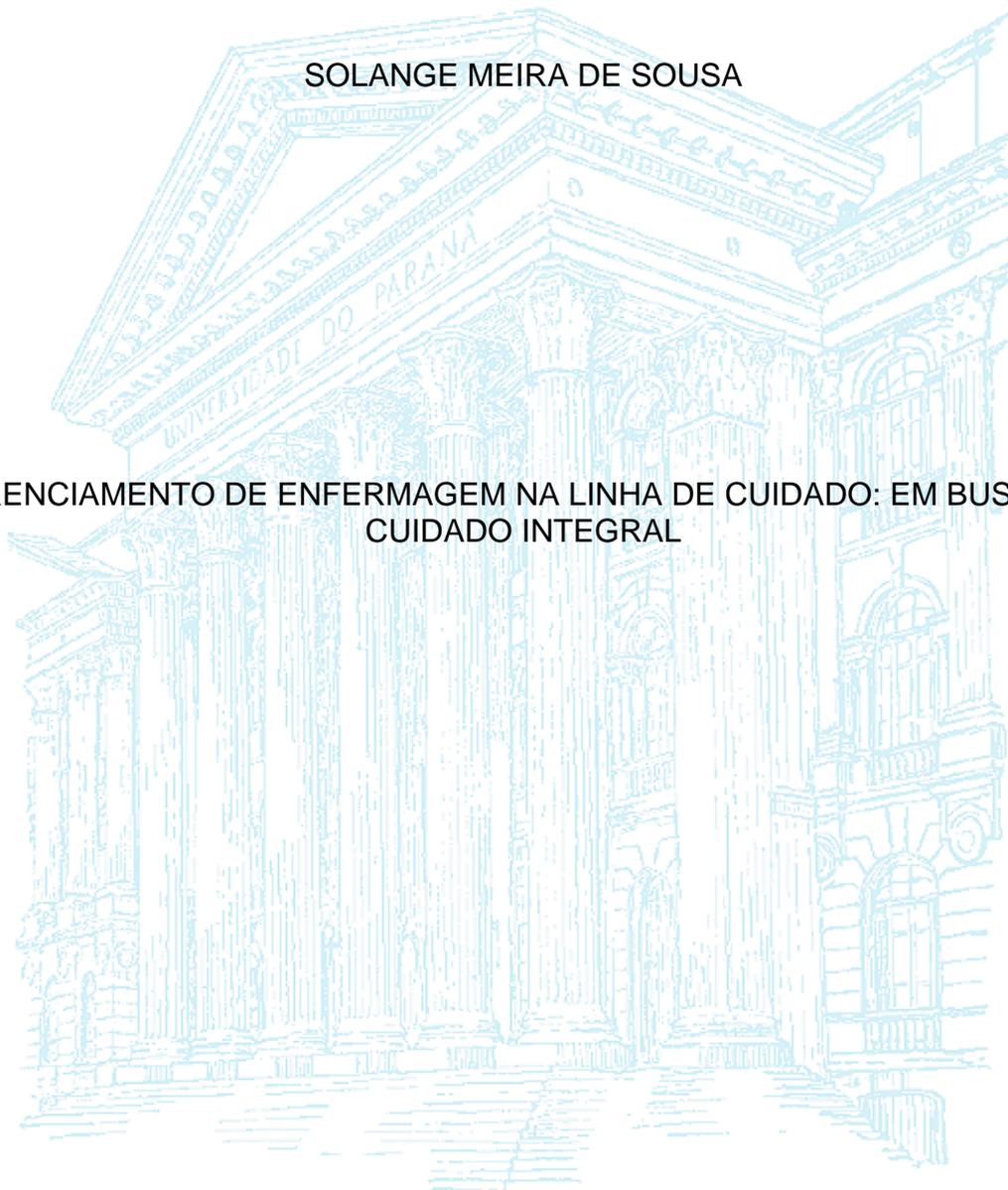


UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

SOLANGE MEIRA DE SOUSA

GERENCIAMENTO DE ENFERMAGEM NA LINHA DE CUIDADO: EM BUSCA DO
CUIDADO INTEGRAL



CURITIBA
2014

SOLANGE MEIRA DE SOUSA

GERENCIAMENTO DE ENFERMAGEM NA LINHA DE CUIDADO: EM BUSCA DO
CUIDADO INTEGRAL

Dissertação apresentada como requisito parcial à obtenção do grau de Mestre em Enfermagem, no Curso Pós- Graduação em Enfermagem - Mestrado Acadêmico em Enfermagem, Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná.

Orientadora: Profª Drª Elizabeth Bernardino

CURITIBA
2014

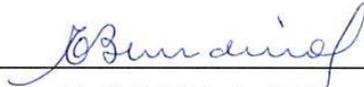
TERMO DE APROVAÇÃO

SOLANGE MEIRA DE SOUSA

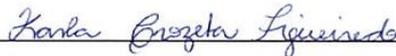
GERENCIAMENTO DE ENFERMAGEM NA LINHA DE CUIDADO: EM BUSCA DO CUIDADO INTEGRAL

Dissertação aprovada como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Enfermagem, Área de concentração Prática Profissional de Enfermagem, Linha de Pesquisa Gerenciamento de ações e serviços de saúde e enfermagem, do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Setor de Ciências da Saúde, da Universidade Federal do Paraná, pela seguinte banca examinadora:

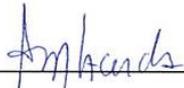
Orientador



Profª Drª Elizabeth Bernardino
Departamento de Enfermagem, UFPR



Profª Drª Karla Crozetta Figueiredo
Departamento de Enfermagem, UFPR



Profª Drª Adriana Bender Moreira de Lacerda
Universidade Tuiuti do Paraná

Curitiba, 27 de novembro de 2014.

Sousa, Solange Meira de
Gerenciamento de enfermagem na linha de cuidado: em busca do cuidado integral / Solange Meira de Sousa - Curitiba, 2014.
119 f. : il. (algumas color.) ; 30 cm

Orientadora: Professora Dra. Elizabeth Bernardino
Dissertação (mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem,
Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná, 2014.

Inclui bibliografia

1. Sistema Único de *Saúde*. 2. Integralidade em saúde. 3. Hospitais de ensino. 4. Enfermagem. 5. Gerência. I. Bernardino, Elizabeth. II. Universidade Federal do Paraná. III. Título.

CDD 610.73

Ao meu esposo João Paulo, amor da minha vida, por compartilhar comigo todos os momentos durante este mestrado, oferecendo seu apoio incondicional e me incentivando constantemente. Amo você!

AGRADECIMENTOS

A **Deus**, por guiar minhas decisões e me proteger em todos os caminhos.

À **Nossa Senhora**, pela intercessão constante em minha vida.

À Professora Doutora **Elizabeth Bernardino**, minha orientadora, por esta oportunidade de desenvolvimento pessoal e profissional e acima de tudo pela dedicação constante e pelo exemplo de ser humano e profissional.

Às Professoras Doutoras **Aida Maris Peres**, **Lilliana Müller Larocca** e **Karla Crozeta** pelas sugestões na banca de qualificação que aprimoraram este estudo e às professoras **Adriana Bender Moreira de Lacerda** e **Karla Crozetta**, pelas valiosas contribuições na banca de defesa.

Aos meus pais **Neyde** e **Donato**, e a meus irmãos **Angela**, **Tiago**, **Lucas** e **Marcos**, que me apoiam independentemente da distância.

Aos meus sogros **Cladir** e **Antônio**, por todo o afeto.

À amiga **Marília**, pelo companheirismo e apoio inestimáveis.

À **Anna Carolina**, cuja amizade e apoio são fundamentais.

Ao **Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Paraná**, pelo ensino e pesquisa de qualidade, e a todos os colegas pela convivência nesses dois anos.

À **Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES)**, pelo apoio financeiro.

Aos **enfermeiros da Unidade Gerencial Cardiovascular e Pneumologia do HC/UFPR**, por participarem deste estudo, contribuindo para o avanço científico.

RESUMO

SOUSA, S. M. Gerenciamento de enfermagem na linha de cuidado: em busca do cuidado integral. 119fls. (Dissertação) Mestrado em Enfermagem. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Universidade Federal do Paraná, 2014.

Para adequar-se ao modelo de assistência à saúde no Brasil proposto pelo SUS, o Hospital de Clínicas/ UFPR adotou um modelo gerencial baseado em linhas de cuidado, organizado em Unidades Gerenciais, no qual cada unidade é composta por serviços afins, com atendimento centrado nas necessidades de saúde. Nessa perspectiva, a integralidade da atenção perpassa toda a lógica da organização profissional, das linhas de cuidado aos serviços que compõem a rede em busca do cuidado integral. Trata-se de um estudo de caso único integrado de múltiplas unidades de análise, desenvolvido na unidade gerencial Cardiovascular e Pneumologia (UCP), que objetivou: apreender como o cuidado integral é compreendido pelos enfermeiros; descrever o gerenciamento de enfermagem da UCP; e compreender a integração existente entre a equipe de enfermagem, a equipe multiprofissional e os serviços que compõem a UCP com vistas ao cuidado integral. Os participantes foram 13 enfermeiros da UCP. A coleta de dados ocorreu de fevereiro a maio de 2014, período no qual foram realizadas entrevistas, 103 horas de observação não participante e verificação de documentos. A análise dos dados foi mediada pelas proposições do estudo de caso e pelos objetivos que correspondem às categorias analíticas. A amostra foi predominantemente feminina (84,6%); médias de 46,6 anos de idade, 6,2 anos no serviço em questão e 16,5 anos de formação. Os resultados indicam um gerenciamento voltado para a resolução dos problemas, com vistas ao atendimento das necessidades de saúde, enfatizando a coordenação do cuidado e a formação generalista como aspectos favoráveis, subsidiados pelo uso de ferramentas gerenciais. Quanto à compreensão do cuidado integral, o mesmo é entendido a partir de dois aspectos: os cuidados realizados pela enfermagem integralmente a partir das necessidades dos usuários, tendo em vista os recursos humanos e a competência técnica necessários à prática profissional, e os cuidados prestados pela equipe multiprofissional, que levam em conta a especificidade de cada profissional. A integração entre a equipe de enfermagem subentende uma interdependência entre os membros, pautada pela comunicação e pela articulação do enfermeiro; já a integração da equipe multiprofissional é visualizada principalmente entre a enfermagem e a medicina; por fim, a integração entre os serviços é determinada pelo fluxo. Apreende-se, a partir do estudo, o gerenciamento de enfermagem voltado às necessidades de saúde, configurado em uma lógica clínica, na qual as ações realizadas pela equipe de enfermagem e multiprofissional seguem a organização da linha de cuidado da UCP, sendo estabelecida por meio dos processos de trabalho que garantem a assistência necessária à resolução dos problemas de saúde da população. É possível, a partir dos subsídios deste estudo, ressignificar o cuidado e o gerenciamento de

enfermagem na UCP, na tentativa de que sejam reconhecidos também como elementos para o cuidado integral, podendo, por analogia, contribuir para a operacionalização da tão almejada integralidade da atenção no HC/UFPR.

Descritores: Sistema Único de Saúde. Integralidade em Saúde. Hospitais de ensino. Enfermagem. Gerência.

ABSTRACT

SOUSA, S. M. Nursing care management: searching for integrated care. 123 p. (Dissertation) Nursing Master's Degree. Nursing Postgraduation Program. Federal University of Paraná, 2014.

In order to adapt to the health care model in Brazil, proposed by SUS, Hospital de Clínicas/UFPR adopted a management model based on lines of care, organized in Management Units, where each unit entails related services, and caring is centered on health needs. In this perspective, integrated care as a SUS guideline, pervades all professional organization logistics, from the lines of care to services which comprise the network, searching for integrated care. It is a unique integrated case study of multiple analytical units, developed at Cardiovascular and Pneumology Management Unit (CPU), which objectified to apprehend how integrated care is understood by nurses; to describe nursing management at the CPU and to understand the existing integration between the nursing team, the multiprofessional team and the services which comprise the Cardiovascular and Pneumology Management Unit (CPU), aiming at integrated care. The participants were 13 nurses from the CPU. Data collection was held from February to May, 2014, when the interviews were carried out, 103 hours of non-participant interviews and document checking. Data analysis was mediated by the case study propositions as well as the corresponding objectives to the analytical categories. The sample was predominantly female (84.6%), average age of 46.6 years, 6.2 years working at the unit and 16.5 years of education. Results point out problem-solving centered management, aiming to meet health needs, stressing care coordination and general education as favorable aspects, founded on the use of management tools. As for the understanding of integrated care, it is understood from two aspects: integrated nursing care viewing users' needs, keeping in mind human resources and technical competency required by professional practice, and care rendered by the multiprofessional team, taking into account each professional's specificity. The integration between the nursing team implies interdependence among its members, based on nurses' communication and articulation, while the integration of the multiprofessional team is ultimately viewed between nursing and medicine. Finally, service integration is determined by its flow. It is apprehended, from the study, nursing management centered on health needs, configured in a clinical logic, where the actions carried out by the nursing and multiprofessional teams follow the organization of the CPU line of care, being established by means of work processes, which enable the necessary care to solve population's health problems. Underpinned by this study, it is possible to provide nursing care and management at the CPU with a re-meaning, in the attempt to recognize them as elements for integrated care as well, and by analogy, they may contribute to the operationalization of the desired integrated care in the current health system in the Hospital de Clínicas/UFPR.

Descriptors: Unified Health System. Integrality in Health. Hospitals, Teaching. Nursing. Management

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1: DIMENSÕES DA GESTÃO DO CUIDADO	27
FIGURA 2: ENFERMEIRO - ARTICULADOR E PARTICIPANTE DO CUIDADO	28
FIGURA 3 - REPRESENTAÇÃO DE UMA LINHA DE CUIDADO	35
FIGURA 4: PROCESSO DE TRABALHO GERENCIAL EM ENFERMAGEM	38
FIGURA 5: ORGANOGRAMA DA DIREÇÃO DE ASSISTÊNCIA	47
FIGURA 6: ESTUDO DE CASO INTEGRADO - UNIDADES MÚLTIPLAS DE ANÁLISE	48
FIGURA 7: ORGANIZAÇÃO DO SERVIÇO DE ENFERMAGEM DA UCP	49
FIGURA 8: ESTRUTURA GERAL DO ESTUDO DE CASO	56
FIGURA 9: GERENCIAMENTO DE ENFERMAGEM ATRELADO AO CUIDADO INTEGRAL REALIZADO NA UCP	67
FIGURA 10: FLUXOGRAMA - REPRESENTAÇÃO DE LINHA DE CUIDADO E DA LINHA DE CUIDADO DA UCP	68
FIGURA 11: FLUXOGRAMA – INTERFACE DOS SERVIÇOS COM A EQUIPE MULTIPROFISSIONAL ORIENTADOS PELAS NECESSIDADES DE SAÚDE	69
FIGURA 12: FLUXOGRAMA – INTERFACE DA LINHA DE CUIDADO REALIZADA NA UCP COM A EQUIPE MULTIPROFISSIONAL	70

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1: PROPOSIÇÕES DO ESTUDO DE CASO	19
QUADRO 2: PROCEDIMENTOS ADOTADOS PARA COLETA DE DADOS	52
QUADRO 3: MATRIZ - ANÁLISE DOS DADOS.....	54
QUADRO 4: CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES DO ESTUDO	58
QUADRO 5: SÍNTESE DOS RESULTADOS DO ESTUDO	59
QUADRO 6: CATEGORIA, SUBCATEGORIAS E PRINCIPAIS ASPECTOS RELACIONADOS À COMPREENSÃO DO CUIDADO INTEGRAL PELOS ENFERMEIROS	60
QUADRO 7: CATEGORIA, SUBCATEGORIAS E PRINCIPAIS ASPECTOS RELACIONADOS AO GERENCIAMENTO DE ENFERMAGEM.....	62
QUADRO 8: CATEGORIAS, SUBCATEGORIAS E PRINCIPAIS ASPECTOS DA INTEGRAÇÃO ENTRE A EQUIPE DE ENFERMAGEM, ENTRE OS PROFISSIONAIS DA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL E ENTRE OS SERVIÇOS..	65

LISTA DE SIGLAS

CAPES	- Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CCM	- Chronic Care Model
DCNs/ENF	- Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem
DCNT	- Doenças Crônicas Não Transmissíveis
POPs	- Procedimento Operacional Padrão
HC/UFPR	- Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná
SAE	- Sistematização da Assistência de Enfermagem
SUS	- Sistema Único de Saúde
UCP	- Unidade gerencial Cardiovascular e Pneumologia
UG	- Unidades Gerenciais

SUMÁRIO

1 APRESENTAÇÃO	14
2 PROBLEMÁTICA DA PESQUISA	15
2.1 OBJETIVOS	19
2.2 PROPOSIÇÕES DO ESTUDO.....	19
3 REVISÃO DE LITERATURA	20
3.1 CUIDADO INTEGRAL.....	20
3.2 MODELOS GERENCIAIS: LINHA DE CUIDADO	30
3.3 GERENCIAMENTO DE ENFERMAGEM E DO CUIDADO.....	36
4 MÉTODO	45
4.1 TIPO DE PESQUISA.....	45
4.2 LOCAL DA PESQUISA	46
4.3 PARTICIPANTES DA PESQUISA	48
4.4 COLETA DE DADOS	49
4.5 ANÁLISE DOS DADOS.....	53
4.6 ASPECTOS ÉTICOS.....	55
4.7 RESUMO DO MÉTODO	56
5 O ESTUDO DE CASO	57
5.1 RESULTADOS.....	57
5.1.1 Caracterização dos participantes.....	57
5.1.2 Síntese dos resultados.....	59
5.2 DISCUSSÃO	71
5.2.1 Caracterização dos participantes.....	71
5.2.2 Compreensão de cuidado integral pelos enfermeiros	72
5.2.3 O gerenciamento de enfermagem da Unidade Gerencial Cardiovascular e Pneumologia.....	78
5.2.4 Integração entre a equipe de enfermagem, entre a equipe multiprofissional e entre os serviços que compõem a Unidade Gerencial Cardiovascular e Pneumologia com vistas ao cuidado integral.....	83
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	90
REFERÊNCIAS	94
APÊNDICES	106
ANEXOS	112

1 APRESENTAÇÃO

O interesse pelo gerenciamento iniciou-se na graduação (2005-2009), particularmente no último estágio, no qual houve a oportunidade de gerenciar um serviço de especialidades médicas. Após o término da graduação, o início no Programa de Residência Multiprofissional em Atenção Hospitalar no Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná (2011-2012), na área de concentração cardiovascular em uma unidade gerencial, permitiu maior aproximação com o gerenciamento.

A vivência prática da residência, mais centrada na prática clínica, trouxe naturalmente uma certa inquietação sobre o modelo gerencial e como ele poderia responder operacionalmente aos fundamentos sobre os quais havia sido criado – a integralidade e a lógica da linha de cuidado – para alcançar o objetivo de oferecer um cuidado integral aos usuários ali atendidos.

Nesse sentido, este trabalho foi realizado na forma de um Estudo de Caso, com o intuito de compreender este contexto de maneira mais profunda, sobretudo quanto ao sentido da prática realizada pelo enfermeiro, especialmente quanto ao gerenciamento e suas possibilidades para o cuidado integral.

Este estudo se insere na Linha de Pesquisa “Gerenciamento de ações e serviços de saúde e enfermagem” do Programa de Pós-graduação em Enfermagem – Mestrado Acadêmico – da Universidade Federal do Paraná. Insere-se também no projeto de pesquisa: “Estratégias de integração em rede: Contribuições da Enfermagem”; financiado em 2014, por meio de bolsa de estudos, pela Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES).

O trabalho apresenta inicialmente a problemática da pesquisa, contextualizando o assunto a partir do modelo de assistência proposto pelo Sistema Único de Saúde (SUS), bem como os objetivos pretendidos. No capítulo seguinte, tem-se a revisão de literatura realizada a partir dos assuntos julgados pertinentes a esta proposta – Cuidado integral, Modelos gerenciais e Gerenciamento de enfermagem. Na sequência, é detalhada a trajetória metodológica; finalmente, a apresentação do Estudo de Caso realizado, por meio dos resultados (caracterização, categorias, bem como alguns fluxos), seguidos da discussão.

2 PROBLEMÁTICA DA PESQUISA

Os esforços empreendidos pelo Movimento da Reforma Sanitária, ocorrido entre 1976 e 1988 e consolidado na VIII Conferência Nacional de Saúde, cujo relatório final inspirou o capítulo a respeito da Saúde na Constituição Federal, que posteriormente se desdobrou na Lei nº 8.080/90 e na Lei nº 8.142/90, permitiram a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) (PAIM, 2012).

Com a Constituição Federal, o SUS está organizado a partir das seguintes diretrizes: descentralização, participação da comunidade e atendimento integral¹ (PAIM, 2012). A descentralização compreende uma direção única em cada esfera do governo; a participação da comunidade expressa a democratização dos serviços e decisões em relação à saúde; e por fim o atendimento integral envolve as ações preventivas e curativas, individuais e coletivas, de forma a favorecer soluções adequadas para as necessidades de saúde (PAIM, 2012).

O SUS é organizado por ações e serviços de saúde, com uma *rede* de forma regionalizada e hierarquizada, o que implica a integração entre os serviços e permite concluir que o atendimento integral deve ser garantido, evitando a fragmentação das ações em saúde (PAIM, 2012). Diante disso, entende-se que é necessária uma articulação em todos os níveis de complexidade, de modo que os serviços, tecnologias ou profissionais estejam disponíveis ao indivíduo (SANTOS; ANDRADE, 2011).

Em 2004, os hospitais de ensino sofreram um processo de reestruturação devido à sua incorporação à rede SUS, por meio da Portaria Interministerial Nº 1006/MEC/MS, de 27 de maio de 2004, justificada pelo fato de os hospitais de ensino oferecerem atenção à saúde de alta complexidade, formarem profissionais de saúde e promoverem o desenvolvimento tecnológico numa perspectiva de inserção e integração em rede aos serviços de saúde, sempre com vistas às necessidades de saúde da população (BRASIL, 2004).

Essa reestruturação buscou estratégias para a definição do perfil assistencial, do papel da instituição na pesquisa e na educação permanente e, sobretudo (no que

¹Atendimento integral é uma diretriz do SUS, também conhecida como integralidade da atenção (PAIM, 2012); portanto, os dois termos serão utilizados neste trabalho com o mesmo significado.

concerne a este estudo), para a qualificação do processo de gestão hospitalar em função das necessidades e da inserção do hospital na rede do SUS (BRASIL, 2004).

O SUS é o modelo de assistência à saúde no Brasil, que propõe, de modo geral, a organização de ações para intervenção no processo saúde-doença (MERHY; MALTA; SANTOS, 2004). Dessa forma, para se adequar a este modelo assistencial, e assim operacionalizá-lo, alguns hospitais adotaram modelos voltados à redução de níveis hierárquicos, descentralizando as decisões, modificando organogramas, aperfeiçoando a comunicação entre os vários profissionais, bem como valorizando o trabalho entre eles. Algumas destas experiências estão descritas na literatura, entre as quais a do Hospital de Volta Redonda - RJ (BERNARDES *et al.*, 2007; BERNARDES *et al.*, 2008), a da Santa Casa de Belo Horizonte – MG (SPAGNOL; FERRAZ, 2002), a da Unidade de Emergência do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (HCFMRP-USP) (SANTOS *et al.*, 2003), e a experiência do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná (HC/UFPR) (BERNARDINO; FELLI, 2008), que adotou um modelo gerencial baseado em linhas de cuidado, organizado em Unidades Gerenciais (UG) (HC/UFPR, 2009).

Para este estudo, foi escolhida a unidade gerencial Cardiovascular e Pneumologia (UCP). As **Unidades Gerenciais** correspondem à forma de organização do modelo gerencial do HC/UFPR. Elas são compostas por serviços afins, reunidos em uma lógica baseada em “Linha de Cuidado”, na qual o atendimento é centrado nas necessidades de saúde relacionadas a áreas específicas. No caso da UCP, o atendimento ao usuário é realizado com base em necessidades relacionadas à área cardiovascular e à pneumologia. Dessa maneira, as linhas de cuidado apontam uma direção para o atendimento, que é concretizado por meio dos vários serviços das Unidades Gerenciais.

As **linhas de cuidado** são definidas como uma expressão de fluxos assistenciais seguros oferecidos aos usuários, com a finalidade de atendimento das necessidades de saúde (MAGALHÃES JUNIOR, 2007), socialmente determinadas, relativas às múltiplas dimensões da realidade e à manutenção da vida ou ações necessárias para o seu aperfeiçoamento (EGRY; OLIVEIRA, 2008).

São ainda uma das estratégias para a organização das redes de atenção, constituindo um conjunto de saberes, tecnologias e recursos necessários para o

enfrentamento de riscos, agravos ou quaisquer condições de saúde, a serem ofertados de maneira oportuna, articulada e contínua pelo sistema de saúde (BRAGA, 2006) – portanto, as linhas de cuidado estão relacionadas à integralidade da atenção; como tal, abrangem todo o cenário de promoção da saúde, bem como a prevenção, o tratamento e a reabilitação de doenças em seus respectivos serviços de saúde (FRANCO; MAGALHÃES JUNIOR, 2007).

Os **modelos gerenciais** se resumem basicamente em dois grandes enfoques: o alcance de objetivos organizacionais e a satisfação das necessidades de saúde da população, os quais norteiam a organização do processo de trabalho dos diversos profissionais e o gerenciamento² de enfermagem (FELLI; PEDUZZI, 2012).

As atividades gerenciais do enfermeiro devem ter como finalidade o alcance de um cuidado de qualidade, visto ser esse o traço principal do processo de trabalho de enfermagem. Dessa forma, na medida em que o gerenciamento de enfermagem está articulado com a prática do cuidado, ambos voltados para o atendimento das necessidades de saúde, ele pode contribuir com o cuidado integral e com o alcance da integralidade da atenção (HAUSMANN; PEDUZZI, 2009). Portanto, o gerenciamento é uma ferramenta do processo de cuidado, sendo ainda apreendido como um processo de trabalho específico (FELLI; PEDUZZI, 2012).

Partindo de uma abordagem relacionada à atenção hospitalar, foco desta pesquisa, a integralidade é conceituada por Cecílio e Merhy (2003) como a atenção

²A fim de melhor elucidar aspectos relacionados aos termos gestão, gerenciamento e administração, é importante destacar algumas concepções verificadas na literatura. Para Motta (1995), a Administração, como profissão, nasce na área pública, e o termo gerência na área privada, ambos significando uma função subordinada. No Brasil, até a década de 1970 o termo administrador tinha maior importância, pois o gerente representava uma hierarquia inferior. No entanto, os termos foram sendo incompreendidos em decorrência do seu campo de saber novo, e utilizados de maneira indefinida como qualquer posição de chefia; assim, decorrente de falhas administrativas e desgastes dos mesmos, a palavra administração é substituída pela expressão gerência. Por último, a palavra gestão (tradução da terminologia europeia - que não utiliza o termo gerência) passou a ser utilizada para definir o campo da administração e da gerência, compensando desgastes nestes termos, porém não provocando nenhuma mudança conceitual: sugere, assim como os outros termos, a ideia de dirigir e de decidir. Portanto, para este autor, administração, gerência e gestão são sinônimos. Na NOB-SUS 01/96, o termo gerência é conceituado como a administração de uma unidade ou órgão de saúde, como o hospital, por exemplo, que se caracteriza como prestador de serviços ao sistema; por outro lado, a gestão está relacionada à responsabilidade de dirigir um sistema de saúde, seja ele municipal, estadual ou federal. Portanto, será adotado o termo gerência ou gerenciamento neste estudo, tendo por base a NOB-SUS 01/96.

integral despendida a um usuário com determinadas necessidades de saúde que exigem cuidados hospitalares específicos, num esforço de que essa atenção aconteça de forma holística. Atrelado a essa diretriz, o cuidado Integral – objeto deste estudo – se dá mediante tais necessidades, que demandam, entre outros aspectos, o uso de tecnologias (CECÍLIO; MERHY, 2003) e de algumas estratégias contempladas na Política Nacional de Humanização, como vínculo, escuta, acolhimento, resolubilidade e responsabilização do profissional de saúde que executa o cuidado para o usuário que dele necessita (BRASIL, 2006). O objetivo da UG no HC/UFPR é, portanto, o atendimento integral do usuário, pressupondo ações de promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação (HC/UFPR, 2009).

Nesse contexto, o gerenciamento de enfermagem é imprescindível para prover práticas cuidadoras que têm como centro o usuário (BERNARDINO; FELLI, 2008). Além disso, ele pode prover as condições necessárias ao alcance dos objetivos de uma instituição, tendo em vista ainda que a sua eficiência está relacionada ao modelo gerencial adotado – logo a prática gerencial deve ser continuamente repensada (BERNARDES *et al.*, 2011).

Considerando que a integralidade da atenção deve ser o escopo da linha de cuidado da UCP e que o enfermeiro é parte central deste processo, no cuidar e gerenciar, a questão norteadora deste estudo é: Como se dá o gerenciamento de enfermagem na perspectiva do cuidado integral na Unidade Gerencial Cardiovascular e Pneumologia do HC/UFPR?

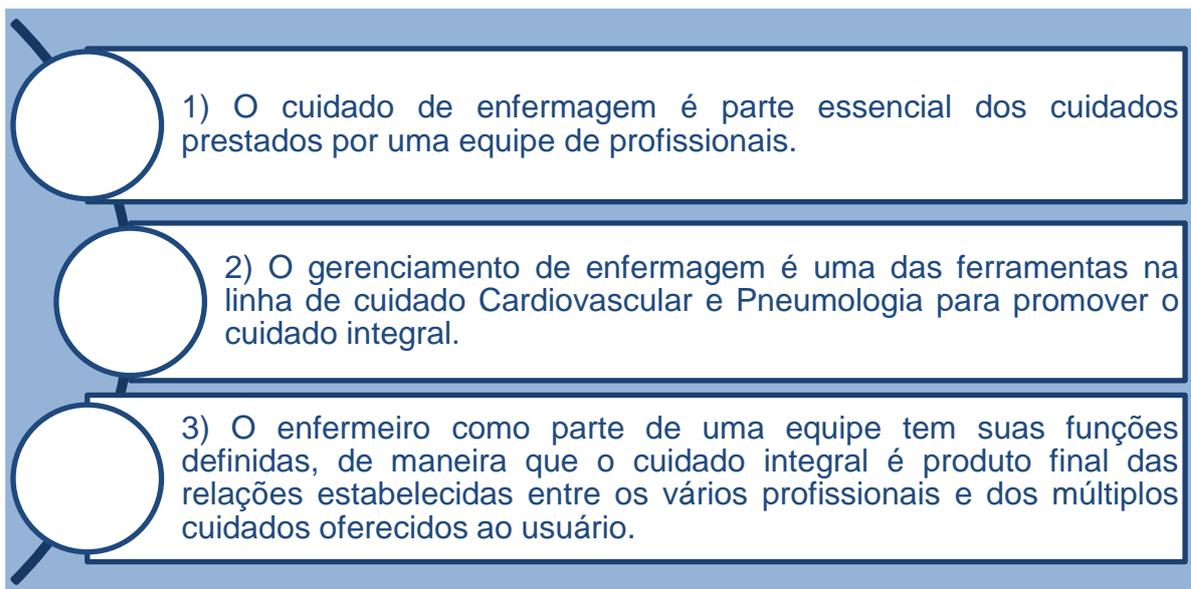
Este estudo tem como princípios norteadores os dois sentidos do cuidado integral propostos por Cecílio e Merhy (2003): a) O indivíduo é um ser humano integral, submetido a diversas situações de vida e trabalho que o levam a adoecer e morrer; por isso, ele necessita de múltiplos cuidados; b) O indivíduo pertence a um sistema de saúde, e a integralidade do cuidado precisa transversalizar todo esse sistema; portanto só pode ser conseguida em rede. Adaptando estes dois sentidos ao estudo, o primeiro se refere ao cuidado integral prestado por cada profissional em seus respectivos serviços, e o segundo ao cuidado prestado nos vários serviços que compõem uma linha de cuidado (CECÍLIO; MERHY, 2003).

2.1 OBJETIVOS

- 1) Aprender como o cuidado integral é compreendido pelos enfermeiros.
- 2) Descrever o gerenciamento de enfermagem da Unidade Gerencial Cardiovascular e Pneumologia.
- 3) Analisar a integração existente entre a equipe de enfermagem, a equipe multiprofissional e os serviços que compõem a Unidade Gerencial Cardiovascular e Pneumologia com vistas ao cuidado integral.

2.2 PROPOSIÇÕES DO ESTUDO

Esta pesquisa é um estudo de caso único integrado de múltiplas unidades de análise e tem três proposições (elencadas no QUADRO 1).



QUADRO 1: PROPOSIÇÕES DO ESTUDO DE CASO
FONTE: O autor (2014)

3 REVISÃO DE LITERATURA

A fim de elucidar a temática abordada, o capítulo que segue aborda assuntos que atendem aos objetivos deste trabalho: O **cuidado integral** – sua contextualização no sistema de saúde e sua correlação com a diretriz da integralidade; **modelos gerenciais** – com enfoque específico no modelo gerencial do HC/UFPR baseado em linhas de cuidado; **gerenciamento de enfermagem** – sua contextualização como ferramenta para o cuidado.

3.1 CUIDADO INTEGRAL

A palavra cuidado tem sua raiz no termo latino “*cogitare*”, tendo estreita relação com “*ocupação e preocupação*”. Os principais sentidos atribuídos a “*cogitare*” estão relacionados a “*pensar em*”, ou seja, “*aplicar a atenção, aplicar o pensamento*” em determinada coisa, caracterizando ação, e isso permite definir o cuidado como o lugar no qual a integralidade se afirma como tal. Os termos em latim “*integritas*”, “*integrum*”, “*integrare*”, entre outros, emprestam significados ao termo Integralidade, e supõem a totalidade, a completude e a inteireza, a renovação e a volta a um estado não tocado (XAVIER; GUIMARÃES, 2013).

A proposição referida, de que a integralidade se apresenta como tal no cuidado, pode ser melhor elucidada a partir da compreensão de que é impossível pensar em “concretização” da integralidade sem que haja necessariamente alguma relação com o cuidado, seja na relação profissional-usuário, seja na integração dos vários saberes profissionais ou mesmo na formulação de políticas ou sistema de saúde (XAVIER; GUIMARÃES, 2013).

O contexto atual, caracterizado por novos desafios sociais, políticos e culturais, esgotamento do modelo biomédico e mudança no perfil epidemiológico da população, impõe aos profissionais de saúde uma modificação em sua prática. A criação do SUS aponta para um modelo de assistência voltado para o usuário e

inserido em diferentes contextos, entendido de forma integral (MONTENEGRO; PENNA; BRITO, 2010).

Um modelo assistencial está relacionado ao modo como são organizadas as ações de atenção à saúde, envolvendo aspectos tecnológicos e assistenciais, com a finalidade de articular os diversos recursos disponíveis para enfrentar os problemas de saúde de uma coletividade (SILVA JR; ALVES, 2007).

O sistema de saúde brasileiro percorreu uma trajetória marcada por diversos modelos assistenciais (MERHY; MALTA; SANTOS, 2004). Tem-se como exemplo o sanitarismo campanhista do início do século XX, que tinha como principal estratégia campanhas sanitárias para o controle de doenças (SILVA JR; ALVES, 2007). Embora não hegemônico (MERHY; MALTA; SANTOS, 2004), esse modelo transformou-se em uma política de saúde pública importante e permanece até hoje no combate às epidemias e endemias (SILVA JR; ALVES, 2007). Outro modelo, o médico assistencial, teve início na década de 1920, com a industrialização e o aumento de trabalhadores, e esteve voltado para a assistência à doença. Este modelo expandiu nas décadas de 1950 e 1960, com foco na assistência individual, no financiamento e na compra de serviços de hospitais privados (SILVA JR; ALVES, 2007).

Na década de 1970, é definido um Sistema Nacional de Saúde, com atividades de saúde pública desarticuladas da assistência médica individual (SILVA JR; ALVES, 2007); a assistência médica ficava a cargo da Previdência Social e as ações chamadas de coletivas eram de responsabilidade do Ministério da Saúde (MS) (MERHY; MALTA; SANTOS, 2004). Nesse período, se evidencia no Brasil, assim como em outros países, pouca efetividade desse modelo na resolução dos problemas de saúde gerados pelo processo acelerado de urbanização (neoplasias, violência, doenças crônico-degenerativas e infecciosas), que desafiava uma abordagem centrada em características individuais; relacionado a isso, cabe destacar o uso cada vez mais predominante de tecnologias (SILVA JR; ALVES, 2007).

Nesse sentido, o cuidado cada vez mais especializado e fragmentado vai sendo, de certa forma, delimitado pela necessidade de ampliar os serviços de saúde, a partir de uma abordagem mais integrada das relações entre saúde e doença. Em paralelo a isso, vários movimentos – designados como medicina

integral, medicina preventiva e medicina comunitária, entre outros – criticaram a atenção à saúde de modo fragmentário, procurando romper concepções biologicistas (ALVES; PAIVA; FALLEIROS, 2010).

Dentre esses movimentos, a medicina integral associou-se à medicina preventiva, sendo posteriormente umas das bases do movimento de reforma sanitária (MATTOS, 2007). Esse último foi consolidado na VIII Conferência Nacional de Saúde, na qual foi discutido efetivamente um novo modelo de saúde para o Brasil, posteriormente garantido na Constituição de 1988 e na Lei Orgânica de Saúde (Lei nº 8.080/90) por meio de objetivos concernentes à reorganização de um Sistema Único de Saúde (SUS) (SILVA JR; ALVES, 2007).

É possível afirmar que o discurso referente ao cuidado integral remonta aos debates relacionados à assistência médica fragmentada, em meados de 1960, em função do movimento de medicina integral. Esse movimento criticava a formação médica reduzida em especialidades exclusivamente biológicas, o que (segundo seus adeptos) impedia a apreensão de todas as necessidades humanas. A crítica dos adeptos da medicina integral levou à implementação de reformas nos currículos, buscando uma formação a partir de uma perspectiva mais integral (MATTOS, 2007).

Em um contexto mais abrangente, a integralidade, como diretriz do SUS na Constituição Federal, parte da ideia de que as atividades preventivas são priorizadas sem prejuízo para os serviços assistenciais (BRASIL, 2013). Ainda, na lei orgânica conceitua-se tal diretriz como um “conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema” (BRASIL, 1990).

Portanto, desde a Constituição Federal de 1988 e, posteriormente, com a Lei Orgânica da Saúde, vêm sendo definidos novos contornos para o sistema de saúde. Segundo eles, as ações em saúde estão voltadas para a resolução das necessidades de saúde, e conseqüentemente, para os determinantes do processo saúde-doença (BONFADA, 2012).

O hospital, importante componente do sistema de atenção à saúde, tem como característica a oferta de serviços de assistência que são voltados tradicionalmente à atenção individual (WHO, 2013). Historicamente, são organizações formais e hierarquizadas inseridas em um modelo de saúde hospitalocêntrico (BRASIL, 2011).

A atenção hospitalar tem sido ao longo das décadas um dos principais temas de discussão a respeito da assistência no SUS, haja vista o cenário sanitário e sua inserção na rede de serviços de saúde (BRASIL, 2011). A Organização Mundial de Saúde destaca ainda que seus vínculos são cada vez mais estreitados com outras partes do setor saúde, assim como com a comunidade em geral, a fim de otimizar os recursos dedicados à saúde individual e coletiva (WHO, 2013).

No entanto, o predomínio, no contexto hospitalar, do atendimento à doença, em detrimento das necessidades de saúde do usuário, exige redefinições, como a rearticulação do processo de trabalho (BRASIL, 2011), para que as intervenções em saúde respeitem a singularidade dos indivíduos (BONFADA, 2012), possibilitando-lhes o cuidado integral (BRASIL, 2011).

Nessa circunstância, segundo Merhy (2007), o cuidado integral se dá a partir de uma combinação de tecnologias, e estas são configuradas a partir do arranjo entre dimensões materiais e não materiais, denominadas leve, leve-dura e dura³.

Desse modo, recompor as práticas em saúde no hospital de forma integral (e com vistas à reorganização das tecnologias) significa olhar além de aspectos concretos, como sinais e sintomas, para que seja possível agir com o conhecimento de que a assistência tem continuidade pela rede (BONFADA, 2012).

Tendo em vista a proposta constitucional do SUS, a clínica não pode ser pensada numa visão ideológica, segundo a qual a prevenção acontece nas unidades básicas de saúde e a cura nos hospitais (BONFADA, 2012). O papel do hospital, sob a ótica do SUS, está ligado ao desafio de proporcionar espaços para discussão das práticas e uma reorientação no modo de pensar e fazer saúde, enfatizando principalmente a dicotomia presente na assistência curativa e preventiva, o que vem ao encontro da operacionalização da integralidade (BONFADA, 2012).

Nesse contexto, a integralidade da atenção, enquanto diretriz do SUS, tem nas linhas de cuidado um meio para o alcance de uma assistência de qualidade, pois o conceito de tal diretriz está vinculado à perspectiva de integração dos serviços; logo, as ações são desenvolvidas desde o ambiente domiciliar até o

³Merhy (2007) denomina as tecnologias de leve, leve-dura e dura. As tecnologias duras são os equipamentos e as máquinas; as leves-duras dizem respeito aos saberes tecnológicos clínicos e epidemiológicos; já as tecnologias leves são os modos relacionais de agir na produção dos atos de saúde. Por fim, o autor enfatiza que o modelo centrado nas necessidades de saúde do usuário deve contemplar as tecnologias leve e leve-duras.

hospitalar (COUTINHO, 2009). Dessa forma, se reconhece a interdependência existente entre os serviços, dado o fato de que nenhum dispõe de todos os recursos e competências necessários para a solução dos problemas de uma população, o que corrobora o atendimento integral que só pode ser obtido em rede (CECÍLIO; MERHY, 2003).

Assim, o hospital deve ser visto como corresponsável pelas modificações nas condições de vida da população, o que pode ser garantido mediante os mecanismos de intersetorialidade e de referência/contrarreferência (BONFADA, 2012), este último entendido como estratégia essencial para o alcance da integralidade (FRATINI; SAUPE; MASSAROLI, 2008).

A saúde, em seu conceito ampliado de bem estar físico, mental e social, favoreceu mudanças no gerenciamento do processo saúde-doença e na criação de políticas públicas que visam, além da recuperação de agravos, a prevenção das doenças e a promoção da saúde. Assim, a assistência integrada fundamenta-se na articulação entre todos os profissionais atuantes nos diversos espaços de produção do cuidado, ou seja, cada instituição de saúde assume papel estratégico no contexto da integralidade, já que no mesmo espaço há diferentes atores, perspectivas e interesses (MONTENEGRO; PENNA; BRITO, 2010).

A integralidade tem sido descrita com significados distintos, dentre esses Mattos (2013) aponta três sentidos na saúde, referentes a características almejavéis das políticas, da organização dos serviços e da boa prática dos profissionais. Montenegro, Penna e Brito (2010) também destacam em seu estudo a organização dos serviços de saúde, considerada a principal questão a ser enfrentada para a sua reorientação, a fim de que seja possível operá-los, de forma centrada, nas necessidades do usuário (MONTENEGRO; PENNA; BRITO, 2010).

O cuidado implica várias formas de cuidar e diferentes conhecimentos referentes a esse respeito, sobretudo porque é uma dimensão da vida humana, que portanto acontece de forma intersubjetiva (MATTOS, 2013). Essas várias formas que, para Mattos (2013), constituem o cuidado de saúde, são visualizadas a partir de um grande esforço, que tenta justificar um modo de cuidar em função de outro a partir da cientificidade, considerando que ela confere melhor qualidade ao cuidado, o que não é necessariamente verdadeiro. Se o conhecimento utilizado for

caracterizado pela imprudência ou mesmo pelo silenciamento de outros saberes, pode ter como consequência sofrimento, dor e opressão.

Por outro lado, o exercício do cuidado que vai de encontro a esses elementos negativos, ou seja, um cuidado integral, criterioso, que prioriza os vários saberes e uma vida com qualidade, está relacionado a uma leitura ampliada das necessidades de saúde das pessoas, que perpassam os vários sentidos da integralidade (MATTOS, 2013).

Em estudo desenvolvido com o objetivo de apresentar a compreensão da integralidade por profissionais e gestores de serviços de saúde de Belo Horizonte, demonstrou-se que o trabalho interdisciplinar emerge como elemento fundamental, e que para tanto é necessário romper com a fragmentação presente na organização dos serviços e na prática dos profissionais (MONTENEGRO; PENNA; BRITO, 2010).

O trabalho interdisciplinar é objeto constante de discussão nos estudos que abordam a integralidade (MONTENEGRO; PENNA; BRITO, 2010; QUEIRÓZ; PENNA, 2011). Isso justifica-se pelo fato de que a relação com as outras pessoas estrutura todas as atividades desenvolvidas, concretizando assim um cuidado integral e contínuo, implicado nos diferentes saberes dos vários profissionais, que têm, entre suas finalidades, minimizar as fragilidades dos indivíduos (MONTENEGRO; PENNA; BRITO, 2010), o que pode ser visto como uma ação integral com significados e sentidos direcionados para a compreensão da saúde como direito de ser (PINHEIRO; GUIZARDI, 2013).

Tal cuidado só é alcançado se todos os profissionais tiverem como objetivo a padronização das ações em equipe, evitando assim que condutas diversificadas interfiram na produção do cuidado integral (QUEIRÓZ; PENNA, 2011). Dessa forma, a reestruturação do setor saúde impõe novos desafios para os profissionais, que precisam se organizar adequadamente para responder aos problemas, pois o trabalho individual, que antes respondia a uma demanda, atualmente não é mais resolutivo (MONTENEGRO; PENNA; BRITO, 2010).

Viegas *et al.* (2010) buscaram compreender, em sua pesquisa, a integralidade, a igualdade e a resolutividade nas ações cotidianas de gestores e profissionais de saúde em Belo Horizonte (MG), em diversos serviços que abrangem os vários níveis de atenção. Os autores evidenciaram que, entre esses profissionais, o enfermeiro como responsável pelo cuidado direto, além de atender à demanda,

procura ainda se organizar para dar conta do atendimento com vistas às necessidades de saúde da população. No entanto, várias dificuldades, como a escassez de recursos humanos, prejudicam essa prática, levando a uma sobrecarga que obriga uma escolha: priorizar o assistir ou as atividades administrativas, ambas fundamentais para o cuidado (VIEGAS *et al.*, 2010). Dessa forma, as tarefas realizadas se distanciam de uma assistência integral, por serem pontuais e fragmentadas.

Viegas *et al.* (2010) apontam que o SUS, apesar de grandes avanços, na medida em que se constituiu como modelo assistencial voltado para a defesa da saúde e da vida das pessoas, ainda está em processo de construção nos serviços de saúde, pois os profissionais não demonstram articulação com o que é preconizado pelo modelo de suas práticas profissionais.

Nesse sentido, Cecílio (2009) assinala que, para que ocorra um cuidado mais efetivo, é preciso uma articulação entre as dimensões profissional, organizacional e sistêmica, representada por círculos concêntricos (FIGURA 1).

A dimensão profissional é onde ocorre o encontro entre usuário-profissional, incluindo a responsabilidade profissional, a postura ética, a competência e o conhecimento, em busca de um melhor atendimento considerando a necessidade apresentada e o vínculo profissional-usuário. A dimensão organizacional, por sua vez, é onde se desenvolvem as práticas profissionais, bem como a divisão técnica e social do trabalho, que resultam, por sua vez, na fragmentação das práticas – o que exige esforço gerencial para a coordenação destas práticas e para a comunicação entre os profissionais. Este espaço organizacional do cuidado é caracterizado essencialmente pela responsabilidade gerencial e pelo trabalho em equipe. A dimensão sistêmica, por sua vez, permite compreender o cuidado na perspectiva de um sistema, um conjunto de serviços com seus variados graus tecnológicos e diferentes fluxos, operados por processos formais de referência e contrarreferência que proporcionem atendimento integral aos usuários considerando suas necessidades (CECÍLIO, 2009).

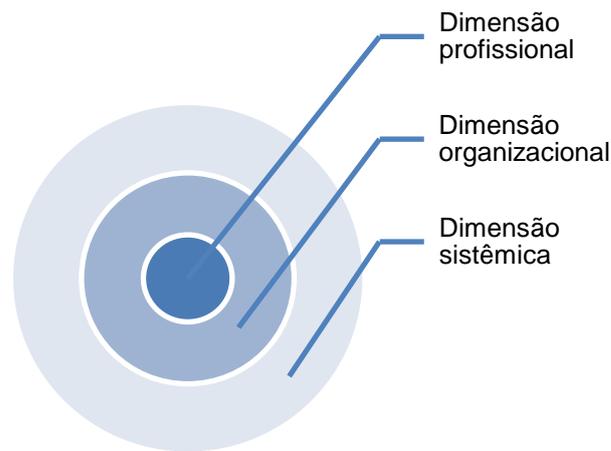


FIGURA 1: DIMENSÕES DA GESTÃO DO CUIDADO
FONTE: O autor (2014). Adaptado de CECÍLIO (2009)

Todas essas dimensões da gestão do cuidado repercutem na integralidade da atenção buscada pelas pessoas (CECILIO, 2009). A promoção do cuidado deve ser pensada no espaço onde ocorrem as relações profissionais, destacando o vínculo e a responsabilização dos serviços e dos profissionais e garantindo uma rede de cuidados acessível (VIEGAS *et al.*, 2010).

Pode-se apreender, por meio das dimensões colocadas por Cecílio (2009), que todos os profissionais de saúde têm suas responsabilidades e sua inserção específica no contexto do cuidado integral. O enfermeiro, como profissional responsável pela gerência do cuidado de enfermagem e como participante da equipe multiprofissional, estabelece uma relação com o usuário com o intuito de identificar suas necessidades, e com a equipe no sentido de articular o cuidado integral necessário ou mesmo contribuir com o seu saber técnico/científico específico, seja na assistência ou na gerência – assim, sua prática repercute em todos os serviços, nos vários níveis de atenção (FIGURA 2).

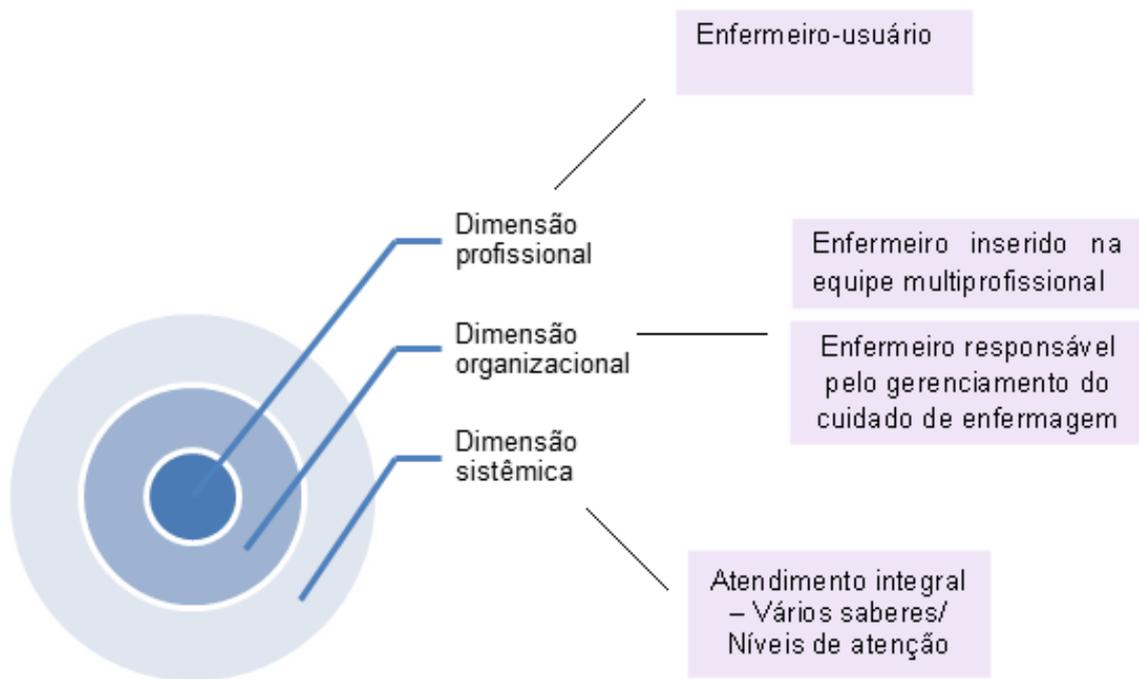


FIGURA 2: ENFERMEIRO - ARTICULADOR E PARTICIPANTE DO CUIDADO
 FONTE: O autor (2014). Adaptado de CECÍLIO (2009)

Em conformidade com tal propósito, Ayres *et al.* (2012) verificaram em seu estudo no qual procuraram reconhecer alcances e limites da integralidade em uma unidade básica de saúde, com abordagem relacionada à atenção de jovens e adolescentes, importantes limitações relacionadas à interação profissional, bem como fragilidades na comunicação entre a equipe. Este último aspecto também foi evidenciado por Sousa; Erdmann e Mochel (2011), em estudo com enfoque na integralidade do cuidado à criança. Entre os caminhos para a construção e o fortalecimento da atenção integral à saúde, está o aperfeiçoamento dos espaços organizacionais, assim como o exercício ativo da inter e da transdisciplinaridade, bem como da gestão democrática e participativa das equipes multiprofissionais, por meio da discussão de projetos de cuidado e do registro sistemático das atividades, permitindo assim um uso compartilhado por todos e o estabelecimento de vínculos entre usuários e profissionais (AYRES *et al.*, 2012) – este último aspecto também foi verificado por Arce e Sousa (2013).

A literatura sobre o assunto aponta importantes estudos relacionados à integralidade, especialmente no campo da atenção primária em saúde (SANT'ANNA *et al.*, 2011; LINARD *et al.*, 2011; GAIVA; DIAS; SIQUEIRA, 2012; SCHIMITH, 2013;

SOUZA *et al.*, 2013). Nesses estudos, ainda que seja evidente a preocupação com a integralidade, ainda é incipiente uma discussão acerca da organização interna do trabalho da enfermagem; dessa forma, esse aspecto deve ser repensado, incluindo métodos de distribuição de cuidados entre os trabalhadores de enfermagem (ORO; MATOS, 2011).

Nesse contexto, outro estudo evidenciou lacunas no processo de trabalho do enfermeiro, as quais foram confirmadas por não haver articulação entre a atenção hospitalar e a básica, a partir da constatação de que os enfermeiros nem sempre conseguem agir além do seu espaço de trabalho, o que remete à necessidade de reorganização da prática deste profissional (SILVA; RAMOS, 2011). Apesar de ter como enfoque a alta hospitalar de crianças, o estudo acima mencionado pode ser aplicado em qualquer contexto. As dificuldades no processo de referência e contrarreferência impedem a articulação efetiva entre hospital e unidade básica, inibindo, dessa forma, o cuidado integral, que demanda uma assistência além do hospital, ao encontro de outros profissionais (SILVA; RAMOS, 2011).

Reconhece-se, assim, a atenção domiciliar como importante dispositivo para o alcance de práticas voltadas à integralidade (BRITO *et al.*, 2013). Nesse sentido, sublinha-se a estratégia apontada por Bernardino *et al.* (2010), denominada “Enfermeira de Ligação”, para o fortalecimento da integralidade da atenção hospitalar e da integração em rede, o que possibilita troca de saberes entre os profissionais de saúde do hospital com outros profissionais da rede, favorecendo consequentemente o cuidado integral.

Tendo em vista o exposto e as iniciativas com vistas à organização e à hierarquização do acesso ao SUS, a porta de entrada no sistema (quer seja uma unidade básica ou um hospital) deve permitir que o usuário sinta-se acolhido e que receba atendimento integral (COUTINHO, 2009). Em paralelo a isso, a articulação entre os diversos profissionais, com suas especificidades – destacando-se nesse âmbito o enfermeiro –, perfaz esse contexto no qual o cuidado integral deve ser a meta na atenção à saúde com vistas à integralidade da atenção.

3.2 MODELOS GERENCIAIS: LINHA DE CUIDADO

Os modelos gerenciais adotados pelos hospitais são definidos pelos modelos assistenciais (BERNARDINO, 2007). Ao mesmo tempo, as necessidades de saúde constituídas historicamente orientam as formas distintas de gerenciamento operadas em enfermagem, implicando formas diversas de organização desses trabalhos, o que determina a assistência de enfermagem que será prestada à população (FELLI; PEDUZZI, 2012).

Nesse contexto, o gerenciamento contempla dois modelos abrangentes: um deles com foco no indivíduo e nas organizações, denominado modelo racional; e outro centrado na abordagem das práticas sociais e da historicidade, o modelo histórico-social (FELLI; PEDUZZI, 2012).

O modelo racional tem como princípio a Teoria Geral da Administração (TGA), sendo seu enfoque planejar, organizar, dirigir e controlar recursos, atendendo a objetivos organizacionais; contudo, em cada teoria esse conteúdo pode sofrer variações, dadas as particularidades de cada autor (FELLI; PEDUZZI, 2012). Esse modelo de gerenciamento está voltado para a produtividade, para o trabalho realizado a partir de funções específicas, organizado verticalmente pela divisão entre concepção e execução (FELLI; PEDUZZI, 2012).

Várias teorias ou movimentos subsidiaram a TGA, com abordagens distintas – ora com enfoque nas pessoas, ora com enfoque nas tarefas, umas com caráter mais prescritivo e normativo, outras de caráter mais descritivo e explicativo, ainda que sempre com a tendência de procurar dar conta de algum aspecto da organização considerado não esclarecido ou possuidor de lacunas que devem ser preenchidas.

Todavia, a complexidade atual nos serviços de saúde exige uma reconfiguração para o cuidado em saúde (CUNHA, 2011). O modelo racional não atende a todas as exigências das organizações, instituições e da própria realidade da saúde, em função das características globais e das constantes transformações vivenciadas atualmente.

Em vista disso, o modelo histórico-social permite apreender o gerenciamento a partir de práticas de saúde historicamente estruturadas e socialmente articuladas, procurando responder às contradições e às tensões presentes nos vários serviços

desse contexto e apreender as necessidades de saúde da população – portanto, vai além da organização e do controle dos processos de trabalho (FELLI; PEDUZZI, 2012).

Dessa forma, devido à implantação do SUS, que propôs entre outros aspectos a organização das ações para intervenção no processo saúde-doença, os hospitais buscam novos modelos gerenciais condizentes a essa finalidade, contestando o enfoque gerencial influenciado pela TGA, predominante no modelo curativista hospitalocêntrico (BERNARDINO, 2007).

Os modelos tradicionais de gerenciamento baseiam-se em uma coordenação vertical; eles contrapõem-se aos modelos contemporâneos, de caráter descentralizado, com coordenação horizontal, equipes multiprofissionais nas unidades de trabalho, unidades comandadas por gerentes profissionalizados através de gestão participativa, ênfase na satisfação dos clientes, avaliação da qualidade e comunicação lateral (CECÍLIO, 1997a).

As linhas de cuidado são apontadas como uma estratégia gerencial por Cecílio e Merhy (2003), autores que desde a década de 1990 se propõem a pesquisar formas de gerenciar o hospital a partir da redução de níveis decisórios e da tomada de decisão de forma colegiada. Esses autores sugerem que é necessário estabelecer quais mecanismos de coordenação devem ser adotados em um hospital, para que seja possível pensar como modificar a realidade. Como, por exemplo, a lógica de coordenação baseada em profissões, segundo a qual cada profissão estabelece relações entre si a fim de organizar o trabalho – essa postura certamente não atende às expectativas de um cuidado integral, pois sabe-se que o denominado chefe de determinada profissão jamais interferirá no processo de trabalho de outra (CECÍLIO; MERHY, 2003).

Dessa forma, uma coordenação horizontal entre os profissionais seria mais favorável a uma proposta de gerenciamento com vistas à integralidade, possibilitando que o cuidado seja transversal às várias unidades do hospital e à rede de serviços como um todo, o que confere continuidade (CECÍLIO; MERHY, 2003).

Nessa ótica, a gestão colegiada é proposta como sendo um novo Modelo de Gestão para os estabelecimentos de saúde (CAMPOS, 1998). As primeiras formulações a ele relacionadas foram sistematizadas por Campos (1998) e Cecílio (1997b).

Este modelo propõe o cumprimento do objetivo primário de toda instituição, qual seja, produzir saúde; por outro lado, pretende permitir e estimular os trabalhadores a ampliar sua capacidade reflexiva e de cogestão (CAMPOS, 1998), através da participação de todos no processo decisório (BERNARDES *et al.*, 2011) – portanto, sugere a modificação dos organogramas que são em geral tradicionais, criando unidades de produção, extinguindo departamentos e seções organizados por profissões e substituindo-os por unidades conforme a lógica de trabalho, composta por equipes multiprofissionais (CAMPOS, 1998).

A literatura aponta algumas experiências com esse tipo de modelo de gestão; uma delas foi a adoção desse modelo por um hospital público do Rio de Janeiro (BERNARDES *et al.*, 2007). Outra experiência diz respeito à reforma gerencial realizada na Unidade de Emergência do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (HCFMRP-USP) (SANTOS *et al.*, 2003).

Um outro modelo de gestão foi implantado na Santa Casa de Belo Horizonte – MG, passando a caracterizá-la como uma organização flexível - o Sistema de Gestão da Santa Casa, denominado SIGESC, o qual, com redução de níveis hierárquicos, descentralização das decisões, comunicação aperfeiçoada e valorização do trabalho em equipe, entre outras particularidades, denota um modelo gerencial contemporâneo (SPAGNOL; FERRAZ, 2002).

Evidencia-se com isso que são necessárias muitas mudanças organizacionais e gerenciais no trabalho em saúde. Essa demanda fica mais evidente na medida em que hoje em dia há muitas transformações no mundo do trabalho e nas organizações em geral (MATOS; PIRES, 2006).

O cuidado em âmbito hospitalar ocorre em um contexto onde o indivíduo é atendido por diferentes profissionais desde sua admissão até a alta hospitalar, considerando nesse âmbito todos os procedimentos e exames pelos quais é submetido – coordenar todos esses atos fragmentados e especializados é um dos principais desafios do processo gerencial (CECÍLIO; MERHY, 2003).

O modelo de gestão colegiada adotado no HC/UFPR reorganiza-o em unidades gerenciais, classificadas em administrativas e assistenciais. Estas últimas correspondem ao agrupamento de serviços similares, formando uma linha de cuidado, e possuem no seu corpo administrativo supervisores médicos,

administrativos e de enfermagem (LELLI *et al.*, 2012). Uma linha de cuidado é resultado de um pacto entre os vários serviços e seus vários atores, responsáveis pela assistência realizada (FRANCO; MAGALHÃES JUNIOR, 2007). Ela tem seu “início” em qualquer ponto do sistema em que haja a interação entre o usuário e o profissional de saúde. A partir dessa interação e da avaliação realizada pelo profissional, são definidas as condutas, os atos e quaisquer procedimentos necessários para que a necessidade de saúde do usuário seja atendida, definindo assim seu Projeto Terapêutico, o que aciona a linha de cuidado (FRANCO, 2007).

O transitar de um usuário por uma linha de cuidado pressupõe que exista uma rede de serviços apta para a realização das ações necessárias, e conseqüentemente para o projeto terapêutico pretendido por esse indivíduo; este percurso não se realiza desvinculado de sentimentos e impressões (MALTA; MERHY, 2010).

Todo atendimento deve ser feito em busca da qualidade, através de escuta qualificada, encaminhamentos de forma segura e envolvimento do profissional na situação, de modo que seja possível acompanhar todo o processo percorrido pelo usuário (FRANCO; MAGALHÃES JUNIOR, 2007). Com vistas à qualificação dos serviços na rede, o indivíduo deve percorrer um caminho facilitado para que consiga resolver seus problemas de saúde, através do acesso à assistência necessária, de maneira sistêmica (SANTOS; ANDRADE, 2011).

Um estudo (ROSA *et al.*, 2009) teve como objetivo analisar linhas de cuidado cardiovasculares, especificamente do diabetes mellitus e da hipertensão, no estado de São Paulo, com base em indicadores de mortalidade, coberturas de assistência, recursos humanos, entre outros aspectos; ficou evidente a pouca efetividade do modelo vigente. Isso permite inferir que o fluxo pensado pode não dar conta das demandas trazidas pela população.

No entanto, nem sempre as experiências com as linhas de cuidado se mostram pouco eficazes. Em Belo Horizonte – MG, foi construída e implementada a Linha do Cuidado à Gestante, à Puérpera e ao Recém-Nascido, a fim de garantir o cuidado necessário a essa população. Dentro dessa linha, foi instituída a educação em saúde, no intuito de contribuir com a promoção da saúde. Ficou verificado, com o propósito de compreender a percepção das usuárias sobre tal linha de cuidado, que

esse processo viabilizou a construção de conhecimento, o que levou as usuárias a fazerem escolhas conscientes (SANTOS; PENNA, 2009).

A fim de compreender a organização de uma linha de cuidado, é possível utilizar um fluxograma que representa as etapas do processo de trabalho por meio de símbolos convencionados (FIGURA 3): a elipse representa sempre a entrada ou a saída do processo; o losango indica os momentos em que há decisões importantes para a continuidade da assistência; por fim o retângulo se relaciona ao momento de uma ação/intervenção (FRANCO; MERHY, 2007).

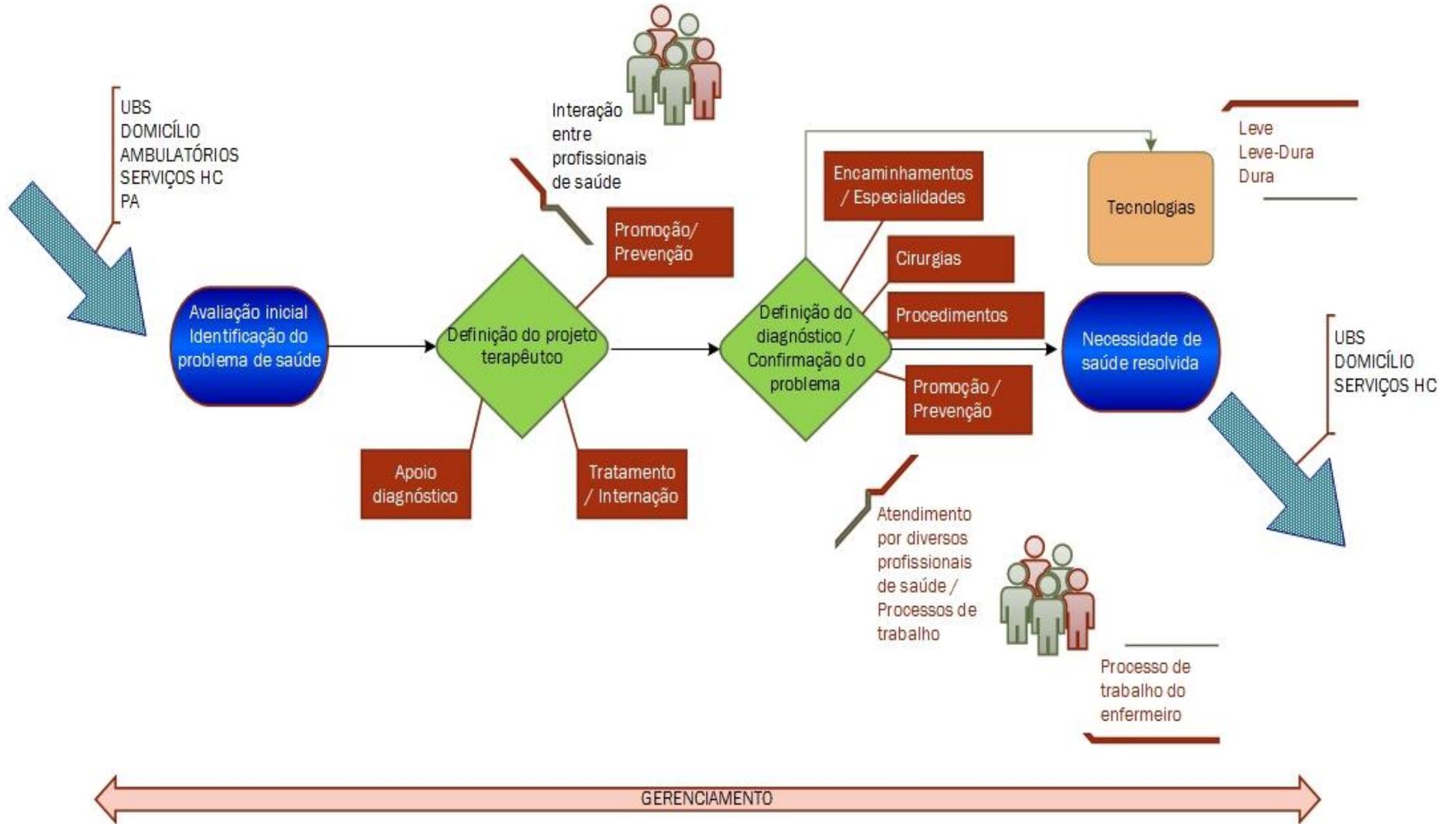


FIGURA 3: REPRESENTAÇÃO DE UMA LINHA DE CUIDADO
FONTE: O autor (2014)

Destaca-se, nesse sentido, que o processo gerencial realizado nesse contexto é responsável pela organização do cuidado, de forma a garantir o atendimento integral, de maneira transversal, com fluxos desobstruídos – ou seja, o usuário percorre os vários serviços da rede sem dificuldades e consegue resolver os problemas que o levaram a procurar assistência. Cabe ressaltar que esse processo gerencial não está relacionado somente ao gerenciamento realizado pelo enfermeiro, mas ao modelo gerencial normatizado pelas instituições, que determina a forma como o cuidado será prestado; nesse aspecto, o gerenciamento de enfermagem é favorável.

3.3 GERENCIAMENTO DE ENFERMAGEM E DO CUIDADO

O Sistema Único de Saúde, regulamentado recentemente por meio do Decreto nº 7508 de 28/06/2011, está relacionado (como qualquer modelo de atenção à saúde) ao modo como a gestão de processos políticos, organizacionais e de trabalho são construídas, sempre comprometidas com o cuidado, entendendo-se, desta forma, que a finalidade de qualquer serviço é produzir cuidado (MERHY, 2007).

Nesse intuito, a enfermagem inserida na atenção à saúde como prática social (FELLI; PEDUZZI, 2012) apresenta, no processo de trabalho do enfermeiro, as dimensões de cuidado, gerenciamento, educação e pesquisa, que coexistem ou não em determinado momento, serviço ou instituição (SANTOS *et al.*, 2009), perfazendo sua prática profissional.

Estas dimensões ou subprocessos se estruturam em práticas curativas e gerenciais. Como característica marcante desde o surgimento da profissão, é possível constatar que a divisão de tarefas entre os membros da equipe de enfermagem teve principalmente no gerenciamento o elo de articulação das atividades e de sua integração ao processo de trabalho (MONTEZELLI; PERES; BERNARDINO, 2011).

O gerenciamento em enfermagem pode ser historicamente contextualizado a partir da segunda metade do século XIX, no momento da institucionalização da

enfermagem por meio do trabalho de Florence Nightingale na Guerra da Crimeia, devido à necessidade de organizar e dirigir os hospitais de Scutari – Turquia, onde ficava grande parte dos feridos e enfermos da guerra. Florence se destaca neste sentido: através da administração e da assistência consegue provocar mudanças importantes, entre elas a diminuição da mortalidade (FORMIGA, GERMANO, 2005).

Desde esse período, o trabalho da enfermagem é organizado de modo que o saber administrativo e a prática propriamente dita são dissociados, ou seja, separa-se a organização e a execução do cuidado. A formação era igualmente diferenciada, pois as alunas especiais (denominadas *lady nurses*) aprimoravam o saber administrativo e as *nurses*, consideradas alunas comuns, aperfeiçoavam o saber prático (FORMIGA, GERMANO, 2005), sendo instituída assim a divisão técnica e social dos trabalhadores de enfermagem. Dessa forma, cabe aos profissionais de nível técnico as atividades assistenciais e ao enfermeiro, com formação de nível superior, as atividades de gerenciamento do cuidado e da gerência da unidade (FELLI; PEDUZZI, 2012).

A partir desse quadro é possível distinguir o processo de cuidar do processo de gerenciar; o primeiro expressa a execução dos cuidados de enfermagem para obtenção do atendimento integral com vistas às necessidades de saúde da população; o segundo tem como objeto a organização do trabalho e os recursos humanos necessários à efetivação de tal cuidado (FELLI; PEDUZZI, 2012).

Assim, estabelece-se uma relação entre o processo de trabalho do enfermeiro com as necessidades de saúde, na medida em que, nesse processo, estão inerentes o cuidado e o gerenciamento voltados para a atenção integral à saúde. Para tanto, o processo gerencial em enfermagem tem como objeto de seu trabalho a organização do trabalho e os recursos humanos com vistas a obter condições adequadas de assistência e de trabalho (FIGURA 4) (FELLI; PEDUZZI, 2012).

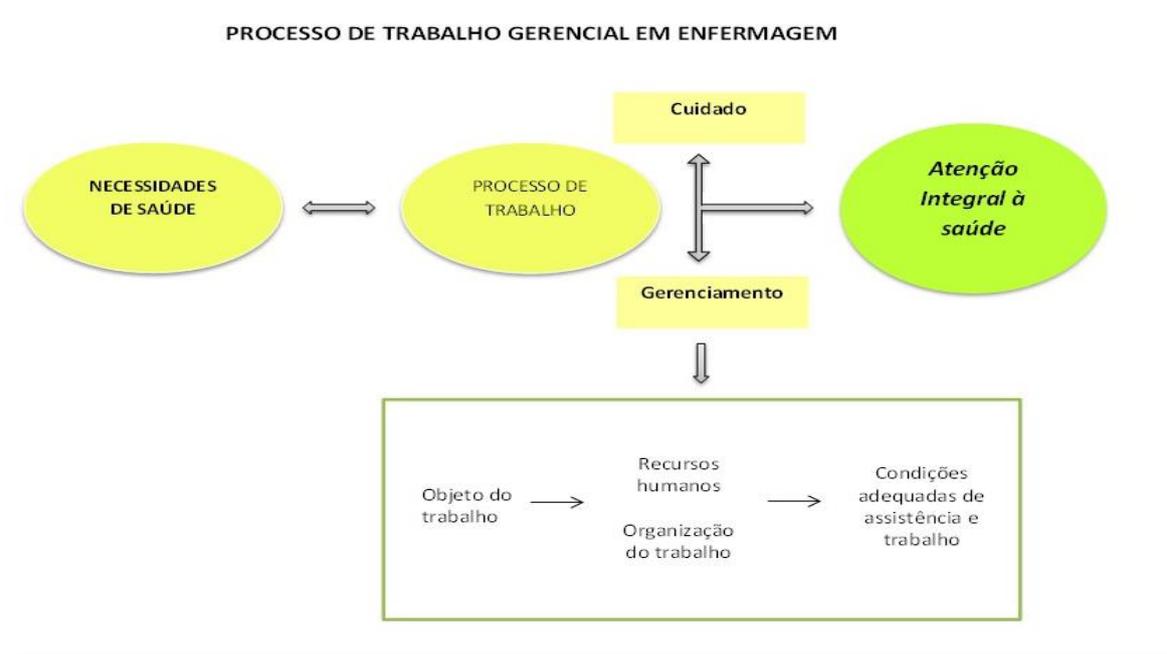


FIGURA 4: PROCESSO DE TRABALHO GERENCIAL EM ENFERMAGEM
 FONTE: FELLI; PEDUZZI (2012)

Entende-se, a partir do exposto, a complementariedade e a interdependência entre a gerência e o cuidado, dado o fato de que o enfermeiro gerente utiliza vários recursos organizacionais ou de apoio ao usuário para o desenvolvimento de atividades voltadas à assistência (HAUSMANN; PEDUZZI, 2009; ALMEIDA *et al.*, 2011a; SANTOS *et al.*, 2013a).

A gerência, sendo apreendida como um processo de trabalho específico, se vale de elementos ou instrumentos próprios – planejamento, dimensionamento de pessoal de enfermagem, recrutamento e seleção, educação continuada, supervisão, avaliação de desempenho, entre outros –, tornando-se ferramenta para o processo do cuidado (FELLI; PEDUZZI, 2012).

A atividade gerencial do enfermeiro é dinâmica, dialética, e possui as interfaces técnica, política, comunicativa e de desenvolvimento da cidadania (MISHIMA *et al.*, 1997), sendo prevalente em âmbito hospitalar a dimensão técnica, com ênfase em atividades de coordenação, supervisão e controle, norteadas principalmente pelas teorias clássicas da administração (SANTOS *et al.*, 2009).

Mishima *et al.* (1997) conceituam cada uma dessas dimensões. A dimensão técnica compreende, entre outras coisas, planejamento, coordenação, supervisão, controle e avaliação de recursos humanos e físicos que são necessários ao

processo de trabalho. A interface política procura articular o trabalho gerencial a um projeto que se tenha em vista; nesse movimento, fazem parte determinações de caráter político-ideológicas e econômicas, assim como as marcadas pelas organizações corporativas e pelos distintos tipos de usuários dos serviços de saúde. A dimensão comunicativa estabelece um caráter de negociação, presente nas relações de trabalho na equipe de saúde e nas relações com a comunidade; por fim, o desenvolvimento da cidadania está relacionado à gerência como uma atividade que contém e está contida numa perspectiva de emancipação de sujeitos sociais, quer sejam profissionais de saúde ou usuários do serviço.

Diante disso, o processo de trabalho gerencial tem fundamental importância na construção de um modo de fazer saúde, visando ao atendimento com qualidade; portanto, para o seu direcionamento, todas essas interfaces inerentes à atividade gerencial corroboram o seu exercício (FELLI; PEDUZZI, 2012).

Frente ao exposto, conclui-se que o gerenciamento do cuidado, resultante das dimensões assistencial, gerencial, educativa e investigativa, é uma atribuição do enfermeiro e está diretamente relacionado à busca pela qualidade assistencial (SANTOS *et al.*, 2013a).

Conceitualmente, a gerência do cuidado de enfermagem envolve uma relação dialética entre o saber-fazer gerenciar e o saber-fazer cuidar, o que possibilita assim uma interface entre eles na prática profissional. Caracteriza-se por ações expressivas e instrumentais de cuidado direto e indireto, além de articulação e interface dos aspectos técnicos, políticos, social, comunicativo, de desenvolvimento da cidadania e organizacionais, que envolvem a práxis do enfermeiro em cenários hospitalares, nos diferentes níveis hierárquicos e em quaisquer instituições de saúde (CHRISTOVAM; PORTO; OLIVEIRA, 2012).

As ações da gerência do cuidado de enfermagem estão relacionadas às ações de cuidado direto e àquelas de cuidado indireto, de caráter instrumental – caracterizadas por ações que requerem habilidades técnicas e gerenciais, com o intuito de planejar o ambiente terapêutico, inclusive equipamentos e materiais necessários, possuindo de caráter expressivo –, que englobam aspectos subjetivos, além de influenciar e serem influenciadas pelos aspectos objetivos que envolvem a sistematização da assistência de enfermagem (SAE) e a organização do trabalho da equipe de enfermagem. Ambas são ações realizadas pelo enfermeiro, de forma

integrada e articulada, com o objetivo de oferecer um cuidado sistematizado de qualidade aos usuários dos serviços de saúde (CHRISTOVAM; PORTO; OLIVEIRA, 2012). A SAE, intrínseca ao processo de trabalho, favorece a obtenção do cuidado, possibilitando maior eficácia quanto a supervisão, avaliação e gerenciamento do cuidado prestado (TORRES *et al.*, 2011).

Santos e Lima (2011) analisaram as ações de gerenciamento do cuidado realizadas pelos enfermeiros em um serviço hospitalar de emergência. Neste estudo, destacam-se o planejamento do cuidado, a previsão e provisão de recursos, além de supervisão, liderança e capacitação da equipe de enfermagem.

Na mesma ótica, Santos *et al.* (2013a) buscaram, por meio de uma revisão integrativa, identificar as principais concepções acerca da gerência do cuidado, assim como as melhores práticas relacionadas. Foram evidenciadas ações de gerência do cuidado realizadas pelo enfermeiro e apontadas anteriormente por Santos e Lima (2011): liderança, planejamento, educação permanente, gerenciamento de recursos materiais e coordenação do cuidado; além disso, os autores ressaltaram o dimensionamento, a realização de procedimentos complexos e a avaliação dos resultados das ações de enfermagem. Compreende-se, a partir disso, que o gerenciamento do cuidado se concretiza por meio de práticas interdependentes e complementares, e que tais ações estão relacionadas de forma direta ou indireta à qualidade do cuidado de enfermagem e da saúde (SANTOS *et al.*, 2013a).

Santos *et al.* (2013a) relata que as principais recomendações concentram-se fundamentalmente na necessidade de rever o processo de formação para a gerência do cuidado, pensando em maneiras de solucionar o descompasso entre formação e prática, bem como a cisão entre gerência e assistência, com o fim de ampliar as discussões acerca das dimensões cuidado-gerenciamento-educação e pesquisa, de forma que as mesmas perfaçam realmente a prática e a formação, e dessa forma o enfermeiro concretize seu papel de articulador no sistema de saúde, em todos os âmbitos, na perspectiva de integralidade, integração, ensino e serviço, atendendo às demandas da população e construindo caminhos para a operacionalização do SUS (SANTOS *et al.*, 2013a).

Brondani Jr *et al.* (2011) destacam que as atividades gerenciais estão voltadas à assistência, e que, ao realizar suas funções, o enfermeiro deve priorizar

aspectos individuais e coletivos dos usuários, destacando a promoção e a proteção da saúde e a prevenção de doenças; para tanto, é preciso realizar planos de cuidados em conjunto com o usuário. No entanto, esses autores demonstraram em seu estudo que há dificuldades em relação ao gerenciamento feito por enfermeiros, devido à compreensão, por estes profissionais, de que as atividades gerenciais são desvinculadas do cuidado; há uma concepção, portanto, de que a assistência e a gerência são funções dicotômicas.

Analisando o cuidado como cerne do processo de trabalho de enfermagem, compreende-se que o gerenciamento pressupõe a qualidade do mesmo, e que portanto a cisão entre as dimensões assistencial e gerencial compromete o alcance do cuidado, acarretando conflitos no trabalho deste profissional com sua prática, na relação com a equipe de enfermagem e com a equipe multiprofissional (HAUSMANN; PEDUZZI, 2009).

Hausmann e Peduzzi (2009) buscaram analisar a dimensão gerencial a fim de identificar e compreender as possíveis articulações com a dimensão assistencial. Neste estudo, houve predomínio de atividades de gerenciamento de materiais, controle de equipamentos, custo e escala de pessoal, sugerindo assim o exercício de um modelo tradicional de gerenciamento, com espaço restrito de interação entre enfermeiro e equipe de enfermagem e investimentos em ações educativas de trabalhadores que estimulem a reflexão sobre o cotidiano de trabalho. Tal prática é apontada pelos autores como incipiente no que diz respeito ao gerenciamento do cuidado; apesar disso, ela pode reorganizar o processo de trabalho da enfermagem, uma vez que permite articular as dimensões gerencial e assistencial com foco nas necessidades de saúde do usuário e na integração do serviço, o que permite a promoção do cuidado integral de enfermagem e a integralidade da atenção.

Brondani Jr *et al.* (2011) apontam ainda que, para que seja possível efetivar o cuidado integral, é necessária uma articulação com toda a equipe multiprofissional, levando-se em consideração o contexto em que se insere o indivíduo; nesse sentido, as ações gerenciais permitem ao enfermeiro concretizar esta prática.

Logo, o gerenciamento do cuidado implica o uso de saberes administrativos e de novas tecnologias para sua efetivação (MONTEZELLI; PERES; BERNARDINO, 2011). Nesse contexto, a atenção à saúde nas últimas décadas tem ampliado o reconhecimento da necessidade de uma prática interprofissional, incitada por

diversos aspectos, como mudanças no perfil demográfico e epidemiológico da população, doenças crônicas, crescente debate a respeito das necessidades de saúde, abordagem integral na atenção à saúde e críticas ao modelo gerencial hegemônico taylorista/fordista em saúde (PEDUZZI *et al.*, 2011).

Peduzzi *et al.* (2011) estudaram a contribuição da ação gerencial para a promoção da prática interprofissional com gerentes de serviços públicos de saúde em São Paulo. Em seu estudo, afirmam que a atuação dos gerentes é crucial para a promoção da prática interprofissional, sobretudo ao compartilhar o projeto institucional, a finalidade do processo de trabalho, bem como os objetivos do serviço, assegurando dessa forma o compromisso da equipe com tal projeto e com as necessidades de saúde dos usuários.

Sob a ótica da gerência local dos serviços de saúde, o trabalho em equipe está relacionado com a organização do trabalho – ele coloca em questão as ferramentas que permitem sua construção. Assim, Peduzzi *et al.* (2011) identificaram instrumentos de que se valem os gerentes para promover o trabalho em equipe; entre eles, estão a comunicação, a construção do compromisso das equipes e dos trabalhadores com o projeto institucional, o estímulo à autonomia das equipes, a definição de responsabilidades, a promoção de mudanças na cultura institucional e a supervisão externa; partem de uma perspectiva de fortalecimento da integralidade em saúde, diretriz em que se ancora o trabalho em equipe em detrimento ao trabalho individualizado.

A interação entre vários profissionais de diferentes áreas pode superar a fragmentação da assistência, abrindo caminho para a reorganização das práticas profissionais e consolidando assim um dos pilares para a reorientação da atenção à saúde integral (COSTA; ENDERS; MENEZES, 2008).

Segundo Santos *et al.* (2011), compete ao enfermeiro responsável pelo gerenciamento a aproximação com a equipe, o que favorece a interação social. Nesse sentido, os autores mencionados analisaram as concepções de enfermeiros gerentes de um hospital universitário do sul do Brasil a respeito da comunicação na gerência de enfermagem, evidenciando que os enfermeiros reconhecem-na como mecanismo importante, ainda que tenham forte tendência em utilizá-la de maneira formal e escrita, com o propósito de transmitir informações, sem atribuir importância

às relações sociais; esse quadro justifica a necessidade de conceber formas mais dialógicas de gerenciar o cuidado de enfermagem.

O processo de gerenciamento em enfermagem implica ainda questões que envolvem a tomada de decisões, dependendo para tanto da autonomia do gerente de enfermagem e de sua relação com as equipes de enfermagem e multiprofissional e com a própria instituição. Nesse âmbito, a postura adotada pelo enfermeiro afeta o resultado de suas decisões, especialmente no que concerne às inovações relacionadas ao cuidado prestado (MASSAROLO; FERNANDES, 2012).

O hospital é uma organização complexa que incorpora os avanços hodiernos de conhecimentos e tecnologias. Nesse sentido, o enfermeiro responsável pela assistência, através do desempenho de funções gerenciais e assistenciais, adapta constantemente seu processo de trabalho para a obtenção de um cuidado com qualidade, tendo no usuário o foco das suas ações. Para tanto, o processo de tomada de decisão permeia seu processo de trabalho e é considerado uma importante competência (ALMEIDA *et al.*, 2011a).

Entretanto, Almeida *et al.* (2011a) analisaram os instrumentos gerenciais que auxiliam no processo decisório de enfermeiros de um hospital de ensino e identificaram que, embora sejam utilizados vários instrumentos de apoio à tomada de decisão – planejamento, administração do tempo, procedimentos operacionais padrão (POP), liderança, autonomia, mediação de conflitos e negociação –, eles são utilizados de maneira meramente empírica.

Por isso, as instituições ou serviços de enfermagem devem promover oportunidades de atualização e qualificação condizentes com as necessidades dos profissionais, com vistas à amplificação dos conhecimentos relacionados aos saberes gerenciais, necessários à prática profissional do enfermeiro (ALMEIDA *et al.*, 2011a).

As várias funções desempenhadas pelo enfermeiro – cuidar, educar, coordenar, colaborar e supervisionar (LIMA; BERNARDINO; DALLAIRE, 2013; MONTEZELLI; PERES; BERNARDINO, 2011; CENEDÉSI *et al.*, 2012) – devem ser desenvolvidas de maneira integrada e portanto indissociável umas das outras (CENEDÉSI *et al.*, 2012). Tendo em vista um atendimento integral, a coordenação do cuidado é um dos papéis mais importantes em um ambiente hospitalar, visto que, entre suas atribuições, o enfermeiro possibilita a integração entre os serviços e

outros profissionais da equipe multiprofissional (MERHY; CECILIO, 2003; CENEDÉSI *et al.*, 2012).

O trabalho gerencial do enfermeiro tem potencial para redefinir o modelo de atenção, pois permite a produção do cuidado, por meio de ações que visam a intervenção em saúde, incidindo exatamente no momento operacional (MERHY, 2007). Para tanto, o enfermeiro deve amparar o seu processo de trabalho utilizando tecnologias gerenciais, a fim de tornar-se um agente de mudança da realidade dos Serviços de Enfermagem das Instituições de Saúde (ALMEIDA *et al.*, 2011b), de forma que o cuidado gerenciado nas instituições seja capaz de extrapolar o tecnicismo, incorporando conhecimento e atitudes de maneira racional e sensível (MONTEZELLI; PERES; BERNARDINO, 2011).

4 MÉTODO

Este capítulo descreve o percurso metodológico deste estudo de caso. Para tanto, são abordados os seguintes tópicos: Tipo, local e participantes da pesquisa, coleta e análise dos dados e, por fim, aspectos éticos.

4.1 TIPO DE PESQUISA

Trata-se de um estudo de caso único integrado de múltiplas unidades de análise. Para a consecução dos objetivos propostos, esta pesquisa é de abordagem qualitativa. O estudo de caso é único pois a pesquisa foi desenvolvida em uma Unidade Gerencial do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná; é de múltiplas unidades de análise pois tal Unidade Gerencial é composta por vários serviços. Por conta dessas particularidades, foi possível compreender todo o conjunto da Unidade Gerencial.

O estudo de caso tem várias aplicações na pesquisa – por exemplo, pode ser usado para contribuir com conhecimentos relacionados a fenômenos individuais, grupais, organizacionais, sociais e políticos (YIN, 2010). Em todas essas situações, esse método permite que o pesquisador retenha características holísticas e significativas dos eventos reais, tais como o comportamento de pequenos grupos e processos organizacionais (YIN, 2010). Portanto, optou-se por este método, pois ele possibilita a investigação de um fenômeno contemporâneo em profundidade e em seu contexto real, permitindo evidenciar melhor os seus limites (YIN, 2010).

Com relação à pesquisa qualitativa, sua abordagem enfatiza a compreensão da experiência humana, através da coleta e da análise de materiais narrativos e subjetivos, com foco nos aspectos holísticos e dinâmicos dos fenômenos a serem estudados, tentando apanhá-los em sua totalidade; além disso, essas pesquisas sempre ocorrem no ambiente em que se desenvolve o problema a ser pesquisado (POLIT; BECK, 2011).

4.2 LOCAL DA PESQUISA

O local onde o estudo foi desenvolvido foi uma das Unidades Gerenciais (UG) do HC/UFPR, a Unidade Cardiovascular e Pneumologia (UCP). Esta unidade assistencial presta atendimento às áreas que contemplam as especialidades de cardiologia e pneumologia, proporciona formação nestas áreas (HC/UFPR, 2009) e, além disso, possui um amplo arsenal tecnológico, que permite a realização de exames e procedimentos variados, reunindo serviços que conquistaram referência nacional com equipamentos de última geração (HC/UFPR, 2011).

Tem como finalidade o atendimento a pacientes nas áreas de cardiologia clínica, pneumologia e cirurgia cardiovascular, torácica e vascular periféricas em unidades de internação, diagnóstico e ambulatoriais (HC/UFPR, 2013); possui em seu quadro funcional enfermeiros, médicos, entre outros profissionais.

Esta unidade gerencial está contida em um modelo de gestão adotado pelo HC/UFPR, o modelo de gestão colegiada, que consiste na organização das unidades administrativas e gerenciais, sendo as últimas compostas por áreas afins, compondo assim Linhas de Cuidado (HC/UFPR, 2013).

O processo de implantação dessas unidades gerenciais foi iniciado em 2002 com a proposta de criação de 23 unidades. Até dezembro de 2011, foram implantadas 20 unidades que se encontram em pleno funcionamento; duas se encontram em processo de implantação, restando apenas uma unidade a ser implantada para que a meta inicial seja atingida (HC/UFPR, 2013). Nesse período de implantação do novo modelo de gestão, o organograma do Hospital passou por adequações, cuja característica principal foi a descentralização administrativa. Além disso, houve a intenção de motivar o corpo profissional e aumentar a produtividade, inserindo todos os funcionários nas tomadas de decisões, através dos colegiados internos. Nesses espaços coletivos, são pactuados compromissos e responsabilidades, bem como as metas de cada UG (HC/UFPR, 2013). Assim, no atual organograma, as Unidades Gerenciais estão subordinadas à Direção da Assistência (FIGURA 5).

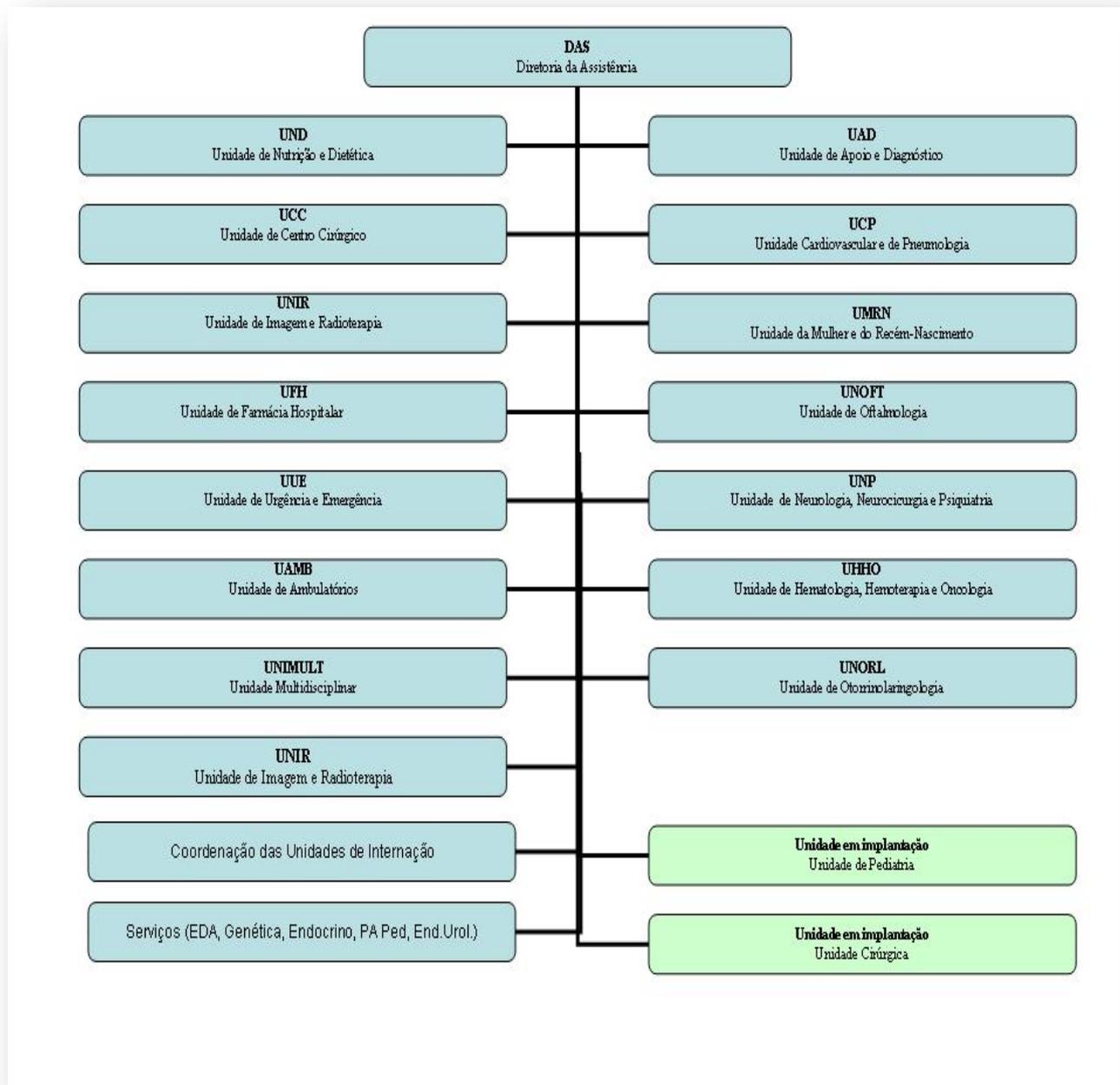


FIGURA 5: ORGANOGRAMA DA DIREÇÃO DE ASSISTÊNCIA
 FONTE: HC/UFPR (2013)

O universo desta pesquisa é delimitado pelo conjunto dos serviços que compõe a Unidade Gerencial Cardiovascular e Pneumologia, os quais possuem enfermeiros em seu quadro de pessoal – assim são constituídas as unidades integradas de análise (FIGURA 6).

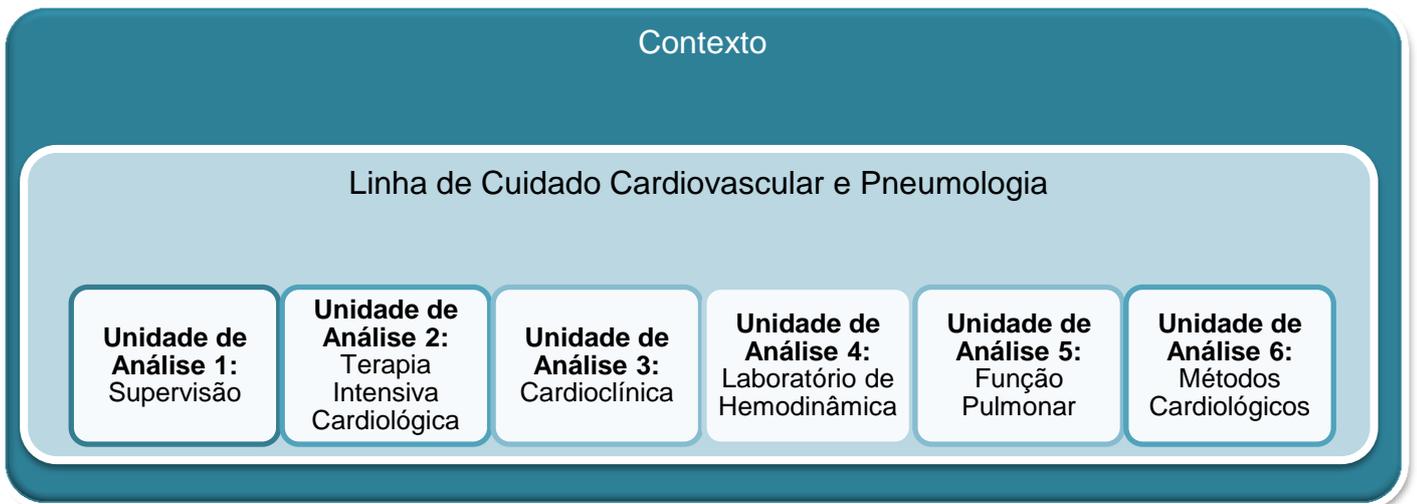


FIGURA 6: ESTUDO DE CASO INTEGRADO - UNIDADES MÚLTIPLAS DE ANÁLISE.
 FONTE: O autor (2014). Adaptado de YIN (2010)

4.3 PARTICIPANTES DA PESQUISA

Todos os enfermeiros da UCP aceitaram participar da pesquisa, perfazendo um total de 13. O critério de inclusão era ser enfermeiro do quadro funcional da UCP, independente do cargo. Os critérios de exclusão foram os enfermeiros que estivessem de férias, licença, ou qualquer tipo de afastamento durante o período de coleta de dados.

Para a seleção dos participantes da pesquisa, obteve-se junto à supervisão de enfermagem da UCP uma lista com todos os enfermeiros desta unidade. Em seguida, os enfermeiros foram convidados pela pesquisadora, individualmente e de maneira verbal, a participarem do estudo. Neste momento, foi realizada a sensibilização e a explicação a respeito da pesquisa, frisando a importância da participação de cada profissional.

A FIGURA 7 traz a organização da estrutura interna e externa do serviço de enfermagem da UCP, com a disposição dos participantes da pesquisa e de suas respectivas funções.

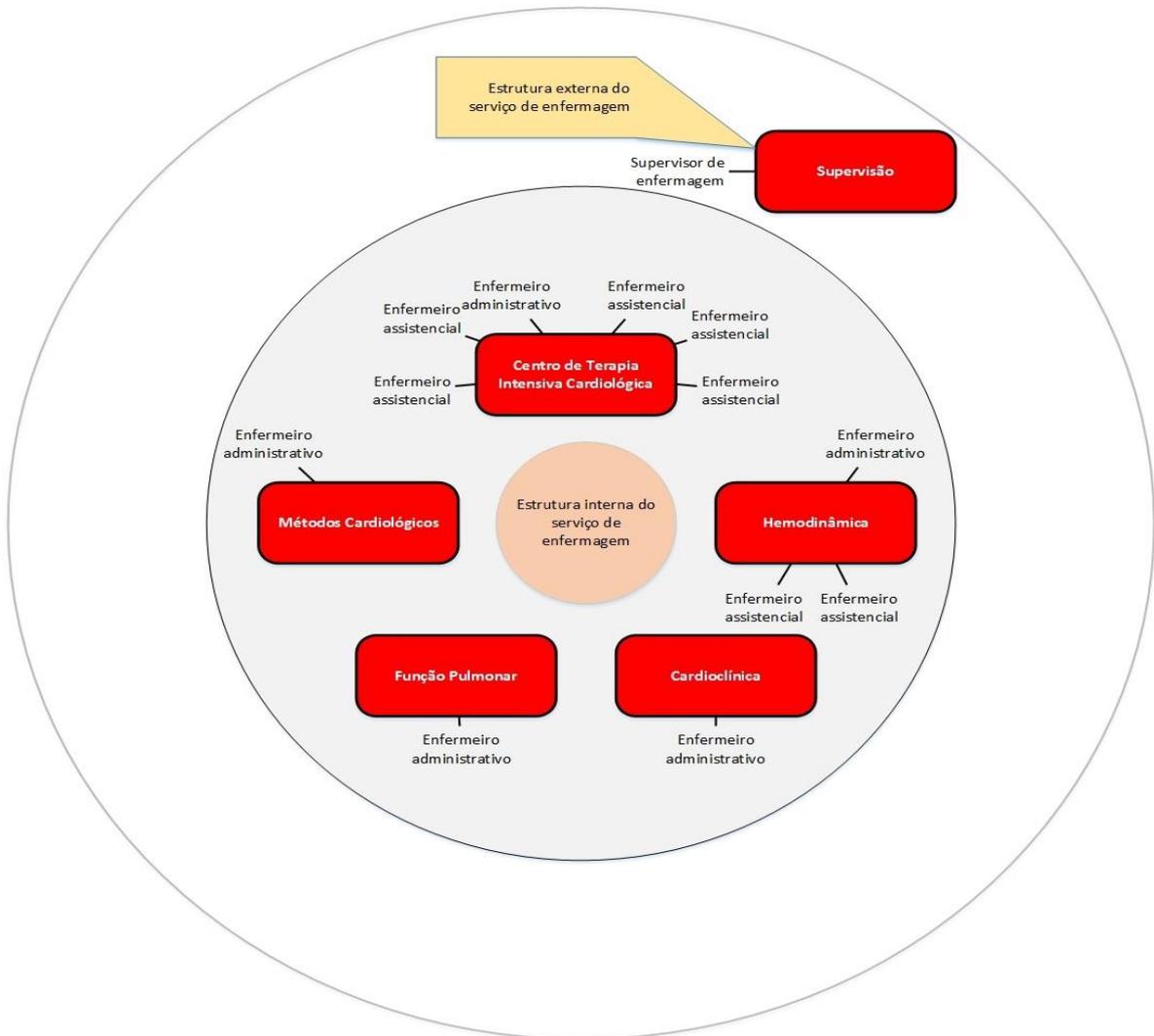


FIGURA 7: ORGANIZAÇÃO DO SERVIÇO DE ENFERMAGEM DA UCP
 Fonte: O autor (2014)

4.4 COLETA DE DADOS

O delineamento da pesquisa depende de uma coleta de dados adequada, de forma que eles sejam fidedignos, o que garante a qualidade da análise. Existem muitas alternativas para sua realização, e isso deve ser definido de acordo com o tipo de investigação e com os objetivos que se pretende atingir.

Neste estudo de caso, foram utilizadas as seguintes técnicas de coleta de dados: entrevista, verificação de documentos e observação não participante. De acordo com Yin (2010), estas técnicas estão entre as várias possibilidades a serem

empregadas quando se utiliza este método (YIN, 2010). Nesta pesquisa foram realizadas observação não participante do trabalho do enfermeiro e entrevistas com este profissional, sendo também verificados protocolos assistenciais e escalas de serviço, elucidando aspectos relacionados ao cuidado integral.

As entrevistas consistem em conversas guiadas que direcionam o pesquisador em sua linha de investigação, sendo uma das fontes mais importantes de informação para o estudo de caso (YIN, 2010). Na entrevista de estudo de caso, segue-se uma linha de investigação, que se desenvolve de forma fluída, não rígida, o que permite direcionar as necessidades do estudo (YIN, 2010).

As entrevistas semiestruturadas combinam questões abertas e fechadas; o participante pode discorrer sobre o tema pesquisado sem prender-se à indagação formulada inicialmente. Dessa forma, as entrevistas podem permanecer abertas e assumir uma forma conversacional, como também seguir uma sequência de questões definidas anteriormente, de forma a assegurar que os pressupostos da pesquisa sejam atingidos (YIN, 2010).

Outra técnica utilizada em estudos mais profundos, a observação não participante, consiste em examinar atentamente um fenômeno no seu todo ou em algumas de suas partes, captando precisamente o objeto estudado. Na observação não participante, o pesquisador não toma parte no objeto de estudo, apenas age como expectador. Assim, de acordo com o objetivo do estudo e com um roteiro previamente planejado (Apêndice 1), ele observa e registra o máximo de ocorrências que interessam ao seu trabalho (RICHARDSON, 2012).

A observação não participante foi realizada no ambiente de trabalho do enfermeiro de forma discreta e não inconveniente, mantendo um relacionamento agradável e de confiança (RICHARDSON, 2012).

Para Yin (2010), as notas do estudo de caso podem tomar formas variadas, podendo ser manuscritas, digitalizadas ou reunidas em um diário. Para tanto, foi mantido um diário de campo, ou seja, um caderno onde foram anotadas todas as observações e impressões pessoais, as quais posteriormente foram organizadas e categorizadas para facilitar a análise de dados.

Quanto à verificação de documentos, eles corroboram e aumentam a evidência de outras fontes, proporcionando detalhes específicos que podem confirmar informações importantes.

Para a verificação dos documentos, foi igualmente utilizado um guia contendo as categorias do estudo, que neste caso foi o mesmo instrumento utilizado para a realização da observação não participante (Apêndice 1). No que diz respeito às escalas de serviço, pretendeu-se verificar se elas evidenciam as relações entre as atividades do enfermeiro e o cuidado integral. Quanto aos protocolos, verificou-se se eles possuem peculiaridades condizentes com o cuidado integral. Inicialmente, pretendeu-se verificar os regimentos disponíveis na UCP (quaisquer documentos normativos que estabeleçam regulamentos, regras e diretrizes); no entanto, os enfermeiros relataram sua inexistência.

A descrição dos procedimentos adotados em cada uma das técnicas, bem como os recursos utilizados, podem ser visualizados no QUADRO 2.

Técnica de coleta de dados	Procedimentos	Recursos utilizados
Entrevista	<ul style="list-style-type: none"> - As entrevistas foram realizadas em ambiente confortável, sem ruídos, garantindo total tranquilidade para a obtenção dos dados. Para obter os dados, elas foram gravadas. - Foi utilizado um instrumento contendo perguntas semiestruturadas. - A entrevista teve duração máxima de 1h20 e mínima de 11'10". - Posteriormente, as entrevistas foram transcritas e o seu conteúdo analisado. 	<ul style="list-style-type: none"> - Instrumento (Apêndice 2) - 2 gravadores de voz
Observação não participante	<ul style="list-style-type: none"> - A observação não participante foi realizada no ambiente de trabalho do enfermeiro. - A observação seguiu um roteiro constituído pelas categorias do estudo, definidas previamente. Toda a técnica foi direcionada à verificação de aspectos relacionados ao cuidado integral. - Todas as situações do cotidiano, tanto clínicas quanto gerenciais, observadas e pertinentes ao estudo, foram anotadas em um caderno. Ao final, as várias anotações foram transcritas para posterior análise. - A duração da observação levou em consideração a relevância das situações e sua repetição; sendo assim, quando não havia mais necessidade de observar determinado aspecto, a técnica foi encerrada. - Foram observados todos os enfermeiros, individualmente, alocados nos vários serviços da UCP; as horas foram distribuídas entre os períodos manhã, tarde e noite, de forma que foi possível observar o trabalho de todos os enfermeiros lotados na UCP. 	<ul style="list-style-type: none"> - Roteiro (Apêndice 1) - Caderno - Canetas <div style="background-color: yellow; padding: 5px; text-align: center; margin-top: 10px;"> Total de horas observadas :103h </div>
Documentos	<ul style="list-style-type: none"> - Os documentos foram verificados buscando-se apreender aspectos relacionados ao cuidado integral; para tanto foi igualmente utilizado um roteiro com as categorias previamente elaboradas. - Todos os aspectos julgados pertinentes ao estudo foram transcritos e posteriormente analisados. 	<ul style="list-style-type: none"> -Roteiro (Apêndice 1) -Escala de serviço -Protocolos -Caderno -Canetas

QUADRO 2: PROCEDIMENTOS ADOTADOS PARA COLETA DE DADOS
 FONTE: O autor (2014)

4.5 ANÁLISE DOS DADOS

A análise dos dados foi mediada pelas categorias definidas previamente a partir dos objetivos propostos e pelas proposições do estudo de caso. As proposições refletem questionamentos de pesquisa e se baseiam em revisão de literatura (YIN, 2010), assim como em indagações feitas a respeito do assunto.

As categorias e proposições deste estudo (QUADRO 1) deram forma ao plano de coleta de dados e guiaram a análise, contribuindo para que fosse dada maior atenção aos dados relevantes (YIN, 2010).

Yin (2010) aponta que uma das formas de analisar os dados é fazendo uma matriz de categorias; após a investigação e transcrição dos dados, foi realizada leitura minuciosa de todas as informações para que fossem organizadas em matrizes individuais para cada unidade de análise, agrupando as informações transcritas segundo a técnica de coleta de dados utilizada e de acordo com as categorias (QUADRO 3). Em seguida, todas essas matrizes foram agrupadas em uma única matriz, para que fosse feito o reagrupamento dos dados, extraindo novamente os fragmentos de maior relevância (QUADRO 3). Depois desse processo, realizou-se nova leitura minuciosa e criteriosa a fim de elaborar os quadros finais de resultados (QUADROS 6, 7 E 8), com as informações compactadas, permitindo pontuar aspectos relevantes de cada categoria. Além disso, a fim de complementar a análise, alguns resultados foram ilustrados por meio de representações gráficas.

Para a análise do presente estudo de caso, foi adotado o seguimento das proposições teóricas que levaram ao estudo de caso como estratégia analítica; paralelamente, adotou-se como técnica analítica a análise de conteúdo proposta por Bardin (2011).

Todos os dados foram analisados conforme a metodologia da análise de conteúdo, a fim de compreender o objeto de estudo. A análise de conteúdo abrange técnicas de análise de comunicações, não se tratando de um instrumento, mas de uma série de instrumentos – ou com maior rigor, trata-se de um único instrumento, mas adaptável ao campo das comunicações (BARDIN, 2011). De acordo com a

análise de conteúdo proposta por Bardin (2011), há três momentos que a constituem: Pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados.

A pré-análise consistiu na organização de todo material após a transcrição dos dados. Foram feitas leituras flutuantes num primeiro contato com os textos (BARDIN, 2011). Em seguida, foi realizada exploração do material, por meio de codificação. A partir da fragmentação do texto, depois de várias leituras, cada fragmento foi identificado e codificado.

Finalmente, os dados foram confrontados com a literatura disponível acerca do assunto, de forma a torná-los significativos e válidos, perfazendo assim a fase de tratamento (BARDIN, 2011).

A categorização semântica dos dados, por tema, consistiu na classificação dos elementos por diferenciação e reagrupamento por analogia, reunindo unidades de registros comuns. Nesse caso, os temas foram os objetivos do estudo definidos previamente, os quais guiaram todo o processo de agrupamento (BARDIN, 2011), atrelado às proposições. Feito isso, foram identificados temas emergentes a partir das categorias, que envolveram não apenas os pontos em comum, mas também a busca da variação natural dos dados (POLIT; BECK, 2011), que culminou nas subcategorias.

Categorias Técnica de coleta de dados	Compreensão do cuidado integral pelos enfermeiros	Gerenciamento de enfermagem	Integração entre a equipe de enfermagem	Integração entre os profissionais da equipe multiprofissional	Integração entre os serviços
Entrevista					
Observação					
Documentos					

QUADRO 3: MATRIZ - ANÁLISE DOS DADOS

FONTE: O autor (2014)

4.6 ASPECTOS ÉTICOS

Esta pesquisa segue o disposto na Resolução nº. 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde, que dispõe sobre as Diretrizes e Normas Éticas da Pesquisa que envolve Seres Humanos (BRASIL, 2012). O projeto foi submetido ao CEP da UFPR e foi aprovado sob nº CAAE 21730013.0.0000.0102 (ANEXO 1). O projeto também foi aprovado pela instituição coparticipante – Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná (ANEXO 2).

Inicialmente, foi estabelecido contato pessoal com os participantes da pesquisa. Nesta oportunidade, foram explicados os objetivos da pesquisa, bem como as técnicas que seriam utilizadas para a coleta de dados. Posteriormente, foi agendada a entrevista e definidos os dias para a observação não participante, bem como para a verificação dos documentos. O dia, horário e local para a realização dos procedimentos foram definidos de acordo com a disponibilidade do participante.

A coleta de dados teve início com a aprovação do projeto pelo CEP da instituição proponente, e ocorreu durante os meses de fevereiro a maio de 2014, período no qual foram realizadas entrevistas, 103 horas de observação e verificação de documentos. A coleta de dados foi realizada após explicação do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice 3) pelo pesquisador e mediante assinatura deste documento pelo participante da pesquisa, que recebeu uma cópia.

Cada participante foi identificado por meio do prefixo “Enf”, seguido de uma letra A-M do alfabeto; os dados referentes à entrevista estão identificados pela letra “E”; com relação à observação, estão identificados pela letra “O”; os dados relacionados aos documentos estão identificados pela letra “D”, de forma a manter o sigilo. No entanto, foi mantido o nome do hospital, pois de acordo com o CEP da instituição em questão houve autorização para tanto no momento da aprovação da pesquisa.

4.7 RESUMO DO MÉTODO

Neste estudo de caso, foram utilizados os cinco componentes considerados essenciais em um estudo de caso, a saber: A questão norteadora, as proposições, a definição das unidades de análise, a lógica que une os dados às proposições e os critérios para interpretar as constatações (estes dois últimos perfazem a análise dos dados). Estes dados estão resumidos no esquema da Figura 8.

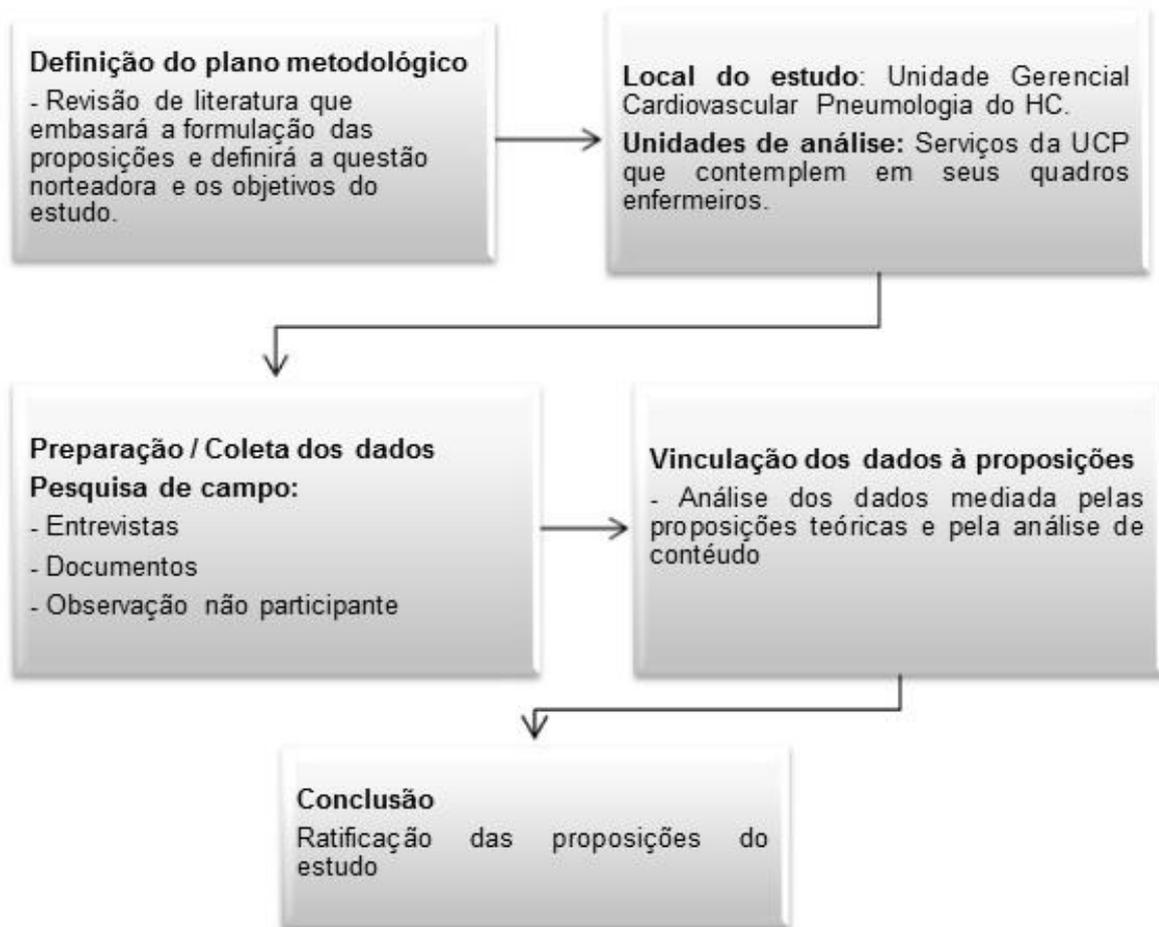


FIGURA 8: ESTRUTURA GERAL DO ESTUDO DE CASO
 FONTE: O autor (2014). Adaptado de YIN (2010)

5 O ESTUDO DE CASO

5.1 RESULTADOS

Nesta seção são apresentados os resultados alcançados, por meio de quadros relacionados ao perfil dos participantes e ao resultado das categorias, que correspondem aos objetivos propostos, bem como fluxos relacionados ao funcionamento da UCP, obtidos a partir dos dados coletados e da observação realizada.

5.1.1 Caracterização dos participantes

Para a identificação do perfil dos 13 participantes, foram consideradas as seguintes variáveis: Sexo, idade, tempo de formação, tempo no serviço, cargo e qualificação (QUADRO 4).

Sexo	Idade	Tempo de formado (anos)	Tempo no serviço em questão (anos)	Cargo	Qualificação
F	56	32	02	Enfermeira administrativa	–
M	60	25	12	Enfermeiro administrativo	Especialização
F	48	05	02	Enfermeira assistencial	Especialização
F	50	24	16	Enfermeira administrativa	Especialização
F	43	05	04	Enfermeira assistencial	Especialização
F	46	04	04	Enfermeira administrativa	–
F	41	15	10	Enfermeira assistencial	Mestrado
F	28	04	02	Enfermeira assistencial	Especialização
F	51	20	10	Enfermeira assistencial	Especialização
M	38	07	06	Enfermeiro administrativo	Doutorado
F	50	27	0,25	Enfermeira assistencial	Especialização
F	49	25	10	Enfermeira assistencial	Especialização
F	46	22	03	Supervisora	–

QUADRO 4: CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES DO ESTUDO
 FONTE: O autor (2014)

5.1.2 Síntese dos resultados

Para melhor esclarecimento acerca dos resultados, o QUADRO 5 resume os principais aspectos referentes às categorias, estabelecendo relações com os fluxos dispostos na sequência bem como com figuras representadas em outros momentos do texto.

Objetivos	Categorias	Subcategorias	Representação gráfica
Apreender como o cuidado integral é compreendido pelos enfermeiros	Compreensão de cuidado integral pelos enfermeiros	Cuidados prestados pela enfermagem de forma integral a partir das necessidades dos usuários	QUADRO 6 FIGURA 2 FIGURA 9
		Cuidados prestados por vários profissionais a partir das necessidades dos usuários	
Descrever o gerenciamento de enfermagem da Unidade Gerencial Cardiovascular e Pneumologia.	Gerenciamento de enfermagem	Gerenciamento voltado para resolução dos problemas, com vistas ao atendimento das necessidades de saúde	QUADRO 7 FIGURA 2 FIGURA 4 FIGURA 9
		Uso de ferramentas gerenciais para organização do processo de trabalho	
		Dificuldades	
Analisar a integração existente entre a equipe de enfermagem, a equipe multiprofissional e os serviços que compõem a UCP com vistas ao cuidado integral	Integração entre a equipe de enfermagem	Interdependência leva ao trabalho em equipe	QUADRO 8 FIGURA 11 FIGURA 12
		Limitações para a integração	
	Integração entre os profissionais da equipe multiprofissional	Integração com a equipe médica	
		Enfermeiro como articulador da equipe multiprofissional	
		Dificuldades para a integração	
	Integração entre os serviços	Interação entre os serviços determinada pelo fluxo	
Falta de interação entre os serviços ocasiona diferentes interpretações da linha de cuidado			

QUADRO 5: SÍNTESE DOS RESULTADOS DO ESTUDO

FONTE: O autor (2014)

<p style="text-align: center;">CATEGORIA Compreensão de cuidado integral pelos enfermeiros</p>	<p style="text-align: center;">EXEMPLO</p>
<p>1) SUBCATEGORIA: Cuidados prestados pela enfermagem de forma integral a partir das necessidades dos usuários</p> <hr/> <p>Principais aspectos</p> <ul style="list-style-type: none"> - Capacidade de identificar necessidades dos usuários - Recursos humanos necessários para o atendimento das necessidades - Competência técnica necessária à prática profissional <hr/>	<p>E- <i>Assumir um paciente e fazer todos os cuidados no período que eu estiver aqui. (Enf I)</i></p> <p>E- <i>É você assumir o paciente por inteiro, que é o que você faz no pós operatório de cirurgia cardíaca, você vê como um todo, por exemplo, fica um funcionário só pra cirurgia cardíaca [...] só para aquele paciente, desde medicação, cuidados de higiene, curativo, tudo, você suprir todas as necessidades dele. (Enf M)</i></p> <p>O- <i>Funcionários se organizam no cuidado por enfermagem e por pacientes – neste dia em questão há 14 pacientes internados – assumindo os cuidados integrais dos pacientes – para isso os pacientes são divididos em igual número entre a equipe.</i></p> <p>O- <i>Após cardioversão, enfermeira verifica como está o paciente.</i></p>
<p>2) SUBCATEGORIA: Cuidados prestados por vários profissionais a partir das necessidades dos usuários</p> <hr/> <p>Principais aspectos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Compreensão dos limites profissionais <hr/>	<p>E- <i>[...] compreendendo também da necessidade que essa pessoa tem dos cuidados dos outros profissionais [...] (Enf K)</i></p> <p>E- <i>Compreendo de uma maneira em que [...] todos os cuidados sejam [...] de uma maneira global, de uma maneira geral, incluindo todos os profissionais não só da enfermagem. (Enf H)</i></p> <p style="text-align: right;"><i>Conclusão</i></p> <p>E- <i>[...] O cuidado que eu faço ninguém mais pode fazer, o cuidado que eu desempenho eu não posso delegar pra outro profissional, e os outros profissionais dependem de mim, dependem do meu cuidado, dependem das ações que são prescritas pelo enfermeiro. (Enf J)</i></p>

QUADRO 6: CATEGORIA, SUBCATEGORIAS E PRINCIPAIS ASPECTOS RELACIONADOS À COMPREENSÃO DO CUIDADO INTEGRAL PELOS ENFERMEIROS

FONTE: O autor (2014) *Legenda: O-* Observação; *E-* Entrevista

<p style="text-align: center;">CATEGORIA Gerenciamento de enfermagem</p>	<p style="text-align: center;">EXEMPLO</p>
<p>1) SUBCATEGORIA: Gerenciamento voltado para resolução dos problemas, com vistas ao atendimento das necessidades de saúde</p> <hr/> <p>Principais aspectos</p> <ul style="list-style-type: none"> - Coordenação do cuidado - Formação generalista <hr/>	<p>E- [...] Porque o meu processo de trabalho vai resolver as necessidades desse paciente. (Enf J)</p> <p>E- [...] se nós recebermos um paciente que por mais que ele tenha uma cardiopatia, mas ele tem uma neuropatia, nós vamos saber cuidar [...] porque nós temos uma formação generalista [...]. (Enf K)</p> <p>E- O gerenciamento é uma estratégia que você vai usar pra garantir o cuidado integral [...] realmente é acompanhando esse paciente [...] indo lá no leito no outro dia [...] verificando, como que está o estado do paciente [...] o gerenciamento é pra você dar uma qualidade para o cuidado, você garantir o cuidado com qualidade. (Enf C)</p> <p>O- Enfermeira responsável por procedimentos mais complexos, nesse caso houve o curativo em uma úlcera venosa.</p> <p>O- Paciente internada há quase 4 anos na unidade. É realizada mudança de decúbito a cada 3 horas. Paciente não apresenta úlcera por pressão.</p> <p>O- Enfermeiro orienta auxiliar de enfermagem a respeito de um procedimento.</p> <p>D- POP GERAL N° 001: Admissão de paciente em unidade hospitalar.</p>
<p>2) SUBCATEGORIA: Uso de ferramentas gerenciais para organização do processo de trabalho.</p> <hr/> <p>Principais aspectos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Liderança - Supervisão - Referência para equipe de enfermagem e multiprofissional - Trabalho em equipe <hr/>	<p>E- [...] a gente tenta ver, nos andares, quando eu passo minha ronda lá nos andares eu vejo como que tá o papel da enfermeira do 7º, o papel dos enfermeiros do 12º [...]. (Enf E)</p> <p>E- [...] hoje nós chegamos num ponto que a equipe anda sozinha, mas ela precisa de uma referência, e essa referência é sempre o enfermeiro [...]. (Enf B)</p> <p>E- [...] se não for assistido pelo enfermeiro, se não tiver o enfermeiro orientando até a própria equipe de enfermagem como fazer, esse cuidado pode ser negligenciado, pode ser feito incompleto, não atingiu o objetivo proposto [...]. (Enf J)</p> <p>O- Enfermeira informa o banco de sangue para que seja cancelado o pedido de sangue.</p>

<p>3) SUBCATEGORIA: Dificuldades</p> <hr/> <p>Principais aspectos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Estrutura organizacional inadequada para o cuidado integral - Dicotomia entre gerenciamento e cuidado <hr/>	<p>E- [...] no meu serviço a assistência não tá organizada de uma forma que tenha um cuidado integral. (Enf C)</p> <p>E- É complicado, porque a gente não consegue assumir o paciente integralmente porque você não tem condições de fazer isso, você é sozinha no andar [...] por falta de funcionário. (Enf F)</p> <p>E- O processo de enfermagem dentro da unidade começou a se implantar mas não tem adesão de todos os enfermeiros [...] continua ainda com essa resistência [...] ainda não foi internalizado pro enfermeiro de que isso faz parte do trabalho dele [...] eles são bem resolutivos no trabalho, mas não conseguem escrever e registrar isso, então, é onde se perde o processo de trabalho do enfermeiro. (Enf J)</p> <p>O- Enfermeira desconhece qual funcionário cuida de determinado paciente, bem como detalhes dos pacientes, permanecendo mais na supervisão e realizando escalas na sua sala (que demandam bastante tempo).</p> <p>O- As enfermeiras realizam as mesmas atividades assistenciais que os outros funcionários.</p> <p>O- Funcionário técnico de enfermagem tenta providenciar vaga para um paciente para outro setor.</p> <p>O- Não se observa a utilização de POP durante a pesquisa.</p> <p>D- Escala mensal: Realizada apenas pelos enfermeiros.</p>
---	---

QUADRO 7: CATEGORIA, SUBCATEGORIAS E PRINCIPAIS ASPECTOS RELACIONADOS AO GERENCIAMENTO DE ENFERMAGEM
 FONTE: O autor (2014).

Legenda: **O-** Observação; **E-** Entrevista; **D-** Documentos

D- POP N° 001: Admissão de paciente em unidade hospitalar - Objetivo: Orientar o paciente, familiar/responsável sobre as rotinas da unidade de internação. Detalhamento dos procedimentos a serem feitos quando da admissão e acolhimento do paciente na unidade hospitalar em que ele ficará internado para tratamento e reabilitação de sua saúde.

D- Escala mensal: A escala é realizada apenas por enfermeiros e geralmente demanda muitas horas do seu trabalho.

<p style="text-align: center;">CATEGORIA</p> <p style="text-align: center;">Integração entre a equipe de enfermagem</p>	<p style="text-align: center;">EXEMPLO</p>
<p>1) SUBCATEGORIA: Interdependência leva ao trabalho em equipe</p> <hr/> <p>Principais aspectos</p> <ul style="list-style-type: none"> - Comunicação - O enfermeiro atuando como articulador da equipe <hr/>	<p>E- <i>Eu preciso de ajuda e eles também, a gente trabalha praticamente em equipe, principalmente eu que sou enfermeira assistencial, quando eu não assumo paciente, eu tenho condições de auxiliar todos os demais (Enf I).</i></p> <p>O- Equipe se reporta à enfermeira para saber sobre paciente.</p> <p>O- Paciente intubado chega à unidade acompanhado por profissionais técnicos. Enfermeiro da UCO recebe, juntamente com profissional que cuidará desse paciente. Enfermeiro realiza cuidados complexos (sondagem) e auxilia o funcionários nos outros procedimentos.</p> <p>D- POP GERAL N° 003: Anotação de enfermagem.</p> <p>D- POP GERAL N° 004: Passagem de plantão.</p>
<p>2) SUBCATEGORIA: Limitações para a integração</p> <hr/> <p>Principais aspectos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Comportamentos que ocasionam falta de interação - Trabalho fragmentado pela falta de comunicação <hr/>	<p>E- <i>É mais a passagem do plantão, é aí que você vai pegar a continuação do turno anterior, agora, tem pessoas em alguns plantões que não aceitam pegar nada de resíduo de um plantão pro outro [...] já presenciei muito disso. (Enf E)</i></p> <p>O- Técnica de enfermagem realiza compressão e pede a um colega que chame a enfermeira e que este fique no lugar da enfermeira na sala de exames. No entanto, ele se recusa. O motivo é que a técnica de enfermagem suspeita de formação de hematoma. Enfermeira em nenhum momento verifica tal hematoma, pois não ficou sabendo de tal ocorrência, no entanto, igualmente não pergunta como está o paciente. A técnica de enfermagem faz o curativo, e essa paciente aguardará algumas horas e então irá para casa. O médico também não avalia paciente.</p> <p>D- POP GERAL N° 003: Anotação de enfermagem.</p> <p>D- POP GERAL N° 004: Passagem de plantão.</p>

<p style="text-align: center;">CATEGORIA</p> <p style="text-align: center;">Integração entre os profissionais da equipe multiprofissional</p>	<p style="text-align: center;">EXEMPLO</p>
<p>1) SUBCATEGORIA: Integração com a equipe médica</p>	<p>E- [...] <i>A gente lida mais com a parte médica [...] (Enf C)</i></p> <p>O- Enfermeiro conversa com médico a respeito de um paciente.</p> <p>O- Médicos conversam com enfermeira a respeito de procedimento que deve ser feito (cardioversão). No momento desse procedimento, enfermeira e enfermeiro residente permanecem no box. Há interação entre a equipe em todo momento (médicos e enfermeiros).</p>
<p>2) SUBCATEGORIA: Enfermeiro como articulador da equipe multiprofissional</p>	<p>E- [...] <i>As coisas tem melhorado [...] não acontece mais da equipe de enfermagem retirar a sonda do paciente, porque achava que o paciente estava comendo bem, hoje nós conseguimos conversar com a nutrição, explicar pra ela que o paciente se alimenta bem por via oral, que a sonda nasogástrica, nasoenteral pode ser retirada, então a gente consegue fazer uma evolução desse paciente na sua alimentação, sem que a equipe de enfermagem interfira antes (Enf J).</i></p> <p>O- Nutricionista se reporta à enfermeira e verifica se pode avaliar um paciente.</p> <p>O- Enfermeira passa caso de um paciente para psicóloga e farmacêutica.</p> <p>D- POP GERAL N° 004: Passagem de plantão.</p>
<p>3) SUBCATEGORIA: Dificuldades para a integração</p> <hr/> <p>Principais aspectos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Falta de profissionais específicos - Falta de interação entre os profissionais da equipe multiprofissional <hr/>	<p>E- [...] <i>a comunicação é imprescindível, mas é algo que ainda tem déficit e que isso faz com que essa relação entre os profissionais também sejam consequentemente deficitária [...] (Enf K)</i></p> <p>O- Acontece visita médica, no entanto, não há participação de outro profissional além do médico.</p> <p>O- Assistente social chega para saber se tem alguma alta, equipe a ignora (afirmam que ela é uma pessoa difícil).</p> <p>D- POP GERAL N° 003: Anotação de enfermagem.</p> <p>D- POP GERAL N° 004: Passagem de plantão.</p>

<p style="text-align: center;">CATEGORIA Integração entre os serviços</p>	<p style="text-align: center;">EXEMPLO</p>
<p>1) SUBCATEGORIA: Interação entre os serviços determinada pelo fluxo</p> <hr/> <p>Principais aspectos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Fluxo contínuo entre os serviços da unidade gerencial. - Interação com a unidade de urgência e emergência <hr/>	<p>E- [...] pro nosso paciente chegar aqui ele tem que ter passado por um ambulatório [...] por um PA se for emergência, então a gente tem contato com todas as unidades de internação ou de emergência (Enf B).</p> <p>O- Paciente é admitido na unidade para realização de um procedimento. A equipe de enfermagem recebe o paciente de um funcionário de outro serviço (de outra unidade gerencial). Paciente é orientado.</p> <p>D- POP GERAL N° 002: Transferência do paciente.</p>
<p>2) SUBCATEGORIA: Falta de interação entre os serviços ocasiona diferentes interpretações da linha de cuidado</p> <hr/> <p>Principais aspectos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Falta de orientação/comunicação - Falta de integração entre os serviços não é vista como aspecto negativo <hr/>	<p>E- [...] não vejo [...] que essa falta de integração tenha como consequência um cuidado menor ou um déficit no cuidado [...] acredito que isso não tenha nenhum significado pro cuidado do paciente [...]. (Enf K)</p> <p>E- A gente tem um contato melhor com a unidade funcional nossa [...] agora quando um paciente fica na clínica médica, neurologia, nem sempre chega pra nós [...] nem sempre a gente consegue alcançar [...]. (Enf C)</p> <p>O- Contato por telefone via recepcionista de um serviço para outro setor (não há contato entre a enfermagem) para que funcionários venham buscar paciente que aguarda no corredor após exame.</p> <p>D- POP GERAL N° 002: Transferência do paciente.</p>

QUADRO 8: CATEGORIAS, SUBCATEGORIAS E PRINCIPAIS ASPECTOS DA INTEGRAÇÃO ENTRE A EQUIPE DE ENFERMAGEM, ENTRE OS PROFISSIONAIS DA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL E ENTRE OS SERVIÇOS.

FONTE: O autor (2014)

Legenda: **O-** Observação; **E-** Entrevista; **D-** Documentos

D- POP N° 002: Transferência do paciente - Objetivo: Transferir pacientes para unidades específicas com o objetivo de dar continuidade ao seu plano terapêutico, otimizar as transferências e diminuir as intercorrências no momento da alta do paciente. Consiste nos procedimentos a serem realizados quando um paciente é transferido de uma unidade a outra, enfatizando as funções de cada uma.

D- POP N° 003: Anotação de enfermagem - Objetivo: Fornecer informações sobre a assistência prestada, assegurar a comunicação entre os membros da equipe de saúde e garantir a continuidade das informações nas 24 horas, condição indispensável para a compreensão do paciente de modo global. Contribui para a identificação das alterações do estado e das condições do paciente, favorecendo a detecção de novos problemas, a avaliação dos cuidados prescritos e, por fim, possibilitando a comparação das respostas do paciente com os cuidados prestados. Especifica os procedimentos a serem feitos relacionados à anotação de enfermagem no momento da admissão, às rotinas diárias, ao encaminhamento para o centro cirúrgico, ao pós operatório, à transferência de unidades, à alta e ao óbito.

D- POP N° 004: Passagem de plantão - Objetivo: Assegurar o fluxo de informações entre as equipes de enfermagem nos diferentes turnos. Especifica os procedimentos para a passagem de plantão.

D- POP N° 003 e 004: São evidenciados nas subcategorias “interdependência leva ao trabalho em equipe”, tendo em vista a comunicação e os aspectos da articulação realizada pelo enfermeiro, e em “limitações para integração”, pois ao mesmo tempo em que existem procedimentos padrões para realização de anotação e de passagem de plantão, não é claro que tais condutas sejam padronizadas em todos os momentos, conforme definido, ocasionando trabalho fragmentado pela falta de comunicação. Da mesma forma, os POP N° 003 e 004 são evidenciados na subcategoria “dificuldades para a integração”, considerando que nesses documentos não estão expressos os aspectos relacionados à equipe multiprofissional.

D- POP N° 002: seus aspectos se aplicam tanto na subcategoria “interação entre os serviços determinada pelo fluxo”, quanto em “falta de interação entre os serviços ocasiona diferentes interpretações da linha de cuidado”, pois ao mesmo tempo em que há transferência de pacientes, por vezes ela é prejudicada pela falta de comunicação entre os serviços.

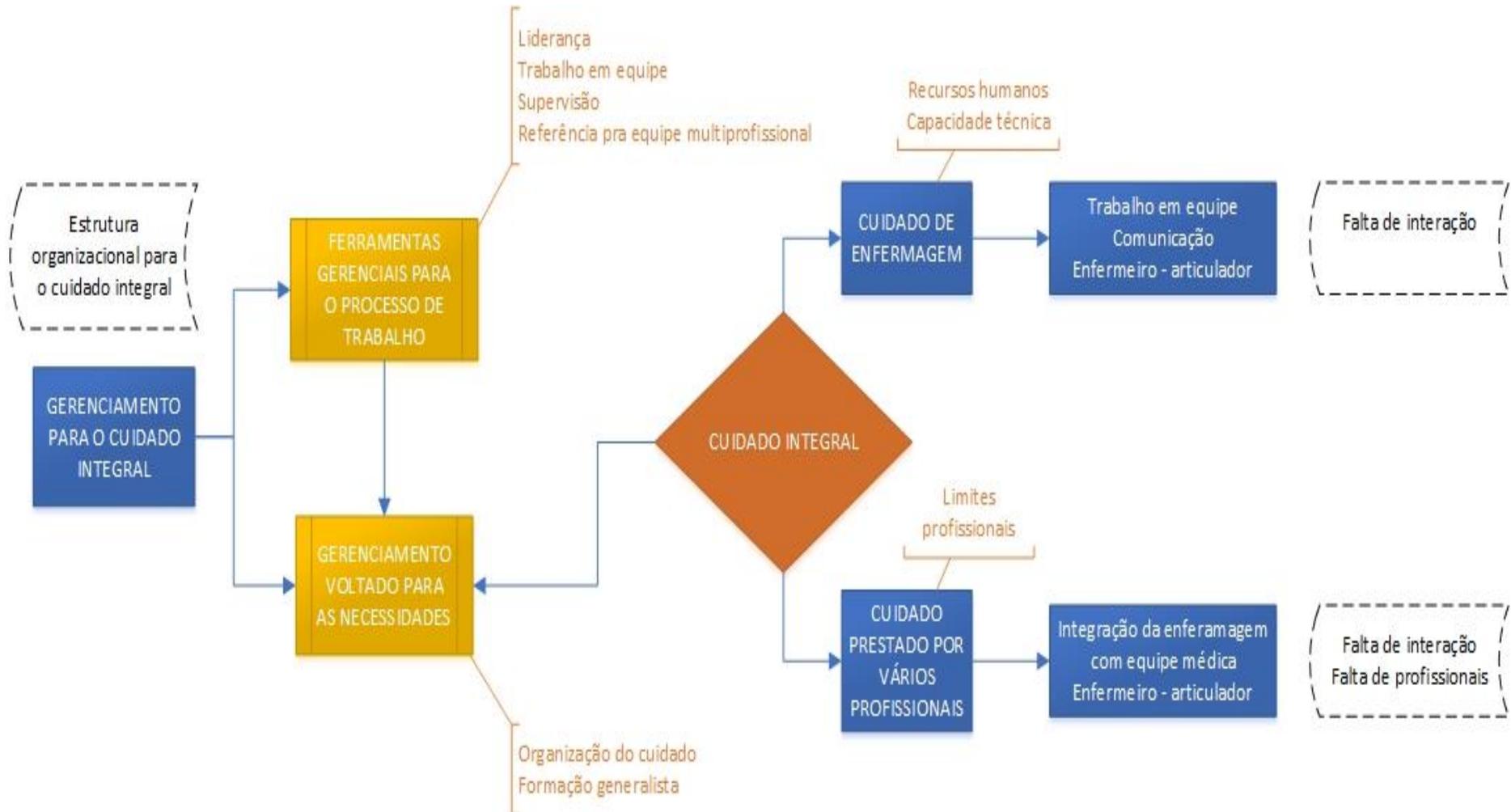


FIGURA 9: GERENCIAMENTO DE ENFERMAGEM ATRELADO AO CUIDADO INTEGRAL REALIZADO NA UCP

FONTE: O autor (2014)

Legenda: --- Aspectos frágeis

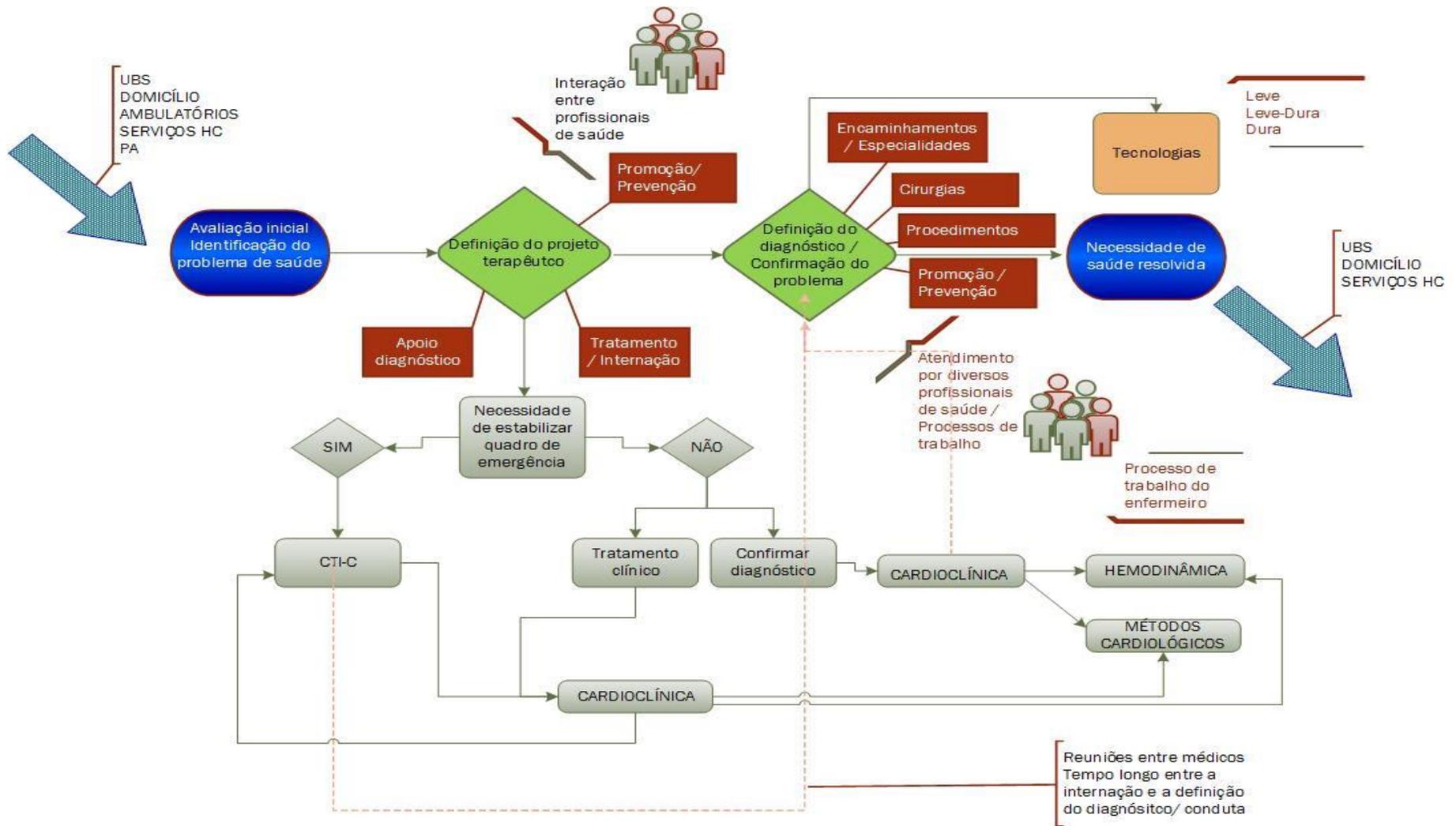


FIGURA 10: FLUXOGRAMA - REPRESENTAÇÃO DE LINHA DE CUIDADO E DA LINHA DE CUIDADO DA UCP

FONTE: O autor (2014)

Legenda: ● Entrada ou saída do processo ◆ Decisões importantes para a continuidade da assistência ■ Ação/intervenção
 ---- Dificuldades de interação/ Fluxo obstruído

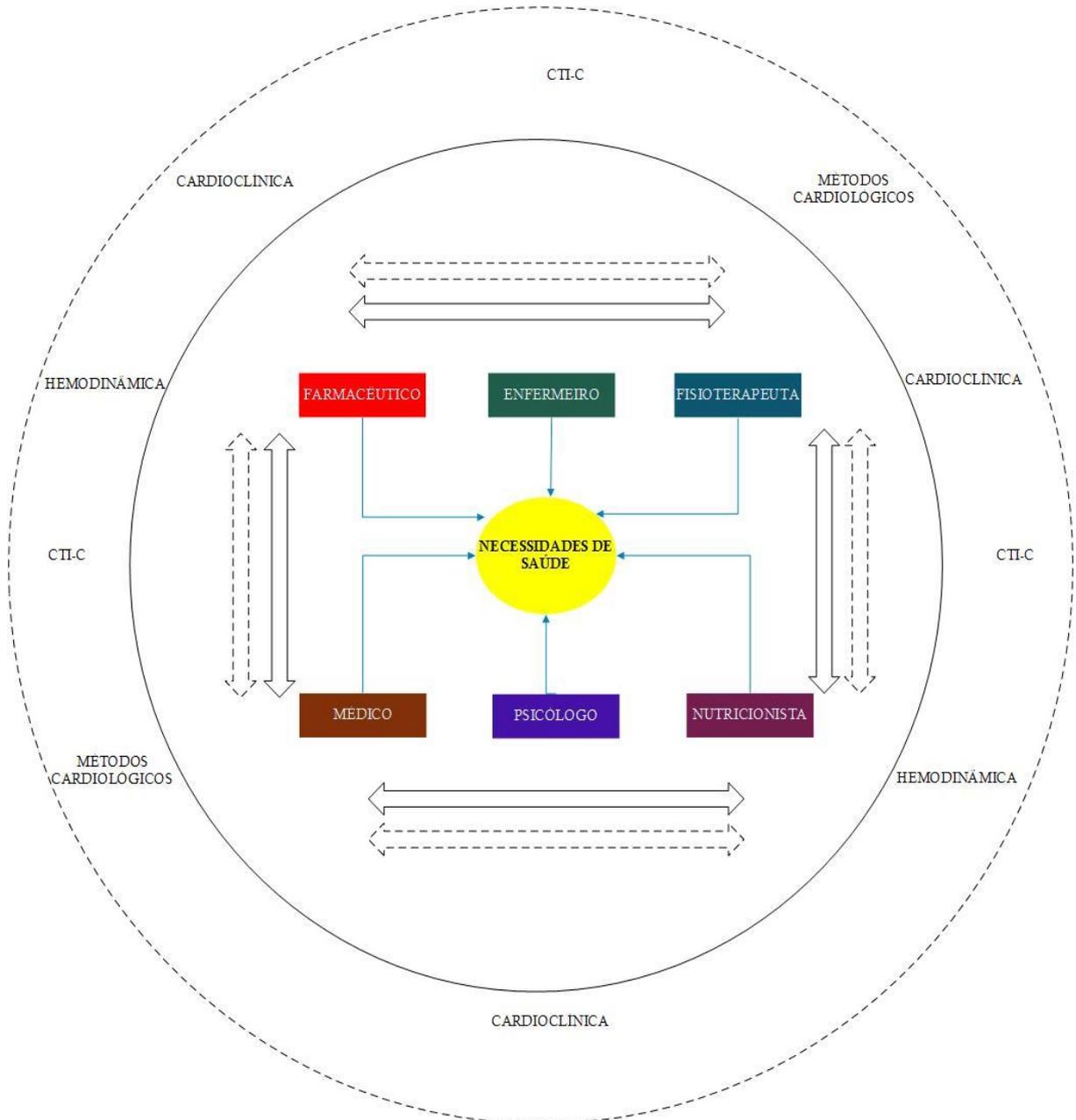


FIGURA 11: FLUXOGRAMA – INTERFACE DOS SERVIÇOS COM A EQUIPE MULTIPROFISSIONAL ORIENTADOS PELAS NECESSIDADES DE SAÚDE

Legenda: ---- Falhas na interação entre a equipe multiprofissional e entre os serviços
 — Inter-relação entre os vários processos de trabalho e articulação entre os serviços

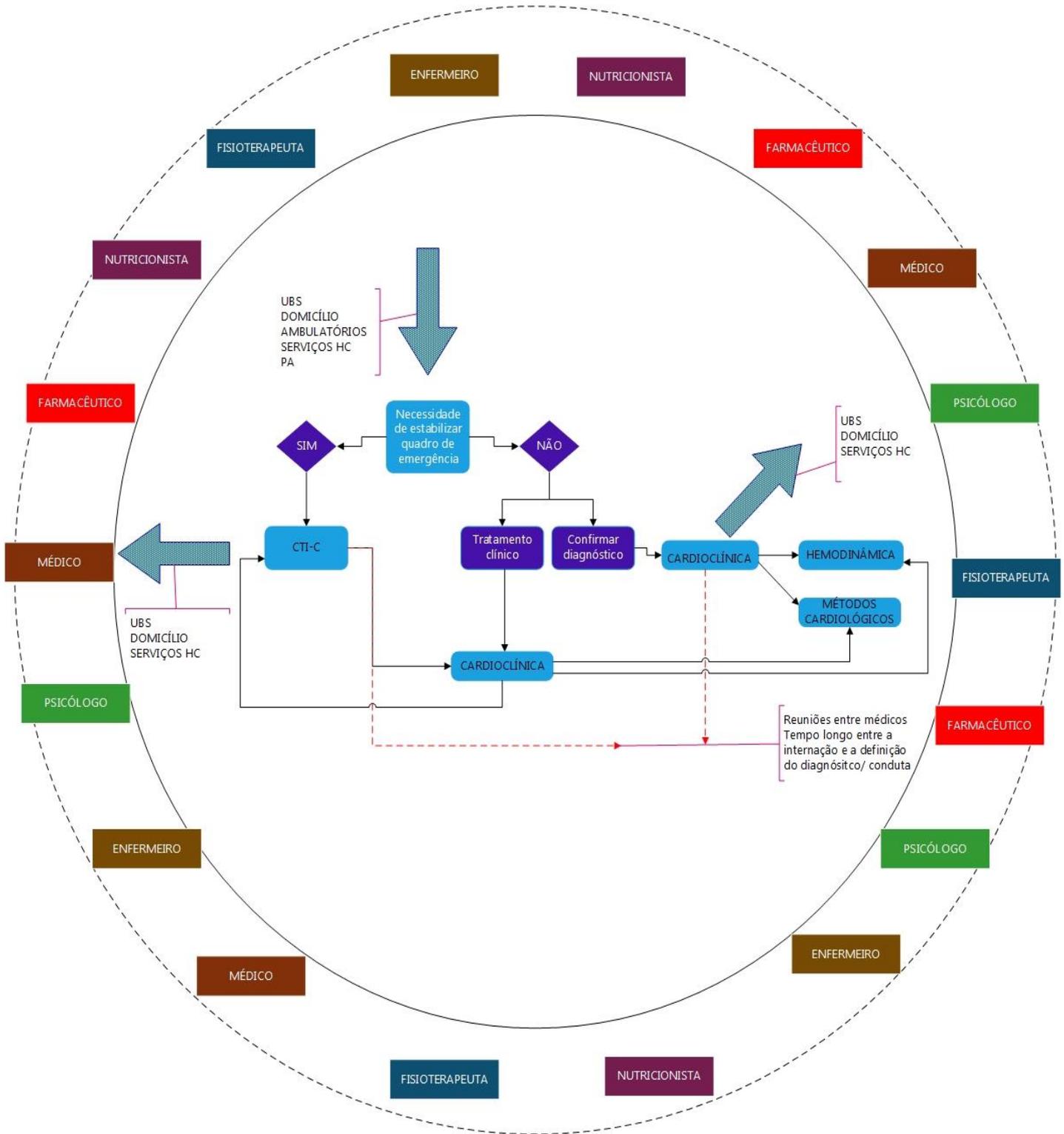


FIGURA 12: FLUXOGRAMA – INTERFACE DA LINHA DE CUIDADO REALIZADA NA UCP COM A EQUIPE MULTIPROFISSIONAL

FONTE: O autor (2014)

Legenda: ---- Falhas na interação entre a equipe multiprofissional.
 — Inter-relação entre os vários processos de trabalho

5.2 DISCUSSÃO

5.2.1 Caracterização dos participantes

Fizeram parte desta pesquisa todos os enfermeiros que contemplam o quadro funcional da UCP (n=13). O perfil destes profissionais é predominantemente feminino (84,6%), médias de 46,6 anos de idade, 6,2 anos no serviço em questão e 16,5 anos de formação. Com relação às funções exercidas, 54% dos enfermeiros eram assistenciais, 38% exerciam funções administrativas e 8% corresponde à função de supervisor.

O sexo feminino representa a maioria do contingente de enfermeiros. Esse aspecto é apontado em outros estudos com enfoques variados e que também procuraram identificar o perfil de enfermeiros. Estudos realizados com abordagem na atenção primária constataram percentuais de 93,3% (GONÇALVES; PEDROSA, 2009) e 88,6 (CORRÊA, 2012); com enfoque hospitalar, Camelo *et al.* (2013) identificaram que 96% dos enfermeiros em Unidades de Terapia Intensiva de um hospital de ensino são mulheres. Da mesma forma, quando se analisa o perfil de enfermeiros gerentes, constata-se que o sexo feminino é igualmente predominante, com percentuais de 91,1% (TRIGUEIRO *et al.*, 2014) e 92,3% (FURUKAWA; CUNHA, 2011).

Quanto à variável idade, esta pesquisa demonstrou que a maioria dos enfermeiros tem idade superior a 35 anos, não havendo necessariamente relação com o tempo no serviço em que estão, pois a maioria dos enfermeiros desta pesquisa estão no serviço há menos de 6 anos. A média de idade encontrada nesta pesquisa foi semelhante aos estudos de Trigueiro *et al.* (2014) e de Furukawa e Cunha (2011), nos quais as médias foram 45,02 e 44 anos, respectivamente.

As atuais transformações tecnológicas demandam crescente capacitação dos profissionais; nesse sentido, também os enfermeiros têm buscado aperfeiçoamento (CAVALCANTI; VIANA; GARCIA, 2010). Com relação a este aspecto, 76,9% dos participantes deste estudo possuem algum tipo de especialização: 5 profissionais possuem pós-graduação Lato Sensu relacionada à área de gerenciamento

(Administração de Pessoas, Gestão e Auditoria dos Serviços de Saúde, Gestão Pública, Gestão hospitalar); 3 enfermeiros têm especializações em outras áreas (Educação para Profissionais da Área da Saúde, Urgência/Emergência, Enfermagem do trabalho); e 2 possuem pós graduação *Stricto Sensu*.

5.2.2 Compreensão de cuidado integral pelos enfermeiros

Os dados obtidos permitiram inferir que os enfermeiros compreendem o cuidado integral a partir de duas perspectivas, que consolidam duas subcategorias: A primeira contempla os **cuidados prestados pela enfermagem de forma integral a partir das necessidades dos usuários**; a segunda abrange os **cuidados prestados por vários profissionais a partir das necessidades dos usuários** (FIGURA 9).

A primeira subcategoria está atrelada à capacidade de identificar as necessidades dos usuários; aos recursos humanos necessários para o atendimento das necessidades; e à competência técnica necessária à prática profissional.

Os usuários possuem necessidades de cuidado devido à muito comum fragilidade social, característica que requer a humanização das relações, a partir de uma postura receptiva, atentando-se para a não fragmentação do cuidado (QUEIRÓZ; PENNA, 2011). É possível identificar as necessidades atrás das demandas e promover mudanças significativas na vida dos usuários a partir do momento em que todo esse contexto é considerado – portanto, recusar o modelo biologicista exige uma diálogo constante, de forma a modificar o pensamento fragmentado (QUEIRÓZ; PENNA, 2011).

As diferentes necessidades de saúde são ainda identificadas por meio da integralidade (QUEIRÓZ; PENNA, 2011), no sentido de que, no atendimento ao indivíduo de maneira global, são compreendidas todas as suas demandas. Queiróz e Penna (2011) relacionam a integralidade ao princípio da igualdade, a partir da compreensão de que a oferta deve ser diferenciada na medida em que a demanda é diferente para cada usuário. Contudo, a igualdade deveria sugerir a oportunidade de acesso justo aos serviços de acordo com as necessidades. Nesse sentido,

diferencia-se a igualdade em saúde da igualdade em cuidados de saúde – esta última busca amenizar as desigualdades sem resolução plena, ao passo que a primeira deve estar articulada como todo o sistema de saúde (QUEIRÓZ; PENNA, 2011).

Para tanto, o atendimento às várias demandas de cuidado exige equipe de enfermagem qualificada e em número suficiente. Isto representa maior quantidade de profissionais, e conseqüentemente impõe maiores custos à instituição; a diminuição do número de profissionais parece ser o alvo principal quando se pretende reduzir orçamentos (AGUIAR *et al.*, 2010) – nesse sentido, as contratações em geral não são capazes de suprir a necessidade de pessoal.

A quantidade inadequada de recursos humanos prejudica o atendimento aos usuários, comprometendo também a sua saúde e a instituição como um todo, em decorrência de possíveis falhas relacionadas à sobrecarga de trabalho e à deficiência da qualidade na assistência (AGUIAR *et al.*, 2010). Nesse sentido, o dimensionamento de pessoal recai sobre o enfermeiro como uma de suas principais atribuições nos serviços de saúde; ou seja, sem ele o processo de cuidado não é possível (SANTOS *et al.*, 2013a).

Ao gerenciar um serviço com atendimento especializado em cardiologia, como por exemplo uma unidade coronariana, serviço igualmente presente na UCP, o enfermeiro estabelece conexões durante a assistência prestada pelas equipes de enfermagem. Portanto, ele está presente durante as rotinas de cuidados, momentos fundamentais para as tomadas de decisões relacionadas ao processo de tratamento (AGUIAR *et al.*, 2010). Esses subsídios permitem ao enfermeiro a identificação das necessidades e lhe conferem competência ao longo do tempo.

Em estudo desenvolvido com o objetivo de identificar a percepção de trabalhadores da área de saúde da família em São Paulo, vários foram os sentidos atribuídos à integralidade, dentre os quais podem ser citados os relacionados ao cuidado e àqueles necessários à organização dos serviços, tanto os inseridos no contexto hospitalar, como os vários serviços dispostos pela rede (LIMA *et al.*, 2012).

Por conseguinte, compreende-se uma inter-relação entre o cuidado integral e a integralidade da atenção, sendo impossível a efetivação de tal diretriz sem o pressuposto anterior (XAVIER; GUIMARÃES, 2013).

Devido a esse aspecto, a integralidade é tida pelos profissionais sobretudo quanto à forma como são interpretadas as demandas do cuidado (QUEIRÓZ; PENNA, 2011). A integralidade consiste em um “saber-fazer integrado”, direcionado para o cuidado de enfermagem, que deve estar permeado por confiança, comprometimento e respeito entre usuário e profissional de saúde (LEONELLO; OLIVEIRA, 2010).

A integralidade é ainda apontada como ferramenta importante para o enfermeiro em sua prática profissional em virtude de o conhecimento dessa diretriz lhe possibilitar a fundamentação de sua prática, oferecendo também alternativas de acesso aos serviços (CARVALHO; PAES, 2014). Considerando a relação existente entre o cuidado à saúde e a integralidade, Leonello e Oliveira (2010) defendem ainda que esta diretriz é como um eixo orientador das ações educativas nos serviços de saúde, sendo a própria integralidade uma competência a ser desenvolvida pelos enfermeiros.

A segunda subcategoria está vinculada à compreensão dos limites profissionais. A prática da enfermagem é crucial para a promoção da saúde, a prevenção de agravos e o atendimento das condições crônicas – porém, não está dissociada de outras práticas (SILVA *et al.*, 2009). Silva *et al.* (2009) procuraram compreender como é realizada a prática de atendimento de enfermagem na prevenção da condição crônica decorrente de hanseníase e de suas complicações em duas unidades da Estratégia Saúde da Família em Diamantino-MT. Os autores concluíram a importância do atendimento de enfermagem em conjunto com os demais membros da equipe de saúde, médico e equipe de enfermagem (SILVA *et al.*, 2009) – ou seja, são necessários vários saberes para que o cuidado integral possa ser efetivado.

O trabalho em equipe é um desafio para o cuidado integral. Aliado a isso, o comprometimento do profissional com a equipe na produção de saúde é necessário à operacionalização da integralidade, superando a departamentalização das informações nos serviços de saúde (QUEIRÓZ; PENNA, 2011). Percebe-se igualmente que a integralidade pode acontecer mediante ações individuais, ainda

que não isoladas, pois devem ser somadas na produção do cuidado integral (QUEIRÓZ; PENNA, 2011).

A prática multiprofissional tem estreita relação com novos modos de organização do trabalho, favorecendo o vínculo, o acolhimento e o acesso e contribuindo para a efetivação do SUS. Essa vertente se contrapõe à fragmentação do conhecimento, resultante do isolamento de algumas profissões e de interesses corporativos, aspectos que impõem muitos desafios e dificuldades para sua prática efetiva (MATOS; PIRES; CAMPOS, 2009).

Nesse sentido, há que se pensar a respeito da especificidade de cada profissional; por isso, a profissionalização dos cuidados de enfermagem, atrelada ao seu saber específico e aos desafios colocados pelos novos modelos gerenciais, permitiria o foco na competência profissional (SERRANO; COSTA; COSTA, 2011). Isso se justifica pela complexidade de todas as dimensões profissionais dos atuais problemas de saúde – entre estes, o crescente avanço de DCNTs (Doenças Crônicas Não Transmissíveis) e a imprescindibilidade dos cuidados de enfermagem, que exigem a resposta de um profissional competente. Logo, ainda que o trabalho multiprofissional seja uma nova forma de organização do trabalho, não exclui a independência e a autonomia de cada profissional (SERRANO; COSTA; COSTA, 2011).

A compreensão do adoecimento é um aspecto indispensável ao desafio imposto atualmente – a implementação de uma prática da integralidade que considere as necessidades de saúde (OLIVEIRA, 2008).

Tal processo de adoecimento atualmente consiste na ascensão das DCNTs, que são responsáveis por mais de 60% das mortes globais. Entre elas, doenças cardiovasculares, acidente vascular cerebral, câncer, doenças respiratórias crônicas e diabetes estão entre as principais causas de mortalidade (WHO, 2014). Esse panorama se faz presente no contexto estudado, dada a característica dos atendimentos realizados na Unidade Gerencial em questão.

Nessa linha, modelos de gestão às DCNT são favoráveis e amplificam a gama de alternativas disponíveis à superação da atual epidemia de tais condições crônicas. Destaca-se nesse sentido um modelo de gestão desenvolvido nos EUA em 1998 denominado *Chronic Care Model* (CCM), cujo intuito é a melhoria da assistência nos sistemas de saúde, compreendendo elementos que se resumem na

organização da atenção à saúde; no desenho do sistema de prestação de serviços; no suporte às decisões; em sistemas de informação clínica; no autocuidado apoiado e nos recursos da comunidade. Dessa forma, o modelo propõe uma atenção gerenciada que corrija inúmeras falhas, tais como: não seguimento, por parte dos usuários, das orientações fornecidas e falta de coordenação dos cuidados e usuários não treinados para gerenciar sua saúde. A partir de tais ações, é possível modificar um sistema reativo – que responde apenas à doença – em um sistema pró-ativo – focado em manter os indivíduos saudáveis, através de estratégias comprovadamente eficazes de gestão (IMPROVING CHRONIC ILLNESS CARE, 2014).

Considerando esses aspectos, um atendimento adequado requer um arranjo entre as necessidades identificadas pela equipe de saúde, e portanto envolve os recursos humanos necessários para tanto e a competência, elemento indispensável para o atendimento de que o usuário precisa. As intervenções realizadas durante uma internação marcam um período crítico para o indivíduo, que exige da equipe um exercício contínuo de compreensão de necessidades que muitas vezes não são bem expressas – empatia, respeito, manutenção da dignidade, espontaneidade e comunicação constantes, de modo a assegurar a especificidade de cada área bem como a autonomia dos profissionais (FIGURAS 9, 10, 11 e 12).

O atendimento inicial realizado pelo enfermeiro ou por qualquer membro da equipe é o ponto de partida da operacionalização do modelo de cuidado – centrado no usuário – supramencionado.

Entretanto, deve ser dada ênfase, nesse primeiro momento, à promoção de saúde e à prevenção de doenças; no que tange a isso, o enfermeiro, como responsável pela educação em saúde em todos os níveis de assistência à saúde, tem competência para iniciar um atendimento. Mas essa característica deve ser melhor valorizada, diante das possibilidades a serem exploradas (SOUSA *et al.*, 2014).

Posto isso, o modo de produzir cuidado – usuário centrado – repercute na enfermagem com uma proposta de Modelo de Cuidados Integrals. A proposta de organização do trabalho segundo esse modelo sugere que um trabalhador realiza todos os cuidados de sua competência profissional a um usuário ou grupo de usuários durante seu turno de trabalho. Conforme verificado no contexto em que

esse estudo se desenvolveu, a UCP tem essa característica nos dois serviços onde há internação, derivando em um dos aspectos que emergiram como compreensão de cuidado integral pelos enfermeiros. O modelo realizado nesses serviços contrapõe-se ao modelo funcional, no qual um funcionário realiza um conjunto de atividades a todos os usuários (ORO; MATOS, 2013).

O modelo de cuidado da enfermagem na UCP, embora não formalizado nas falas dos participantes com essa denominação, é nelas expresso por meio da preocupação de organizar um cuidado não fragmentado. Esse aspecto é ainda observado na assistência prestada, durante a qual o enfermeiro responsável pelo plantão organiza sua equipe de modo que os usuários sejam atendidos por um mesmo profissional em todo o plantão.

Mesmo com a efetivação do modelo de cuidados integrais, a fragmentação não é superada em todos os aspectos, considerando a complexidade do ser humano assistido com inúmeras demandas, o que exige portanto discussões constantes a esse respeito. A efetivação do cuidado integral ao indivíduo hospitalizado depende de um olhar atento às suas diversas necessidades, de respeito à sua singularidade, como também de um modelo de organização para o cuidado de enfermagem mais formalizado, em especial considerando a realidade das instituições hospitalares, nas quais a enfermagem é responsável por uma parcela expressiva da assistência despendida aos usuários (ORO; MATOS, 2013).

Embora em diversas situações o conceito de integralidade não esteja relacionado na literatura, isso não impede que práticas integrais sejam executadas (QUEIRÓZ; PENNA, 2011). Da mesma forma, embora o discernimento das diferenças, mesmo que tênues, entre o cuidado integral e a diretriz da integralidade não esteja tão claro na visão dos enfermeiros, nitidamente se verifica que o cuidado integral é operacionalizado em determinados momentos nos serviços pela equipe de enfermagem como pelos diferentes profissionais da equipe multiprofissional.

5.2.3 O gerenciamento de enfermagem da Unidade Gerencial Cardiovascular e Pneumologia

Os dados obtidos por meio de entrevistas, observação não participante e verificação de documentos demonstraram que o gerenciamento de enfermagem da UCP está voltado à **resolução de problemas, com vistas ao atendimento das necessidades de saúde** dos indivíduos, fato também evidenciado pelo **uso de ferramentas gerenciais para a organização do processo de trabalho** (FIGURA 9). Essas duas subcategorias são constituídas de várias características, que dizem respeito sobretudo à concepção clínica e administrativa, esta pautada principalmente por liderança, supervisão e trabalho em equipe, sendo o enfermeiro referência para as equipes de enfermagem e multiprofissionais. Já a concepção clínica se concretiza essencialmente por meio da coordenação do cuidado, tendo na formação generalista uma importante característica. Por fim, uma terceira subcategoria faz menção às **dificuldades** encontradas nesse contexto.

A primeira subcategoria diz respeito ao **gerenciamento voltado para a resolução dos problemas, com vistas ao atendimento das necessidades de saúde**. Ela traz alguns aspectos importantes, como a **coordenação do cuidado** e a **formação generalista**. Nesse sentido, é possível apreender (por meio desta subcategoria do gerenciamento de enfermagem da UCP) uma inter-relação entre o mesmo com o cuidado integral (FIGURA 9).

O processo de trabalho em saúde é constituído pelos objetos de trabalho resultantes das necessidades de saúde, sobre as quais incidem as ações de diferentes profissionais (PEDUZZI *et al.*, 2011). No que diz respeito ao processo de trabalho do enfermeiro, à avaliação das condições de saúde dos pacientes e, desse modo, ao planejamento e direcionamento das ações a serem realizadas pela equipe de enfermagem, com ênfase nas necessidades de saúde dos indivíduos, corrobora-se o entendimento da gerência de que o cuidado é função peculiar do enfermeiro (SANTOS; LIMA, 2011).

A assistência de enfermagem em contextos similares ao deste estudo requer equipe especializada e equipamentos de alta tecnologia. Acima disso, o enfermeiro responsável pelo gerenciamento deve ter conhecimentos na área específica da

cardiologia/pneumologia para que tal assistência seja alcançada (AGUIAR *et al.*, 2010).

Dessa forma, o enfermeiro, como responsável pela coordenação do cuidado (MERHY; CECILIO, 2003, CENEDÉSI *et al.*, 2012), tem no seu processo de trabalho o meio para que as necessidades de saúde dos usuários sejam atendidas, conforme foi possível observar neste estudo.

A coordenação da assistência de enfermagem foi uma das funções mais significativas apontadas em um estudo cujo objetivo era identificar as funções desenvolvidas por enfermeiros em Unidade de Terapia Intensiva (CENEDÉSI *et al.*, 2012). Tal coordenação relaciona-se ao gerenciamento feito pelo enfermeiro, não havendo possibilidade de um cuidado de enfermagem sem ela (MONTEZELLI; PERES; BERNARDINO, 2011). Montezelli, Peres e Bernardino (2011) identificaram em seu estudo que os enfermeiros reconhecem tal cuidado como foco da atividade gerencial, o que corrobora as falas de alguns enfermeiros.

Arelada a esse contexto, a formação do enfermeiro é um aspecto facilitador para que tal coordenação seja eficaz. Em conformidade com as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem (DCNs/ENF) (BRASIL, 2001), a formação generalista permite ao enfermeiro, entre outros aspectos, conhecer e intervir sobre os problemas e as situações de saúde, promovendo a atenção à saúde de maneira integral. O entendimento da dinâmica envolvida na atenção à saúde dispendida aos usuários, nas mais diferentes necessidades, é característica do atendimento oferecido pelo enfermeiro, o que confere à sua formação generalista um atributo importante.

Esse aspecto está relacionado ao fato de que a experiência e a formação gerencial do enfermeiro lhe conferem uma visão mais ampliada (SANTOS *et al.*, 2013b). Para tanto, é necessário que a formação e a prática profissional de enfermagem transitem em todas as suas dimensões ou subprocessos, ou seja, cuidado, gerenciamento, educação e pesquisa, o que possibilita que o enfermeiro concretize seu papel de articulador nos serviços e em todo o sistema de saúde, tendo em vista a integralidade da atenção à saúde (SANTOS *et al.*, 2013a).

Considerando o processo de reestruturação dos currículos por meio da aprovação das DCNs/ENF, que propõe adequar o perfil do futuro enfermeiro à

complexidade dos problemas de saúde atuais, compete ao enfermeiro adquirir novas competências capazes de responder a essas demandas.

As DCNs/ENF sugerem uma formação mais integrada, assegurando que o profissional efetive sua prática de maneira contínua pela rede de serviços de saúde. Apontam, ainda, para a necessidade de desenvolver as seguintes competências e habilidades: atenção à saúde, tomada de decisões, comunicação, liderança, administração e gerenciamento e educação permanente (BRASIL, 2001), direcionadas às práticas cuidadoras e ao trabalho multiprofissional.

Nessa linha, a segunda subcategoria, referente ao **uso de ferramentas gerenciais para organização do processo de trabalho** (FIGURA 9), destaca a liderança e a supervisão do enfermeiro como referência para equipe de enfermagem e multiprofissional e para o trabalho em equipe. Do ponto de vista gerencial, liderança, supervisão e trabalho em equipe também são aspectos destacados em estudo desenvolvido por Lelli *et al.* (2012), o qual buscou identificar as competências gerenciais de enfermeiros supervisores em unidades funcionais assistenciais.

A liderança foi uma das ferramentas observadas neste estudo, conforme vários registros obtidos por meio das observações e das falas dos participantes. O comprometimento com tal função contribui com a instituição (LELLI *et al.*, 2012) e favorece a assistência de qualidade. A literatura aponta ainda a liderança como instrumento essencial para o enfermeiro quanto à coordenação do trabalho da equipe de enfermagem e da equipe multiprofissional (ALMEIDA *et al.*, 2011a, SANTOS; LIMA, 2011, SANTOS *et al.*, 2013b), favorecendo, nesse sentido, a delegação de atividades e o planejamento do cuidado – destacando, quanto ao cuidado, o processo de enfermagem (SANTOS; LIMA, 2011).

Juntamente com a liderança, a supervisão integra um importante eixo para o gerenciamento do cuidado, tendo em vista as muitas atividades desenvolvidas pela equipe de enfermagem sob coordenação do enfermeiro (SANTOS; LIMA, 2011), o que foi possível apreender no contexto estudado.

Peduzzi *et al.* (2011) estudaram a contribuição da ação gerencial para a promoção da prática interprofissional com gerentes de serviços públicos de saúde em São Paulo. Os autores apontam que, para promover o trabalho em equipe, os gerentes lançam mão de instrumentos, tais como a comunicação, o estímulo à autonomia das equipes e a definição de responsabilidades. Tais ferramentas,

quando aplicadas à promoção do trabalho em equipe, favorecem a atenção eficiente das necessidades de saúde dos usuários.

Assim, cabe ao enfermeiro, como articulador das equipes de enfermagem e multiprofissional, facilitar o trabalho em equipe, colaborando tanto no que diz respeito à concepção clínica do cuidado, sua especificidade, como também permitindo por meio dos seus conhecimentos gerenciais que o atendimento pela rede seja feito de modo integral.

A terceira subcategoria está relacionada às **dificuldades** que prejudicam o alcance do cuidado integral. Fica em destaque, nesse sentido, uma **estrutura organizacional inadequada para o cuidado integral** e a **dicotomia entre gerenciamento e cuidado**.

É necessário mencionar que a dificuldade de direcionar o gerenciamento para o cuidado de enfermagem, com incongruência entre o cuidado e a gerência exigida pela instituição, que consiste basicamente em ações burocráticas (MONTEZELLI; PERES; BERNARDINO, 2011), pode prejudicar a assistência ofertada. Portanto, a configuração da assistência na instituição pode não facilitar o processo de trabalho do enfermeiro.

Atrelado a isso, o planejamento como instrumento gerencial para o enfermeiro é reconhecidamente necessário e ao mesmo tempo de difícil viabilização, pois muitas vezes a rotina diária impõe a resolução de problemas conforme eles acontecem. Além disso, devido à escassez de tempo, não é possível realizar um planejamento formal (ALMEIDA *et al.*, 2011a):

Em função da falta de planejamento, a administração do tempo pode, por vezes, ser inadequada, tendo como consequência tempo insuficiente para desenvolver todas as atividades, levando a um trabalho repetitivo e sem reflexão (ALMEIDA *et al.*, 2011a). Esse aspecto está relacionado igualmente ao tempo dispendido pelos enfermeiros na elaboração de escalas mensais – as quais, apesar de estarem relacionadas de alguma maneira ao cuidado integral, impedem que o enfermeiro dispenda tempo em outras funções.

Com relação a esse aspecto, nem sempre os protocolos desenvolvidos com a finalidade de contribuir com a assistência (e, por conseguinte, capazes de beneficiar o planejamento), como os Procedimentos Operacionais Padrão (POP), são

reconhecidamente importantes. Nesse sentido, não foi observado no estudo a sua utilização como rotina.

Em contraposição, Almeida *et al.* (2011a) mencionam que os chamados POP são instrumentos gerenciais que auxiliam a tomada de decisão do enfermeiro. Os autores recomendam formas de organização do serviço de enfermagem de modo a permitir que os diversos profissionais proporcionem cuidado padronizado ao usuário a partir de princípios técnicos e científicos (ALMEIDA *et al.*, 2011a).

Todavia, para Mattos (2004), protocolos e rotinas não garantem a integralidade da assistência, tendo em vista que a sua criação não está articulada às necessidades trazidas pelos usuários; destaca-se nesse ponto de vista que o contexto de cada indivíduo deve ser compreendido.

Muitos enfermeiros apresentam em seu discurso, ou mesmo em ações durante sua prática, um comportamento que evidencia a dicotomia entre o gerenciar e o cuidar, o que não favorece o cuidado integral. O que se percebe é uma dificuldade conceitual relacionada às ações de gerenciamento do cuidado de enfermagem, na medida em que a maioria deles não compreende que o seu processo de trabalho envolve ações de cuidado direto (cuidado) e indireto (gerenciamento) (CHRISTOVAM; PORTO; OLIVEIRA, 2012). Muitas vezes, as falas ratificam o fato de que o enfermeiro compreende que apenas as ações de cuidado direto representam o “cuidar”.

Brondani Jr *et al.* (2011) demonstraram, em seu estudo, que as contradições existentes e mesmo a cisão entre o cuidado e o gerenciamento dificultam a distinção entre as ações gerenciais na prática. Entre as possíveis causas de tal dicotomia e da dificuldade de compreensão dos enfermeiros, destaca-se a influência do modelo proposto por Florence Nightingale no século XIX e dos preceitos das teorias administrativas que influenciaram a institucionalização da enfermagem como profissão (SANTOS *et al.*, 2013a). A superação de tal dicotomia é possível com a mudança na formação e nos saberes e fazeres dos enfermeiros na organização da assistência de enfermagem, para que a prestação de cuidados seja fundamentada em um modelo sistêmico (CHRISTOVAM; PORTO; OLIVEIRA, 2012).

A compreensão da prática clínica faz alusão ainda à SAE, em construção no contexto hospitalar estudado, como aspecto a ser considerado no cuidado, embora algumas vezes pouco valorizada por alguns enfermeiros.

A gerência do cuidado como ferramenta do enfermeiro para a coordenação e a sistematização do cuidado exige interação humana constante, o que implica que, para implementar a SAE, o enfermeiro deve prever e prover os recursos materiais e humanos necessários (TORRES *et al.*, 2011). Muitas vezes a SAE não é realizada de maneira a contemplar todas as etapas; não obstante, observa-se que em algumas ocasiões o exame físico e a evolução de enfermagem são efetivamente realizados (MONTEZELLI; PERES; BERNARDINO, 2011).

A SAE é um dos instrumentos do processo de trabalho assistencial do enfermeiro que favorece a qualidade e a coordenação do cuidado. Contudo, não deve ser vista como a totalidade da assistência de enfermagem, já que esta contempla muitos outros instrumentos, como a comunicação, a interação e a articulação das dimensões assistencial e gerencial. Da mesma forma, não deve ser considerada como a única estratégia para o gerenciamento, correndo-se o risco de estar configurada em um discurso ideológico e reducionista (TORRES *et al.*, 2011).

As várias dificuldades encontradas neste estudo, de cunho organizacional, exigem do enfermeiro uma postura diferenciada, para que seja possível garantir o atendimento das necessidades de saúde. Outrossim, a capacidade de vislumbrar aspectos relacionados ao gerenciamento e que subsidiem o cuidado integral é favorável a estes profissionais, pois permite um avanço no atendimento integrado pela rede.

5.2.4 Integração entre a equipe de enfermagem, entre a equipe multiprofissional e entre os serviços que compõem a Unidade Gerencial Cardiovascular e Pneumologia com vistas ao cuidado integral

Foram subdivididas nesse item três categorias: A integração entre a equipe de enfermagem, a integração entre os profissionais da equipe multiprofissional e a integração entre os serviços.

A primeira categoria, correspondente **à integração entre a equipe de enfermagem**, derivou as subcategorias: **interdependência leva ao trabalho em equipe** e **limitações para a integração**.

A interdependência referida subentende a comunicação necessária para a realização de tal trabalho e a necessária articulação do enfermeiro enquanto responsável pela equipe. A figura do enfermeiro emerge em vários cenários na literatura como o profissional que articula, coordena, conduz o cuidado (FERREIRA-UMPIERREZ; FORT-FORT, 2014, CAMPOS *et al.*, 2013), sendo um diferencial para a efetividade da assistência integral, por meio de subsídios indispensáveis ao seu processo de trabalho, destacando-se nesse sentido todas as ferramentas inerentes à sua prática gerencial.

Considerando a liderança como aspecto fundamental para a articulação com a equipe de enfermagem, o enfermeiro procura valorizar cada membro da equipe, colaborando para que estes também sejam ativos em suas práticas (CAMPOS *et al.*, 2013). Assim, ao desempenhar a liderança de forma flexível, orientada para uma prática integral, é preciso estar disposto a rejeitar rotinas que não permitam assistência de qualidade e vinculação constante com a equipe, pois não há articulação sem envolvimento constante e atuação conjunta com todos os funcionários (CAMPOS *et al.*, 2013).

Nesse processo, é notável a importância de uma comunicação clara e adequada para o trabalho em equipe, pois a enfermagem é essencialmente uma prática baseada na produção, circulação e troca de informações que envolvem os processos de trabalho (SANTOS; BERNARDES, 2010, SANTOS *et al.*, 2011, PEDUZZI *et al.*, 2011). Pode-se pensar, nesse sentido, na comunicação como um recurso para a integralidade (XAVIER; GUIMARÃES, 2013).

Com relação à comunicação, a passagem de plantão e a anotação de enfermagem são mencionadas no estudo como um importante componente para a integração entre a equipe de enfermagem e os enfermeiros, assim como é verificado em POP da instituição. Todavia, uma passagem de plantão não é sempre coerente ou objetiva, com vistas à garantia do cuidado integral de enfermagem. Sendo assim, o estudo de Rodriguez *et al.* (2013) corrobora uma melhor compreensão desta ferramenta utilizada frequentemente em todos os serviços. Foram identificadas na literatura os tipos de passagem de plantão, bem como suas fortalezas, fraquezas, oportunidades e ameaças. Como tipos de passagem de plantão temos: entre enfermeiros e entre auxiliares, através do livro de plantão ou à beira do leito. Foram identificadas como fortalezas: uma duração não superior a 20 minutos, objetividade

e cooperação da equipe; são destacadas como fraquezas a pressa em ir embora e a impontualidade; as oportunidades estão no relacionamento com outros profissionais, na administração hospitalar e em novos modelos de gestão implantados na instituição do estudo; por fim, apresentam-se como ameaças: chamadas telefônicas e muitas unidades sob a responsabilidade de um mesmo enfermeiro. Nesse sentido, o estudo aponta estratégias para a melhoria do gerenciamento do cuidado, entre elas proporcionar um ambiente mais adequado para a passagem de plantão, oportunizar melhorias no comportamento da equipe e criar ferramentas a fim de que as informações se tornem mais claras, rápidas e objetivas (RODRIGUEZ *et al.*, 2013).

As limitações para a integração da equipe de enfermagem estão relacionadas a comportamentos que ocasionam falta de interação e ao trabalho fragmentado. Em estudo de Queiróz e Penna (2011), os autores identificaram que os profissionais percebem a fragmentação do trabalho em equipe como um desconforto entre os trabalhadores, evidenciando processos de trabalho que não se comunicam entre si, pautados em condutas individualizadas. Cabe ressaltar que as condutas individualizadas comprometem tanto a assistência de enfermagem como a sua integração, ocasionando prejuízo para o usuário que recebe atendimento. Aguiar *et al.* (2010) apontam ainda que a estrutura rígida e hierarquizada do serviço de enfermagem também pode não favorecer o desenvolvimento do trabalho em equipe, o que sugere que seja necessário repensar o modelo de gerenciamento adotado (AGUIAR *et al.*, 2010).

Da segunda categoria, correspondente à **integração entre os profissionais da equipe multiprofissional**, emergiram as seguintes subcategorias: **integração com a equipe médica; enfermeiro como articulador da equipe multiprofissional e dificuldades para integração.**

A integração entre a equipe multiprofissional é evidenciada sobretudo pela integração existente entre a enfermagem e a equipe médica. É característico que, em determinados momentos, o enfermeiro articule essa equipe, sobretudo perante serviços mais críticos, que demandam essa atitude.

A integralidade foi definida no estudo de Queiróz e Penna (2011) como as ações manifestadas no trabalho em equipe, compreendendo o cuidado ao usuário de forma interdisciplinar, de modo que ele seja entendido no seu todo e que a ele

sejam direcionados vários olhares; portanto, o foco não é o trabalho individual (QUEIRÓZ; PENNA, 2011). Logo, o cuidado integral é obtido quando há articulação entre os vários profissionais e a partir da identificação de necessidades de saúde, o que pode ser verificado na FIGURA 11, que representa a situação na qual os profissionais da UCP se inserem em uma lógica de trabalho permeada por tais necessidades e de acordo com o fluxo estabelecido.

Contudo, devido à mais constante permanência do médico e do enfermeiro nos diversos serviços, esses profissionais acabam por manter maior contato. Quando há interação entre o enfermeiro com outros profissionais da equipe multiprofissional, há uma tendência de o enfermeiro novamente se destacar como articulador, tanto no que concerne às informações relacionadas aos usuários, como àquelas que dizem respeito às normas dos serviços (CECILIO, 2009). Nesse sentido, a passagem de plantão realizada entre profissionais de maneira formal ou não, ou mesmo as anotações e os registros de enfermagem, podem favorecer ou não esse processo, dependendo da forma como são concretizados diariamente.

As dificuldades relacionadas à integração da equipe multiprofissional estão atreladas à falta de profissionais com outras especificidades e à falta de interação entre todos os profissionais. A dificuldade de trabalhar em equipe, seja por falta de determinado profissional ou por motivos interpessoais, gera problemas para todos, inclusive para o indivíduo que necessita desses cuidados, desencadeando estresse, frustração e desmotivação em todo o grupo. Assim, é preciso que sejam enfatizadas as relações humanas, de modo a reintegrar a equipe multiprofissional, possibilitando assim a discussão em equipe (AGUIAR *et al.*, 2010).

A FIGURA 12 destaca ao centro que o fluxo referente à FIGURA 10 – Linha de cuidado da UCP – é envolvido pelo conjunto de profissionais que realizam diferentes cuidados a partir de seus processos de trabalho específicos, os quais se inter-relacionam a fim de garantir o cuidado integral (círculo contínuo). Porém, esses mesmos processo de trabalho podem sofrer devido a falhas na interação entre eles (círculo pontilhado). A partir disso, é possível compreender como se articula a equipe multiprofissional.

Isso implica que os profissionais e as equipes de saúde podem tanto reproduzir as necessidades de saúde e os modos como os serviços se organizam para atendê-las, como buscar espaços de mudança para engendrar novas

necessidades e respectivamente novos modos de organizar os serviços de saúde, na perspectiva da integralidade e da prática interprofissional (PEDUZZI *et al.*, 2011).

É fundamental desenvolver espaços para debates a respeito de conhecimentos e práticas, com vistas à troca de experiências e ao aperfeiçoamento no que diz respeito às constantes transformações na saúde (AGUIAR *et al.*, 2010).

A terceira categoria – **integração entre os serviços** – enfatizou os seguintes aspectos: A interação entre os serviços determinada pelo fluxo (FIGURA 10) e a falta de interação entre os serviços, que ocasiona diferentes interpretações da linha de cuidado. A interação entre os serviços geralmente é determinada pelo fluxo existente na UCP, que via de regra é contínuo; já a interação com outras unidades gerenciais comumente acontece quando há necessidade de contato com o serviço de urgência e emergência.

A integração entre os serviços, bem como entre todo o sistema, demonstra uma perspectiva de cuidado em rede como parte da integralidade do cuidado. No entanto, ainda há a necessidade de articular diferentes conhecimentos e práticas (ARCE; SOUSA, 2013). Esse aspecto é evidenciado pela falta de interação entre os serviços, que ocasiona diferentes interpretações acerca de uma linha de cuidado, o que leva muitas vezes à compreensão errônea de que a falta de integração não é deletéria à assistência integral. Muitas vezes, recai novamente na falta de comunicação entre os serviços a dificuldade para promover a integração, o que dificulta sobremaneira a consolidação da integralidade.

Aqui se funda o parentesco entre a integralidade e a comunicação. Integralidade [...] é essencialmente comunicação, seu único caminho para realizar-se. No entanto, sabemos que tal realização não é um ponto de chegada, e sim o próprio caminhar. E comunicação, por outro lado, é essencialmente integralidade em sua busca dela mesma, tornar-com, completa (XAVIER; GUIMARÃES, 2013, p.141).

Isso é evidenciado quando há indicação de que a integralidade no seu componente organizacional ainda é frágil, especialmente no que diz respeito às referências hospitalares e à precariedade estrutural da rede nos seus componentes pré-hospitalares e hospitalares, pois a culpabilização do paciente pela indevida utilização do sistema ignora o fato de que este busca sempre um atendimento possível (O'DWYER; MATTOS, 2013).

A integralidade deve ser repensada nas práticas tanto da equipe de saúde quanto da gerência, pois ocorre simultaneamente em vários locais, dado o fato de que as várias tecnologias disponíveis para a atenção à saúde estão dispostas em todos os serviços; além disso, melhorar as condições de vida deve ser um esforço conjunto (FRACOLLI, et a, 2011).

A forma de organização dos serviços e dos processos de trabalho em saúde, a insatisfação decorrente das relações de poder, a valorização do modelo biomédico pelos usuários e a comunicação e articulação deficitária entre os serviços são situações consideradas limitações à operacionalização da integralidade (LIMA *et al.*, 2012).

A referência e a contrarreferência são apontadas como instrumentos fundamentais para a coordenação do cuidado, traduzindo a forma de comunicação entre profissionais, seja na forma oral, escrita ou digital, para a obtenção de uma linha de cuidado (QUEIRÓZ; PENNA, 2011). Logo, a referência e a contrarreferência podem propiciar o atendimento integral, o que denota a importância da integração entre os profissionais e os serviços na produção do cuidado (QUEIRÓZ; PENNA, 2011).

Assim, as políticas de enfrentamento de doenças devem buscar não somente reduzir sua ocorrência, mas também ampliar o acesso e a garantia de cobertura de ações e cuidados. A reorganização da atenção à saúde deve permitir ações integrais da enfermagem, de maneira preventiva e curativa, baseadas nas necessidades de saúde, com a finalidade de ativar o potencial de resolubilidade destas unidades de saúde na sua forma singular e também em articulação com os demais componentes da rede, por meio da referência e da contrarreferência (FRACOLLI, et a, 2011).

Não se trata de direcionar o usuário a outro serviço de maneira impessoal, mas da percepção de que cada profissional é responsável pelo percurso do usuário na rede, partindo-se do pressuposto de que todos conhecem a realidade regional, o que possibilita a orientação dos serviços disponíveis da melhor maneira (BONFADA, 2012).

Assim, a imagem da linha de cuidado pressupõe um processo pautado na responsabilização, no vínculo e no cuidado, o que implica um fluxo contínuo, controlado pelos atores responsáveis pelo cuidado, no contexto próprio no qual as

relações entre trabalhador de saúde e usuário são desencadeadas, produzindo cuidado (CECILIO; MERHY, 2003).

A FIGURA 10 traz a representação da linha de cuidado observada nesse estudo em tons de cinza, e uma outra linha de cuidado expressa em cores, que condiz com a FIGURA 3, resultante da revisão. Dessa forma, tem-se a realidade observada no estudo com algumas interfaces em cores – confrontando assim o estudo de caso com a literatura. Infere-se, a partir do fluxo da UCP, que há um atendimento inicial, durante o qual o projeto terapêutico é definido a partir da necessidade de estabilizar determinado quadro ou não. Em seguida, o usuário percorre vários serviços a fim de confirmar o problema de saúde que demanda atendimento. Entretanto, tal confirmação, e seus consequentes procedimentos/especialidades, por vezes demanda um período longo, em razão de vários percalços presentes no decorrer do fluxo entre os serviços, provocados eventualmente por reuniões para a definição de condutas ou pela burocracia dos agendamentos.

Superar as fragilidades encontradas em todo esse cenário requer o desenvolvimento de estratégias, entre elas, destacam-se modelos de cuidado que permitam reorganizar o trabalho de modo a identificar necessidades e garantir o cuidado integral (RODRIGUES, 2013). Em um aspecto mais amplo, estratégias capazes de integrar a rede e dar continuidade na atenção à saúde vem ao encontro da proposta denominada “enfermeira de ligação”, podendo superar a desarticulação entre os níveis de atenção primária e hospitalar (BERNARDINO *et al.*, 2010). Portanto, a reorganização da assistência em saúde exige que os profissionais repensem formas que possam repercutir na integração de todos os contextos citados.

Além disso, tal reconfiguração, indispensável para o alcance do cuidado integral, pressupõe, entre outros aspectos, assumir o gerenciamento de enfermagem como possibilidade para esse fim. Nesse contexto, a sensibilização das equipes de enfermagem e da equipe multiprofissional quanto ao modelo gerencial da instituição e a necessária atuação gerencial do enfermeiro nesse modelo podem ser estratégias favoráveis, desde que, concomitantemente a isso, o enfermeiro compreenda o seu papel no serviço e na instituição em que atua.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O gerenciamento de enfermagem consolidado na prática assistencial do enfermeiro e voltado às necessidades de saúde dos indivíduos é, portanto, configurado em uma lógica clínica, segundo a qual as ações realizadas pela equipe de enfermagem e pela equipe multiprofissional seguem a organização da linha de cuidado da UCP.

Tal lógica está voltada à organização dos serviços que compõem a UCP, bem como ao fluxo por eles estabelecido, sendo estabelecida continuamente por meio dos vários processos de trabalho que garantem a assistência necessária à resolução dos problemas de saúde.

Desta forma, entende-se que, na medida do possível, e em várias situações, o gerenciamento realizado pelo enfermeiro é ferramenta para o cuidado integral, seja por meio de ações realizadas pela equipe de enfermagem, seja por meio de ações realizadas pelos vários profissionais, cada qual em sua especificidade; ambas as ações visam atender o ser humano considerando os diversos cuidados de que ele necessita.

Nessa linha, toda a equipe de profissionais possui atribuições e responsabilidades com relação ao cuidado integral. Entretanto, no que tange ao enfermeiro, essa responsabilização se estabelece tanto pela proximidade e pelo contato diários com o usuário, que lhe permitem identificar as necessidades com maior facilidade, quanto pelo contato com os outros profissionais, articulando assim o cuidado necessário.

Apesar disso, tal cuidado deve ser coerente com o modelo gerencial preconizado na instituição. Neste caso, vários serviços agrupados atendem em uma lógica pautada em afinidade, ou seja, a UCP agrupa serviços voltados às suas respectivas especialidades – portanto, subentende uma inter-relação entre eles, diante do fato de que, assim como um profissional não é capaz de atender todas as demandas de um indivíduo, um serviço isolado também não o será. Nessa linha, infere-se que as dificuldades apresentadas, ainda que pontuais, na interação entre os serviços, dificultam a promoção adequada do cuidado integral e, por analogia, a integralidade da atenção.

Destacam-se, com relação a isso, algumas contradições encontradas no estudo – melhor contato na própria linha de cuidado; melhor interação com os serviços alheios a ela –, que lançam dúvidas se o modelo gerencial está favorecendo o cuidado integral ou se os profissionais ainda não aderiram operacionalmente a este conceito.

As limitações relacionadas à prática multiprofissional, principalmente as falhas no processo de comunicação entre a equipe, devem ser destacadas, pois o trabalho em equipe está entre os caminhos para a construção da atenção integral em saúde, em sintonia com os novos modelos gerenciais. Esse mesmo aspecto deve ser levado em consideração quanto ao trabalho na equipe de enfermagem.

Ademais, ressalta-se o esforço empreendido na prática clínica diária. As características profissionais e de formação, atreladas às ferramentas administrativas – entre as quais a liderança, a supervisão, a comunicação e o próprio trabalho em equipe –, aperfeiçoam a prática profissional do enfermeiro, conferindo-lhe acentuada visibilidade e influência no processo de trabalho em saúde, pois ele se destaca como um grande articulador do cuidado, sendo, portanto, um promotor potencial do cuidado integral.

Nesse intuito, os aspectos clínicos implicados em seu cotidiano permitem consolidar o cuidado integral. Esse aspecto, em especial, torna-se relevante em uma realidade na qual predominam incertezas quanto à efetividade do modelo gerencial. Em que pese sua pouca compreensão ou a sua não contextualização em todos os momentos, o gerenciamento realizado pelo enfermeiro (e por consequência sua prática assistencial) contribui para o fortalecimento do modelo de atenção à sua maneira.

O modelo de cuidado realizado pela enfermagem, embora não formalizado nas falas dos participantes com essa denominação, é nelas expresso por meio da preocupação de organizar um cuidado não fragmentado – esse aspecto é ainda observado na assistência prestada.

Tendo em vista as inúmeras circunstâncias que submetem a população às mais variadas comorbidades, e a partir da constatação de um percurso assistencial com entraves e burocracias, o que dificulta a dinâmica de atendimento das necessidades, pode-se inferir que há um manejo inadequado das doenças crônicas, o que aponta para uma falha operacional de todo o sistema.

Toda a configuração da UCP busca a assistência às condições crônicas no tocante às necessidades relacionadas às suas especialidades. Nesse caso, as possíveis falhas encontradas no sistema repercutem no atendimento de tais condições, que pode ocorrer de forma inapropriada e não condizente com as políticas ministeriais vigentes. À vista disso, é fundamental maior clareza no que diz respeito à integração da rede relativa à atenção às DCNTs.

Além disso, é importante salientar que o estudo envolveu apenas uma das unidades gerenciais do hospital em questão, e que este fator limita a profundidade alcançada. Para superar essa dificuldade, seriam necessárias outras abordagens, com enfoque em diferentes unidades gerenciais, em outros profissionais e em outros cenários pertencentes à *rede*.

Considerando o que foi exposto até aqui, este estudo de caso atingiu os objetivos propostos, pois permitiu compreender o gerenciamento de enfermagem e sua relação com o cuidado integral, destacando a sua compreensão pelos enfermeiros. Além disso, foi possível compreender a integração existente nos vários contextos implicados no estudo, a saber: entre a equipe de enfermagem, a equipe multiprofissional e os serviços que compõem a unidade gerencial em questão – o que viabilizou uma maior pertinência das informações obtidas, corroborando para um entendimento mais amplo acerca da prática profissional do enfermeiro, voltada às necessidades de saúde, ainda que envolvida por particularidades referentes a um modelo de atenção em consolidação.

O estudo de caso em questão ratificou as seguintes proposições: O gerenciamento de enfermagem é uma das ferramentas na linha de cuidado Cardiovascular e Pneumologia para promover o cuidado integral; O cuidado de enfermagem é parte essencial de cuidados prestados por uma equipe de profissionais; e O enfermeiro como parte de uma equipe tem suas funções definidas, de maneira que o cuidado integral é produto final das relações estabelecidas entre os vários profissionais e dos múltiplos cuidados oferecidos ao usuário.

Pretende-se que esses subsídios forneçam uma ressignificação do cuidado de enfermagem e do gerenciamento do enfermeiro, na tentativa de que estes aspectos sejam reconhecidos também como elementos para o cuidado integral – para que, por analogia, possam contribuir para a operacionalização da tão almejada

integralidade da atenção no sistema de saúde vigente, contribuindo assim para a prática profissional do enfermeiro.

No entanto, para que as fragilidades demonstradas nesse estudo – relacionadas à integração em todas as suas vertentes, bem como às limitações encontradas no que diz respeito ao gerenciamento voltado para o cuidado integral – sejam superadas, muitas barreiras precisam ser igualmente superadas. O enfermeiro precisa internalizar e assumir seu papel, o que exige reaprendizado quanto à oferta de cuidado com qualidade às diversas condições complexas, processo integrado com sua equipe de enfermagem e com os outros profissionais; exige também contextualizar a clínica vinculada ao gerenciamento, e não somente a atos pura e meramente técnicos; portanto, requer acima de tudo conhecimento a respeito do SUS, na sua essência, e da instituição a qual pertence, em sua relação com o sistema de saúde. É inviável pensar em integralidade enquanto os profissionais responsáveis pela sua “operacionalização”, por meio do cuidado integral, não visualizarem estes aspectos.

Não há necessidade de “reinventar a roda”, de redefinir novos formatos para o atendimento integral, seja por intermédio de reformulação das grades curriculares ou mediante reestruturação ou reorganização de modelos gerenciais e modelos de cuidado. É preciso, efetivamente, compreender o que está posto e aperfeiçoar as condutas contrárias.

REFERÊNCIAS

AGUIAR, D.F. *et al.* Gerenciamento de enfermagem: situações que facilitam ou dificultam o cuidado na unidade coronariana. **AQUICHAN**, Colômbia, v. 10, n.2, p. 115-31, 2010.

ALMEIDA, M.L. *et al.* Instrumentos gerenciais utilizados na tomada de decisão do enfermeiro no contexto hospitalar. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 20, n. especial 3, p. 131-7, 2011a.

ALMEIDA, M.L. *et al.* Direção ou Coordenação? Repensando a representatividade institucional da Enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 64, n.3, p. 521-6, 2011b.

ALVES, F. A.; PAIVA, C. H. A.; FALLEIROS, I. Saúde e desenvolvimento: a agenda do pós-guerra. In: FIDELIS, C., FALLEIROS, I. **Na corda bamba de sombrinha : a saúde no fio da história**. Rio de Janeiro : Fiocruz, 2010.

AYRES, J. R.C. M. *et al.* Ways of comprehensiveness: adolescents and young adults in Primary Healthcare. **Interface – Comunicação, Saúde e Educação**, Botucatu, v. 16, n.40, p. 67-81, 2012.

ARCE, V. A. R., SOUSA, M. F. Integralidade do Cuidado: representações sociais das equipes de Saúde da Família do Distrito Federal. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 22, n. 1, p. 109-23, 2013.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2011.

BERNARDES, A. *et al.* Os ruídos encontrados na construção de um modelo democrático e participativo de gestão hospitalar. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.12, n.4, p. 861-70, 2007.

BERNARDES, A. *et al.* Gestão colegiada na visão dos técnicos e auxiliares de enfermagem em um hospital público brasileiro. **Ciencia y Enfermeria**, Concepcion-Chile, v. 14, n.2, p. 65-74, 2008.

BERNARDES, A. *et al.* O modelo de cogestão em organizações hospitalares. In: HARADA, M. J. C.S. **Gestão em enfermagem: ferramenta para prática segura.** São Paulo: Yendis, 2011.

BERNARDINO, E. Mudança do modelo gerencial em um hospital de ensino: a reconstrução da prática de enfermagem. [Tese de Doutorado]. São Paulo, 2007.

BERNARDINO, E. *et al.* Enfermeira de ligação: uma estratégia de integração em rede. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 63, n. 3, p. 459-63, 2010.

BERNARDINO, E.; FELLI, V. E. A. Saberes e poderes necessários à reconstrução da enfermagem frente a mudanças gerenciais num hospital de ensino. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.16, n.6, p. 1032-7, 2008.

BONFADA, D. *et al.* A integralidade da atenção à saúde como eixo da organização tecnológica nos serviços. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.17, n.2, p. 555-60, 2012.

BRAGA, E.C. **Critérios de suficiência para análise de redes assistenciais [minuta]**. Exposição de Motivos. Consulta Pública 2006; 26. Rio de Janeiro: Agência Nacional de Saúde Suplementar; 2006.

BRASIL. Senado Federal. Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990. Lei Orgânica da Saúde. **Diário Oficial da União**. Brasília, D. F., 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde/NOB SUS 96. **Diário Oficial da União**, Brasília: MDS, 1996.

BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. **Resolução CNE/CES nº 3**, de 07 de novembro de 2001. Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. **PORTARIA INTERMINISTERIAL Nº 1006/MEC/MS, de 27 de maio de 2004**. Brasília, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Acolhimento nas práticas de produção de Saúde**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Atenção hospitalar**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº. 466, de 12 de dezembro de 2012. Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas Envolvendo Seres Humanos. Publicada no **Diário Oficial da União** nº 12, 13 de junho de 2013, Seção 1, Página 59.

BRASIL. Constituição (1988). Constituição Federal. Secretaria Especial de Informática. **Constituição da República Federativa Do Brasil**. Brasília, 2013.

BRITO, M. J. M. *et al.* Atenção domiciliar na estruturação da rede de atenção à saúde: trilhando os caminhos da integralidade. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 17, n.4, p. 603- 10, 2013.

BRONDANI JR, D. A. *et al.* Atividades gerenciais do enfermeiro na estratégia de saúde da família. **Revista de Enfermagem da UFSM**. Santa Maria, v. 1, n.1, p. 41-50, 2011.

CAMELO, S. H. H. *et al.* Perfil profissional de enfermeiros atuantes em unidades de terapia intensiva de um hospital de ensino. **Ciencia Y Enfermeria**, Concepcion – Chile, v.19, n.3, p. 51-62, 2013.

CAMPOS, A. C. D. *et al.* O enfermeiro como articulador do cuidado humanizado no atendimento às urgências e emergências – Revisão. **Periódico Científico do Núcleo de Biociências Centro Universitário Metodista Izabela Hendrix**, Belo Horizonte, v. 03, n.06, 2013.

CAMPOS, G. W.S. O anti-Taylor: sobre a invenção de um método para co-governar instituições de saúde produzindo liberdade e compromisso. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.14, n.4, p. 863-70, 1998.

CARVALHO, S. M.; PAES, G.O. Integralidade do cuidado em enfermagem para a mulher que vivenciou o aborto inseguro. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 18, n.1, p.130-5, 2014.

CAVALCANTI, G. S. V.; VIANA, L. O.; GARCIA, N.I. As especialidades e os nexos com a formação contínua do enfermeiro: repercussões para a atuação no município do rio de janeiro. **Enfermería Global**, España, s/v, n.19, p.0-0, 2010.

CECÍLIO, L. C. O. A modernização gerencial dos hospitais públicos: o difícil exercício da mudança. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 3, n.3, p. 36-47, 1997a.

CECÍLIO, L. C. O. **Inventando a mudança na saúde**. 2 ed. São Paulo: Hucitec, 1997b.

CECÍLIO, L. C. O. A morte de Ivan Ilitch, de Leon Tolstói: elementos para se pensar as múltiplas dimensões da gestão do cuidado. **Interface – Comunicação, Saúde e Educação**, Botucatu, v. 13, suppl. 1, p. 545-55, 2009.

CECÍLIO, L.C.O.; MERHY, E. Integralidade do cuidado como eixo da gestão hospitalar. In: PINHEIRO, R., MATTOS, R.A. **Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde**. Rio de Janeiro: IMS ABRASCO, 2003.

CENEDÉSI, M. G. *et al.* Funções desempenhadas pelo enfermeiro em unidade de terapia intensiva. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, Fortaleza, v, 13, n.1, p.92-102, 2012.

CORRÊA, A. C. P. Perfil sociodemográfico e profissional dos enfermeiros da atenção básica à saúde de Cuiabá - Mato Grosso. **Revista Eletrônica de Enfermagem** [Internet]. Goiânia, v. 14, n.3, p.171-80, 2012.

COSTA, R. K. S.; ENDERS, B. C.; MENEZES, R. M. P. Trabalho em equipe de saúde: uma análise contextual. **Ciencia, Cuidado & Saúde**, Maringá, v. 7, n.4, p. 530-36, 2008.

COUTINHO, M. M. Integralidade e Cogestão: discutindo aspectos da gestão hospitalar em relação à perspectiva de integração em rede no âmbito do SUS. In: FERREIRA, S.C.C., MONKEN, M. **Gestão em saúde: contribuições para a análise da integralidade**. Rio de Janeiro: EPSJV, 2009.

CHRISTOVAM, B. P.; PORTO, I. S.; OLIVEIRA, D.C. Gerência do cuidado de enfermagem em cenários hospitalares: a construção de um conceito. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 46, n.3, p. 734-41, 2012.

CUNHA, I. C. K. O. Filosofia e política institucional e promoção da gestão do cuidado. In: HARADA, M. J. C.S. **Gestão em enfermagem: ferramenta para prática segura**. São Paulo: Yendis, 2011.

EGRY, E.Y.; OLIVEIRA, M. A. C. O. Marcos Teóricos e conceituais de necessidades. In:EGRY, E.Y. **As necessidades em saúde na perspectiva da Atenção Básica: guia para pesquisadores**. São Paulo: Dedone Editora; 2008.

FELLI, V. E. A.; PEDUZZI, M. O trabalho gerencial em enfermagem. In: TRONCHIN, D.M.R. *et al.* **Gerenciamento em enfermagem**.2 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2012.

FERREIRA-UMPIERREZ, A.; FORT-FORT, Z. Vivências de familiares de pacientes com colostomia e expectativas sobre a intervenção profissional. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v.22, n. 2, p. 241-7, 2014.

FORMIGA, J. M. M.; GERMANO, R.M. Por dentro da História: o ensino de Administração em Enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Rio Grande do Norte, v. 58, n. 2, p. 222-6. 2005.

FRACOLLI, L. A. *et al.* Conceito e prática da integralidade na Atenção Básica: a percepção das enfermeiras. **Revista Escola de Enfermagem da USP**, v. 45, n.5, p. 1135-41, 2011.

FRANCO T. B. O uso do fluxograma descritor e projetos terapêuticos para análise de serviços de saúde, em apoio ao planejamento: O caso de Luz (MG). In: MERHY, E.E. *et al.* **Trabalho em saúde: olhando e experienciando o sus no cotidiano**.4 ed. São Paulo: Editora Hucitec, 2007.

FRANCO, T. B.; MAGALHÃES JR, H. M. Integralidade na assistência à saúde: a organização das linhas do cuidado. In: MERHY, E.E. *et al.* **Trabalho em saúde: olhando e experienciando o sus no cotidiano**.4 ed. São Paulo: Editora Hucitec, 2007.

FRANCO, T.B.; MERHY, E. E. O uso de ferramentas analisadoras para apoio ao planejamento dos serviços de saúde: O caso do Serviço Social do Hospital das Clínicas da Unicamp. In: MERHY, E.E. *et al.* **Trabalho em saúde: olhando e experienciando o sus no cotidiano**.4 ed. São Paulo: Editora Hucitec, 2007.

FRATINI, J. R.; SAUPE, R; MASSAROLI, A. Referência e contra referência: contribuição para a integralidade em saúde. **Ciência, Cuidado e Saúde**, Maringá, v.7, n.1, p.65-72, 2008.

FURUKAWA, P.O.; CUNHA, I. C. K. O. Perfil e competências de gerentes de enfermagem de hospitais acreditados. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.19, n.1, p.106-14, 2011.

GAIVA, M. A. M.; DIAS, N. S.; SIQUEIRA, V. C. A. Atenção ao neonato na estratégia saúde da família: avanços e desafios para a atenção integral. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 17, n. 4, p.730-7, 2012.

GONÇALVES, R. M. D. A.; PEDROSA, L. A. K. Perfil dos enfermeiros da estratégia saúde da família e suas habilidades para atuar na saúde mental. **Ciencia, Cuidado & Saúde**, Maringá, v. 8, n. 3, p.345-51, 2009.

HAUSMANN, M.; PEDUZZI, M. Articulação entre as dimensões gerencial e assistencial do processo de trabalho do enfermeiro. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v.18, n.2, p. 258-65, 2009.

Improving Chronic Illness Care – **The Chronic Care Model**. Disponível em: <http://www.improvingchroniccare.org/>. Acesso em 26/07/14.

LELLI, L. B. *et al.* Estratégias gerenciais para o desenvolvimento de competências em enfermagem em hospital de ensino. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 17, n. 2, p.262-9, 2012.

LEONELLO V. M.; OLIVEIRA M. A. C. Integralidade do cuidado à saúde como competência educativa do enfermeiro. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v.63, n.3, p.366-70, 2010.

LIMA, I. F. S. *et al.* Integralidade na percepção dos trabalhadores de uma Unidade Básica de Saúde da Família. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 46, n. 4, p. 944-52, 2012.

LIMA, K.; BERNARDINO, E.; DALLAIRE, C. Fonctions des infirmières dans le sunités de transplantation de cellules souches hématopietiques. **Recherche en soins infirmiers**, Paris- França, n. 113, p.86-94, 2013.

LINARD, A. G. *et al.* Princípios do Sistema Único de Saúde: compreensão dos enfermeiros da Estratégia de Saúde da Família. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 32, n. 1, p.114-20, 2011.

MAGALHÃES JR, H. M. Apresentação. In: MERHY, E.E *et al.* (orgs). **O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano**. 4 ed. São Paulo: HUCITEC, 2007.

MALTA, D. C.; MERHY, E. E. O percurso da linha do cuidado sob perspectiva das doenças crônicas não transmissíveis. **Interface – Comunicação, Saúde e Educação**, Botucatu, v. 14, n.34, p. 593-606, 2010.

MASSAROLO, M. C. K. B.; FERNANDES, M. F. P. Ética e gerenciamento em enfermagem. In: TRONCHIN, D.M.R. *et al.* **Gerenciamento em enfermagem**. 2 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2012.

MATOS, E.; PIRES, D. Teorias administrativas e organização do trabalho: de Taylor aos dias atuais, influências no setor saúde e na enfermagem . **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v.15, n.3, p. 508-14, 2006.

MATOS, E.; PIRES, D. E. P.; CAMPOS, G.W.S. Relações de trabalho em equipes interdisciplinares: contribuições para a constituição de novas formas de organização do trabalho em saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 62, n. 6, p.863-9, 2009.

MATTOS, R. A. A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade). **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, p. 1411-1416, 2004.

MATTOS, R. A. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, R., MATTOS, R.A.M. **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, 2007.

MATTOS, R. A. Cuidado prudente para uma vida decente. In: PINHEIRO, R., MATTOS, R.A. **Cuidado: as fronteiras da integralidade**. 3 ed., Rio de Janeiro: ABRASCO, 2013.

MERHY, E.E. Um dos grandes desafios para os gestores do SUS : Aposta em novos modos de fabricar os modelos de atenção. In: MERHY, E.E *et al.* **O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano**. 4 ed. São Paulo: HUCITEC, 2007.

MERHY E. E; CECÍLIO L. C. O. O singular processo de coordenação dos hospitais. **Saúde em Debate**. Rio de Janeiro, v. 27, n. 64, p.110-22, 2003.

MERHY, E.E; MALTA, D.C.; SANTOS, F.P. Desafios para os gestores do SUS hoje: compreender os modelos de assistência à saúde no âmbito da reforma sanitária brasileira e a potência transformadora da gestão. In: Freese E. **Municípios: a gestão da mudança em saúde**. Recife: UFPE, 2004.

MISHIMA S.M. *et al.* Organização do processo gerencial no trabalho em saúde pública. In: ALMEIDA, M.C.P, ROCHA, S.M.M. **O trabalho de enfermagem**. São Paulo: Cortez; 1997.

MONTENEGRO, L. C.; PENNA, C. M. M.; BRITO, M. J. M. A integralidade sob a ótica dos profissionais dos Serviços de Saúde de Belo Horizonte. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, São Paulo, v. 44, n. 3, p. 649-56, 2010.

MONTEZELLI, J. H.; PERES, A. M; BERNARDINO, E. Demandas institucionais e de cuidado no gerenciamento de enfermeiros em um pronto socorro. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 64, n. 2, p. 348-53, 2011.

MOTTA, P. R. **Gestão contemporânea**: a ciência e a arte de ser dirigente. 5 ed. Rio de Janeiro: Record, 1995.

O'DWYER, G.; MATTOS, R. A. Cuidado Integral e Atenção às Urgências: o serviço de atendimento móvel de urgência do Estado do Rio de Janeiro. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 22, n. 1, p. 199-210, 2013.

OLIVEIRA, M. C. Os modelos de cuidados como eixo de estruturação de atividades interdisciplinares e multiprofissionais em saúde. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 32, n.3, p. 347-55, 2008.

ORO J.; MATOS E. Organização do trabalho da enfermagem e assistência integral em saúde. **Enfermagem em Foco**, v.2, n.2, p.137-40, 2011.

ORO J.; MATOS E. Possibilidades e limites de organização do trabalho de enfermagem no modelo de cuidados integrais em instituição hospitalar. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 22, n. 2, p. 500-8, 2013.

PAIM, J. S. O que é o SUS. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2012 (3ª reimpressão).

- PEDUZZI, M. *et al.* Trabalho em equipe na perspectiva da gerência de serviços de saúde: instrumentos para a construção da prática interprofissional. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, p. 629-46, 2011.
- PINHEIRO, R.; GUIZARDI, F. L. Cuidado e integralidade: por uma genealogia de saberes e práticas no cotidiano. In: PINHEIRO, R., MATTOS, R.A. **Cuidado: as fronteiras da integralidade**. 3 ed., Rio de Janeiro: ABRASCO, 2013.
- POLIT, D. F.; BECK, C. T. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: Avaliação de evidências para a prática da enfermagem**. 7 ed. Porto Alegre: Artes médicas, 2011.
- QUEIRÓZ, E. S.; PENNA, C. M. M. Conceitos e práticas de integralidade no município de CatasAltas-MG. **Revista Mineira de Enfermagem**, Minas Gerais, v. 15, n. 1, p. 62-69, 2011.
- RICHARDSON, R. J. **Pesquisa social: métodos e técnicas**. 3 ed. , 14 reimpr. São Paulo: Atlas, 2012.
- RODRIGUES, R. A. P. *et al.* Transição do cuidado com o idoso após acidente vascular cerebral do hospital para casa. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 21, n. especial, p.216-24, 2013.
- RODRIGUEZ, E. O. L. *et al.* Programación del cambio de turno desde la óptica de los profesionales de enfermeira. **Enfermería Global**, España, v. 12, n.3, p. 206-31, 2013.
- ROSA, T. E. C. *et al.* Integralidade da atenção às doenças cardiovasculares e diabetes mellitus: o papel da regionalização do Sistema Único de Saúde no estado de São Paulo. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 12, n.2,p.158-71, 2009.
- SANT'ANNA, C. F. *et al.* Comunidade: objeto coletivo do trabalho das enfermeiras da Estratégia Saúde da Família. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 24, n.3, p. 341-47, 2011.
- SANTOS, J. L. G. *et al.* Revisão sistemática sobre a dimensão gerencial no trabalho do enfermeiro no âmbito hospitalar. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v.30, n. 3, p. 525-32, 2009.

SANTOS, J. L. G. *et al.* Concepções de comunicação na Gerência de Enfermagem Hospitalar entre enfermeiros gerentes de um Hospital Universitário. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 45, n.4, p. 959-65, 2011.

SANTOS, J. L. G. *et al.* Práticas de enfermeiros na gerência do cuidado em enfermagem e saúde: revisão integrativa. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 66, n.2, p. 257-63, 2013a.

SANTOS, J. L. G. *et al.* Desafios para a gerência do cuidado em emergência na perspectiva de enfermeiros. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v.26, n.2, p.136-43, 2013b.

SANTOS, J. L. G.; LIMA, M. A. D. S. Gerenciamento do cuidado: ações dos enfermeiros em um serviço hospitalar de emergência. **Revista Gaúchade Enfermagem**, Porto Alegre, v. 32, n. 4, p. 695-702, 2011.

SANTOS, J. S. S. *et al.* Avaliação do modelo de organização da unidade de Emergência do hcfmrp-usp, adotando, como referência, as políticas nacionais de atenção às urgências e de humanização. **Revista Medicina Ribeirão Preto**, São Paulo, v. 36, p. 498-515, 2003.

SANTOS, L.; ANDRADE, L.O.M. Redes interfederativas de saúde: um desafio para o SUS nos seus vinte anos. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 3, p.1671-80, 2011.

SANTOS, M.C.; BERNARDES, A. Comunicação da equipe de enfermagem e a relação com a gerência nas instituições de saúde. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 31, n.2, p. 359-66, 2010.

SANTOS, R.V.; PENNA, C. M. M. A educação em saúde como estratégia para o cuidado à gestante, puérpera e ao recém-nascido. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 18, n.4, p. 652-60, 2009.

SCHIMITH, M. D. Colonialismo nas relações entre trabalhadores e usuários durante as práticas de cuidado: implicações para a integralidade da atenção. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 17, n.4, p. 788-95, 2013.

SERRANO, M. T. P.; COSTA, A. S. M. C.; COSTA, N. M. V. N. Cuidar em enfermagem: como desenvolver a(s) competência(s). **Revista de Enfermagem Referência**, Coimbra, v. serIII, n. 3, p. 15-23, 2011.

SILVA, F. R. F. *et al.* Prática de enfermagem na condição crônica decorrente de hanseníase. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 18, n.2, p. 290-7, 2009.

SILVA JR, A. G.; ALVES, C. A. Modelos Assistenciais em Saúde: desafios e perspectivas. In: MOROSINI, V.G.C; CORBO, A.D.A. **Modelos de atenção e a saúde da família**. Rio de Janeiro:EPSJV/Fiocruz, 2007.

SILVA, R. V. G. O.; RAMOS, F. R. S. O trabalho de enfermagem na alta de crianças hospitalizadas: articulação da atenção hospitalar e básica. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v.32, n. 2, p. 309-15, 2011.

SOUSA, F. G. M.; ERDMANN, A.L.; MOCHEL, E.G. Condições limitadoras para a integralidade do cuidado à criança na atenção básica de saúde. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 20, n.especial, p. 263-71, 2011.

SOUSA, S. M. *et al.* Perfil de pacientes submetidos ao cateterismo cardíaco: subsídio para prevenção de fatores de risco cardiovascular. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 19, n.2, p. 304-8, 2014.

SOUZA, M. H. N. *et al.* Integralidade como uma dimensão da prática assistencial do enfermeiro no acolhimento mãe-bebê. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 17, n.4, p. 677- 82, 2013.

SPAGNOL, C. A.; FERRAZ, C. A. Tendências e perspectivas da administração em enfermagem: Um estudo na Santa Casa de Belo Horizonte- MG. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.10, n.1, p. 15-20, 2002.

TORRES, E. *et al.* Sistematização da assistência de enfermagem como ferramenta da gerência do cuidado: estudo de caso. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v.15, n.4, p. 730-6, 2011.

TRIGUEIRO, E. V. *et al.* Perfil e posicionamento do enfermeiro gerente quanto ao processo de enfermagem. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 18, n.2, p. 343- 49, 2014.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ–HOSPITAL DE CLÍNICAS - **Relatório de atividades** – HC/ UFPR, 2009. Disponível em:
<http://www.hc.ufpr.br/atividades/rel_atividades09.pdf>. Acesso em 10/06/13.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ – HOSPITAL DE CLÍNICAS. **REVISTA DO HOSPITAL** - Edição especial. Agosto / 2011. Disponível em: http://www.hc.ufpr.br/sites/all/arquivos/HC50ANOS_21_40.pdf >. Acesso em 03/11/13.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ – HOSPITAL DE CLÍNICAS. **Relatório de atividades 2010 – 2011**. Edição Especial, 2013. Disponível em: <http://www.hc.ufpr.br/atividades/rel_atividades10_11.pdf>. Acesso em 14/04/14.

VIEGAS, S.M.F. *et al.* O cotidiano da assistência ao cidadão na rede de saúde de Belo Horizonte. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 769-84, 2010.

XAVIER, C.; GUIMARAES, C. Uma semiótica da integralidade: o signo da integralidade e o papel da comunicação. In: PINHEIRO, R., MATTOS, R.A. **Cuidado: as fronteiras da integralidade**. 3 ed., Rio de Janeiro: ABRASCO, 2013.

YIN, R. K. **Estudo de caso: planejamento e métodos**. 4 ed. Porto Alegre: Bookman, 2010.

World Health Organization (WHO). **Health topics – Hospitals**. Geneva; 2013. Disponível em: <<http://www.who.int/topics/hospitals/en/>>. Acesso em 01/11/ 2013.

World Health Organization (WHO). **Programmes - Chronic diseases and health promotion**. Geneva: WHO; 2014. Disponível em: <http://www.who.int/chp/en/>. Acesso em 26/07/14.

APÊNDICES

APÊNDICE 1 – ROTEIRO PARA OBSERVAÇÃO NÃO PARTICIPANTE E VERIFICAÇÃO DOS DOCUMENTO	107
APÊNDICE 2 – INSTRUMENTO PARA ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA ...	108
APÊNDICE 3 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	110

APÊNDICE 1– ROTEIRO PARA OBSERVAÇÃO NÃO PARTICIPANTE E
VERIFICAÇÃO DOS DOCUMENTOS

<u>ROTEIRO</u> Observação não participante Análise dos documentos
Compreensão do cuidado integral pelos enfermeiros
Gerenciamento de enfermagem com vistas ao cuidado integral
Integração entre a equipe de enfermagem
Integração entre os profissionais da equipe multiprofissional
Integração entre os serviços

APÊNDICE 2 – INSTRUMENTO PARA ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA

I. CARACTERIZAÇÃO DO PARTICIPANTE

Sexo:.....

Idade:.....

Tempo de formado (anos):.....

Tempo no serviço em questão (anos):.....

Cargo:.....

Qualificação:.....

II. ENTREVISTA

1) Como é a integração do seu serviço com outros serviços que não pertencem a unidade gerencial e com a rede?

.....

2) Como é a integração do seu serviço com os outros serviços que compõe a unidade gerencial?

.....

3) Como se dá a integração da enfermagem com os demais profissionais?

.....

4) Como se dá a organização do cuidado de enfermagem na sua unidade?

.....

5) Como são desenvolvidas estratégias na sua unidade para o atendimento com vistas ao cuidado integral?

.....

6) Como a continuidade da assistência é alcançada mediante estratégias utilizadas no seu serviço?

.....

7) Como o gerenciamento na sua unidade favorece o cuidado integral?

.....

8) De que forma o atendimento às necessidades dos usuários facilitam/
dificultam o processo de trabalho?

.....

APÊNDICE 3 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, Solange Meira de Sousa, pesquisador da Universidade Federal do Paraná, convido você, enfermeiro da Unidade Gerencial Cardiovascular e Pneumologia, a participar de um estudo intitulado “Gerenciamento da linha de cuidado: Em busca do cuidado integral”. Para se adequar ao modelo assistencial proposto pelo SUS, o Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná (HC/UFPR) adotou um modelo gerencial baseado em linhas de cuidado e está organizado em Unidades Gerencias. Esta pesquisa é importante, pois este modelo baseado em linhas de cuidado tem o usuário como centro de suas ações, e este deve ser atendido na perspectiva da integralidade. Considerando que o enfermeiro é parte central desse processo, tanto no cuidado como no gerenciamento, pretende-se conhecer o trabalho deste profissional nessa perspectiva do cuidado integral.

a) O objetivo desta pesquisa é analisar o trabalho do enfermeiro na perspectiva do cuidado integral na linha de cuidado Cardiovascular e Pneumologia.

b) Caso você participe da pesquisa, será necessário apenas que você participe de uma entrevista, respondendo a questões relacionadas a este assunto. Essa entrevista terá duração de aproximadamente 2 horas.

c) Para tanto você deverá comparecer nesta entrevista, que será agendada antecipadamente, e o local desta entrevista será onde você achar melhor.

d) Esta pesquisa não oferece riscos, no entanto, caso aconteça algum tipo de constrangimento durante a entrevista ou qualquer mal-estar isto será levado em consideração, pois sua opinião é importante. Neste caso a entrevista é interrompida imediatamente e reagendada para outro momento, caso ainda haja o interesse em continuar a pesquisa, caso contrário a entrevista será cancelada, a seu critério.

e) Os benefícios esperados com essa pesquisa são: 1) Contribuir para que os resultados possam favorecer o aperfeiçoamento do modelo gerencial; 2) Ratificar a importância de um modelo gerencial para a operacionalização de forma qualificada do modelo assistencial do Sistema Único de Saúde; 3) Conhecimento a respeito da efetividade de um modelo gerencial e sua contribuição para a operacionalização e efetivação do Sistema Único de Saúde. No entanto, nem sempre você será diretamente beneficiado com o resultado da pesquisa, mas poderá contribuir para o avanço científico.

f) A pesquisadora abaixo mencionada, responsável por este estudo poderá ser contatada para esclarecer eventuais dúvidas que você possa ter e fornecer-lhe as informações que queira, antes, durante ou depois de encerrado o estudo:

- Solange Meira de Sousa mestranda pelo programa de pós-graduação da Universidade Federal do Paraná, pode ser contatada pelo telefone: 41-98103885 ou pelo email: solangesmj@gmail.com, para esclarecer eventuais dúvidas que você possa ter e fornecer-lhe as informações que queira, antes, durante ou depois de encerrado o estudo. Endereço comercial: Av. Lothário Meissner, 632 - Jardim Botânico, Setor de Ciências da Saúde - Curitiba - PR-CEP: 80.210-170. Pós-graduação- 3º andar- (41) 3361-3756 - e-mail: Solangems@ufpr.br.

g) A sua participação neste estudo é voluntária e se você não quiser mais fazer parte da pesquisa poderá desistir a qualquer momento e solicitar que lhe devolvam o termo de consentimento livre

e esclarecido assinado.

<p>Rubricas:</p> <p>Participantes da Pesquisa e /ou responsável legal _____</p> <p>Pesquisador Responsável _____</p> <p>Orientador _____ Orientado _____</p>
--

Comitê de Ética em Pesquisa do Setor de Ciências da Saúde da UFPR.
 Rua Pe. Camargo, 280 – 2º andar – Alto da Glória – Curitiba-PR- CEP: 80060-240.
 Tel (41) 3360-7259. Email: cometica.saude@ufpr.br.

preservada e seja mantida a confidencialidade. A sua entrevista será gravada, respeitando-se completamente o seu anonimato. Tão logo transcrita a entrevista e encerrada a pesquisa o conteúdo será desgravado ou destruído.

i) As despesas necessárias para a realização da pesquisa, como blocos de anotação, impressos entre outros, não são de sua responsabilidade e pela sua participação no estudo você não receberá qualquer valor em dinheiro. Você terá a garantia de que problemas como: Qualquer situação de constrangimento ou mal-estar será levado em consideração, pois sua opinião é importante. No entanto, esta pesquisa não oferece riscos, porém, caso essas situações aconteçam a entrevista é interrompida e reagendada a seu critério, quando houver o interesse em prosseguir no estudo.

j) Quando os resultados forem publicados, não aparecerá seu nome, e sim um código.

Eu, _____ li esse termo de consentimento e compreendi a natureza e objetivo do estudo do qual concordei em participar. A explicação que recebi menciona riscos e benefícios. Eu entendi que sou livre para interromper minha participação a qualquer momento sem justificar minha decisão.

Eu concordo voluntariamente em participar deste estudo.

(Assinatura do participante de pesquisa ou responsável legal)

Local e data

Assinatura do Pesquisador

Comitê de Ética em Pesquisa do Setor de Ciências da Saúde da UFPR.
Rua Pe. Camargo, 280 – 2^o andar – Alto da Glória – Curitiba-PR- CEP: 80060-240.
Tel (41) 3360-7259. Email: cometica.saude@ufpr.br.

ANEXOS

ANEXO 1 – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP / SCS	113
ANEXO 2 – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP HC/UFPR	116

ANEXO 1 – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP / SCS

UNIVERSIDADE FEDERAL DO
PARANÁ - SETOR DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE/ SCS -



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Gerenciamento da linha de cuidado: Em busca do cuidado integral

Pesquisador: Solange Meira de Sousa

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 21730013.0.0000.0102

Instituição Proponente: Universidade Federal do Paraná - Setor de Ciências da Saúde/ SCS

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 440.756

Data da Relatoria: 16/10/2013

Apresentação do Projeto:

Projeto de pesquisa orientado pela Profa. Elizabeth Bernardino.

Pesquisa exploratória, de abordagem qualitativa, que tem como objetivo analisar o cuidado integral na perspectiva do enfermeiro na linha de cuidado Cardiovascular e Pneumologia. Os participantes serão os enfermeiros lotados na Unidade Gerencial Cardiovascular e Pneumologia do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná, totalizando 11 participantes. Serão realizadas entrevistas semi-estruturadas, observação não participante e verificados documentos que se restringem especificamente a protocolos assistenciais, escalas de serviço e regimentos da Unidade Cardiovascular e Pneumologia, com objetivo unicamente de verificar aspectos relacionados ao cuidado integral.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Analisar o cuidado integral sob a perspectiva do trabalho do enfermeiro na linha de cuidado Cardiovascular e Pneumologia.

Objetivo Secundário:

- Descrever a linha de cuidado Cardiovascular e Pneumologia.- Apreender como acontece o processo de cuidar em enfermagem nas unidades assistenciais que compõem a linha de cuidado Cardiovascular e Pneumologia.

Endereço: Rua Padre Camargo, 280

Bairro: 2º andar

UF: PR

Município: CURITIBA

CEP: 80.060-240

Telefone: (41)3360-7259

E-mail: cometica.saude@ufpr.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DO
PARANÁ - SETOR DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE/ SCS -



Continuação do Parecer: 440.756

- Aprender como acontece o processo de gerenciamento em enfermagem nas unidades assistenciais que compõem a linha de cuidado Cardiovascular e Pneumologia.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Apresentados de acordo com o solicitado pelo CEP

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa tinha pendências a serem atendidas.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Apresentados de acordo com o solicitado pelo CEP

Recomendações:

Solicitamos que sejam apresentados a este CEP, relatórios semestrais sobre o andamento da pesquisa, bem como informações relativas às modificações do protocolo, cancelamento, encerramento e destino dos conhecimentos obtidos, através da Plataforma Brasil - no modo: NOTIFICAÇÃO

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Todas as pendências foram atendidas.

É obrigatório retirar na secretaria do CEP/SD uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido com carimbo onde constará data de aprovação por este CEP/SD, sendo este modelo reproduzido para aplicar junto ao participante da pesquisa.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

O TCLE deverá conter duas vias, uma ficará com o pesquisador e uma cópia ficará com o participante da pesquisa, tanto o participante como o pesquisador deverão rubricar todas as páginas do TCLE, opondo assinaturas na última página do referido Termo (Carta Circular nº. 003/2011CONEP/CNS).

Endereço: Rua Padre Camargo, 280

Bairro: 2º andar

CEP: 80.060-240

UF: PR

Município: CURITIBA

Telefone: (41)3360-7259

E-mail: cometica.saude@ufpr.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DO
PARANÁ - SETOR DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE/ SCS -



Continuação do Parecer: 440.756

CURITIBA, 30 de Outubro de 2013

Assinador por:
Claudia Seely Rocco
(Coordenador)

Endereço: Rua Padre Camargo, 280

Bairro: 2º andar

UF: PR

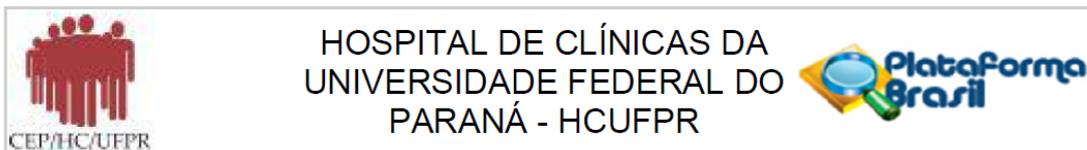
Telefone: (41)3360-7259

Município: CURITIBA

CEP: 80.060-240

E-mail: cometica.saude@ufpr.br

ANEXO 2 – PARECER CONSUBSTANCIADO CEP HCUFPR



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Gerenciamento da linha de cuidado: Em busca do cuidado integral

Pesquisador: Solange Meira de Sousa

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 21730013.0.0000.0102

Instituição Proponente: Universidade Federal do Paraná - Setor de Ciências da Saúde/ SCS

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 506.623

Data da Relatoria: 26/11/2013

Apresentação do Projeto:

Trata-se de projeto de mestrado em enfermagem, que será orientado pela professora Elisabeth Bernardino. A pesquisa já foi aprovada pelo CEP/SCS e o HC será instituição coparticipante pois a coleta de dados acontecerá nos Serviços de Cardiologia e Pneumologia. O estudo terá abordagem qualitativa e consistirá na análise de conteúdo de entrevistas com questões abertas realizadas com os profissionais enfermeiros dos respectivos serviços. A pesquisadora também prevê a observação do trabalho destes enfermeiros. Estima-se a participação de 11 profissionais.

Objetivo da Pesquisa:

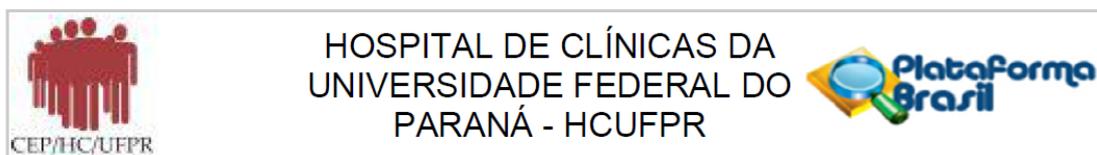
Objetivo Geral: Analisar o cuidado integral sob a perspectiva do trabalho do enfermeiro na linha de cuidado Cardiovascular e Pneumologia.

Objetivos Específicos: Descrever a linha de cuidado Cardiovascular e Pneumologia. Apreender como acontece o processo de cuidar em enfermagem nas unidades assistenciais que compõem a linha de cuidado Cardiovascular e Pneumologia. Apreender como acontece o processo de gerenciamento em enfermagem nas unidades assistenciais que compõem a linha de cuidado Cardiovascular e Pneumologia.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos mínimos relacionados ao constrangimento ou mal-estar para responder as questões da

Endereço: Rua Gal. Carneiro, 181	CEP: 80.060-900
Bairro: Alto da Glória	
UF: PR	Município: CURITIBA
Telefone: (41)3360-1041	Fax: (41)3360-1041
	E-mail: cep@hc.ufpr.br



Continuação do Parecer: 506.623

entrevista. Benefícios indiretos, relacionados ao avanço da ciência.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa é relevante, tem métodos e coleta de dados minuciosamente detalhada. Porém, pesquisadora fala que além da entrevista será feita uma observação não participante do trabalho do enfermeiro, mas não detalha tal procedimento. Esclarecido pela pesquisadora.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os termos foram incluídos adequadamente. A carta de concordância foi assinada pela supervisora de enfermagem e pela gerente da unidade de Cardiologia e Pneumologia. O instrumento de coleta (entrevista) foi anexado ao projeto.

Recomendações:

É obrigatório trazer ao CEP/HC uma via do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido que foi aprovado, para assinatura e rubrica. Após, xerocar este TCLE em duas vias, uma ficará com o pesquisador e uma para o participante da pesquisa.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

No TCLE:

Os participantes devem ser informados que terão seu trabalho observado (observação não participante). Informar de que forma essa observação será feita, e por quanto tempo.

Os participantes devem ser informados de que as entrevistas serão gravadas e transcritas.

TCLE CORRIGIDO COM AS ADEQUAÇÕES SOLICITADAS POR ESTE CEP.

Quanto à viabilidade de execução nas dependências do Hospital de Clínicas, o projeto de pesquisa pode ser aprovado.

Situação do Parecer:

Aprovado

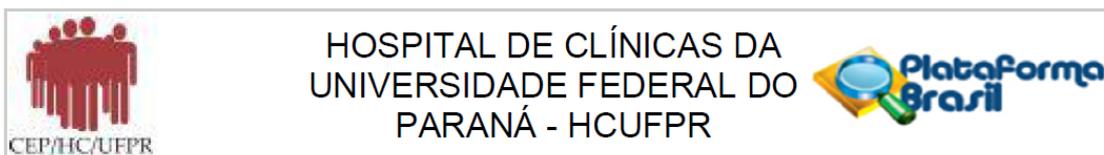
Necessita Avaliação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Diante do exposto, o Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos do HC-UFPR, de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS 466/2012, manifesta-se pela aprovação do projeto conforme proposto para início da Pesquisa. Solicitamos que sejam apresentados a este CEP,

Endereço: Rua Gal. Carneiro, 181
Bairro: Alto da Glória **CEP:** 80.060-900
UF: PR **Município:** CURITIBA
Telefone: (41)3360-1041 **Fax:** (41)3360-1041 **E-mail:** cep@hc.ufpr.br



Continuação do Parecer: 506.623

relatórios semestrais sobre o andamento da pesquisa, bem como informações relativas às modificações do protocolo, cancelamento, encerramento e destino dos conhecimentos obtidos. Manter os documentos da pesquisa arquivado.

É dever do CEP acompanhar o desenvolvimento dos projetos, por meio de relatórios semestrais dos pesquisadores e de outras estratégias de monitoramento, de acordo com o risco inerente à pesquisa.

CURITIBA, 06 de Janeiro de 2014

Assinador por:
Renato Tambara Filho
(Coordenador)

Endereço: Rua Gal. Carneiro, 181
Bairro: Alto da Glória **CEP:** 80.060-900
UF: PR **Município:** CURITIBA
Telefone: (41)3360-1041 **Fax:** (41)3360-1041 **E-mail:** cep@hc.ufpr.br