



Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ)
Centro de Ciências da Saúde (CCS)
Escola de Enfermagem Anna Nery (EEAN)
Departamento de Metodologia da Enfermagem (DME)
Núcleo de Pesquisa Gestão em Saúde e Exercício Profissional em
Enfermagem (GESPEN)
Coordenação Geral de Pós-Graduação e Pesquisa

Estratégias Gerenciais do Cuidado de Enfermagem na
Unidade Coronariana: avaliação em três hospitais públicos
universitários do estado do Rio de Janeiro

DANIELE FERNANDES DE AGUIAR

Rio de Janeiro

Maio / 2009



Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ)
Centro de Ciências da Saúde (CCS)
Escola de Enfermagem Anna Nery (EEAN)
Departamento de Metodologia da Enfermagem (DME)
Núcleo de Pesquisa Gestão em Saúde e Exercício Profissional em
Enfermagem (GESPEN)
Coordenação Geral de Pós-Graduação e Pesquisa

Estratégias Gerenciais do Cuidado de Enfermagem na
Unidade Coronariana: avaliação em três hospitais públicos
universitários do estado do Rio de Janeiro

DANIELE FERNANDES DE AGUIAR

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem Anna Nery, da Universidade Federal do Rio de Janeiro como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Orientadora:
Prof^a Dr^a Marluci Andrade Conceição Stipp

Rio de Janeiro
Maio / 2009

FICHA CATALOGRÁFICA

Aguiar, Daniele Fernandes de.

Estratégias Gerenciais do Cuidado de Enfermagem na Unidade Coronariana: avaliação em três hospitais públicos universitários do estado do Rio de Janeiro / Daniele Fernandes de Aguiar – Rio de Janeiro: UFRJ / EEAN, 2009.

xvii, 169 f.: il.

Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal do Rio de Janeiro, Escola de Enfermagem Anna Nery, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, 2009.

Orientadora: Prof^a Dr^a Marlucci Andrade Conceição Stipp

Referências Bibliográficas: f. 118-123

1. Enfermagem. 2. Gerência. 3. Unidades de Cuidados Coronarianos. 4. Hospitais Públicos. 5. Hospitais Universitários.

I. Stipp, Marlucci Andrade Conceição. II. Universidade Federal do Rio de Janeiro, Escola de Enfermagem Anna Nery, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. III. Título.

CDD 610.73

**Estratégias Gerenciais do Cuidado de Enfermagem na Unidade Coronariana:
avaliação em três hospitais públicos universitários do estado do Rio de
Janeiro**

DANIELE FERNANDES DE AGUIAR

Orientadora: Prof^a Dr^a Marluci Andrade Conceição Stipp

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem Anna Nery, da Universidade Federal do Rio de Janeiro, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Banca Examinadora:

Presidente

Prof^a Dr^a Marluci Andrade Conceição Stipp
Escola de Enfermagem Anna Nery – UFRJ

1^a Examinadora

Prof^a Dr^a Zenith Rosa Silvino
Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa – UFF

2^a Examinadora

Prof^a Dr^a Josete Luzia Leite
Escola de Enfermagem Anna Nery – UFRJ

Suplente

Prof^a Dr^a Marléa Chagas Moreira
Escola de Enfermagem Anna Nery – UFRJ

Suplente

Prof^a Dr^a Teresa Tonini
Escola de Enfermagem Alfredo Pinto – UNIRIO

Rio de Janeiro
Maio / 2009

Dedico todo o meu esforço em realizar esta pesquisa aos meus amados pais, Luzimar e Aguiar, pessoas insubstituíveis em minha vida; e ao meu magnífico namorado, Jurandir, que participa ativamente de todo o meu processo de amadurecimento pessoal e profissional. São estas as pessoas que fazem diariamente com que tudo possa valer à pena.

AGRADECIMENTOS

E, desde o fim da graduação, mais dois anos se passaram... Agora com mais um objetivo alcançado! A vida acadêmica sempre nos ensina que há algo novo a aprender. E hoje percebo que, apesar de todo o aprendizado adquirido até aqui, ainda há muitos caminhos a serem desvendados. Então, a caminhada continua... e este é apenas um pedaço de um longo caminho a ser percorrido.

Desejo compartilhar esta vitória com aqueles que me apoiaram, direta ou indiretamente, de perto ou de longe, com palavras de torcida ou em silêncio. Meus sinceros agradecimentos:

A DEUS, pela minha existência e por ter-me abençoado e dado coragem para chegar ao fim de mais um objetivo em minha vida!

À minha FAMÍLIA, pelo amor, carinho, apoio, compreensão e torcida em mais essa conquista. Sem o estímulo deles nos momentos difíceis, esta vitória não seria possível. Eu os amo muito!

Ao meu NAMORADO, que, mesmo ocupado com diversos compromissos também relacionados ao seu crescimento profissional, sempre esteve presente em meus planos e me incentivou a seguir em frente quando ameaçava fraquejar. Agradeço pela compreensão e carinho!

À Professora Doutora MARLUCI, que, muito mais que orientadora e professora, foi responsável pelo processo de construção do conhecimento desta dissertação de forma segura e afetiva e, sobretudo, pela confiança depositada em mim desde a graduação. Sem o seu incentivo, talvez eu não tivesse chegado até aqui hoje. Tento me espelhar em sua competência e dedicação para sempre buscar novos desafios. A esta mãe acadêmica, também devo tudo!

Aos meus AMIGOS, sejam os presentes ou os ausentes. Suas vibrações positivas foram decisivas para eu superar os obstáculos!

Aos meus COLEGAS DE TURMA de mestrado da EEAN e de especialização em cardiologia do Hospital Pró-Cardíaco, especialmente às queridas amigas que conquistei nestes cursos: Sabrina, Rosa e Marise (da EEAN); Adelaide, Ana Cristina, Kelly, Marcia Helena, Marcia Regina e Viviani (do Pró-Cardíaco). Dividimos conquistas e momentos difíceis, mas tudo deu certo!

Ao CORPO DOCENTE da Escola de Enfermagem Anna Nery, obrigada pelo incentivo e contribuições para o aperfeiçoamento desta pesquisa!

Aos SUJEITOS DA PESQUISA, obrigada por me receberem em seus locais de trabalho de forma calorosa e participativa e por contribuírem com a concretização da pesquisa!

Às ENFERMEIRAS CHEFES das Unidades Coronarianas dos hospitais, por me deixarem à vontade e proporem sugestões na fase de coleta de dados!

À BANCA EXAMINADORA composta pelas Professoras Doutoras Josete Luzia Leite, Zenith Rosa Silvino, Teresa Tonini e Marléa Chagas Moreira, por terem me acompanhado desde o início desta trajetória e me ajudado no aperfeiçoamento das minhas idéias de dissertação sempre com palavras sábias e de incentivo.

Ao CONSELHO NACIONAL DE DESENVOLVIMENTO CIENTÍFICO E TECNOLÓGICO (CNPq), do Ministério da Ciência e Tecnologia (MCT), por me proporcionar a oportunidade de receber bolsa de estudos.

A TODOS, SEREI ETERNAMENTE GRATA!!!

CORAÇÃO DE ESTUDANTE

(Wagner Tiso / Milton Nascimento)

“Coração de estudante

Há que se cuidar da vida

Há que se cuidar do mundo

Tomar conta da amizade

Alegria e muito sonho

Espalhados no caminho

Verdes, planta e sentimento

Folhas, coração,

Juventude e fé.”

RESUMO

AGUIAR, Daniele Fernandes de. **Estratégias Gerenciais do Cuidado de Enfermagem na Unidade Coronariana: avaliação em três hospitais públicos universitários do estado do Rio de Janeiro**. Orientadora: Prof^a Dr^a Marlucci Andrade Conceição Stipp. Rio de Janeiro: UFRJ/EEAN, 2009. Dissertação (Mestrado em Enfermagem).

Tratou-se de um estudo de caso múltiplo, com análise descritivo-exploratória e abordagem qualitativa, que objetivou: (1) identificar as estratégias gerenciais utilizadas pelas enfermeiras líderes do setor de Unidade Coronariana em hospitais públicos universitários; (2) analisar o gerenciamento do cuidado de enfermagem realizado pelas enfermeiras líderes no setor de Unidade Coronariana em hospitais públicos universitários; e (3) discutir os aspectos facilitadores e dificultadores do gerenciamento do cuidado de enfermagem no setor de Unidade Coronariana em hospitais públicos universitários. A coleta de dados ocorreu no período de maio a julho de 2008, com dezessete enfermeiras líderes atuantes no setor de Unidade Coronariana de três hospitais públicos universitários do estado do Rio de Janeiro: Hospital Universitário Clementino Fraga Filho, Hospital Universitário Pedro Ernesto e Hospital Universitário Antônio Pedro. Foi utilizado um roteiro de entrevista semi-estruturada e realizada observação direta dos sujeitos. Nos resultados, foram identificadas como estratégias gerenciais do cuidado de enfermagem: a “Organização do cuidado direto de enfermagem”, a “Manutenção de bom relacionamento interpessoal”, a “Organização dos recursos humanos” e a “Organização dos recursos materiais”. Verificou-se que diversos fatores influenciavam positiva ou negativamente o gerenciamento do cuidado realizado pelas enfermeiras líderes. Quanto aos aspectos facilitadores, evidenciaram-se o trabalho em equipe, o apoio dos superiores na estrutura organizacional hospitalar, o uso da internet no setor, a educação permanente da equipe, a monitorização contínua do cliente, a centralização do posto de enfermagem e o preparo prévio para o imprevisível. Dentre os aspectos dificultadores, destacaram-se o déficit de recursos humanos e materiais, as dificuldades decorrentes da inadequada gestão organizacional, os problemas enfrentados por quem trabalhava em serviço noturno e até mesmo a presença de alunos no setor. De acordo com todos os aspectos envolvidos neste estudo, foi possível entender melhor a forma de gerenciamento destes profissionais, ao passo em que conciliavam suas atribuições assistenciais e administrativas e, ainda, lidavam com inúmeros fatores intrínsecos e extrínsecos ao cuidado.

Palavras-chave: Enfermagem. Gerência. Unidades de Cuidados Coronarianos. Hospitais Públicos. Hospitais Universitários.

ABSTRACT

AGUIAR, Daniele Fernandes de. **Nursing Care Managerial Strategies in Coronary Care Unit: evaluation in three public university hospitals in Rio de Janeiro state.** Tutor: Marlucci Andrade Conceição Stipp. Rio de Janeiro: UFRJ/EEAN, 2009. Dissertation (Master's Nursing).

The research constituted a multiple case study, with descriptive and exploratory analysis and qualitative broach. Objectives: (1) to identify the managerial strategies used by nurse leaders in the Coronary Care Unit in public university hospitals; (2) to analyze the nursing care management carried out by nurse leaders in Coronary Care Units in public university hospitals; and (3) discuss the facilitating and complicating aspects of the nursing care management in the Coronary Care Unit in public university hospitals. The data collection occurred during May-July 2008, with seventeen nurse leaders of the Coronary Care Unit in public university hospitals in Rio de Janeiro state: Hospital Universitário Clementino Fraga Filho, Hospital Universitário Pedro Ernesto and Hospital Universitário Antônio Pedro. We used a script of semi-structured interview and made direct observation of subjects. In the results, we identified as managerial strategies of nursing care: the "Organization of direct care nursing", the "Maintenance of good interpersonal relationship", the "Organization of human resources" and "Organization of material resources". We verified that several factors affected positively or negatively the care management carried out by nurse leaders. About the facilitating aspects, we identified the teamwork, the support of boss in the hospitalary organizational structure, the use of internet in the sector, the permanent education of team, the continuous monitoring of patient, the centralization of the post of nursing and the previous preparation for the unpredictable. Among the complicating aspects, we stood out the lack of human and material resources, the difficulties arising from inadequate organizational management, the problems faced by those working in nightly service and the presence of students in the sector. According with all aspects involved in this study, we understood better how these professionals manage the nursing care, while they had their care and administrative tasks and, also, confront many intrinsic and extrinsic factors to care.

Keywords: Nursing. Management. Coronary Care Units. Hospitals, Public. Hospitals, University.

RESUMEN

AGUIAR, Daniele Fernandes de. **Estrategias de Gestión para el Cuidado de la Enfermería en la Unidad de Cuidados Coronarios: evaluación en tres hospitales universitarios del estado de Río de Janeiro.** Orientadora: Profesora Doctora Marluci Andrade Conceição Stipp. Rio de Janeiro: UFRJ/EEAN, 2009. Disertación (Mestrado en Enfermería).

Se trata de un estudio caso múltiple, con análisis descriptivo exploratorio y abordaje cualitativo, que tiene como principales objetivos: (1) identificar las estrategias de gestión utilizadas por las jefes de enfermería encargadas del sector en las unidades coronarias de los hospitales universitarios públicos; (2) analizar la gestión para el cuidado de la enfermería realizado por las jefes de enfermería encargadas del sector en las unidades coronarias de los hospitales universitarios; y (3) discutir los aspectos que facilitan y dificultan la gestión para el cuidado de la enfermería del sector en las unidades coronarias de los hospitales universitarios públicos. La recopilación de los datos se realizó en un periodo que abarcó de mayo a julio de 2008, con diecisiete jefes de enfermería encargadas del sector en la unidad coronaria de tres hospitales universitarios en el estado de Río de Janeiro: Hospital Universitario Clementino Fraga Filho, Hospital Universitario Pedro Ernesto y Hospital Universitario Antonio Pedro. Se utilizó un plan de trabajo con entrevistas semiestructuradas y la observación directa de los sujetos de estudio. En lo que a los resultados de la investigación se refiere, fueron identificadas como estrategias de gestión para el cuidado de la enfermería: la “Organización de la atención directa de la enfermería”, “Mantener buenas relaciones interpersonales”, la “Organización de los recursos humanos” y la “Organización de los recursos materiales”. Se constató que existen varios factores que afectan positiva o negativamente a la gestión del cuidado de la enfermería realizado por las jefes de enfermería. Entre los factores positivos se identificaron: el trabajo en equipo, el apoyo de los superiores en la estructura organizacional del hospital, el uso de internet en el sector, la educación permanente del equipo, el monitoreo continuo del cliente, la centralización del puesto de enfermería y una preparación previa para lo imprevisible. Entre las cuestiones desfavorables o que obstaculizan, destacaron: la falta de recursos humanos y materiales, las dificultades provenientes de la inadecuada gestión organizacional, los problemas a los que se enfrentan los que trabajan en el turno nocturno e incluso la presencia de estudiantes en el sector. Después de analizar todos los aspectos involucrados en este estudio, fue posible comprender mejor la forma en que estos profesionales realizan su gestión, al mismo tiempo en que concilian sus responsabilidades asistenciales y administrativas, ocupándose simultáneamente de innumerables factores intrínsecos y extrínsecos al cuidado.

Palabras-clave: Enfermería. Gerencia. Unidades de Cuidados Coronarios. Hospitales Públicos. Hospitales Universitarios.

LISTA DE TABELAS

Tabela 01 – Características dos sujeitos do estudo, segundo instituição, sexo e faixa etária	25
Tabela 02 – Características dos sujeitos do estudo, segundo turno de serviço, tempo de profissão como enf. líder (anos), existência de outro(s) vínculo(s) empregatícios e realização de cursos(s) de pós-graduação <i>lato / stricto sensu</i>	48

LISTA DE QUADROS

Quadro 01 – Outros vínculos empregatícios dos sujeitos do estudo	50
Quadro 02 – Cursos de pós-graduação <i>lato/stricto sensu</i> realizados (ou em andamento) pelos sujeitos do estudo	51

LISTA DE FLUXOGRAMAS

Fluxograma 01 – Organização de Enfermagem nas Instituições	43
Analizadas	

SUMÁRIO

Lista de Tabelas	xii
Lista de Quadros	xiii
Lista de Fluxogramas	xiv
Capítulo 1 Considerações Iniciais	01
1.1 Apresentação	01
1.2 Situação Problema	04
1.3 Questões Norteadoras	10
1.4 Objetivos do Estudo	11
1.5 Relevância do Estudo	11
1.6 Contribuições do Estudo	12
Capítulo 2 Fundamentação Teórica	14
2.1 A Gerência do Cuidado de Enfermagem	14
2.2 O Cuidado de Enfermagem em Unidade Especializada	20
Capítulo 3 Metodologia	23
3.1 Tipo de Estudo	23
3.2 Sujeitos do Estudo	24
3.3 Aspectos Éticos e Legais	27
3.4 Produção e Análise dos Dados	28
Capítulo 4 Descrição dos Cenários	31
4.1 Hospital Universitário Clementino Fraga Filho (HUCFF / UFRJ)	31
4.2 Hospital Universitário Pedro Ernesto (HUPE / UERJ)	35
4.3 Hospital Universitário Antônio Pedro (HUAP / UFF)	40
4.4 Fluxograma da Organização de Enfermagem nos Hospitais	43
Capítulo 5 Perfil do Grupo Estudado	48

Capítulo 6 Organização do Cuidado Direto de Enfermagem	54
6.1 Estabelecimento de Prioridades no Planejamento do Cuidado	54
6.2 Observação de Necessidades na Assistência de Enfermagem	58
6.2.1 Necessidades da Clientela	59
6.2.2 Necessidades dos Alunos	65
6.2.3 Necessidades da Equipe de Enfermagem	67
Capítulo 7 Manutenção de Bom Relacionamento Interpessoal	70
Capítulo 8 Organização dos Recursos Humanos	75
Capítulo 9 Organização dos Recursos Materiais	85
Capítulo 10 Aspectos Facilitadores do Gerenciamento de Enfermagem	90
10.1 Trabalho em Equipe	90
10.2 Apoio dos Superiores	93
10.3 Uso da Internet no Setor	94
10.4 Educação Permanente da Equipe	95
10.5 Monitorização Contínua do Cliente	96
10.6 Centralização do Posto de Enfermagem	97
10.7 Preparo Prévio para o Imprevisível	99
Capítulo 11 Aspectos Dificultadores do Gerenciamento de Enfermagem	102
11.1 Déficit de Recursos	102
11.1.1 Déficit de Recursos Humanos	102
11.1.2 Déficit de Recursos Materiais	104
11.2 Dificuldades na Gestão Organizacional	106
11.3 Dificuldades no Trabalho Noturno	108
11.4 Presença de Alunos no Setor	109
Capítulo 12 Considerações Finais	112

Referências	118
Cronograma de Atividades	124
Apêndices	125
A – Solicitação para Realização de Pesquisa (UCs do HUCFF e HUPE)	126
B – Solicitação para Realização de Pesquisa (DEN do HUCFF)	128
C – Autorização da Chefia de Enfermagem da UC do HUCFF	130
D – Autorização da Chefia de Enfermagem da UC do HUPE	131
E – Autorização da Divisão de Enfermagem do HUCFF	132
F – Carta para os Comitês de Ética em Pesquisa	133
G – Orçamento Financeiro	134
H – Declaração sobre Divulgação dos Resultados	135
I – Declaração sobre Uso e Destinação dos Resultados	136
J – Termo de Compromisso	137
K – Roteiro de Entrevista Semi-Estruturada	138
L – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido do HUCFF	139
M – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido do HUPE	141
N – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido do HUAP	143
Anexos	145
A – Carta de Aprovação do CEP do HUCFF	146
B – Carta de Aprovação do CEP do HUPE	147
C – Carta de Aprovação do CEP do HUAP	148
D – Unidade Coronariana e Unidade de Cirurgia Cardíaca do HUCFF	149
E – Unidade Coronariana do HUCFF	150
F – Unidade Coronariana do HUPE	151
G – Unidade Coronariana do HUAP	152

CAPÍTULO 1

CONSIDERAÇÕES INICIAIS

1.1 Apresentação

O interesse em realizar esta pesquisa surgiu enquanto aluna do sétimo período do curso de graduação em Enfermagem e Obstetrícia da Escola de Enfermagem Anna Nery, da Universidade Federal do Rio de Janeiro. Neste momento, tornei-me aluna de iniciação científica (IC) e inseri-me na linha de pesquisa com enfoque na gerência em enfermagem cardiovascular, consolidando o meu interesse pela área cardiológica.

Ao ocupar esta posição, tive a oportunidade de realizar estudos acerca do tema, obter dados sobre a frequência de publicação do mesmo pelos profissionais de enfermagem em níveis nacional e internacional, além de destacar aspectos referentes à atuação da enfermeira¹ na área cardiológica.

Também fui buscar, paralelamente, a experiência do estágio extracurricular em setores de clínicas médica e cirúrgica do Hospital da Universidade, com a finalidade de adequar os conteúdos teóricos apreendidos no Núcleo de Pesquisa Gestão em Saúde e Exercício Profissional em Enfermagem (GESPEN) à prática das atividades gerenciais e de liderança em enfermagem nos setores, sob a supervisão das enfermeiras chefes e líderes de equipes.

A partir daí, pude prestar assistência de enfermagem a clientes com diversas patologias e peculiaridades, característica própria das clínicas médicas e cirúrgicas, e executar atribuições administrativas de enfermagem.

¹ Optei por utilizar esta nomenclatura devido ao fato de a Enfermagem ser uma profissão exercida em sua maioria por profissionais do gênero feminino.

Embora não fossem setores específicos de cardiologia, a maioria dos clientes apresentava alguma doença cardiovascular que contribuiu para a sua hospitalização, uma vez que as doenças cardiovasculares (DCV) constituem um assunto de extremo interesse da comunidade científica e da população em geral, pois, segundo dados do Ministério da Saúde (BRASIL, 2005), as DCV têm sido a causa mais comum de morbi-mortalidade no Brasil e no mundo.

Verifiquei que as atividades das enfermeiras chefes de setor, ou gerentes², consistiam em prever e prover todo tipo de insumo material para a unidade, organizar a escala mensal de plantão das equipes de enfermagem, elaborar planilhas orçamentárias, supervisionar a organização do setor, solicitar o reparo de equipamentos inutilizados e preparar pedidos de medicações para a farmácia, geralmente, em um plantão de seis horas, normalmente de 7h às 13h. Portanto, devido a este excesso de atribuições em um curto espaço de tempo, muitas vezes tornava-se inviável prestar o cuidado direto de enfermagem, concomitante à sua prática administrativa.

Enquanto isso, as enfermeiras responsáveis pela assistência direta ao cliente (denominadas, naquele hospital, de líderes³) recebiam o plantão da equipe anterior, elaboravam a escala diária dos técnicos de enfermagem, promoviam o dimensionamento do pessoal, conduziam a equipe composta por auxiliares e técnicos de enfermagem, realizavam os cuidados privativos aos clientes – como, por exemplo, curativos e sondagens –, preparavam o relatório diário de enfermagem,

² Gerência pode ser definida como a arte de pensar, julgar, decidir e agir para obter resultados (MOTTA, 2002). Portanto, habilidades mais complexas do que as técnicas administrativas também permeiam a atuação da gerente, a fim de assegurar uma prática de qualidade.

³ A liderança pode ocorrer externamente a um contexto organizacional, sendo definida como o processo de conduzir um grupo, ou grupos, em uma direção, por meios menos coercitivos (MARQUIS; HUSTON, 2005).

faziam as prescrições de enfermagem, conferiam materiais do carrinho de parada e do setor em geral, contabilizavam as medicações recebidas pela farmácia e as já existentes no setor – medicações controladas / psicotrópicos –, dentre outras atividades, em um plantão de doze horas (7h às 19h, ou vice-versa). Portanto, suas atividades não eram somente assistenciais, como também administrativas / gerenciais.

Presenciei o quanto de produtividade é exigido das enfermeiras chefes e líderes, mas, principalmente, destas últimas. E, tratando-se de um hospital público, ainda tinham que lidar, na maioria das vezes, com as questões de insuficiência de recursos, sejam eles materiais, humanos ou administrativos. Além disso, por se tratar de um contexto de hospital de ensino⁴, e ainda que eventualmente não estivessem preparadas ou aceitassem esta premissa, elas ficavam responsáveis também por acompanhar e supervisionar alunos nos seus estágios regulares e/ou extracurriculares dentro do setor. Esses alunos, geralmente, estão em busca incessante de conhecimentos e habilidades técnicas, demandando atenção e tempo das enfermeiras.

Assim, comecei a me inquietar com as seguintes questões: se, diante de toda esta complexidade, já seria difícil realizar tudo o que era atribuído às enfermeiras líderes daqueles setores de clínicas médica e cirúrgica, como seria em se tratando de um setor específico de cardiologia e dotado de alta tecnologia, como a Unidade Coronariana? Como as enfermeiras líderes, que estavam na condução do cuidado direto de enfermagem e mais próximas à clientela, gerenciavam todas as suas atribuições naquele setor especializado? Entendendo-se, então, que as enfermeiras

⁴ De acordo com a Portaria nº 375 do Ministério da Educação (1991, p. 4061), “Hospital de Ensino é a denominação aplicável ao conjunto de Hospitais Universitários, Hospitais Escola e Hospitais Auxiliares de Ensino”.

líderes utilizavam estratégias próprias para gerenciar suas atribuições assistenciais e administrativas, de que forma conduziam estas estratégias?

Cabe ressaltar que, neste estudo, entendo como “estratégias gerenciais” os mecanismos adotados pelas enfermeiras líderes para gerenciar o cuidado de enfermagem, ao mesmo tempo em que lidam com alunos em seus estágios nestes setores e com os problemas de insuficiência de recursos presentes na maioria dos hospitais da rede de saúde pública.

Para Motta (2002), “estratégia” é o conjunto de decisões fixadas em um plano ou emergentes do processo organizacional, que integra missão, objetivos e sequência de ações administrativas em um todo interdependente. Devido à velocidade das mudanças sociais, econômicas e políticas, este conceito passou a ser integrado à prática gerencial.

Waldow (1998) já dizia que a enfermagem precisa conscientizar-se a respeito de seus problemas, refletir sobre eles, organizar-se e criar coletivamente estratégias para uma política de ação.

1.2 Situação Problema

Trago, a princípio, algumas considerações sobre a estrutura organizacional de uma instituição hospitalar, referida por Tonini (2006), para elucidar melhor o tema do presente estudo.

Geralmente, no meio da estrutura hospitalar e subordinada diretamente ao Diretor do hospital, encontra-se a Diretora da Divisão ou da Chefia de Enfermagem, responsável técnica e coordenadora de todas as ações com cunho administrativo e assistencial. No caso de hospitais de grande porte⁵ (como no estudo em questão),

⁵ Com capacidade de 151 a 500 leitos.

existe ainda a figura das chefes de Seção, responsáveis por espaços delimitados que podem corresponder a um grupo de andares, segundo o tipo de clínica.

Na base da estrutura, encontram-se as chefes de Setor e as enfermeiras líderes lotadas nas unidades de internação e ambulatoriais, e que são responsáveis pelas atividades finalísticas, ou seja, atividades junto aos clientes.

Às chefes de setor, como observei em estágios durante a graduação, cabe, principalmente, a gerência das atividades de cunho administrativo; enquanto as enfermeiras líderes gerenciam mais o atendimento direto ao cliente, coordenando o grupo de técnicos e auxiliares de enfermagem escalados especificamente em seus plantões.

No entanto, se uma administradora orienta, dirige e motiva, e uma líder fortalece os outros, idealiza-se, então, que toda administradora seja uma líder. É aquela que faz acontecer, age, tem as responsabilidades e conduz. É esta que influencia e orienta o rumo, as opiniões e o curso das ações (MARQUIS; HUSTON, 2005).

Desta forma, a líder deve adquirir / desenvolver certas habilidades, tais como: tomar decisões, comunicar, avaliar, facilitar, assumir riscos, energizar, treinar, aconselhar, ensinar, pensar criticamente, intermediar e influenciar; além de ser mentora, advogada, visionária, previdente, solucionadora criativa de problemas, agente de mudanças, diplomata e modelo de conduta (MARQUIS; HUSTON, *op. cit.*).

É preciso ter em vista que as habilidades necessárias para ser uma líder eficiente são dinâmicas e mudam constantemente, em resposta ao mundo de rápida transformação em que vivemos.

Verifica-se, então, que os conceitos de liderança e administração têm uma relação simbiótica ou sinérgica. Para que administradoras e líderes desenvolvam seu maior potencial, elas devem estar integradas.

Diante destas explicitações, entendem-se neste estudo como enfermeiras gerentes/ chefes de setor aquelas que estão no gerenciamento do cuidado indireto de enfermagem e, em complementaridade, as enfermeiras líderes encontram-se no gerenciamento do cuidado direto. Embora existam diferenças de nomenclatura deste último grupo de profissionais entre as instituições de saúde – como, por exemplo, líder, rotina, assistencial e plantonista –, estas realizam as mesmas atividades-fim.

Retomando as questões sobre a Unidade Coronariana (UC), cabe resgatar que é um setor diferenciado por exigir equipamentos de alta tecnologia e cuidados especializados desenvolvidos pelos profissionais que a ocupam. Além do aprimoramento científico da equipe, é necessário o desenvolvimento de habilidades em prol da dinamização do cuidado ao cliente crítico.

A qualificação da assistência de enfermagem prestada é um fator determinante na UC para a recuperação biopsicosocioespíritual do cliente. A prestação de cuidados ao coronariopata requer da enfermeira multiplicidade de conhecimento e versatilidade na sua atuação, enquanto gerente ou líder de equipe. Para Aguiar e Stipp (2006), é necessária também a aplicação de um processo de enfermagem que se baseia na metodologia assistencial.

Dentro de várias possibilidades de exercer a prática de enfermagem, o gerenciamento da unidade de cuidados críticos é um fato que possibilita uma assistência humanizada e de qualidade. O objetivo é prover cuidados organizados e sistematizados, em um ambiente satisfatório e propício para a prática de enfermagem.

Para Erdmann e Pinheiro (1998), a gerência de enfermagem no cenário crítico é dinâmica e se opera na maximização dos resultados, em que se considera o desenvolvimento de um senso crítico estrutural, voltado para uma prática de enfermagem baseada no estímulo ativo fornecido pela gerente de enfermagem.

As unidades de cuidados críticos constituem-se de características próprias no universo hospitalar, mas compõem a totalidade da instituição em que se desenvolvem seus serviços.

Remetendo-me a uma empresa quando penso em instituição hospitalar, Chiavenato (2000) nos diz que, a fim de tornar as ações exequíveis, não se pode esquecer dos recursos empresariais, pois é por meio deles que as instituições atingem suas metas. São eles: recursos materiais, financeiros, humanos, mercadológicos e administrativos.

Os recursos materiais englobam os recursos físicos, abrangendo o equipamento a ser utilizado, o material a ser consumido e o espaço físico apropriado. Quanto aos recursos financeiros, estes são os meios que permitem financiar as operações da empresa, como o capital, fluxo de caixa, faturamento e investimentos (CHIAVENATO, *op. cit.*).

Os recursos humanos dizem respeito à execução do trabalho propriamente dito, bem como à relação de desenvolvimento e aprimoramento dos indivíduos frente à empresa. Esses recursos são representados pelos diretores, gerentes, chefes, supervisores, funcionários e operários. Eles são os únicos recursos vivos e inteligentes da empresa, portanto, aqueles que operam e dinamizam os demais recursos empresariais (CHIAVENATO, *op. cit.*).

Os recursos mercadológicos compreendem os meios pelos quais a empresa entra em contato com o seu ambiente externo, principalmente, com a parcela do

ambiente que constitui o seu mercado e seus clientes. Neles, incluem-se as vendas, a promoção, a propaganda e a distribuição dos produtos. E, por fim, os recursos administrativos tratam do sistema operativo e administrativo da empresa, como a direção, gerência e supervisão. Sua finalidade é integrar e coordenar todos os demais recursos empresariais (CHIAVENATO, *op. cit.*).

Com a crise de insuficiência de recursos empresariais em que se encontra a maioria dos hospitais do Rio de Janeiro, é fato notório que a equipe de enfermagem enfrenta muitos problemas quando desenvolve os cuidados aos clientes, em especial, nos hospitais públicos. Para lidar com estas dificuldades nas unidades de saúde, a enfermeira precisa ter capacidade e criatividade para adequar a realidade à sua prática assistencial e/ou gerencial.

Em hospitais universitários⁶, um aspecto também abordado neste estudo, as enfermeiras dos setores, além de suas atividades já preestabelecidas, exercem também a supervisão e o ensino de alunos em fase de graduação e, até mesmo, de pós-graduação na modalidade *lato sensu*.

Ensinar a cuidar engloba o processo cuidar-ensinar-pesquisar. Esta tríade requer a leitura crítica do nosso cotidiano sobre como ensinar e cuidar do outro. A proposta é manter uma relação entre aquele que pesquisa como educar sobre o cuidar e aquele que é educado, em que ambos sofrem e recebem a ação um do outro em um processo de reciprocidade e troca constante, inerente ao próprio processo de pesquisa. Esta abordagem envolve descoberta, pois permite a visão do novo e do inesperado, mesmo com a experiência de tudo o que se sabe e se pratica (WALDOW; LOPES; MEYER, 1995).

⁶ Segundo a Portaria nº 375 do Ministério da Educação (*op. cit.*, p. 4061), “Hospital Universitário é o hospital de propriedade ou gestão de Universidade Pública ou Privada, ou a elas vinculado por regime de comodato ou cessão de uso, devidamente formalizados”. Ele pode ser geral, composto por todas as clínicas, ou especializado em um tipo de clínica, por exemplo, psiquiátrico, pediátrico, maternidade, entre outros. De qualquer forma, deve integrar a assistência ao ensino e à pesquisa.

Sabe-se que o hospital universitário é um ambiente onde devem ser encorajados, talvez mais do que em qualquer outra instituição, o estímulo à educação permanente dos profissionais e o aprimoramento científico dos alunos em seus estágios, embora este último fator pareça interferir, em princípio, na dinamização do serviço prestado.

Diante disso, as enfermeiras chefes / gerentes e líderes dos campos de prática – principalmente as líderes, pois estas ficam no setor durante um número maior de horas – ficam responsáveis ao entrarem para uma instituição que preza não somente pela assistência, como também pelo ensino e pela pesquisa, pela orientação e pelo acompanhamento dos discentes no desenvolvimento das atividades assistenciais, gerenciais e de liderança.

Assim, são analisadas as peculiaridades específicas na rotina de cada setor e a complexidade da clientela assistida para torná-los capazes de assistirem a clientela / família, adquirirem autonomia na tomada de decisões e desenvolverem raciocínio crítico frente às situações inesperadas.

Diante da complexidade de tudo o que foi explicitado anteriormente e considerando cada aspecto envolvido neste estudo a ser aprofundado mais adiante, foi importante identificar como as enfermeiras líderes gerenciavam o cuidado de enfermagem prestado à clientela em um cenário especializado em cardiologia de três instituições públicas universitárias, na medida em que coordenavam suas atribuições assistenciais, administrativas e de pesquisa e, ainda, supervisionavam os discentes nos campos de atuação.

Na tentativa de buscar respostas nas bases de dados SciELO e BDENF, considerando o recorte temporal de 2000 a 2007 e correlacionando os descritores em ciências da saúde (DeCS) “enfermagem”, “gerência”, “liderança” e

“administração”, foram encontradas 390 publicações, das quais 102 relacionaram-se ao tema proposto neste estudo: eram 95 artigos científicos, 02 dissertações de mestrado e 05 teses de doutorado.

No entanto, ao associar estes descritores (“enfermagem”, “gerência”, “liderança” e “administração”) com “unidades de cuidados coronarianos” nas mesmas bases de dados e considerando o mesmo recorte temporal, não foi encontrada nenhuma publicação. Procedendo da mesma forma com o descritor “hospitais públicos”, também não foi evidenciado nenhum trabalho científico. Já com a utilização do descritor “hospitais universitários”, foram encontradas 13 publicações, das quais apenas 04 foram selecionadas: 02 artigos científicos, 01 dissertação de mestrado e 01 tese de doutorado. Porém, nenhuma delas referia-se ao setor de unidade coronariana.

Ficou evidente, portanto, a existência de uma lacuna do conhecimento acerca de todos os fatores aqui abordados, o que justificou ainda mais a realização do presente estudo.

Surgiu, dessa forma, o interesse em pesquisar a gerência do cuidado de enfermagem em setor especializado, especificamente, a Unidade Coronariana, de hospitais públicos universitários do estado do Rio de Janeiro. Assim, elaborei como meu objeto de estudo **as estratégias gerenciais da enfermeira líder no cenário das doenças coronarianas.**

1.3 Questões Norteadoras

Como questões norteadoras, estabeleci as seguintes:

- De que forma as enfermeiras líderes gerenciam o cuidado de enfermagem no setor de Unidade Coronariana de hospitais públicos universitários?

- Quais as estratégias gerenciais utilizadas pelas enfermeiras líderes no gerenciamento do cuidado de enfermagem no setor de Unidade Coronariana destes hospitais?

1.4 Objetivos do Estudo

Para responder às questões anteriores, elaborei os seguintes objetivos:

- Identificar as estratégias gerenciais utilizadas pelas enfermeiras líderes do setor de Unidade Coronariana em hospitais públicos universitários.
- Analisar o gerenciamento do cuidado de enfermagem realizado pelas enfermeiras líderes no setor de Unidade Coronariana em hospitais públicos universitários.
- Discutir os aspectos facilitadores e dificultadores do gerenciamento do cuidado de enfermagem no setor de Unidade Coronariana em hospitais públicos universitários.

1.5 Relevância do Estudo

Este estudo é relevante por acrescentar à literatura recente a abordagem no que diz respeito à gerência de enfermeiras líderes atuantes em Unidade Coronariana de hospitais públicos universitários, na medida em que prestam cuidados a esta clientela específica, coordenam atividades desenvolvidas pela equipe de enfermagem, realizam atividades administrativas e orientam o desenvolvimento de habilidades e o aprimoramento científico dos alunos de graduação.

Reconhecendo o hospital universitário como um centro profissional de saúde que enfatiza a qualidade do tratamento e da assistência dispensados aos clientes, bem como o ensino e a pesquisa – sendo, portanto, uma instituição imprescindível

para a assistência, desenvolvimento da ciência e formação de recursos humanos da área –, a enfermeira refletirá e sentirá a importância da condução bem sucedida de seu papel alicerçado em competências profissionais e sociais, caracterizando sua identidade nesse contexto e na sociedade (TREVIZAN et. al., 2005).

1.6 Contribuições do Estudo

Este estudo está em consonância com a linha de pesquisa “Gerência em Enfermagem” e registrado no GESPEN, da EEAN / UFRJ, trazendo contribuições para a assistência, pesquisa e ensino de enfermagem.

Quanto à **assistência de enfermagem**, nos possibilitará conhecer melhor as estratégias gerenciais das enfermeiras líderes no setor de Unidade Coronariana, enquanto profissionais de hospitais públicos universitários, na medida em que este setor se difere por cuidados especializados em cardiologia, e, também, oferecer uma leitura crítica sobre o cotidiano profissional destas enfermeiras cuidadoras, educadoras e administradoras. Como afirma Peixoto (2004), a produção e a difusão do conhecimento são pilares fundamentais para o crescimento profissional.

Ampliará também a **pesquisa de enfermagem** sobre as questões referentes às atribuições gerenciais e contribuições das enfermeiras líderes do setor de Unidade Coronariana atuantes em hospitais públicos universitários, quanto ao planejamento e à execução dos cuidados de enfermagem e ao treinamento de alunos nos campos de prática.

E, finalmente, para o **ensino de enfermagem**, tanto no âmbito da graduação quanto de pós-graduações *lato sensu* e *strictu sensu*, promoverá o conhecimento de alunos, professores e, até mesmo, profissionais de enfermagem acerca das práticas

assistenciais, educacionais e administrativas deste grupo de profissionais, podendo integrar a temática nos conteúdos teóricos ministrados nos programas curriculares.

CAPÍTULO 2

FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1 A Gerência do Cuidado de Enfermagem

Em função da necessidade de sistematização da assistência de enfermagem no hospital, Florence Nightingale instituiu medidas administrativas que se desenvolveram com sucesso, configurando-a como a pioneira da administração hospitalar (TREVIZAN, 1998).

O desenvolvimento de seu trabalho administrativo também permitiu criar bases para um olhar organizacional ao cuidado, seja no campo educacional ou no gerencial. Dessa forma, Florence teve, no bojo de suas ações, o ambiente propício para a transformação da prática do cuidado de enfermagem, que do elementar fazer passou à ação dirigida e sistematizada.

Marquis e Huston (2005) apresentam como fases do processo administrativo do cuidado de enfermagem:

O *planejamento*: inclui a determinação de filosofia, metas, objetivos, políticas, procedimentos e normas, a execução de projeções de curto ou longo alcance, a determinação de um rumo contábil de ação e a administração da mudança planejada;

A *organização*: abrange o estabelecimento da estrutura para a execução dos planos, a determinação do tipo mais adequado de cuidado a ser oferecido ao cliente e as atividades de grupo que atendam às metas da unidade. Outras funções envolvem o trabalho no âmbito da estrutura organizacional, a compreensão e o uso do poder e da autoridade de forma apropriada;

As funções relativas ao *peçoal*: consistem no recrutamento, na entrevista, na contratação e na orientação dos funcionários. Organização dos horários, desenvolvimento dos funcionários, sua socialização e a distribuição das equipes costumam ser parte das funções de recrutamento;

A *direção*: normalmente, inclui várias funções associadas ao pessoal. As funções desta fase, entretanto, acarretam responsabilidades de administração de recursos humanos, como motivar, administrar conflitos, delegar, comunicar e facilitar a colaboração;

E o *controle*: inclui avaliações de desempenho, a contabilidade fiscal, o controle da qualidade, o controle legal, ético, profissional e acadêmico.

O processo administrativo, assim como o processo de enfermagem, é cíclico, podendo coexistir várias funções diferentes. Da mesma forma que a prática de enfermagem requer que todo cuidado tenha um plano e avaliação, cada uma das funções administrativas exige o mesmo (MARQUIS; HUSTON, *op. cit.*).

Considerando-se que continuarão a ocorrer mudanças rápidas e significativas na enfermagem e na indústria dos cuidados da saúde, é ainda mais importante que as enfermeiras desenvolvam habilidades nos papéis de liderança e nas funções administrativas. Elas devem trabalhar para a integração das características de liderança em cada uma das fases do processo administrativo.

Assim, a líder / administradora integrada estará preparada para enfrentar o futuro e lidar adequadamente com os desafios de um sistema de cuidados de saúde em transformação.

Desta forma, os recursos humanos são o primeiro foco de atenção da enfermeira gerente e/ou líder de unidade de cuidados críticos. Contar com uma

equipe qualificada é condição vital para a atuação efetiva do trabalho da enfermeira (NASCIMENTO; STIPP, 2002).

Porém, para dirigir as pessoas, não basta dar ordens e instruções, comunicar e incentivar. É preciso, ainda, liderar, ou seja, ter capacidade de influenciar o comportamento das pessoas.

Dentre os atributos de um líder eficaz, a credibilidade destaca-se como um quesito fundamental, relacionada a comportamentos que denotam honestidade, integridade e dinamismo, constatando que, para se conseguir o crédito dos seguidores, é necessário existir coerência entre ações e palavras do dirigente (SIMÕES; FÁVERO, 2003).

Portanto, o desenvolvimento de pesquisas e grupos de interesse na área do saber do cuidado crítico aprimora o aspecto técnico-científico da enfermagem, refletindo-se na execução do cuidado, e promove o aperfeiçoamento contínuo.

Outro aspecto que envolve os recursos humanos diz respeito ao dimensionamento da equipe de enfermagem (NASCIMENTO; STIPP, 2002). Ao gerenciar a unidade de cuidados críticos, a enfermeira faz uma conexão assistencial entre as equipes de enfermagem, pois está presente de forma contínua durante a rotina dos cuidados, isto é, no momento em que são tomadas as decisões mais importantes na condução do programa de tratamento, seja ele clínico ou cirúrgico.

Participar da troca diária dos plantões de enfermagem é uma atividade de maior importância, pois é justamente nesse momento que a enfermeira gerente passará informações necessárias para a manutenção de determinado cuidado de enfermagem ou mesmo a divulgação de novos protocolos assistenciais.

Não podemos nos esquecer de que a gerente de enfermagem é a força motriz para o estímulo à prática assistencial de sua equipe. Portanto, concessões,

benefícios e prêmios por desempenho são uma necessidade de incutir satisfação no funcionário, assim como ocorre em grandes empresas.

Dessa forma, escalas de trabalho, férias, possibilidade de complementação de carga horária e outros aspectos relacionados à rotina de trabalho devem ser exequíveis e, preferencialmente, ouvindo as necessidades da equipe de enfermagem.

Estabelecer um bom relacionamento com os funcionários, estar envolvido com as questões do trabalho, demonstrar segurança na condução da equipe e manter uma comunicação eficaz são condições importantes para o sucesso na liderança ou gerenciamento da enfermeira.

A qualidade do cuidado é preservada quando se considera, também, a disponibilização de recursos materiais, adequados à prática assistencial, sejam eles de caráter de consumo ou permanentes. Este é o segundo foco gerencial para a construção da estratégia assistencial adequada (NASCIMENTO; STIPP, *op. cit.*).

Dispor de tecnologia apropriada permite à enfermeira fazer um planejamento adequado das possibilidades assistenciais que possam ocorrer na unidade.

Para que ocorra a adequação necessária dos insumos materiais, a enfermeira gerente desenvolve os testes necessários no cotidiano assistencial, contando, para isso, com a ajuda das enfermeiras líderes de equipe.

O terceiro foco que deve preponderar na manutenção do nível de assistência prestada é a disposição do espaço físico da unidade (NASCIMENTO; STIPP, *op. cit.*). Deve seguir normas exigidas para a construção de instituições de saúde, respeitando-se as necessidades da equipe de enfermagem, tornando fácil e segura a implementação da assistência e com consequências positivas para o cliente.

Porém, de todos os aspectos citados, o mais relevante é a forma como direcionar a assistência de enfermagem, ou seja, transformar a prática gerencial em uma dinâmica de ações humanizadas e voltadas para o ser humano com necessidades específicas, evitando que a maciça presença de equipamentos e processos tecnológicos tornem o cuidado de enfermagem uma fábrica de montagem e desmontagem (NASCIMENTO; STIPP, *op. cit.*).

Sendo assim, almejar um melhor desempenho da enfermeira pressupõe a ocorrência de mudanças de comportamentos, a busca constante de novos conhecimentos e o desenvolvimento de habilidades, as quais envolvem qualidades pessoais, habilidades interpessoais e o domínio do contexto organizacional.

Para Tonini (2006), no discurso da atualidade, gerenciar não se restringe aos atos administrativo-organizacionais, devendo abarcar também a dimensão subjetiva. Na enfermagem, gerenciar é um conjunto de ações desenvolvidas pela enfermeira durante o cuidado direto e indireto ao cliente, levando-se em conta as subjetividades circulantes na interação entre os sujeitos envolvidos. Assim, há interação entre a enfermeira e seus clientes, sua equipe, demais membros da equipe de saúde, além de seus superiores na escala hierárquica institucional.

Fica evidente, então, que deve ser imperativo um exercício profissional digno e de qualidade, buscando a qualificação e as estratégias gerenciais adequadas para o pleno desenvolvimento de uma unidade de cuidados críticos, como é o caso da Unidade Coronariana.

Acredita-se, igualmente, que os cursos de graduação em enfermagem devam estimular o desenvolvimento de competências gerenciais e de liderança, pois o mercado de trabalho exige cada vez mais das enfermeiras tais competências.

As competências ou aptidões gerenciais estão cada vez mais associadas à gerência de pessoas, de equipes e/ou de processos direta e/ou indiretamente relacionados ao cuidado. Elas envolvem conhecimentos, habilidades e/ou atitudes para liderar, educar, estabelecer relações políticas, articuladas com os diferentes saberes, promover a integração profissional, entre outras (ERDMANN; BACKES; MINUZZI, 2008).

Nesse processo, é importante que a enfermeira tenha, particularmente, sensibilidade para captar as necessidades emergentes, habilidade para empreender e estimular ações inovadoras e, principalmente, conhecimento e capacidade estratégica para envolver e comprometer criativamente os profissionais com incentivo participativo e reflexivo, entendendo o ser humano de forma integral, enquanto sujeito e agente de mudança (ERDMANN; BACKES; MINUZZI, *op. cit.*).

As instituições onde as enfermeiras atuam como gerentes também precisam estimular este desenvolvimento. Mas, como já foi dito, é necessário que a enfermeira, ao assumir cargos gerenciais, busque conhecimentos e desenvolva competências para que possa atuar como gerente e líder, segundo o novo paradigma (LOURENÇO; SHINYASHIKI; TREVIZAN, 2005).

Esse novo paradigma refere-se à necessidade de a enfermeira ter clareza quanto às mudanças na sociedade, seu impacto nas organizações e à necessidade de mudança na sua forma de atuação. Não cabe mais o modelo tradicional de administração em enfermagem. Pessoas mudaram e a enfermeira precisa acompanhar este processo.

2.2 O Cuidado de Enfermagem em Unidade Especializada

A necessidade humana tornou-se um conceito de base para a prática de enfermagem, segundo o referencial de Horta (2005, p. 39). Ela, por sua vez, apoiou-se na hierarquia das necessidades humanas básicas de Maslow – *“necessidades fisiológicas, de segurança, de amor, de estima e de autorrealização”* – e nos domínios descritos por Mohana, como *“psicobiológico, psicossocial e psicoespiritual”*.

Assim, Horta (op. cit., p. 39) também destaca uma dimensão inconsciente e, portanto, subjetiva, quando define as necessidades: *“São estados de tensões, conscientes ou inconscientes, resultantes dos desequilíbrios hemodinâmicos dos fenômenos vitais”*.

Os sujeitos que cuidam são capazes de fazer um cuidado objetivo e subjetivo ao mesmo tempo. Também no cuidado existem forças entre quem o faz e quem o recebe (TEIXEIRA, 1998).

Waldow, Lopes e Meyer (1995) afirmam que a arte de enfermagem nightingaleana consiste no cuidar tanto dos seres humanos sadios, como doentes. Para tanto, essa ação de cuidar requer do profissional de enfermagem, além do conhecimento científico, vocação, elevado padrão de moral e de sentimentos, bem como o desenvolvimento do potencial intuitivo e criativo.

Para Santoro (2000), a especificidade do cliente crítico exige da enfermeira, ao realizar o cuidado, uma capacidade de inovação, antecipação, intuição e sensibilidade, que são os aspectos subjetivos do conhecimento. Essa capacidade deve ser acrescida de uma cientificidade que acompanha os avanços tecnológicos, aspectos objetivos do conhecimento, os quais mantêm, contudo, a subjetividade existente.

Essa rede de conhecimentos só é praticável e eficiente se for orientadora de um cuidar que reflete, nas ações das enfermeiras, de sua equipe e de suas relações com os outros, as interações e a aceitação do caráter subjetivo presente nos cuidados desenvolvidos, contrapondo-se a uma pluralidade imposta pela globalização atual.

Hoje, a enfermagem desenvolvida em Unidade Coronariana assume atividades que vêm ao encontro da complexidade do cliente que, conseqüentemente, demanda o acompanhamento de equipamentos tecnológicos inovados a cada momento.

O cuidar em enfermagem permite desenvolver o próprio potencial da enfermeira, dos demais profissionais da equipe e dos clientes. Mas, assim como para gerenciar depende-se mais do que de boa vontade e de um inocente desejo de querer ajudar (SANCHES; CHRISTOVAM; SILVINO, 2006), para cuidar também não basta querer e simplesmente ter boa vontade.

O conhecimento científico e as competências técnica e relacional são ingredientes necessários a um cuidar científico com arte, que deve estabelecer uma relação recíproca entre quem dá e quem recebe o cuidado. No cuidar, a enfermeira pensa, cria, avalia, privilegia o saber, partilha, interage e doa uma estética ao cuidado ultrapassando o que é dito, o que é visível, entrando no território do sensível e do subjetivo (SANTORO, 2000).

Assim, é preciso ter sensibilidade para com o cliente e reconhecer no outro um potencial humano cheio de mistérios e um tesouro de conhecimentos e experiências inesgotáveis (SANCHES; CHRISTOVAM; SILVINO, 2006).

Mesmo que o tecnicismo seja uma realidade necessária nos dias de hoje, também é necessário não perder de vista a essência da enfermagem, o cuidado em sua totalidade.

Embora não se possam excluir do cuidar aquelas ações relacionadas ao gerenciamento em enfermagem, elas devem ser desenvolvidas a partir de um olhar da enfermeira que envolva autonomia, individualidade, riquezas das relações com o meio, aptidões para aprendizagem, inventividade e criatividade, os quais envolvem ecossistemas⁷ como o social, o político, o biológico, o estético, o afeto e o desejo. Este é o cuidado indireto de enfermagem, aquele que fundamenta e proporciona uma infra-estrutura para a realização do cuidado direto de enfermagem, desenvolvido com o cliente.

⁷ A preocupação da enfermagem com o meio ambiente e seus reflexos na vida e saúde dos seres humanos já surgiu com Florence Nightingale, a qual, em sua teoria ambientalista, apontava o ambiente como todas as condições e influências externas capazes de contribuir para a saúde ou para a doença, para a vida ou para a morte. Ela valorizava a inter-relação entre o ambiente físico, o social e o psicológico e a influência destes na manutenção da saúde e na cura das doenças (FIGUEIREDO; VIANA et. al., 2006).

CAPÍTULO 3

METODOLOGIA

3.1 Tipo de Estudo

O método adotado foi o estudo de caso, do tipo múltiplo, com análise descritivo-exploratória e abordagem qualitativa, tendo como fonte de informações a pesquisa de campo.

O estudo foi realizado no setor de Unidade Coronariana de três hospitais públicos universitários situados no estado do Rio de Janeiro: Hospital Universitário Clementino Fraga Filho, da Universidade Federal do Rio de Janeiro (HUCFF / UFRJ); Hospital Universitário Pedro Ernesto, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (HUPE / UERJ); e Hospital Universitário Antônio Pedro, da Universidade Federal Fluminense (HUAP / UFF).

Segundo Yin (2005), estudos de caso múltiplos ocorrem quando se utiliza mais de um caso único, seguindo a lógica da replicação, que é análoga àquela utilizada em experimentos múltiplos. Assim, as evidências são consideradas mais convincentes devido à sua ampla abrangência para análise e interpretação dos dados, tornando as conclusões analíticas mais contundentes. Por este motivo, tornam-se mais valiosos do que do tipo único.

Quanto aos locais selecionados, tratava-se de cenários complexos à realização das atividades gerenciais de enfermagem, uma vez que ser funcionário de uma instituição pública significa, na maioria das vezes, controlar gastos, a fim de tornar o serviço eficiente e, ao mesmo tempo, prático e econômico; e lidar com alunos em seus diversos estágios de aprendizado requer compreensão e

comprometimento por parte dos profissionais, fato que se contrapõe à dinamização exigida em uma unidade de cuidados críticos.

De acordo com Oliveira (2000), o estudo descritivo é um tipo de estudo que permite ao pesquisador a obtenção de uma melhor compreensão do comportamento de diversos fatores e elementos que influenciam determinado fenômeno. Para Cervo e Bervian (1996, p. 31):

Busca conhecer as diversas situações e relações que ocorrem na vida social, política, econômica e demais aspectos do comportamento humano, tanto do indivíduo tomado isoladamente como de grupos e comunidades mais complexas.

Segundo Polit, Beck e Hungler (2004), a pesquisa qualitativa costuma ser descrita como holística, preocupada com os indivíduos e seu ambiente, em todas as suas complexidades, e naturalista, sem qualquer limitação ou controle impostos ao pesquisador. Esse tipo de pesquisa baseia-se na premissa de que os conhecimentos sobre os indivíduos somente são possíveis com a descrição da experiência humana, tal como ela é vivida e definida por seus próprios atores.

3.2 Sujeitos do Estudo

Os sujeitos da pesquisa foram todas as enfermeiras que prestavam assistência direta ao cliente no setor de Unidade Coronariana, atuantes em três hospitais públicos universitários do estado do Rio de Janeiro, totalizando 17 (dezessete), as quais aceitaram participar da pesquisa e mantiveram o consentimento até a análise final do estudo.

Foram considerados sujeitos do estudo enfermeiros, de ambos os sexos, que atuavam no gerenciamento do cuidado direto de enfermagem e que aceitaram participar da pesquisa, sendo estes os **critérios de inclusão**.

No HUCFF e HUPE, elas eram referenciadas como enfermeiras líderes; de outro modo, no HUAP, elas se intitulavam como enfermeiras plantonistas. Para padronizar a linguagem, todas foram citadas neste estudo como enfermeiras líderes. Novamente, optou-se por mencioná-las no feminino, devido ao fato de a maioria ser deste gênero, como já era pressuposto.

TABELA 01

Características dos sujeitos do estudo, segundo instituição, sexo e faixa etária

CARACTERÍSTICAS	CASOS	
	N	%
Instituição		
HUCFF	06	35,3
HUPE	06	35,3
HUAP	05	29,4
Sexo		
Feminino	15	88,2
Masculino	02	11,8
Faixa Etária		
20 --- 30	02	11,8
30 --- 40	05	29,4
40 --- 50	07	41,2
50 --- 60	03	17,6

Quanto aos cenários do estudo, das 17 enfermeiras entrevistadas (100%), 35,3% trabalhavam no HUCFF, 35,3% trabalhavam no HUPE e 29,4% trabalhavam

no HUAP.

No HUCFF e no HUPE, o quadro de enfermagem do setor de Unidade Coronariana era composto por 06 equipes de enfermagem, pois eram profissionais estatutários e com plantão de 12x60. Portanto, participaram 06 enfermeiras de cada um dos hospitais.

Já no HUAP, os plantões noturnos do setor de UC estavam com deficiência na equipe de enfermagem no período em que se procedeu a coleta dos dados, devido a férias, licença maternidade e licença médica das três enfermeiras ao mesmo tempo, as quais trabalhavam em escala 12x60. Desta forma, estes plantões foram preenchidos por 02 enfermeiras contratadas em seleção pública simplificada momentos antes, e que assumiram em escala 12x36. Por isso, houve participação de 05 enfermeiras neste hospital.

Quanto ao sexo, 88,2% eram do sexo feminino e 11,8% eram do sexo masculino. Como já era de se esperar, devido ao fato de a enfermagem ser uma profissão predominantemente feminina, a maioria dos sujeitos eram enfermeiras.

Quanto à faixa etária, das 17 enfermeiras entrevistadas (100%), 41,2% tinham faixa etária entre 40 e 50 anos de idade; 29,4% entre 30 e 40 anos; 17,6% entre 50 e 60 anos; e 11,8% entre 20 e 30 anos.

A partir destes dados, verificou-se que a idade das enfermeiras concentrou-se entre 30 e 50 anos. A faixa etária de 20 a 30 anos foi composta pelas 02 enfermeiras contratadas do HUAP, que possuíam tempo de formação acadêmica entre 01 a 02 anos.

3.3 Aspectos Éticos e Legais

No que se referia aos aspectos éticos e legais, conforme constavam nas exigências dos Comitês de Ética em Pesquisa (CEPs) do HUCFF e do HUPE, foi feito um primeiro contato com cada uma das instituições por meio de encontro e apresentação de uma carta com esclarecimentos do estudo (APÊNDICES A e B), a fim de obter a autorização das chefias de enfermagem do setor de Unidade Coronariana (APÊNDICES C e D, respectivamente) e, no caso do HUCFF, também da Divisão de Enfermagem (APÊNDICE E), para a realização da pesquisa no campo.

No que se referia ao CEP do HUAP, não foi exigida por este a autorização da chefia de enfermagem do setor de Unidade Coronariana para a realização da pesquisa no campo. Por este motivo, o contato inicial com os profissionais do setor ocorreu de modo informal.

Em seguida, após as devidas autorizações, este projeto foi submetido aos CEPs do HUCFF, HUPE e HUAP junto com outras documentações requisitadas (APÊNDICES F ao J) para análise da viabilidade de realização do estudo, os quais emitiram parecer aprovado com protocolos números: 012/08 (ANEXO A), 2031 (ANEXO B) e 015/08 (ANEXO C), respectivamente.

Posteriormente, com o projeto aprovado pelos CEPs, aproximei-me do campo e dos sujeitos através de visitas de ambientação, para explicar-lhes os objetivos da pesquisa e ressaltar a importância da participação de todos, o que possibilitou também descrever e observar características específicas do cenário de estudo de cada instituição.

3.4 Produção e Análise dos Dados

A coleta dos dados foi realizada no período de maio a julho de 2008, com o auxílio de um roteiro de entrevista semi-estruturada contendo itens previamente elaborados, incluindo perguntas fechadas, para traçar o perfil destas enfermeiras, e perguntas abertas (APÊNDICE K). A entrevista ocorreu em datas e horários previamente marcados com os sujeitos por meio de visita nas próprias unidades de trabalho.

Todas autorizaram a gravação em fita cassete, para posterior transcrição dos depoimentos na íntegra e a validação por elas quanto ao seu conteúdo em encontro posterior.

Segundo Minayo (2007), o roteiro de entrevista visa apreender o ponto de vista dos atores sociais previstos nos objetivos da pesquisa. O roteiro deve conter poucas questões, ser o facilitador de abertura, de ampliação e de aprofundamento da comunicação; nunca ser um obstáculo. Portanto, não pode prever todas as situações e condições de trabalho de campo. Deve estar sempre interligado com o objeto do estudo.

Nos momentos das entrevistas, realizei também observação direta dos sujeitos, com caráter informal, especialmente, quanto à dinâmica da rotina do setor e à forma como eles se organizavam para planejar o cuidado de enfermagem, e registrei tais informações em um diário de campo.

Para Yin (2005), a observação direta é uma das fontes de evidências em estudos de caso em que, informalmente, pode ser realizada ao longo da visita de campo sem um roteiro preestabelecido, incluindo as ocasiões durante as quais estão sendo coletadas outras evidências (como as entrevistas), na qual poderão ser reveladas algumas informações adicionais sobre o clima ou o empobrecimento de

uma organização. Ela traz uma nova dimensão na hora de compreender tanto o contexto, quanto o fenômeno que está em estudo.

O diário de campo é um instrumento ao qual recorreremos em qualquer momento da rotina do trabalho que estamos realizando. Nele, podemos colocar diariamente nossas percepções, angústias, questionamentos e informações que não são obtidas através da utilização de outras técnicas. Quanto mais rico for esse diário, maior será o auxílio que oferecerá à descrição e à análise do objeto estudado (MINAYO, 2004).

Foi apresentado um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, adaptado para cada instituição (APÊNDICES L ao N), no qual cada sujeito consentiu em participar do estudo, e no qual foram explicados os objetivos da pesquisa e assegurados o anonimato e a confidencialidade, de acordo com a Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde (BRASIL, 1996).

A fim de manter o anonimato dos sujeitos, os seus discursos foram identificados por números, como “Líder 1”, Líder 2”, “Líder 3” e assim em diante, obedecendo à ordem de citação no texto. Ressalta-se que, da líder 1 à líder 6, eram enfermeiras líderes da UC do HUCFF; da líder 7 à líder 12, de enfermeiras da UC do HUPE; e, da líder 13 à líder 17, de enfermeiras da UC do HUAP.

A análise dos resultados foi realizada conforme explicitada por Minayo (2004), através de agrupamento, classificação e avaliação das estratégias gerenciais por meio de quatro principais categorias, intituladas como: “Organização do cuidado direto de enfermagem”, “Manutenção de bom relacionamento interpessoal”, “Organização dos recursos humanos” e “Organização dos recursos materiais”.

A fim de possibilitar melhor discussão das categorias, elas foram dispostas em capítulos, subsequentes ao de descrição dos cenários e perfil do grupo estudado.

CAPÍTULO 4

DESCRIÇÃO DOS CENÁRIOS

Neste capítulo, apresentei um sumário das características funcionais e estruturais de cada hospital analisado, a fim de entendermos melhor sua visão organizacional. Após esta descrição, elaborei um fluxograma comparativo do quadro dos profissionais de enfermagem nos três hospitais, o qual nos permitiu identificar suas semelhanças e diferenças.

4.1 Hospital Universitário Clementino Fraga Filho (HUCFF / UFRJ)

Localizado na Ilha do Fundão, o Hospital Universitário Clementino Fraga Filho caracteriza-se por ser um hospital geral, federal, de grande porte e atenção terciária, que executa ações de ensino, assistência e pesquisa. Inaugurado em março de 1978, compõe-se de um prédio monobloco com treze andares e um subsolo, contando com 369 leitos disponíveis (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO CLEMENTINO FRAGA FILHO, 2008).

A Área de Planejamento, preferencialmente, atendida é a 3.1 (AP 3.1), na qual o HUCFF está localizado, que abrange os bairros de Manguinhos, Bonsucesso, Ramos, Olaria, Penha, Penha Circular, Brás de Pina, Cordovil, Parada de Lucas, Vigário Geral, Jardim América, Complexo do Alemão, Maré, Ribeira, Zumbi, Cacuia, Pitangueira, Praia da Bandeira, Cocotá, Bancários, Freguesia, Jardim Guanabara, Jardim Carioca, Tauá, Moneró, Portuguesa, Galeão e Cidade Universitária.

Nos seus 110.000 m², o hospital concentra todos os elementos essenciais à promoção e ao desenvolvimento da saúde pública: assistência à população, ensino qualificado e pesquisa científica. Todas essas funções convivem em plena

integração, transformando o hospital em um centro de saúde e ciência referenciado no país.

Atuam no hospital 3.513 profissionais, dentre os quais professores, profissionais da área de saúde, pessoal administrativo e de apoio. Essa equipe é reforçada por cerca de 200 médicos residentes e 1.000 estudantes de medicina, entre outros integrantes da comunidade acadêmica hospitalar, que se caracteriza pela multidisciplinaridade (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO CLEMENTINO FRAGA FILHO, *op. cit.*).

Por se tratar de hospital universitário, o HUCFF promove uma conexão permanente entre a pesquisa científica, o avanço tecnológico e a prestação de serviços à população. Dos serviços ambulatoriais, exames dos mais variados, internação, até as cirurgias, o hospital atende milhares de clientes por mês.

Foram necessárias quase três décadas para que o hospital entrasse em operação. Sua construção foi iniciada nos anos 50, mas só em 1977 o regimento geral do HU foi aprovado pelo Conselho Universitário. A inauguração do então chamado Hospital Universitário da UFRJ ocorreu pouco tempo depois, em 1º de março de 1978, quando este já estava em funcionamento. O nome atual veio mais tarde para homenagear uma figura essencial na história da unidade: Clementino Fraga Filho, que foi o presidente da comissão de implantação e primeiro diretor do hospital (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO CLEMENTINO FRAGA FILHO, *op. cit.*).

O projeto era grandioso, pois previa uma área construída de 220.000 m² (o dobro da atual) e o funcionamento de 1.800 leitos. Mas os obstáculos eram tão grandes quanto o objetivo. Mudanças de governo, problemas na liberação de recursos, entre outros, prejudicaram o andamento das obras. Em 1955, a construção foi paralisada e o projeto só foi reexaminado em 1967.

Em 1970, a comissão de implantação decidiu reduzir a área de funcionamento para a metade (110.000 m²) e, no ano seguinte, as obras começaram. Em 1974, a comissão de implantação apresentou um relatório descrevendo todos os problemas decorrentes das obras estagnadas, como a deterioração de equipamentos que já haviam sido comprados, e apresentando uma proposta para a conclusão da construção e para a administração. Em junho de 1975, com os recursos necessários disponíveis, as obras foram aceleradas e o HU começou a tornar-se realidade (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO CLEMENTINO FRAGA FILHO, *op. cit.*).

Também em 1975, os idealizadores do hospital elaboraram um documento com as bases de funcionamento para o futuro:

Um hospital geral, altamente diferenciado, organizado de acordo com as modernas técnicas de administração hospitalar [...] exercendo ações de assistência, ensino e pesquisa, sempre em consonância com o sistema local de saúde, no desempenho de um papel francamente comunitário, que representa um verdadeiro compromisso social (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO CLEMENTINO FRAGA FILHO, *op. cit.*).

Assim, sua missão é:

Desenvolver ações de ensino e pesquisa em consonância com a função social da universidade, articuladas à assistência à saúde de alta complexidade e integradas ao Sistema Único de Saúde, provendo ao seu público atendimento de qualidade e de acordo com princípios éticos e humanísticos (MARINHO, 2008).

O setor de Unidade Coronariana (UC), em questão neste estudo, localiza-se no 8º andar do HUCFF, bloco D, e está ao lado das enfermarias de cardiologia (ANEXO D). Ele se encontra em uma área comum à Unidade de Cirurgia Cardíaca (UCC), cujo espaço físico abrange: recepção com sala de espera, salas de chefias médica e de enfermagem, vestiários masculino e feminino, sala de reuniões, 3

depósitos para materiais (1 deles somente para impressos), copa, banheiro, local para lavagem e preparo de material, local para guarda de materiais (carrinhos, biombos, caixas de soros, etc.), repouso médico e de enfermagem (cada um com banheiro próprio), sala de estar para as equipes, sala para material esterilizado e os próprios setores de UC e UCC.

Enquanto a UCC recebe pós-operatórios de cirurgia cardíaca, a UC (ANEXO E) recebe clientes com insuficiência cardíaca, arritmias e outros agravos coronarianos. Sua equipe de enfermagem é composta por 1 enfermeira chefe, 6 enfermeiras líderes e 19 técnicos de enfermagem (sendo 5 da Cooperas – uma cooperativa de enfermagem), com regime de plantão de 12x60 para servidores públicos e 12x36 para cooperativados. Seu espaço abrange 6 leitos, com previsão de abrirem mais 3 para clientes provenientes da hemodinâmica, posto de enfermagem, expurgo e sala de prescrição.

Recentemente, mais precisamente a partir de maio de 2008, o hospital vem passando por uma grave crise financeira, que tem como causas: a falta de reajuste na tabela do Sistema Único de Saúde (SUS), sem aumento há anos; a nova Portaria do Ministério da Educação (MEC) que estabelece que os hospitais universitários (HUs) somente devam pagar suas despesas através do Sistema Integrado de Administração Financeira do Governo Federal (SIAFI), o que modifica o sistema de dispêndio de recursos para os HUs; e a operacionalização dos recursos, a qual ocorria via Fundação José Bonifácio (FUJB), como previsto na Lei, foi suspensa (COSTA, 2008).

O atual diretor da Divisão de Enfermagem (DEN) do HUCFF, Álvaro Roberto Dias da Costa, divulgou em maio de 2008 um documento interno esclarecendo os motivos para a crise e cancelando o evento que a DEN promoveria no hospital no

mesmo mês: “Os 30 anos da DEN nos 30 anos do HUCFF”, que aconteceria na comemoração da Semana de Enfermagem 2008.

Segundo ele (COSTA, *op. cit.*), esta crise foi agravada ainda mais pela impossibilidade de o hospital quitar as dívidas já contraídas, pois o SIAFI não reconhecia débitos anteriores. Com isso, os fornecedores não sabiam como ou quando iriam receber a verba e optaram por suspender as entregas, comprometendo, desta forma, o atendimento à população.

O problema teve repercussão nacional, pois se refletiu na realização de procedimentos, como cirurgias; na formação acadêmica e no reajuste de funcionários, como o desligamento temporário de muitos cooperativados e o remanejamento de outros funcionários, e ,até mesmo, clientes, para diferentes setores. Por estes motivos, houve manifestações públicas de indignação entre alunos e funcionários, em seus diversos segmentos.

A atual situação em que o hospital se encontra é de retomar gradativamente suas atividades após firmar apoio com autoridades sanitárias, à medida que os recursos são repostos nas unidades. No entanto, apesar de estar branda, a crise permanece instalada.

4.2 Hospital Universitário Pedro Ernesto (HUPE / UERJ)

O Hospital Pedro Ernesto foi inaugurado no ano de 1950, fazendo parte da rede hospitalar da Secretaria de Saúde do então Distrito Federal. seu nome é em homenagem ao médico e primeiro prefeito da cidade do Rio de Janeiro: Dr. Pedro Ernesto Baptista. Em 1962, tornou-se o Hospital-Escola da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade do Estado da Guanabara – UEG, atual Universidade do

Estado do Rio de Janeiro – UERJ (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO PEDRO ERNESTO, 2008).

No ano de 1965, foi incorporado à UEG como Hospital das Clínicas. Até então, suas atividades privilegiavam exclusivamente as questões acadêmicas de ensino e pesquisa, com o acompanhamento e estudo de raridades clínicas e doenças em estágio final de evolução. Em 1975, em decorrência do Convênio firmado com o Ministério da Educação e Previdência Social (Convênio MEC-MPAS), o hospital adequou suas atividades para atender a realidade sanitária da população (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO PEDRO ERNESTO, *op. cit.*).

A qualidade dos profissionais e os meios sofisticados de diagnósticos e tratamento oferecidos ocasionaram um aumento progressivo na procura do atendimento oferecido pelo HUPE, transformando-o em um dos maiores complexos docentes-assistenciais na área de saúde.

Sua missão é: *“prestar assistência integrada, humanizada e de excelência à saúde, sendo agente transformador da sociedade através do ensino, pesquisa e extensão”* (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO PEDRO ERNESTO, *op. cit.*).

Localiza-se no bairro de Vila Isabel, na zona norte do município do Rio de Janeiro, e faz parte da rede de serviços de saúde da Área Programática 2.2 (AP 2.2, antes AP2 Norte), que abrange os bairros de Vila Isabel, Grajaú, Andaraí, Maracanã, Tijuca, Rio Comprido, Praça da Bandeira, Usina e Muda.

Nos seus 44.000 m² de área construída, funcionam 600 leitos e 16 salas cirúrgicas, onde são realizadas internações e cirurgias em mais de 60 especialidades e sub-especialidades da área médica. Procedimentos e tecnologias mais sofisticados, como cirurgia cardíaca, transplantes renal e de coração, também são realizados no HUPE. No seu prédio de ambulatórios, com 3.000 m² de área,

estão localizados 150 consultórios que concentram o atendimento ambulatorial em todas as especialidades (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO PEDRO ERNESTO, *op. cit.*).

O HUPE é um hospital de grande porte, com cobertura assistencial estimada de 1.000.000 (um milhão) de habitantes, considerado centro de excelência e referência para o estado do Rio de Janeiro na área de ensino e saúde.

O fato de ser um hospital universitário, que tem o ensino e a pesquisa inseridos na rotina de suas atividades, favorece o HUPE como um pólo de descobertas e inovações que contribuem para a melhoria da qualidade do atendimento oferecido pelas instituições de saúde.

Na área de cardiologia, foco deste estudo, o HUPE desenvolve desde o ano de 1983 o projeto "Família de Bom Coração", vencedor de vários prêmios científicos nacionais e internacionais. A partir da avaliação da pressão arterial (PA) de crianças e adolescentes em suas escolas, foram constituídas curvas de normalidade de PA e identificados indivíduos com maior chance de desenvolverem doenças cardiovasculares. Esses estudantes estão sendo seguidos, juntamente com seus familiares, neste programa de prevenção primária (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO PEDRO ERNESTO, *op. cit.*).

O Serviço de Cardiologia é responsável por 60% das cirurgias cardíacas realizadas no estado do Rio de Janeiro (4 a 5 cirurgias são feitas diariamente) e sua equipe tem reconhecimento científico internacional. Tal nível de excelência culminou em proporcionar ao hospital a sua mais recente realização: o transplante cardíaco (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO PEDRO ERNESTO, *op. cit.*).

O núcleo de pesquisas em doenças coronárias, hipertensão e insuficiência cardíaca do HUPE é reconhecido internacionalmente. O setor realiza também

implantes de marcapasso multisítio com técnica pioneira e remodelagem ventricular, o que retira clientes da fila de espera pelo transplante.

O hospital tem sido precursor em várias áreas assistenciais de relevância social, como: reabilitação cardíaca, orientação para diabéticos, assistência ambulatorial e internação de pessoas portadoras de AIDS. Todos os programas são de abordagem multidisciplinar, o que assegura uma assistência integral aos clientes e oferece suporte às famílias.

O HUPE disponibiliza seus setores como campos de aprendizado para alunos de graduação na área da saúde e de aperfeiçoamento dos conhecimentos para profissionais já formados, contando, para isso, com o Programa de Residência em diversas áreas. Anualmente, passam pelo hospital cerca de 1.500 alunos de graduação e de pós-graduação e, em média, 350 docentes exercem suas atividades nas diversas unidades de ensino da UERJ (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO PEDRO ERNESTO, *op. cit.*).

O residente recebe treinamento em serviço nas seguintes áreas: enfermagem, fisioterapia, fonoaudiologia, medicina, nutrição, odontologia, psicologia médica, psicologia e serviço social. O candidato é selecionado por meio de concurso anual e, após a aprovação, ele fica sob a orientação de profissionais com qualificações ética e profissional adequadas e formação humanizada.

A residência de enfermagem é composta por 12 programas: cardiovascular, centro cirúrgico, clínica cirúrgica, clínica médica, enfermagem do trabalho, nefrologia, neonatologia, obstetrícia, pediatria, psiquiatria / saúde mental, saúde do adolescente e terapia intensiva (UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO, 2006).

Ela tem por objetivos:

Proporcionar o aprimoramento no cuidado de enfermagem em áreas especializadas, tendo como modalidade básica o treinamento em serviço; desenvolver programas teóricos de conteúdo geral de enfermagem e específico de cada programa, relacionados à prática realizada nas unidades de treinamento; e desenvolver as atividades de pesquisa orientadas para a área de especialização do residente (UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO, *op. cit.*).

Os programas de residência acima relacionados apresentam suas competências baseadas nas diretrizes curriculares do curso de graduação em enfermagem, Resolução nº 3 de 7/11/2001 do Conselho Nacional de Educação, da Câmara de Educação Superior (CNE/CES), e de acordo com os princípios e diretrizes do SUS (UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO, *op. cit.*).

A residência atende aos preceitos da Resolução nº 259/2001 do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), que estabelece os padrões mínimos para registro da enfermeira especialista, na modalidade residência, como também se encontra em processo de construção do projeto pedagógico do curso de especialização nos moldes de residência junto à Faculdade de Enfermagem da UERJ (UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO, *op. cit.*).

Quanto ao setor de Unidade Coronariana (ANEXO F), foco deste estudo, ele tem equipe de enfermagem composta por uma enfermeira chefe, 6 enfermeiras líderes e 14 técnicos de enfermagem. Está localizado no 5º andar do hospital, na ala D, ao lado da Unidade de Terapia Intensiva e próximo ao setor de ortopedia. Seu espaço físico abrange 6 leitos, posto de enfermagem, expurgo, banheiro para clientes, banheiro para funcionários e sala de reuniões com dormitório.

4.3 Hospital Universitário Antônio Pedro (HUAP / UFF)

O Hospital Universitário Antônio Pedro foi inaugurado em 15 de janeiro de 1951 e denominado de Hospital Municipal Antônio Pedro. Seu nome homenageia o clínico-geral Antônio Pedro Pimentel, um dos fundadores da Faculdade Fluminense de Medicina, que se destacou no estudo de doenças infecciosas (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ANTÔNIO PEDRO, 2008).

Localiza-se no Centro do município de Niterói, no estado do Rio de Janeiro. Durante os seus primeiros anos de existência, o HUAP sobreviveu com verbas da Prefeitura e também com aquelas obtidas por meio da cobrança de serviços médicos prestados. Em 1957, a Prefeitura proibiu a cobrança de serviços e, em oito meses, praticamente sem recursos, o hospital foi fechado (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ANTÔNIO PEDRO, *op. cit.*).

Em dezembro de 1961, o hospital chegou a ser reaberto em caráter de emergência para atender as vítimas do incêndio do Gran-Circo Americano, que vitimou 400 pessoas, sendo a maioria delas crianças. Uma equipe composta por médicos da Prefeitura e estudantes da Faculdade de Medicina da UFF foi montada às pressas para viabilizar esse atendimento. Como Niterói necessitava de um estabelecimento hospitalar de grande porte, houve esforço no sentido de mantê-lo aberto.

Entretanto, a insuficiência de recursos financeiros e a falta de equipamentos e de materiais de consumo fizeram com que o hospital fosse desativado em pouco menos de um ano. Em 1964, depois de três anos de abandono e como resultado de uma longa mobilização dos estudantes de medicina, o Hospital Municipal foi cedido pela Prefeitura à Universidade Federal Fluminense, tornando-se, assim, Hospital

Universitário Antônio Pedro (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ANTÔNIO PEDRO, *op. cit.*).

Atualmente, o HUAP é a maior e mais complexa unidade de saúde da Grande Niterói e, portanto, considerado na hierarquia do SUS como hospital de nível terciário e quaternário, isto é, unidade de saúde de alta complexidade de atendimento.

O hospital atende à população da Zona Metropolitana II que engloba, além de Niterói, as cidades de Itaboraí, Maricá, Rio Bonito, São Gonçalo, Silva Jardim e Tanguá. Sua área de abrangência atinge uma população estimada em mais de dois milhões de habitantes e, devido à proximidade com a cidade do Rio de Janeiro, atende também parte da população deste município (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ANTÔNIO PEDRO, *op. cit.*).

A equipe de enfermagem é composta por 807 servidores provenientes do quadro efetivo, do processo seletivo simplificado e contratados pelo Instituto de Pesquisa, Planejamento e Promoção da Educação e Saúde (IPPES / OSCIP). Existem, no serviço, enfermeiras que fazem a supervisão e a gerência técnica das atividades, por 24 horas, durante toda a semana, e, administrativamente, respondendo à demanda na ausência da direção nos fins de semana e feriados (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ANTÔNIO PEDRO, *op. cit.*).

O setor de Unidade Coronariana (ANEXO G) localiza-se dentro da Unidade do Coração, no 3º andar, ao lado do Centro de Terapia Intensiva. Sua equipe de enfermagem conta com uma enfermeira coordenadora da assistência, 5 enfermeiras plantonistas e aproximadamente 10 técnicos de enfermagem, ou seja, geralmente são apenas 2 técnicos para cada plantão. Das enfermeiras, 3 são estatutárias, que

fazem plantão 12x60, e 2 contratadas por seleção pública simplificada, com plantão 12x36.

Ela divide espaço com a Unidade Intermediária (UI), também pertencente à Unidade do Coração, que tem 4 leitos e 1 posto de enfermagem. O objetivo desta Unidade é a internação de clientes oriundos da Unidade de Hemodinâmica, submetidos a estudo angiográfico, troca de geradores e implante de marcapassos, visando repouso pós-procedimento. A responsabilidade sobre esses clientes é da enfermeira da unidade de hemodinâmica, cabendo à plantonista da UC as intercorrências clínicas ocorridas na UI. O período de permanência deve ser apenas o mínimo para observação pós-procedimento; caso ultrapasse 12 horas, providencia-se internação em outro setor de hospital (SANTOS; RIBEIRO, 2008).

A área da UC abrange 7 leitos (entretanto, 1 encontrava-se vago no momento da coleta dos dados por problemas de vazamento no teto), posto de enfermagem, sala para guardar materiais e utilizar computadores, banheiro para clientes, expurgo e salas de enfermagem e medicina (cada uma com banheiro próprio).

Foi inaugurada em 11 de janeiro de 1995, no 2º andar, com 4 leitos, onde também funcionavam (e ainda funcionam) os serviços de diálise e hemodinâmica. Pelo aumento da demanda de clientes, a UC foi transferida para o 3º andar em 1998, tendo, a princípio, 5 leitos coronarianos e 2 pós-operatórios (um de cirurgia torácica e um de cirurgia vascular), ficando assim até 2006. Em 2006, os pós-operatórios foram direcionados para o CTI, quando este também elevou sua capacidade de 6 para 17 leitos, com 10 deles funcionários.

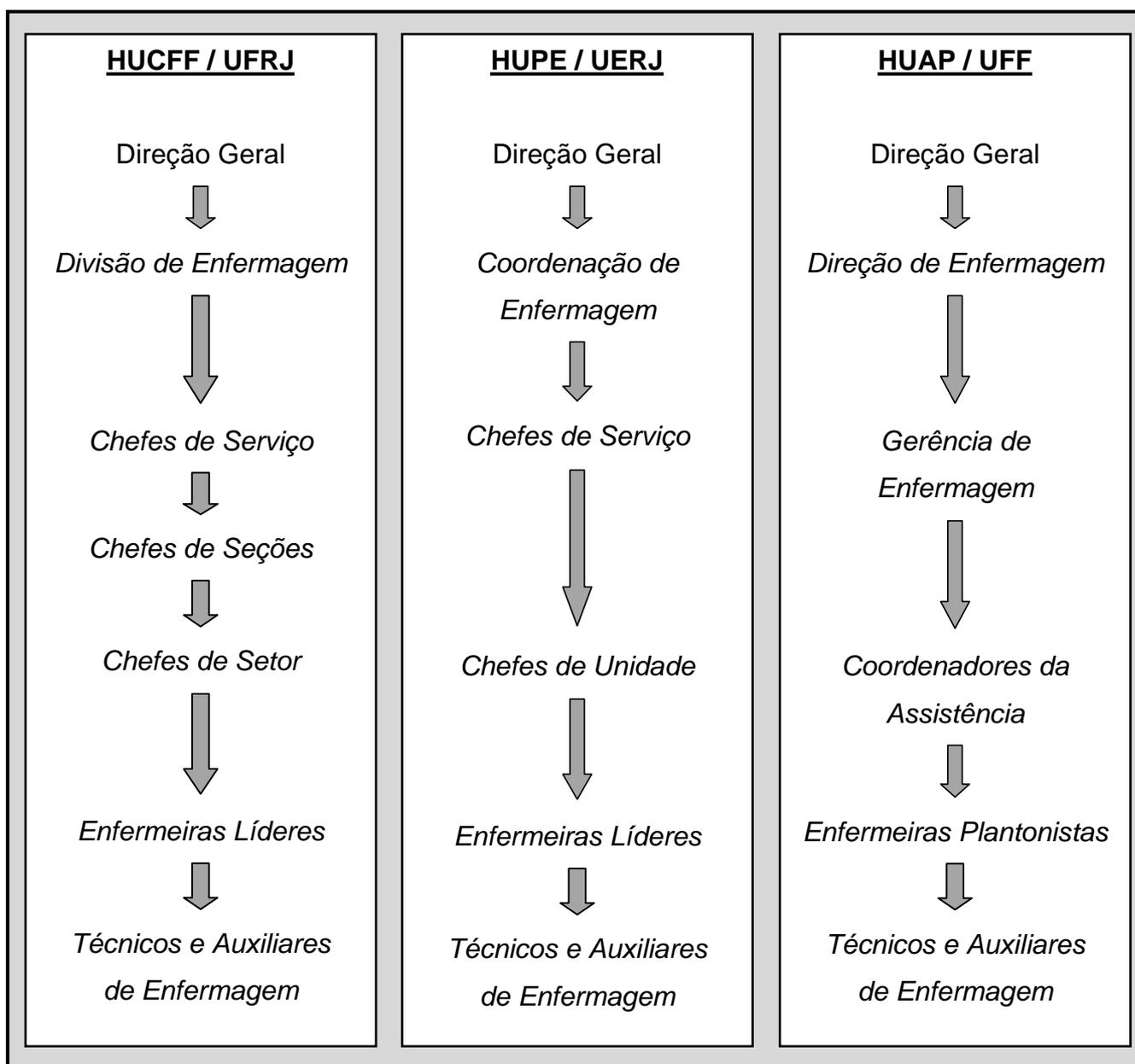
A área do 2º andar onde funcionava a UC destina-se atualmente à realização de teste ergométrico e possui equipe multiprofissional com elevada qualificação técnico-científica.

4.4 Fluxograma da Organização de Enfermagem nos Hospitais

A seguir, encontra-se um fluxograma comparativo do quadro dos profissionais de enfermagem nos três hospitais analisados, o que nos permitiu identificar com mais clareza as suas diferenças e semelhanças.

FLUXOGRAMA 01

Organização de Enfermagem nas Instituições Analisadas



Apenas para fins de representação esquemática, foi acrescentada ao fluxograma a Direção Geral, nível mais alto de qualquer estrutura hospitalar, que comanda e orienta os demais níveis de todas as áreas. O diretor do hospital, geralmente de uma especialidade médica, é responsável por todas as ações desenvolvidas dentro da instituição.

Os demais níveis, relacionados à área da enfermagem e de interesse para o estudo, foram citados em itálico. Através da ilustração, verificou-se que todos os hospitais, exceto o HUCFF, possuem cinco níveis hierárquicos em sua distribuição no quadro de profissionais em enfermagem.

Adicionalmente, o HUCFF possui em sua hierarquia as Chefes de Seções, que, conforme discutido anteriormente, estão subordinadas às Chefes de Serviço e são responsáveis por determinados espaços do hospital, por exemplo, um grupo de andares.

O primeiro nível na estrutura organizacional da enfermagem possui diferenças de nomenclatura entre os três hospitais analisados: “Divisão de Enfermagem”, “Coordenação de Enfermagem” e “Direção de Enfermagem”. No entanto, desempenham as mesmas funções, dentre as quais coordenar todas as ações assistenciais e administrativas desenvolvidas pelos serviços de enfermagem, representados por suas chefias.

Próximo à base da estrutura, estão as Chefes de Setor (ou “Chefes de Unidade” no HUPE, ou “Coordenadores da Assistência” no HUAP), que são responsáveis pelas atividades administrativas de cada setor e, portanto, pelo gerenciamento do cuidado indireto de enfermagem.

Subordinadas a elas, encontram-se as enfermeiras líderes (ou, no caso do HUAP, “enfermeiras plantonistas”), que prestam assistência direta aos clientes e

coordenam o grupo de técnicos e auxiliares de enfermagem escalados em seus plantões.

Diante da visualização do fluxograma, percebe-se, claramente, que a hierarquização define uma cadeia de autoridade e estabelece relação de comando e poder entre as enfermeiras. Quanto mais longe da base, maior o poder de decisão sobre o todo organizacional da enfermagem (TONINI, 2006).

Embora a enfermagem almeje atualmente excluir de seus princípios os valores rígidos obtidos com as Administrações Científica e Clássica de Taylor e Fayol, respectivamente, notou-se que ainda persistem alguns aspectos em sua estrutura organizacional. São eles:

- Princípio da divisão do trabalho e da especialização: todo trabalho deve ser dividido a fim de permitir a especialização das pessoas em alguma atividade. Por este princípio, toda pessoa deve preencher uma função. A especialização provoca divisão do trabalho e, conseqüentemente, uma especialização das tarefas, ou seja, a heterogeneidade do trabalho dentro da empresa (CHIAVENATO, 2000).

- Princípio da autoridade e responsabilidade: autoridade é o direito de dar ordens e o poder de exigir obediência, aspectos indispensáveis à atividade administrativa. A autoridade emana do superior para o subordinado, enquanto a responsabilidade emana do subordinado perante o superior. Ambas devem ser equivalentes e balanceadas. O enunciado deste princípio é de que deve haver uma linha de autoridade e de responsabilidade claramente definida, conhecida e reconhecida por todos, desde o topo até a base da organização empresarial (CHIAVENATO, *op. cit.*).

- Princípio da hierarquia ou cadeia escalar: a hierarquia representa o volume de autoridade e responsabilidade de cada pessoa ou órgão na empresa. À

medida que se sobe na escala hierárquica, aumenta o volume de autoridade e de responsabilidade. Normalmente, a organização de uma empresa representa uma cadeia de níveis hierárquicos sobrepostos, formando uma pirâmide (CHIAVENATO, *op. cit.*).

- Princípio da unidade de comando: cada pessoa deve subordinar-se a um, e somente a um único superior. Funciona para evitar duplicidade de chefia e conseqüente confusão de ordens de vários chefes para um único subordinado (CHIAVENATO, *op. cit.*).

- Princípio da amplitude administrativa: diferente do princípio anterior, este princípio se refere a quantos subordinados deve ter um chefe. Cada chefe deve ter uma quantidade adequada de subordinados. Quanto maior a especialização das pessoas subordinadas, menor será a amplitude administrativa, isto é, menor será o número de subordinados para cada chefe. Ao contrário, quanto menor a especialização dos subordinados, maior poderá ser a amplitude administrativa do chefe (CHIAVENATO, *op. cit.*).

- Princípio da definição: a autoridade e a responsabilidade, bem como os deveres de cada pessoa ou de cada órgão e suas relações com as outras pessoas ou órgãos, devem ser definidos previamente por escrito e comunicados a todos. Ela tem por finalidade substituir a improvisação pela definição prévia e antecipada (CHIAVENATO, *op. cit.*).

Na Enfermagem, percebe-se este tipo de influência, especialmente, na administração de pessoal, cuja divisão de funções impõe a padronização das tarefas de acordo com as suas categorias profissionais (enfermeira, técnico e auxiliar de enfermagem) e leva ao surgimento de diferentes cargos dentro de uma

mesma categoria (enfermeira chefe, enfermeira líder, enfermeira supervisora, etc.), o que confere o caráter funcionalista a um método de trabalho.

CAPÍTULO 5

PERFIL DO GRUPO ESTUDADO

Neste capítulo, foram apresentadas as demais características dos sujeitos estudados, que foram: turno de serviço, tempo de exercício profissional como enfermeira líder (em anos), existência de outro(s) vínculo(s) empregatício(s) e realização de curso(s) de pós-graduação *lato / stricto sensu*.

TABELA 02

Características dos sujeitos do estudo, segundo turno de serviço, tempo de profissão como enf. líder (anos), existência de outro(s) vínculo(s) empregatícios e realização de cursos(s) de pós-graduação *lato / stricto sensu*

CARACTERÍSTICAS	CASOS	
	N	%
Turno de Serviço		
Diurno	09	52,9
Noturno	08	47,1
Tempo de Profissão como Enf. Líder (anos)		
00 --- 10	06	35,3
10 --- 20	05	29,4
20 --- 30	05	29,4
30 --- 40	01	5,9
Existência de Outro(s) Vínculo(s) Empregatício(s)		
Sim	11	64,7
Não	06	35,3

CARACTERÍSTICAS (<i>Continuação da tabela 02</i>)	CASOS	
	N	%
Realização de Cursos(s) de Pós-Graduação <i>Lato / Stricto Sensu</i>		
Sim	16	94,1
Não	01	5,9

Quanto ao turno de serviço, das 17 enfermeiras entrevistadas (100%), 52,9% trabalhavam em serviço diurno e 47,1%, em serviço noturno.

Como foi apontada anteriormente, a quantidade de enfermeiras do HUAP era menor, portanto, não houve equivalência entre os turnos dos plantões diurnos e noturnos.

Quanto ao tempo de exercício profissional (em anos) como enfermeira líder, das 17 enfermeiras entrevistadas (100%), 35,3% possuíam tempo de exercício profissional entre 0 e 10 anos; 29,4%, entre 10 e 20 anos; 29,4%, entre 20 e 30 anos; e 5,9%, entre 30 e 40 anos.

Verificou-se que, até os 30 anos de exercício profissional, a distribuição entre as enfermeiras foi homogênea. Apenas uma enfermeira possuía entre 30 e 40 anos de trabalho.

Quanto à existência de outro(s) vínculo(s) empregatício(s), das 17 enfermeiras entrevistadas (100%), 64,7% possuíam outro(s) vínculo(s) empregatício(s), enquanto 35,3% não possuíam.

A enfermagem é uma profissão em que, devido à frequente insatisfação salarial, os profissionais buscam outros empregos para complementar a renda.

Quanto à realização de curso(s) de pós-graduação *lato / stricto sensu*, das 17 enfermeiras entrevistadas (100%), 94,1% fizeram/fazem curso(s) de pós-graduação *lato/stricto sensu*, enquanto 5,9% não fizeram/fazem.

Verificou-se a preocupação manifestada por quase todas as enfermeiras de realizarem curso(s) de pós-graduação. Isto ratifica a necessidade de contínua capacitação profissional, em virtude dos avanços tecnológicos e diversas necessidades da clientela.

QUADRO 01

Outros vínculos empregatícios dos sujeitos do estudo

OUTROS VÍNCULOS EMPREGATÍCIOS	Fi
Enfermeira líder	06
Professora	03
Enfermeira chefe	01
Comissão de Curativos	01
Acupunturista	01
Consultoria Hospitalar	01

Os dados do quadro 01 nos mostraram que, das 11 enfermeiras que possuíam outros vínculos empregatícios dentre as 17 entrevistadas, 06 também eram enfermeiras líderes em outros locais de trabalho, 03 tinham o cargo de professora, 01 era enfermeira chefe em outro local de trabalho, 01 fazia parte da Comissão de Curativos de outro hospital, 01 trabalhava com acupuntura e 01 fazia consultoria hospitalar através de uma empresa.

QUADRO 02

Cursos de pós-graduação *lato/stricto sensu* realizados (ou em andamento) pelos
sujeitos do estudo

CURSOS DE PÓS-GRADUAÇÃO	
<i>LATO / STRICTO SENSU</i>	
<i>Stricto Sensu</i>	
Mestrado em Enfermagem	02
Residência	
Enfermagem Médico-Cirúrgica	04 (02 incompletos)
Enfermagem em Pediatria	02 (01 incompleto)
Enfermagem em Clínica Médica	02
Enfermagem em Clínica Cirúrgica	01
Enfermagem em Cardiologia	01

CURSOS DE PÓS-GRADUAÇÃO	
LATO / STRICTO SENSU	Fi
<i>(Continuação do quadro 02)</i>	
Especialização	
Enfermagem em Cardiologia	04 (01 incompleto)
Enfermagem do Trabalho	04
Enfermagem em Terapia Intensiva	03
Administração Hospitalar	02
Metodologia do Ensino Superior	02
Enfermagem em Oncologia	01
Enfermagem em Terapia Intensiva Cardiológica	01
Acupuntura	01
História Geral	01
MBA em Gestão em Saúde	01
Outro	
Habilitação em Enfermagem Médico-Cirúrgica	01

Os dados do quadro 02 nos mostraram que, das 16 enfermeiras que fizeram/fazem cursos de pós-graduação *lato sensu* e/ou *stricto sensu* dentre as 17 entrevistadas, 02 fizeram mestrado em enfermagem.

Das que fizeram/fazem residência em enfermagem, 04 optaram pelo programa de enfermagem médico-cirúrgica (sendo que 02 incompletos – 01 trancou

a matrícula e 01 encontra-se em andamento), 02 pela área de enfermagem pediátrica (sendo que 01 incompleto – em andamento), 02 pela clínica médica, 01 pela clínica cirúrgica e 01 pela cardiologia.

Tratando-se de cursos de especialização, 04 optaram por enfermagem em cardiologia (sendo que 01 incompleto – em andamento/fase final), 04 por enfermagem do trabalho, 03 por enfermagem em terapia intensiva, 02 por administração hospitalar, 02 por metodologia do ensino superior, 01 por enfermagem em oncologia, 01 por enfermagem em terapia intensiva cardiológica, 01 por acupuntura, 01 por história geral e 01 pelo MBA (*Master in Business Administration*) em gestão em saúde.

Outro curso também foi relatado por uma das enfermeiras, a qual fez habilitação em enfermagem médico-cirúrgica.

CAPÍTULO 6

ORGANIZAÇÃO DO CUIDADO DIRETO DE ENFERMAGEM

Este capítulo trouxe a primeira estratégia gerencial utilizada pelas enfermeiras: a organização do cuidado direto de enfermagem, a qual foi caracterizada por dois princípios: “estabelecimento de prioridades no planejamento do cuidado” e “observação de necessidades na assistência de enfermagem”.

6.1 Estabelecimento de Prioridades no Planejamento do Cuidado

Para Kurcgant et. al. (2005), o planejamento é um instrumento gerencial utilizado em serviços de saúde para direcionar as ações desenvolvidas pelos profissionais.

Ele possui como fases: o diagnóstico, o qual nos possibilita conhecer o sistema como um todo; a determinação dos objetivos, que são os alvos a serem alcançados em um espaço de tempo e com aplicação de recursos apropriados; o *estabelecimento de prioridades*, para atingir os objetivos; a seleção dos recursos disponíveis, a ser discutido mais adiante; o estabelecimento do plano operacional, enquanto estratégico, tático ou operacional; o desenvolvimento; e o aperfeiçoamento, através da avaliação das ações (KURCGANT et. al., *op. cit.*).

Quanto à assistência de enfermagem, é fundamental traçar um planejamento diário com base nas suas prioridades, as quais podem variar de acordo com as características da instituição e as necessidades específicas da clientela assistida, a fim de proporcionar um cuidado individualizado e de qualidade, especialmente quando se trata de um cliente que inspira cuidados críticos.

Em um setor de Unidade Coronariana, o cuidado de enfermagem requer, dentre outras atividades da equipe, vigília e atenção permanentes ao cliente e às suas diversas respostas orgânicas. É aí que surge a necessidade da monitorização neste ambiente, com o apoio ou não da tecnologia dura⁸.

Quando a instituição disponibiliza equipamentos adequados à realidade assistencial, podem-se obter informações sobre as variáveis fisiológicas do cliente crítico com precisão, o que permite o acompanhamento e a tomada de decisões em tempo hábil. Porém, deve-se ter cautela no uso do maquinário, para não supervalorizá-lo e esquecer o cliente como um todo. A fim de não descaracterizar o cuidado como ação humana, deve-se associá-lo à prática assistencial, para que desta forma cuidemos de pessoas com suporte de tecnologia dura, e não somente de máquinas.

As enfermeiras deste estudo identificaram como prioridade da assistência o próprio cuidado direto ao cliente em situação mais complexa e emergencial, colocando esta atividade acima de qualquer outra atribuição.

“A gente sempre tenta, assim, priorizar os cuidados, não é? Com certeza, o que tiver, assim, de mais urgência vai ser feito primeiro. Eu não estarei conferindo, se tem um paciente passando mal, paciente fazendo arritmia... Então a gente tem que, realmente, ter discernimento, não é?” (Líder 1)

“Deve-se priorizar o atendimento de emergência ao paciente em situação crítica. [...] Começaram a fazer a PAM na paciente, eu larguei tudo e fui para o paciente crítico. Normalmente, quando tem paciente crítico aqui, [o cuidado] é prioritário dela.” (Líder 2)

“Se chegar ao plantão e estiver tumultuado, tiver uma parada [parada cardiorrespiratória], por exemplo, vou atender logo essa intercorrência.” (Líder 4)

⁸ Tecnologia dura: o instrumental presente no cenário – equipamentos para tratamentos, exames e organização de informações. Leve-dura: os saberes profissionais bem estruturados – clínica, epidemiologia e outras áreas. Tecnologia leve: o trabalho vivo em ato – os aspectos inter-relacionais (MERHY, 1997).

“De repente você está chegando ao setor, um paciente está parando, eu vou priorizar aquilo, não vou ficar checando material.” (Líder 13)

“Uma estratégia, assim... você prioriza as necessidades dos doentes, a clientela que você tem. Então sempre os mais graves, sempre aqueles que estão com mais necessidades evidentes. Então, você começa a priorizar isso.” (Líder 14)

“Eu procuro trabalhar com prioridade, entendeu? Sempre procurei trabalhar com prioridade. Assumi o plantão, eu vejo o que é prioridade para resolver naquele plantão, que é um paciente mais grave, entendeu? [...] Então, em termos de gerenciamento, de administrar o plantão, é mais em cima de prioridade, priorizar a assistência, priorizar os cuidados.” (Líder 15)

Para atingir o objetivo primordial da assistência hospitalar, que é a recuperação da saúde do cliente, atender as necessidades emergentes da clientela através da avaliação de suas variáveis fisiológicas constitui a prioridade do cuidado, evidenciando o indivíduo com exclusividade neste momento.

Para tanto, é necessário usar a racionalidade e o raciocínio crítico-reflexivo sobre a situação vivenciada, conforme Kurcgant et. al. (*op. cit.*) nos disseram: *“Nessa etapa do planejamento, aplica-se diretamente o critério da racionalidade, pois se usa a capacidade de escolher os meios para alcançar os fins”*.

Segundo Waldow (1998), para o cuidado ocorrer, a cuidadora primeiramente percebe a situação e o cliente como um todo, já iniciando seu processo de reflexão. A partir daí, ela identifica as necessidades de cuidado e verifica os meios disponíveis para que o mesmo se realize: pessoais, materiais, estruturais e sociais.

Também foi verificada a preocupação com a assistência direta através da observação das enfermeiras nos cenários do estudo, em cuja realização de procedimentos elas estavam a todo momento envolvidas (como banho, curativos, sondagens, aspiração de vias aéreas superiores e observação de sinais vitais), não apenas monitorizando o trabalho realizado pelos técnicos e auxiliares de enfermagem, como também auxiliando-os em sua execução.

“Meu foco e atenção maiores são dos doentes mais graves. Intubado ou não, o cuidado especial, ou seja, o cuidado que só eu posso fazer, sempre é meu.” (Líder 7)

“Avaliar se está tendo alguma intercorrência, um soro terminando, um cateter obstruído, uma sonda desposicionada... [...] Eu entro muito na assistência, certo, pra fazer banho, fazer curativo, fazer aspiração, tudo que tiver... Principalmente se o paciente for grave, eu o assumo junto. Os técnicos que trabalham comigo sabem que eu inicio. Eles entram mesmo na condição de auxiliar. [...] Eu entro mais nos cuidados dos pacientes mais graves, fazendo aspiração, curativo, banho...” (Líder 8)

“Dou uma olhada nos pacientes todos, primeiro examino quase todos, principalmente os mais graves, pelo menos em nível de medicação, do que a gente vai fazer de distribuição para o paciente naquele momento.” (Líder 9)

Entende-se que, para não cometer falhas ou equívocos quanto ao estabelecimento das prioridades, as enfermeiras responsáveis pelo gerenciamento do cuidado direto devem ter clareza e sabedoria na tomada de decisões e definir as situações que necessitam de intervenções imediatas, pois elas podem repercutir positiva ou negativamente na (sobre)vida dos clientes.

Esta sabedoria muitas vezes advém da própria experiência profissional, pois, devido à intensa subjetividade, não constitui uma característica aprendida e/ou desenvolvida através de livros, conforme demonstraram os relatos a seguir:

“Ah, se há duas paradas, eu consigo dividir uma metade [da equipe] pra lá, outra parte pra cá, quem vai fazer o quê primeiro... Eu acho que aprendi isso no dia-a-dia, não é, vendo várias paradas, entrando em várias paradas. Então, hoje, eu acho muito fácil.” (Líder 5)

“Com tudo o que eu sei, eu tento priorizar aquilo que é mais importante, o que eu julgo que é mais importante, não deixando faltar nada pro paciente e tentando adequar os métodos que a gente tem pra prestar uma assistência da melhor qualidade que eu posso.” (Líder 10)

“A melhor gerência vem seguida também da experiência. Nenhum curso prático de gerência ensina a ser gerente se você não tem experiência.” (Líder 11)

“Com o tempo, a gente percebe que certas coisas são importantes, você já testar no início do plantão, porque você não sabe como é que vai evoluir. Porque às vezes você está com um paciente hemodinamicamente estável, mas, de repente, pode acontecer desse paciente descompensar... e eu não gosto de ficar correndo pra lá e pra cá. [...] Eu, pela minha experiência profissional, experiência de vida, priorizo o paciente. Eu estou aqui pra trabalhar por ele.” (Líder 13)

“Após eu receber a passagem de plantão do colega, eu procuro ver qual o paciente que inspira mais cuidados naquele momento, no qual preciso estar atuando mais emergencialmente. Tendo um inspirando cuidados emergenciais, eu procuro atuar logo, pra evitar uma consequência maior logo no início do plantão. Isso eu aprendi com a vida, com os inúmeros pacientes que já atendi.” (Líder 15)

No setor de Unidade Coronariana das instituições analisadas, as enfermeiras avaliavam a complexidade de cada cliente de acordo com o olhar experiente da situação e o saber técnico-científico adquirido durante toda a trajetória profissional e, a partir daí, faziam as intervenções imediatas necessárias.

Relembrando as características apresentadas no perfil dos sujeitos, a maioria possuía vasta experiência profissional como enfermeira líder e trabalhava simultaneamente em variadas instituições, além de procurar se especializar em determinadas áreas.

Corroborando esta ideia, Waldow (*op. cit.*) afirma que o processo de cuidar é o desenvolvimento de ações, atitudes e comportamentos, com base em conhecimento científico, experiência, intuição e pensamento crítico, realizadas para e com o cliente.

6.2 Observação de Necessidades na Assistência de Enfermagem

As enfermeiras da Unidade Coronariana apontaram também a capacidade de observação na organização do cuidado direto de enfermagem. No estudo de Brasil (1997), a observação já foi considerada um instrumento fundamental na

enfermagem, pois permite a coleta de dados significantes para a intervenção profissional.

Elas se preocuparam em observar não somente as necessidades da clientela, mas também dos alunos presentes em campos de prática e da própria equipe de enfermagem.

“Ao meu ver, o líder é aquele que procura captar as necessidades da equipe, dos profissionais e dos alunos, pra estar atuando junto, pro negócio funcionar.” (Líder 16)

Por se tratarem de necessidades distintas, as mesmas foram divididas nos itens a seguir.

6.2.1 Necessidades da Clientela

Quando tratamos de necessidades da clientela, devemos nos remeter às necessidades humanas básicas citadas por Maslow. Através de suas falas, as enfermeiras demonstraram preocupação com o ser humano como um todo:

“Na assistência, temos que ver o paciente como um todo e dar orientações de todos os tipos, não só de enfermagem.” (Líder 11)

“Eu acho que isso faz parte do gerenciamento, você estar pontuando e determinando as necessidades dos pacientes que estão internados numa Unidade Coronariana, de enfermagem ou não, porque é a gente que vai contatar os outros serviços.” (Líder 16)

Wanda Horta (2005), em seus estudos como enfermeira pioneira no Brasil, adaptou a Teoria das Necessidades Humanas Básicas para a enfermagem, aplicando as ideias de Maslow ao processo de cuidar. Segundo a Teoria, ao atingirem as necessidades fisiológicas, de segurança, sociais, de estima e

autorrealização, os seres humanos atingem também a satisfação necessária para desempenharem melhor as suas atividades.

Nesta abordagem, a enfermeira é o agente responsável pelo processo de planejamento, com base nas necessidades básicas do cliente, estabelecendo uma ação direta e atuante da enfermagem diante dos problemas apresentados e documentando as suas observações. Pois, no dia-a-dia, é ela quem está a maior parte do tempo ao lado dele.

Por outro lado, Maslow concebeu a Teoria da Motivação Humana baseada na hierarquia das necessidades humanas básicas. Esta Teoria parte do princípio de que o indivíduo é dotado de necessidades classificadas em níveis de importância, ou seja, umas são primárias e de maior peso e outras são secundárias e de menor significância. Sentindo-se satisfeito e motivado, o homem passa a apresentar uma nova necessidade situada em um nível acima (REGIS; PORTO, 2006).

Estas necessidades foram classificadas, por Maslow, em cinco níveis:

Nível 1- Necessidades básicas ou fisiológicas: aquelas diretamente relacionadas à existência e à sobrevivência do ser humano, estando neste grupo as necessidades de alimento, água, vestuário, sexo e saneamento.

“Então se tem um paciente da Coronária, que já está há um tempo aqui, está de alta pra enfermaria, mas não foi porque não tem vaga na enfermaria [...], não tem necessidade dele ficar tomando banho no leito. Então você vai orientar o auxiliar de enfermagem a estar deambulando com ele pelo setor, levar esse paciente pra enfermaria pra tomar um banho no chuveiro... Então essas coisas assim, esse olhar crítico, é o enfermeiro que tem, pra que não seja feita aquela coisa, assim, de rotina, sem pensar.” (Líder 1)

“A enfermagem tem que estar atenta a muita coisa. Por exemplo, a nutricionista manda uma dieta de enteral num doente que está com um refluxo [gástrico] enorme, que não está absorvendo nada. Aí você fala, argumenta...” (Líder 14)

“Às vezes o paciente está com diurese espontânea, né. A gente fica de olho, porque às vezes ele fica com vergonha de pedir o patinho pra fazer xixi, aí pra gente estar sempre oferecendo.” (Líder 17)

Para Maslow, as necessidades fisiológicas são o ponto de partida para a Teoria, pois são primordiais. Elas se referem às necessidades biológicas do indivíduo. São as mais prementes, pois dominam a direção do comportamento do ser humano quando este se encontra insatisfeito. Não se pode alcançar outro nível, sem que as mesmas tenham sido satisfeitas.

Assim, uma pessoa dominada por tal necessidade tende a perceber apenas os estímulos que visam a satisfazê-las, tornando sua visão de futuro limitada e determinada.

Nível 2- Necessidades de segurança: estão nesse grupo as necessidades relacionadas à proteção individual contra perigos e ameaças, como, por exemplo, a necessidade de saúde, trabalho, seguro, previdência social e ordem social.

“Às vezes a família abandona e o paciente fica aqui sem saber o que vai fazer quando sair, como voltar às atividades laborativas, o que ele poderá fazer no trabalho... Nisso a gente também auxilia, fornece orientações, encaminha para os serviços especializados.” (Líder 5)

“Tem paciente que tem a doença cardíaca, que não pode mais exercer atividade remunerada, e nunca deram entrada na previdência, na assistência social... Então, às vezes, você orienta também nessa parte.” (Líder 11)

Maslow ressalta que a necessidade de segurança permite o indivíduo dar preferência pelas coisas familiares, tender por uma religião ou filosofia de vida e pelas rotinas do dia-a-dia. Porém, a necessidade de segurança só pode ser considerada um motivador ativo e dominante caso ele se encontre em momentos de urgência.

Nível 3- Necessidades sociais: relacionadas à vida em sociedade, englobam necessidades de convívio, amizade, respeito, amor, lazer e participação. São as necessidades de convívio social e de afeto com as pessoas que convivemos, tais como amigos, parentes e filhos.

“Viabilizar maior conforto na parte biopsicossocial do paciente, reintegrá-lo ao convívio familiar, saber o que ele gosta de fazer...” (Líder 2)

“[...] Conversar com as pessoas, porque a maioria é lúcidas, né? E eu gosto muito de conversar com os pacientes, respeitando sempre a privacidade de cada um.” (Líder 5)

“Às vezes é um paciente que não está inserido na família, que não quer sobreviver, que não faz questão de viver, porque ele não tem pra quem voltar, pra onde voltar... Então tem essas questões também, para as quais você tem que até ter às vezes um pouco de assistente social e psicólogo, dar orientações com relação a isso.” (Líder 11)

O ser humano constrói relacionamentos afetivos com o intuito de sentir-se integrado, parte de um grupo na sociedade. A frustração dessas necessidades conduz geralmente à falta de adaptação social e à solidão. A necessidade de dar e receber afeto são importantes motivadores do comportamento humano, especialmente, quando se promove a administração participativa.

Nível 4- Necessidades do ego (estima): apresentam relação com a autossatisfação, caracterizando-se como necessidades de independência, apreciação, dignidade, reconhecimento, igualdade, respeito e oportunidades.

“E uma das coisas que eu me cobro ali dentro da Coronária é que o paciente é lúcido. Então eu acho que os funcionários têm quer ter essa característica de estar atendendo esse paciente com profissionalismo, né, e com dedicação. [...] Então a gente promove sempre o autocuidado e reconhece as capacidades do paciente, a fim de possibilitar a sua recuperação e ele exercer tão logo suas atividades laborativas e sociais.” (Líder 5)

Elas expressam as necessidades ou desejos de as pessoas alcançarem uma autoavaliação estável, bem como uma autoestima firmemente baseada em sua personalidade. A satisfação destas necessidades conduz a sentimentos de autoconfiança, valor, força, capacidade, suficiência e utilidade ao mundo.

Nível 5- Necessidades de autorrealização: expressam o mais alto nível das necessidades e estão diretamente relacionadas à realização integral do indivíduo. Neste grupo, estão as necessidades de utilização plena das potencialidades, de capacidade e da existência de ideologias.

Estas são necessidades de crescimento, que revelam uma tendência de todo ser humano de realizar plenamente o seu potencial. Essa tendência pode ser expressa como o desejo de a pessoa tornar-se sempre mais do que é e tudo o que pode ser.

Nas fases de coleta e análise dos dados, não foi evidenciado nenhum relato que pudesse retratar este nível. Possivelmente, pela própria impossibilidade de saciarmos plenamente todas as necessidades do cliente, e até mesmo de ele próprio não se contentar por completo. Aliás, o ser humano nunca está satisfeito, visto que somos movidos por insatisfações, que nos fazem buscar sempre algo melhor.

Desta forma, notamos que a observação é necessária à supervisão da assistência de enfermagem, pois fornece informações sobre o cliente, ambiente, equipe e atendimento prestado, as quais determinarão a eficácia da assistência proporcionada, através da observação da resposta do cliente ao tratamento.

Porém, não é uma observação feita de qualquer maneira e por qualquer pessoa. As enfermeiras revelaram que, além do simples ato de ver algo adiante, é

necessário ter um olhar apurado associado ao pensamento crítico, a fim de perceber situações além das que já estão visíveis ao “olho nu” de um leigo.

“Você tem que ter às vezes um olhar um pouco distanciado. Por exemplo, na cirurgia cardíaca, você vê que são muitas pessoas em volta dos pacientes. Aí você tem que se afastar, pra ver mais essa parte gerencial. E ter o domínio mesmo da situação, o olhar distanciado como gerente. Eu tento fazer isso, ter um olhar distanciado como gerente mesmo pra conseguir ter a visão de todos os pacientes ao mesmo tempo.” (Líder 3)

“[...] o paciente está vendo e está escutando tudo. Ele vê que você está meio irritado, que você bate o pé... ele vê esse tipo de coisa. Então é uma coisa que eu fico observando no funcionário e não permito que isso aconteça sem eu falar nada.” (Líder 5)

A enfermeira deve usar seu conhecimento e experiência para identificar o momento em que as observações sugerem a necessidade de intervenção de enfermagem. A capacidade de fazer um julgamento correto denota o preparo e a segurança do profissional de observar um fato, com um entendimento que permita fazer uma interpretação e reconhecer a significância dos dados coletados.

“Tem que estar com o senso de observação muito apurado, entendeu? Porque o mesmo paciente que está conversando com você, no minuto seguinte pode desestabilizar e ter um problema, e você tem que estar preparada pra agir sobre isso. [...] A sua capacidade de observar, de observar alterações, a sua capacidade de conhecer o paciente, de saber as diferenças que ele pode apresentar de um plantão pro outro, ou às vezes no mesmo plantão, de um horário pro outro...” (Líder 11)

“Eu procuro ficar ligada em tudo. Por mais que a gente esteja conversando, depois que eu assumo o plantão, às vezes eu estou conversando, estou brincando, estou falando com o paciente, mas eu estou ligada numa bomba [bomba infusora] que apita, aí eu vou ver o que é...” (Líder 17)

Os relatos demonstraram o estado de prontidão do profissional, no qual, normalmente, se aprimora um aspecto muito subjetivo, uma espécie de sexto sentido, ou intuição, e até mesmo instinto, que deixará a enfermeira alerta e preparada para tudo o que pode acontecer.

“Então, assim, eu acho que é muita observação e um pouco de instinto também, não é? Você observa... é observação. Assim, a gente tenta ficar ligada em tudo.” (Líder 17)

Tratando-se de ensino, a observação é uma habilidade da enfermeira que deve ser desenvolvida e estimulada no aluno de enfermagem. Este deve aprender a observar de forma sistematizada, percebendo além do que é falado pelo cliente.

“Eu procuro receber o plantão, perceber bem o que vai ser a rotina estabelecida pra aquele plantão. Sempre peço para os alunos que eles assistam a passagem de plantão pra eles também perceberem a demanda do setor naquele dia.” (Líder 3)

Para Nightingale (1989, p. 119), a mais importante lição prática que pode ser dada às enfermeiras é *“ensinar-lhes o que observar, como observar, os sintomas que indicam melhoras, quais significam o inverso, quais são de importância, quais não o são, quais são as evidências da falta de cuidados e de que espécie de falta”*.

6.2.2 Necessidades dos Alunos

Quanto à presença dos alunos em campos de prática, as enfermeiras também esclareceram que é importante verificar as suas necessidades para que eles possam ter satisfação em suas experiências acadêmicas.

Por se tratar de um setor de cuidados críticos, muitos não possuem um conhecimento prévio sobre o planejamento do cuidado de enfermagem a esta clientela específica e criam muitas expectativas, especialmente, quando se deparam com todo o aparato tecnológico comum a um ambiente de terapia intensiva.

É neste momento que entram as enfermeiras líderes, com todo o seu saber técnico-científico, pois são responsáveis por desvendar para os alunos os mistérios deste setor tão temido e espantoso.

“O residente não é aluno, ele é enfermeiro, mas ele vem pra mim sem experiência, não é. Então a gente fica com a responsabilidade de treinar. Eu me sinto como preceptora e professora, certo. Eu tenho essa função também de preceptoria, de orientar, porque vêm as dúvidas. [...] E, quando tem o residente, eu penso em ensinar. Às vezes eu entro sozinha com o residente. Eu tiro até o técnico, pro residente poder exercer essa coisa do cuidar.” (Líder 8)

Assim, o treinamento busca o aumento do conhecimento teórico e prático (neste caso, mais prático) que capacita o indivíduo para a realização eficiente de seu trabalho. O desenvolvimento, além da eficiência, pressupõe a ampliação das competências profissionais e pessoais que instrumentalizam o indivíduo para a transformação da realidade (KURCGANT et. al., 2005).

Na enfermagem, o aluno deve adquirir habilidades para atuar no mundo real da profissão, no qual irá vivenciá-lo a partir de normas e padrões preestabelecidos ao aplicar o conhecimento preexistente; ou aprender através da experiência clínica, cujo conhecimento gerado pela situação vivida é incorporado ao conhecimento teórico anteriormente assimilado (WALDOW; LOPES; MEYER, 1995).

“Eu digo assim: ‘Não, espere aí, PAM você não vai mexer assim não... [risos]. Não é assim, não. Tem protocolo isso aí. Espere, eu vou lá com você. Vamos lá, vamos lá.’ E vamos explicando.” (Líder 4)

“Tem uns [alunos] que vêm e fazem questão de mostrar a evolução pra você, e tal, e há outros que nem fazem questão. Aí depois eu olho.” (Líder 5)

“Eu entendo que ele tem que cuidar, pra ele aprender a fazer aquele cuidado, pra depois ele gerenciar, e saber o que é dele, o que não é, o que ele pode delegar, o que não pode. [...] Às vezes com os residentes, eu deixo pra eles aprazarem, mas às vezes eles já estão envolvidos no cuidado que

aí eu aprazo; tem as prescrições de enfermagem, que aí eu também sempre divido com os residentes.” (Líder 8)

E, do processo de cuidar, emergem a pesquisa, a teoria e o ensino, uma vez que a competência do cuidado se adquire cuidando-ensinando-pesquisando (WALDOW; LOPES; MEYER, *op. cit.*).

“A presença do aluno no setor é interessante também porque traz temas atualizados da assistência, levando-me à procura de material sobre essas atualizações.” (Líder 5)

“É gerenciar dessa forma: é educando, é aprendendo, é ter humildade. Ou seja, é educar e tentar estudar também.” (Líder 11)

“Pra quem está na assistência, tem que ir estudando, consultando... porque cada caso é um novo caso.” (Líder 16)

Carvalho (2004) afirmou que só se aprende enfermagem exercendo o cuidado, e só se ensina enfermagem ensinando a cuidar. Do mesmo modo, só se ensina a pesquisar pesquisando.

Desta forma, o conhecimento sobre a enfermagem nunca é suficiente. As enfermeiras, diante das inovações tecnológicas e do aperfeiçoamento da excelência do cuidado, devem reconhecer a necessidade de estar sempre se reciclando, a fim de realizar a assistência e o gerenciamento com melhor qualidade.

6.2.3 Necessidades da Equipe de Enfermagem

Além das necessidades da clientela e dos alunos, as enfermeiras também se preocuparam com a satisfação das necessidades de sua equipe de trabalho (técnicos e auxiliares de enfermagem).

“[...] a outra [técnica de enfermagem] trabalha em psiquiatria e está há 1 ano basicamente em Coronária. Então, assim, ela tem uma série de dúvidas, tem uma série de procedimentos e equipamentos que ela não conhece e a gente tem que dar uma atenção maior a esse tipo de profissional.” (Líder 11)

É função da enfermeira, não somente prestar assistência à clientela, como também treinar a sua equipe na realização do cuidado. Para isto, é necessária a identificação das necessidades de aprendizagem, estimular a participação deles em cursos de capacitação e elaborar treinamento profissional.

Segundo Marquis e Huston (2005), os administradores têm enorme responsabilidade no sentido de garantir que seu corpo funcional seja, adequadamente, treinado. O treinamento é um método organizacional para garantir que as pessoas tenham conhecimentos e habilidades para determinada finalidade e que adquiram os conhecimentos necessários à execução dos deveres do cargo.

Administradores de todos os níveis devem assumir certa responsabilidade no sentido de assegurar o treinamento apropriado dos funcionários. Reconhecer as necessidades educacionais de cada indivíduo e encorajar as buscas nesse campo são papéis e responsabilidades de um líder (MARQUIS; HUSTON, *op. cit.*).

Assim, a enfermeira líder tem como responsabilidade satisfazer as necessidades educacionais, para que se forme uma equipe coesa e eficiente. Ela deve estar atenta também às necessidades subjetivas do profissional, como mostrou a fala de uma enfermeira:

“Às vezes tem um técnico que não está bem no dia, aí você tem que ter essa sensibilidade pra ver se ele não está bem, se está... Às vezes ele chega aqui muito cansado. Aí você fala: ‘Vai descansar um pouquinho antes, depois você volta [do descanso] um pouquinho antes pra ajudar a gente.’ Tem que ter um pouco dessa sensibilidade também.” (Líder 17)

Uma liderança eficiente necessita de uma percepção acurada destas necessidades pessoais, já que, na maioria das vezes, estas não se manifestam por insegurança do profissional ou medo de que ele sofra repressões. Então, é importante que se estabeleça uma relação de confiança entre chefe e subordinado.

CAPÍTULO 7

MANUTENÇÃO DE BOM RELACIONAMENTO INTERPESSOAL

Outra estratégia gerencial identificada nos relatos das enfermeiras foi a importância de manter um bom relacionamento com a equipe de trabalho, não só de enfermagem, mas com toda a equipe multiprofissional, e também com os alunos, quando eles estavam em campo de prática. Isto foi demonstrado através das falas a seguir:

“Para aquele aluno que chega junto, que quer aprender e que está perto de você, eu dou toda atenção. [...] Tem alunos que têm uma boa interação, que eu tenho uma boa interação, que eu converso, procuro ensinar.” (Líder 5)

“[...] boa interação tanto com a equipe médica e, principalmente, com a sua própria equipe. Graças a Deus, quanto a isso eu não tenho problema, eu me relaciono muito bem. [Quanto aos alunos...] É uma interação muito boa, entendeu? Com certeza. A gente aprende com eles e eles aprendem muito com a gente, contribuem muito pro setor.” (Líder 11)

“Tem que ter interação com a equipe médica. Aqui é ótimo, porque, por ser um hospital universitário, os médicos se dispõem a te ajudar, eles mostram radiografia se você pedir, eles até gostam que você se interesse em ver o caso, sabe?” (Líder 16)

Notamos que as enfermeiras caracterizaram este bom relacionamento interpessoal como uma interação harmoniosa com os companheiros da equipe multiprofissional, independente do grau de formação em que se encontravam, e que se estabelecia em uma relação de troca de conhecimentos, compartilhamento de interesses comuns e respeito mútuo.

Possivelmente, por se tratarem de hospitais universitários, nos quais ocorrem maior esforço e comprometimento de todos os profissionais no processo de aprendizagem dos alunos, há frequente interação entre a equipe de saúde.

Atuar em conjunto, tirar dúvidas com outros profissionais e aproximar-se dos alunos em campo, trazendo-os para a prática profissional e explorando seus conhecimentos científicos, torna o ambiente propício para assistir o cliente de forma holística e humanizada.

A princípio, é questionável pensar em harmonia na relação entre os profissionais que trabalham em um ambiente dotado de alta tecnologia e prestam cuidados intensivos a uma clientela com necessidades específicas, constantes e muitas vezes emergenciais.

No entanto, talvez por serem enfermeiras na maioria entre 30 e 50 anos de idade e por terem tempo de experiência profissional entre 10 e 30 anos (e, em outro caso, próximo aos 40 anos), subentendeu-se que elas já adquiriram maturidade profissional suficiente para lidar com situações adversas de forma amena e competente.

E, quando falamos em interação, não podemos esquecer os ingredientes necessários para fazê-la acontecer. Um deles tem presença constante em nosso dia-a-dia, seja na vida profissional ou pessoal, e é fundamental para convivermos com nossos semelhantes: a comunicação. Ela é o principal instrumento que a líder utiliza para se aproximar dos liderados, a fim de estabelecer relações de confiança, compreender as atividades de cada um, compartilhar ideias e visões e criar interdependências no desenvolvimento do trabalho em equipe.

Galvão et. al. (2000) já diziam que a liderança e a comunicação consistem em estratégias fundamentais para implementar as mudanças necessárias na forma atual de gerenciar da enfermeira. Silva (2007) complementa que a comunicação é um processo imprescindível na ação administrativa, pois possibilita coordenar as ações

entre os diversos níveis, minimizar as diferenças e aproximar as pessoas, como expressaram os relatos abaixo:

“Olha, o bom relacionamento com a equipe é primordial. Nunca ordenar, nunca mandar, sempre pedir, entendeu? ‘Por favor, você pode fazer isso para mim?’ Eu consigo tudo com a equipe, mas sabendo falar. Isso sempre deu certo no meu trabalho.” (Líder 6)

“[...] não estar impondo atividade, o que muitas das vezes não vai adiantar, você vai ter uma resistência, vai brigar. Então você tem que buscar trazer a equipe pra você.” (Líder 16)

Acredita-se que o melhor caminho para conseguir a cooperação da equipe de enfermagem é deixar de assumir postura autoritária no planejamento e execução das atividades, mas captar as necessidades da própria equipe, compreendendo as condições psicofisiológicas que compõem o ser humano.

Portanto, sugere-se a promoção de uma gestão participativa nas relações de poder, para que as decisões possam ser tomadas em conjunto e sejam considerados os benefícios para todos os envolvidos na instituição, aliando produtividade e participação. Assim, serão resgatadas a autoestima, a motivação, o reconhecimento social e a reintegração com a equipe de enfermagem e com outros membros da equipe multiprofissional.

Outro fator que também surgiu nos relatos das enfermeiras como característica do bom relacionamento interpessoal foi o apoio / cooperação entre a equipe.

“Pra ter noção de tudo o que acontece dentro de uma unidade, você tem que ter a cooperação dos técnicos. Então, se acontece alguma coisa, por exemplo, o paciente tem o débito [débito cardíaco] diminuído, e se você estiver só e com paciente grave, se o técnico não chegar pra você e disser: ‘Olha, está caindo a pressão, diurese está caindo’, passa despercebido.” (Líder 4)

“A sua relação com o seu chefe imediato também é muito importante, né, você precisa ter o apoio dele, você precisa de um chefe que não apenas te critique, mas que também elogie, isso é muito importante. Como eu também, como chefe dos meus técnicos, eu não tenho que criticá-los, mas eu também tenho que elogiar por aquilo que eles fazem bem feito, entendeu?” (Líder 11)

Segundo as enfermeiras, é tão importante conquistar o apoio dos técnicos e auxiliares de enfermagem, quanto obter o apoio dos seus superiores. Conforme foi discutido anteriormente, a estrutura organizacional da enfermagem dentro do espaço hospitalar possui uma cadeia de ações interligadas e dependentes. Para que o resultado final, ou seja, o cuidado ao cliente seja alcançado, todos os níveis devem interagir de forma eficiente.

Segundo Waldow (1998), de nada adianta cuidadoras serem sensíveis às necessidades dos clientes, se não existir apoio e trabalho coletivo, ou se outros valores como produtividade e competitividade predominarem no ambiente de trabalho.

A administradora necessita do apoio de sua equipe, mas, para tal, deve oferecer o seu apoio, demonstrando conhecimento, acessibilidade, compreensão, segurança e interesse, além de nutrir o poder individual de cada membro, tornando o poder compartilhado (WALDOW, *op. cit.*).

Desta forma, se não existir clima harmonioso no exercício das funções, ou se não houver respeito e confiança entre os profissionais da equipe, a desmotivação e a insatisfação serão comuns, trazendo consequências negativas para as relações de trabalho e para o cuidado ao cliente.

Do contrário, um grupo forte e unido, com um mesmo objetivo, terá maior prazer em cuidar do outro e se encherá de autoestima, que se refletirá nas suas ações e comportamentos.

O terceiro fator que surgiu nos relatos das enfermeiras como uma forma de se relacionar bem com a equipe foi o uso da diplomacia e da educação.

“A sabedoria da diplomacia, nunca perder o bom-humor, a gente tentar levar na boa. A gente tem que ser educado sempre. Eu acho que a gente pega muito na elegância, mostrando sua competência, tentando resolver na boa. Tem que ser sutil.” (Líder 12)

“Pra você gerenciar as atividades, tem que ter muito jogo de cintura e diplomacia. Acho que a palavra que define gerenciamento, uma delas, é diplomacia. [...] Então, para o bom gerenciamento, tem que ter essa troca, você tem que ter esse jogo de cintura, essa diplomacia.” (Líder 16)

Para elas, uma relação harmoniosa no ambiente de trabalho requer sabedoria dos profissionais ao enfrentar as dificuldades e diplomacia na tomada de decisões, sobretudo quando se trata de um setor onde os clientes são hemodinamicamente instáveis, o que gera uma tensão constante na equipe, com muitos equipamentos alarmando a toda hora e pessoas andando (ou correndo) de um lado para outro, o que caracteriza este cenário como um ambiente nada harmônico à primeira vista.

A sabedoria está intimamente relacionada ao grau de experiência adquirida durante toda a vida profissional. Isto, mais uma vez, reforçou a ideia de que, de acordo com o perfil do grupo estudado, o avançar da idade e, conseqüentemente, do exercício da profissão favorecem o desenvolvimento de maior habilidade na execução das tarefas.

CAPÍTULO 8

ORGANIZAÇÃO DOS RECURSOS HUMANOS

As enfermeiras apontaram também, em seus discursos, a organização dos recursos humanos como uma estratégia gerencial do cuidado de enfermagem na unidade coronariana.

No entanto, nota-se que esta estratégia não é somente utilizada pela enfermeira em um setor especializado em cuidados intensivos de cardiologia, mas em todo o cenário, hospitalar ou não, que presta cuidados de saúde. E, para alcançar um adequado gerenciamento da equipe de enfermagem, são necessários conhecimento e habilidade na condução de algumas etapas essenciais deste processo.

Dimensionar a equipe de enfermagem constitui a etapa inicial do processo de provisão de pessoal e tem por finalidade a previsão da quantidade de funcionários por categoria requerida para atender, direta e indiretamente, as necessidades da assistência de enfermagem da clientela (KURCGANT et. al., 2006).

Às vezes você tem até um funcionário disposto, mas você não tem a disponibilidade técnica, de ele ser remanejado pra cá, porque ele não vai saber trabalhar, porque aqui não é só pra ele ver sinais vitais, dar um banho, entendeu? (Líder 14)

“Eu vejo se tem falta de pessoal, se está no quantitativo de pessoal... Se não tem, eu procuro estar pedindo remanejamento pra gerência.” (Líder 15)

“Eu gerencio em função do paciente e em função também da equipe que eu tenho ali. Se faltou alguém ou não, do nº de profissionais... Aí eu vou poder prever como que vai ser em relação ao suprimento, à assistência...” (Líder 16)

Os clientes internados em um setor de unidade coronariana possuem características de saúde complexas e, por isso, exigem cuidados de enfermagem

diferenciados e específicos. Com base neste aspecto, a enfermeira deve avaliar se, diante da capacidade técnico-científica, a sua equipe é suficiente, quantitativa e qualitativamente, para prestar assistência com qualidade. Caso ela possua algum déficit, o contato com a gerência é fundamental para resolvê-lo.

Dentre os hospitais selecionados para este estudo, as enfermeiras do HUPE e do HUAP relataram que havia uma quantidade numérica insuficiente de recursos humanos para atender as necessidades da clientela, visto que eram clientes instáveis e requeriam cuidado criterioso e permanente. Diante desta dificuldade e de outras, como a falta também de recursos materiais, gerenciar a unidade tornava-se uma tarefa difícil e desafiadora, senão uma medida heróica.

“Você vai apagando os focos de fogo, porque resolver... você não resolve. Existem coisas que estão além do nosso alcance. A gente faz o que pode dentro da nossa realidade, mas nem sempre, ou quase nunca, é suficiente.” (Líder 14)

“A gente trabalha sempre com a escala no limite, entendeu? Quando falta um, ou um tira licença, ou tem férias, a gente fica a ver navios, assim, em termos de gente pra cobrir, porque não tem.” (Líder 15)

No setor de Unidade Coronariana do HUPE, único cenário onde estavam presentes as residentes de enfermagem, estas eram identificadas não somente como enfermeiras, recém-formadas ou não, em fase de aprendizado e amadurecimento profissional, como também uma “mão-de-obra a mais” para a realização das tarefas de enfermagem.

“Infelizmente a gente trabalha com muita escassez, tanto de material, mas principalmente de recursos humanos. Então quando a gente tem uma mão-de-obra a mais, porque infelizmente ele [residente de enfermagem] é contado como mão-de-obra, isso ajuda muito, contribui muito. Mas eu acredito que pro residente também é muito bom, porque eles adquirem experiência profissional mesmo. Aprendem não só a assistir, como a gerenciar. Enfim, a ter experiência prática, que é o que vai contar.” (Líder 11)

E, nessa relação de troca, segundo a análise da enfermeira em questão, ambas as partes saíam beneficiadas: as residentes de enfermagem aprendiam a assistir e a gerenciar, enquanto as enfermeiras tinham mais pessoal em seu quadro escasso de profissionais de enfermagem, constituindo em uma relação simbiótica.

Em alguns estudos, o *Nursing Activities Score* (NAS), instrumento que visa medir o tempo de assistência de enfermagem em unidades de terapia intensiva (MIRANDA et. al., 2003), apresentou-se como interessante e valioso instrumento para classificação de clientes e avaliação da carga de trabalho da equipe de enfermagem neste setor.

O NAS foi desenvolvido a partir do *Therapeutic Intervention Scoring System* (TISS-28) para torná-lo mais representativo das atividades realizadas pela enfermagem na UTI (MIRANDA et. al., 1996) e, posteriormente, foi traduzido para o português e validado por Queijo (2002).

A mudança mais substancial ocorreu na categoria das atividades básicas, que foi subcategorizada em: monitorização e controles; procedimentos de higiene; mobilização e posicionamento; suporte e cuidados aos familiares e clientes; e tarefas administrativas e gerenciais. O instrumento resultante consiste em 7 grandes categorias e 23 itens. Cada item possui uma pontuação, portanto o escore atribuído a um cliente resulta da soma das pontuações dos itens que correspondem às suas necessidades de assistência direta e indireta.

Esse escore representa quanto tempo o cliente necessitou de um profissional de enfermagem nas últimas 24 horas. Assim, se a pontuação for 100, interpreta-se que o cliente precisou 100% do tempo de um profissional de enfermagem no seu cuidado nas últimas 24 horas.

Desta forma, o NAS pode ser um recurso muito útil para identificar a gravidade dos doentes, avaliar a carga de trabalho de enfermagem, quantificar as necessidades de cuidados dos clientes e estimar a real necessidade de profissionais de enfermagem por cliente.

No estudo de Tranquitelli e Ciampone (2007), concluiu-se que o cálculo do número de horas de assistência de enfermagem, em unidades em que o sistema de classificação de clientes estava implantado, evidenciou-se como importante ferramenta de gerenciamento da assistência, além de ser um fator essencial para o dimensionamento mais adequado da equipe de enfermagem.

Portanto, a enfermeira deve conhecer as necessidades de assistência de enfermagem da clientela e a dinâmica da unidade, para suprir as necessidades de pessoal, equilibrar as férias e folgas, considerando ainda as eventuais licenças que possam existir (KURCGANT et. al., 2006).

É necessário, também, que se conheçam as características pessoais de cada elemento da sua equipe, para que os plantões sejam produtivos e dentro de um clima de colaboração.

“Eu gosto de cuidados integrais, e eu desenvolvo os técnicos fazendo uma divisão na escala, de preferência uma divisão bem igualitária, na qual eu coloco um paciente mais grave equilibrando com um menos grave, pra que o técnico também não fique sobrecarregado.” (Líder 10)

“Geralmente eu divido as atividades com eles [técnicos de enfermagem]. O meu técnico gosta de ficar na medicação, então eu e a outra [técnica]... a gente verifica os pacientes, presta assistência aos pacientes.” (Líder 11)

Através dos relatos acima, verificou-se a preocupação por parte das enfermeiras em identificar as habilidades individuais e certas preferências de seus técnicos de enfermagem na realização do cuidado aos clientes.

As enfermeiras líderes devem utilizar suas informações a respeito das habilidades de cada um dos membros para designar os clientes. Reconhecer o valor de cada funcionário e dar autonomia a todos resulta em elevada satisfação no trabalho (MARQUIS; HUSTON, 2005).

Para as enfermeiras captarem e levarem em consideração tais preferências, presumiu-se que havia um bom relacionamento entre elas e sua equipe (uma das estratégias gerenciais apontadas neste estudo) e, evidentemente, a comunicação acontecia de forma clara e aberta, levando-nos a entender que as estratégias gerenciais estão diretamente ligadas entre si e são utilizadas de maneira simultânea no cotidiano dos profissionais de enfermagem.

Após a previsão e provisão da equipe de enfermagem, as enfermeiras preparavam as escalas dos técnicos para iniciar as atividades diárias, e incluíam os alunos enquanto eles estavam exercendo estágio nos setores, como mostraram as falas:

“Após a gente receber o plantão, que é leito por leito, eu faço a escala dos funcionários, dos auxiliares de enfermagem.” (Líder 1)

“A distribuição na escala dos técnicos de enfermagem... Peço pra eles [alunos] se distribuírem na escala pra eu saber justamente onde cada um vai estar.” (Líder 3)

“... e faço escala também, não é, para os técnicos irem já para os seus pacientes, providenciarem o que for necessário, comecem a trabalhar...” (Líder 4)

“Assim que eu assumo o plantão, primeiro você pega os casos dos pacientes, né. Logo depois eu faço a escala, distribuindo o serviço com a equipe, que é pro serviço ser mais dinâmico, que aí o funcionário já tá esperando e já começa a trabalhar.” (Líder 5)

“Normalmente, quando tem residente, eu coloco os pacientes mais críticos pro residente e os mais superficiais pros auxiliares.” (Líder 12)

A escala diária de atividades deve ser elaborada pela enfermeira responsável pelo plantão. Na elaboração, ela deve considerar o número e a qualificação dos elementos da equipe, a área física, o volume e a complexidade dos cuidados a cada cliente e o tipo de atividade a ser desenvolvida (KURCGANT et. al., 2006).

Nesta avaliação, uma das enfermeiras referiu a designação dos clientes mais críticos e carentes de mais necessidades de assistência direta para as residentes de enfermagem e os demais para os técnicos, no intuito de oferecer maior aprendizado prático àqueles.

Através da escala, a enfermeira define as tarefas que serão realizadas pelos técnicos de enfermagem. Entre as instituições analisadas, existiram diferenças significativas de como isto era distribuído, devido às características organizacionais específicas de cada hospital analisado.

De acordo com Marquis e Huston (2005), a enfermeira líder / administradora determina a melhor forma de planejar as atividades para que as metas organizacionais sejam alcançadas, efetiva e eficientemente. Isso envolve o uso sensato dos recursos e o envolvimento com outros departamentos da instituição.

Os cinco modos de organização dos cuidados de enfermagem oferecidos ao cliente são: cuidado total, enfermagem funcional, enfermagem em equipe ou modular, enfermagem principal e cuidado gerenciado (MARQUIS; HUSTON, *op. cit.*).

Na Unidade Coronariana do HUCFF, os técnicos de enfermagem eram distribuídos por cliente, ficando responsáveis pelos seus cuidados integrais, configurando este método de trabalho como enfermagem em equipe.

“E aí a gente faz por complexidade de cada paciente não é... então a gente tenta dividir a equipe toda em cuidados integrais, de forma que não

sobrecarregue um e deixe outro mais beneficiado não é... Então a gente vê por características mesmo de cada paciente.” (Líder 1)

Na enfermagem em equipe, os técnicos e auxiliares colaboram no oferecimento de cuidados a um grupo de clientes sob a direção de uma enfermeira. Como líder, ela é responsável por conhecer as condições e as necessidades de todos os clientes designados à equipe e por planejar os cuidados individualizados. Ela é responsável pelo auxílio aos membros da equipe, oferecer cuidado pessoal direto aos clientes (no caso, os cuidados mais complexos), ensinar e coordenar as atividades (MARQUIS; HUSTON, *op. cit.*).

Este modelo de organização do cuidado resulta na assistência de enfermagem ao cliente como um todo, no qual predomina o olhar holístico sobre as necessidades e a humanização.

Nas Unidades Coronarianas do HUPE e do HUAP, os técnicos de enfermagem eram divididos por tarefas, onde um preparava todas as medicações, outro verificava sinais vitais, e assim em diante. As enfermeiras explicaram que isso se devia à quantidade inferior de profissionais necessários em um setor complexo. Portanto, esse método do “todo mundo se ajuda” foi a forma que elas encontraram para facilitar e dinamizar o cuidado prestado aos clientes e evitar a sobrecarga de trabalho de sua equipe.

“Eu faço a medicação, preparo a medicação e administro as venosas. Elas [técnicas] fazem as orais.” (Líder 7)

“Se for medicação venosa eu faço, medicação oral o técnico faz, sinais vitais eu deixo pra eles [técnicos de enfermagem].” (Líder 8)

“Todo mundo fica com todo mundo. No horário, pro exemplo, meio-dia, um profissional realiza a medicação de meio-dia, a outra já vai verificando sinais vitais...” (Líder 13)

“...a escala dos funcionários, procuro ver quem vai fazer o cuidado de tal paciente. Se bem que aqui, devido à deficiência grande de mão-de-obra, a gente trabalha com 7 leitos pra 2 técnicos de enfermagem, então não tem nem como fazer escala de cuidados integrais, entendeu? Todo mundo trabalha fazendo tudo. Então, eles se ajudam um ao outro na hora do banho; medicação, enquanto um faz de um, outro faz de outro paciente. Então, assim, não fica aquele técnico específico àquele leito não, entendeu? Todo mundo fica trabalhando em conjunto.” (Líder 15)

Uma grande vantagem da enfermagem funcional é sua eficiência: as tarefas são realizadas com maior rapidez. Ela possibilita o cuidado com uma quantidade mínima de profissionais. No entanto, ela pode levar à fragmentação dos cuidados, à possibilidade de não ser dada atenção a algumas necessidades dos clientes e à baixa satisfação da equipe no trabalho (MARQUIS; HUSTON, *op. cit.*).

Além disso, pode trazer consequências muito sérias para o cliente: excesso de manipulação pelos profissionais, diminuição de sua privacidade, perda de referencial de seu cuidador, fragmentação do cuidado e divisão do cliente em partes, ou até mini-partes.

No entanto, diante do cenário caótico em que os hospitais se apresentavam e de um sistema de gerenciamento com inúmeras fragilidades, esta era a melhor forma como eles podiam se organizar internamente na busca de solução para a escassez de recursos humanos, a fim de não deixar de cumprir qualquer etapa do cuidado e na tentativa de não prejudicar o cliente.

A distribuição dos elementos da equipe nos turnos de trabalho deve ser planejada por todos os membros de enfermagem, de modo a atender as necessidades pessoais de cada um da melhor forma possível.

Para isso, a Resolução COFEN nº 293 de 2004 recomenda o Sistema de Classificação de Pacientes (SCP) para dimensionar o quadro dos profissionais de enfermagem nas unidades de saúde.

De acordo com a Resolução, devem ser consideradas 17,9 horas de enfermagem por cliente na assistência intensiva e a distribuição percentual deverá ser de 52 a 56% de enfermeiras e os demais de técnicos de enfermagem (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 2009).

Porém, a inadequação numérica e qualitativa dos recursos humanos da enfermagem lesa a clientela dos serviços de saúde no seu direito de assistência à saúde livre de riscos, apesar de a intensa fragmentação das atividades contribuir muito para isso.

“Por exemplo, hoje nós temos um técnico na medicação, uma está no cuidado e eu estou junto nos cuidados com ela. Normalmente, a gente fica junto nos cuidados. E, na folga de um, aí eu assumo a medicação.” (Líder 9)

“Eu acredito que o melhor é trabalhar em dupla. Mesmo com paciente mais tranquilo, eu posso trabalhar em dupla. Fica melhor pro paciente, fica melhor pra você, fica uma assistência melhor.” (Líder 12)

Então, diante das dificuldades apresentadas, as enfermeiras do HUPE e HUAP incluíam-se em todos os cuidados diretos aos clientes.

“Como são só 3 pessoas, eu como enfermeiro e 2 técnicos de enfermagem, via de regra pego a medicação, preparo a medicação...” (Líder 7)

“Sexta-feira estava pesado, era folga de um, um doente infartou, apesar que ele já tava sendo assistido, ele reinfartou aqui conosco e ele ficou muito grave. E aí a gente divide, aí não tem jeito, divide igualmente, sem nenhuma distinção.” (Líder 9)

“Não tem isso de enfermeiro fazer só aquilo, não, a gente distribui as tarefas pra todos nós profissionais, pra não sobrecarregar ninguém e não prejudicar o paciente.” (Líder 13)

A partir daí, verificou-se nestes hospitais que as atividades diárias realizadas no cuidado ao cliente, seja direto ou indireto, eram extremamente fragmentadas.

Portanto, a visão holística, muito recomendada na assistência de enfermagem, diversas vezes ficava fragilizada.

CAPÍTULO 9

ORGANIZAÇÃO DOS RECURSOS MATERIAIS

Por fim, a quarta (e última) estratégia gerencial identificada pelas enfermeiras no cuidado de enfermagem em setor de unidade coronariana foi a organização dos recursos materiais, pois este é um dos cuidados indiretos da enfermeira que possibilita o planejamento e a execução das atividades diárias no cuidado direto de acordo com o suprimento disponível na unidade.

Diante da complexidade dos materiais e equipamentos utilizados em um setor de cuidados críticos, a enfermeira deve participar ativamente do processo de gerenciamento destes recursos e buscar a participação dos profissionais de outras áreas, como a farmácia e o laboratório, para determinar a quantidade e analisar a qualidade do material requerido para a assistência, definir as especificações técnicas, participar do processo de compra e estabelecer o controle e a avaliação, a fim de garantir a eficácia do cuidado prestado ao cliente.

A enfermeira, por assumir o gerenciamento dos setores de atendimento e coordenar todas as atividades assistenciais, exerce atividades referentes à administração de materiais em sua unidade de trabalho, da qual é responsável pela previsão, provisão, organização e controle desses materiais.

Ela deve estar atenta à qualidade do material utilizado e à quantidade satisfatória, com o objetivo de minimizar o risco para o cliente e evitar a descontinuidade da assistência, considerando também o uso adequado dos materiais por todos os funcionários, evitando o seu desperdício (KURCGANT et. al., 2006).

“A gente tem uma conferência de material, e aí a gente faz a conferência. Cada box tem um material específico... a gente tem que estar sempre vendo, não é? E é através da conferência que a gente vai estar conseguindo repor o material que tá faltando.” (Líder 1)

“Eu gosto de... eu pra ver a medicação junto com os auxiliares quando chegam, pra poder já conferir o material no box, ver como o paciente tá..” (Líder 2)

“Tem a rotina toda, de contagem de material, checagem de material... Mas isso também você não necessariamente precisa fazer de manhã, que é o grande ‘boom’ dos alunos. Você só tem que checar se o material de parada está lá ‘bonitinho’ . Agora, contar um por um, todas as ampolinhas... você pode fazer isso depois, no decorrer do plantão, que não vai comprometer em nada.” (Líder 3)

“Conferência de material, conferência de medicação... são coisas que eu gosto de fazer pra eu não perder o meu controle na passagem de plantão.” (Líder 5)

“...quantas bombas infusoras eu tenho, então eu acho que é importante isso. Nem sempre eu confiro... é uma delas [técnicas de enfermagem] que confere, não é, mas alguém do plantão confere, entendeu? E eu fico sabendo. Elas vêm e falam: ‘Olha, não tenho macro, não tenho isso’. Porque eu preciso saber.” (Líder 8)

Conforme relatado pelas enfermeiras, a conferência, contagem ou checagem dos materiais existentes na unidade é um passo extremamente importante na organização destes recursos, pois é através desta avaliação que será possível a sua distribuição entre a equipe de forma racional e conduzir com consciência a etapa seguinte: a de requisição para os serviços técnicos de compra e almoxarifado.

De acordo com a realidade de cada hospital, algumas enfermeiras optavam por conduzir esta etapa junto com os técnicos de enfermagem, a fim de mobilizá-los na construção do raciocínio crítico diante das dificuldades apresentadas, enquanto outras o conduziam de forma isolada.

A previsão dos materiais é considerada como um levantamento das necessidades da unidade de enfermagem, identificando a quantidade e a especificidade deles para suprir essas necessidades, com base na realidade da

unidade, características da clientela, número de leitos disponíveis, frequência no uso dos materiais, local onde guardá-los, durabilidade do material e periodicidade da reposição (KURCGANT et. al., *op. cit.*).

“Eu gerencio da seguinte forma: eu planejo. Logo quando eu chego, eu já verifico tudo o que pode precisar. [...] Ver o material que está faltando, ver o medicamento que está faltando... Porque às vezes 02h da manhã vai ‘correr’ um antibiótico e aqui não tem. Então vai descer pra pegar às 02h da manhã? Então, eu prefiro que, quando eu chego, eu vejo se está faltando alguma coisa.” (Líder 16)

Conforme exemplificado pelas enfermeiras, é importante, ao assumir o plantão, verificar o estoque dos materiais na unidade coronariana e avaliar a necessidade de reposição imediata, pois isso facilita a tomada de providências diante de situações inesperadas.

Manter o estoque abastecido é uma das funções da enfermeira, sobretudo quando se trata de um setor onde são previstas inúmeras intercorrências na assistência à clientela. No entanto, este passo também requer cautela e raciocínio crítico, pois a superlotação de materiais pode interferir no seu controle de validade e integridade física, e ainda causar desperdício dos materiais inutilizados pela instituição hospitalar, o que não deveria ocorrer nos hospitais analisados.

A provisão consiste na reposição dos materiais necessários para a realização das atividades na unidade, mediante o encaminhamento do impresso de solicitação aos serviços que fornecem materiais, como: almoxarifado, farmácia, nutrição, lavanderia e manutenção (KURCGANT et. al., *op. cit.*).

“A gente está sempre em contato com os serviços de manutenção, rouparia, todos os serviços de apoio. A gente liga pra manutenção quando tem uma lâmpada queimada, ou quando o ralo entope...” (Líder 10)

“...prover materiais, insumos pro setor e de medicação pra aquelas 24 horas do plantão... Em termos de falta de material, eu procuro ver o que pode ser suprido.” (Líder 15)

Segundo os depoimentos, percebeu-se que as enfermeiras são realmente o elo entre os serviços dentro do espaço hospitalar. Por este motivo, estar em constante interação e sintonia com os profissionais de outras áreas dinamiza o processo de gerenciamento dos recursos materiais e, o mais importante, promove o rápido atendimento ao cliente em suas necessidades.

A organização consiste na maneira como a enfermeira irá dispor os materiais na unidade. Ela deve procurar centralizá-los em locais de fácil acesso para facilitar o uso e o controle por toda a equipe de enfermagem, levando em consideração a quantidade, frequência do uso, fluxo, dimensões do espaço físico, instalações, preparo e limpeza do local, embalagem, forma de armazenamento, riscos e custo do material, além das próprias atividades desenvolvidas na unidade (KURCGANT et. al., *op. cit.*).

“Dentro do setor, ver a organização de material, se existe material dentro da unidade, todos os recursos para o atendimento do cliente...” (Líder 4)

“Normalmente é tudo sempre muito bem organizado, tudo muito bem controlado.” (Líder 5)

Porém, a organização dos materiais não é somente uma tarefa específica da enfermeira responsável pelo setor, no caso a unidade coronariana, mas de todos os profissionais que atuam nele. Por meio de educação permanente dos profissionais, com estratégias de orientação e capacitação, é possível convocá-los para esta responsabilidade e otimizar o uso dos recursos. Deste modo, o papel principal da enfermeira seria de controlar todo o fluxo.

O controle dos materiais envolve desde a quantidade utilizada (consumo), a qualidade, a conservação e reparos, até a proteção contra roubos e extravios dentro da organização (KURCGANT et. al., *op. cit.*).

“Quando eu confiro material, não é porque eu quero aquele livrinho lá com o meu nome, não é isso. É porque eu entendo, como enfermeira, que eu preciso saber o que eu tenho no meu plantão, se eu tenho respirador, se eu tenho um ambu, se eu tenho macro-nebulizador, se o aparelho de desfibrilador tá no setor...” (Líder 8)

Quando a unidade possui grande diversidade de recursos materiais e muita quantidade dos mesmos, classificá-los em categorias pode facilitar o controle da enfermeira, sendo o de mais importante controle os que representam maior custo para a instituição e os essenciais para a assistência à clientela, cuja falta pode acarretar risco ao cliente, como por exemplo, os de parada cardíaca (KURCGANT et. al., *op. cit.*).

Desta forma, a realização de um controle adequado pela enfermeira fornece dados para a previsão, propicia informações sobre a qualidade e a durabilidade do material, diminui o extravio e aumenta a eficiência dos equipamentos, garantindo assim a utilização apropriada dos recursos materiais, a continuidade da assistência ao cliente e a diminuição dos custos relacionados aos materiais.

CAPÍTULO 10

ASPECTOS FACILITADORES DO GERENCIAMENTO DE ENFERMAGEM

A elaboração deste estudo também permitiu verificar a existência de diversos fatores que influenciam o gerenciamento do cuidado de enfermagem em uma unidade de cuidados críticos, seja no sentido de facilitar ou, até mesmo, dificultar as situações vivenciadas no ambiente de trabalho pelas enfermeiras líderes.

Neste capítulo, serão discutidos os aspectos facilitadores identificados pelas enfermeiras no gerenciamento do cuidado de enfermagem no setor de Unidade Coronariana em hospitais públicos universitários.

10.1 Trabalho em Equipe

O trabalho em equipe foi um dos aspectos facilitadores do gerenciamento de enfermagem identificados pelas enfermeiras, pois, quando isto ocorre, é possível compartilhar decisões e discutir formas de prestar um cuidado mais direcionado ao cliente.

“Eu trabalho muito bem com a equipe. Temos um relacionamento muito bom e todo mundo atua em equipe. A gente precisa um do outro.” (Líder 8)

“A minha equipe de técnicos, eles trabalham muito lado a lado comigo, os médicos que trabalham comigo também.” (Líder 10)

“É uma unidade fechada e a gente tem uma relação harmoniosa, a gente tem uma boa relação multiprofissional. A fisio [fisioterapia] está conosco, tem a equipe médica... tem a troca de opinião. E, no final, isso é bom pro doente.” (Líder 12)

Pôde-se perceber que as enfermeiras não somente valorizaram a relação harmoniosa entre a equipe de enfermagem, mas também com os profissionais de outras áreas, como os médicos e fisioterapeutas.

Um grupo torna-se uma equipe quando estabelece objetivos e metas comuns, o processo de comunicação flui entre os membros e as ações são desenvolvidas em complementaridade através da cooperação mútua (KURCGANT et. al., 2005).

No setor de unidade coronariana, por se tratar de uma unidade complexa que presta cuidados específicos a uma clientela diferenciada, é imprescindível a colaboração entre os funcionários de toda a equipe de saúde, pois a relação multiprofissional só tende a contribuir para o atendimento às necessidades dos clientes de forma holística.

Apesar de toda tensão existente neste cenário, a harmonia entre a equipe pode ser explicada pelo fato de a maioria das enfermeiras ter entre 30 e 50 anos de idade e possuir um longo tempo de experiência profissional como enfermeira líder (em um caso, próximo aos 40 anos), o que conferia elevado amadurecimento pessoal e profissional destas líderes.

Segundo o estudo de Silva (2004), a longa experiência profissional permitia que as enfermeiras líderes adotassem uma atitude participativa ao se relacionarem com a equipe, não impondo o poder e valorizando a colaboração e o trabalho em equipe.

Confiar na sua própria equipe é fundamental, e isto pode ser adquirido através do adequado entrosamento entre os seus membros.

“Quando tem paciente crítico... os técnicos aqui são excelentes. Então, quer dizer, eu não preciso nem mandar, eles já sabem. Então fica até mais tranquilo pra gente, pro nosso trabalho. Todo mundo fica em sintonia.”
(Líder 2)

“Pra ter noção de tudo o que acontece dentro de uma unidade, você tem que ter a cooperação dos técnicos. Então, se acontece alguma coisa, por exemplo, o paciente tem o débito cardíaco diminuído, e se você tiver só e com paciente grave, se o técnico não chegar pra você e disser: ‘Olha, está caindo a pressão, diurese está caindo’, passa despercebido. Porque é impraticável você ter noção de seis pacientes graves em uma unidade que tem alta rotatividade.” (Líder 3)

“É muito bom trabalhar aqui. Aqui as pessoas trabalham e as coisas funcionam muito bem. Por exemplo, quando tem uma intercorrência, a gente se divide e já vê quem vai fazer o quê primeiro... Somos realmente uma equipe.” (Líder 5)

“...eu não preciso ficar observando, acompanhamento em tudo. Eu sei como o funcionário trabalha, conheço o trabalho dele. E aí entro na hora exatamente que eu preciso entrar, na hora do cuidado mais elaborado. Ajudo o funcionário em tudo o que for necessário. Então, tem que ter bom relacionamento com a equipe. Saber falar, saber pedir, entendeu, nunca mandar. Isso sempre deu certo no meu trabalho.” (Líder 6)

Este adequado entrosamento, na maioria das vezes, não necessita de ação verbal, apenas de gestos simples, como um olhar ou uma determinada postura corporal. Aliado a ele, conforme apontado anteriormente, podem estar o longo tempo de convivência entre as pessoas e a vasta experiência de trabalho no setor.

Segundo Waldow (1998), a enfermeira necessita do apoio de sua equipe, mas, para tal, deve oferecer o seu apoio, demonstrando conhecimento, acessibilidade, compreensão, segurança e interesse, além de nutrir o poder individual de cada membro, tornando o poder compartilhado.

Assim, se não existir clima harmonioso no exercício das funções, ou se não houver respeito e confiança entre os profissionais da equipe, a desmotivação e a insatisfação serão comuns, podendo trazer consequências negativas para as relações de trabalho e para o cuidado ao cliente. Do contrário, um grupo forte e unido, com um mesmo objetivo, terá maior prazer em cuidar do outro e se encherá de autoestima, refletindo-se nas suas ações e comportamentos.

10.2 Apoio dos Superiores

Outro aspecto também evidenciado nas falas das enfermeiras como um facilitador do gerenciamento de enfermagem em unidade coronariana foi a importância de ter o apoio dos superiores, neste caso, a enfermeira chefe.

“A chefe da unidade ocupa o tempo dela bastante com as burocracias da unidade, de reposição, justamente pra gente estar junto com o paciente integralmente, né, durante o plantão.” (Líder 1)

“A chefia ajuda na administração dos recursos da unidade, ela tem um controle e consegue remanejar esse material. Então isso aí é direcionado através da chefia. Ela tá todo dia aí vendo e organizando isso.” (Líder 4)

“Normalmente é tudo sempre muito bem organizado, tudo muito bem controlado. A chefia, em qualquer coisa, a gente tem um suporte, um suporte muito grande, tanto que a gente fica praticamente liberado pra assistência. [...] A gente tem uma chefia que cobra direitinho. Ela organiza muito bem, ela gerencia, ela controla muito bem, felizmente. Então, você fica tranquilo, porque você tem respaldo. Então você sente que está apoiado.” (Líder 5)

Dentre as atribuições da enfermeira chefe, estão a supervisão da equipe de enfermagem no desenvolvimento da assistência; promover a educação permanente; participar da assistência de enfermagem, direta e/ou indireta, junto às enfermeiras líderes; e orientar e estimular os profissionais sob sua liderança no cuidado ao cliente. Portanto, já está incluído em suas designações o apoio à sua equipe.

A liderança é uma das funções do administrador (MARQUIS; HUSTON, 2005). Para as enfermeiras, ter uma chefe que as deixa livre para prestar assistência qualificada e as apóia nas dificuldades, oferece sensação de autoestima e segurança, porque se sentirão amparadas diante de qualquer situação.

Então, de nada adianta que as cuidadoras sejam sensíveis às necessidades dos clientes, se não existir apoio e coleguismo, ou se outros valores como produtividade e competitividade predominarem no ambiente de trabalho.

A cooperação mútua entre os profissionais é imprescindível no exercício das funções de enfermagem para estabelecer o bom relacionamento interpessoal e a motivação do grupo, caracterizando o espírito de trabalho em equipe e contribuindo para a melhoria da qualidade da assistência prestada ao cliente.

Desta forma, a tendência atual é que os estilos de gerenciamento de recursos humanos deixem de assumir postura autoritária e centralizadora e adotem um modelo mais flexível, no qual haja maior participação de todos os trabalhadores.

Assim, a enfermeira, seja ela chefe ou líder de equipe, é capaz de criar um ambiente que maximize o desenvolvimento do potencial humano. Segundo Marquis e Huston (*op. cit.*), a líder focaliza as necessidades e os desejos de cada indivíduo e utiliza estratégias de motivação adequadas a cada pessoa e a cada situação. Ela pode ser considerada um modelo, que ouve, oferece apoio e encoraja os subordinados, o que irá a favor da produtividade e satisfação no trabalho.

10.3 Uso da Internet no Setor

O uso da internet no ambiente de trabalho mostrou-se necessário a fim de manter a equipe informada sobre a atualização do conhecimento:

“A presença da internet no setor é muito importante porque mantém você atualizado e permite tirar muitas dúvidas que surgem durante o plantão. Especialmente quando se trata de um hospital universitário, onde os alunos vêm com um conhecimento teórico muito grande. Então a gente precisa cada vez mais se aperfeiçoar pra atender as expectativas.” (Líder 5)

Através da internet, podemos estar ligados aos grandes centros de pesquisa, às grandes bibliotecas e interagir com colegas da profissão em todas as partes do país e do mundo de maneira eficiente. Portanto, constitui uma importante ferramenta para a enfermagem.

Um estudo recente de Santos e Marques (2006) teve como objetivo identificar e descrever as principais modalidades de utilização da internet pela enfermagem nas áreas de educação, assistência e pesquisa, através de um estudo bibliográfico cuja fonte foi a base de dados MEDLINE (Literatura Internacional em Ciências da Saúde).

Verificou-se que a principal utilização na área de educação foi o desenvolvimento de aplicações para promover ensino à distância; na área de educação ao cliente foi a disponibilização de informação de saúde; na área de assistência foram as aplicações que oferecem protocolos assistenciais para promover a prática baseada em evidências; e na área de pesquisa foi a coleta de dados *on-line*. Concluiu-se que a enfermagem vem utilizando satisfatoriamente os recursos da internet e isto tem colaborado para o desenvolvimento e aperfeiçoamento da profissão (SANTOS; MARQUES, *op. cit.*).

Tratando-se de hospitais universitários, onde a presença de alunos é constante nos setores de atendimento, o acesso aos recursos da internet acelera o processo de pesquisa por eles e, até mesmo, pelos profissionais que os acompanham no aprimoramento prático de suas habilidades diante de eventuais dúvidas, resolvendo-as em tempo real. Desta forma, utilizar estes recursos favorecem a educação permanente da equipe de enfermagem, próximo item a ser discutido.

10.4 Educação Permanente da Equipe

As enfermeiras apontaram como um facilitador do gerenciamento de enfermagem em unidade coronariana um assunto muito discutido em hospitais universitários: a necessidade de sempre capacitar e atualizar os profissionais.

“Em um hospital universitário, você tem, assim, muitos respaldos. Você tem chances de aprender, de buscar...” (Líder 16)

“Tem sempre cursos de atualização, a educação continuada é muito boa, fazem treinamento em serviço. É bom isso, porque tá sempre capacitando a equipe. Tem até sessão de estudos de enfermagem, porque eu estava ali olhando. Aí tem um calendário direitinho... Tem inserção de cateteres, hemoterapia, suporte nutricional, até POP [Procedimento Operacional Padrão] tem. Então acho isso uma vantagem do hospital universitário, até pra estar treinando.” (Líder 17)

A educação é um processo dinâmico e contínuo de construção do conhecimento e leva à criação de compromisso pessoal e profissional, capacitando para a transformação da realidade. Para isto, as instituições hospitalares contam com um serviço que agrupa, organiza e coordena as atividades educacionais: a educação continuada.

Ela é um processo que impulsiona a transformação da organização, cria oportunidades de capacitação e desenvolvimento pessoal e profissional, dentro de uma visão crítica e responsável da realidade, resultando na construção de conhecimentos importantes para a organização, profissão e sociedade (KURCGANT et al., 2005).

No caso dos hospitais analisados, as enfermeiras relataram estar satisfeitas com o serviço de educação continuada, pois eram capacitadas constantemente sobre diversos assuntos relacionados à saúde. Certamente, este é outro fator que contribui para a satisfação da equipe e para a assistência à clientela com qualidade.

10.5 Monitorização Contínua do Cliente

O relato de uma enfermeira identificou a vantagem de ter sistemas de monitorização contínua aos clientes no ambiente de terapia intensiva.

“Todos são monitorizados, hoje nós temos monitor em todos os leitos, graças a Deus. Até um mês atrás a gente não tinha, e dificultava, porque tinha que ir lá pra verificar o tempo inteiro. Então isso já facilita bastante.”
(Líder 8)

O sistema de monitorização é uma inovação tecnológica que só veio facilitar o trabalho das equipes que cuidam de clientes críticos, pois fornecem seus parâmetros hemodinâmicos de maneira contínua e precisa.

Ele ajuda a estabelecer um diagnóstico real, guiar e aperfeiçoar o tratamento em tempo hábil. Contudo, os parâmetros identificados não estão livres de riscos e, por isso, necessita capacitação da equipe para lidar com os aparelhos e avaliar corretamente os valores obtidos, pois só trarão benefícios para a assistência ao cliente se os dados forem fidedignos (RAMOS et. al., 2008).

Portanto, este tema deve fazer parte dos programas de educação continuada para toda a equipe de enfermagem, principalmente, para os envolvidos em unidades de cuidados críticos, pois são estes profissionais quem ficam a maior parte do tempo ao lado dos clientes e, conseqüentemente, mais manuseiam os aparelhos.

No entanto, deve-se ter cautela na prática assistencial em ambiente de terapia intensiva, para não deixar a essência do cuidado de lado e valorizar mais o aparato tecnológico predominante no setor.

10.6 Centralização do Posto de Enfermagem

A centralização do posto de enfermagem foi considerada também um fator que facilita o gerenciamento do cuidado, pois permite à enfermeira líder supervisionar, constantemente, a assistência prestada ao cliente pela equipe e possibilita maior observação das atividades no setor.

“O posto é mais altinho, então você consegue ver bem o que tá acontecendo o tempo todo. Dá pra gente ter um controle maior, justamente até pela questão visual, você está vendo o que está acontecendo.” (Líder 3)

Em virtude da complexidade existente neste cenário e de todos os riscos que permeiam a saúde da clientela, ter um posto de enfermagem com características adequadas (aberto, elevado, centralizado e próximo aos leitos) é realmente um agente facilitador do gerenciamento do cuidado crítico, pois permite vigilância constante da enfermeira aos clientes e aos cuidados prestados por toda a equipe de saúde.

Pelo fato de a Unidade Coronariana do HUPE (ANEXO F) ser pequena e ter um alto quantitativo de profissionais atuantes, a centralização e elevação do posto de enfermagem permitia a visualização de todos os ângulos do setor e melhor observação da assistência prestada aos clientes pela equipe multiprofissional a uma distância próxima.

Na UC do HUCFF (ANEXO E), apesar de o posto não ser centralizado, a sua localização também possibilitava visualização de todos os leitos, porém a uma distância maior do que na UC do HUPE.

Já na UC do HUAP (ANEXO G), percebeu-se claramente que ela não possuía critérios preestabelecidos para a elaboração de uma planta física adequada a este setor: o posto de enfermagem era fechado, não centralizado, distante dos leitos, com apenas uma porta dianteira (sem portas laterais), sem janelas e não era elevado. Portanto, não atendia ao item *“distribuição dos leitos com condições de visualização constante dos clientes/pacientes”* (BRASIL, 2006).

Segundo os próprios funcionários, esta unidade não foi construída para ser uma unidade coronariana. Ela funcionava desde 1995 no 2º andar com 4 leitos e, devido ao aumento crescente da demanda de clientes, foi transferida em 1998 para

o 3º andar, passando para 7 leitos. Neste andar, o espaço físico não teve qualquer modificação para abranger um setor de cuidados críticos.

A unidade de terapia intensiva deve ser uma área geográfica distinta dentro do hospital, com acesso controlado e sem trânsito para outros departamentos. Deve ser próxima ao centro cirúrgico e à emergência, de fácil acesso, longe de barulhos, poluição e área de circulação externa (BRASIL, *op. cit.*).

10.7 Preparo Prévio para o Imprevisível

Uma característica fortemente notada nos relatos das enfermeiras foi a necessidade de preparo prévio para as intercorrências, citadas por eles como “imprevisíveis”.

O setor de unidade coronariana, como já foi dito anteriormente, destina-se ao atendimento a clientes em estado agudo ou crônico, que requerem permanente atenção e qualificação dos profissionais de saúde. Esses clientes são graves e possuem instabilidade de suas funções vitais, portanto, estão sujeitos a inúmeras intercorrências. Para isso, a equipe precisa estar preparada e capacitada para atender prontamente o cliente.

Diante deste cenário, um aspecto facilitador do gerenciamento do cuidado citado pelas enfermeiras deste estudo foi a realização de todas as atribuições já esperadas, as “previsíveis”, para então aguardarem ou se prepararem para as inesperadas, as “imprevisíveis”.

“Faço tudo o que é necessário. E aí a gente vai estar disponível no setor pra qualquer tipo de intercorrência.” (Líder 1)

“Chego, recebo o plantão, distribuo a equipe, checo o material e faço os cuidados principais. Então depois disso geralmente a gente fica a critério das intercorrências que acontecem.” (Líder 3)

“Depois de tudo, a gente faz a evolução e já fica pronto pras intercorrências. [...] De manhã toda eu quero saber, colocar meus pés no chão, pra saber o que vai acontecer, não é. Alta, se não vai ter alta... que são aquelas coisas que a gente pode prever. E no restante a gente fica pronto pro que a gente não prevê, que é uma parada, que é uma intercorrência... que a gente sabe que acontece toda hora lá, não é.” (Líder 5)

A enfermeira líder 5 ainda complementou:

“O que eu aprendi, que assim, de manhã, no início do plantão, agir logo com as coisas previsíveis. Então eu já me direciono pras coisas previsíveis pra eu poder ficar livre pras imprevisíveis, entendeu? Resumindo, é: eu chego de manhã, já me organizo e já faço as coisas previsíveis, porque eu precisar estar livre pra fazer as coisas imprevisíveis e dar tempo de cuidar de toda a rotina do setor.” (Líder 5)

“Como eu já tenho alguma experiência, eu já avalio a situação e vejo que aquilo vai complicar, então eu já me adianto. E às vezes eu já fico: ‘Pega material pra isso, pega aquilo’. Às vezes eu fico assim: ‘Acelera nisso porque aquele doente vai complicar e vai precisar de você ali’.” (Líder 8)

“...recebi uma paciente, com uma fibrilação atrial, chocada... então você já sabe... se está com acesso periférico, então vai ter que puncionar acesso profundo, você já deixa preparado todo o material: bandeja, cateter, etc... se está com a saturação baixa, você já deixa lá o laringo, o tubo [tubo orotraqueal]... Você já deixa tudo preparado pra não ter que ficar correndo na hora que o paciente chegar.” (Líder 13)

“o paciente daqui é um paciente ‘bomba-relógio’. Então você tem que estar sempre ali monitorizando. Porque ele parece que está super bem, mas de repente descompensa, né?” (Líder 16)

Pode-se dizer que este raciocínio crítico sobre a realidade vivenciada pelas enfermeiras da unidade coronariana faz parte do planejamento da assistência, a qual também envolve reflexão e análise sobre a maneira e o momento de realizar determinadas tarefas (KURCGANT et. al., 2006).

No processo de trabalho do gerenciamento em enfermagem, o planejamento da assistência é uma das atividades privativas da enfermeira, que possibilita fazê-la de forma global, coerente e responsável. Para planejar algo, ela leva em consideração não somente as tarefas já previstas, como também as incertezas,

deixando margens para os imprevistos, especialmente, quando se trata de uma realidade complexa e dinâmica.

Neste caso, o planejamento estratégico situacional é o método de melhor impacto, porque ele trabalha o processamento de problemas atuais, problemas potenciais (ameaças e oportunidades) e os macroproblemas. Ele permite identificar as suas causas, planejar as formas de combate, analisar a viabilidade do plano e atacar o problema na prática (KURCGANT et. al., 2005).

Ele constitui potente instrumento do processo de trabalho gerencial realizado pela enfermeira atuante em unidade de terapia intensiva, pois possibilita elaborar ações preventivas e contingentes.

CAPÍTULO 11

ASPECTOS DIFICULTADORES DO GERENCIAMENTO DE ENFERMAGEM

Neste capítulo, foram discutidos os aspectos dificultadores do gerenciamento do cuidado de enfermagem no setor de Unidade Coronariana nos três hospitais públicos universitários analisados.

Cabe à gerência de enfermagem, enquanto enfermeira chefe ou líder de equipe, identificar os fatores dificultadores e discutir em grupo formas de melhoria, a fim de proporcionar, na medida do possível, melhores condições de trabalho e de permanência em um setor fechado. Isto possibilitará melhor desempenho dos profissionais e, conseqüentemente, uma assistência mais eficaz e segura ao cliente e sua família.

11.1 Déficit de Recursos

Verificou-se através dos relatos das enfermeiras que, quando ocorre a deficiência dos recursos humanos e materiais, fica inviável, na maioria das vezes, organizá-los de maneira adequada para a realização do cuidado de enfermagem. Daí, o déficit de recursos ser identificado como um aspecto dificultador do gerenciamento de enfermagem.

11.1.1 Déficit de Recursos Humanos

Enfermeiras do setor de unidade coronariana dos hospitais analisados identificaram a insuficiência de recursos materiais como um dos aspectos dificultadores da gerência do cuidado de enfermagem.

“Infelizmente meu grupo realmente é muito pequeno, às vezes tem plantão que tem muito pouca gente.” (Líder 12)

“E recursos humanos, às vezes você não tem, você tem muita inadimplência de funcionários, você tem muita licença médica, por causa da facilidade de ser servidor público. Então falta e você não tem como repor o funcionário porque aqui é muito específico.” (Líder 14)

“A gente acaba sendo mão-de-obra, porque às vezes a gente não consegue só ficar gerenciando. Às vezes a gente tem que colocar a mão na massa também, porque 2 técnicos e 1 enfermeiro pra 7 leitos... às vezes você tem que entrar num procedimento, você tem que administrar uma medicação também. [...] A gente trabalha sempre com a escala no limite, entendeu? Quando falta um, ou um tira licença, ou tem férias, a gente ‘fica a ver navios’, assim, em termos de gente pra cobrir, porque não tem, entendeu?” (Líder 15)

O quantitativo insuficiente de recursos humanos acarreta no esgotamento físico e mental dos profissionais, que irá se refletir, em algum momento, no cuidado prestado à clientela.

Sobre os riscos na assistência aos clientes, uma enfermeira ainda completou:

“Eu acho que pra gente conseguir uma qualidade de assistência melhor, a gente deveria ter um quantitativo melhor de técnicos, pra ficar mais livre de certos cuidados que são técnicos de administrar a medicação, pra estar mais observando os cuidados mais específicos, estar avaliando melhor o paciente.” (Líder 15)

Dentre os hospitais analisados, aqueles que possuíam menor quantidade de profissionais de enfermagem eram as Unidades Coronarianas do HUPE e do HUAP. Na UC do HUPE, cada equipe contava, em média, com apenas 01 enfermeira líder e 02 a 03 técnicos de enfermagem, os quais deveriam prestar assistência a 06 clientes críticos. Na UC do HUAP a situação era ainda pior, pois cada plantão tinha apenas 01 enfermeira plantonista e 02 técnicos de enfermagem para assistirem 07 clientes críticos.

Kurcgant et. al. (2005) reforçam que, dependendo de como ocorre o dimensionamento da equipe de enfermagem nas instituições hospitalares, este pode

interferir positiva ou negativamente na eficácia, na qualidade e no custo da assistência à saúde. E ainda referem que a necessidade crescente de diminuir custos e aumentar a oferta de serviços coloca estes profissionais em risco, pois representam o maior quantitativo e mais oneroso quadro de funcionários da instituição hospitalar.

Em razão disso, as enfermeiras das instituições analisadas demonstraram insatisfação e insegurança no trabalho, fatores que poderiam trazer malefícios para o cuidado direto aos clientes.

Desta forma, as chefias dos serviços de enfermagem devem buscar instrumentos que possibilitem melhor gerenciamento dos recursos humanos sob sua responsabilidade, buscando conhecimentos, habilidades e competências para realizar um planejamento mais adequado.

11.1.2 Déficit de Recursos Materiais

O déficit de recursos materiais foi o aspecto dificultador mais relatado pelas enfermeiras. Ao lidarem com esta situação, elas utilizaram ações como: economizar, controlar, esconder, inventar soluções, improvisar, substituir, pedir emprestado, barganhar, reutilizar, dentre outras.

“Material... assim, é... a gente tenta substituir, Não é, por exemplo... agora a gente tem a falta de clorexidina, como é que a gente vai degermar? A gente tá voltando para o povidine, entendeu? Então, assim, a gente tenta usar de substituições.” (Líder 1)

“Agora realmente a gente está com dificuldade. Não tem sabão adequado pra lavar a mão em terapia intensiva, que seria clorexidina degermante... a gente não tem papel toalha... Então agora realmente está uma fase complicada, mas a gente consegue lidar.” (Líder 3)

“Por exemplo, a bacia: não estavam comprando a bacia pra fazer o cateterismo. A gente guardava a bacia, lavava a bacia. Então, reutilizava.” (Líder 5)

“A gente inventa. Eu acho fantástico como é essa invenção.. Então, pega na casa do vizinho, traz de outro canto, bota dentro da bolsa... A gente inventa. Vai de um pro outro, tampa um buraco.” (Líder 9)

“Uma lâmpada queimada, a manutenção não tem a lâmpada pra trocar, daí você precisa: ‘Ah, poxa, dá um jeitinho, tira dali e bota aqui’. Tenta barganhar pra resolver o problema do paciente.” (Líder 10)

“Às vezes a gente consegue amostra grátis, entendeu, com representante de laboratório... e assim a gente vai tentando administrar essa questão de falta de medicação.” (Líder 15)

“Às vezes aqui a gente não tem gaze não-estéril, não existe. Pra dar banho, a gente usa compressa, né. Mas, quando não tem compressa, a gente usa gaze estéril pra dar um banho, entendeu? Às vezes, pra limpar cavidade oral, abre um pacote de gaze estéril pra isso. [...] Às vezes tem época que não tem luva de procedimento, e aí tem que usar luva estéril mesmo. A gente procura usar justamente as maiores pra não fazer falta. [...] Teve uma vez que o vácuo pifou. E aí como é que a gente ia aspirar o paciente que tava intubado? E aí até a gente achar vácuo portátil... Só tem 1 no hospital, entendeu? A gente ficava aspirando o paciente com seringa de 20mL pra fazer pressão, mas não saía nada.” (Líder 17)

Através das falas, verificamos que a equipe de enfermagem talvez seja a que mais sofre quando o serviço de saúde não apresenta recursos suficientes para prestar uma assistência qualificada, principalmente quando se tratam de materiais básicos e de uso cotidiano, como, por exemplo, esparadrapo, gaze, algodão, seringa, dentre outros.

E ainda se desgasta muito por se sentir responsável em contornar a situação. Na opinião das enfermeiras, a equipe de enfermagem sempre busca alguma forma de lidar com a situação caótica dos serviços de saúde onde trabalham e tentam reverter, temporariamente ou não, o quadro de insuficiência de recursos com um “jeitinho especial, à moda brasileira”.

“A gente tenta poupar ao máximo. É difícil, mas... é o que a gente fala... a Enfermagem é tudo... é Magiver da vida... inventa e reinventa. A única coisa que a gente não pode é... não fabrica agulha, não fabrica seringa, lençol. A gente tenta remediar o mais que possa com a nossa capacidade de

inteligência de tentar adequar pro paciente. Mas é difícil... e fica triste.”
(Líder 2)

“Então esparadrapo, na mão do enfermeiro, ele constrói qualquer coisa, né? Ele serve pra antena, ele serve isso, ele serve pra aquilo, né? O que ele menos faz é colocar na pele.” (Líder 9)

“E assim a gente vai dando aquele jeitinho brasileiro e o jeitinho da enfermagem, né. A enfermagem tem mania de dar muito jeitinho em tudo. Porque as outras profissões, se você for ver... se não tem, paciência, não fazem. A gente fica sempre dando um jeitinho, porque a gente sente mais, porque a gente fica do lado do paciente, né. Mas eu não vejo isso nas outras profissões, não.” (Líder 15)

O último relato ressaltou também a forma como os profissionais de outras áreas lidam com a situação precária: se eles não têm, não fazem. Do contrário, a enfermagem sempre dá um jeito.

Assim, impõe-se a necessidade dos serviços de saúde aprimorarem os sistemas de gerenciamento desses recursos, a fim de garantirem uma assistência contínua de qualidade a um menor custo e assegurarem quantidade e qualidade dos materiais necessários para que os profissionais realizem suas atividades sem riscos para si mesmos e para os clientes (KURCGANT et al., *op. cit.*).

Os hospitais públicos, devido a orçamentos restritos, precisam controlar melhor o consumo e os custos dos materiais utilizados pelos profissionais, para não privá-los no uso em sua assistência.

11.2 Dificuldades na Gestão Organizacional

As enfermeiras também apontaram problemas na gestão organizacional das instituições onde trabalhavam.

“Nesse hospital tem má gestão, que é diferente de insuficiência. E isso inclui também a enfermagem. Quando eu digo má gestão, eu não digo má gestão do diretor, eu digo má gestão da estrutura, que vai do diretor ao gestor de enfermagem, e supervisor, toda uma cadeia de má gestão com incapacidade de conhecimento. [...] O contexto aqui é complicadíssimo. É

má gestão mesmo, com incapacidade de ver além do próprio umbigo”.
(Líder 7)

“Na atual realidade, as pessoas que estão na gerência poderiam fazer algo de melhor. Mas quem poderia fazer diferença não tá nem aí, e quem tá na beira do leito tenta fazer a diferença. [...] Eu acho que quem poderia fazer a mudança não tá presente, não se importa, sabe que falta, mas também não tá nem aí, não corre atrás... A nossa chefia imediata não tá nem aí. [...] O que falta aqui é boa vontade dos gestores.” (Líder 12)

“É mal gerenciada a questão de medicação dentro do hospital, porque às vezes você não tem uma medicação que você sabe que é barata, mas tem o outro que é caro. E às vezes ele nem precisa daquele caro, ele precisa do barato, mas o barato não tem.” (Líder 15)

Quando se referiram à má gestão, não especificaram exatamente como é esta gestão, mas deram indícios de que as pessoas detentoras do poder defendem apenas interesses próprios, já que a maioria possui cargo político, e esquecem-se do todo que envolve as instituições hospitalares.

Infelizmente, são estes os problemas que verificamos na maioria das instituições públicas no país, sejam elas de saúde ou não: má distribuição dos recursos financeiros e falta de comprometimento dos gestores com a população e empregados.

Segundo Marquis e Huston (2005), para que uma liderança seja eficiente, deve existir certa quantidade de poder apoiando-a. Mas, é fundamental que o administrador o utilize de maneira sábia e seja capaz de diminuir a distância entre autoridade e poder, fortalecer seus funcionários sempre que possível, utilizar a autoridade de forma adequada e minimizar as políticas negativas da organização.

Ao assumir cargos gerenciais, a enfermeira deve empregar esforços para sanar os problemas vivenciados pela equipe de enfermagem e atuar em conjunto com profissionais de outras áreas para proporcionar melhores condições de trabalho e de recuperação da saúde da clientela.

11.3 Dificuldades no Trabalho Noturno

Algumas dificuldades enfrentadas pelas enfermeiras que trabalhavam em serviço noturno também foram apontadas no gerenciamento do cuidado de enfermagem. Uma delas foi o não funcionamento de determinados serviços de apoio neste turno, ou o funcionamento de maneira precária.

“No [serviço] noturno tem mais dificuldade no recrutamento de pessoas, o serviço social à noite não funciona, pra achar a pessoa da limpeza... é uma pessoa da limpeza pro hospital todo, até achar o fisioterapeuta... Então fica muito mais restrito e difícil. [...] Com relação ao material, fica mais difícil, porque normalmente o material todo é posto mais pro dia do que pra gente da noite.” (Líder 2)

“À noite, eu conto comigo mesmo. Eu acho que o SN sai perdendo, porque ninguém faz o esforço pra você gerenciar com qualidade.” (Líder 7)

No estudo de Silva (2004), foi verificado que as atividades gerenciais voltadas para a previsão de recursos humanos e materiais para o desenvolvimento da assistência eram realizadas durante o período diurno, em vista da necessidade de comunicação com os setores de apoio, que não atuavam plenamente durante a noite.

Fez-se também associação deste turno como um horário sagrado para o sono, no qual o corpo não obedece ao comando, como ocorre durante o dia.

“Eu rendo muito mais de dia do que de noite. [...] De noite você não responde tanto, porque a noite foi feita pra dormir. Mesmo tendo o horário de descanso, em 3 horas você não recupera.” (Líder 2)

No trabalho noturno permanente, o indivíduo é obrigado a inverter o seu horário de dormir, causando uma desordem temporal do organismo e, ao longo do tempo, trazendo prejuízos à sua saúde, como mal-estar, fadiga, sonolência, insônia,

irritabilidade, prejuízo da agilidade mental, desempenho e eficiência (CAMPOS; MARTINO, 2004).

Desta forma, é importante que os dirigentes das instituições de saúde observem a importância de terem profissionais mais descansados, motivados e satisfeitos com suas condições de trabalho, pois isto se refletirá em uma melhor qualidade de cuidados prestados aos seus clientes.

11.4 Presença de Alunos no Setor

Apesar de se tratarem de hospitais universitários e, como tais, estarem vinculados à assistência, ensino e pesquisa, a presença de alunos no setor de unidade coronariana foi relatada por diversas enfermeiras como um aspecto que pode dificultar a gerência de enfermagem. Em parte porque, além de eles se responsabilizarem por várias tarefas, ainda são designados a ensiná-los, de forma a associar a teoria adquirida em sala de aula à prática, sem muitas vezes saber quais conteúdos foram apresentados pelos docentes.

“Eu também fico receosa dele mexer em algumas coisas que podem trazer prejuízo ao paciente. Então a vigilância dobra muito, com o paciente e com o aluno. Quando tem aluno é mais desgastante, é mais estressante pra gente.” (Líder 5)

“Sinto-me muito sobrecarregada, porque tem horas e tem dias que o que eu menos queria era ficar ensinando e ficar orientando, eu queria que fizesse, porque eu também sou muito imediatista.” (Líder 8)

“Acho que [o aluno] não ajuda na assistência. Ser uma presença física que vai ajudar a dar mais um banho, isso não, porque o banho vai ser mais complicado, tem que ter ajuda, ele vai ter que ir com alguém e às vezes você tem a preocupação de manipular certas posições que ele não coloca.” (Líder 14)

“Não tem como eu parar pra ficar explicando e, ao mesmo tempo, estar dando assistência ao paciente, vendo as intercorrências do setor, as questões que têm que ser resolvidas.” (Líder 15)

Por se tratar de um setor que exige dinamização do cuidado e das decisões tomadas, as enfermeiras referiram que não há tempo suficiente para darem atenção aos discentes, pois, de certa forma, retardam o andamento do serviço e repercutem negativamente sobre a saúde da equipe: provocam estresse, desgaste mental, demandam maior atenção na realização das atividades e causam preocupação ou medo de fazerem algo errado e prejudicial ao cliente.

Uma enfermeira ainda relatou que, mesmo trabalhando em um hospital universitário, não é sua função acompanhar os alunos no setor durante os estágios curriculares ou extracurriculares, cabendo esta responsabilidade somente aos docentes.

“Hoje, sinceramente, eu tento até não me aproximar. Porque, se eu não tenho condições de ver os meus pacientes, meus clientes, como é que eu vou ainda dar assistência ao aluno, que não é minha função?” (Líder 4)

No entanto, sabe-se que é função, sim, das enfermeiras das unidades assistenciais acompanharem os alunos em suas atividades curriculares à beira do leito, pois são elas as profissionais mais preparadas e capacitadas para transmitir informações específicas sobre as rotinas do setor e a demanda de cuidados pela clientela.

Especialmente quando se tratam de alunos em fase final de graduação, é uma determinação do Ministério da Educação (MEC) que eles estejam mais próximos das enfermeiras da assistência nos setores, responsáveis por sua supervisão direta, do que dos docentes, responsáveis pela supervisão indireta.

Também, em hospitais que possuem os programas de residência em enfermagem, é extremamente importante a interação entre enfermeira e residente

no cotidiano assistencial, para que este possa exercer com mais autonomia e segurança os cuidados à clientela.

De qualquer forma, sendo hospital universitário ou não, as enfermeiras têm como uma de suas atribuições promover educação permanente de sua equipe, designando a ela a tarefa também de preceptoria ou docência.

A responsabilidade legal e social pelas ações de enfermagem recai sobre o papel da enfermeira, cuja presença é imprescindível no cuidado aos clientes e no direcionamento dos alunos (CARVALHO, 2004).

CAPÍTULO 12

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo propôs-se a discutir as estratégias gerenciais utilizadas pelas enfermeiras líderes no cuidado de enfermagem em setor de Unidade Coronariana de três hospitais públicos universitários do estado do Rio de Janeiro, haja vista a escassez da literatura a respeito deste assunto.

A construção de um estudo de caso múltiplo foi uma tarefa desafiadora devido à ampla abrangência dos dados coletados, porém, fundamental para entender melhor a realidade vivenciada por estas enfermeiras e intensificar a sua importância nestas unidades de saúde como profissionais capacitadas para enfrentarem inúmeros obstáculos do dia-a-dia.

No atual mundo moderno, onde as máquinas substituem o lugar do homem em muitas áreas de trabalho, o ato de capacitar-se é essencial. Para isso, as instituições exigem, cada vez mais, a qualificação de seus funcionários em atender as necessidades da clientela, as quais vêm crescendo exponencialmente. No cenário hospitalar, isso não é diferente. Desta forma, é imprescindível às equipes de saúde se qualificar para atenderem essas novas demandas.

Conforme pressuposto nos primórdios deste estudo, verificou-se que as enfermeiras desenvolviam o gerenciamento do cuidado de enfermagem apoiadas no conhecimento técnico-científico adquirido na academia e na profissão e em mecanismos elaborados durante a trajetória profissional, para agregarem simultaneamente as atividades de assistência às de ensino e pesquisa.

Lidar com dificuldades no campo da assistência ao cliente, sejam elas provenientes do próprio cuidado direto ou da estrutura da instituição, requer

habilidades específicas que, muitas vezes, não são previstas na literatura ou nos protocolos assistenciais. Só mesmo com muita experiência prática, aliada ao conhecimento científico, é possível assistir adequadamente um cliente cardiopata hospitalizado, em um cenário escasso de funcionários e materiais.

Muitas eram as tarefas das enfermeiras líderes neste cenário. Portanto, a adoção de estratégias gerenciais contribuía para a dinamização do serviço e ampliava a sua observação sistemática sobre os fatores intervenientes no trabalho.

Às enfermeiras cabem, dentre outras atividades, tarefas diretamente relacionadas com sua atuação junto ao cliente, bem como a liderança da equipe de enfermagem e o gerenciamento dos recursos da unidade – físicos, materiais, humanos, financeiros, políticos e de informação – para a prestação da assistência de enfermagem.

Assim, são exigidos delas conhecimento (conhecer o que faz), habilidades (fazer corretamente) e atitudes adequadas para desempenhar seu papel objetivando resultados positivos. É, portanto, exigido que ela seja competente naquilo que faz, bem como garanta que os membros da sua equipe tenham competência para executarem as tarefas que lhes são destinadas.

Discutiram-se as complexidades existentes neste ambiente, por se tratar se um setor composto por equipamentos com tecnologia avançada, o qual exige cuidados especializados desenvolvidos pelos profissionais e aperfeiçoamento da equipe de enfermagem para atender esta clientela diferenciada.

Como foi apontado anteriormente, a equipe de saúde deve trabalhar em conjunto, tornando o atendimento interdisciplinar e compartilhando seus conhecimentos, a fim de promover um ótimo e eficaz atendimento ao cliente. Considerando que a equipe de enfermagem está presente integralmente no cuidado,

torna-se indispensável um treinamento adicional para a realização de uma adequada assistência em uma unidade coronariana. Tal treinamento é necessário para a identificação precoce de quaisquer complicações que podem ocorrer em um cliente coronariano, tendo à enfermagem a responsabilidade de saber identificá-las e proceder, adequadamente, a uma eventual intervenção.

Neste processo, levaram-se em consideração as tensões, tanto da parte da clientela quanto da própria equipe de enfermagem, as subjetividades que permeiam o cuidado e as formas de as enfermeiras lidarem com a capacidade de recursos humanos e materiais (na maioria das vezes insuficiente).

Diante disso, estes conhecimentos devem ser abordados em cursos de graduação e pós-graduação para que se tenha real noção das dificuldades enfrentadas pelas enfermeiras assistenciais nas unidades de cuidados críticos, elaborando ações de melhoria e contribuindo para a elevação da qualidade da assistência.

Através de um levantamento do perfil dos sujeitos, identificou-se que, como já se esperava, a maioria era do sexo feminino, na faixa etária entre 30 e 50 anos de idade, com turnos de serviço diurno e noturno equiparados devido à semelhança na escala de trabalho (12x60), com 10 a 30 anos de profissão como enfermeira líder, trabalhavam em outros locais para aumentar a renda e realizaram cursos de pós-graduação na busca incessante de novos conhecimentos.

Acreditou-se que um dos pontos positivos para a qualidade do gerenciamento do cuidado de enfermagem foi a realização de cursos de especialização por quase todas as enfermeiras líderes, como uma forma de aprimorarem seus saberes e mantê-las informadas sobre a atualização do conhecimento. Como já exposto anteriormente, a enfermeira precisa acompanhar as mudanças atuais e se

aperfeiçoar diante das tendências do mercado de trabalho e necessidades da clientela.

A fim de conhecer melhor as características das instituições, descreveu-se a estrutura hospitalar como um todo, desde a sua história organizacional, localização, área de planejamento, missão, serviços prestados, clientela atendida, estimativa do número de profissionais, até os momentos atuais, enfatizando o setor de Unidade Coronariana (setor de interesse), indo da visão macro para a micro.

A partir desta descrição, elaborou-se um fluxograma comparativo do quadro dos profissionais de enfermagem nos três hospitais analisados, o que nos permitiu elucidar melhor as suas diferenças e semelhanças.

Verificou-se que, apesar de se tratarem de hospitais públicos universitários e, por isso, apresentarem diversas características semelhantes, os mesmos possuíam algumas particularidades específicas, como a existência das chefes de Seção no HUCFF, o oferecimento de programas de residência em enfermagem no HUPE e a planta física da UC no HUAP (o que mais chamou atenção nesta unidade e, certamente, tinha influência negativa no gerenciamento do cuidado).

Embora a enfermagem tenda para a administração participativa, ainda há necessidade de estabelecer uma hierarquia de poder, para que as ações sejam tomadas de forma concatenada e racional.

Retomando os objetivos do estudo, foram identificadas como estratégias gerenciais do cuidado de enfermagem a “Organização do cuidado direto de enfermagem”, a “Manutenção de bom relacionamento interpessoal”, a “Organização dos recursos humanos” e a “Organização dos recursos materiais”.

Quanto à organização do cuidado direto de enfermagem, as enfermeiras líderes apontaram a necessidade de estabelecer prioridades no planejamento do

cuidado e observar as necessidades da assistência de enfermagem, não somente da clientela, como também da própria equipe e dos alunos presentes nas unidades por meio de estágios curriculares e extracurriculares e, até mesmo, pelo programa de residência (no caso do HUPE).

Sobre a manutenção de bom relacionamento interpessoal, as enfermeiras líderes destacaram a importância de se relacionar bem com os técnicos e auxiliares de enfermagem e com toda a equipe multiprofissional, através da interação harmoniosa, comunicação eficiente, cooperação mútua e uso da diplomacia e educação.

A respeito da organização dos recursos humanos, as enfermeiras líderes demonstraram entendimento sobre a condução das etapas deste processo, que são o dimensionamento, distribuição, previsão e provisão da equipe de enfermagem. Foram discutidos ainda os modelos de organização do cuidado adotados por cada enfermeira, de acordo com a realidade vivenciada em cada instituição.

Na discussão da última estratégia gerencial, a organização dos recursos materiais, verificou-se que as enfermeiras líderes gerenciavam com base na previsão, provisão, organização e controle, apesar dos três hospitais analisados apresentarem elevado déficit de suprimentos na Unidade Coronariana.

Um grande passo para o conhecimento obtido por este estudo foi a discussão de diversos fatores que influenciavam positiva ou negativamente no gerenciamento do cuidado realizado pelas enfermeiras líderes.

Tratando-se dos aspectos facilitadores, evidenciaram-se o trabalho em equipe, o apoio dos superiores na estrutura organizacional hospitalar, o uso da internet no setor, a educação permanente da equipe, a monitorização contínua do cliente, a centralização do posto de enfermagem e o preparo prévio para o

imprevisível, que, na verdade, neste setor, acabava sendo previsível pelas enfermeiras líderes.

Quanto aos aspectos dificultadores, destacaram-se o déficit de recursos humanos e materiais, as dificuldades decorrentes da inadequada gestão organizacional, os problemas enfrentados por quem trabalhava em serviço noturno e até mesmo a presença de alunos no setor.

De acordo com todos os aspectos envolvidos neste estudo, foi possível entender melhor a forma de gerenciamento destes profissionais, ao passo em que conciliavam suas atribuições assistenciais, administrativas e de ensino e, ainda, lidavam com inúmeros fatores intrínsecos e extrínsecos ao cuidado.

REFERÊNCIAS

AGUIAR, D. F. de; STIPP, M. A. C. **Modelo Gerencial do Cuidado Ambulatorial de Enfermagem à Clientela Portadora de Hipertensão Arterial Sistêmica**. 2006. 20f. Relatório final da atividade de iniciação científica apresentado à FAPERJ em agosto de 2006. Rio de Janeiro, 2006.

BRASIL. Ministério da Educação. Portaria nº 375. Conceituação para hospitais de ensino. **Diário Oficial da União**, s. J, 1991.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 196/96. Dispõe sobre pesquisa envolvendo seres humanos. In: **Bioética**. V. 4, n 2, 1996. [suplemento]

_____. **Dados Epidemiológicos das Doenças Cardiovasculares no Brasil**. TABNET. [on line] nov/dez, 2005; [aprox. 5 telas]. Disponível em: <<http://www.saude.rj.gov.br>>. Acesso em: 19 dez. 2005.

_____. Secretaria de Assistência à Saúde. **Manual Brasileiro de Acreditação Hospitalar**. Organização Nacional de Acreditação. Brasília, 2006.

BRASIL, V. V. O que dizem os enfermeiros sobre observação. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**. Ribeirão Preto, v. 5, n 3, p. 83-94, jul. 1997.

CAMPOS, M. L. P.; MARTINO, M. M. F. de. Aspectos cronobiológicos do ciclo vigília-sono e níveis de ansiedade dos enfermeiros nos diferentes turnos de trabalho. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**. São Paulo, v. 38, n. 4, p. 415-421. 2004.

CARVALHO, V. de. Cuidando, Pesquisando e Ensinando: acerca de significados e implicações da prática de enfermagem. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**. Ribeirão Preto, v. 12, n. 5, p. 806-815, set.-out. 2004.

CERVO, A. L.; BERVIAN, P. A. **Metodologia Científica**. 4. ed. São Paulo, SP: Makron Books, 1996.

CHIAVENATO, I. **Iniciação à Administração Geral**. 3. ed. São Paulo, SP: Makron Books, 2000.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Resolução COFEN nº 294/2004**. Portal COFEN. [on line] 2009. Disponível em: <<http://www.portalcofen.gov.br/2007/materias.asp?ArticleID=7037§ionID=34>>. Acesso em 02 mai. 2009.

COSTA, Á. R. D. **Comunicado à comunidade de enfermagem do HUCFF**. Documento interno. Divisão de Enfermagem do HUCFF. 2008.

ERDMANN, A. L.; BACKES, D. S.; MINUZZI, H. Gerência do Cuidado de Enfermagem pelo Olhar da Complexidade. **Online Brazilian Journal of Nursing**. [on line] V. 7, n 1, 2008. Disponível em: <<http://www.uff.br/objnursing/index.php/nursing/article/view/j.1676-4285.2008.1033/313>>. Acesso em: 13 set. 2008.

_____; PINHEIRO, P. I. G. Gerenciamento do Cuidado em Enfermagem: questionando estratégias. **Cogitare Enfermagem**. Curitiba, v. 3, n 1, p. 89-96, jan./jun. 1998.

FIGUEIREDO, N. M. A. de; VIANA, D. L. (organizadoras); et. al. **Fundamentos do uso de Tecnologias na Enfermagem**. São Caetano do Sul, SP: Yendis Editora, 2006.

GALVÃO, C. M.; et. al. Liderança e comunicação: estratégias essenciais para o gerenciamento da assistência de enfermagem no contexto hospitalar. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**. Ribeirão Preto, v. 8, n. 5, out. 2000.

HORTA, W. de A. **Processo de Enfermagem**. 16ª Reimpressão. São Paulo, SP: EPU, 2005.

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ANTÔNIO PEDRO. Universidade Federal Fluminense. **Institucional**: história do hospital e diretoria de enfermagem. [on line] 2008. Disponível em: <<http://rede.huap.uff.br/portal/>>. Acesso em: 22 jul. 2008.

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO CLEMENTINO FRAGA FILHO. Universidade Federal do Rio de Janeiro. **Conheça o HU**: introdução, profissionais, histórico, instalações, visão e missão. [on line] 2008. Disponível em: <<http://www.hucff.uff.br/index2.htm>>. Acesso em: 22 jul. 2008.

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO CLEMENTINO FRAGA FILHO. Universidade Federal

do Rio de Janeiro. **Regimento Interno do HU da UFRJ**. Elaborado por: GTIHU. Versão 1/1977. Aprovado por: Clementino Fraga Filho / CONSUNI. 1977. [on line] 2008. Disponível em: <<http://www.pqualidade.hucff.ufrj.br/manuais/rioficialhu1977.pdf>>. Acesso em: 22 jul. 2008.

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO PEDRO ERNESTO. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. **Conheça o HUPE**: histórico e pioneirismo, administração, como chegar e homenagens. [on line] 2008. Disponível em: <<http://www.hupe.uerj.br/>>. Acesso em: 22 jul. 2008.

KURCGANT, P. (Coord.); et. al. **Administração em Enfermagem**. 7ª Reimpressão. São Paulo, SP: EPU, 2006.

_____. **Gerenciamento em Enfermagem**. Rio de Janeiro, RJ: Guanabara Koogan, 2005.

LOURENÇO, M. R.; SHINYASHIKI, G. T.; TREVIZAN, M. A. Gerenciamento e Liderança: análise do conhecimento dos enfermeiros gerentes. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**. Ribeirão Preto, v. 13, n 4, jul.-ago. 2005.

MARINHO, A. M. **Diretrizes e Valores do HUCFF / UFRJ**: proposta do programa da qualidade 2002 – 2005. [on line] 2008. Disponível em: <http://www.pqualidade.hucff.ufrj.br/historico/diretrizesevalores2002_2005_1.pdf>. Acesso em: 22 jul. 2008.

MARQUIS, B. L.; HUSTON, C. J. **Administração e Liderança em Enfermagem**: teoria e prática. 4. ed. Porto Alegre, RS: Artmed, 2005.

MERHY, E. E. **Em busca do tempo perdido**: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: Merhy EE, Onocko R, organizadores. **Agir em saúde: um desafio para o público**. São Paulo, SP: Editora Hucitec, 1997.

MINAYO, M. C. de S. **O Desafio do Conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 10. ed. São Paulo, SP: HUCITEC, 2007.

_____. (organizadora); et. al. **Pesquisa Social**: teoria, método e criatividade. 23. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2004.

MIRANDA, D. R.; NAP, R.; RIJK, A.; SCHAUFELI, W.; IAPICHINO, G. *Nursing Activities Score*. **Crit Care Med**. V. 31, n 2, p. 374-382. 2003.

_____; RIJK, A.; SCHAUFELI, W. *Simplified Therapeutic Intervention Scoring System: the TISS-28 itens results from a multicenter study*. **Crit Care Med**. V. 24, n 1, p. 64-73. 1996.

MOTTA, P. R. **Gestão Contemporânea: a ciência e a arte de ser dirigente**. 5. ed. Rio de Janeiro, RJ: Record, 2002.

NASCIMENTO, M. T. F. do; STIPP, M. A. C. Gerência de Unidade de Cuidado Crítico. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**. Rio de Janeiro, v. 6, n 2, p. 189-194, ago. 2002.

NIGHTINGALE, F. **Notas sobre Enfermagem: o que é e o que não é**. São Paulo, SP: Cortez, 1989.

OLIVEIRA, S. L. de. **Tratado de Metodologia Científica: projetos de pesquisas, TGI, TCC, monografias e teses**. 2. ed. São Paulo, SP: Pioneira, 2000.

PEIXOTO, M. G. da S. **Abordagem Gerencial do Cuidado de Enfermagem em Emergência**. 2004. xi, 70f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2004.

POLIT, D. F.; BECK, C. T.; HUNGLER, B. P. **Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem: métodos, avaliação e utilização**. 5. ed. Porto Alegre, RS: Artmed, 2004.

QUEIJO, A. F. **Tradução para o português e validação de um instrumento de medida de carga de trabalho de enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva: Nursing Activities Score (NAS)**. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2002.

RAMOS, C. C. de S.; et. al. Monitorização Hemodinâmica Invasiva à Beira do Leito: avaliação e protocolo de cuidados de enfermagem. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**. São Paulo, v. 42, n. 3, p. 512-518, 2008.

REGIS, L. F. L. V.; PORTO, I. S. A equipe de enfermagem e Maslow: (in)satisfações no trabalho. **Revista Brasileira de Enfermagem**. Brasília, v. 59, n 4, p. 565-568,

jul.-ago. 2006.

SANCHES, V. F.; CHRISTOVAM, B. P.; SILVINO, Z. R. Processo de Trabalho do Gerente de Enfermagem em Unidade Hospitalar: uma visão dos enfermeiros. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**. Rio de Janeiro, v. 10, n. 2, p. 214-220, ago. 2006.

SANTORO, D. C. **O Cuidado de Enfermagem na Unidade Coronariana: um ensaio sobre a dimensão da subjetividade no cuidar**. 2000. 170f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2000.

SANTOS, A. A. S. M. D. dos; RIBEIRO, M. L. **Unidade Intermediária: normas e rotinas da unidade de apoio à hemodinâmica**. Documento interno. Universidade Federal Fluminense. Serviços de Cardiologia e Diagnósticos em Imagem. 2008.

SANTOS, S. G. F. dos; MARQUES, I. R. Uso dos Recursos de Internet na Enfermagem: uma revisão. **Revista Brasileira de Enfermagem**. Brasília, v. 59, n. 2, p. 212-216, mar.-abr. 2006.

SILVA, M. J. P. da. **Comunicação tem Remédio: a comunicação nas relações interpessoais em saúde**. 5. ed. São Paulo, SP: Loyola, 2007.

SILVA, S. C. de S. B. **Liderança em Enfermagem no Serviço Noturno: práticas no setor de onco-hematologia e transplante de medula óssea do HUCFF/UFRJ**. 2004. 99f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2004.

SIMÕES, A. L. A.; FÁVERO, N. O desafio da liderança para o enfermeiro. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**. Ribeirão Preto, v. 11, n 5, p. 567-573, set.-out. 2003.

TEIXEIRA, E. R. **O Desejo e a Necessidade no Cuidado com o Corpo: uma perspectiva estética na prática de enfermagem**. 1998. 199f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1998.

TONINI, T. **Enfermeira Instituída / Instituinte: a subjetividade das estratégias de cuidar**. 2006. vii, 100f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2006.

TRANQUITELLI, A. M.; CIAMPONE, M. H. T. Número de Horas de Cuidados de Enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva de Adultos. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**. São Paulo, v. 41, n 3, p. 371-377. 2007.

TREVIZAN, M. A. **Enfermagem Hospitalar: administração e burocracia**. Brasília, DF: UnB, 1998.

_____ ; et. al. Trajetória do enfermeiro em um hospital universitário em quatro décadas: pressupostos de inovação de seu papel gerencial. **Revista Brasileira de Enfermagem**. Brasília, v. 58, n 2, p. 200-202, mar.-abr. 2005.

UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO. **Manual do Residente de Enfermagem**. [on line] 2006. Disponível em: <http://www.hupe.uerj.br/cd-2008/documentos/regimento_residencia_enfermagem.pdf>. Acesso em: 22 jul. 2008.

WALDOW, V. R. **Cuidado Humano: o resgate necessário**. Porto Alegre, RS: Sagra Luzzatto, 1998.

_____ ; LOPES, M. J. M.; MEYER, D. E. **Maneiras de Cuidar, Maneiras de Ensinar: a enfermagem entre a escola e a prática profissional**. Porto Alegre, RS: Artes Médicas, 1995.

YIN, R. K. **Estudo de Caso: planejamento e métodos**. Tradução de Daniel Grassi. Reimpressão 2006. 3. ed. Porto Alegre, RS: Bookman, 2005.

CRONOGRAMA DE ATIVIDADES

Períodos	<u>2007</u>	<u>2008</u>		<u>2009</u>
	2º Sem.	1º Sem.	2º Sem.	1º Sem.
Levantamento Bibliográfico	X	X	X	X
Elaboração do Projeto de Pesquisa	X			
Defesa do Projeto de Pesquisa	X			
Apreciação dos Comitês de Ética em Pesquisa		X		
Validação dos Instrumentos de Pesquisa		X		
Coleta de Dados		X		
Análise Prévia dos Dados		X	X	
Classificação e Categorização dos Dados		X	X	
Exame de Qualificação da Dissertação			X	
Análise Final dos Dados				X
Relatório Final de Pesquisa				X
Defesa da Dissertação				X

APÊNDICES

APÊNDICE A – SOLICITAÇÃO PARA REALIZAÇÃO DE PESQUISA (Unidades Coronarianas do HUCFF e do HUPE)

De: Daniele Fernandes de Aguiar – Pesquisadora principal

Para: Chefia do Setor de Unidade Coronariana do _____ / _____

Assunto: Solicitação de Autorização de Projeto de Pesquisa

Senhor(a) Enfermeiro(a) _____,

Venho por meio desta solicitar a sua autorização para desenvolver a pesquisa intitulada “**Estratégias Gerenciais do Cuidado de Enfermagem na Unidade Coronariana: O Caso dos Hospitais Públicos Universitários**”, junto aos enfermeiros líderes do setor de Unidade Coronariana do Hospital Universitário _____, da Universidade _____.

Trata-se de um projeto de dissertação de Mestrado em Enfermagem, desenvolvida na Escola de Enfermagem Anna Nery / UFRJ, sob orientação da Professora Doutora Marlucci Andrade Conceição Stipp, que tem como objetivos:

(1) descrever as atividades gerenciais dos enfermeiros líderes no setor de Unidade Coronariana dos hospitais públicos universitários,

(2) analisar as estratégias utilizadas pelos enfermeiros líderes do setor de Unidade Coronariana no gerenciamento de suas atividades em hospitais públicos universitários e

(3) discutir a viabilidade das estratégias utilizadas pelos enfermeiros líderes no setor de Unidade Coronariana de hospitais públicos universitários quanto ao desempenho pleno de suas atividades gerenciais.

Como esclarecimento, cabe ressaltar que os sujeitos da pesquisa serão consultados e esclarecidos acerca dos objetivos e me comprometo a respeitar os preceitos da Resolução nº 196/96 do CNS, a qual dispõe sobre a pesquisa envolvendo seres humanos.

A realização desta pesquisa é de grande importância no que se refere à promoção do conhecimento científico sobre as estratégias de gerenciamento utilizadas por enfermeiros líderes no cuidado de enfermagem na Unidade

Coronariana de hospitais públicos universitários, uma vez que não possuem dados recentes na literatura acerca do assunto.

O estudo tem a finalidade de, possivelmente, utilizar estas estratégias como base para o planejamento da assistência de enfermagem em diversos setores, contribuindo com linhas de pesquisa que tratem da gestão / gerência em enfermagem, especialmente para a linha de pesquisa “Gerência em Enfermagem Cardiovascular”, desenvolvida no Núcleo de Pesquisa Gestão em Saúde e Exercício Profissional em Enfermagem (GESPEN), da EEAN / UFRJ, podendo assim integrar a temática nos conteúdos teóricos dos programas curriculares de graduação e pós-graduação.

Desde já agradeço e coloco-me à disposição para esclarecimentos que se fizerem necessários.

Atenciosamente,

Daniele Fernandes de Aguiar
Enfermeira – COREN / RJ 22.057
E-mail: danifaguiarufri@yahoo.com.br
Tels.: (21) 2767-0831 / 2669-1943 / 9219-0024

Rio de Janeiro, ____ de _____ de 2007.

APÊNDICE B – SOLICITAÇÃO PARA REALIZAÇÃO DE PESQUISA (Divisão de Enfermagem do HUCFF)

De: Daniele Fernandes de Aguiar – Pesquisadora principal

Para: Chefia da Divisão de Enfermagem do HUCFF / UFRJ

Assunto: Solicitação de Autorização de Projeto de Pesquisa

Senhor Enfermeiro Álvaro Roberto Dias Costa,

Venho por meio desta solicitar a sua autorização para desenvolver a pesquisa intitulada “**Estratégias Gerenciais do Cuidado de Enfermagem na Unidade Coronariana: O Caso dos Hospitais Públicos Universitários**”, junto aos enfermeiros líderes do setor de Unidade Coronariana do Hospital Universitário Clementino Fraga Filho, da Universidade Federal do Rio de Janeiro.

Trata-se de um projeto de dissertação de Mestrado em Enfermagem, desenvolvida na Escola de Enfermagem Anna Nery / UFRJ, sob orientação da Professora Doutora Marluci Andrade Conceição Stipp, que tem como objetivos:

(1) descrever as atividades gerenciais dos enfermeiros líderes no setor de Unidade Coronariana dos hospitais públicos universitários,

(2) analisar as estratégias utilizadas pelos enfermeiros líderes do setor de Unidade Coronariana no gerenciamento de suas atividades em hospitais públicos universitários e

(3) discutir a viabilidade das estratégias utilizadas pelos enfermeiros líderes no setor de Unidade Coronariana de hospitais públicos universitários quanto ao desempenho pleno de suas atividades gerenciais.

Como esclarecimento, cabe ressaltar que os sujeitos da pesquisa serão consultados e esclarecidos acerca dos objetivos e me comprometo a respeitar os preceitos da Resolução nº 196/96 do CNS, a qual dispõe sobre a pesquisa envolvendo seres humanos.

A realização desta pesquisa é de grande importância no que se refere à promoção do conhecimento científico sobre as estratégias de gerenciamento utilizadas por enfermeiros líderes no cuidado de enfermagem na Unidade

Coronariana de hospitais públicos universitários, uma vez que não possuem dados recentes na literatura acerca do assunto.

O estudo tem a finalidade de, possivelmente, utilizar estas estratégias como base para o planejamento da assistência de enfermagem em diversos setores, contribuindo com linhas de pesquisa que tratem da gestão / gerência em enfermagem, especialmente para a linha de pesquisa “Gerência em Enfermagem Cardiovascular”, desenvolvida no Núcleo de Pesquisa Gestão em Saúde e Exercício Profissional em Enfermagem (GESPEN), da EEAN / UFRJ, podendo assim integrar a temática nos conteúdos teóricos dos programas curriculares de graduação e pós-graduação.

Desde já agradeço e coloco-me à disposição para esclarecimentos que se fizerem necessários.

Atenciosamente,

Daniele Fernandes de Aguiar
Enfermeira – COREN / RJ 22.057
E-mail: danifaguiarufri@yahoo.com.br
Tels.: (21) 2767-0831 / 2669-1943 / 9219-0024

Rio de Janeiro, ____ de _____ de 2007.

APÊNDICE C – AUTORIZAÇÃO DA CHEFIA DE ENFERMAGEM DA UNIDADE CORONARIANA DO HUCFF

DECLARAÇÃO DE CIÊNCIA DE REALIZAÇÃO DE PESQUISA

Eu, enfermeira chefe do setor de Unidade Coronariana do Hospital Universitário Clementino Fraga Filho, da Universidade Federal do Rio de Janeiro, estou ciente do interesse da pesquisadora Daniele Fernandes de Aguiar, orientada pela Professora Doutora Marluci Andrade Conceição Stipp, em desenvolver a pesquisa intitulada "*Estratégias Gerenciais do Cuidado de Enfermagem na Unidade Coronariana: O Caso dos Hospitais Públicos Universitários*" neste setor desta instituição de saúde.

Fui esclarecida de que se trata de uma dissertação de Mestrado em Enfermagem, desenvolvida na Escola de Enfermagem Anna Nery / UFRJ, e, após leitura da cópia do projeto de pesquisa cedida pela própria pesquisadora em encontro anterior, afirmo que nós, profissionais do setor de Unidade Coronariana do HUCFF / UFRJ, não nos opomos à realização da sua pesquisa.

TERESA CRISTINA DE CARVALHO SEIXAS
Reg.: 844575 COREN: 31126
Chefe de Setor UC / CTI

Enfermeira Teresa Cristina de Carvalho Seixas – COREN 31126

Chefe de Setor da Unidade Coronariana / HUCFF / UFRJ

Rio de Janeiro, 05 de novembro de 2007.

APÊNDICE D – AUTORIZAÇÃO DA CHEFIA DE ENFERMAGEM DA UNIDADE CORONARIANA DO HUPE

DECLARAÇÃO DE CIÊNCIA DE REALIZAÇÃO DE PESQUISA

Eu, enfermeiro chefe do setor de Unidade Coronariana do Hospital Universitário Pedro Ernesto, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, estou ciente do interesse da pesquisadora Daniele Fernandes de Aguiar, orientada pela Professora Doutora Marluci Andrade Conceição Stipp, em desenvolver a pesquisa intitulada **“Estratégias Gerenciais do Cuidado de Enfermagem na Unidade Coronariana: O Caso dos Hospitais Públicos Universitários”** neste setor desta instituição de saúde.

Fui esclarecido de que se trata de uma dissertação de Mestrado em Enfermagem, desenvolvida na Escola de Enfermagem Anna Nery / UFRJ, e, após leitura da cópia do projeto de pesquisa cedida pela própria pesquisadora em encontro anterior, afirmo que nós, enfermeiros do setor de Unidade Coronariana do HUPE / UERJ, não nos opomos à realização da sua pesquisa.

Eu, enfermeiro chefe do setor de Unidade Coronariana do Hospital Universitário Pedro Ernesto, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, estou ciente do interesse da pesquisadora Daniele Fernandes de Aguiar, orientada pela Professora Doutora Marluci Andrade Conceição Stipp, em desenvolver a pesquisa intitulada **“Estratégias Gerenciais do Cuidado de Enfermagem na Unidade Coronariana: O Caso dos Hospitais Públicos Universitários”** neste setor desta instituição de saúde.

Fui esclarecido de que se trata de uma dissertação de Mestrado em Enfermagem, desenvolvida na Escola de Enfermagem Anna Nery / UFRJ, e, após leitura da cópia do projeto de pesquisa cedida pela própria pesquisadora em encontro anterior, afirmo que nós, enfermeiros do setor de Unidade Coronariana do HUPE / UERJ, não nos opomos à realização da sua pesquisa.

Carlos A. R. da Cruz
Enfermeiro COREN 44472
HUPE / Mat. 27701-2



Enfermeiro Carlos Cruz – COREN 44472

Chefe de Setor da Unidade Coronariana / HUPE / UERJ

Fui esclarecido de que se trata de uma dissertação de Mestrado em Enfermagem, desenvolvida na Escola de Enfermagem Anna Nery / UFRJ, e, após leitura da cópia do projeto de pesquisa cedida pela própria pesquisadora em encontro anterior, afirmo que nós, enfermeiros do setor de Unidade Coronariana do HUPE / UERJ, não nos opomos à realização da sua pesquisa.

Rio de Janeiro, 29 de DEZEMBRO de 2007.

APÊNDICE E – AUTORIZAÇÃO DA DIVISÃO DE ENFERMAGEM DO HUCFF

DECLARAÇÃO DE CIÊNCIA DE REALIZAÇÃO DE PESQUISA

Eu, enfermeiro chefe da Divisão de Enfermagem do Hospital Universitário Clementino Fraga Filho, da Universidade Federal do Rio de Janeiro, estou ciente do interesse da pesquisadora Daniele Fernandes de Aguiar, orientada pela Professora Doutora Marluci Andrade Conceição Stipp, em desenvolver a pesquisa intitulada **“Estratégias Gerenciais do Cuidado de Enfermagem na Unidade Coronariana: O Caso dos Hospitais Públicos Universitários”** no setor de Unidade Coronariana desta instituição de saúde.

Fui esclarecido de que se trata de uma dissertação de Mestrado em Enfermagem, desenvolvida na Escola de Enfermagem Anna Nery / UFRJ, e, após leitura da cópia do projeto de pesquisa, cedida pela própria pesquisadora em encontro anterior, afirmo que esta Divisão de Enfermagem não se opõe à realização da sua pesquisa.

Alvaro Roberto Dias Costa

Alvaro Roberto Dias Costa
Reg. 8024983 COREN/RJ 16685
Divisão de Enfermagem
Diretor

Alvaro

Enfermeiro Álvaro Roberto Dias Costa – COREN 16685

Chefe da Divisão de Enfermagem / HUCFF / UFRJ

Rio de Janeiro, 29 de outubro de 2007.

APÊNDICE F – CARTA PARA OS COMITÊS DE ÉTICA EM PESQUISA

Rio de Janeiro, ____ de _____ de 2008.

Senhores Membros do Comitê de Ética em Pesquisa do _____ / _____,

Venho por meio deste solicitar a avaliação do Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário _____, da Universidade _____, quanto à realização do projeto de pesquisa intitulado “**Estratégias Gerenciais do Cuidado de Enfermagem na Unidade Coronariana: O Caso de Hospitais Públicos Universitários**” no setor de Unidade Coronariana desta instituição.

Trata-se de um projeto de dissertação de Mestrado em Enfermagem, desenvolvido na Escola de Enfermagem Anna Nery / UFRJ pela aluna Daniele Fernandes de Aguiar (pesquisadora principal), sob orientação da Professora Doutora Marluci Andrade Conceição Stipp, o qual já se encontra aprovado pelo corpo docente da referida Escola [e autorizado pelo Enfermeiro Chefe do Setor de Unidade Coronariana (e da Divisão de Enfermagem) deste hospital].

Cabe ressaltar que é um estudo de caso, com abordagem qualitativa, e me comprometo a respeitar os preceitos da Resolução nº 196/96 do CNS, a qual dispõe sobre a pesquisa envolvendo seres humanos.

Desde já agradeço e coloco-me à disposição para esclarecimentos que se fizerem necessários.

Atenciosamente,

Daniele Fernandes de Aguiar

Enfermeira – COREN / RJ 22.057

Pesquisadora principal

E-mail: danifaquiarufrj@yahoo.com.br

Tels.: (21) 2767-0831 / 2669-1943 / 9219-0024

Marluci Andrade Conceição Stipp

Profª Drª do Departamento de Metodologia
da Enfermagem / EEAN / UFRJ

Orientadora da pesquisa

Maria Manuela Vila Nova Cardoso

Profª Drª do Departamento de Metodologia
da Enfermagem / EEAN / UFRJ

Chefe do DME

APÊNDICE G – ORÇAMENTO FINANCEIRO

Rio de Janeiro, ____ de _____ de 2008.

Senhores Membros do Comitê de Ética em Pesquisa do _____ / _____,

Declaro para os devidos fins que a pesquisa intitulada “**Estratégias Gerenciais do Cuidado de Enfermagem na Unidade Coronariana: O Caso de Hospitais Públicos Universitários**”, de autoria de Daniele Fernandes de Aguiar, mestranda em enfermagem pela Escola de Enfermagem Anna Nery / UFRJ, sob orientação da Professora Doutora Marlucci Andrade Conceição Stipp, não receberá qualquer espécie de financiamento por nenhuma instituição patrocinadora. Portanto, fica claro que todos os custos envolvidos na realização do estudo são de inteira responsabilidade da pesquisadora principal.

Atenciosamente,

Daniele Fernandes de Aguiar

Enfermeira – COREN / RJ 22.057

Pesquisadora principal

E-mail: danifaguiarufri@yahoo.com.br

Tels.: (21) 2767-0831 / 2669-1943 / 9219-0024

APÊNDICE H – DECLARAÇÃO SOBRE DIVULGAÇÃO DOS RESULTADOS

Rio de Janeiro, ____ de _____ de 2008.

Este termo trata de que os resultados da pesquisa intitulada “***Estratégias Gerenciais do Cuidado de Enfermagem na Unidade Coronariana: O Caso de Hospitais Públicos Universitários***” serão tornados públicos, sejam eles favoráveis ou não.

Daniele Fernandes de Aguiar

Enfermeira – COREN / RJ 22.057

Pesquisadora principal

E-mail: danifaguiarufri@yahoo.com.br

Tels.: (21) 2767-0831 / 2669-1943 / 9219-0024

APÊNDICE I – DECLARAÇÃO SOBRE USO E DESTINAÇÃO DOS RESULTADOS

Rio de Janeiro, ____ de _____ de 2008.

Este termo trata de que os resultados da pesquisa intitulada “***Estratégias Gerenciais do Cuidado de Enfermagem na Unidade Coronariana: O Caso de Hospitais Públicos Universitários***” apresentam possibilidade de divulgação em eventos e/ou revistas científicas, mesmo assim garantindo o anonimato dos sujeitos voluntários da pesquisa.

Daniele Fernandes de Aguiar

Enfermeira – COREN / RJ 22.057

Pesquisadora principal

E-mail: danifaguiarufri@yahoo.com.br

Tels.: (21) 2767-0831 / 2669-1943 / 9219-0024

APÊNDICE J – TERMO DE COMPROMISSO

Rio de Janeiro, ____ de _____ de 2008.

Comprometo-me, através deste, respeitar os preceitos da Resolução nº 196 / 96 do CNS, a qual dispõe sobre a pesquisa envolvendo seres humanos.

Daniele Fernandes de Aguiar

Enfermeira – COREN / RJ 22.057

Pesquisadora principal

E-mail: danifaguiarufri@yahoo.com.br

Tels.: (21) 2767-0831 / 2669-1943 / 9219-0024

Marluci Andrade Conceição Stipp

Profª Drª do Departamento de Metodologia
da Enfermagem / EEAN / UFRJ

Orientadora da pesquisa

Maria Manuela Vila Nova Cardoso

Profª Drª do Departamento de Metodologia
da Enfermagem / EEAN / UFRJ

Chefe do DME



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO - UFRJ

ESCOLA DE ENFERMAGEM ANNA NERY - EEAN

APÊNDICE K – ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA

1ª Parte – Dados Objetivos:

- 1- Nome:
- 2- Idade:
- 3- Sexo:
- 4- Instituição na qual trabalha:
- 5- Serviço diurno ou noturno?
- 6- Tempo de exercício na profissão como líder de equipe:
- 7- Possui outro vínculo empregatício? Que função desenvolve?
- 8- Possui algum curso de pós-graduação (*lato e/ou stricto sensu*)? Qual?

2ª Parte – Dados Subjetivos:

- 1- Quais as suas atividades desenvolvidas no setor de Unidade Coronariana deste hospital?
- 2- Comente sobre como você gerencia o cuidado de enfermagem no setor de Unidade Coronariana, enquanto profissional de um hospital público universitário.



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO - UFRJ
ESCOLA DE ENFERMAGEM ANNA NERY - EEAN

APÊNDICE L – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO DO HUCFF

Prezado(a) Senhor(a) Enfermeiro(a),

O(A) senhor(a) foi selecionado(a) e está sendo convidado(a) a participar da pesquisa intitulada **“Estratégias Gerenciais do Cuidado de Enfermagem na Unidade Coronariana: avaliação em três hospitais públicos universitários do estado do Rio de Janeiro”**, que tem como objetivos: **(1)** identificar as estratégias gerenciais utilizadas pelos(as) enfermeiros(as) líderes do setor de Unidade Coronariana em hospitais públicos universitários; **(2)** descrever o gerenciamento do cuidado de enfermagem realizado pelos(as) enfermeiros(as) líderes na Unidade Coronariana em hospitais públicos universitários; e **(3)** analisar as estratégias gerenciais utilizadas pelos(as) enfermeiros(as) líderes no gerenciamento do cuidado de enfermagem no setor de Unidade Coronariana em hospitais públicos universitários.

Trata-se de uma dissertação de Mestrado em Enfermagem, desenvolvida na Escola de Enfermagem Anna Nery, da Universidade Federal do Rio de Janeiro, sob orientação da Prof^a Dr^a Marlucci Andrade Conceição Stipp, que tem prazo para finalização de dois anos.

A sua participação é voluntária e não envolve nenhum risco de qualquer natureza, custos ou compensações financeiras. Sua identidade não será revelada e suas respostas serão tratadas de forma confidencial. Os dados coletados serão utilizados apenas nesta pesquisa, com possibilidade de divulgação dos resultados em eventos e/ou revistas científicas, mesmo assim garantindo seu anonimato.

O(A) senhor(a) pode se recusar a participar da pesquisa, sem significar nenhum prejuízo em sua relação com a pesquisadora principal ou com a instituição em que trabalha, não interferindo de modo algum em sua rotina de trabalho. Caso aceite participar, poderá a qualquer momento obter informações sobre o andamento desta pesquisa, como por exemplo os resultados parciais, e também retirar seu consentimento, mesmo que tenha antes se manifestado favorável, sem sofrer qualquer tipo de punição ou constrangimento.

A coleta dos dados consistirá na sua participação em entrevista, a ser realizada em data e horário previamente marcados, em comum acordo entre a pesquisadora principal e o(a) senhor(a), a qual será gravada por meio de fita cassete e posteriormente transcrita.

Estas gravações serão destruídas após decorridos cinco anos do término da pesquisa e as transcrições serão validadas quanto ao seu conteúdo em encontro posterior.

Os benefícios relacionados com a sua participação serão de promover o conhecimento científico sobre as estratégias de gerenciamento do cuidado de enfermagem na Unidade Coronariana em hospitais públicos universitários, utilizando-as como base para o planejamento da assistência de enfermagem em diversos setores, podendo integrar a temática nos conteúdos teóricos dos programas curriculares de graduação e pós-graduação.

Em qualquer etapa do estudo, o(a) senhor(a) terá acesso à pesquisadora principal (Daniele Fernandes de Aguiar), que poderá ser encontrada através do telefone (21) 9219-0024.

Caso tenha alguma consideração e/ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do HUCFF / UFRJ, localizado na sala 01D-46, 1º andar, ou por meio dos telefones (21) 2562-2480 / 2562-2481 ou *e-mail* ccp@hucff.ufrj.br.

CONSENTIMENTO

Acredito ter sido suficientemente informado(a) a respeito das informações que li sobre o estudo acima citado. Eu discuti com a Enfermeira Daniele Aguiar sobre a minha decisão em participar deste estudo. Ficaram claros para mim quais são os propósitos do mesmo, os procedimentos a serem realizados, os benefícios da pesquisa, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos pertinentes. Ficou claro também que minha participação é isenta de despesas e que terei acesso ao teor da minha entrevista após a transcrição para fazer os devidos ajustes. Somente após a minha autorização, mediante rubrica em cada lauda, o texto será utilizado para atender aos fins da pesquisa.

Portanto, concordo voluntariamente em participar deste estudo e sei que poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem sofrer penalidades e/ou prejuízo em minha rotina de trabalho nesta instituição.

Nome do(a) Entrevistado(a)

Assinatura do(a) Entrevistado(a)

Data: ____ / ____ / ____

Assinatura da Pesquisadora Principal

(Daniele Fernandes de Aguiar - COREN-RJ 22.057)

Data: ____ / ____ / ____



NIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO - UFRJ
ESCOLA DE ENFERMAGEM ANNA NERY - EEAN

APÊNDICE M – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO DO HUPE

Prezado(a) Senhor(a) Enfermeiro(a),

O(A) senhor(a) foi selecionado(a) e está sendo convidado(a) a participar da pesquisa intitulada **“Estratégias Gerenciais do Cuidado de Enfermagem na Unidade Coronariana: Avaliação de Três Hospitais Públicos Universitários do Estado do Rio de Janeiro”**, que tem como objetivos: **(1)** identificar as estratégias gerenciais utilizadas pelos(as) enfermeiros(as) líderes do setor de Unidade Coronariana em hospitais públicos universitários; **(2)** descrever o gerenciamento do cuidado de enfermagem realizado pelos(as) enfermeiros(as) líderes na Unidade Coronariana em hospitais públicos universitários; e **(3)** analisar as estratégias gerenciais utilizadas pelos(as) enfermeiros(as) líderes no gerenciamento do cuidado de enfermagem no setor de Unidade Coronariana em hospitais públicos universitários.

Trata-se de uma dissertação de Mestrado em Enfermagem, desenvolvida na Escola de Enfermagem Anna Nery, da Universidade Federal do Rio de Janeiro, sob orientação da Profª Drª Marluci Andrade Conceição Stipp, que tem prazo para finalização de dois anos.

A sua participação é voluntária e não envolve nenhum risco de qualquer natureza, custos ou compensações financeiras. Sua identidade não será revelada e suas respostas serão tratadas de forma confidencial. Os dados coletados serão utilizados apenas nesta pesquisa, com possibilidade de divulgação dos resultados em eventos e/ou revistas científicas, mesmo assim garantindo seu anonimato.

O(A) senhor(a) pode se recusar a participar da pesquisa, sem significar nenhum prejuízo em sua relação com a pesquisadora principal ou com a instituição em que trabalha, não interferindo de modo algum em sua rotina de trabalho. Caso aceite participar, poderá a qualquer momento obter informações sobre o andamento desta pesquisa, como por exemplo os resultados parciais, e também retirar seu consentimento, mesmo que tenha antes se manifestado favorável, sem sofrer qualquer tipo de punição ou constrangimento.

A coleta dos dados consistirá na sua participação em entrevista, a ser realizada em data e horário previamente marcados, em comum acordo entre a pesquisadora principal e o(a) senhor(a), a qual será gravada por meio de fita cassete e posteriormente transcrita.

Estas gravações serão destruídas após decorridos cinco anos do término da pesquisa e as transcrições serão validadas quanto ao seu conteúdo em encontro posterior.

Os benefícios relacionados com a sua participação serão de promover o conhecimento científico sobre as estratégias de gerenciamento do cuidado de enfermagem na Unidade Coronariana em hospitais públicos universitários, utilizando-as como base para o planejamento da assistência de enfermagem em diversos setores, podendo integrar a temática nos conteúdos teóricos dos programas curriculares de graduação e pós-graduação.

Em qualquer etapa do estudo, o(a) senhor(a) terá acesso à pesquisadora principal (Daniele Fernandes de Aguiar), que pode ser encontrada no endereço residencial Rua Edith de Jesus Moraes, nº 252, Jardim Iguaçu, Nova Iguaçu, Rio de Janeiro, CEP: 26.281-340, como também através do telefone (21) 9219-0024 e e-mail danifaguiarufjr@yahoo.com.br.

Caso tenha alguma consideração e/ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do HUPE / UERJ, localizado no 1º andar do hospital, ou por meio dos telefones (21) 2587-6353 / 2587-6100.

CONSENTIMENTO

Acredito ter sido suficientemente informado(a) a respeito das informações que li sobre o estudo acima citado. Eu discuti com a Enfermeira Daniele Aguiar sobre a minha decisão em participar deste estudo. Ficaram claros para mim quais são os propósitos do mesmo, os procedimentos a serem realizados, os benefícios da pesquisa, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos pertinentes. Ficou claro também que minha participação é isenta de despesas e que terei acesso ao teor da minha entrevista após a transcrição para fazer os devidos ajustes. Somente após a minha autorização, mediante rubrica em cada lauda, o texto será utilizado para atender aos fins da pesquisa.

Portanto, concordo voluntariamente em participar deste estudo e sei que poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem sofrer penalidades e/ou prejuízo em minha rotina de trabalho nesta instituição.

Nome do(a) Entrevistado(a)

Assinatura do(a) Entrevistado(a)

Data: ____ / ____ / ____

Assinatura da Pesquisadora Principal

(Daniele Fernandes de Aguiar - COREN-RJ 22.057)

Data: ____ / ____ / ____



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO - UFRJ
ESCOLA DE ENFERMAGEM ANNA NERY - EEAN

APÊNDICE N – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO DO HUAP

Dados de Identificação

Título do Projeto: *“Estratégias Gerenciais do Cuidado de Enfermagem na Unidade Coronariana: Avaliação de Três Hospitais Públicos Universitários do Estado do Rio de Janeiro”*

Pesquisadora Responsável: Daniele Fernandes de Aguiar

Instituição a que pertence a Pesquisadora Responsável: Escola de Enfermagem Anna Nery / Universidade Federal do Rio de Janeiro

Telefones para contato: (21) 2767-0831 / (21) 2669-1943 / (21) 9219-0024

Nome do(a) voluntário(a): _____

Idade: _____ anos

R.G.: _____

O(A) senhor(a) está sendo convidado(a) a participar do projeto de pesquisa ***“Estratégias Gerenciais do Cuidado de Enfermagem na Unidade Coronariana: Avaliação de Três Hospitais Públicos Universitários do Estado do Rio de Janeiro”***, de responsabilidade da pesquisadora Daniele Fernandes de Aguiar.

O projeto tem como objetivos: **(1)** identificar as estratégias gerenciais utilizadas pelos(as) enfermeiros(as) líderes do setor de Unidade Coronariana em hospitais públicos universitários; **(2)** descrever o gerenciamento do cuidado de enfermagem realizado pelos(as) enfermeiros(as) líderes na Unidade Coronariana em hospitais públicos universitários; e **(3)** analisar as estratégias gerenciais utilizadas pelos(as) enfermeiros(as) líderes no gerenciamento do cuidado de enfermagem no setor de Unidade Coronariana em hospitais públicos universitários.

Trata-se de uma dissertação de Mestrado em Enfermagem, desenvolvida na Escola de Enfermagem Anna Nery, da Universidade Federal do Rio de Janeiro, sob orientação da Prof^a Dr^a Marluci Andrade Conceição Stipp, que tem prazo para finalização de dois anos.

A sua participação é voluntária e não envolve nenhum risco de qualquer natureza, custos ou compensações financeiras. Sua identidade não será revelada e suas respostas serão tratadas de forma confidencial. Os dados coletados serão utilizados apenas nesta pesquisa, com possibilidade de divulgação dos resultados em eventos e/ou revistas científicas, mesmo assim garantindo seu anonimato.

O(A) senhor(a) pode se recusar a participar da pesquisa, sem significar nenhum prejuízo em sua relação com a pesquisadora principal ou com a instituição em que trabalha, não interferindo de modo algum em sua rotina de trabalho. Caso aceite participar, poderá a qualquer momento obter informações sobre o andamento desta pesquisa, como por exemplo os resultados parciais, e também retirar seu consentimento, mesmo que tenha antes se manifestado favorável, sem sofrer qualquer tipo de punição ou constrangimento.

A coleta dos dados consistirá na sua participação em entrevista, a ser realizada em data e horário previamente marcados, em comum acordo entre a pesquisadora principal e o(a) senhor(a), a qual será gravada por meio de fita cassete e posteriormente transcrita. Estas gravações serão destruídas após decorridos cinco anos do término da pesquisa e as transcrições serão validadas quanto ao seu conteúdo em encontro posterior.

Os benefícios relacionados com a sua participação serão de promover o conhecimento científico sobre as estratégias de gerenciamento do cuidado de enfermagem na Unidade Coronariana em hospitais públicos universitários, utilizando-as como base para o planejamento da assistência de enfermagem em diversos setores, podendo integrar a temática nos conteúdos teóricos dos programas curriculares de graduação e pós-graduação.

Em qualquer etapa do estudo, o(a) senhor(a) terá acesso à pesquisadora principal (Daniele Fernandes de Aguiar), que pode ser encontrada no endereço residencial Rua Edith de Jesus Moraes, nº 252, Jardim Iguaçu, Nova Iguaçu, Rio de Janeiro, CEP: 26.281-340, como também através do telefone (21) 9219-0024 e *e-mail* danifaquiarufjr@yahoo.com.br.

Caso tenha alguma consideração e/ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do HUAP / UFF, localizado na sala 01D-46, 1º andar, ou por meio dos telefones (21) 2629-9189 / 2629-9000 ou *e-mail* etica@vm.uff.br.

Eu, _____, R.G. nº _____
 declaro ter sido informado(a) e concordo em participar, como voluntário(a), do projeto de pesquisa acima descrito.

Niterói, _____ de _____ de _____.

 Nome e assinatura do(a) voluntário(a)

 Nome e assinatura do responsável por
 obter o consentimento

 Testemunha

 Testemunha

ANEXOS

ANEXO A – CARTA DE APROVAÇÃO DO CEP DO HUCFF



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
Hospital Universitário Clementino Fraga Filho
Faculdade de Medicina
Comitê de Ética em Pesquisa - CEP

Coordenador:
 Alice Helena Dutra Violante
Médico - Prof. Associada

Secretário:
 Zuzanna Rodrigues da Silva
Professora

Membros Titulares:
 Dentiz Maria Alessia de Heredia
Médico - Prof. Associada
 Eduardo Jorge Duarte Cláudio
Médico - Prof. Assistente
 Eliza Regina Ambrosio
Assistente Social - Mestre
 Helena Warzynsky
Representante dos Usuários
 Izzi da Conceição de Araújo
Moraes
Enfermeiro - Mestre
 Paulo Fajó Barros
Médico - Prof. Adjunto
 Regiane de Fátima
Rivelli
Farmacêutica Doutoranda
 Roberto Couty Pedrosa
Médico - Doutor
 Mário Teixeira Antonio
Farmacêutico - Especialista

Membros Suplentes:
 Anna Paula Trindade Rocha
Pierucci
Nutricionista - Professor Adjunto
 Dentiz Maria Trupe
Médico - Doutora
 Carlos Alberto Guimarães
Médico - Prof. Adjunto
 Cecília de Assis Marimonso
Jornalista
 Lucia Helena Luiza Vieira
Amim
Médico - Mestre - Doutoranda
 Maria da Conceição Zacharias
Médico - Professor Assistente
 Maria de Fátima Gustavo Lopes
Representante dos Usuários
 Mariângela Oliveira da Silva
Enfermeiro
 Mário Fernando Potzbald
Engenheiro - Doutor
 Orlando Nunes Coszenza
Sociólogo - Doutor
 Rui Uchida
Médico - Prof. Adjunto
 Vania Dias de Oliveira
Assistente Social

CEP - MEMO – n.º 244/08

Rio de Janeiro, 25 de abril de 2008.

Da: *Coordenadora do CEP*

A (o): Sr. (a) Pesquisador (a): Enf.ª Daniele Fernandes de Aguiar

Assunto: *Parecer sobre projeto de pesquisa.*

Sr. (a) Pesquisador (a),

Informo a V. Sa. que o CEP constituído nos Termos da Resolução n.º 196/96 do Conselho Nacional de Saúde e, devidamente registrado na Comissão Nacional de Ética em Pesquisa, recebeu, analisou e emitiu parecer sobre a documentação referente ao protocolo de pesquisa páginas 001 a 045 e seu respectivo Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, conforme abaixo discriminado:

Protocolo de Pesquisa: 012/08 - CEP

Título: "Estratégias Gerenciais do Cuidado de Enfermagem na Unidade Coronariana: O Caso de Hospitais Públicos Universitários"

Pesquisador (a) responsável: Enf.ª Daniele Fernandes de Aguiar

Data de apreciação do parecer: 13/03/2008

Parecer: "APROVADO."

Informo ainda, que V. Sa. deverá apresentar relatório semestral, previsto para 13/09/2008, anual e/ou relatório final para este Comitê acompanhar o desenvolvimento do projeto. (item VII, 13.d., da Resolução n.º 196/96 – CNS/MS).

Atenciosamente,


Prof.ª Alice Helena Dutra Violante
Coordenadora do CEP

ANEXO B – CARTA DE APROVAÇÃO DO CEP DO HUPE



UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO PEDRO ERNESTO
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA



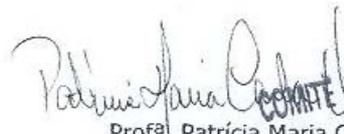
Rio de Janeiro, 24 de março de 2008

Do: Comitê de Ética em Pesquisa
Profª. Patrícia Maria C. O. Duque
Para: Aut. Daniele Fernandes de Aguiar
Orient. Profª. Marlucci Andrade C. Stipp

O Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Pedro Ernesto, após avaliação, considerou o projeto (2031-CEP/HUPE) "ESTRATÉGIAS GERENCIAIS DO CUIDADO DE ENFERMAGEM NA UNIDADE CORONARIANA: O CASO DE HOSPITAIS PÚBLICOS UNIVERSITÁRIOS" aprovado, encontrando-se este dentro dos padrões éticos da pesquisa em seres humanos, conforme Resolução n.º196 sobre pesquisa envolvendo seres humanos de 10 de outubro de 1996, do Conselho Nacional de Saúde, bem como o consentimento livre e esclarecido.

O pesquisador deverá informar ao Comitê de Ética qualquer acontecimento ocorrido no decorrer da pesquisa.

O Comitê de Ética solicita a V. Sª., que ao término da pesquisa encaminhe a esta comissão um sumário dos resultados do projeto.


COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA
HUPE/UERJ
Profª. Patrícia Maria C. O. Duque
Membro do Comitê de Ética em Pesquisa

ANEXO C – CARTA DE APROVAÇÃO DO CEP DO HUAP



UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE

Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina / Hospital Universitário Antônio Pedro

Herbert Praxedes - Coordenador Geral
Médico

CEP CMM/HUAP nº 015/08

Alair Augusto S.M.D. dos Santos
Médico

CAAE nº 0001.0.258.226-08

Ana Beatriz Monteiro Fonseca
Estatística

Do: Coordenador do CEP CMM/HUAP

Carlos Brazil
Advogado

A(o) Sr.(a) Pesquisador(a):

Denise Mafra
Nutricionista

Assunto: Parecer sobre Projeto de Pesquisa

José Carlos Carraro Eduardo
Médico

Sr.(a) Pesquisador(a)

José Paravidino de Macedo Soares
Médico

Informo a V.S^a. que o Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina / Hospital Universitário Antônio Pedro, constituído nos termos da Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde e devidamente registrado na Comissão Nacional de Ética em Pesquisa, recebeu, analisou e emitiu parecer sobre a documentação referente ao protocolo de pesquisa e seu respectivo Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, conforme abaixo discriminado:

Maria de Fátima Lopes Braga
Nutricionista

Maria Nazareth Cerqueira Pinto
Médica

Miriam Fátima Zaccaro Scelza
Cirurgiã Dentista

Nívia Valença Barros
Assistente Social

Título do Projeto:

“Estratégias Gerenciais do Cuidado de Enfermagem na Unidade Coronariana: O Caso de Hospitais Públicos Universitários”

Paulo Roberto Mattos da Silva
Psicólogo

Pesquisador Responsável:

Daniele Fernandes de Aguiar

Paulo Sérgio Faitanin
Filósofo

Regina Helena Saramago Peralta
Médica

Pesquisadores Colaboradores:

Marluci Andrade Conceição e Maria Manuela Vila Nova Cardoso

Regina Lúcia de Oliveira Cactano
Farmacêutica

Data: 07/03/2008

Renato Augusto Morcira de Sá
Médico

Parecer: *Aprovado.*

Rosa Leonôra Salerno Soares
Médica

Rosângela Arrabal Thomaz
Bióloga

Rosilca Said Amazonas
Representante dos Usuários

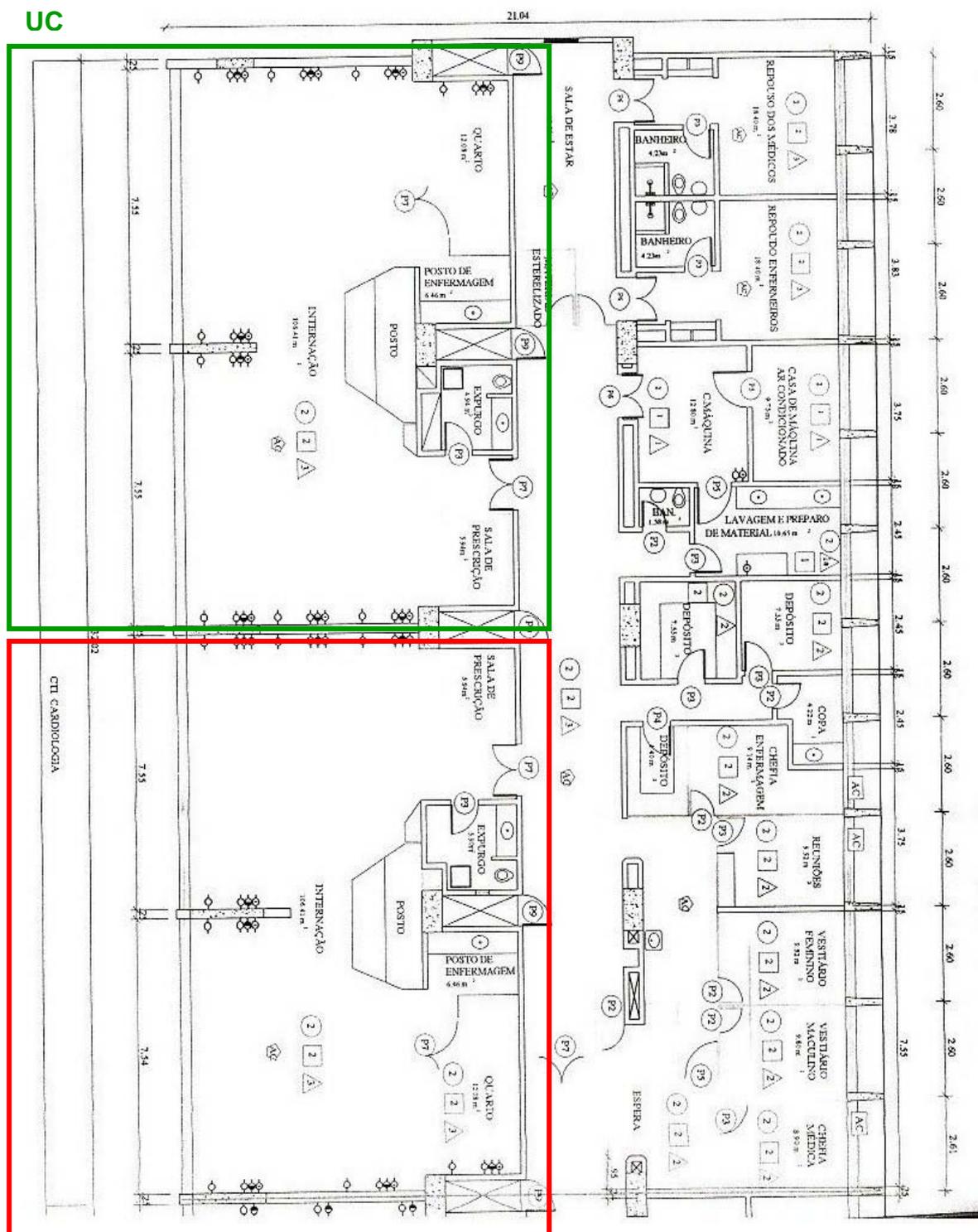
Simone Cruz Machado
Enfermeira

Wilson da Costa Santos
Farmacêutico

Atenciosamente,

Prof. Herbert Praxedes
Coordenador

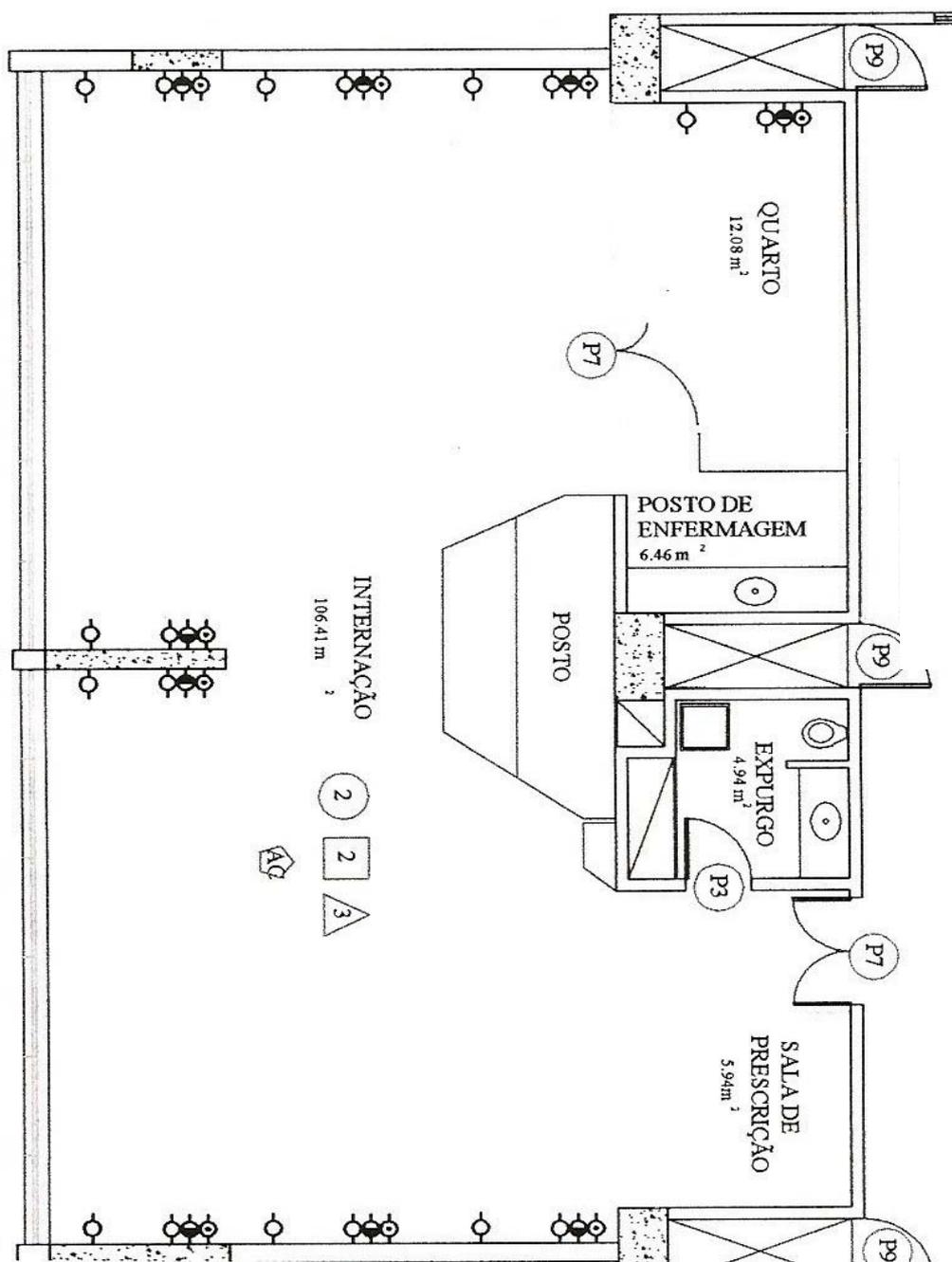
ANEXO D – UNIDADE CORONARIANA E UNIDADE DE CIRURGIA CARDÍACA DO HUCFF



UCC

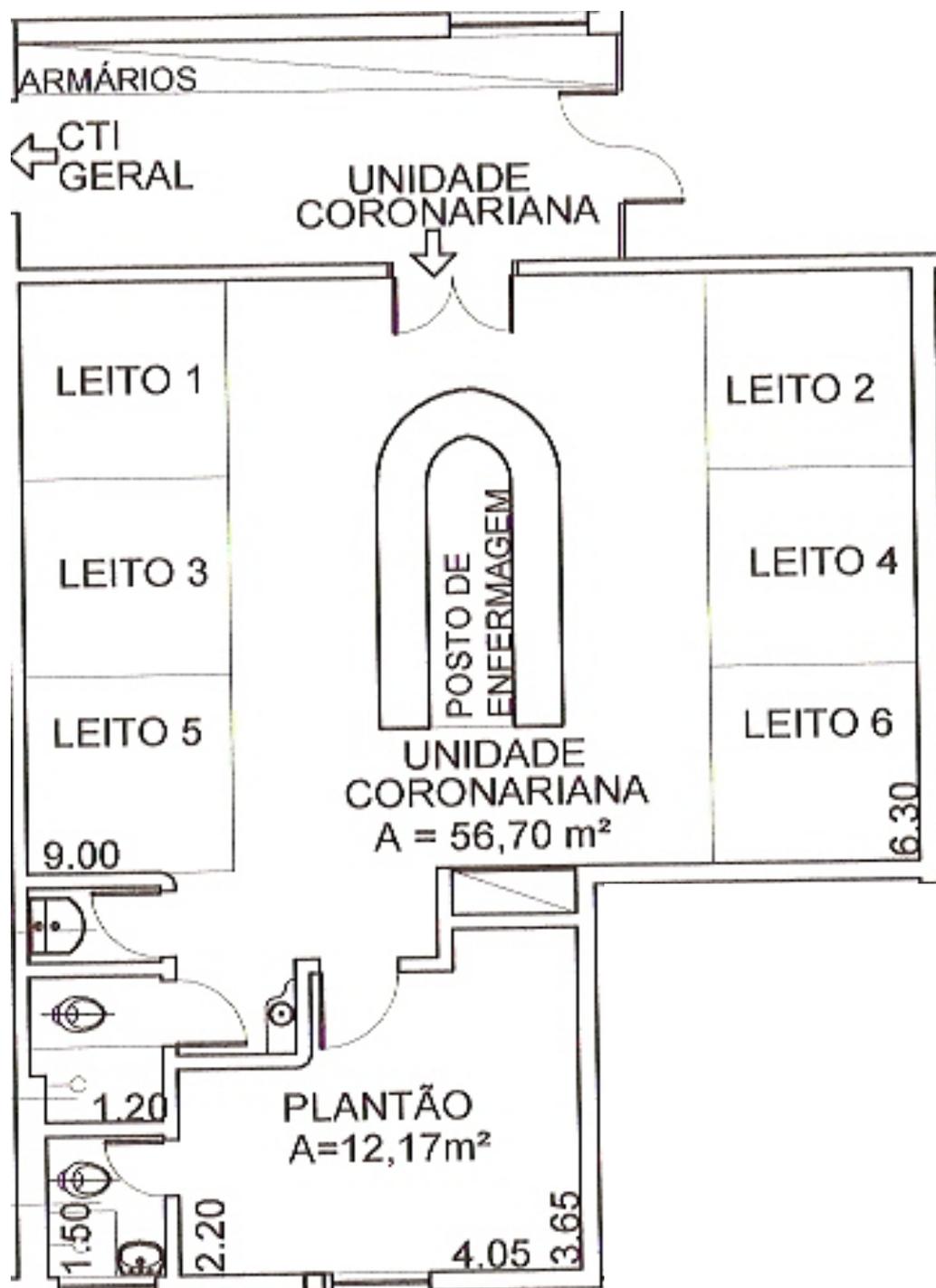
Fonte: Serviço de Engenharia do Hospital Universitário Clementino Fraga Filho, Universidade Federal do Rio de Janeiro. 2008.

ANEXO E – UNIDADE CORONARIANA DO HUCFF



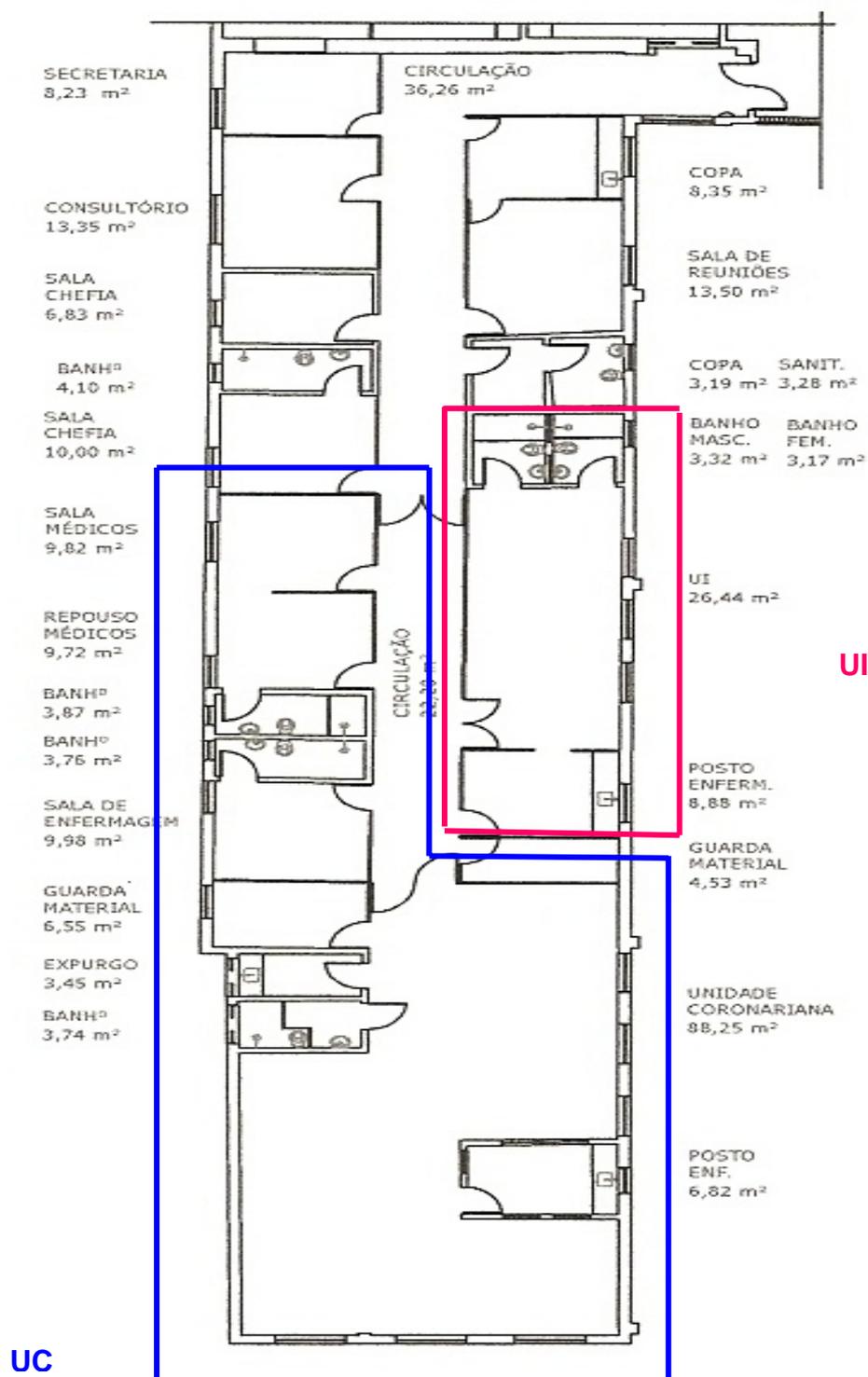
Fonte: Serviço de Engenharia do Hospital Universitário Clementino Fraga Filho, Universidade Federal do Rio de Janeiro. 2008.

ANEXO F – UNIDADE CORONARIANA DO HUPE



Fonte: Serviço de Engenharia do Hospital Universitário Pedro Ernesto, Universidade do Estado do Rio de Janeiro. 2008.

ANEXO G – UNIDADE CORONARIANA DO HUAP



Fonte: Serviço de Engenharia do Hospital Universitário Antônio Pedro, Universidade Federal Fluminense. 2008.