring**, California, v. 40, n. 3, p. 40-54, 1998.

NONAKA, I.; TAKEUCHI, H. **Criação de conhecimento na empresa**. 12 ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 1997. p. 358.

OLIVEIRA, B.R.G.; COLLET, N.; VIERA, C.S. A humanização na assistência à saúde. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.1 4, n.2, p. 277-84. mar.-abr. 2006.

OLIVEIRA, T.M.V. **Escala de Mensuração de Atitudes**: Thurstone, Osgood, Stapel, Likert, Guttman, Alpert. *Administração On Line: Prática-Pesquisa-Ensino*, v.2, n.2, 2001. Disponível em: http://www.fecap.br/adm_online/art22/tania.htm. Acesso em: 22 set. 2007.

PELLIZZON R.F; POBLACIÓN DA; GOLDENBERG.S. Pesquisa na área da saúde: seleção das principais fontes para acesso à literatura científica. **Acta Cirúrgica Brasileira** [serial online] 2003 Nov-Dez; vol. 18, n. 6. Disponível em URL: <http://www.scielo.br/acb>. Acesso em: 19 out. 2007.

PEREIRA, M.E.R.; BUENO, S.M.R. Lazer - um caminho para aliviar as tensões no ambiente de trabalho em UTI: uma concepção da equipe de enfermagem. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**. Ribeirão Preto, v. 5, n. 4, p. 75-83, out.1997.

PERIN, G.M. et al. Processo de aprendizagem organizacional e desempenho empresarial: o caso da indústria eletroeletrônica no Brasil. **RAE-eletrônica**, São Paulo, v. 5, n. 2, art. 14, jul./dez. 2006.

PIAGET, J. **Psicologia e epistemologia**: Por uma teoria do conhecimento. Rio de Janeiro: Forense, 1973.

PINHO, D.L.M.; ABRAHÃO, J.I.; FERREIRA, M.C. As estratégias operatórias e a gestão da informação no trabalho de enfermagem, no contexto hospitalar. **Rev. Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 11. n. 2, p. 168-76. mar./abr. 2003.

PREISLER, A.M.; BORBA, J.A.; BATTIROLA, J.C. Os tipos de personalidade humana e o trabalho em equipe. **Rev. PEC**, Curitiba, v. 2, n. 1, p. 113-126, jul. 2001, jul. 2002. Disponível em: http://www.bomjesus.br/publicacoes/pdf/revista_PEC/os_tipos_de_personalidade.pdf. Acesso em: 23 set. 2007.

PRONOVOST, P. et al. Improving Communication in the ICU Using Daily Goals. **Journal of Critical Care**, USA, v. 18, n. 2, p.71-75, jun. 2003.

PRONOVOST, P.J.; WU, A.W.;SEXTON, J.B. Acute Decompensation after Removing a Central Line: Practical Approaches to Increasing Safety in the Intensive Care Unit. **Annals of Internal Medicine**, USA, n. 140, p. 1025-1033, 2004.

PRUSAK, L. Where did Knowledge management come from? **IBM Systems Journal**, USA, v. 40, n. 4, 2001.

READER, T. et al. Non-technical skills in the intensive care unit. **British Journal of Anaesthesia**, England, v. 96, n.5, p. 551–9, 2006.

READER, T.W. et al. Interdisciplinary communication in the intensive care unit. **British Journal of Anaesthesia**, England, v. 98, n. 3, p. 347–52, 2007.

RIBEIRO, Rachel de Carvalho Negrão et al. Tecnologia e humanização em CC e UTI. **Rev. SOBECC**, São Paulo, v. 5, n. 6, p. 11, p.14-18, 2001.

RISSER, D. et al. The potential for improved teamwork to reduce medical errors in the emergency department. **Annals of Emergency Medicine**, USA, v. 34, n. 3, set. p. 373-383, 1999.

ROSENBERG, A.L.; WATTS, C. Patients Readmitted to ICUs. A Systematic Review of Risk Factors and Outcomes. **CHEST**, Northbrook, v. 118, n. 2, p. 492-502, 2000.

ROSENTHAL, G.E. et al. Severity-adjusted mortality and length of stay in teaching and nonteaching hospitals. Results of a regional study. **JAMA**. Chicago, v. 278, n. 6, p. 485-490, 1997.

ROTHSCHILD, J. M. et al. The Critical Care Safety Study: The incidence and nature of adverse events and serious medical errors in intensive care. **Critical Care Medicine**, New Jersey, v. 33, n. 8, p. 1694-1700, ago. 2005.

SABBATINI, R.M.E. Redes que Salvam. **Jornal Correio Popular**, Caderno de Informática, Campinas, SP, 29 ago. 95. Disponível em:
<http://www.sabbatini.com/renato/correio/corr293i.htm>. Acesso em: 23 set. 2007.

SCHRAIBER, L.B. et al. Planejamento, gestão e avaliação em saúde: identificando problemas. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 2, p. 221-242, 1999.

SENGE, P. **A dança das mudanças**. Rio de Janeiro: Campus, 1999.

SENGE, P. **A quinta disciplina: arte e prática da organização que aprende**. São Paulo: Best Seller, 1998.

SEXTON, J., THOMAS, E.; HELMREICH, R. Error, stress, and teamwork in medicine and aviation: Cross sectional. **British Medical Journal**, London, v. 320, n.7237, p. 745-749, mar. 2000.

SILVA, E.L.; MENEZES, E.M. **Metodologia da pesquisa e elaboração de dissertação**. 4. ed. Florianópolis: UFSC, 2005.

SILVA, M. J. P. **Comunicação tem remédio**: a comunicação nas relações interpessoais em saúde. São Paulo: Gente, 1996.

_____. O papel da comunicação na humanização da atenção à saúde. **Revista Bioética**, Brasília, v. 10, n. 2, p. 1-11, 2002.

SILVEIRA, H.F.R. Um estudo do poder na sociedade da informação. **Ciência da Informação**, Brasília, v. 29, n. 3, p. 79-90, set./dez. 2000.

SCCM – SOCIETY OF CRITICAL CARE MEDICINE. **Common problems of critical illness**. Disponível em : http://www.sccm.org/SCCM/MyICUCare/Support+Brochures/Critical_Illness.htm. Acesso em: 8 ago. 2007.

SCCM – SOCIETY OF CRITICAL CARE MEDICINE. **Why do ICU patients look and act that way?** Disponível em : <http://www.sccm.org/SCCM/MyICUCare/Support+Brochures/LookandAct.htm>. Acesso em: 8 ago. 2007.

STEWART, T.A. **Capital intelectual**: a nova vantagem competitiva das empresas. Rio de Janeiro: Campus, 1998. p. 237.

STOCKWELL, D.C.; SLONIM, A.D. Quality and Safety in the Intensive Care Unit. **Journal of Intensive Care Medicine**, Califórnia, ano. 21, n. 4; p. 199-210, 2006.

TASK FORCE ON GUIDELINES. SOCIETY OF CRITICAL CARE MEDICINE. **Guidelines for Intensive Care Unit design**. Critical Care Medicine, New Jersey, v. 23, n. 3, p. 582-588, 1995.

TEIXEIRA, J.J.V.; LEFÈVRE, F. A prescrição medicamentosa sob a ótica do paciente idoso. **Revista Saúde Pública**, São Paulo, vol. 35, n. 2, 2001.

TERRA, J.C.C. **Gestão do conhecimento**: o grande desafio empresarial: uma abordagem baseada no aprendizado e na criatividade. São Paulo: Negócio Editora, 2001.

THE ERGONOMICS SOCIETY. **What is ergonomics?** Disponível em: <http://www.ergonomics.org.uk/page.php?s=1&p=150>. Acesso: 11 abr. 2007.

HUMANIZAÇÃO NA UTI. Disponível em:

http://www.amib.com.br/paginasdinamicas/controller?command=MontarPagina&id_pag=1. Acesso em: 8 ago. 2007.

VASCONCELOS, E.M. **Complexidade e pesquisa interdisciplinar.** Rio de Janeiro: Editora Vozes, 2002.

VEIGA, F.C. **A autenticidade das relações interpessoais nas organizações.** 2004. 156 folhas. Dissertação (Mestrado em Ergonomia) - Programa de Pós-Graduação em Engenharia de Produção, Universidade Federal de Santa Catarina - Florianópolis, 2004.

VICTOR, A.C.S. et al. Comunicação verbal de uma equipe médica: percepções e necessidades de visitantes de uma UTI. **Acta Scientiarum. Health Sciences.** Maringá, v. 25, n. 2, p.199-206, 2003.

VILA, V.C.S.; ROSSI, L. A. O significado cultural do cuidado humanizado em Unidade de Terapia Intensiva: “Muito falado e pouco vivido”. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.10, n. 2, p. 137-144. mar. 2002.

WONG, D.T. et al. Evaluation of predictive ability of APACHE II system and hospital outcome in Canadian intensive care unit patients. **Critical Care Medicine**, New Jersey, vol. 23, n. 7, p. 1177-1183. jul., 1995.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **What is Knowledge Management?** Disponível em: <http://www.who.int/kms/en/>. Acesso em: 5 mar. 2007.

WHO — WORLD HEALTH ORGANIZATION. European Ministerial. **Mental health and working life.** Conference on Mental Health. Finland, January, 2005. Disponível em: <http://www.euro.who.int/document/mnh/ebrief06.pdf>. Acesso em: 11 abr. 2007.

APÊNDICES

APÊNDICE A: PARECER DO CONSELHO DE ÉTICA

APÊNDICE B:**CONSENTIMENTO INFORMADO****HOSPITAL PORTUGUÊS (SALVADOR/BA)****AVALIAÇÃO DA COMUNICAÇÃO ENTRE A EQUIPE MULTIDISCIPLINAR E DO TEMPO DE PERMANÊNCIA NA UTI, APÓS A INTRODUÇÃO DO FORMULÁRIO DE OBJETIVOS DIÁRIOS**

Responsável: Rosângela Martins Gueudeville (Fisioterapeuta)

Você está sendo convidado a participar desse estudo que tem como objetivo mensurar o impacto da introdução de um formulário de objetivos diários na comunicação entre a equipe multidisciplinar e no tempo de permanência dos pacientes na UTI. Estamos solicitando que os dados colhidos possam ser utilizados em publicações científicas.

O estudo não trará nenhum tipo de risco à saúde do paciente. A identidade do participante será mantida em absoluto sigilo, não sendo de maneira alguma associada às informações obtidas nesta pesquisa. Estas informações serão utilizadas para fins científicos, sendo resguardados a total privacidade e anonimato do paciente e do profissional.

A participação nesse estudo é voluntária. É de direito do familiar interromper a participação do paciente a qualquer momento sem que isso incorra em qualquer penalidade ou prejuízo ao paciente ou familiar. Não serão cobrados dos participantes custos adicionais, de qualquer natureza, referentes à pesquisa.

O responsável pela pesquisa se põe à disposição do familiar responsável para esclarecer qualquer dúvida referente à pesquisa.

Agradecemos antecipadamente a sua atenção e colaboração.

Eu, após ler e compreender as informações contidas neste documento, desejo participar desta pesquisa.

ASSINATURA DO RESPONSÁVEL

Data

APÊNDICE C: FORMULÁRIO DE OBJETIVOS DIÁRIOS

LEITO- _____ DATA- _____
 DATA DA ADMISSÃO- _____ IDADE E SEXO DO PACIENTE- _____
 DIAGNÓSTICO CLÍNICO- _____

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM- _____

DIAGNÓSTICO FUNCIONAL- _____

QUESTÕES	OBSERVAÇÕES
1-O que precisa ser feito para que o paciente receba alta da UTI?	
2-Sedação? Glasgow.	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO Glasgow:
4-Estável hemodinamicamente?	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
5-Uso de drogas vasoativas?	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
6-Infecção em atividade?	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO Local:
7-Ventilação Espontânea?	<input type="checkbox"/> SIM CV:
8-Via aérea artificial?	<input type="checkbox"/> TOT <input type="checkbox"/> TQT
9-Possibilidade de desmame?	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
10-Modo ventilatório, tempo de VM.	Modo: _____ Tempo de VM: _____
11-Peep, FiO ₂ , PaO ₂ /FiO ₂ atual.	Peep- _____ FiO ₂ - _____ PaO ₂ /FiO ₂ - _____
12-Falha no desmame? Número total de falhas.	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO Total de falhas:
13-Pode sair do leito?	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
14-Barthel e Apache	Barthel: _____ Apache: _____
15- Intercorrências? Nova alteração funcional?	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO Qual:

APÊNDICE D: PERGUNTAS

DATA- _____ PACIENTE/LEITO- _____

PROFISSIONAL- _____

Orientações para as questões 1 e 2: marque com um X o número correspondente a sua resposta.

1- Como você entende os objetivos de cuidado para este paciente hoje?

- 1- Entendo nada.
- 2- Entendo um pouco
- 3- Entendo alguma coisa
- 4- Entendo a maior parte
- 5- Entendo completamente

2- Como você entende que trabalho necessita ser executado para este paciente adquirir o próximo nível de cuidado?

- 1- Entendo nada.
- 2- Entendo um pouco
- 3- Entendo alguma coisa
- 4- Entendo a maior parte
- 5- Entendo completamente

3- Você considera a comunicação entre os membros da equipe de profissionais na UTI ideal? Em caso de não, possui sugestões para aprimorá-la? Quais?

APÊNDICE E: ENTREVISTA

DATA- _____

1- Qual foi o efeito do formulário de objetivos diários na comunicação?

2- Qual foi o efeito do formulário de objetivos diários no resultado do paciente?

3- O formulário de objetivos diários contribuiu para aumentar sua compreensão sobre o quadro clínico apresentado pelo paciente?

4- Como a forma afetou negativamente o cuidado ao paciente?