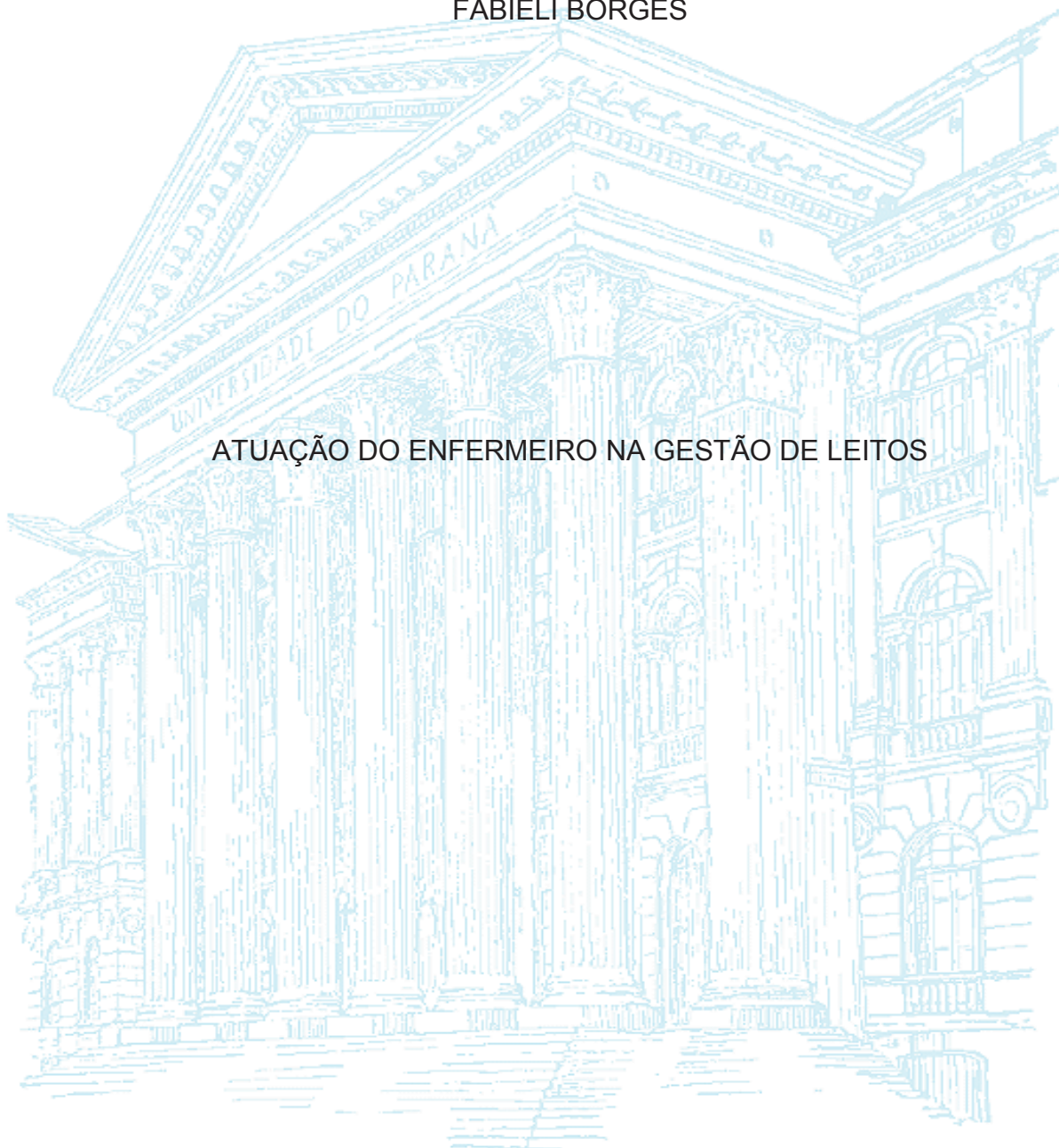


UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

FABIELI BORGES

ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NA GESTÃO DE LEITOS



CURITIBA

2019

FABIELI BORGES

ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NA GESTÃO DE LEITOS

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado Acadêmico do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná, para obtenção de título de mestre em Enfermagem.

Linha de pesquisa: Gerenciamento dos Serviços de Saúde e de Enfermagem do Grupo de Pesquisas em Políticas, Gestão e Práticas em Saúde (GPPGPS).

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Elizabeth Bernardino

CURITIBA

2019

Borges, Fabieli
Atuação do enfermeiro na gestão de leitos [recurso eletrônico] / Fabieli Borges –
Curitiba, 2019.

Dissertação (mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Setor
de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná, 2019.

Orientadora: Professora Dra. Elizabeth Bernardino

1. Papel do profissional de enfermagem. 2. Ocupação de leitos. 3. Gestão em
saúde. 4. Hospital de ensino. I. Bernardino, Elizabeth. II. Universidade Federal do
Paraná. III. Título.

CDD 610.73

TERMO DE APROVAÇÃO

Os membros da Banca Examinadora designada pelo Colegiado do Programa de Pós-Graduação em ENFERMAGEM da Universidade Federal do Paraná foram convocados para realizar a arguição da Dissertação de Mestrado de **FABIELI BORGES**, intitulada: **ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NA GESTÃO DE LEITOS**, após terem inquirido a aluna e realizado a avaliação do trabalho, são de parecer pela sua aprovação no rito de defesa.

A outorga do título de Mestre está sujeita à homologação pelo colegiado, ao atendimento de todas as indicações e correções solicitadas pela banca e ao pleno atendimento das demandas regimentais do Programa de Pós-Graduação.

Curitiba, 20 de Fevereiro de 2019.


ELIZABETH BERNARDINO
Presidente da Banca Examinadora


NELSI SALETE TONINI
Avaliador Externo (UNIOESTE)


MARCELO MARCONDES STEGANI
Avaliador Externo (UFPR)

Dedico este trabalho aos meus pais, Silvalina e Rogério, por serem o motivo da minha busca por grandes conquistas.

AGRADECIMENTOS

À Deus, por tudo o que sou.

Aos meus pais, Silvalina da Rocha Borges e Rogério Vilmar Borges, que sempre estiveram comigo, oferecendo seu essencial apoio, mesmo nas suas simplicidades e entendimento leigo. Obrigada por todo esforço para tornar possíveis meus sonhos.

Ao meu irmão Rafael Borges e à pequena Maria Isabely Borges, por tornarem meus dias mais alegres.

A Marcelo Roger Meneghatti, namorado e melhor amigo. Sou grata pela imensurável paciência, compreensão e apoio nesta trajetória. O caminho foi menos árduo estando ao seu lado.

Á minha amiga Denise Rigo, por estar sempre presente e me amparar em momentos difíceis. Obrigada pelas caronas na logística envolvida durante o mestrado.

Á minha “dupla” de grupo de pesquisa, e presente que a vida me deu, minha amiga Sonia Macedo. Obrigada por toda ajuda e incentivo.

Às amigas que fiz neste caminho, pelo companheirismo e torcida nesta jornada, em especial, Vanessa, Suellem, Tatieli e Evelyn.

À todos que me incentivaram a concorrer ao Processo Seletivo deste edital. Estar na UFPR propiciou ampliar horizontes na enfermagem.

Aos que não mediram esforços para facilitar esta jornada e me ofereceram moradia, minha primeira professora do primário Margarete e meus amigos Adrieli e Vilmar, que após anos, tive o prazer deste reencontro.

Ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Paraná e ao corpo docente, que me propiciaram um relevante crescimento profissional.

Á banca de qualificação e defesa, Prof. Dra. Luciana S. Gonçalves, Dr. Marcelo M. Stegani e Prof. Dra. Nelsi Salete Tonini, pela disponibilidade e pelas valiosas contribuições para este trabalho.

Aos participantes do estudo (enfermeiros das unidades assistenciais, médicos e residentes e, sobretudo, aos enfermeiros da Gestão de Leitos) e ao Complexo Hospital de Clínicas, que tornaram possível o andamento desta pesquisa, minha gratidão.

Ao GPPGPS, por todo ensinamento e momentos de reflexão.

À Coordenação de Ensino e Pesquisa de Nível Superior (CAPES), pelo incentivo financeiro.

AGRADECIMENTO ESPECIAL

Á Dra. Elizabeth Bernardino, minha orientadora, por me conduzir pacientemente na construção desta pesquisa. O caminho foi mais leve com seus ensinamentos. É admirável a forma como olha para a pesquisa, para a prática profissional e gestão na enfermagem.

“[...] O pensamento aumenta, e ela não consegue Controlar. Começam as ideias, do que se pode fazer, para mudar aquela situação. Mas as Ideias são Loucas. E para ela, falta Coragem.

De repente, algo acontece. Algo que a surpreende. Seus Medos. Eles estão sendo substituídos por algo que diz:
O que você tem a Perder? Você pode Tentar, se Não der Certo, você Tentou.

Ela começa a Refletir a Respeito. E aquelas Ideias criadas por ela mesma, começam a ter poder Significativo em sua Mente, pois começam a Persuadi-la. Ela não quer. Pensa: "Mas Como vou fazer isso?", "E se der Errado?". Porém o Desejo de mudar aquilo que até então foi Igual, era maior.

E ela Foi.

Fazer aquilo que já devia ter Feito.”

(Grayce Kelly Seth Bioen)

RESUMO

A Gestão de Leitos está respalda pela Política Nacional de Atenção Hospitalar por meio da Portaria nº 3.390 de 30 de dezembro de 2013 com vistas à uma otimização de leitos hospitalares, em resposta a um cenário de exigência orçamentária restritiva e necessidade de melhor integração da rede de atenção. A gestão interna de leitos é ainda uma atividade em construção, mas é considerado um campo inovador de atuação para enfermeiros. O serviço de gestão de leitos do Hospital de clínicas da Universidade Federal do Paraná iniciou em Outubro de 2015. O objetivo deste estudo consistiu em analisar a atuação do enfermeiro de uma unidade de gestão de leitos de um hospital público na perspectiva do modelo teórico de Dubois e autores. Trata-se de uma pesquisa descritiva qualitativa. Os dados foram obtidos por meio de entrevistas com cinco enfermeiros da Gestão de Leitos, 21 enfermeiros das unidades assistenciais e seis médicos residentes do Complexo Hospital de Clínicas (CHC). Os dados foram coletados por meio de entrevistas semiestruturadas, após a explicação dos objetivos do estudo aos participantes, e tiveram os áudios gravados e posteriormente transcritos. Contemplou ainda, observação com um total de 23 horas e complemento com dados do serviço, ambos relacionados aos enfermeiros da Gestão de Leitos. A coleta ocorreu nos meses de fevereiro a maio de 2018. A análise aconteceu por meio da Análise de Conteúdo Temático Categorical, com o uso do software MAXQDA[®] como recurso de operacionalização dos dados. Uma matriz de análise inspirada no modelo teórico de Dubois e autores (2013) foi previamente construída e utilizada para direcionar a análise dos dados. Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Complexo Hospital de Clínicas/PR da Universidade Federal do Paraná, CAEE N° 73923417.1.0000.0096 em fevereiro de 2018. Os participantes foram selecionados por amostragem não probabilística, e após a aplicação dos critérios de inclusão e exclusão, totalizaram 32 participantes. A partir das categorias analíticas, emergiram subcategorias que possibilitaram dimensões que compreenderam o trabalho do enfermeiro na Gestão de leitos. O estudo foi submetido a teste piloto para adequação dos instrumentos do trabalho. Os resultados foram organizados na matriz de análise, compreendendo três categorias: Aquisição, implantação e manutenção de recursos de enfermagem; Transformação de recursos de enfermagem em serviços de enfermagem relevantes e; Resultados do trabalho do enfermeiro na Gestão de leitos. Entender como é atuação de enfermeiros no serviço de Gestão de Leitos é elemento crucial no cenário de novas práticas que circundam novos espaços e diferentes papéis em prol da visibilidade e fortalecimento de identidade para este profissional.

Palavras-chave: Papel do profissional de enfermagem. Gestão de leitos. Gestão em saúde. Hospital de ensino.

ABSTRACT

Bed Management is supported by the National Policy on Hospital Care, Order No. 3390 of December 30, 2013, which aims to optimize the hospital beds, in response to a restrictive budget scenario requirements and the need for better attention network integration. The internal bed management is still a business in progress, and it is considered an innovative work for nurses. The bed management service of the Complexo Hospital das Clínicas (Complex of Clinic Hospital) (CHC, Brazilian acronym), belonging to Federal University of Paraná, began in October 2015. This study aimed to analyze the nurse's performance in a Bed Management Unit in a public hospital under the perspective of the theoretical model of Dubois et al. (2013). This is a descriptive-qualitative research. Data were obtained by interviews with five nurses from the Bed Management Unit, twenty-one nurses from the care unit, and six physicians/residents of the CHC. Data were collected through semi-structured interviews after explaining the study objectives to the participants, and the respective audios were recorded and later they were transcribed. This study also included observation of twenty-three hours and was complemented with data from the service, both related to the Nurses of the Bed Management Unit. The data were collected from February to May 2018. The analysis was made by means of the Categorical Thematic Content Analysis, using MAXQDA[®] software as data operation resource. An analysis matrix inspired by the theoretical model of Dubois et al. (2013) was previously constructed and used to guide the data analysis. This study was approved by the Research Ethics Committee of the Complexo Hospital das Clínicas, belonging to Federal University of Paraná, Centro de Atendimento Educacional Especializado (Specialized Educational Assistance Center) (CAEE, Brazilian acronym) No. 73923417.1.0000.0096, in February 2018. Participants were selected by non-probabilistic sampling and, after applying inclusion and exclusion criteria, amounted to thirty-two participants. Using analytical categories as base, subcategories emerged, which enabled dimensions that comprised the nurse's performance in Bed Management. This study was submitted to a pilot test for work tools adjustments. Results were organized in the analysis matrix, comprising three categories: (a) Acquisition, implantation, and maintenance of nursing resources; (b) Transformation of nursing resources in relevant nursing services; and (c) Nursing Work Results in Bed Management. Understanding how nurses work in Bed Management service is a crucial element in the new practice scenario that surround the new spaces and different roles in favor of the visibility and strengthening the identity of this professional.

Keywords: Nursing professional role. Hospital bed management. Health management. Teaching hospital.

LISTA DE SIGLAS

AC	- Análise de Conteúdo
ACTC	- Análise de Conteúdo Temático-Categorial
ANAHP	- Associação Nacional dos Hospitais Privados
APS	- Atenção Primária à Saúde
CAAE	- Certificado de Apresentação para Apreciação Ética
CCIH	- Comissão de Controle de Infecção Hospitalar
CEP	- Comitê de Ética em Pesquisa
CHC	- Complexo Hospital de Clínicas
CM	- Clínica Médica
CNES	- Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde
CNS	- Cartão Nacional de Saúde
COFEN	- Conselho Federal de Enfermagem
CONASS	- Conselho Nacional de Secretários de Saúde
COREN	- Conselho Regional de Enfermagem
COREQ	- <i>Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research</i>
CTSI	- Centro de Terapia Semi-intensiva
DCN/ENF	- Diretrizes Curriculares Nacionais para o curso de Graduação em Enfermagem
FANEMA	- Faculdade de Medicina de Marília
GPPGPS	- Gerenciamento dos Serviços de Saúde e de Enfermagem do Grupo de Pesquisas em Políticas, Gestão e Práticas em Saúde
IBGE	- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
LC	- Linhas de Cuidado
LR	- Leito de Retaguarda
MS	- Ministério da Saúde
NAQH	- Núcleo de Acesso e Qualidade Hospitalar
NCPF	- <i>Nursing Care Performance Framework</i>
NIR	- Núcleo Interno de Regulação
NOAS	- Norma Operacional da Assistência à Saúde
NOB	- Norma Operacional Básica
OT	- Ortopedia e Traumatologia

PNAB	- Política Nacional de Atenção Básica
PNHOSP	- Política Nacional de Atenção Hospitalar
POP	- Procedimento Operacional Padrão
PPI	- Programação Pactuada Integrada
PTS	- Projeto Terapêutico Singular
RAS	- Redes de Atenção à Saúde
SAMU	- Serviço de Atendimento Pré-hospitalar de Urgência e Emergência
SCNES	- Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
SIH	- Sistemas de Informação Hospitalar
SUS	- Sistema Único de Saúde
TCLE	- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TIC	- Tecnologias de Informações e Comunicações
TMP	- Tempo Médio de Permanência
UCIR	- Unidade Cirúrgica
UCP	- Unidade de Cardio-Pneumologia
UFPR	- Universidade Federal do Paraná
UMI	- Unidade Materna Infantil
UNICAPE	- Unidade de Cabeça e Pescoço
UNICLIN	- Unidade de Clínica Médica
UNP	- Unidade de Neurologia
UNU	- Unidade de Nefrologia e Urologia
UR	- Unidade de Registro
UR	- Unidade Referenciada
URA	- Unidade de Regulação Assistencial
US	- Unidade de significação
UTI	- Unidade de Terapia Intensiva
UUEA	- Unidade de Urgência e Emergência

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1 - VISÃO GERAL DO FUNCIONAMENTO DE UM NÚCLEO INTERNO DE REGULAÇÃO	30
FIGURA 2 - REPRESENTAÇÃO DO CONTEXTO DA GESTÃO DE LEITOS NO COMPLEXO HOSPITAL DE CLÍNICAS	43
FIGURA 3 - REPRESENTAÇÃO ESQUEMÁTICA DA SÍNTESE DOS RESULTADOS NO FLUXO DA GESTÃO DE LEITOS	108
FIGURA 4 - FEEDBACK FORNECIDO PELOS PARTICIPANTES ENFERMEIROS DA GESTÃO DE LEITOS, COM RELAÇÃO AOS RESULTADOS DA PESQUISA	110

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1 -	DIMENSÕES DE ATUAÇÃO DAS AÇÕES DA POLÍTICA NACIONAL DE REGULAÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE...	27
QUADRO 2 -	FUNDAMENTOS TEÓRICOS UTILIZADOS PARA CONSTRUÇÃO DO MODELO TEÓRICO	38
QUADRO 3 -	PROCEDIMENTOS ADOTADOS PARA COLETA DE DADOS CONFORME TÉCNICA	46
QUADRO 4 -	MATRIZ DE ANÁLISE DOS DADOS – CATEGORIA 1	48
QUADRO 5 -	MATRIZ DE ANÁLISE DOS DADOS – CATEGORIA 2	49
QUADRO 6 -	MATRIZ DE ANÁLISE DOS DADOS – CATEGORIA 3	49
QUADRO 7 -	SÍNTESE DAS UNIDADES DE REGISTRO E UNIDADES DE SIGNIFICAÇÃO POR SUBCATEGORIAS DA CATEGORIA 1: AQUISIÇÃO, IMPLANTAÇÃO E MANUTENÇÃO DE RECURSOS DOS ENFERMEIROS DA GESTÃO DE LEITOS COM OS PARTICIPANTES ENFERMEIROS DA GESTÃO DE LEITOS	52
QUADRO 8 -	SÍNTESE DAS UNIDADES DE REGISTRO E UNIDADES DE SIGNIFICAÇÃO POR SUBCATEGORIAS DA CATEGORIA 2: TRANSFORMANDO RECURSOS DE ENFERMAGEM EM SERVIÇOS DE ENFERMAGEM RELEVANTES COM OS PARTICIPANTES ENFERMEIROS DA GESTÃO DE LEITOS	61
QUADRO 9 -	SÍNTESE DAS UNIDADES DE REGISTRO E UNIDADES DE SIGNIFICAÇÃO POR SUBCATEGORIAS DA CATEGORIA 3: RESULTADOS DO TRABALHO DO ENFERMEIRO DA GESTÃO DE LEITOS COM OS PARTICIPANTES ENFERMEIROS DA GESTÃO DE LEITOS	66
QUADRO 10 -	SÍNTESE DAS UNIDADES DE REGISTRO E UNIDADES DE SIGNIFICAÇÃO POR SUBCATEGORIAS DA CATEGORIA 1 - AQUISIÇÃO, IMPLANTAÇÃO E MANUTENÇÃO DE RECURSOS DOS ENFERMEIROS DA GESTÃO DE LEITOS COM MÉDICOS/RESIDENTES.....	68

QUADRO 11 - SÍNTESE DAS UNIDADES DE REGISTRO E UNIDADES DE SIGNIFICAÇÃO POR SUBCATEGORIAS DA CATEGORIA 2 - AQUISIÇÃO, IMPLANTAÇÃO E MANUTENÇÃO DE RECURSOS DOS ENFERMEIROS DA GESTÃO DE LEITOS COM MÉDICOS/RESIDENTES.....	73
QUADRO 12 - SÍNTESE DAS UNIDADES DE REGISTRO E UNIDADES DE SIGNIFICAÇÃO POR SUBCATEGORIAS DA CATEGORIA 3 – RESULTADOS DO TRABALHO DO ENFERMEIRO DA GESTÃO DE LEITOS COM MÉDICOS/RESIDENTES	76
QUADRO 13 - SÍNTESE DAS UNIDADES DE REGISTRO E UNIDADES DE SIGNIFICAÇÃO POR SUBCATEGORIAS DA CATEGORIA 1 - AQUISIÇÃO, IMPLANTAÇÃO E MANUTENÇÃO DE RECURSOS DOS ENFERMEIROS DA GESTÃO DE LEITOS COM ENFERMEIROS DAS UNIDADES ASSISTENCIAIS	78
QUADRO 14 - SÍNTESE DAS UNIDADES DE REGISTRO E UNIDADES DE SIGNIFICAÇÃO POR SUBCATEGORIAS DA CATEGORIA 2 – TRANSFORMANDO RECURSOS DE ENFERMAGEM EM SERVIÇOS DE ENFERMAGEM RELEVANTES DE ENFERMEIROS DAS UNIDADES ASSISTENCIAIS	82
QUADRO 15 - SÍNTESE DAS UNIDADES DE REGISTRO E UNIDADES DE SIGNIFICAÇÃO POR SUBCATEGORIAS DA CATEGORIA 3 – RESULTADOS DO TRABALHO DO ENFERMEIRO DA GESTÃO DE LEITOS NA PERSPECTIVA DOS ENFERMEIROS DAS UNIDADES ASSISTENCIAIS.....	87
QUADRO 16 - MATRIZ DE ANÁLISE COM A SÍNTESE DOS RESULTADOS COM OS TRÊS GRUPOS DE PARTICIPANTES DA PESQUISA PARA A CATEGORIA 1: AQUISIÇÃO, IMPLANTAÇÃO E MANUTENÇÃO DE RECURSOS E COM A APRESENTAÇÃO DA EVIDÊNCIA QUANTITATIVA.....	96
QUADRO 17 - MATRIZ DE ANÁLISE COM A SÍNTESE DOS RESULTADOS COM OS TRÊS GRUPOS DE PARTICIPANTES DA PESQUISA PARA A CATEGORIA 2: AQUISIÇÃO, IMPLANTAÇÃO E MANUTENÇÃO DE RECURSOS E COM A APRESENTAÇÃO DA EVIDÊNCIA QUANTITATIVA.....	101

QUADRO 18 - MATRIZ DE ANÁLISE COM A SÍNTESE DOS RESULTADOS COM OS TRÊS GRUPOS DE PARTICIPANTES DA PESQUISA PARA A CATEGORIA 3: RESULTADOS DO TRABALHO DO ENFERMEIRO DA GESTÃO DE LEITOS.....	104
--	-----

LISTA DE TABELAS

TABELA 1 - TOTAL DE UNIDADE DE REGISTRO	50
---	----

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	18
1 INTRODUÇÃO	20
1.1 OBJETIVO	24
2 REVISÃO DE LITERATURA	25
2.1. A REGULAÇÃO EM SAÚDE NO BRASIL E A GESTÃO DE LEITOS HOSPITALAR.....	25
2.2. ESPAÇOS DE ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO	31
3. REFERENCIAL TEÓRICO METODOLÓGICO	37
4 TRAJETÓRIA METODOLÓGICA	42
4.1 TIPO DE ESTUDO.....	42
4.2 CENÁRIO DO ESTUDO	42
4.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO	44
4.4 COLETA DOS DADOS	45
4.5 ANÁLISE DOS DADOS	47
4.6 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS.....	91
5 APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS	93
5.1 CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES DA PESQUISA.....	93
5.2. AQUISIÇÃO, IMPLANTAÇÃO E MANUTENÇÃO DE RECURSOS DE ENFERMAGEM	94
5.3 TRANSFORMAÇÃO DE RECURSOS DE ENFERMAGEM EM SERVIÇOS DE ENFERMAGEM RELEVANTES.....	100
5.4 RESULTADOS DO TRABALHO DO ENFERMEIRO DA GESTÃO DE LEITOS	103
5.4.1 Representação esquemática dos resultados no contexto da gestão de leitos no Complexo Hospital de Clínicas	106
5.5 VALIDAÇÃO DOS RESULTADOS DA PESQUISA	109
6 DISCUSSÃO	111
6.1 AQUISIÇÃO, IMPLANTAÇÃO E MANUTENÇÃO DE RECURSOS DE ENFERMAGEM	111
6.2 TRANSFORMAÇÃO DE RECURSOS DE ENFERMAGEM EM SERVIÇOS DE ENFERMAGEM	119

6.3	RESULTADOS DO TRABALHO DO ENFERMEIRO NA GESTÃO DE LEITOS ..	122
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	125
	REFERÊNCIAS	128
	APÊNDICE 1 - ROTEIRO DE OBSERVAÇÃO DA GESTÃO DE LEITOS	147
	APÊNDICE 2 - ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA PARA ENFERMEIROS ASSISTENCIAIS	145
	APÊNDICE 3 - ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA PARA ENFERMEIROS DA GESTÃO DE LEITOS.....	144
	APÊNDICE 4 - ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA PARA MÉDICOS/RESIDENTES	145
	APÊNDICE 5 - ROTEIRO DOS REGISTROS DE DADOS DA GESTÃO DE LEITOS	147
	APÊNDICE 6 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO	149
	ANEXO 1 - PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA	151

APRESENTAÇÃO

Durante a graduação, o gerenciamento de enfermagem foi despertado no último ano, caracterizado pelo Estágio Curricular Supervisionado no campo da Atenção Primária e Hospitalar. Neste período, observei o quanto os serviços se relacionavam e comecei a visualizar como a rede se articulava na prática bem como as suas fragilidades nesta articulação. O trabalho gerencial do enfermeiro chamou atenção de forma abrangente no serviço hospitalar ao identificar o processo de trabalho realizado englobando a assistência e o gerenciamento de forma indissociável, também aplicado na Atenção Primária, tendo sido um *insight* para ampliar o conhecimento deste campo de atuação.

A partir daí, o interesse em estudar os serviços de saúde deu seguimento enquanto eu era residente no Programa de residência de Gerenciamento de Enfermagem Clínica Médica e Cirúrgica (2015 - 2016), em hospital público no Oeste do Paraná.

Neste Programa, participei dos mais diversificados serviços – Serviço de Controle de Infecção Hospitalar, Núcleo de Vigilância Epidemiológica, Serviço de Padronização de Materiais para a Saúde, Serviço de Hemovigilância, além da prática assistencial clínica, em que ficava nítido e indissociável o gerenciamento/cuidado na prática do enfermeiro. Com isso, ficou evidente o quanto é diversificado o campo de atuação do enfermeiro, essencial para o serviço na instituição.

Neste período, observei, na instituição, os vários percalços que envolviam os fluxos de leitos e a fragilidade nas competências dos responsáveis por este serviço na rotina. A fragilidade de um serviço que gerenciasse os leitos hospitalares de modo efetivo acabava por se refletir em taxas de ocupação desordenadas e na comunicação entre a Rede e entre os serviços internos, que ficavam comprometidos, refletindo-se, posteriormente, no cuidado do próprio paciente. O contato com o gerenciamento neste período foi motivação para escolha do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem para a área de gerenciamento propriamente dito e, principalmente, pelo interesse em conhecer outras realidades de serviços e outros cenários em que o profissional enfermeiro estivesse inserido.

Ao conhecer o Serviço de Gestão de Leitos do Complexo Hospital de Clínicas durante o mestrado e a figura do enfermeiro compondo a equipe, houve interesse

em conhecer qual a atuação deste profissional neste cenário, uma vez que este contexto propicia uma expansão para a profissão, tão importante em atuais discussões acerca de nossa identidade e de nossa visibilidade como enfermeiro. Assim, estudar a gestão de leitos, englobando um serviço de regulação em saúde e a atuação do enfermeiro neste, será alcançar o que procuro no Programa de Pós-Graduação – conhecimento como mestranda, enfermeira e pessoal - para que eu possa ter uma atuação que seja um diferencial para nossa profissão.

Como alicerce para pesquisar este tema, houve uma reflexão sobre a implementação deste serviço na instituição e o quanto ele influenciou nos fluxos de leitos e, conseqüentemente, como se tornaria efetivo na assistência aos pacientes. Ao consultar a literatura, identifiquei poucas publicações acerca deste serviço, em âmbito hospitalar, em nível de Paraná, sobre seu público-alvo, talvez por se tratar de um serviço implantação recente.

Este estudo se insere no projeto de Pesquisa “Espaços de atuação do enfermeiro: atribuições, funções, poder e visibilidade” do Grupo de Pesquisas em Políticas, Gestão e Práticas em Saúde (GPPGPS) do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem – Mestrado Acadêmico – da Universidade Federal do Paraná.

1 INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS) é constituído pelo conjunto de ações e serviços de saúde, que objetivam a assistência à pessoa por intermédio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, com a realização integrada das ações assistenciais e das atividades preventivas (BRASIL, 1988). Frente a isso, várias conquistas foram alcançadas, no entanto, a implantação de seus princípios e diretrizes, na prática, ainda não é observada na sua totalidade (FREITAS; MOREIRA; BRITO, 2014).

Compreender o SUS em sua complexidade exige do gestor público uma série de características que envolvem experiência, conhecimento, tecnologia, expertise e inovação com a finalidade de aprimoramento do Sistema. Considerando que o sistema de saúde vigente no Brasil pode ser avaliado pelo ponto de vista epidemiológico e demográfico no que se refere aos índices de doenças prevalentes na população, torna-se necessário implantar ações de saúde que visem à assistência a tais condições de saúde (MENDES, 2010).

Lavras (2011) confirma essa ótica, ao afirmar que as necessidades de saúde da população brasileira apontam para seu envelhecimento e também para o aumento significativo das condições crônicas em seu perfil de morbimortalidade. A população idosa é apontada pelos dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) com maior aumento, tratando-se de um perfil epidemiológico diferenciado dos jovens e adultos. Isto se reflete na exigência de mais recursos assim como de um maior nível de utilização hospitalar (SOARES, 2017; NUNES, 2004).

No entanto, é necessária uma mudança do sistema para torná-lo uma assistência de forma integrada. Isso remete à exigência de mudanças profundas que permitam superar o sistema fragmentado vigente pela implantação de Redes de Atenção à Saúde (RAS) (MENDES, 2010; BRASIL, 2010). Acredita-se que a consolidação da continuidade do cuidado no sistema de atenção à saúde possa contribuir para o estabelecimento das RAS a fim de prestar uma assistência contínua e integral a uma população definida (MENDES, 2010; FREITAS; MOREIRA; BRITO, 2014).

A Regulação dos Serviços de Saúde, entendendo o Sistema como redes de atenção e a forma como estas redes interagem e se articulam, permite um olhar

continuado entre os diversos níveis de atenção, buscando garantir que cada ator envolvido cumpra sua parte. Nesta concordância, as redes devem ser configuradas como permuta de ações entre unidades e prestação de serviços de saúde que satisfaçam as necessidades dos usuários (MENDES 2010; REGNER, 2016).

Compreendendo o termo Regulação, é possível defini-lo como uma orientação dos fluxos assistenciais associando ainda aos atos de regulamentação, ordenação, bem como à satisfação do usuário no que se refere ao atendimento de suas necessidades (PEITER; LANZONI; OLIVEIRA, 2016a; RODRIGUES; JULIANI, 2015). Associa-se ainda ao princípio da equidade, de modo que a regulação é percebida como uma ferramenta importante para a consecução desse princípio do SUS (ALBUQUERQUE et al., 2013; LIMA; MELEIRO, 2013; GAWRYZEWSKI et al., 2012; PEITER; LANZONI; OLIVEIRA, 2016b).

Neste íterim, o desafio que se observa cotidianamente está em equilibrar adequadamente os recursos disponíveis no Sistema, recursos humanos, tecnológicos e financeiros, paralelamente às necessidades dos usuários, primando pelo melhor atendimento a eles. A ampliação do acesso aos serviços e ações de saúde é um destes grandes desafios. A solução para essa questão exige, portanto, que os gerentes organizem e disponibilizem mecanismos que, juntos, busquem a consolidação do sistema (PEITER; LANZONI; OLIVEIRA; 2016a).

A dificuldade de leitos hospitalares é um assunto mundialmente discutido, com a superlotação em constante pauta (SALWAY et al., 2017; RICHARDSON, 2017; GOLDWASSER; LOBO, ARRUDA, 2016; TAMPUBOLON; PUJIYANTO, 2017). De acordo com Bernstein et al. (2009) a superlotação é a condição que existe quando a demanda pelos serviços do departamento de emergência excede a oferta disponível ou há uma incapacidade de transferir pacientes para a área de pacientes internados. No Reino Unido, em detrimento do baixo fluxo de pacientes, a superlotação leva ao aumento do risco de mais de 500.000 pacientes por ano no departamento de emergência, estando ligada à mortalidade (*COLLEGE OF EMERGENCY MEDICINE*, 2014; GEELHOED; KLERK, 2012).

Para GOLDWASSER, LOBO, ARRUDA, (2016) a falta de leitos hospitalares reflete em gargalo na porta de saída da Unidade de Terapia Intensiva (UTI) e ocasiona atraso na transferência de pacientes que estão em condições de alta. No Brasil por exemplo, os pacientes do SUS contam com 11.938 leitos a menos na rede

hospitalar pública, considerando o período de 2008 a 2013 (SOARES, 2017; ASSOCIAÇÃO NACIONAL DOS HOSPITAIS PRIVADOS (ANAHP), 2015).

Estes números levam novamente a importância de buscas por ações que visem o enfrentamento diante desta redução de leitos. Sendo ainda necessário ter um serviço que volte o olhar para o atendimento às necessidades do paciente, buscando o alinhamento com a RAS bem como olhar os custos orçamentários. Donabedian (1988) coloca que, se duas estratégias de cuidado são igualmente eficazes e efetivas, a estratégia considerada mais eficiente é a de menor custo. O número de leitos para a população está diminuindo constantemente, exigindo que os leitos existentes mereçam atenção especial, de modo a melhorar os resultados, seja do ponto de vista assistencial ou financeiro (CUNNINGHAN; SAMMUT, 2012; HENDY, 2013; TAMPUBOLON; PUJIYANTO, 2017).

Torna-se necessário que os hospitais encontrem uma maneira de proporcionar melhorias no planejamento da ocupação dos leitos, pois ao alterar a política de gestão desse setor, será possível alcançar a melhoria no fluxo de pacientes (CLARET, 2015). Em seu estudo, Khanna et al. (2016) apontaram que os processos de alta do paciente caminham para a regulação do fluxo do paciente pelo hospital. Estes processos de alta eficientes ajudam na redução da superlotação, aliviam gargalos e melhoram a satisfação e o atendimento ao paciente. Sendo esta, por exemplo, uma estratégia no enfrentamento da dificuldade de leitos.

Sugere-se que, ao redesenhar o caminho do paciente para o acesso ao leito hospitalar, há melhora do fluxo, criando benefícios importantes para o gerenciamento de leitos e rendimento hospitalar, melhorando, em última instância, a qualidade e a segurança do atendimento ao paciente (ORTIGA et al., 2012). Somado a isso, propicia-se a resolução dos casos de forma eficiente, permitindo um conhecimento mais aprofundado e dinâmico de sua rede de saúde, favorecendo a identificação de áreas críticas e das necessidades de saúde de maneira ampliada (RODRIGUES; JULIANI, 2015).

Em suma, o gerenciamento de leitos é considerado uma ferramenta importante de aprimoramento do fluxo do paciente, podendo ser executado por um enfermeiro ou médico designado como *bed manager* ou *bed czar*, de caráter estratégico e operacional (SOARES, 2017; HOWELL et al., 2008; BOADEN; PROUDLOVE; WILSON, 1999). Cabe aqui o destaque para o profissional

enfermeiro. Considerar este profissional à frente neste serviço, leva à inquietações a cerca de como é esta performance do enfermeiro.

Mundialmente, há um crescente interesse na gestão de leitos, tendo em vista seus benefícios para as instituições (BAILLIE et al., 1997, COMPTROLLER; AUDITOR GENERAL, 2000; PROUDLOVE; BOADEN; JORGENSEN et al., 2003; D'AQUINO, 2017; RAFFA; MALIK; PINOCHET, 2017). Entretanto, observam-se poucos estudos na literatura com enfermeiros atuantes no gerenciamento destes leitos, traduzindo-se em lacuna a ser explorada por pesquisas, contribuindo para a práxis da profissão. O desconhecimento dos profissionais que atuam no SUS sobre gestão de leitos faz com que tenham uma compreensão aquém da real importância da Regulação para o Sistema, indicando uma necessidade de capacitação dos gestores além da necessidade apontada na instrumentalização destes profissionais envolvidos (PEITER; LANZONI; OLIVEIRA, 2017).

Neste serviço, o enfermeiro se insere com vital relevância, dispondo de características como comunicação, liderança, tomada de decisão, planejamento, gerenciamento de pessoal e trabalho em equipe como instrumentos voltados para as atividades desenvolvidas na regulação (CECCON et al., 2013). Peiter, Lanzoni e Oliveira (2016) atribuem protagonismo a este profissional atuante neste processo de trabalho.

O Complexo Hospital de Clínicas (CHC) é um hospital público de ensino, de referência, localizado na cidade de Curitiba/Paraná, caracterizando-se por uma grande demanda de atendimento, internações e cirurgias. Com o objetivo de otimização da gestão de leitos e aumento da oferta destes leitos para a Secretaria de Saúde, instituiu-se o Núcleo Interno de Regulação (NIR), com respaldo na Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOP), por meio da Portaria nº 3.390, de 30 de dezembro de 2013 (BRASIL, 2013). Neste hospital, o NIR recebeu o nome de Serviço de Gestão de Leitos, iniciando suas atividades no ano de 2015, integrando o profissional enfermeiro na equipe no período de janeiro de 2016 (UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ (UFPR), 2017).

Conhecer a atuação do enfermeiro na Gestão de Leitos e qual seu papel desempenhado neste serviço, pode apresentar informações sobre espaço inovador para o enfermeiro exercer sua prática. Com esta prerrogativa, buscou-se um modelo teórico que forneceu elementos para analisar o enfermeiro inserido neste serviço.

O modelo teórico de Dubois et al. (2013), denominado *Nursing Care Performance Framework* (NCPF), propiciou o conhecimento acerca do desempenho do trabalho do enfermeiro. Este modelo consiste na operação conjunta de subsistemas de enfermagem a fim de atingir três funções: Adquirir, implementar e manter recursos humanos de enfermagem, Transformar recursos de enfermagem em serviços de enfermagem e Produzir mudanças nas condições de um paciente como resultado da prestação de serviços de enfermagem. Essas três funções são operacionalizadas por meio de dimensões e variáveis que oferecem um modelo abrangente, integrado e baseado em teorias (DUBOIS et al., 2013) que permitem compreender, sob a ótica da Gestão de Leitos, a *performance* do enfermeiro neste cenário.

Considerando a Gestão de Leitos como um campo inovador para o enfermeiro com a possibilidade de ampliar seus campos de prática, dar visibilidade e pela sua experiência administrativa além de contribuir para melhor otimização de leitos hospitalares, este estudo tem a seguinte questão norteadora: **Qual a atuação dos enfermeiros em um serviço de Gestão de Leitos?**

1.1 OBJETIVO

- Analisar a atuação dos enfermeiros da gestão de leitos em um hospital de ensino.

2 REVISÃO DE LITERATURA

Este capítulo compõe a apresentação dos principais temas que permeiam a pesquisa, que são a Regulação em Saúde no Brasil e a Gestão de leitos a nível hospitalar. A fim de identificar brevemente os aspectos que compreendem o cenário da Gestão de Leitos, é apresentado um plano de fundo para o tema. O tema seguinte diz respeito a espaços de atuação do enfermeiro, com a intenção de apresentar alguns dos cenários em que o enfermeiro está inserido, fortalecendo a premissa de visibilidade do enfermeiro com diferentes atribuições e funções na saúde, nos seus diferentes papéis.

2.1. A REGULAÇÃO EM SAÚDE NO BRASIL E A GESTÃO DE LEITOS HOSPITALARES

No decurso dos anos, observa-se um crescente debate acerca do acesso às ações e serviços visando a melhorias na assistência para o atendimento às necessidades de saúde da população. Como reflexo disto, o Ministério da Saúde (MS) direciona portarias, normas e estratégias para atingir esse objetivo (RODRIGUES, 2013).

O Sistema Único de Saúde (SUS) foi construído com base num amplo debate da sociedade brasileira e acolhido na Constituição Federal de 1988. Trouxe a saúde como um direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas (BRASIL, 1988). Para este fim, as ações e serviços públicos de saúde devem integrar uma rede regionalizada e hierarquizada, destacando-se, entre as diretrizes propostas, o atendimento integral, com integração de serviços e tecnologias (BRASIL, 1988; PAIM et al., 2011).

De acordo com a lei nº 8.080/90, estas ações e serviços de saúde no SUS são prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais e têm como objetivo a assistência à pessoa por intermédio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, com a realização integrada das ações assistenciais e das atividades preventivas. Somado a isto, presente nas diretrizes do SUS está a descentralização de ações e serviços de Saúde (BRASIL, 1988).

A descentralização dos serviços de saúde impacta em melhorias nos níveis de saúde da população, buscando fortalecer a percepção de necessidade de

regionalização e hierarquização dos serviços com a finalidade de assegurar a assistência integral com resolutividade (BRASIL, 2013). Contudo, mesmo a descentralização sendo estabelecida por diretriz, ainda não foi possível garantir a regulação do acesso à assistência na sua totalidade, por haver um alto grau de centralização, verticalização das ações e decisões, bem como numa fragmentação do Estado no sentido de promover a saúde da população (NASCIMENTO et al., 2009). Frente a isso, instituiu-se a Política Nacional de Regulação no SUS por meio da Portaria N° 1.559, de 1° de Agosto de 2008. Esta portaria deve ser implantada em todas as unidades federadas, respeitando as competências das três esferas de gestão (BRASIL, 2008).

A regulação traz um conceito que, ao longo do tempo, vem recebendo aprimoramento e sendo aplicado em consonância com as mudanças tanto políticas, como sociais e econômicas (BARBIERI; HORTALE, 2002). Este conceito tem origem da Economia e tem como significado o controle sobre as falhas de mercado, observando os dois polos da relação em ambientes de mercado, a saber: a oferta e a demanda (BARBOSA; BARBOSA; NAJBERG, 2016). É originada ainda da teoria dos sistemas e da biologia, em que a economia defende a intervenção do Estado nas chamadas *falhas de mercado* (ALBUQUERQUE et al., 2013, grifo do autor).

A Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS/SUS 01/2002) disseminou o conceito de regulação como sinônimo de regulação assistencial, vinculada à oferta de serviços, à disponibilidade de recursos financeiros e à Programação Pactuada Integrada (PPI) (BRASIL, 2002). Apresenta, em conjunto, a finalidade de regionalização da assistência, remetendo aos estados a competência de organizar o fluxo da assistência intermunicipal, além de definir mecanismos para a reorganização dos fluxos de referência e contrarreferência (BRASIL, 2002).

No SUS, a regulação ganha força após o Pacto de Gestão (2006), que tem como principal finalidade a busca de maior autonomia para os estados e municípios no que tange aos processos normativos, definindo a responsabilidade sanitária de cada esfera de governo e esclarecendo suas respectivas atribuições, além de contribuir para o fortalecimento de uma gestão compartilhada (VILARINS; SHIMIZU; GUTIERREZ, 2012).

A partir da publicação da Política Nacional de Regulação, o Ministério da Saúde estabelece dimensões da sua atuação, a saber: Regulação de Sistemas de Saúde, Regulação da Atenção de Saúde e Regulação de Acesso à assistência

(BRASIL, 2008), como pode ser visualizado no QUADRO 1. Esses conceitos associam e articulam as ações de regulação em saúde referentes ao monitoramento, controle, avaliação, auditoria e vigilância da atenção e da assistência à saúde no âmbito do SUS (ALBIERI; CECÍLIO, 2015).

QUADRO 1 - DIMENSÕES DE ATUAÇÃO DAS AÇÕES DA POLÍTICA NACIONAL DE REGULAÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Dimensões de atuação da regulação	Descrição
Regulação dos sistemas de Saúde	A regulação de sistemas de Saúde é a mais ampla das três dimensões, e seu foco está na produção de bens e serviços de saúde e na verificação dos cumprimentos da execução das políticas públicas de saúde.
Regulação da Atenção de Saúde	A ação de Regulação da Atenção à saúde é exercida pelas Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde em consonância com o Termo de Compromisso de Gestão do Pacto pela saúde, garantindo a prestação de serviços à população. Objetiva-se na garantia da adequada prestação de serviços, sendo dirigida por prestadores públicos e privados. De acordo com o Art. 4º da referida portaria, contempla ações de cadastramento de estabelecimentos e de profissionais de saúde no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES); cadastramento de usuários do SUS no sistema do Cartão Nacional de Saúde (CNS); Credenciamento/habilitação para a prestação de serviços de saúde; elaboração e incorporação de protocolos de regulação que ordenam os fluxos assistenciais; supervisão e processamento da produção ambulatorial e hospitalar; Programação Pactuada e Integrada – PPI; avaliação de desempenho dos serviços e da gestão e de satisfação dos usuários; avaliação das condições sanitárias dos estabelecimentos de saúde; e avaliação dos indicadores epidemiológicos e das ações e serviços de saúde nos estabelecimentos de saúde.
Regulação de Acesso à assistência	Também denominada regulação assistencial, tem por objetivo a organização, controle, gerenciamento e a priorização do acesso e dos fluxos assistenciais, em que efetiva-se pela disponibilização da alternativa assistencial mais adequada considerando a necessidade do indivíduo. Possui como sujeitos, os respectivos gestores públicos, sendo estabelecida pelo complexo regulador, bem como suas unidades operacionais. A abrangência desta dimensão se dá por meio da regulação médica da atenção pré-hospitalar às urgências; controle dos leitos disponíveis e de agendas de consultas e procedimentos especializados; solicitações de procedimentos padronizados por meio de protocolos assistenciais e por fim, referências estabelecidas entre unidades de diferentes níveis de complexidade com abrangência local, intermunicipal e interestadual seguindo os fluxos e protocolos pactuados.

FONTE: Adaptado de BRASIL (2008)

Para esta pesquisa, o olhar é centrado para a dimensão de Regulação de acesso à assistência especificamente. A Política Nacional de Regulação do SUS prevê a sua operacionalização definida como uma dimensão do processo regulatório

em saúde que, por meio de Complexos Reguladores, visa a conformar uma rede de cuidado integral e equitativo, organizada por três centrais: Central de Regulação de Consultas e Exames, Central de Regulação de Urgências e Central de Regulação de Internações Hospitalares (BRASIL, 2008). Sendo, esta última, importante para a Gestão de Leitos no hospital, cenário deste estudo.

As Centrais de Regulação podem ser consideradas observatórios que podem gerar ações com efetividade e agilidade por propiciarem uma monitoração do sistema, possibilitando melhorias significativas ao setor saúde. Por meio das centrais, são fornecidas informações importantes à tomada de decisão na gestão, tais como adequação de oferta e demanda, contratualizações ou ações de educação permanente, facilitando o atendimento das demandas da RAS. (ALBIERI; CECÍLIO, 2015; PEITER; LANZONI; OLIVEIRA, 2016).

No cenário hospitalar brasileiro, debate-se o uso racional de leitos, tornando-se uma questão de estratégia frente ao atual desequilíbrio entre oferta e demanda. Com vistas à otimização da utilização dos leitos disponíveis, vê-se a necessidade de criação de sistemas organizacionais e resolutivos de regulação nos diversos níveis de atenção à saúde (SOARES; SOARES, 2016). No País, a gestão de leitos remonta às décadas de 1980 e 1990, quando se buscava identificar um perfil sociodemográfico daqueles que usufruíram da internação hospitalar, além de mensurar a produtividade dos hospitais por meio de alguns indicadores, como, por exemplo, o tempo de internação (ESCRIVÃO-JÚNIOR, 2007; JONES, 2009).

A regulação é uma estratégia de gestão que apresenta conexão com ações de planejamento, controle e avaliação, com a finalidade de buscar garantias de uma assistência equânime e integral em interface com os princípios do SUS (PEITER; LANZONI; OLIVEIRA, 2017). Contempla ainda abordagens em termos de relação custo/benefício no contexto de saúde. O objetivo da regulação vai além do controle dos mercados de saúde, ampliando ou remanejando a oferta programada da assistência, consiste também na racionalização dos custos (MENICUCCI, 2005; BRASIL 2006; LEMÕES et al., 2013).

A Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP) propõe o gerenciamento dos leitos na perspectiva da integração da prática clínica no processo de internação e de alta, preferencialmente pela implantação de um Núcleo Interno de Regulação (NIR) (BRASIL, 2013). Entre as recomendações, propõe a organização

do acesso a consultas, serviços diagnósticos e terapêuticos e, em especial, aos leitos de internação (SOARES, 2017).

O gerenciamento interno dos leitos é considerado o eixo central (RODRIGUES, 2013). Caracteriza-se pelo controle de fluxos de pacientes em serviços hospitalares, busca pela excelência operacional para adaptar a relação entre a capacidade e a demanda por leitos, propondo e monitorando estratégias para diminuição de gargalos neste fluxo, visando à otimização dos leitos disponíveis (AMÉRICO, 2015).

Para implementação de um NIR, não se preconizou uma padronização formal. Ressalta-se que não se preconizou nenhuma padronização formal, e os hospitais o desenvolveram de modo empírico, considerando suas necessidades particulares (SOARES, 2017). Recentemente, foi lançado pelo MS um manual com o objetivo de orientar os gestores do SUS, bem como os dirigentes de hospitais gerais e especializados, na condução do processo de implantação e implementação do NIR, em consonância com a legislação (BRASIL, 2017).

O manual fornece, por exemplo, informações referentes ao funcionamento do NIR dentro do hospital. As atividades envolvem a coordenação do trabalho de regulação intra-hospitalar, o controle diário da disponibilidade dos leitos (censo hospitalar), o monitoramento do fluxo de informações entre a central de regulação e o hospital, monitorar e atuar na resolução de internações prolongadas, relacionando-se com equipes multidisciplinares e outras estruturas de apoio, organizar e acompanhar indicadores e a elaboração mensal para discussões em equipe, conforme visualiza-se na FIGURA 1 (BRASIL, 2017).

FIGURA 1 - VISÃO GERAL DO FUNCIONAMENTO DE UM NÚCLEO INTERNO DE REGULAÇÃO



FONTE: BRASIL (2017, p.29).

Um NIR implantado no ano de 2010 no Complexo Assistencial da Faculdade de Medicina de Marília (FAMEMA) por exemplo, apresentou as seguintes funções do serviço:

- Apoiar o fluxo do paciente no complexo hospitalar, considerando a dinamicidade do processo saúde/doença (RODRIGUES, 2013, p. 27-8);
- Regular dos leitos das unidades de internação (RODRIGUES, 2013, p. 27-8);
- Estimular a criação de protocolos clínicos: baseado no perfil de morbimortalidade hospitalar, na Medicina Baseada em Evidência, na Enfermagem Baseada em Evidência e na Saúde Pública Baseada em Evidência (RODRIGUES, 2013, p. 27-8);
- Implantar o Projeto Terapêutico Singular (PTS), por propor o compartilhamento das informações, em encontros de discussões multidisciplinares (RODRIGUES, 2013, p. 27-8);
- Monitorar o Tempo Médio de Permanência (TMP) (RODRIGUES, 2013, p. 27-8).

Quanto à composição da equipe, um serviço de Gestão de Leitos é caracterizado por uma equipe multiprofissional constituída por médicos, assistentes sociais, auxiliares administrativos e enfermeiros (COREN, 2016). Não existe regra rígida para esta composição, entretanto, é recomendado o funcionamento vinte e

quatro horas, sete dias por semana, com uma estrutura mínima composta por médico, enfermeira e assistente social (BRASIL, 2017).

Após este panorama, foi possível compreender em que consistem os aspectos necessários que envolvem o NIR com suas amplas funções. Esmiuçando os termos, o gerenciamento de leitos é descrito como um dispositivo para otimizar a utilização dos leitos em prol da rotatividade dentro de critérios técnicos, com vistas à redução do tempo de internação desnecessária e à abertura de novas vagas para demandas represadas (BRASIL, 2013).

Faria et al. (2010) citam que o gerenciamento de leitos abrange desde sistemas de informação, de monitoramento e planejamento da ocupação no hospital até a elaboração de processos operacionais que envolvem admissão e alta. Constitui ainda parte importante no que se refere ao planejamento da capacidade operacional e de controle, envolvendo o uso eficiente de recursos escassos.

A gestão do leito é um objetivo estratégico em qualquer hospital, uma vez que a disponibilização de um leito de internação, juntamente com o pessoal e os materiais envolvidos, representa grande parte da sua atividade mais complexa e dispendiosa (ORTIGA et al., 2012; D' AQUINO, 2017). A gestão de leitos representa um cenário merecedor de estudos, propicia elementos que facilitam a prática assistencial, principalmente no que se refere à categoria profissional da enfermagem inserida neste meio.

2.2. ESPAÇOS DE ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO

Historicamente, o gerenciamento em enfermagem se contextualiza desde a segunda metade do século XIX, com Florence Nightingale na Guerra da Crimeia, em que houve a necessidade de organizar e dirigir os hospitais de Scutari na Turquia para os soldados enfermos (FORMIGA; GERMANO, 2005). Ainda, sobre o papel do enfermeiro em funções administrativas e de gerenciamento de serviços de saúde neste contexto histórico, destaca-se que as tarefas de supervisão, direção e organização do trabalho eram atribuídas às alunas de melhor nível socioeconômico. *Lady nurses* aprimoravam o saber administrativo e as *nurses*, alunas comuns, aperfeiçoavam o saber prático (PADILHA; MANCIA, 2005; FORMIGA; GERMANO, 2005).

O enfermeiro e seu processo de trabalho se inserem em diversos campos de atuação, desempenhando vários papéis, sejam eles serviços de saúde públicos ou privados. A profissão, caracterizada como prática social e trabalho coletivo em saúde, subdivide-se em diferentes dimensões, a saber: cuidar, educar, gerenciar e pesquisar (FELLI; PEDUZZI, 2012; SANTOS; GARLET; LIMA, 2009).

Incorpora-se a estas subdivisões, a dimensão política do enfermeiro, atribuindo-lhe um posicionamento de agente político. Neste sentido, requer um papel que se sobressai à técnica, provido de caráter questionador, emitindo juízo próprio, respondendo às necessidades dos indivíduos (MELO et al., 2017).

Camelo et al. (2016) colocam que o enfermeiro, no seu papel de gerência, tem assumido importante papel nos serviços de saúde, sobretudo no âmbito hospitalar, por ser o responsável pela gestão dos serviços de enfermagem e por tomar decisões que integram as áreas administrativas, assistenciais e de ensino e pesquisa.

A organização do cuidado - de forma a garantir o atendimento integral, com o usuário percorrendo os diversos serviços da rede, sem dificuldades e com foco na resolutividade dos problemas - é resultante do processo gerencial. Está relacionado ao modelo normatizado pelas instituições como também pelo gerenciamento realizado pelo enfermeiro (SOUSA, 2014).

A execução do processo de cuidar tem, por finalidade, o atendimento integral em prol das necessidades de saúde da população, enquanto o processo de gerenciar visa à organização do trabalho e aos recursos humanos a fim de efetivar este cuidado (FELLI; PEDUZZI, 2012). Os objetivos de trabalho gerencial do enfermeiro são a organização do trabalho e os recursos humanos de enfermagem. Para executar esse processo, utiliza-se um conjunto de saberes gerenciais, entre eles, planejamento, dimensionamento, seleção e recrutamento de pessoal de enfermagem, educação permanente e continuada, supervisão e avaliação de desempenho. Utilizam ainda, meios e instrumentos, como a força do trabalho, materiais, equipamentos e instalação (FELLI; PEDUZZI; LEONELLO, 2016).

Há uma dicotomia entre os processos de cuidar e gerenciar, caracterizados como duas atividades concomitantes e incompatíveis na prática, percebidos como uma dificuldade conceitual propriamente dita por parte dos profissionais de enfermagem, uma vez que a maioria não compreende que seu processo de trabalho envolve o cuidar como ações de cuidado direto e o administrar relacionado a ações

de cuidado indireto (CHRISTOVAM; PORTO; OLIVEIRA, 2012), acabando por valorizar e entender como cuidado somente aquilo que depende da ação direta do enfermeiro junto ao paciente (SANTOS et al., 2013).

A fim de elucidar esta dicotomia, o conceito de gerência do cuidado de enfermagem é tido como uma relação dialética que transita entre o saber-fazer gerenciar e o saber-fazer cuidar (CHRISTOVAM; PORTO; OLIVEIRA, 2012). A dialética trata-se do estabelecimento de relações que reflete um processo dinâmico, situacional e sistêmico, de modo a articular os saberes de gerência e do cuidado, resultando na interface entre esses dois objetos na prática profissional (CHRISTOVAM; PORTO; OLIVEIRA, 2012). Neste ínterim, compreende-se a assistência e a gerência do cuidado como complementares. Pautada na administração de recursos de ordem organizacional ou mesmo em relação ao usuário ao desenvolver um conjunto de atividades pelo enfermeiro gerente, voltadas ao processo de trabalho assistencial (ALMEIDA et al., 2011).

Rodrigues et al. (2014) apontam que o termo gerência do cuidado de enfermagem se articula entre as esferas gerencial e assistencial que compõem o trabalho do enfermeiro nos mais diversos cenários de atuação, visando à realização de melhores práticas de cuidado nos serviços, planejando as áreas de cuidado, fazendo a previsão e a provisão de recursos necessários para a assistência, e à interação entre equipe de saúde.

Em termos de legislação, a Lei nº 7.498, de 25 de Junho de 1986, que dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem no Brasil, traz que a gerência dos serviços de enfermagem em instituições de saúde deve ser exercida com caráter privativo pelo profissional enfermeiro.

O enfermeiro exerce todas as atividades de enfermagem, cabendo-lhe privativamente: a) direção do órgão de enfermagem integrante da estrutura básica da instituição de saúde, pública e privada, e chefia de serviço e de unidade de enfermagem; b) organização e direção dos serviços de enfermagem e de suas atividades técnicas e auxiliares nas empresas prestadoras desses serviços; c) planejamento, organização, coordenação, execução e avaliação dos serviços de assistência de enfermagem (BRASIL, 1986, s.p).

A literatura mostra o resultado do trabalho de enfermeiros gerentes relacionado à qualidade dos cuidados em saúde. Estudo de Soares et al. (2016), desenvolvido em três hospitais de Minas Gerais, apontou que os enfermeiros das

instituições pesquisadas têm se apropriado de seus saberes gerenciais (supervisão, liderança, tomada de decisão, planejamento e organização) ao planejar e organizar seus processos de trabalho, bem como para gerenciar as demandas das suas práticas profissionais.

É notória a modificação da formação do profissional de enfermagem no decorrer do tempo. Esta formação, antes vista como caritativa e empírica, passa para a Prática Baseada em Evidência e com alta densidade tecnológica (BOGO, 2013). Atualmente, e ainda como consequência da globalização e das políticas neoliberais, o trabalho de enfermagem é impactado e se reorganiza (FELLI; PEDUZZI; LEONELLO, 2016). Isto possivelmente decorre do reflexo do contexto histórico, social e econômico, com demandas epidemiológicas, crescimento científico na área da saúde, implicando a exigência de profissionais apropriados de competências específicas e com aptidão para suas atividades, considerando a dinamicidade do mercado de trabalho (FRENK et al., 2010; BOGO, 2013).

Aponta-se que estas crescentes mudanças ocorridas nos serviços de saúde trouxeram transformações no trabalho de enfermagem, especificamente na atuação do enfermeiro, levando-o a assumir mais responsabilidades administrativas (MONTEZELI; PERES; BERNARDINO, 2014). Para além destas responsabilidades, o enfermeiro no campo da prática social é envolvido por uma malha de afazeres que dão origem a inúmeros papéis (BACKES; BACKES; SOUSA, 2008).

Visando à adaptação do enfermeiro a este novo modelo imposto pelas mudanças decorrentes desta globalização, é necessária uma reformulação no modelo gerencial proposto no Brasil pelo SUS, tal como um modelo que articule a assistência em linha de cuidado com vistas ao atendimento integral e de qualidade ao usuário (LELLI et al., 2012; SEGUI; PERES; BERNARDINO, 2014).

Ao refletir acerca do trabalho do enfermeiro na Atenção Primária à Saúde (APS), por exemplo, bem como dos aspectos necessários para a construção ou reconstrução dessa prática profissional, são vistos desafios e, sobretudo, a relevância da prática do enfermeiro neste cenário. Isto contribui com um pensamento crítico sobre um contexto de trabalho e sobre a necessidade de articulação da categoria na construção do seu espaço profissional (FERREIRA; PÈRICO; DIAS, 2018).

Com vistas a esta integralidade e com a atuação do enfermeiro em novo modelo de gestão, estudo de Souza et al. (2017) concluiu que o gerenciamento de

enfermagem é voltado para o atendimento, considerando as necessidades de saúde, constituindo uma estratégia para o cuidado integral.

Segui, Peres e Bernardino (2014) ao pesquisar os espaços de atuação das enfermeiras após a implantação de um novo modelo gerencial em instituição hospitalar, identificaram que suas atividades se inseriam na assessoria em comissões ou comitês, vigilância em saúde, atividades de gerenciamento, assistência de enfermagem, educação em serviço, orientação em saúde, pesquisa e atividades administrativas institucionais.

Nesta perspectiva de diversidade de espaços, Felli, Peduzzi e Leonello (2016) apresentam os seguintes campos de atuação do enfermeiro, a saber: gestão nas secretarias de saúde estaduais e municipais, coordenação de Unidade Atenção Básica, coordenação de equipes de saúde da família, direção de serviços de enfermagem e de unidades assistenciais na Atenção Especializada e o gerenciamento do cuidado de enfermagem.

Sob ótica assistencial de assistência direta ao paciente, o enfermeiro atua em redes hospitalares, Atenção Primária à Saúde (Unidade Básica e Estratégia Saúde da Família), Serviço de Atendimento Pré-Hospitalar de Urgência e Emergência (SAMU), Atenção domiciliar (*Home Care*), área de transplantes de órgãos, estomatoterapia e em especialidades como obstetrícia, pediatria, geriatria, cardiologia etc (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN), 2018a).

Os campos inovadores de atuação para enfermeiros estão em relevante expansão. Por meio da Resolução 568 de 2018, foi regulamentada, pelo COFEN, a regulamentação para atuação do enfermeiro em consultórios e clínicas de enfermagem (COFEN, 2018b). Considerado profissional liberal neste âmbito e também compreendido como enfermeiro empreendedor, ele pode executar atividades tais como consulta de enfermagem, administração de medicamentos e tratamentos prescritos, orientação para autoaplicação de medicamentos, orientação e controle de pacientes crônicos, gestantes, curativos, entre outras atividades (ANDRADE; BEM; SANNA, 2015).

Andrade; Bem e Sanna (2015) definem empreendedorismo como algo criado ou aperfeiçoado, que tem por intenção gerar benefícios tanto para os indivíduos quanto para a sociedade. O empreendedorismo tem avançado nas últimas décadas em função das mudanças econômicas, inovações tecnológicas e da globalização e, para acompanhar este patamar, o enfermeiro deve reconhecer a necessidade de

ousar, explorando oportunidades, visualizando novos espaços (MORAIS; HADDAD, ROSSANEIS et al., 2013; ANDRADE, BEM, SANNA, 2015).

Ainda que seja reconhecida a contribuição do enfermeiro em seus diferentes níveis, a formação e a prática com esta gama de diversidade com competências configuram um grande desafio para esta área (FELLI; PEDUZZI; LEONELLO, 2016). É evidente, assim, a necessidade que este profissional tem de buscar novos saberes, novas práticas em diferentes áreas do conhecimento, desmistificando velhos modelos burocráticos. Além de fortalecer uma rede de conexões necessárias para o cuidado humano, que se apresenta amplo, multifacetado e complexo (BACKES; BACKES; SOUZA, 2008).

Entrelaçado ao tema e configurando um campo inovador para atuação, o enfermeiro desempenha papel de destaque na gestão em tempo real dos leitos disponíveis na área hospitalar. Deve autorizar as novas admissões solicitadas para os leitos, trocas e bloqueios conforme a demanda, acompanhamento diário do censo hospitalar e ajustar a disposição dos pacientes na grade de leitos, de forma a promover um uso mais eficiente dos leitos disponíveis (BRASIL, 2017). Corroboram neste sentido, Proudlove, Boaden; Jorgensen (2003), acrescentando que os conhecimentos e habilidades clínicas são importantes para permitir que os enfermeiros informem as decisões de alocação do paciente no leito hospitalar.

Isto fortalece a necessidade de estudar serviços de gestão de leitos no Brasil, com a figura do enfermeiro no cenário. Analisar esta atuação é uma premissa para estudar e disseminar estes novos saberes e estas novas práticas, tão importantes para a enfermagem.

3. REFERENCIAL TEÓRICO METODOLÓGICO

Este capítulo apresenta o modelo teórico que amparou a construção desta pesquisa. O modelo teórico de Dubois e autores – *Nursing Care Performance Framework* (NCPF) - originou-se de uma revisão sistemática e interpretativa, a respeito de modelos de medição e indicadores de desempenho de enfermagem realizado por Carl-Ardy Dubois e Marie-Pascale Pomey (médicos), Danielle D'Amour e Isabella Brault (enfermeiras), lotados no *Departamento for Health Administration, Faculty of Medicine, Faculty of Nursing*, da *University of Montreal*, Canadá (DUBOIS et.al, 2013).

O resultado desta revisão consistiu no agrupamento de dimensões e subdimensões voltadas para o desempenho dos cuidados de enfermagem que para Dubois et al. (2013) é conceituado como resultado de três subsistemas de enfermagem que operam em conjunto com a finalidade de atingir três funções principais: (1) Adquirir, implementar e manter recursos de enfermagem; (2) Transformar recursos de enfermagem em serviços de enfermagem e; (3) Produzir alterações positivas na condição do paciente como resultado da prestação de serviços de enfermagem (DUBOIS et al., 2013).

Os três subsistemas são operacionalizados por meio de dimensões, que, por sua vez, são compostas de múltiplos componentes que definem a estrutura, os processos e os resultados do sistema geral dentro de cada um destes subsistemas, estando os componentes envolvidos em múltiplos processos de interação para alcançar uma função especializada (DUBOIS et al., 2013). É notória a relação com a “tríade donabediana” (Avedis Donabedian), correspondendo às noções de teoria geral dos sistemas a partir de três dimensões, representadas por caixas, conectadas por setas unidirecionais nesta ordem: estrutura, processo e resultado (DONABEDIAN, 1980).

Estes componentes correspondem a características peculiares e estão diretamente relacionados. A estrutura pode ser vinculada à área física, recursos humanos, materiais, financeiros, sistemas de informação e instrumentos normativos, técnico-administrativos, bem como condições organizacionais. Já o processo, corresponde à prestação da assistência segundo padrões técnico-científicos. Os resultados, por sua vez, referem-se às consequências das atividades realizadas pelo profissional, bem como à satisfação do usuário e do trabalhador ligada ao

recebimento e à prestação dos cuidados, respectivamente (DONABEDIAN, 1978; ARAÚJO, 2014; ENGEL, 2015).

O QUADRO 2 mostra a fundamentação teórica utilizada pelo modelo teórico. A tríade de Donabedian fornece os componentes e a anatomia da estrutura do modelo, a teoria social de Parsons ajuda na compreensão dos mecanismos e das funções operacionais de cada um dos componentes constituídos e, por fim, a teoria dos Sistemas considera os vínculos entre estes diferentes componentes e os fatores do ambiente que o influenciam (DUBOIS et al., 2013).

QUADRO 2 - FUNDAMENTOS TEÓRICOS UTILIZADOS PARA CONSTRUÇÃO DO MODELO TEÓRICO

(CONTINUA)

Três funções do NCPF	Tríade Estrutura, Processo e Resultado de Donabedian	Funções de Parsons	Teoria dos Sistemas
Adquirir, implementar e manter recursos de enfermagem	Estrutura: refere-se a características que afetam a capacidade do sistema de enfermagem para atender às necessidades de saúde	Adaptação: relaciona-se com a capacidade de um sistema de enfermagem para adquirir e manter os recursos necessários, desenvolver novos recursos ou melhorar a alocação de recursos	
		Produção: relaciona-se com a capacidade do sistema de enfermagem para coordenar os esforços de seus eleitores e assegurar o bom funcionamento dos processos envolvidos na prestação de serviços de enfermagem	

QUADRO 2 - FUNDAMENTOS TEÓRICOS UTILIZADOS PARA CONSTRUÇÃO DO MODELO TEÓRICO

(CONCLUSÃO)

Três funções do NCPF	Triade Estrutura, Processo e Resultado de Donabedian	Funções de Parsons	Teoria dos Sistemas
Transformar recursos de enfermagem em serviços de enfermagem	Processo: refere-se à natureza das atividades realizadas pelos enfermeiros no atendimento e nas características do ambiente de prática	Manutenção do valor: relaciona-se com a criação e manutenção de valores e padrões que orientam escolhas no projeto de serviços de enfermagem	Capacidade do sistema de enfermagem, como um sistema aberto composto por subsistemas inter-relacionados, para adquirir insumos de seu ambiente, engajar em processos de transformação e gerar resultados que trazem um valor agregado para o meio ambiente
Produzir mudanças nas condições de um paciente como resultado da prestação de serviços de enfermagem	Resultado: refere-se a estados de saúde ou eventos que seguem cuidados de enfermagem e são afetados pelos cuidados de enfermagem	Obtenção de metas: relaciona-se com a capacidade de um sistema de enfermagem para cumprir sua missão e promover um estado de valor nas relações do sistema com seus ambientes	

FONTE: DUBOIS et al. (2013, p. 7, tradução nossa)

No que se refere aos subsistemas, o primeiro subsistema colocado por Dubois et al. (2013, grifo nosso) **adquirir, implementar e manter os recursos** necessários para o fornecimento de cuidados de enfermagem, atuando em quatro dimensões, sendo elas: fornecimento de pessoal de enfermagem; condições de trabalho das enfermeiras; manutenção e sustentabilidade econômica da equipe de enfermagem, utilizados para avaliar o desempenho dos cuidados de enfermagem ao relacionar o seu potencial de detecção de falhas latentes, que não resultam no contato direto com os pacientes, porém podem ter consequências nos processos e resultados de enfermagem que resultem em eventos adversos ao paciente. (DUBOIS et al., 2013).

Destarte, torna-se justificável identificar este contexto sob a ótica da Gestão de Leitos, uma vez que não há contato direto do enfermeiro deste serviço com o paciente, mas que há possibilidade de influenciar nos demais aspectos, uma vez que os recursos necessários não estejam adequados, como, por exemplo, em acesso do paciente ao leito para que seja submetido a um procedimento cirúrgico.

Os custos físicos e emocionais por não acessar um leito quando necessário são altos para o paciente, além das consequências políticas e financeiras para as organizações ao se refletir em filas em emergência ou cancelamento cirúrgico, uma vez que o leito esteja indisponível (ALLEN, 2015).

O segundo subsistema trata da **transformação de recursos de enfermagem em serviços de enfermagem relevantes**. A característica é atribuída pelo que os profissionais de enfermagem fazem, o que os gerentes de enfermagem fazem para apoiar o trabalho deste profissional, criando um ambiente de trabalho apropriado, como o paciente se envolve em seu próprio cuidado e como ele e a equipe vivem a experiência do cuidado. Aqui, as dimensões são as seguintes: Processos de enfermagem; Ambientes de prática de enfermeiros; Experiência do paciente: e Satisfação profissional (DUBOIS et al., 2013, grifo nosso).

O modelo teórico coloca que, disfunções tais como: intervenção de enfermagem inadequada, falta de comunicação entre a equipe bem como lacunas da continuidade podem criar, como consequência, falhas iminentes ou ativas. Estas falhas podem prejudicar a experiência do paciente no cuidado pela enfermagem, comprometendo a prestação de serviços, levando a possíveis erros que podem culminar em resultados não efetivos (DUBOIS et al., 2013).

Com este subsistema, são fornecidas informações sobre os processos clínicos e da organização, que refletem a forma como o profissional enfermeiro implementa seu papel e as condições experimentadas pelos pacientes ao interagir com este sistema. Isto permite identificar quais processos são ineficazes, sendo essencial para reavaliar e reajustar os cuidados de enfermagem. Os modelos organizacionais de cuidados de enfermagem podem se refletir em melhor satisfação e resultados do paciente, ao proporcionar maior autonomia aos enfermeiros, controle de recursos por eles e melhores relações entre eles e o profissional médico (DUBOIS et al., 2013; KUTNEY-LEE et al., 2009).

Estudo realizado por Freitas et al. (2014) apontou a satisfação dos pacientes ao receber os cuidados conforme os domínios técnico-profissionais, educacionais e de confiança. O enfermeiro, em seu papel de liderança, desempenha papel preponderante na satisfação do paciente (NUNES; GASPAR, 2016).

Dubois et al. (2013, grifo nosso) colocam que produzir resultados que levem a mudanças positivas no estado funcional de um paciente é o produto final desejado, obtido pela interação entre pacientes, a equipe de enfermagem e o processo de

enfermagem, além da premissa de uma gestão eficaz dos recursos de enfermagem, sua transformação em serviços. Trata-se, portanto, do terceiro subsistema que compõe seu modelo teórico: **produzindo mudanças positivas nas condições dos pacientes**.

Este modelo teórico foi desenvolvido em grande parte com base na literatura de cuidados intensivos e, conforme apontado na literatura foi estudado posteriormente no contexto de cuidados ambulatoriais de enfermagem (RAPIN; D'AMOUR; DUBOIS, 2015).

A escolha deste modelo teórico para utilização neste estudo é justificada em decorrência da avaliação da *performance* do profissional, com inspiração em algumas das dimensões apresentadas, por proporcionar uma “fotografia” do enfermeiro inserido neste serviço em termos de recursos necessários, sua atuação no processo de trabalho e possíveis resultados decorrentes desta atuação.

Aplicado à prática, este modelo pode não só especificar aspectos fundamentais do desempenho de enfermagem, como também, face à gestão, fornecer uma ferramenta conceitual para servir como terreno comum para definir o desempenho, elaborando um conjunto comum e equilibrado de indicadores de desempenho para um determinado setor de cuidados de enfermagem, permitindo abraçar uma perspectiva multidimensional de abrangência dos diversos aspectos dos cuidados de enfermagem (DUBOIS et al., 2013), podendo, neste caso, compreender a *performance* do enfermeiro na Gestão de Leitos.

4 TRAJETÓRIA METODOLÓGICA

Neste capítulo, será apresentada a trajetória metodológica para que os objetivos propostos fossem alcançados. Para tanto, são descritos o tipo de estudo, o cenário, os participantes da pesquisa, a coleta, análise dos dados e por fim, os aspectos éticos.

4.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de uma pesquisa descritiva de natureza qualitativa.

As pesquisas descritivas têm como objetivo descrever as características de determinada população ou estabelecer relação entre variáveis. Estas características podem ser relacionadas a um grupo (GIL, 2008). A pesquisa qualitativa aplica-se tradicionalmente em uma abordagem interpretativa “naturalística” e os “significados”, se valem de diferentes estratégias de investigação, método de coleta, análise e interpretação dos dados (CRESWELL, 2014).

Este método foi considerado como o mais adequado para este estudo, compreendendo que será necessário descrever o papel do enfermeiro na gestão de leitos com os resultados que a abordagem qualitativa pode proporcionar. A escolha do método não deve ser feita de forma aleatória e sim entender que esta escolha é o ideal para responder à pergunta formulada, alcançando os objetivos (RIBEIRO; RIBEIRO; 2015).

4.2 CENÁRIO DO ESTUDO

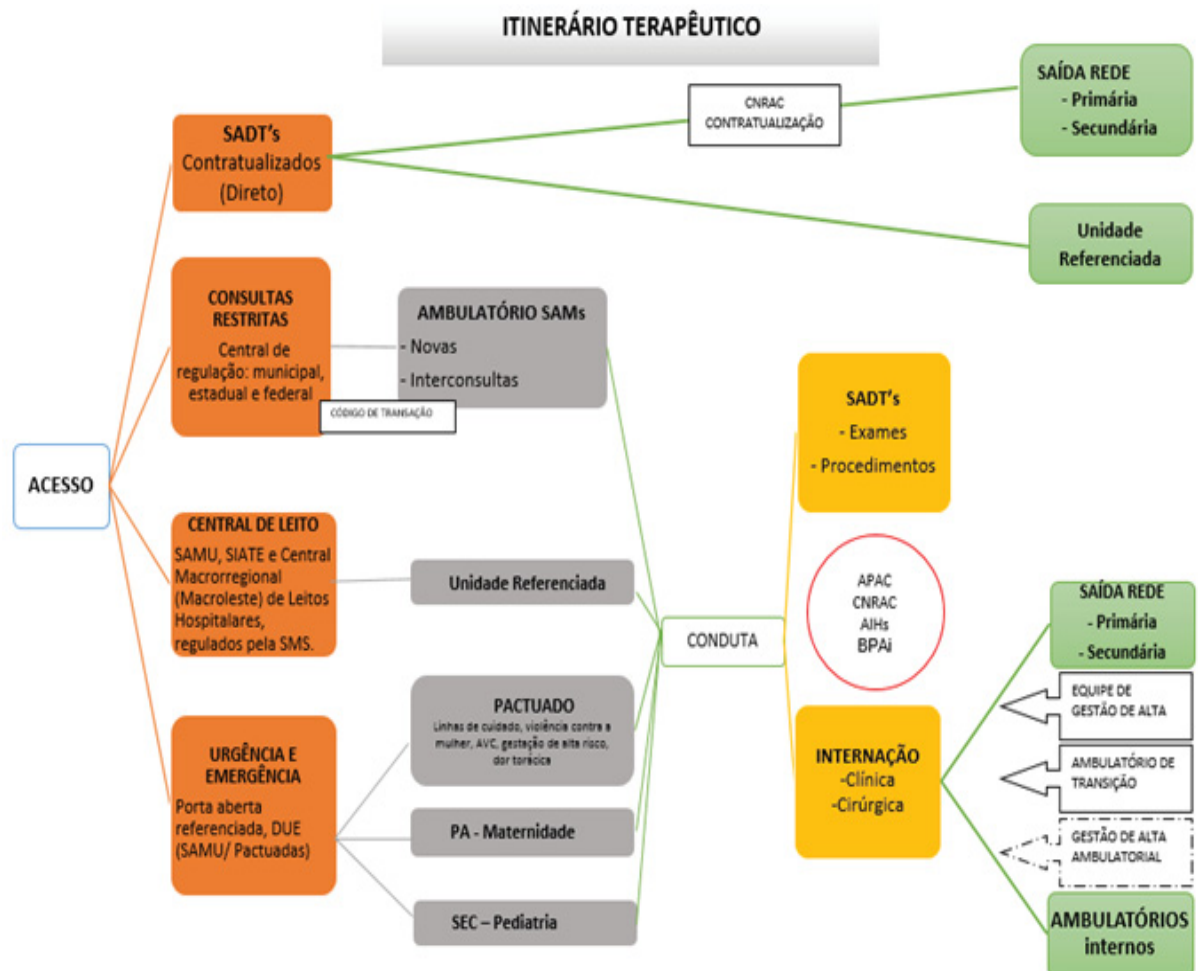
O **local da pesquisa** foi o Complexo Hospital de Clínicas, localizado no Paraná. Trata-se do maior hospital do estado do Paraná, caracterizado como público e de ensino, que assiste pacientes provenientes de todo o Estado para tratamento clínico e cirúrgico em regime ambulatorial e/ou internação. Possui capacidade de aproximadamente 562 leitos habilitados e 375 ativos (BRASIL, 2018).

Parte do hospital, o Setor de Regulação e Avaliação em Saúde, desmembra-se em três unidades: Unidade de processamento de informação assistencial, Unidade de Monitoramento e Avaliação e Unidade de Regulação Assistencial. Esta última contempla, entre outros, o Serviço de Gestão de Altas e o Serviço de Gestão

de Leitos. Foi escolhido para este estudo, o Serviço de Gestão de Leitos e como complemento para analisar a atuação dos enfermeiros, optou-se por incluir a participação das unidades assistenciais do hospital.

O contexto da Gestão de Leitos, considerando o modelo de gestão do CHC, possui um modelo caracterizado por um fluxo de organização do seu serviço, conforme ilustra a FIGURA 2. Para este processo, o olhar permeia desde a entrada do paciente na instituição e como se direcionada para os diferentes serviços internos. O paciente obtém acesso ao hospital advindo preferencialmente da entrada referenciada (há também entrada como paciente eletivo, via central de internação do hospital). A atribuição da Gestão de Leitos consiste em alocar o paciente no leito do hospital fazendo articulação com as Unidades assistenciais.

FIGURA 2 - REPRESENTAÇÃO DO CONTEXTO DA GESTÃO DE LEITOS NO COMPLEXO HOSPITAL DE CLÍNICAS



FONTE: UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ (2018, não p.)

4.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO

Para a seleção dos participantes da pesquisa, foi feito contato inicial com a Gerência de Atenção à Saúde, com a Coordenação de enfermagem de cada unidade assistencial, os quais repassavam os nomes dos integrantes enfermeiros da equipe. A chefia da Unidade de Regulação Assistencial forneceu a relação dos participantes enfermeiros da Gestão de leitos. Foi considerado pertinente para esta pesquisa, incluir a participação dos médicos e/ou residentes médicos, pois estes também se comunicavam com os enfermeiros na Gestão de Leitos, de modo a contribuir com aspectos importantes em relação à atuação destes profissionais na perspectiva médica. Assim, optou-se inicialmente pelo recrutamento dos médicos chefes dos setores, por amostragem intencional.

Houve o convite verbal e individual pela pesquisadora com os participantes do estudo, procedendo à explicação a respeito do objetivo da pesquisa. Foi obtida uma população de 24 enfermeiros das unidades assistenciais e cinco enfermeiros da Gestão de Leitos. Os cinco médicos chefes das unidades que receberam o convite, recusaram-se a participar da pesquisa justificando que haveria melhor contribuição com a participação da categoria médica que estivessem diretamente na assistência (médicos e residentes). Diante disso, a pesquisadora optou por novo recrutamento da categoria médica, e foram abordados oito médicos/residentes. A população deste estudo obteve um total de 42 participantes.

Como critérios de inclusão foram considerados: enfermeiros e médicos/residentes lotados das seguintes unidades: Unidade de Urgência e Emergência (UUEA); Unidade Materna Infantil (UMI); Unidade de Clínica Médica (UNICLIN); Unidade de Nefrologia e Urologia (UNU); Unidade de Cabeça e Pescoço (UNICAPE); Unidade de Cardio-Pneumologia (UCP); Unidade Cirúrgica (UCIR) e Unidade de Neurologia e Psiquiatria (UNP), além dos enfermeiros do serviço de Gestão de Leitos.

Os critérios de exclusão contemplaram a recusa em participar do estudo e não realizar a entrevista após três agendamentos pelo participante. Mediante esses critérios, houve um total de 32 participantes para esta pesquisa (21 enfermeiros, seis médicos/residentes das unidades assistenciais e, cinco enfermeiros da Gestão de Leitos).

4.4 COLETA DOS DADOS

Para esta pesquisa, a coleta de dados foi feita por meio de uma entrevista semiestruturada, agendada em local, data e horário acordados entre pesquisadora e participantes da pesquisa. Os áudios foram gravados e, posteriormente, transcritos, nos meses de fevereiro a maio de 2017.

Na entrevista semiestruturada, as perguntas são previamente determinadas pelo pesquisador, sendo caracterizadas ainda como abertas ou fechadas, possibilitando que o pesquisador aprofunde as respostas concedidas pelo entrevistado, sem que se perca o foco principal, exigindo uma escuta cuidadosa. (BONILHA; OLIVEIRA, 2015).

Para a entrevista, foi utilizado um instrumento que foi submetido a teste piloto com um enfermeiro de outro hospital. A escolha deste hospital ocorreu em decorrência da inserção de um enfermeiro na Gestão de leitos. Posteriormente, este instrumento foi ajustado conforme as necessidades identificadas. O instrumento é composto por questões para a caracterização dos participantes da pesquisa (código, idade, sexo, formação acadêmica e qualificação, tempo de experiência profissional, e setor de trabalho) e com perguntas abertas (APÊNDICES 1 ao 3).

Outras técnicas de coleta de dados utilizada nessa pesquisa foram a observação não participante e de coleta de dados em registros especificamente para a Gestão de Leitos do hospital. A observação não participante consiste no atento exame de um fenômeno, seja 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 espectador. Assim, de acordo com o objetivo do estudo e com um roteiro previamente planejado (APÊNDICE 4), ele observa e registra o máximo de ocorrências que interessam ao seu trabalho (RICHARDSON, 2012).

A observação não participante deve ser realizada no ambiente de trabalho, de forma discreta e não inconveniente, mantendo um relacionamento agradável e de confiança (RICHARDSON, 2012). Seguiram-se estas condições nesta pesquisa, sendo realizada na Gestão de Leitos. As notas provenientes da observação podem tomar formas variadas, podendo ser manuscritas, digitalizadas ou reunidas em um diário (YIN, 2010). Desse modo, foi utilizado um diário de campo, na forma de um

caderno, onde foram anotadas todas as observações e impressões pessoais. Posteriormente, foram organizadas e categorizadas para facilitar a análise de dados.

Para complemento da coleta de dados, foram utilizados registros de dados da unidade de Gestão de Leitos. Por meio de um roteiro (APÊNDICE 5), foram utilizados dados contendo os seguintes itens como guia: escala de trabalho a fim de identificar a caracterização da equipe e carga horária; ficha de pedido de regulação (identificando os elementos que a compõem, em se tratando de um instrumento de trabalho do enfermeiro); e, por fim, relatórios do serviço, que mostraram os indicadores do gerenciamento de leitos disponíveis.

A descrição dos procedimentos adotados em cada uma das técnicas, bem como os recursos utilizados, pode ser visualizada na QUADRO 3.

QUADRO 3 - PROCEDIMENTOS ADOTADOS PARA COLETA DE DADOS CONFORME TÉCNICA

Técnica de coleta de dados	Procedimentos adotados
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. - A entrevista teve duração máxima de 50" e mínima de 15'00". - Posteriormente, as entrevistas foram transcritas e o seu conteúdo analisado. - APÊNDICES 1 ao 3
Observação não participante	<ul style="list-style-type: none"> - Foram observados todos os enfermeiros da Gestão de Leitos, individualmente conforme plantão; - Todas as situações da sua rotina de trabalho, observadas e pertinentes ao estudo, foram anotadas em um caderno, seguindo o roteiro. Ao final, as várias anotações foram transcritas para análise posterior. - 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. - A observação não participante, obteve um total de 28 horas. - Os recursos utilizados para seguir estes procedimentos foram: Roteiro (APÊNDICE 4); caderno; canetas e computador para transcrição.
Dados de registros da Gestão de Leitos	<ul style="list-style-type: none"> - Os recursos utilizados foram: Roteiro (APÊNDICE 5); escalas de serviço; ficha de pedido de regulação; relatórios do serviço; cadernos; canetas.

FONTE: A autora (2019)

4.5 ANÁLISE DOS DADOS

A análise dos dados consiste na busca pela evidência das relações existentes entre o fenômeno estudado e outros fatores (MARCONI; LAKATOS; 2003).

Para análise dos dados, os discursos foram transcritos. Para apoio a análise, a organização, a construção de quadros bem como a quantificação dos dados, foi utilizado o *software* MAXQDA[®]. Trata-se de um software profissional, elaborado por pesquisadores alemães, lançado em 1989, para a análise de dados qualitativos e métodos mistos de pesquisa. (MAXQDA[®], 2018).

A técnica de análise escolhida foi a Análise de Conteúdo Temático-Categorial (ACTC). A ACTC, proposta por Oliveira, teve sua versão original em 2004, publicada em 2008, e vem sendo empregada como modelo de análise na academia – graduação e pós-graduação – e entre eles, insere-se a enfermagem (OLIVEIRA, 2015). Ressalta-se, portanto, a relevância de utilização desta técnica, neste estudo.

A ACTC é um dos diferentes tipos de técnicas que podem ser adotadas para o desenvolvimento de uma Análise de Conteúdo (AC). A AC, por sua vez, pode ser definida como o conjunto de técnicas de análise das comunicações que utiliza procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens indicadoras, sejam elas quantitativas ou qualitativas, que permitem a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção recepção (variáveis inferidas) dessas mensagens (OLIVEIRA, 2015).

A técnica de AC pressupõe três etapas: **Pré-análise** (desenvolvimentos das operações preparatórias para a análise); **Exploração do material** ou **codificação** (dados brutos são transformados sistematicamente e agregados a unidades menores, permitindo uma descrição exata); e **Tratamento dos resultados, inferência e interpretação** (colocam-se em relevo as informações fornecidas pela análise, com quantificação simples, apresentando os dados em diagrama, figuras etc. A inferência, por sua vez, permite que os dados analisados sejam reconstruídos teoricamente) (OLIVEIRA, 2015). Considerando estas etapas, é possível afirmar que “um princípio básico do funcionamento da ACTC é a redução de dados” (OLIVEIRA, 2015, p.488).

Para Oliveira (2015) o pesquisador pode recorrer a categorias previamente definidas, com base em referenciais teóricos ou presentes no roteiro da entrevista, de modo a operar um processo de indução com respaldo teórico. Diante disso, uma

matriz de análise foi previamente construída, inspirada no modelo teórico de Dubois et al. (2013), com a intencionalidade de conduzir a ACTC (observação e dados do serviço incluídos). Esta matriz pode ser visualizada nos QUADROS 4, 5 e 6.

QUADRO 4 – MATRIZ DE ANÁLISE DOS DADOS – CATEGORIA 1

CATEGORIA 1 - AQUISIÇÃO, IMPLEMENTAÇÃO E MANUTENÇÃO DE RECURSOS DE ENFERMAGEM	
Dimensões	Entrevista, Observação e Dados de registro da Gestão de Leitos
Oferta de pessoal de enfermagem	
Caracterização da equipe: Profissionais necessários para integrar a Gestão de Leitos	
Qualificação e experiência para o enfermeiro da Gestão de Leitos	
Conhecimento do enfermeiro da Gestão de Leitos	
Habilidade do enfermeiro da Gestão de Leitos	
Perfil de pacientes no hospital	
Manutenção da equipe de enfermagem	
Aspectos que levam à qualidade de vida no trabalho na perspectiva dos enfermeiros	
Acidentes, lesões, doenças relacionadas ao trabalho.	
Motivação	
Absenteísmo	
Condições de trabalho	
Recursos físicos, materiais e tecnológicos.	
Condições do emprego (cargo de trabalho e organização do Serviço)	
Dificuldades	
Facilidades	

FONTE: Adaptado de DUBOIS et al. (2013).

QUADRO 5 - MATRIZ DE ANÁLISE DOS DADOS – CATEGORIA 2

CATEGORIA 2: TRANSFORMAÇÃO DE RECURSOS DE ENFERMAGEM EM SERVIÇOS DE ENFERMAGEM	
Dimensões	Entrevista, Observação e Dados de registro da Gestão de Leitos
Processos de Enfermagem	
Contribuição do enfermeiro da gestão de leitos para a Continuidade do cuidado do paciente	
Respeito às necessidades e expectativas do paciente	
Ambiente de trabalho em enfermagem	
Autonomia do enfermeiro da Gestão de Leitos	
Colaboração (Integração entre os serviços e a rede)	
Tomada de decisão dos enfermeiros da Gestão de Leitos	
Apoio de colegas de trabalho e gerentes (Serviços internos envolvidos com a Gestão de leitos)	
Atuação do enfermeiro na Gestão de Leitos	

FONTE: Adaptado de DUBOIS et al. (2013).

QUADRO 6 - MATRIZ DE ANÁLISE DOS DADOS – CATEGORIA 3¹

CATEGORIA 3: RESULTADOS DO TRABALHO DO ENFERMEIRO NA GESTÃO DE LEITOS	
Dimensão	Entrevista, Observação e Dados de registro da Gestão de Leitos
Resultados da atuação do enfermeiro da Gestão de Leitos	
Taxa de Ocupação do hospital	
** Resposta dos participantes obtida por meio das perguntas da entrevista	

FONTE: Adaptado de DUBOIS et al. (2013).

As etapas e procedimentos que compõem a ACTC estão descritas em detalhes na sequência:

Leitura flutuante, intuitiva ou parcialmente orientada do texto. Trata-se de uma leitura exaustiva do texto a ser analisado, fazendo com que o pesquisador se deixe impressionar pelo conteúdo presente sem intencionalidade de perceber elementos específicos no decorrer da leitura (OLIVEIRA, 2015, grifo nosso).

Neste estudo, foi feita uma leitura exaustiva das 167 páginas das entrevistas, além de quatro folhas transcritas de observação, e uma folha de roteiro contendo as informações de dados dos registros.

Definição de hipóteses. Construção de hipóteses provisórias relacionadas ao objeto estudado bem como os conteúdos do texto analisado. Tais hipóteses conduzirão o desenvolvimento do processo de análise, a fim de que o objeto esteja

¹ Esta categoria não está relacionada especificamente ao modelo teórico, tendo em vista que o modelo coloca as alterações nas condições do paciente como resultado. Assim, as informações referentes às dimensões propostas pelo modelo são inexistentes.

sempre em pauta. Ao final da pesquisa, as hipóteses poderão ser aceitas ou refutadas (OLIVEIRA, 2015, grifo nosso).

Para este estudo, foram aplicadas as seguintes hipóteses: O enfermeiro da gestão de leitos tem interface considerada ponte entre os enfermeiros e médicos residentes das unidades assistenciais e o leito hospitalar para o paciente? O enfermeiro tem competências, habilidades /capacidade para atuar na gestão dos leitos?

Determinação das unidades de registro (UR). Trata-se da escolha do tipo de UR que o pesquisador adotará em cada processo de análise (apenas um tipo), podendo ser palavras, frases, parágrafos, temas, objeto, personagem, acontecimento ou documentos (OLIVEIRA, 2015, grifo nosso).

Neste estudo, optou-se pela escolha da resposta do participante a uma pergunta aberta e a uma frase anotada proveniente da técnica de coleta por observação e dados do serviço. O total de URs obtido pode ser visualizado na TABELA 1.

TABELA 1 - TOTAL DE UNIDADE DE REGISTRO

Técnica de Coleta	Participantes	Total de unidade de registro (UR)
Entrevista	Enfermeiros das unidades assistenciais	422
	Enfermeiros da gestão de leitos	145
	Médicos/residentes	97
Observação		21
Dados de registros da gestão de leitos		04
Total		689

FONTE: A autora (2019).

Marcação no texto do início e final de cada UR observada. A maior parte do texto analisada deve receber recorte considerando a UR. A UR tem existência física, assim, pode haver recorte e extração de um corpus de análise (OLIVEIRA, 2015, grifo nosso). As URs foram identificadas e organizadas por meio de dimensões seguindo a lógica de Matriz de análise, selecionadas por um código e denominadas pela pesquisadora de UR.

Definição das unidades de significação (US). Trata-se da associação das URs com as US, significando que todas as US deverão abranger um conjunto de URs expressando os significados contidos nas URs (OLIVEIRA, 2015, grifo nosso).

Na presente pesquisa, após a etapa de determinação e análise das URs, foi identificado um total de 61 US, evidenciadas nos QUADROS 7, 8 e 9 referentes ao grupo de enfermeiros da Gestão de Leitos; QUADROS 10, 11 e 12, referentes aos participantes residentes e médicos e; QUADROS 13, 14 e 15 para os participantes enfermeiros das unidades assistenciais, elaborado de quadros descritos no método de Oliveira (2016) e seguindo a estrutura da matriz de análise em atendimento ao modelo teórico.

Análise temática das US. Esta etapa compreende a quantificação das UR's em cada US, se está presente ou ausente em cada entrevista (OLIVEIRA, 2015, grifo nosso). Os dados analisados dos participantes da pesquisa, que originaram as US, estão também evidenciados nos QUADROS 7 ao 15.

Análise categorial das US. A partir das USs elencadas bem como sua quantificação, é necessário agrupá-las de acordo com suas semelhanças e, em seguida, construir as categorias (OLIVEIRA, 2015, grifo nosso). Nesta pesquisa, o resultado foi relacionado às três categorias conforme matriz de análise previamente elaborada, em inspiração o modelo teórico, com a quantificação presentes nos QUADROS 7 ao 15.

QUADRO 7 - SÍNTESE DAS UNIDADES DE REGISTRO E UNIDADES DE SIGNIFICAÇÃO POR SUBCATEGORIAS DA CATEGORIA 1: AQUISIÇÃO, IMPLEMENTAÇÃO E MANUTENÇÃO DE RECURSOS DOS ENFERMEIROS DA GESTÃO DE LEITOS COM OS PARTICIPANTES ENFERMEIROS DA GESTÃO DE LEITOS

(CONTINUA)

Dimensões	Código das US	Unidades de significação (US)	US/ Unidades de registro (UR)	Exemplos	Total UR / US	Total corporal/ US
Oferta de pessoal de Leitos enfermagem da Gestão de	US1	Caracterização da Equipe: Profissionais necessários para trabalhar na gestão de leitos ²	- Enfermeiro, Médico e Assistente Social (3) - Equipe multiprofissional (2) - Enfermeiro e Médico. (1)	Eu acho que o enfermeiro é o principal. Tem que ter um apoio médico, porque, muitas vezes, envolve decisões médicas. (Enf1b) [...] quatro enfermeiros e tem o (nome) como chefe e [...]. A equipe técnica de enfermagem, o enfermeiro, o residente, o médico, que querendo ou não é a nossa equipe também, né, que ajuda a gente a tá desenvolvendo esse trabalho. [...] equipe multiprofissional é que é o serviço social, o médico em si. (Enf1e) A gestão de leitos compõe como equipe quatro enfermeiros, um médico chefe e um auxiliar administrativo. (D)	06	05

² Nesta US, o modelo teórico pede para caracterizar a equipe, contudo, avaliou-se como pertinente, acrescentar quais seriam os profissionais necessários para integrar a equipe mediante na perspectiva dos participantes.

QUADRO 7 - SÍNTESE DAS UNIDADES DE REGISTRO E UNIDADES DE SIGNIFICAÇÃO POR SUBCATEGORIAS DA CATEGORIA 1: AQUISIÇÃO, IMPLEMENTAÇÃO E MANUTENÇÃO DE RECURSOS DOS ENFERMEIROS DA GESTÃO DE LEITOS COM OS PARTICIPANTES ENFERMEIROS DA GESTÃO DE LEITOS

		(CONTINUAÇÃO)				
Dimensões	Código das US	Unidades de significação (US)	US/ Unidades de registro (UR)	Exemplos	Total UR / US	Total corporal/ US
Oferta de pessoal de enfermagem da Gestão de Leitos	US2	Qualificação e Experiência ³	<ul style="list-style-type: none"> - Experiência na assistência ao paciente (3) - Competências do enfermeiro da Gestão de Leitos (3) - Experiência não é requisito para o enfermeiro atuar na GL (2) - Perfil do enfermeiro gestor (2) 	<p>[...] é importante você ter uma experiência na questão da assistência, pra você conhecer os pacientes. (Enf1a)</p> <p>[...] saber se comunicar bem, por que você vai lidar com todo tipo de pessoa ali desde o paciente, o enfermeiro, o médico, o residente, o técnico. (Enf1e)</p> <p>“eu tenho o leito, mas esse leito pertence a especialidade tal”, no entanto, às vezes surge uma demanda da UTI ou às vezes do CTSI, então você tem que ser firme “não, a prioridade é da UTI e CTSI” (Enf1e)</p> <p>[...] estes quesitos né, que a gente fala da própria gerencia em enfermagem né, que é liderança, comunicação, flexibilidade, né, bom relacionamento interpessoal. (Enf1a)</p> <p>É, eu diria assim que muitas vezes se você tem a experiência na assistência em si, eu diria que faz uma grande diferença né. Mas não necessariamente você precisa ter essa experiência. (Enf1e)</p> <p>[...] ser gestor ou ter alguma formação em gestão. (Enf1b)</p>	10	07

³ Entendem-se a qualificação e experiência nesta US, como característica que o enfermeiro deve ter para atuar na gestão de leitos, não como o modelo teórico trás, no sentido apenas da titulação para a Qualificação. Ainda, tendo em vista as respostas dos participantes, a US2 e US3 apresentaram semelhanças.

QUADRO 7 - SÍNTESE DAS UNIDADES DE REGISTRO E UNIDADES DE SIGNIFICAÇÃO POR SUBCATEGORIAS DA CATEGORIA 1: AQUISIÇÃO, IMPLEMENTAÇÃO E MANUTENÇÃO DE RECURSOS DOS ENFERMEIROS DA GESTÃO DE LEITOS COM OS PARTICIPANTES ENFERMEIROS DA GESTÃO DE LEITOS

		(CONTINUAÇÃO)				
Dimensões	Código das US	Unidades de significação (US)	US/ Unidades de registro (UR)	Exemplos	Total UR / US	Total corporal/ US
Oferta de pessoal de enfermagem da Gestão de Leitos	US3	Conhecimento do enfermeiro na Gestão de Leitos	<ul style="list-style-type: none"> - Conhecimentos dos fluxos e unidades da instituição (6) - Conhecimento adquirido na formação acadêmica como suficiente para atuação (5) - Conhecimento em gestão e assistência de forma articulada (5) 	<p>[...] eu não conhecia o hospital, funcionária nova, mas três quatro primeiros meses a gente aplicou Fugulin em todas as unidades do hospital exceto nas unidades críticas [...] (Enf1a)</p> <p>Se tiver alguma especificidade tipo se o paciente tem precaução de contato, respiratório, alguma coisa assim [...] (Enf1c)</p> <p>Ah, conhecimento de gestão. Eu acho que tem que ter também assim... Conhecimento da assistência [...] levando em consideração dimensionamento de enfermagem (Enf1b)</p> <p>Paciente que tá na unidade de UTI, CTSI, querendo ou não, tem a questão financeiramente falando, isso não é bom para hospital né. Questão de sustentabilidade financeira. (Enf1e)</p> <p>Eu acho que todo o conhecimento que a gente adquiriu durante a formação, ele é primordial pra gente exercer a função aqui na gestão de leitos. (Enf1c)</p>	16	09
				<p>[...] conhecimento técnico-científico, conhecimento do processo saúde-doença. (Enf1d)</p>		

QUADRO 7 - SÍNTESE DAS UNIDADES DE REGISTRO E UNIDADES DE SIGNIFICAÇÃO POR SUBCATEGORIAS DA CATEGORIA 1: AQUISIÇÃO, IMPLEMENTAÇÃO E MANUTENÇÃO DE RECURSOS DOS ENFERMEIROS DA GESTÃO DE LEITOS COM OS PARTICIPANTES ENFERMEIROS DA GESTÃO DE LEITOS

		(CONTINUAÇÃO)				
Dimensões	Código das US	Unidades de significação (US)	US/ Unidades de registro (UR)	Exemplos	Total UR / US	Total corporal/ US
Oferta de pessoal de enfermagem da Gestão de Leitos	US4	Habilidade do Enfermeiro na Gestão de Leitos	- Habilidade em flexibilidade (3)	[...] o enfermeiro que consegue estar em espaços... não antes ocupados. A gente consegue se capacitar e criar competências de onde não tem, para fazer aquela função. (Enf1b) [...] saber se impor no sentido de dizer assim que precisa e ao mesmo tempo ouvir também a parte dos enfermeiros, principalmente. (Enf1e)	03	02
	US5	Perfil de pacientes na instituição ⁴	- Diferentes perfis (eletivo, semi intensivo, cirúrgico, paliativo) (1) - Instrumento de avaliação do perfil clínico pelos enfermeiros da Gestão de Leitos (1)	[...] a gente vê que existe pacientes... é eletivos, que internam pra fazer algum procedimento, a gente vê pacientes mais críticos né, que já vem pela demanda Municipal, pela Secretaria Municipal, pacientes que internam em unidades críticas, a gente vê paciente que como te falei, fazem tratamento aqui periodicamente, paciente de fibrose cística, que às vezes vem de outros Estados, não que tenha internações recorrentes, a gente vê casos de doadores de transplante de medula óssea, a gente às vezes tem que internar paciente que vai fazer doação [...] (Enf1c) Dados tais como: Faixa etária; sexo; complexidade de cuidado; diagnóstico; especialidade médica; unidade de origem; tempo de duração entre o pedido de transferência do paciente emitido pela clínica e o tempo de resposta; desfecho compõe a avaliação do perfil do paciente pelo enfermeiro da Gestão de Leitos (1) (D).	02	02
Total					37	25

⁴ A questão do perfil de pacientes é direcionada apenas aos participantes enfermeiros da Gestão de Leitos. A princípio, a intenção era apresentar um perfil epidemiológico e sociodemográfico dos pacientes que foram transferidos/alocados em leitos no hospital pela Gestão de Leitos. Contudo, não há este perfil levantado e registrado. Assim, foi considerada apenas a entrevista para os mesmos.

QUADRO 7 - SÍNTESE DAS UNIDADES DE REGISTRO E UNIDADES DE SIGNIFICAÇÃO POR SUBCATEGORIAS DA CATEGORIA 1: AQUISIÇÃO, IMPLEMENTAÇÃO E MANUTENÇÃO DE RECURSOS DOS ENFERMEIROS DA GESTÃO DE LEITOS COM OS PARTICIPANTES ENFERMEIROS DA GESTÃO DE LEITOS

(CONTINUAÇÃO)

Dimensões	Código das US	Unidades de significação (US)	US/ Unidades de registro (UR)	Exemplos	Total UR / US	Total corporal/ US
Manutenção da equipe de enfermagem ⁵	US1	Aspectos que levam a qualidade de vida no trabalho na perspectiva dos enfermeiros	<ul style="list-style-type: none"> - Apoio da chefia, colegas e serviços envolvidos (3) - Preparo psicológico (2) - Características do serviço (2) - Reconhecimento do trabalho (2) - Recursos materiais disponíveis para o processo de trabalho (1) 	<p>Então, o que permite assim a qualidade é as ferramentas de trabalho, né [...] gente tem o computador, tem os materiais, pra fazer o trabalho né... o telefone, e-mail [...](Enf1a)</p> <p>O apoio mesmo da chefia, né, das gerencias que apoiaram o serviço [...] se não fosse comprado esta ideia, do serviço, eu acredito que a gente não conseguiria ter qualidade né, porque você ia ser barrado toda hora né, então não ia ter essa... não ia ter fluído como fluiu. (Enf1a)</p> <p>[...] em algum lugar ele está sendo cuidado, eu preciso muitas vezes tomar decisões, mas eu sei que não expõe o paciente ao risco de vida. (Enf1b)</p> <p>[...] me sinto importante no serviço que faço e para o paciente mais ainda. Então saber que a gente influencia positivamente nessa questão, né, então isso me dá uma satisfação profissional. (Enf1c)</p>	10	05
	US2	Acidentes, lesões, doenças relacionadas ao trabalho na Gestão de leitos	<ul style="list-style-type: none"> - Ausência de Acidentes, lesões, doenças relacionadas ao trabalho. (5) 	<p>Ausência de acidentes, lesões, doenças relacionadas ao trabalho, identificada na resposta de entrevista para os cinco enfermeiros (5)</p>	05	05

⁵ Esta dimensão é relacionada apenas aos enfermeiros da Gestão de Leitos, por se tratar de aspectos que envolvem sua manutenção no serviço.

QUADRO 7 - SÍNTESE DAS UNIDADES DE REGISTRO E UNIDADES DE SIGNIFICAÇÃO POR SUBCATEGORIAS DA CATEGORIA 1: AQUISIÇÃO, IMPLEMENTAÇÃO E MANUTENÇÃO DE RECURSOS DOS ENFERMEIROS DA GESTÃO DE LEITOS COM OS PARTICIPANTES ENFERMEIROS DA GESTÃO DE LEITOS

		(CONTINUAÇÃO)				
Dimensões	Código das US	Unidades de significação (US)	US/ Unidades de registro (UR)	Exemplos	Total UR / US	Total corporal/ US
Manutenção da equipe de enfermagem	US3	Motivação dos enfermeiros na Gestão de Leitos ⁶	<p>Satisfação em atender a necessidade do paciente (6)</p> <p>- Mudar a cultura da instituição (1)</p>	<p>Antigamente não tinha esse fluxo [...] mudou-se alguns feudos que tinha aqui dentro, bem importante isso, bem satisfatório. (Enf1a)</p> <p>[...] me motiva saber que quando eu conseguir um leito eu vou conseguir ao menos amenizar um pouco a dor daquele paciente. Que às vezes... Ah são números, ou, por exemplo, teve quinze transferências... Ah quinze transferências! Mas são quinze que precisavam sair da UTI, ou ir pra UTI. (Enf1b)</p> <p>[...]. Era uma puérpera né, então assim, uma puérpera jovem, primeiro filho e aí depois muitos falavam “será que ela vai conseguir”, a gente ficou naquela ansiedade e a gente ficou com alívio, por que o que chegou pra nós a gente fez né. Precisou tirar um paciente da UTI, conseguimos o leito na UTI. (Enf1e)</p>	07	05
				US4	Ausente em registros do serviço (D) (0)	Ausente em registros do serviço (D) (0)
Total					22	15

⁶ Refere-se a aspectos que motivam o enfermeiro a trabalhar na Gestão de leitos, na sua própria perspectiva.

QUADRO 7 - SÍNTESE DAS UNIDADES DE REGISTRO E UNIDADES DE SIGNIFICAÇÃO POR SUBCATEGORIAS DA CATEGORIA 1: AQUISIÇÃO, IMPLEMENTAÇÃO E MANUTENÇÃO DE RECURSOS DOS ENFERMEIROS DA GESTÃO DE LEITOS COM OS PARTICIPANTES ENFERMEIROS DA GESTÃO DE LEITOS

(CONTINUAÇÃO)

Dimensões	Código das US	Unidades de significação (US)	US/ Unidades de registro (UR)	Exemplos	Total UR / US	Total corporal/ US
Condições de trabalho	US1	Recursos físicos, materiais e tecnológicos. ⁷	Recursos utilizados pelos enfermeiros na Gestão de Leitos (3)	<p>- Uma mesa com computador, contendo a planilha de pedido de transferência de pacientes, compartilhada com a Unidade de Referência (UR); telefone predominantemente e bipe para comunicação direta com os residentes/médicos. (O)</p> <p>- Estrutura física: sala compartilhada com outros serviços possui banheiro e copa. Com acessibilidade, luminosidade e ventilação. (O)</p> <p>- Fragilidade em recursos em unidades assistenciais, tais como pouco leito de isolamento (O)</p>	03	05
	US2	Condições do emprego (cargo de trabalho e organização do Serviço ⁸)	<p>- Carga horária (2)</p> <p>- Organização do Serviço (1)</p>	<p>- Realizam uma carga de trabalho composto por plantões 12x36 horas distribuídas em escala de trabalho com um enfermeiro por plantão (D)</p> <p>- A Gestão de leitos possui um fluxo de relação com outros serviços dentro do hospital, considerando, portanto, desde o acesso do paciente (D).</p> <p>- O plantão foi realizado por dois enfermeiros neste plantão, o que facilitou o processo de trabalho em virtude de divisão de tarefas (O)</p>	03	06

⁷ Nesta US, não foram contemplados os recursos financeiros conforme menciona o modelo teórico. Trata-se de um hospital público, portanto, este recurso requer outra abordagem.

⁸ Observação: Considerar o modelo de trabalho Gestão de Leitos conforme mostra inicialmente na FIGURA 2, apresentada no método. Posteriormente será apresentada esta organização em forma de representação esquemática, aliada ao modelo teórico utilizado.

QUADRO 7 - SÍNTESE DAS UNIDADES DE REGISTRO E UNIDADES DE SIGNIFICAÇÃO POR SUBCATEGORIAS DA CATEGORIA 1: AQUISIÇÃO, IMPLEMENTAÇÃO E MANUTENÇÃO DE RECURSOS DOS ENFERMEIROS DA GESTÃO DE LEITOS COM OS PARTICIPANTES ENFERMEIROS DA GESTÃO DE LEITOS

		(CONTINUAÇÃO)				
Dimensões	Código das US	Unidades de significação (US)	US/ Unidades de registro (UR)	Exemplos	Total UR / US	Total corporal/ US
Condições de trabalho	US3	Dificuldades enfrentadas pelos enfermeiros da Gestão de leitos ⁹	<ul style="list-style-type: none"> - Maior demanda em setores em virtude das especialidades (5) - Recursos materiais e físicos (4) - Acesso à informações prévias do paciente (3) - Comunicação fragilizada (2) - Cultura dos profissionais (3) 	<p>[...] clínica médica e leitos de retaguarda e a cirurgia geral. São setores que abrangem uma maior rotatividade e aí são setores que tem uma maior dificuldade de remanejar os leitos. (Enf1d)</p> <p>A gente não tem acesso às filas, então isso acaba atrapalhando nosso trabalho. (Enf1c)</p> <p>Comunicação com a equipe, tanto equipe médica como equipe de enfermagem também. (Enf1c)</p> <p>O paciente foi alocado na vaga de leito da clínica médica, quando deveria ter ido para a ortopedia (O)</p> <p>Paciente na Unidade de Referência esperando há dois dias uma vaga de transferência para enfermagem. A especialidade médica, diz não ter tido conhecimento da solicitação de transferência (O)</p> <p>A principal dificuldade é com leito de isolamento [...] (Enf1a)</p> <p>Acho que nossa maior dificuldade está com nossa própria categoria, infelizmente. [...] Não querem aceitar o paciente, por diversas questões, por diversos problemas. (Enf1b)</p> <p>Processo de trabalho fragilizado por desconhecimento do fluxo por parte do enfermeiro da unidade assistencial (O)</p> <p>[...] para a equipe de enfermagem a gente sentiu isso, que no começo tinha muita resistência né... por que “ah esse leito é da especialidade X” [...] (Enf1c)</p>	17	07

⁹ Este item não está contemplado no modelo teórico, contudo, avaliou-se como pertinente apresentar as dificuldades enfrentadas pelo serviço, implicando a condição de trabalho dos enfermeiros da Gestão de Leitos..

QUADRO 7 - SÍNTESE DAS UNIDADES DE REGISTRO E UNIDADES DE SIGNIFICAÇÃO POR SUBCATEGORIAS DA CATEGORIA 1: AQUISIÇÃO, IMPLEMENTAÇÃO E MANUTENÇÃO DE RECURSOS DOS ENFERMEIROS DA GESTÃO DE LEITOS COM OS PARTICIPANTES ENFERMEIROS DA GESTÃO DE LEITOS

		(CONCLUSÃO)				
Dimensões	Código das US	Unidades de significação (US)	US/ Unidades de registro (UR)	Exemplos	Total UR / US	Total corporal* / US
Condições de trabalho	US4	Facilidades no trabalho do enfermeiro na Gestão de Leitos ¹⁰	<ul style="list-style-type: none"> - Visão geral dos leitos (2) - Facilidade por ser profissional enfermeiro (2) - Internamento Cruzado (1) - Agilidade em alocar e transferir o paciente (1) - Gerenciamento do leito centralizado no enfermeiro da Gestão de Leitos (1) 	<p>[...] as cirurgias que antes eram canceladas hoje em dia já não são mais, porque a gente consegue fazer o internamento cruzado, então se a unidade de origem estiver lotada, a gente vai colocar em outra unidade, também isso possibilita aumentar o número de internamento [...] (Enf1a)</p> <p>O conhecimento de todos os leitos do hospital. (Enf1b)</p> <p>[...] a gente sabe que o quanto mais ágil ele sair do ambiente de terapia intensiva que ele vá pra unidade até pra ficar com a família, pra melhora da clínica dele é bem importante, então esta agilidade de transferência e internamento. (Enf1a)</p> <p>Acho que a facilidade fica exatamente por a gente ser enfermeiros né, e a gente saber no sentido de quais cuidados precisa né [...] (Enf1e)</p> <p>O gerenciamento dos leitos da clínica médica e retaguarda serão centralizados para a Gestão de leitos e não mais pela equipe médica. (O)</p>	07	07
				Total	Total	30

FONTE: A autora (2019)

NOTA: * Número de entrevistados, item de observação e de dados de registros, que têm UR na US

LEGENDA: Codificação atribuída aos participantes (Ex: Enf1a, Enf2a, Med1a, Med2a) (Entrevista), Observação (O) e Registro de dados do serviço (D).

¹⁰ Este item não está contemplado no modelo teórico, contudo, avaliou-se como pertinente apresentar as facilidades identificadas pelo serviço, implicando a condição de trabalho dos enfermeiros da Gestão de Leitos.

QUADRO 8 - SÍNTESE DAS UNIDADES DE REGISTRO E UNIDADES DE SIGNIFICAÇÃO POR SUBCATEGORIAS DA CATEGORIA 2: TRANSFORMANDO RECURSOS DE ENFERMAGEM EM SERVIÇOS DE ENFERMAGEM RELEVANTES COM OS PARTICIPANTES ENFERMEIROS DA GESTÃO DE LEITOS

(CONTINUA)

Dimensões	Código das US	Unidades de significação (US)	US/ Unidades de registro (UR)	Exemplos	Total UR / US	Total corporal/ US
Processos de Enfermagem	US1	Contribuição do enfermeiro da Gestão de Leitos para a continuidade do cuidado do paciente	<ul style="list-style-type: none"> - Acompanhamento do paciente desde entrada até a saída do hospital (1) - Elementos que compõem perfil de cuidado do paciente para a transferência (3) 	<p>A continuidade no cuidado do paciente esta desde o momento que [...] gente consegue um leito para ele, até no momento que a gente adianta tudo [...] (Enf1d)</p> <p>[...] na ficha que é preenchida de transferência, existe alguns dados clínicos sobre o paciente, então, por exemplo, estado mental, oxigenoterapia. Se ele é isolamento, se ele deambula, como ele se alimenta, se é via oral ou por sonda, e a eliminação por fralda, sonda vesical ou se é autossuficiente. Então, com esses dados a gente consegue fazer a continuidade do cuidado para as enfermeiras que vão receber ele (Enf1a)</p> <p>[...] se preocupar em fazer uma “mini” passagem de plantão, em passar tudo para enfermeira que vai receber o paciente [...] (Enf1b)</p>	04	05
	US2	Respostas às necessidade e expectativas do paciente	<ul style="list-style-type: none"> - Diminuir o tempo de espera do paciente pelo leito (5) - Considerar aspectos sociais do paciente (1) - Evitar cancelamento de cirurgia (1) 	<p>[...] acho que de forma unida com assistência à gestão consegue agilizar o tempo de internação do paciente, pra que ele volte ao seu convívio social fora do hospital. (Enf1d)</p> <p>[...] evitando cancelamento de cirurgias. (Enf1a)</p> <p>Principalmente os pacientes eletivos. Vou dar um exemplo: Chega ali na central de internação e às vezes ele não tem leito né, pra que ele possa ser internado. E aí quando chega até a gestão de leito, a gente procura o mais rápido possível pra tá procurando esse leito. (Enf1e)</p>	07	06

QUADRO 8 - SÍNTESE DAS UNIDADES DE REGISTRO E UNIDADES DE SIGNIFICAÇÃO POR SUBCATEGORIAS DA CATEGORIA 2: TRANSFORMANDO RECURSOS DE ENFERMAGEM EM SERVIÇOS DE ENFERMAGEM RELEVANTES COM OS PARTICIPANTES ENFERMEIROS DA GESTÃO DE LEITOS

		(CONTINUAÇÃO)				
Dimensões	Código das US	Unidades de significação (US)	US/ Unidades de registro (UR)	Exemplos	Total UR / US	Total corporal/ US
Ambiente de trabalho em Enfermagem	US1	Autonomia na perspectiva do enfermeiro da Gestão de Leitos	<ul style="list-style-type: none"> - Autonomia identificada no poder de decisão (4) - Autonomia limitada (3) - Autonomia respaldada pelo fluxo instituído/chefia (2) 	<p>[...] a nossa autonomia ela não é 100% (Enf1c)</p> <p>[...] acredito que autonomia nesse sentido assim, de você ter esse poder de decidir (Enf1a)</p> <p>Às vezes a nossa autonomia [...] ela esbarra em questões burocráticas, assistenciais colocadas pelas pessoas, pelos seus jeitos, pelas suas culturas, pelo seu modo de trabalhar. (enf1b)</p> <p>Enfermeiro verifica o perfil clínico de quatro pacientes realocando-os em outras unidades conforme sua avaliação. Retorna para a unidade comunicando sua decisão. (O)</p> <p>[...] “tá” respaldado do fluxo, tá respaldado pela sua chefia, [...] preciso de leito né, e às vezes a equipe de enfermagem às vezes estão um pouco resistentes né, porém, naquele momento é aquele leito. (Enf1e)</p>	09	08
	US2	Colaboração (Integração da Gestão de leitos com os serviços e a Rede) ¹¹	<ul style="list-style-type: none"> - Situações em que há integração entre os serviços (4) - Pouca relação direta com a Rede (3) 	<p>Então, com a rede a gente não tem muito acesso né, na Rede Municipal. A gente tem mais acesso aqui aos serviços dentro do hospital. (Enf1c)</p> <p>Outro dia aqui, a chefe da regulação me ligou aqui pedindo vaga de tubo que ele estava precisando, até casos judiciais. O que a gente consegue fazer a gente procura ajudar sempre a rede. (Enf1b)</p>	07	05

¹¹ Item destinado apenas aos enfermeiros da Gestão de leitos, a fim de compreender se há relação com a rede de saúde na perspectiva do modelo teórico.

QUADRO 8 - SÍNTESE DAS UNIDADES DE REGISTRO E UNIDADES DE SIGNIFICAÇÃO POR SUBCATEGORIAS DA CATEGORIA 2: TRANSFORMANDO RECURSOS DE ENFERMAGEM EM SERVIÇOS DE ENFERMAGEM RELEVANTES COM OS PARTICIPANTES ENFERMEIROS DA GESTÃO DE LEITOS

Dimensões	Código das US	Unidades de significação (US)	US/ Unidades de registro (UR)	Exemplos	Total UR / US	Total corporal/ US
Ambiente de trabalho em Enfermagem	US3	Tomada de Decisão do Enfermeiro na gestão de leitos ¹²	<ul style="list-style-type: none"> - Tomada de decisão considerando o perfil clínico do paciente (3) - Tomada de decisão por meio do fluxo instituído (2) - Tomada de decisão por prioridade (1) 	<p>[...] é analisado o perfil do paciente né, por aqueles dados que eu falei né, pelas condições clínicas, aí geralmente a gente tem que colocar paciente clínico em unidade clínica, cirúrgica em unidade cirúrgica [...]. (Enf1a)</p> <p>O paciente em isolamento de contato teve preferência à vaga de leito disponível (O)</p> <p>Temos o fluxo né, [...] mas muitas vezes é por prioridade. (Enf1e)</p>	06	05
	US4	Apoio de colegas e gerentes ¹³	<ul style="list-style-type: none"> - Unidades assistenciais (4) - Serviços de apoio diagnóstico, laboratório, unidades assistenciais e administrativos, serviço social, apoio operacional (4) 	<p>[...] o setor de exames, que envolve tudo né, desde ressonância e ecocárdio. [...] às vezes ele precisa de uma cama que está quebrada, e as meninas não estão conseguindo resolver o problema. Às vezes a gente interfere porque precisa... não agilizar assim a todo custo, mas são coisas que não, não teria que entrar nas nossas prioridades e a gente acaba tendo que atender para fazer mesmo essa gestão do leito. (Enf1b)</p> <p>Geralmente os serviços envolvidos são os serviços de exame, os serviços de apoio diagnóstico, a Urgência, os setores de internação. (Enf1d)</p> <p>[...] Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH), laboratório, unidade de internação, unidade referenciada (Enf1c)</p>	08	05

¹² Pelo modelo teórico, este item aborda se a tomada de decisão acontece de forma descentralizada. Optou-se por considerar mais aspectos referente sobre como ocorre a tomada de decisão pelos enfermeiros.

¹³ O apoio de colegas e gerentes está relacionado a quais serviços estão relacionados com a Gestão de Leitos.

QUADRO 8 - SÍNTESE DAS UNIDADES DE REGISTRO E UNIDADES DE SIGNIFICAÇÃO POR SUBCATEGORIAS DA CATEGORIA 2: TRANSFORMANDO RECURSOS DE ENFERMAGEM EM SERVIÇOS DE ENFERMAGEM RELEVANTES COM OS PARTICIPANTES ENFERMEIROS DA GESTÃO DE LEITOS

Dimensões	Código das US	Unidades de significação (US)	US/ Unidades de registro (UR)	Exemplos	Total UR / US	Total corporal/ US
Ambiente de trabalho em Enfermagem	US5	Atuação do enfermeiro da Gestão de Leitos	<ul style="list-style-type: none"> - Trabalho burocrático, coleta de dados para o senso hospitalar, geração de indicadores (7) - Adiantamento de exames (3) - Kamban (5) - Gerenciamento dos leitos: Transferências e alocação dos pacientes aos leitos hospitalares (6) 	<p>[...] a primeira atividade da manhã é ver o senso hospitalar, pra ver quantos pacientes estão em cada unidade, então é de todo hospital, e é mandado esse senso hospitalar para a gerência administrativa. (Enf1a)</p> <p>[...] atende as solicitações por telefone da Unidade Referenciada pelo <i>Forms</i> e tudo isso, sempre é preenchido uma folha inicial de solicitação, depois é preenchida outra tabela no <i>Exce/</i> do nome do paciente, pra que unidade ele foi, qual era o diagnóstico, então o tempo todo a gente faz os atendimento e faz a parte burocrática que é a parte de preencher tabela, formulário, pra depois gerar os indicadores né, que a gente avalia qual unidade... especialidade solicitante, unidade receptora, unidade de origem. (Enf1a)</p> <p>Diálogo entre as equipes via telefone, sobre a necessidade de uso de O2 para paciente ser transferido de uma enfermaria para outra. (O)</p> <p>Elaboração de Procedimento Operacional Padrão (POP) (O)</p> <p>Nós também procuramos adiantar os exames de pacientes [...] Então a gente abriu um formulário, eles preenchem esse formulário pra auditoria interna [...]. (Enf1b)</p> <p>Trabalhamos acompanhando o prazo, os dias de internação de pacientes e, comparando esse prazo, esses dias, de acordo com a tabela SUS através da metodologia kamban. (Enf1d)</p>	21	08

(CONTINUAÇÃO)

QUADRO 8 - SÍNTESE DAS UNIDADES DE REGISTRO E UNIDADES DE SIGNIFICAÇÃO POR SUBCATEGORIAS DA CATEGORIA 2: TRANSFORMANDO RECURSOS DE ENFERMAGEM EM SERVIÇOS DE ENFERMAGEM RELEVANTES COM OS PARTICIPANTES ENFERMEIROS DA GESTÃO DE LEITOS (CONCLUSÃO)

Dimensões	Código das US	Unidades de significação (US)	US/ Unidades de registro (UR)	Exemplos	Total UR / US	Total corporal/ US
Ambiente de trabalho em Enfermagem	US5	Atuação do enfermeiro da Gestão de Leitos	<ul style="list-style-type: none"> - Trabalho burocrático, coleta de dados para o senso hospitalar, geração de indicadores (7) - Adiantamento de exames (3) - Kamban (5) - Gerenciamento dos leitos: Transferências e alocação dos pacientes aos leitos hospitalares (6) 	<p>[...] Enfermeiro faz a leitura da passagem de plantão digitalizada pelo enfermeiro do plantão anterior, identificando as pendências (O1).</p> <p>Tem a gestão de leitos propriamente dita que é as transferências internas e das unidades críticas quando [...] nós ajudamos no sentido de quando eles têm um paciente de alta destas unidades e não tem leito pra serem transferidos [...] (Enf1c).</p>		
Total					62	42

FONTE: A autora (2019)

QUADRO 9 - SÍNTESE DAS UNIDADES DE REGISTRO E UNIDADES DE SIGNIFICAÇÃO POR SUBCATEGORIAS DA CATEGORIA 3: RESULTADOS DO TRABALHO DO ENFERMEIRO DA GESTÃO DE LEITOS COM OS PARTICIPANTES ENFERMEIROS DA GESTÃO DE LEITOS (CONTINUA)

Dimensões	Código das US	Unidades de significação (US)	US/ Unidades de registro (UR)	Exemplos	Total UR / US	Total corporal/ US
Resultados da atuação do enfermeiro na Gestão de Leitos ¹⁴	US1	Interface dos enfermeiros da Gestão de Leitos com a unidade assistencial	<ul style="list-style-type: none"> - Relacionamento entre as equipes (4) - Parceria no enfrentamento de problemas identificados (2) - Gestão de Leitos vista como ponte entre a assistência e o leito (2) 	<p>Por exemplo, aconteceu uma situação de um paciente que precisava sair da UTI, a gente rapidamente fez uma reunião. Eu a enfermeira da ortopedia, a enfermeira da cirurgia geral e já montou um fluxo que a ortopedia ia receber os pacientes da cirurgia geral e a cirurgia geral e a receber os isolamentos. (Enf1b)</p> <p>Eu acredito que nossa interface seria uma interface de ponte entre paciente e profissional da assistência. (Enf1d)</p>	08	05
	US2	Indicadores	<ul style="list-style-type: none"> - Aumento na taxa de ocupação das unidades (4) - Melhora em demais indicadores (2) 	<p>Olha, a gente tem uns indicadores né de antes de a gente implantar o serviço, de como era a taxa de ocupação de cada unidade que era abaixo de 80% e algumas unidades a gente mantém lá encima depois que o serviço foi implantado. (Enf1c)</p> <p>Aumento na taxa de ocupação: no ano de 2015: 72,43%;em 2016: 75,28% e no ano de 2017: 78,16% (D).</p>	06	05

¹⁴ Esta categoria não aborda os elementos específicos do modelo teórico, por não obter dados que evidenciem a mudança da condição do paciente, propriamente dito. Assim, foi considerado como resultado as USs apresentadas no quadro.

QUADRO 9 - SÍNTESE DAS UNIDADES DE REGISTRO E UNIDADES DE SIGNIFICAÇÃO POR SUBCATEGORIAS DA CATEGORIA 3: RESULTADOS DO TRABALHO DO ENFERMEIRO DA GESTÃO DE LEITOS COM OS PARTICIPANTES ENFERMEIROS DA GESTÃO DE LEITOS (CONTINUAÇÃO)

Dimensões	Código das US	Unidades de significação (US)	US/ Unidades de registro (UR)	Exemplos	Total UR / US	Total corporal/ US
Resultados da atuação do enfermeiro na Gestão de Leitos	US2	Indicadores	<ul style="list-style-type: none"> - Aumento na Taxa de Ocupação das unidades (4) - Melhora em demais indicadores (2) 	[...] os pacientes quando estavam de alta da unidade de terapia intensiva, eles permaneciam mais tempo depois da alta, às vezes a gente consegue fazer remanejamento interno né, então isso possibilita agilidade nas transferências também das Unidades de Terapia Intensiva (UTIs) para unidades. (Enf1a)	03	03
	US3	Cultura da Instituição	<ul style="list-style-type: none"> - Internamento cruzado e não somente considerando a especialidade do paciente (2) - Gestão de Leitos visto como referência para o leito (1) 	[...] a questão do fluxo de trabalho que antigamente os médicos mesmo eram acostumados a prescrever na sua unidade de origem, [...] não sei se a palavra certa seria fluxo de trabalho, mas assim, já vão para as outras unidades de trabalho prescrever, eles sabem que se o paciente deles tá em outra unidade, eles tem que ir lá atender, fazer prescrição médica né. (Enf1a) [...] Então já se criou uma cultura que mesmo não tendo leito naquela unidade eles já são condicionados no sentido de eles já sabem a quem recorrer. Tanto o enfermeiro quanto os residentes, a equipe médica, eles já sabem a quem recorrer. (Enf1e)	01	01
	US4	Atendimento às solicitações de transferências de pacientes no leito hospitalar	<ul style="list-style-type: none"> - Quantitativo de transferências realizadas de leitos (1) 	[...] alguns resultados são contabilizados no sentido de quantos leitos a gente já conseguiu [...] mais de duas mil transferências a gente já realizou na gestão de leitos. (Enf1e).	01	01
	US5	Possibilidade de ampliação de leitos no hospital	<ul style="list-style-type: none"> - Abertura de novos leitos no hospital (1) 	[...] abriram os leitos da otorrino e da ortopedia então a própria DIGEC quer que aumente a taxa de ocupação deles. (Enf1b)	01	01
	Total					19

QUADRO 10 - SÍNTESE DAS UNIDADES DE REGISTRO E UNIDADES DE SIGNIFICAÇÃO POR SUBCATEGORIAS DA CATEGORIA 1 - AQUISIÇÃO, IMPLEMENTAÇÃO E MANUTENÇÃO DE RECURSOS DOS ENFERMEIROS DA GESTÃO DE LEITOS COM MÉDICOS/RESIDENTES (CONTINUA)

Dimensões (subcategorias)	Código das US	Unidades de significação (US)	US/ Unidades de registro (UR)	Exemplos	Total UR / US	Total corporal/ US
Oferta de pessoal de enfermagem na perspectiva dos médicos/residentes		Caracterização da Equipe: Profissionais necessários para trabalhar na gestão de leitos	<ul style="list-style-type: none"> - Enfermeiro e médico (5) - Enfermeiro como profissional essencial para a Gestão de Leitos (3) - Duas equipes para gerenciar os leitos: 	<p>[...] enfermeiro no geral é o profissional que faz a Gestão em Saúde hoje né. Então, eles são mais capacitados pra isso em geral, e o médico pra algumas questões do tipo, regular... Regular talvez vaga de UTI, Centro de Terapia Semi-intensiva (CTSI). (Med1a).</p> <p>Acho que o enfermeiro estaria adequado, talvez o médico pra gerenciar mais, entender melhor do caso do paciente, pra ver se ele tem condições pra ir à determinada unidade do hospital, [...] coletaria os dados, passaria os dados para o médico e tomaria a decisão talvez. (Enf2a)</p> <p>Eu acho que tem que ter o médico e o enfermeiro responsável da unidade do CTSI e da unidade referenciada e o Enfermeiro da gestão de leitos [...] (Med2a)</p> <p>Acho que o enfermeiro é essencial, por que acho que é ele que vai trazer o conhecimento científico, clínico, da situação de saúde, pra o time. (Med2b)</p> <p>[...] eu acho que o enfermeiro pela própria gerência que eles têm, e por ter conhecimento de enfermagem. (Med1a)</p>	09	06
	US1	Qualificação e Experiência na perspectiva de médicos/residentes	<ul style="list-style-type: none"> - Formação em gestão e na assistência (2) 	[...] acho que tem que ter uma formação meio geral, urgência, emergência, e clínica médica para entender o que é o diagnóstico de cada paciente e qual que é a necessidade que o paciente vai ter na Enfermaria. É... e também, de gestão com certeza. (Med1b)	02	02

QUADRO 10 - SÍNTESE DAS UNIDADES DE REGISTRO E UNIDADES DE SIGNIFICAÇÃO POR SUBCATEGORIAS DA CATEGORIA 1 - AQUISIÇÃO, IMPLANTAÇÃO E MANUTENÇÃO DE RECURSOS DOS ENFERMEIROS DA GESTÃO DE LEITOS COM MÉDICOS/RESIDENTES (CONTINUAÇÃO)

Dimensões	Código das US	Unidades de significação (US)	US/ Unidades de registro (UR)	Exemplos	Total UR / US	Total corporal/ US
Oferta de pessoal de enfermagem na perspectiva dos médicos/residentes	US3	Conhecimento do enfermeiro na Gestão de Leitos	<ul style="list-style-type: none"> - Conhecimento de gestão e assistência de forma articulada (9) - Conhecimento próprio da formação acadêmica (1) 	<p>[...] ele sendo enfermeiro entendendo “Ahh o paciente tem AVC e tem tal sequela motora”, pronto ele já entendeu, a gente fala a mesma língua. (Med1a)</p> <p>[...] conhecer vários tipos de pacientes, tanto cirúrgicos, paciente crítico, paciente mais idoso, criança... para saber onde alocar aquele tipo de paciente, saber que tipo de assistência cada paciente vai precisar receber e qual a enfermagem que e capaz de receber aquele paciente (Med1b)</p> <p>É, acho que tem que ter um bom conhecimento da instituição, dos serviços que a instituição oferece. (Med2b)</p> <p>[...] algum conhecimento. Técnicos específicos da enfermagem (Med2b)</p>	10	08
	US4	Habilidade do Enfermeiro na Gestão de Leitos	<ul style="list-style-type: none"> - Habilidade em proatividade (1) - Habilidade em agilidade (1) 	<p>[...] vagou um leito, eles já nos avisam. (Med1a)</p> <p>[...] a gente vê a rotatividade acontecer muito mais, porque os pacientes sobem muito mais rápido graças a essa comunicação mesmo e essa proatividade do NIR em avisar “Ó já tenho” (Med1a)</p>	02	02

QUADRO 10 - SÍNTESE DAS UNIDADES DE REGISTRO E UNIDADES DE SIGNIFICAÇÃO POR SUBCATEGORIAS DA CATEGORIA 1 - AQUISIÇÃO, IMPLEMENTAÇÃO E MANUTENÇÃO DE RECURSOS DOS ENFERMEIROS DA GESTÃO DE LEITOS COM MÉDICOS/RESIDENTES (CONTINUAÇÃO)

Dimensões	Código das US	Unidades de significação (US)	US/ Unidades de registro (UR)	Exemplos	Total UR / US	Total corporal/ US
Oferta de pessoal de enfermagem na perspectiva dos médicos/residentes	US5	Dificuldades enfrentadas pelos médicos/residentes à frente de Gestão de Leitos	<ul style="list-style-type: none"> - Comunicação frágil (5) - Fluxo frágil para a transferência do paciente no leito (3) - Sugestões de melhorias para as dificuldades enfrentadas (3) - Tempo de permanência estendida (1) 	<p>A gente ainda demora um tempo entre a alta física e alta médica, [...] e esse tempo às vezes faz com que um leito fique ocioso. (Med2b)</p> <p>Não existe um fluxo de o paciente sair da UTI e vir pra semi-intensiva, [...] chega muita solicitação de vaga externa pra unidade crítica, às vezes vinda até do próprio hospital. (Med1b)</p> <p>[...] uma coisa que poderia ter sido feito na transferência direta pra CTSI ou pra UTI, mas ele sobe pra gente e a gente tem de estabilizar aqui o que não é o ideal né. (Med2a)</p> <p>[...] na enfermaria, principalmente, é... Tem duas pessoas regulando as vagas, por exemplo, da enfermaria que é quem... o residente que "tá" no bip e fica recebendo os pedidos de vaga e a central. [...] Então às vezes, enquanto um opta por subir alguém, o outro acha necessário subir outra pessoa. (Med2c)</p> <p>[...] às vezes, as informações neste triângulo ficam perdidas. Fala com um, mas não fala com o outro, não transmite todas as informações. (Med2b)</p> <p>Acho que o sistema de transferência ainda é um pouco arcaico, é muito boca a boca assim. Então tem que ligar, daí fala aqui, liga lá de novo [...] (Med2b)</p>	12	6

QUADRO 10 - SÍNTESE DAS UNIDADES DE REGISTRO E UNIDADES DE SIGNIFICAÇÃO POR SUBCATEGORIAS DA CATEGORIA 1 - AQUISIÇÃO, IMPLEMENTAÇÃO E MANUTENÇÃO DE RECURSOS DOS ENFERMEIROS DA GESTÃO DE LEITOS COM MÉDICOS/RESIDENTES (CONTINUAÇÃO)

Dimensões	Código das US	Unidades de significação (US)	US/ Unidades de registro (UR)	Exemplos	Total UR / US	Total corporal/ US
Oferta de pessoal de enfermagem na perspectiva dos médicos/residentes	US5	Dificuldades enfrentadas pelos médicos/residentes frente à Gestão de Leitos	<ul style="list-style-type: none"> - Comunicação frágil (5) - Fluxo frágil para a transferência do paciente no leito (3) - Sugestões de melhorias para as dificuldades enfrentadas (3) - Tempo de permanência estendida (1) 	<p>Acho que teria que integrar um pouquinho mais, tanto a equipe médica e a enfermagem mais, pra alta médica e alta física ficarem programadas para ser logo e um pouquinho mais o serviço de limpeza do hospital, pra ter uma desinfecção rápida, pra logo preparar o leito de novo pra receber o paciente. (Med2b)</p> <p>Seria interessante talvez um sistema, colocar isso no SIH, ver quem está com interesse de da alta para onde que queria dar alta para ter um fluxo mais rápido e mais... uma comunicação melhor (Med2c)</p>		

QUADRO 10 - SÍNTESE DAS UNIDADES DE REGISTRO E UNIDADES DE SIGNIFICAÇÃO POR SUBCATEGORIAS DA CATEGORIA 1 - AQUISIÇÃO, IMPLEMENTAÇÃO E MANUTENÇÃO DE RECURSOS DOS ENFERMEIROS DA GESTÃO DE LEITOS COM MÉDICOS/RESIDENTES (CONCLUSÃO)

Dimensões	Código das US	Unidades de significação (US)	US/ Unidades de registro (UR)	Exemplos	Total UR / US	Total corporal/ US
Oferta de pessoal de enfermagem na perspectiva dos médicos/residentes		Facilidades com o enfermeiro na gestão de leitos na perspectiva dos médicos/residentes.	<ul style="list-style-type: none"> - Agilidade para alocar/transfereir/alta o paciente (5) - Centralidade do gerenciamento no enfermeiro da Gestão de Leitos (3) - Visão geral dos leitos (1) 	<p>[...] eles têm essa percepção mais Global, digamos assim. Eles conseguem ver o todo do hospital e a gente às vezes consegue ver só alguns setores específicos, como por exemplo, a UR, o CTSI ou a própria enfermaria. (Med2c)</p> <p>[...] ter alguém fazendo só essa função, diminuiria pela metade o nosso trabalho e a gente foca melhor o que tem que fazer. (Med2d)</p> <p>[...] centralizar as vagas e os pedidos, acho que ele consegue organizar melhor. (Med2b)</p> <p>[...] eventualmente também, eles ajudam a gente nos trâmites dos pacientes, com exames pendentes que estão retardando a alta. (Med2b)</p> <p>[...] a gente aciona dizendo quais são nossos pacientes de alta e eles tentam achar outras vagas disponíveis e eles conseguem dar uma evasão para nossas altas aqui. (Med1b)</p>	09	04
		US6				44
Total					44	28

FONTE: A autora (2019)

QUADRO 11 - SÍNTESE DAS UNIDADES DE REGISTRO E UNIDADES DE SIGNIFICAÇÃO POR SUBCATEGORIAS DA CATEGORIA 2 - AQUISIÇÃO, IMPLEMENTAÇÃO E MANUTENÇÃO DE RECURSOS DOS ENFERMEIROS DA GESTÃO DE LEITOS COM MÉDICOS/RESIDENTES (CONTINUA)

Dimensões	Código das US	Unidades de significação (US)	US/ Unidades de registro (UR)	Exemplos	Total UR / US	Total corporal/ US
Processos de enfermagem	US1	Respostas às necessidades e expectativas do paciente	<ul style="list-style-type: none"> - Atender as necessidades de cuidado conforme perfil do paciente (5) - Diminuir o tempo de internamento do paciente (1) - Diminuir o tempo de espera do paciente pelo leito (3) 	<p>[...] não simplesmente atendendo à demanda né... “Ah, eu tenho que transferir esse paciente de qualquer forma”. Mas sim colocando ele na especialidade que realmente vai atender ele da melhor forma. (Med2d)</p> <p>Ele está evitando que o paciente fique numa unidade crítica sem necessidade, está diminuindo o risco de o paciente ficar numa unidade que não tem mais necessidade, diminuindo o risco de estar exposto a infecções. (Med1b)</p> <p>Acho que a necessidade e expectativa do paciente é que vá para o leito adequado, não fique em leito de urgência que é desconfortável. (Med2b)</p> <p>[...] ele pode levantar um alerta assim “Ah será que esse paciente é pra subir mesmo?”, né? mais um profissional ali defendendo o paciente assim, né. (Med1a)</p> <p>Na medida que ele sobe, ele faz os exames mais rápidos, tempo menor de internamento [...] (Med1a).</p> <p>[...] a rapidez deles também pra direcionar para o local mais ideal, pois às vezes a questão não... Sentam numa poltrona, ficam desconfortáveis, e eles fazem esse gerenciamento relativamente rápido assim. (Med2b)</p>	09	05

QUADRO 11 - SÍNTESE DAS UNIDADES DE REGISTRO E UNIDADES DE SIGNIFICAÇÃO POR SUBCATEGORIAS DA CATEGORIA 2 - AQUISIÇÃO, IMPLEMENTAÇÃO E MANUTENÇÃO DE RECURSOS DOS ENFERMEIROS DA GESTÃO DE LEITOS COM MÉDICOS/RESIDENTES (CONTINUAÇÃO)

Dimensões	Código das US	Unidades de significação (US)	US/ Unidades de registro (UR)	Exemplos	Total UR / US	Total corporal/ US
Processos de enfermagem	US2	Autonomia do enfermeiro da Gestão de Leitos na perspectiva dos médicos/residentes	<ul style="list-style-type: none"> - Autonomia limitada (5) - Autonomia identificada no poder de decisão (3) - Autonomia com respaldo da chefia/direção (2) 	<p>[...] eles têm que ter essa conversa direta com a direção, para ter certo grau de autonomia. (Med1b)</p> <p>[...] a partir do momento em que a UTI pede um leito e eu peço um leito, eu acho que ele que pode decidir quem que vai [...] (Med1a)</p> <p>[...] acho que ela poderia ter mais. Já teve algumas situações que já ficaram bem claras que... alguns setores proibiram de aceitar tal paciente, e isso não pode acontecer. (Med1b)</p> <p>Na minha experiência ainda não percebi assim. É, não vi ainda assim, eles tomarem decisões ou alterar decisões que já foram tomadas. (Med2b)</p> <p>[...] eles têm muita autonomia pra decidir, eles são meio acanhados em relação a isso ainda, mas acho que dá para... eles podem se emponderar disso aí. (Med1a)</p>	10	06
	US3	Tomada de decisão do enfermeiro da Gestão de Leitos na perspectiva dos médicos/residentes	<ul style="list-style-type: none"> - Tomada de decisão por meio da avaliação do perfil clínico do paciente (4) - Tomada de decisão por prioridade (2) - Tomada de decisão conforme vagas de leitos disponíveis (2) 	<p>[...] acredito que seja por prioridades, espero que seja tentando tirar os pacientes das unidades mais críticas. (Med1b)</p> <p>[...] quando não tem leito naquele setor, acredito que daí ele verifica em algum outro setor de acordo com as condições do paciente. (Med1c)</p> <p>[...] “Ah, a paciente precisa de leito de O2, vou ver se na ‘Orto’ tem uma vaga assim, que possa ficar com acompanhante e que tenha o leito de O2”. (Med1a)</p> <p>[...]“Ah esse leito tá limpo ou tem uma previsão de alta?”. Se tem, “que horas? E... “qual a chance desse paciente de alta ir hoje”, daí ele me repassa essas informações. (Med1a)</p>	08	05

QUADRO 11 - SÍNTESE DAS UNIDADES DE REGISTRO E UNIDADES DE SIGNIFICAÇÃO POR SUBCATEGORIAS DA CATEGORIA 2 - AQUISIÇÃO, IMPLEMENTAÇÃO E MANUTENÇÃO DE RECURSOS DOS ENFERMEIROS DA GESTÃO DE LEITOS COM MÉDICOS/RESIDENTES (CONCLUSÃO)

Dimensões	Código das US	Unidades de significação (US)	US/ Unidades de registro (UR)	Exemplos	Total UR / US	Total corporal/ US
Processos de enfermagem	US4	Apoio de colegas de trabalho e gerentes (Serviços envolvidos com a gestão de leitos)	- Todos os serviços internos do hospital (4) Unidades assistenciais (1)	Os serviços envolvidos com a gestão de leitos são os próprios solicitantes. Acho que todos estão envolvidos por que a gestão de leitos tem que ter uma conversa muito direta com a própria direção inclusive. Por que a gestão de leitos vai... eles regulando as vagas, eles vão ver onde tem as deficiências também né. [...] ela pode dar este <i>feedback</i> pra direção e ir melhorando os setores também. Né? Redimensionando o número de funcionários, equipando melhor alguns setores (Med1b)	05	05
Total					32	21

FONTE: A autora (2019)

QUADRO 12 - SÍNTESE DAS UNIDADES DE REGISTRO E UNIDADES DE SIGNIFICAÇÃO POR SUBCATEGORIAS DA CATEGORIA 3 – RESULTADOS DO TRABALHO DO ENFERMEIRO DA GESTÃO DE LEITOS COM MÉDICOS/RESIDENTES

(CONTINUA)

Dimensões	Código das US	Unidades de significação (US)	US/ Unidades de registro (UR)	Exemplos	Total UR / US	Total corporal/ US
Resultados da atuação do enfermeiro na Gestão de Leitos	US1	Interface dos enfermeiros da Gestão de Leitos com a unidade assistencial como resultado do trabalho do enfermeiro da gestão de leitos	<ul style="list-style-type: none"> - Relacionamento entre as equipes e unidades (6) - Parceria no enfrentamento de problemas identificados (1) 	<p>[...] a gente tem uma interface boa de comunicação, mas eu acho que a gente podia usar sim "Whats App" mais o próprio computador, a gente podia otimizar nesse sentido, o telefone as vezes é muito precário assim, pra... pra nossa comunicação que precisa ser mais imediata assim sabe? (Med1a)</p> <p>Metade é a gente que faz, metade é a gestão de leitos eu acho que não é uma forma boa. [...] Então acho que deveria ser uma coisa mais assumida por uma área alguém teria que ter o dono (Med2d).</p> <p>[...] eles tem falado no telefone com a gente e aparecido também para discutir algumas coisas ao vivo. Então eles vêm, a gente entra na salinha, senta junto vê junto onde tem leito e onde não tem leito. (Med2d)</p>	07	06
	US2	Conhecimento do serviço pelos enfermeiros médicos/residentes	<ul style="list-style-type: none"> - Pouco conhecimento da gestão de leitos no hospital (3) - Atuação vista no Gerenciamento dos leitos (3) 	<p>Bem pouco. Só desde que eu comecei a entrar aqui no hospital que eu comecei a ouvir falar da gestão de leitos, antes eu só conhecia a gestão de leitos do Paraná do hospital eu não conhecia. (Med2c)</p> <p>O que eu conheço é só por contato pelo telefone, na verdade eu nem sei onde se localiza hospital [...]. (Med2a)</p> <p>[...] eles organizam a admissões, o setor para onde o paciente vai ser admitido, onde que tem vaga; se tem vagas de isolamento, quais são as necessidades do paciente no setor pra onde ele vai, ou quando vem. Se a gente quer dar alta daqui da semi-intensiva, onde é que vai ter uma vaga que possa recebê-lo com as necessidades dele. Às vezes transferência entre setores, também alguém que precisa de outra vaga em outro lugar do hospital. (Med2c)</p>	06	06

QUADRO 12 - SÍNTESE DAS UNIDADES DE REGISTRO E UNIDADES DE SIGNIFICAÇÃO POR SUBCATEGORIAS DA CATEGORIA 3 – RESULTADOS DO TRABALHO DO ENFERMEIRO DA GESTÃO DE LEITOS COM MÉDICOS/RESIDENTES

(CONCLUSÃO)

Dimensões	Código das US	Unidades de significação (US)	US/ Unidades de registro (UR)	Exemplos	Total UR / US	Total corporal/ US	
Resultados da atuação do enfermeiro na Gestão de Leitos	US3	Cultura da Instituição	- Internamento cruzado ¹⁵ de pacientes e não somente considerando a especialidade (1); - Gestão de Leitos como referência para os leitos (2)	[...] o setor de médicos que tá na Enfermaria que normalmente são residentes não aceitam o paciente “Não, quero descer pra ver como o paciente tá”, isso a gente já conseguiu mudar, porque daí funciona assim: Um médico aqui em baixo define o que vai subir e o NIR definiu a vaga. (Med1a) [...] principalmente com as áreas que não tem residentes que aí a gente não sabe com quem falar e as pessoas não sabem como contatar a gente também. Eu acho que tendo essa referência da gestão de leitos ficou um pouco mais fácil. (Med2b)	03	03	
	US4	Tempo de permanência do paciente	- Melhora na TO e tempo de permanência (2)	[...] o tempo entre a alta médica e alta física diminuiu bastante. (Med1b)	02	02	
	US5	Taxa de ocupação	- Melhora na Taxa de ocupação das unidades assistenciais (2)	Fazem com que as unidades fiquem com ociosidades de leitos menores, cumprem tempo tanto em horas como em dias. (Med2b)	02	02	
	US6	Alocação do paciente no leito considerando sua necessidade de cuidado	- Paciente alocado no leito pelo enfermeiro conforme sua necessidade (1)	[...] paciente no leito adequado e... acho que a satisfação geral, da equipe, do paciente, do médico, do enfermeiro e a gente trabalha com muito mais tranquilidade tendo um local adequado pra atender mesmo. (Med1a)	01	01	
	Total					21	20

FONTE: A autora (2019)

¹⁵ Internamento cruzado para a Gestão de leitos significa alocar o paciente em vaga de leito que não exclusivamente a vaga conforme especialidade clínica do paciente.

QUADRO 13 - SÍNTESE DAS UNIDADES DE REGISTRO E UNIDADES DE SIGNIFICAÇÃO POR SUBCATEGORIAS DA CATEGORIA 1 - AQUISIÇÃO, IMPLEMENTAÇÃO E MANUTENÇÃO DE RECURSOS DOS ENFERMEIROS DA GESTÃO DE LEITOS COM ENFERMEIROS DAS UNIDADES ASSISTENCIAIS

(CONTINUA)

Dimensões	Código das US	Unidades de significação (US)	US/ Unidades de registro (UR)	Exemplos	Total UR / US	Total corporal/ US
Oferta de pessoal de enfermagem da Gestão de Leitos na perspectiva dos enfermeiros das unidades assistenciais	US1	Caracterização da Equipe: Profissionais	<ul style="list-style-type: none"> - Enfermeiro e Médico. (19) - Enfermeiro como integrante essencial na gestão de leitos (11) 	<p>Acho que basicamente o médico e o enfermeiro. (Enf2c)</p> <p>[...] creio que o enfermeiro sim deve se manter inclusive a frente do serviço, porque pesares dos pesares o enfermeiro acaba tendo um jogo de cintura maior pra dialogar com as diversas equipes, com as diversas funcionalidades que não são fáceis né?! (Enf2s)</p>	30	21
	US2	Qualificação e Experiência	<ul style="list-style-type: none"> - Conhecimento de gestão e assistência em conjunto (16) - Experiência na assistência (3) - Conhecimento de Gestão (3) - Qualificação e experiência não é requisito para atuação na Gestão de Leitos (2) 	<p>E ele tem que conhecer a política da instituição e a cultura. Não que isso exclua a possibilidade de um enfermeiro recém formado [...] (Enf2t)</p> <p>[...], por exemplo: você recém-formado daí cair na Gestão de leitos eu acho algo bem complicado. (Enf2c)</p> <p>[...] eu acho que ele já tem que ter trabalhado com enfermeiro assistencial, ele não pode ter vivência só administrativa, porque daí ele não vai entender o que acontece daí lá na ponta daí, lá na, no cuidado direto do paciente (Enf2g)</p> <p>[...] trabalho na parte da atuação básica traz uma coisa bacana porque eles acabam vendo o paciente no perfil sócio econômico, social e econômico [...] o paciente veio de Maringá e não conseguiu internar, coitado, o que você faz com ele?!" (Enf2s)</p> <p>Acredito que só a vivência mesmo profissional. Alguma coisa, talvez, em parte de auditoria, né? (Enf2i)</p>	24	22

QUADRO 13 - SÍNTESE DAS UNIDADES DE REGISTRO E UNIDADES DE SIGNIFICAÇÃO POR SUBCATEGORIAS DA CATEGORIA 1 - AQUISIÇÃO, IMPLEMENTAÇÃO E MANUTENÇÃO DE RECURSOS DOS ENFERMEIROS DA GESTÃO DE LEITOS COM ENFERMEIROS DAS UNIDADES ASSISTENCIAIS

		(CONTINUAÇÃO)				
Dimensões	Código das US	Unidades de significação (US)	US/ Unidades de registro (UR)	Exemplos	Total UR / US	Total corporal/ US
Oferta de pessoal de enfermagem da Gestão de Leitos na perspectiva dos enfermeiros das unidades assistenciais	US3	Conhecimento do enfermeiro na Gestão de Leitos	<ul style="list-style-type: none"> - Conhecimento da assistência (25) - Conhecimento das unidades e fluxos do hospital (17) - Conhecimento de gestão (1) 	<p>[...] importante que a pessoa tenha essa vivência assistencial, pra quando estiver lá, regulando um leito, e saber, “não, esse tipo de paciente, nesse local fica difícil” Né?! (enf2pq)</p> <p>Ele tem que ter conhecimento de como a unidade, as unidades funcionam. Então por exemplo: “ele quer mandar um paciente lá para a ‘Otorrino’, como é que é a estrutura da unidade de Otorrino? [...] (Enf2j)</p> <p>[...] tem que entender sobre multirresistente, tem que entender o perfil do paciente e o perfil das unidades, para ver se, se encaixa né. (Enf2h)</p>	43	25
	US4	Habilidade do Enfermeiro na Gestão de Leitos	<ul style="list-style-type: none"> - Habilidade em negociação (7) - Habilidade em flexibilidade (7) - Habilidade em agilidade (2) - Habilidade em proatividade (1) 	<p>Acho que enfermeiro da gestão de leitos tem que ser proativo (Enf2p)</p> <p>[...] o enfermeiro acaba tendo um jogo de cintura maior pra dialogar com as diversas equipes [...] (Enf2s)</p> <p>[...] se a gente não está em condições, não tem equipe em um número suficiente de enfermagem para poder cuidar, se o leito está realmente disponível e tal aí eles levam em consideração. (Enf2p)</p> <p>[...] tem que ser alguém bem maleável, disposto a escutar [...] (Enf2c)</p> <p>[...] nós tivemos um emergência aqui, a gente precisa transferir o paciente para a UTI, pra semintensiva né?! É mais fácil entrar em contato só com eles, né?! (Enf2o)</p>	17	12
Total					114	80

QUADRO 13 - SÍNTESE DAS UNIDADES DE REGISTRO E UNIDADES DE SIGNIFICAÇÃO POR SUBCATEGORIAS DA CATEGORIA 1 - AQUISIÇÃO, IMPLEMENTAÇÃO E MANUTENÇÃO DE RECURSOS DOS ENFERMEIROS DA GESTÃO DE LEITOS COM ENFERMEIROS DAS UNIDADES ASSISTENCIAIS

		(CONTINUAÇÃO)			Total UR / US	Total corporal/ US
Dimensões	Código das US	Unidades de significação (US)	US/ Unidades de registro (UR)	Exemplos	70	21
					<p>Condições de trabalho na perspectiva dos enfermeiros das unidades assistenciais</p>	US1

QUADRO 13 - SÍNTESE DAS UNIDADES DE REGISTRO E UNIDADES DE SIGNIFICAÇÃO POR SUBCATEGORIAS DA CATEGORIA 1 - AQUISIÇÃO, IMPLEMENTAÇÃO E MANUTENÇÃO DE RECURSOS DOS ENFERMEIROS DA GESTÃO DE LEITOS COM ENFERMEIROS DAS UNIDADES ASSISTENCIAIS

		(CONCLUSÃO)				
Dimensões	Código das US	Unidades de significação (US)	US/ Unidades de registro (UR)	Exemplos	Total UR / US	Total corporal/ US
Condições de trabalho na perspectiva dos enfermeiros das unidades assistenciais	US2	Facilidades identificadas com o enfermeiro na Gestão de Leitos na perspectiva dos enfermeiros das unidades assistenciais	<ul style="list-style-type: none"> - Função centrada no enfermeiro da gestão de leitos facilitando a comunicação entre equipes (18) - Facilidade para alocar o paciente em por possuir uma visão de todo o hospital (5) - Agilidade para alocar o paciente no leito (4) - Diminuição de leitos ociosos (2) - Conhecer o quadro clínico do paciente por meio do enfermeiro da Gestão de Leitos (2) - Vínculo com enfermeiros assistenciais (1) 	<p>[...] ele consegue maneja isso mais fácil, e aproveitar melhor o tempo do leito, então não há leito ocioso. (Enf2e)</p> <p>[...] essa questão de conhecimento do quadro clínico do paciente mesmo sabe, a partir do momento que você tem o diagnóstico, quais são as necessidades né, quais as demandas do da clientela, acho que seria isso, isso facilita bastante. (Enf2a)</p> <p>[...] eles conseguem alocar os pacientes de uma forma mais rápida, né... dentro do Hospital, eu acho que isso facilita para o paciente. (Enf2c)</p> <p>[...] acho que a proximidade no serviço, [...] então quando você cria um vínculo você tem uma facilidade de comunicação também com aquela equipe [...] (enf2a)</p> <p>[...] eu ligo para gestão de leitos, porque eles vão vendo qual é o paciente que pode sair das unidades, para receber meu paciente, então eles vão fazer aquela ponte de comunicação. (Enf2h)</p> <p>[...] o Enfermeiro de gestão de leitos, ele sabe de todos os leitos existentes no hospital [...] (enf2i)</p>	32	22
Total					102	43

FONTE: A autora (2019)

QUADRO 14 - SÍNTESE DAS UNIDADES DE REGISTRO E UNIDADES DE SIGNIFICAÇÃO POR SUBCATEGORIAS DA CATEGORIA 2 – TRANSFORMANDO RECURSOS DE ENFERMAGEM EM SERVIÇOS DE ENFERMAGEM RELEVANTES DE ENFERMEIROS DAS UNIDADES ASSISTENCIAIS

(CONTINUA)

Dimensões	Código das US	Unidades de significação (US)	US/ Unidades de registro (UR)	Exemplos	Total UR / US	Total corporal/ US
Processos de Enfermagem	US1	Contribuição do enfermeiro da Gestão de Leitos para a continuidade do cuidado do paciente na perspectiva do enfermeiro das unidades assistenciais	<ul style="list-style-type: none"> - Articulação da Gestão de Leitos com a Gestão de Altas (1) - Boa comunicação, e avaliação do perfil de cuidado do paciente para realizar a transferência para o leito hospitalar (12) 	<p>[...] a gente tem muita causa social e ele teria que esta atuando assim junto, por exemplo, como é que você vai trabalhar que tem a questão da alta hospitalar, o gerenciamento da alta hospitalar, é daí você vai ver que muitas altas elas não são possíveis. (Enf2m)</p> <p>Garantir que o paciente continue sendo assistido por alguma equipe de enfermagem. [...] Que os médicos da unidade que ele deveria estar consiga vir até ele para fazer a avaliação tudo certinho. (Enf2n)</p> <p>[...] às vezes a gente entra em contato com a Gestão de leitos pra que elas entrem em contato com o médico que pegou a vaga emprestada, para que venha atender o paciente, não deixar de prescrever, não deixar de fazer o atendimento. (Enf2b)</p> <p>[...] a comunicação adequada e a transferência no lugar adequado do paciente, contribui muito para garantia de todo esse atendimento [...] (Enf2m)</p>	13	10

QUADRO 14 - SÍNTESE DAS UNIDADES DE REGISTRO E UNIDADES DE SIGNIFICAÇÃO POR SUBCATEGORIAS DA CATEGORIA 2 – TRANSFORMANDO RECURSOS DE ENFERMAGEM EM SERVIÇOS DE ENFERMAGEM RELEVANTES DE ENFERMEIROS DAS UNIDADES ASSISTENCIAIS

Dimensões	Código das US	Unidades de significação (US)	US/ Unidades de registro (UR)	Exemplos	Total UR / US	Total corporal/ US
Processos de Enfermagem	US2	Respostas as necessidades e expectativas do paciente com o trabalho dos enfermeiros da Gestão de Leitos na perspectiva dos enfermeiros das unidades assistenciais	<ul style="list-style-type: none"> - Providenciar/garantir a vaga de leito para o paciente (10) - Agilizar o tratamento, procedimento e alta hospitalar do paciente (8) - Considerar as necessidades de cuidado para o paciente para aloca-lo no leito (5) 	<p>[...] conseguir agilizar esse exame, para que esse exame seja feito e que o diagnóstico do paciente possa ser definido e esse paciente possa receber esse tratamento mais rápido. (Enf2j)</p> <p>Se eu hoje não tivesse a gestão de leitos, muitos pacientes não teriam operado e não teriam feito exames. (Enf2k)</p> <p>[...] "será que ele se adequa a essa vaga?" "Ah este paciente... Vai estar bem assistido? Vai suprir as necessidades desse paciente?" (Enf2l)</p> <p>Avaliação adequada de onde acomodar o paciente. (Enf2m)</p> <p>[...] eles conseguem resolver, remanejar, tentar uma clínica que tem o perfil parecido com o que o paciente veio fazer no hospital, melhoraram a condição do paciente [...] efetivamente vir e fazer esse procedimento (Enf2r)</p>	23	15

(CONTINUAÇÃO)

QUADRO 14 - SÍNTESE DAS UNIDADES DE REGISTRO E UNIDADES DE SIGNIFICAÇÃO POR SUBCATEGORIAS DA CATEGORIA 2 – TRANSFORMANDO RECURSOS DE ENFERMAGEM EM SERVIÇOS DE ENFERMAGEM RELEVANTES DE ENFERMEIROS DAS UNIDADES ASSISTENCIAIS

Dimensões	Código das US	Unidades de significação (US)	US/ Unidades de registro (UR)	Exemplos	Total UR / US	Total corporal/ US
Ambiente de trabalho em Enfermagem		Autonomia do enfermeiro da Gestão de Leitos na perspectiva dos enfermeiros das unidades assistenciais	<ul style="list-style-type: none"> - Autonomia limitada (13) - O enfermeiro da Gestão de Leitos possui autonomia (7) - Usa a autonomia de forma autoritária (6) 	<p>[...] quando você vê que o Enfermeiro da gestão de leitos tem conhecimento daquilo que ele tá falando, tem bastante de informação, ele vai conseguir internar um paciente mais fácil, ou ele vai ter uma maior autonomia. (Enf2h)</p> <p>(Pausa) Assim, eu não sei se eles têm muita autonomia né, porque sempre vai entrar naquela barreira se àquela unidade vai aceitar ou não. (Enf2c)</p> <p>É quando eles falam pra gente, principalmente nessa parte que o leito não é nosso, o leito do hospital, então eles têm essa ressalva como enfermeiro da gestão de leitos para poder cobrar da gente [...]. (enf2p)</p> <p>[...] nós entramos no consenso que em reuniões que nós tivemos e tudo mais, que a palavra final acaba sendo do Residente [...]. (Enf2c)</p> <p>[...] porque na hora que sessa a autonomia do enfermeiro, [...] eu acho que aí entra a conduta médica, em dizer “Não, ele tem condição sim de ir, ele vai sim” (enf2e)</p> <p>[...] Eles têm essa autonomia pela direção, sei lá, no organograma, eu não sei onde eles estão, mas eles tem esta autonomia de estarem agilizando. (Enf2a)</p> <p>[...] já aconteceu de falar assim: “não da para internar porque eu estou com o paciente pra vir”. “Não interessa! Interna e pronto”. Entendeu? (Enf2q)</p>	26	21
	US1					

(CONTINUAÇÃO)

QUADRO 14 - SÍNTESE DAS UNIDADES DE REGISTRO E UNIDADES DE SIGNIFICAÇÃO POR SUBCATEGORIAS DA CATEGORIA 2 – TRANSFORMANDO RECURSOS DE ENFERMAGEM EM SERVIÇOS DE ENFERMAGEM RELEVANTES DE ENFERMEIROS DAS UNIDADES ASSISTENCIAIS

Dimensões	Código das US	Unidades de significação (US)	US/ Unidades de registro (UR)	Exemplos	Total UR / US	Total corporal/ US
Ambiente de trabalho em Enfermagem		Tomada de Decisão do Enfermeiro na gestão de leitos na perspectiva dos enfermeiros das unidades assistenciais	<ul style="list-style-type: none"> - Tomada de decisão por meio da avaliação do perfil clínico do paciente (10) - Tomada de decisão compartilhada com a unidade assistencial (6) - Tomada de decisão conforme disponibilidade de vaga de leito (3) 	<p>É assim, o tempo de internamento conta bastante, a idade do paciente acreditado que conte também, [...] idoso sempre tem prioridade, enfim. (Enf2j)</p> <p>[...] primeiro ponto de tomada de decisão eu imagino que seja baseado no estado Clínico do paciente [...]. (Enf2p)</p> <p>[...] eles deve se reunir e quando existem pontos a definir que eles devem discutir, analisar a situação tomar uma decisão. (enf2t)</p> <p>Ah... não sei! (enf2g)</p> <p>[...] existe um consenso né?! Eles enviam, ligam, ou eles me pedem, eu trago a minha realidade para eles, e eles trazem a realidade deles para mim e a gente tenta se ajudar. (enf2k)</p> <p>[...] 'uns' vem aqui ver a realidade da clínica. Avaliar a situação do paciente, mesmo, junto com agente, "eh, realmente esse não dá!", "nossa, esse dá!". (Enf2s)</p> <p>Eu deduzo que seja aonde tem vaga. (Enf2o)</p>	23	21
	US2		<ul style="list-style-type: none"> - Desconhecimento de como ocorre a tomada de decisão (2) - Tomada de decisão com base na previsão de alta dos pacientes (1) - Tomada de decisão por meio de discussão de casos entre a própria equipe de Gestão de leitos (1) 			

(CONTINUAÇÃO)

QUADRO 14 - SÍNTESE DAS UNIDADES DE REGISTRO E UNIDADES DE SIGNIFICAÇÃO POR SUBCATEGORIAS DA CATEGORIA 2 – TRANSFORMANDO RECURSOS DE ENFERMAGEM EM SERVIÇOS DE ENFERMAGEM RELEVANTES DE ENFERMEIROS DAS UNIDADES ASSISTENCIAIS

Dimensões	Código das US	Unidades de significação (US)	US/ Unidades de registro (UR)	Exemplos	Total UR / US	Total corporal/ US
Ambiente de trabalho em Enfermagem	US3	Apoio de colegas e gerentes na perspectiva dos enfermeiros das unidades assistenciais	- Hospital como um todo envolvido com a Gestão de Leitos (Serviços de apoio diagnóstico, laboratório, administrativos, serviço social, apoio operacional, Gestão de Alta, CCIH etc.) (14) - Unidades assistenciais hospital (6)	O hospital como um todo tem que trabalhar no sistema de engrenagem, então é os serviços de internação né, no caso nós clínicas, serviços de imagem, serviço laboratoriais, tudo isso tem que tá envolvido no processo de gestão pra que o fluxo ande. (Enf2e) Acho que esse é o papel deles também entendeu?!.. Ver essa real necessidade do hospital (nome) como um todo e não só dos seus serviços. (Enf2j). [...] muitas vezes o paciente tem um determinado, uma bactéria multirresistente "será que eu posso subir, não posso" "é de por em isolamento?" [...], mas aí conversa com a CCIH [...] também mexer com a gestão de altas, que é superimportante. (Enf2l). [...] serviços de atendimentos das especialidades, por exemplo, clínica médica, clínica da Urologia, transplante hepático, da 'infecto'. (Enf2g)	20	20
Total					105	87

FONTE: A autora (2019)

QUADRO 15 - SÍNTESE DAS UNIDADES DE REGISTRO E UNIDADES DE SIGNIFICAÇÃO POR SUBCATEGORIAS DA CATEGORIA 3 – RESULTADOS DO TRABALHO DO ENFERMEIRO DA GESTÃO DE LEITOS NA PERSPECTIVA DOS ENFERMEIROS DAS UNIDADES ASSISTENCIAIS (CONTINUA)

Dimensões	Código das US	Unidades de significação (US)	US/ Unidades de registro (UR)	Exemplos	Total UR / US	Total corporal/ US
Resultados da atuação do enfermeiro na Gestão de Leitos	US1	Conhecimento do serviço do funcionamento do enfermeiros das unidades assistenciais	<ul style="list-style-type: none"> - A atuação do enfermeiro na Gestão de Leitos é conhecida pela equipe (26) - Fragilidade no conhecimento da atuação do enfermeiro e do serviço na instituição (6) 	<p>Sim. A finalidade é a melhor alocação de pacientes dentro do Hospital né, para que todos possam ser atendidos, principalmente transporte de pacientes da UR para aqui, dentro do hospital [...] (Enf2c)</p> <p>Não sei mesmo da atuação do enfermeiro. Eu sei que ela veio aqui, com a planilha dela... Preciso daqui e tal, eu sei que ela trabalha dessa forma assim, indo no setor e tal, mas assim, tecnicamente eu não conheço. (Enf2f)</p> <p>Sim, conheço. É eles trabalham tentando otimizar oferta de vaga, para os pacientes independente da parte clínica levando em consideração que a vaga do (nome) não é por especialidade, é um leito livre que precisa ser ocupado [...] (Enf2r)</p>	32	21

QUADRO 15 - SÍNTESE DAS UNIDADES DE REGISTRO E UNIDADES DE SIGNIFICAÇÃO POR SUBCATEGORIAS DA CATEGORIA 3 – RESULTADOS DO TRABALHO DO ENFERMEIRO DA GESTÃO DE LEITOS NA PERSPECTIVA DOS ENFERMEIROS DAS UNIDADES ASSISTENCIAIS (CONTINUAÇÃO)

Dimensões	Código das US	Unidades de significação (US)	US/ Unidades de registro (UR)	Exemplos	Total UR / US	Total corporal/ US
Resultados da atuação do enfermeiro na Gestão de Leitos	US2	Interface entre enfermeiros e enfermeiros da Gestão de Leitos e enfermeiros das Unidades assistenciais como resultado do trabalho dos enfermeiros da Gestão de Leitos	<ul style="list-style-type: none"> - Comunicação e relacionamento (23) - Fragilidade na coleta de informações para transferência do paciente na vaga de leito (3) - Disponibilidade em atender às dúvidas dos enfermeiros das unidades assistenciais (4) - Sentimento de empatia pelos enfermeiros da gestão de leitos (1) 	<p>[...] isso que foi me passado, “olha a paciente está vindo da unidade coronariana. Não, ela está bem, está tranquila”, quando chegou aqui a paciente não estava bem, a paciente tem todas as características de um paciente intensivo [...] (Enf2m)</p> <p>[...] a gente entra em contato e eles são super prestativos. (Enf2n)</p> <p>[...] Se a UTI não tem a vaga, a gente negocia com alguma UTI, a gente já tenta pra poder não ter a interferência da gestão de leitos, [...] Quando isso não dá certo, a gente conversa com a gestão. (Enf2s)</p> <p>[...] no passado eu já fiz um pouquinho disso, essa coisa de tentar ver o leito, de ver demanda, de vê isso, vê aqui. Então eu me coloco muitas vezes no lugar delas [...] (Enf2m)</p> <p>[...] é coerente né... A Gestão de Leitos com a assistência, ela trabalha junta [...]. (Enf2d)</p> <p>[...] a interface nossa é boa, é com muito respeito a gente se conversa, [...] apesar de alguns pontos que precisam ser melhorados, é um serviço muito bom, que ele tem seu reconhecimento dentro do hospital [...]. (Enf2m)</p>	31	21

QUADRO 15 - SÍNTESE DAS UNIDADES DE REGISTRO E UNIDADES DE SIGNIFICAÇÃO POR SUBCATEGORIAS DA CATEGORIA 3 – RESULTADOS DO TRABALHO DO ENFERMEIRO DA GESTÃO DE LEITOS NA PERSPECTIVA DOS ENFERMEIROS DAS UNIDADES ASSISTENCIAIS (CONTINUAÇÃO)

Dimensões	Código das US	Unidades de significação (US)	US/ Unidades de registro (UR)	Exemplos	Total UR / US	Total corporal/ US
Resultados da atuação do enfermeiro na Gestão de Leitos	US3	Melhora do processo de trabalho	<ul style="list-style-type: none"> - Aumento do número de internações hospitalares (5) - Conhecer o perfil do paciente que vai receber na unidade, pelo enfermeiro da Gestão de Leitos (2) - Centralidade no enfermeiro da Gestão de Leitos na busca por leitos hospitalares (2) 	<p>[...] eles vão atrás, de repente tem enfermeiro da assistência que está se enrolando, que a gente vê muito isso "ai não vou receber", e aí ele vai lá né, e pergunta, "o quê tá acontecendo? o que você precisa para receber esse paciente?" (enf2l)</p> <p>Melhorou muito, por esta questão de você não precisar ficar correndo quando você precisa de vaga, né?! (Enf2o)</p> <p>Eu acho que surtiu bastante efeito, teve um bom resultado assim, é isso que eu falo, você consegue direcionar, é atende as necessidades tanto do paciente tanto da equipe[...]. (Enf2d)</p> <p>[...] uma melhor comunicação, no sentido, de você saber qual o paciente que você vai receber, certo?! (Enf2m)</p>	09	08
				<p>[...] a rotatividade aumentou, a gente pode atender mais pacientes, acho que as filas também devem ter diminuído. (Enf2a)</p> <p>[...] Então eu vejo essa preocupação deles, o paciente está internado tantos dias, tem alguma coisa que podemos fazer pra ajudar, aquele exame, aquela coisa para que aquela internação seja o mais breve possível [...]</p> <p>[...] eles fazem um controle do número de dias que o paciente está internado né, que eles utilizam <i>Kamban</i> pra isso. (Enf2b)</p>	07	06
	US4	Otimização dos leitos	<ul style="list-style-type: none"> - maior rotatividade dos leitos (7) 		07	05
	US5	Tempo de permanência do paciente	<ul style="list-style-type: none"> - Tempo de permanência (7) 			

QUADRO 15 - SÍNTESE DAS UNIDADES DE REGISTRO E UNIDADES DE SIGNIFICAÇÃO POR SUBCATEGORIAS DA CATEGORIA 3 – RESULTADOS DO TRABALHO DO ENFERMEIRO DA GESTÃO DE LEITOS NA PERSPECTIVA DOS ENFERMEIROS DAS UNIDADES ASSISTENCIAIS (CONCLUSÃO)

Dimensões	Código das US	Unidades de significação (US)	US/ Unidades de registro (UR)	Exemplos	Total UR / US	Total corporal/ US
Resultados da atuação do enfermeiro na Gestão de Leitos	US6	Cultura da Instituição	- Internamento cruzado de paciente e não somente considerando a especialidade (3)	Mas isso é uma coisa cultural, que antes não tinha no hospital, isso é serviço novo. Então hoje eles estão aprendendo melhor, "aí eu não posso negar leito, porque o leito não é meu, o leito não é do serviço, o leito é do hospital, e a gente tem que fazer rodar". (Enf2p)	03	02
	US7	Taxa de Ocupação (TO)	- Melhora na Taxa de ocupação (5)	[...] melhorou muito a taxa de ocupação de leitos, sabe?! (Enf2m)	05	05
	US8	Poucos resultados do trabalho do enfermeiro da gestão de Leitos na perspectiva dos enfermeiros assistenciais	- Desconhecimento dos resultados com atuação do enfermeiro da Gestão de Leitos (3) - Desafio na melhora da avaliação do perfil clínico dos pacientes (1)	Então eu não sei se já tem resultado e o tanto já tinha no serviço [...]. (Enf2i) Não houve a divulgação de resultados ainda para os enfermeiros das unidades (Enf2t) [...] desafio ainda está na adequada distribuição dos pacientes nos locais certos. (Enf1m)	04	04
	US9	Redução de cancelamento cirúrgico	- Redução de cancelamento cirúrgico por falta de leito para o paciente (3)	[...] cirurgia cancelada, porque chega e na hora e não tem vaga. Então acho que isso tem diminuído ao longo do trabalho da equipe de gestão de leitos. (Enf2p)	03	02
Total					101	74

FONTE: A autora (2019)

Tratamento e apresentação dos resultados. Os resultados podem ser apresentados em descrições cursivas, com exemplificação de URs conforme categoria, em tabelas e gráficos, entre outros (OLIVEIRA, 2015, grifo nosso).

Para esta etapa, houve a leitura atenta dos QUADROS 7 ao 15. A partir disso, houve a soma da evidência quantitativa das URs dos respectivos quadros, compactando e concentrando as informações na matriz de análise, como pode ser visto nos QUADROS 16, 17 e 18. Foram considerados os pontos em comum, bem como a busca da variação natural dos dados (POLIT; BECK, 2011).

Discussão dos resultados e retorno ao objetivo de estudo. Esta última etapa, caracteriza as categorias que expressam a reconstrução do discurso por meio da lógica impressa pelo pesquisador, com a intenção de representar o seu objeto de estudo (OLIVEIRA, 2016, grifo nosso).

4.6 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Para a realização da pesquisa, foram considerados todos os aspectos éticos previstos na Resolução no 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), o qual apresenta as Diretrizes e Normas Éticas da Pesquisa com seres humanos. Esta resolução incorpora os referenciais bioéticos da autonomia, não maleficência, beneficência, justiça e equidade, entre outros, assegurando, ainda, os direitos e deveres que dizem respeito aos participantes da pesquisa, à comunidade científica e ao Estado (BRASIL, 2012).

Esta pesquisa, foi realizada mediante a aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná, com certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE), nº 73923417.1.0000.0096, sob parecer nº 2.297.734 (ANEXO I)

A coleta dos dados aconteceu apenas após a leitura e assinatura, em duas vias, do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), por parte do participante da pesquisa (APÊNDICE 6).

A fim de garantir o anonimato dos participantes dessa pesquisa, a identificação foi feita de forma codificada, a saber: código (Enf1), seguido de sequência alfabética (Ex: Enf1a, Enf1b etc.), designado aos enfermeiros da Gestão de Leitos; código (Enf2), designado aos enfermeiros assistenciais; e código (M1),

atribuído aos médicos residentes, que receberam a mesma lógica de sequência alfabética.

5 APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

Após análise dos dados, esta seção apresenta os resultados obtidos nesse estudo, que correspondem ao objetivo apresentado. Inicialmente é apresentada a caracterização dos participantes do estudo. Posteriormente é apresentada a matriz de análise por meio dos QUADROS 16, 17 e 18. Concomitantemente, é apresentado o quantitativo das Unidades de Registros (URs) e Unidades de Significação (USs) das três categorias, com o intuito de visualizar a evidência encontrada ao perpassar todas as dimensões, também em atendimento do método da ACTC.

5.1 CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES DA PESQUISA

A amostra final para esta pesquisa correspondeu a 32 participantes. Destes, 65,6% (n=21) eram enfermeiros das Unidades assistências, sexo feminino na maioria 95% (n=20), com média de 41 anos de idade, média de tempo de atuação de oito anos na assistência; 90% com alguma especialização e 80% com pós-graduação *stricto-senso* (mestrado ou doutorado).

O segundo grupo de participantes contemplou cinco 15,6% (n=5) enfermeiros da Gestão de Leitos, sendo 80% (n=4) sexo feminino, com média de 31 anos de idade, e média de tempo de atuação de dois anos (60%) na enfermagem (assistência e gestão) e abaixo de 12 meses (40%) de experiência profissional. Ainda, 60% apontaram uma especialização, 40% pós-graduação *stricto-senso* (um mestrado em andamento).

O grupo de médicos/residentes formado por 18,7% (n=6) dos participantes. Foi caracterizado pelo sexo feminino predominante com 83% (n=5), média de 28 anos de idade, com tempo médio de atuação de 3 meses. Esta média de atuação pode ser justificada pelo fato de que os participantes desta categoria eram em sua maioria, residentes do primeiro ano de atuação, uma vez que estes faziam a comunicação com a gestão de leitos no período da coleta. Estes se encontravam em plantões nos setores na Unidade Referenciada; Clínica Médica (e leito de Retaguarda) e Centro de Terapia Semintensiva (CTSI), importantes setores para articulação dos enfermeiros da Gestão de Leitos.

Observou-se a predominância do sexo feminino dos participantes deste estudo. A força de trabalho em saúde possui essa predominância marcante, ultrapassando 90% em se tratando da equipe de enfermagem. Contudo, é demonstrado um novo cenário com um crescimento de profissionais do sexo masculino nesta área (MACHADO; VIEIRA; OLIVEIRA; 2012).

5.2. AQUISIÇÃO, IMPLEMENTAÇÃO E MANUTENÇÃO DE RECURSOS DE ENFERMAGEM

Na categoria “Aquisição, implementação e manutenção de recursos de enfermagem”, a atuação do enfermeiro é relacionada com a estrutura do serviço. Tal estrutura é descrita por meio das subcategorias obtidas: oferta de pessoal de enfermagem da gestão de leitos, manutenção da equipe de enfermagem da gestão de leitos (sob perspectiva apenas dos enfermeiros da gestão de leitos) e condições de trabalho (QUADRO 16).

Na subcategoria “oferta de pessoal de enfermagem da gestão de leitos”, evidenciou-se a percepção dos enfermeiros da gestão de leitos, unidades assistenciais e médicos residentes em apresentar quais profissionais deveriam integrar um serviço de gestão de leitos, com destaque para enfermeiros, médicos e assistente social. O enfermeiro foi apresentado como um integrante essencial na equipe.

Foram apresentados ainda aspectos relacionados à qualificação/experiência, conhecimentos que devem ter para trabalhar neste serviço, envolvendo conhecimento de gestão de assistência, além de habilidades relativas à flexibilidade e à comunicação efetiva. Contemplou ainda, diferentes perfis de pacientes na instituição, sendo estes, relevantes para o processo de trabalho na Gestão de Leitos.

Com relação à subcategoria “manutenção da equipe de enfermagem da gestão de leitos”, destaca-se o apoio de colegas e gerentes como aspectos relacionados que levam à qualidade de vida no trabalho sob a perspectiva dos próprios profissionais, correspondendo, também, a aspectos que motivam o trabalho, seu reconhecimento. A ausência de acidentes, lesões, doenças

relacionadas ao trabalho na gestão de leitos, relatada de forma unânime, é relevante para a manutenção da equipe.

A subcategoria “condições de trabalho” contemplou os recursos físicos, materiais e tecnológicos como sendo uma dimensão necessária para o trabalho, tal como a disposição da equipe às condições de trabalho, característica de um serviço que ainda não funciona em tempo integral na instituição, organizado em um enfermeiro por plantão. No entanto, esta organização pode variar conforme escala, de forma não habitual, conforme foi observado. Os recursos foram apontados ainda como uma dificuldade enfrentada.

As dificuldades e facilidades relatadas e observadas configuraram também fatores condicionantes no trabalho. No geral, foram apontados como dificuldades a comunicação, fluxo frágil de transferência do paciente. Observa-se também o acesso limitado a informações prévias do paciente e a cultura da instituição como barreira relatada pelos enfermeiros do serviço propriamente dito. O enfermeiro ter uma visão geral dos leitos, agilidade para alocar/transferir/alta o paciente, configurou-se como facilidade.

QUADRO 16 - MATRIZ DE ANÁLISE COM A SÍNTESE DOS RESULTADOS COM OS TRÊS GRUPOS DE PARTICIPANTES DA PESQUISA PARA A CATEGORIA 1: AQUISIÇÃO, IMPLEMENTAÇÃO E MANUTENÇÃO DE RECURSOS E COM A APRESENTAÇÃO DA EVIDÊNCIA QUANTITATIVA

(CONTINUA)

CATEGORIA 1: AQUISIÇÃO, IMPLEMENTAÇÃO E MANUTENÇÃO DE RECURSOS DE ENFERMAGEM		Nº total de URs / US	% URs / US
Dimensões			
Oferta de pessoal de enfermagem			
US1 Caracterização da equipe: Profissionais necessários para integrar a Gestão de Leitos	A Gestão de Leitos deve ser integrada por uma equipe multiprofissional (19); mas essencialmente, deve ser composta pelo profissional enfermeiro (14). Outras formas de composição da equipe também relatadas foram: enfermeiro, médico e assistente social (6); apenas médico/enfermeiro (5) e duas equipes deveriam compor este serviço – um enfermeiro e médico deveriam fazer o gerenciamento dos leitos na Unidade Referenciada (UR) e outra equipe na Semi-intensiva a fim de melhorar o fluxo de gerenciamento dos leitos (1).	45	12,8%
US2 Qualificação e experiência para o enfermeiro da Gestão de Leito	Para atuar na Gestão de Leitos, o enfermeiro deve ter em conjunto o conhecimento em gestão e da assistência (16); ou apenas experiência na gestão (6); e experiência na prática assistencial (6), sendo relatado, por exemplo, a experiência na Atenção básica importante para compreensão do contexto social dos pacientes que moram em outras cidades e que serão hospitalizados. A qualificação em nível de titulação não precisa ser considerada como um requisito para atuar neste serviço (4). O enfermeiro deve apresentar competências (3) tais como: liderança, tomada de decisão, trabalho em equipe para atuação. Os médicos residentes relatam a necessidade de formação em gestão de assistência (2).	36	10,4%
US3 Conhecimento do enfermeiro da Gestão de Leitos	O enfermeiro para atuar na gestão de leitos contempla conhecimentos assistenciais (25), compreendidos como experiência na prática assistencial, o que proporciona avaliar o perfil clínico dos pacientes para então alocá-los no leito. Deve conhecer como funcionam os fluxos e as unidades do hospital (23), trabalhando, desse modo, com a assistência e a gestão, concomitantemente (14), por meio de instrumentos de trabalho tais como Escala de Fugulin e Dimensionamento de enfermagem bem como um olhar voltado para sustentabilidade financeira para o hospital. Esta junção de conhecimento levou a observar a pouca menção em relação ao conhecimento somente em gestão (1), de forma isolada. O conhecimento que o enfermeiro tem, por meio da própria formação no curso - técnico-científica e de processo saúde-doença na graduação de enfermagem - é visto como suficiente para atuar no serviço (6).	69	19,8%

QUADRO 16 - MATRIZ DE ANÁLISE COM A SÍNTESE DOS RESULTADOS COM OS TRÊS GRUPOS DE PARTICIPANTES DA PESQUISA PARA A CATEGORIA 1: AQUISIÇÃO, IMPLEMENTAÇÃO E MANUTENÇÃO DE RECURSOS E COM A APRESENTAÇÃO DA EVIDÊNCIA QUANTITATIVA

CATEGORIA 1: AQUISIÇÃO, IMPLEMENTAÇÃO E MANUTENÇÃO DE RECURSOS DE ENFERMAGEM		Nº total de URs / US	% URs / US
(CONTINUAÇÃO)			
Dimensões			
Oferta de pessoal de enfermagem			
US4 Habilidade do enfermeiro da Gestão de Leitos	Habilidades foram mencionadas pelos participantes, tais como flexibilidade (10) para o enfermeiro da Gestão de leitos frente a condições da equipe no recebimento do paciente e na importância em saber ouvir a equipe. Compreendida como flexibilidade do enfermeiro ainda, foi apresentada sua adaptação para atuar em espaços não antes ocupados. A negociação (7) foi outra habilidade mencionada com o enfermeiro, tendo um jogo de cintura de diálogo com a equipe. O enfermeiro ser proativo (2) influencia na rotatividade dos leitos por haver uma melhor comunicação, relacionando-se também com a agilidade do enfermeiro (3) no sentido de que há comunicação rápida com a equipe na unidade assistencial para leitos disponíveis.	21	6%
US5 Perfil de pacientes no hospital	O enfermeiro da Gestão de leitos atua no serviço, considerando o perfil dos pacientes. Sendo este, um perfil diversificado (eletivo, paliativo, internado para transplante de medula, crítico) (1). Este perfil clínico é obtido por meio da avaliação de informações do paciente, por exemplo: faixa etária, sexo, complexidade de cuidado, diagnóstico, especialidade médica, unidade de origem e de destino do paciente, e seu desfecho, (1).	2	0,5%
Manutenção da equipe de enfermagem			
US6 Aspectos que levam à qualidade de vida no trabalho na perspectiva dos enfermeiros	Na perspectiva dos enfermeiros da Gestão de Leitos, a qualidade de vida no trabalho está relacionada principalmente com o apoio da chefia, colegas e serviços, que estão envolvidos, (3) que auxiliam na fluidez do serviço. Demais aspectos dizem respeito a ter um preparo psicológico (2) para se relacionar com diferentes profissionais e mediar conflitos. A característica do serviço (2), por não estar relacionada diretamente com a assistência, há entendimento em não expor o paciente em risco de vida. Ter o reconhecimento do trabalho (2) também é considerado por eles como aspecto que leva à qualidade de vida por sentir a importância da sua atuação. A disponibilidade de recursos para realizar o trabalho também foi mencionada (1).	10	2,9%
US7 Acidentes, lesões, doenças relacionadas ao trabalho.	Acidentes, lesões e doenças relacionadas ao trabalho na Gestão de Leitos não foram mencionadas pelos enfermeiros deste serviço (5).	05	1,4%

QUADRO 16 - MATRIZ DE ANÁLISE COM A SÍNTESE DOS RESULTADOS COM OS TRÊS GRUPOS DE PARTICIPANTES DA PESQUISA PARA A CATEGORIA 1: AQUISIÇÃO, IMPLEMENTAÇÃO E MANUTENÇÃO DE RECURSOS E COM A APRESENTAÇÃO DA EVIDÊNCIA QUANTITATIVA

CATEGORIA 1: AQUISIÇÃO, IMPLEMENTAÇÃO E MANUTENÇÃO DE RECURSOS DE ENFERMAGEM		Nº total de URS / US	% URS / US
(CONTINUAÇÃO)			
Dimensões			
Manutenção da equipe de enfermagem			
US8 Aspectos que levam à Motivação no trabalho na Gestão de Leitos	A satisfação pessoal em atender a necessidade do paciente (6) foi considerada a maior motivação para o enfermeiro atuar na Gestão de Leitos. Estes refletem sobre os benefícios que proporcionam a eles quando providenciam a vaga de leito, e não olham apenas os resultados de forma quantitativa. Aqui, há influência de forma positiva para o caso relatado por um dos enfermeiros em relação a uma puerpera. Houve melhora na condição de saúde, uma vez que o leito de UTI para esta paciente foi providenciado com agilidade. A mudança da cultura da instituição (1) foi um aspecto relatado como satisfatório e importante.	07	2%
US9 Absentismo	Ausência**	00	0%
Condições de trabalho			
US10 Recursos físicos, materiais e tecnológicos.	Foi observada a utilização de recursos físicos, materiais e tecnológicos (1) pelos enfermeiros da Gestão de Leitos, tais como: computador, telefone e bip necessários para comunicação com as demais unidades e serviços. A sala é compartilhada com outros serviços, dispondo de banheiro e copa, com acessibilidade, luminosidade e ventilação (1). Recurso de estrutura das unidades assistenciais tais como leitos de isolamento (1) limitado influencia diretamente no trabalho.	02	0,5%
US11 Condições do emprego (cargo de trabalho e organização do Serviço)	Conforme disposto na escala de trabalho (1), os enfermeiros da Gestão de leitos fazem plantões com carga horária 12x36 horas, com um profissional por plantão. Durante o período de observação, houve um plantão feito por dois profissionais, o que facilitou o processo de trabalho em virtude da divisão de tarefas (1). O serviço se organiza por fluxo/itinerário (1), considerando desde o acesso do paciente dentro do hospital até os demais serviços envolvidos.	03	0,8%

QUADRO 16 - MATRIZ DE ANÁLISE COM A SÍNTESE DOS RESULTADOS COM OS TRÊS GRUPOS DE PARTICIPANTES DA PESQUISA PARA A CATEGORIA 1: AQUISIÇÃO, IMPLEMENTAÇÃO E MANUTENÇÃO DE RECURSOS E COM A APRESENTAÇÃO DA EVIDÊNCIA QUANTITATIVA

CATEGORIA 1: AQUISIÇÃO, IMPLEMENTAÇÃO E MANUTENÇÃO DE RECURSOS DE ENFERMAGEM		Nº total de URs / US	% URs / US
(CONCLUSÃO)			
Dimensões			
Condições de trabalho			
US12 Dificuldades	As dificuldades apresentadas foram relacionadas à comunicação fragilizada (15) no triângulo: enfermeiros da gestão de leitos, enfermeiros assistenciais e médicos residentes, dificultando, dessa forma, a transferência de leito do paciente. Os recursos materiais e físicos (14) principalmente no que se refere a leitos de isolamento e a grande demanda frente a uma escassez de leitos hospitalares (12) também foram mencionados. Os enfermeiros assistenciais compreendem como uma fragilidade admitir pacientes transferidos via Gestão de Leitos com um perfil clínico diferente (12) da sua unidade assistencial, acreditando ser necessário este aspecto considerado pelo serviço para fazer a transferência de leito. Aspectos em relação ao fluxo de alocar/transferir o paciente no leito (9) são vistos como dificuldade tanto na questão de conhecer este fluxo quanto na necessidade de sua padronização no hospital. A cultura dos profissionais na instituição (4) foi mencionada pelos enfermeiros da Gestão de Leitos, na relação com a própria categoria profissional na reserva de leitos por especialidade. Outros relatos foram relacionados ao tempo de permanência do paciente no leito (5), demora na programação da alta hospitalar, demora entre alta física e médica e na limpeza dos leitos, na perspectiva dos médicos residentes, e a questão burocrática – paciente morar em outra cidade e demora em exames - na perspectiva dos enfermeiros assistenciais; a sobrecarga de trabalho (4) influenciando na admissão dos pacientes pelos enfermeiros assistenciais; apoio médico frágil (3) com vistas ao acompanhamento dos pacientes na unidade assistencial; acesso a informações prévias do paciente (3) como por exemplo, acesso à fila (cirúrgica). Ainda, foram relatadas sugestões de melhorias (19) diante das dificuldades, tais como informatizar as solicitações de transferências, compartilhamento de dados pelo SIH (Sistema de Informação Hospitalar) e melhorar a comunicação com os profissionais por meio de fluxo claro de transferência dos pacientes.	101	29%
US13 Facilidades	Foi considerada facilidade para o enfermeiro da Gestão de Leitos a atribuição de gerenciar os leitos ficar centralizada para o enfermeiro na Gestão de leitos (22); agilizar as transferências do paciente, ou mesmo conseguir a vaga de leito para ele (10) em virtude da visão geral dos leitos (8) que ele tem de todo o hospital, enquanto os demais profissionais têm de forma mais estreita relacionado à sua unidade/serviço. O enfermeiro consegue melhorar o processo de trabalho, diminuindo a ociosidade dos leitos (2) tendo conhecimento relacionado ao perfil dos pacientes (2). Ser profissional enfermeiro atuante na Gestão de leitos é fator facilitador (2) por possibilitar a comunicação com a própria categoria profissional, criando um vínculo (1) entre eles. Fazer internamento cruzado (1), buscando leitos em outras unidades de diferentes especialidades, contribui para maior número de internamento e diminuição de cancelamento cirúrgico.	48	13,8%
Total		349	100%

FONTE: A autora (2019)

5.3 TRANSFORMAÇÃO DE RECURSOS DE ENFERMAGEM EM SERVIÇOS DE ENFERMAGEM RELEVANTES

Nesta categoria, foram apreendidos aspectos relacionados ao serviço do enfermeiro na Gestão de leitos, como apresentado no QUADRO 17. O “processo de enfermagem” apontou a contribuição dos enfermeiros da gestão de leitos à continuidade do cuidado do paciente, por meio da comunicação e avaliação do seu perfil clínico, com a atuação deste profissional frente à resposta às necessidades e expectativas do paciente.

A segunda subcategoria “ambiente de trabalho” de enfermagem englobou a autonomia do enfermeiro da Gestão de Leitos, considerada existente principalmente no que concerne a decidir em qual leito alocar o paciente. Contudo, foi considerada uma autonomia limitada entendendo que o enfermeiro esbarra em questões burocráticas, resistência por parte da equipe para admitir o paciente e, por vezes, acata a decisão do médico residente da unidade, por vezes é autoritária sob a perspectiva dos enfermeiros das unidades assistenciais e vista por meio dos fluxos estabelecidos pela chefia.

Para este ambiente de trabalho, foi apresentada ainda a integração entre os serviços, apresentando pouco contato, com aproximação maior com os serviços internos do hospital, tais como as unidades assistenciais e serviços administrativos, tendo, assim, o apoio de colegas e gerentes, condição necessária para atuação na Gestão de leitos.

Para a tomada de decisão, os enfermeiros da Gestão de Leitos consideram o perfil clínico dos pacientes, ocorrendo de forma compartilhada com as unidades assistenciais. Os enfermeiros assistenciais consideram também que, por vezes, o paciente é alocado para onde tem vaga disponível, sem muitos critérios a serem considerados, ou então por prioridade de paciente.

Em suma, considera-se que o enfermeiro desenvolve suas atividades na Gestão de Leitos da instituição, atuando em trabalhos burocráticos, censo hospitalar e geração de indicadores tais como taxa de ocupação do hospital, gerenciamento do leito, com as solicitações de transferências internas, na alocação os pacientes no leito hospitalar e na aplicação da Metodologia Kamban.

QUADRO 17 - MATRIZ DE ANÁLISE COM A SÍNTESE DOS RESULTADOS COM OS TRÊS GRUPOS DE PARTICIPANTES DA PESQUISA PARA A CATEGORIA 2: AQUISIÇÃO, IMPLANTAÇÃO E MANUTENÇÃO DE RECURSOS E COM A APRESENTAÇÃO DA EVIDÊNCIA QUANTITATIVA

CATEGORIA 2: TRANSFORMAÇÃO DE RECURSOS DE ENFERMAGEM EM SERVIÇOS DE ENFERMAGEM RELEVANTES		Nº total de URs / US	% URs / US
(CONTINUA)			
Dimensões (subcategorias)			
Processos de Enfermagem			
US1 Contribuição do enfermeiro da gestão de leitos para a Continuidade do cuidado do paciente	O enfermeiro contribui para a continuidade do cuidado quando faz a comunicação de transferência do paciente para outra unidade, repassando informações relativas às necessidades de cuidado do paciente, seu perfil clínico (15). Ainda, quando acompanha o fluxo do paciente no hospital da sua entrada até a alta hospitalar (1), articulando-se, assim, também com a Gestão de alta hospitalar (1) do hospital.	17	8,5%
US2 Respeito às necessidades e expectativas do paciente	Há respeito às necessidades do paciente quando o enfermeiro olha para o perfil de cuidados (10) que este deve receber da equipe na assistência, alocando-o, por exemplo, na unidade cuja especialidade melhor atenda à sua necessidade, deixando-o confortável. Com o leito, o tratamento, o procedimento e a alta hospitalar são agilizados (9), fazendo com que retorne ao convívio social (1). É expectativa do paciente que sua vaga de leito seja providenciada e garantida (10), e com a atuação do enfermeiro na Gestão de Leitos, seu tempo de espera pelo leito diminui (8), bem como o cancelamento de procedimentos cirúrgicos (1).	39	19,6%
Ambiente de trabalho em enfermagem			
US3 Autonomia do enfermeiro da Gestão de Leitos	A autonomia do enfermeiro é limitada (21), por esbarrar em questões muitas vezes burocráticas, resistência da equipe em aceitar admitir o paciente e acatar, por vezes, a decisão do médico residente na unidade. Contudo, há autonomia dele (7), principalmente em decidir onde alocar o paciente (7). Essa autonomia é vista como autoritária por alguns enfermeiros da unidade assistencial (6), sem considerar se o leito está disponível, sem negociação etc. A autonomia é vista ainda com reservas pela chefia e fluxos estabelecidos (4)	45	22,6%
US4 Colaboração (Integração entre os serviços e a rede)	A Gestão de Leitos tem maior relação com serviços internos do hospital e pouco com a Rede de saúde em si (3). Esse contato ocorre em situações esporádicas, como, por exemplo, contato da central da regulação pedindo vaga para paciente intensivo, algumas admissões quando vêm da Secretaria Municipal e casos judiciais (4).	07	3,51%

QUADRO 17 - MATRIZ DE ANÁLISE COM A SÍNTESE DOS RESULTADOS COM OS TRÊS GRUPOS DE PARTICIPANTES DA PESQUISA PARA A CATEGORIA 2: AQUISIÇÃO, IMPLANTAÇÃO E MANUTENÇÃO DE RECURSOS E COM A APRESENTAÇÃO DA EVIDÊNCIA QUANTITATIVA

CATEGORIA 2: TRANSFORMAÇÃO DE RECURSOS DE ENFERMAGEM EM SERVIÇOS DE ENFERMAGEM RELEVANTES		(CONCLUSÃO)	
		Nº total de URs / US	% URs / US
Dimensões (subcategorias)			
Ambiente de trabalho em enfermagem			
US5 Tomada de decisão dos enfermeiros da Gestão de Leitos	A tomada de decisão ocorre considerando o perfil clínico dos pacientes (17), avaliado pelo enfermeiro da Gestão de Leitos. Na perspectiva dos enfermeiros assistenciais, ela ocorre de forma compartilhada entre eles (6). O paciente é alocado onde tem vaga de leito disponível (5), sem considerar muitos critérios; por prioridade (3), como, por exemplo, paciente crítico e idosos. Alguns enfermeiros da assistência desconhecem como essa tomada de decisão ocorre (2); considerar o fluxo de transferência (2) também foi mencionado bem como por meio da discussão de casos (1) entre a equipe na própria Gestão, e considerar a programação de altas dos pacientes (1).	37	18,6%
US6 Apoio de colegas de trabalho e gerentes (Serviços internos envolvidos com a Gestão de leitos)	O hospital como um todo (22), por meio da sua composição de serviços, é entendido como apoio para o enfermeiro na Gestão de Leitos. Alguns dos serviços mencionados foram o apoio diagnóstico (exames de imagem, laboratório), Serviço de Controle de Infecção Hospitalar, Gestão de Altas, apoio operacional, direção do hospital, bem como as próprias Unidades assistenciais (11).	33	16,5%
US7 Atuação do enfermeiro na Gestão de Leitos ¹⁶	Atua na parte burocrática, coleta de dados para o censo hospitalar e geração de indicadores (7) tais como identificar Taxa de ocupação do hospital, preenchimento de planilhas e elaboração de POP. Faz o gerenciamento do leito propriamente dito, com as solicitações de transferências entre unidades ao alocar os pacientes no leito hospitalar (6). Atua ainda aplicando a Metodologia kamban (5) na unidade de internação e identificando o tempo de permanência e, se for o caso, negocia com o apoio diagnóstico a fim de adiantar exames (3).	21	10,5%
Total		199	100%

FONTE: A autora (2019).

¹⁶ Somente a atuação do enfermeiro da Gestão de Leitos descrita pelo próprio profissional, no sentido de quais atividades eles desenvolvem, foi considerada neste item. Para os demais participantes, as respostas a este item foram consideradas como resultado da atuação do enfermeiro da Gestão de leitos, por conter elementos que se aplicam a resultados obtidos com o enfermeiro neste serviço.

5.4 RESULTADOS DO TRABALHO DO ENFERMEIRO DA GESTÃO DE LEITOS

Conforme apresentado no QUADRO 18, o resultado da atuação, diz respeito a uma interface de boa relação, no geral, entre os enfermeiros da Gestão de leitos e as equipes de enfermeiros, médicos/residentes das unidades assistenciais envolvendo a comunicação majoritariamente.

Há disponibilidade frente às dúvidas que possam surgir pelas equipes das unidades assistenciais e de relevância nesta US, tendo o enfermeiro da gestão de leitos sido visto como ponte entre a assistência e o leito hospitalar.

O conhecimento do serviço na instituição e a atuação do enfermeiro foram um importante resultado, uma vez que a maioria dos participantes apontou conhecê-lo dentro da instituição. A melhora apontada com relação a indicadores como Taxa de Ocupação e Tempo de Permanência sugerem uma efetiva atuação desempenhada por este profissional. Tais indicadores refletem na melhora e aprimoramento do processo de trabalho dos profissionais, que entre outros aspectos, podem refletir na mudança de uma cultura dentro do hospital.

QUADRO 18 - MATRIZ DE ANÁLISE COM A SÍNTESE DOS RESULTADOS COM OS TRÊS GRUPOS DE PARTICIPANTES DA PESQUISA PARA A CATEGORIA 3: RESULTADOS DO TRABALHO DO ENFERMEIRO DA GESTÃO DE LEITOS

(CONTINUA)

CATEGORIA 3: RESULTADOS DO TRABALHO DO ENFERMEIRO NA GESTÃO DE LEITOS		Nº total de URs / US	% URs / US
Dimensão (Subcategoria)			
Resultados da atuação do enfermeiro da Gestão de Leitos			
US1 Interface entre equipes	Há em geral, um bom entrosamento entre as equipes com vistas à comunicação e à forma de se relacionar (33), entretanto, poderiam ser utilizada outros meios de contato que não somente o telefone, na perspectiva de uma comunicação mais imediata. Os enfermeiros da gestão de leitos são sempre prestativos frente às solicitações e dúvidas pelas unidades (4). Os problemas são identificados, havendo parceria no seu enfrentamento, como, por exemplo, reunião entre as equipes para discutir o fluxo e reformulá-lo conforme necessidade (3). Há, por vezes, na perspectiva dos enfermeiros das unidades, fragilidade na coleta de informações pela Gestão de Leitos, quanto à avaliação do perfil do paciente, fazendo com que as unidades recebam pacientes com perfil clínico diferente da especialidade que esperam admitir (3). Por fim, o enfermeiro, neste serviço, é visto como ponte entre a assistência e o leito hospitalar (2), sendo mencionado ainda sentimento de empatia por parte do enfermeiro da Gestão de leitos frente às fragilidades que enfrenta no processo de trabalho (1).	46	32,7%
US2 Conhecimento da atuação do enfermeiro e do Serviço no hospital pelos enfermeiros assistenciais e médicos	O serviço no hospital bem como a atuação do enfermeiro são conhecidos no pelos enfermeiros das unidades assistenciais e médicos residentes (29), sendo mencionado, por exemplo, como finalidade, a melhor alocação de pacientes dentro do hospital, ou mesmo na internação, atendendo-o conforme suas necessidades em paralelo à otimização de vagas dos leitos. Poucos desconhecem o serviço em termos de logística e como é organizado dentro da instituição (9).	38	26,9%

QUADRO 19 - MATRIZ DE ANÁLISE COM A SÍNTESE DOS RESULTADOS COM OS TRÊS GRUPOS DE PARTICIPANTES DA PESQUISA PARA A CATEGORIA 3: RESULTADOS DO TRABALHO DO ENFERMEIRO DA GESTÃO DE LEITOS

(CONTINUA)

CATEGORIA 3: RESULTADOS DO TRABALHO DO ENFERMEIRO NA GESTÃO DE LEITOS		Nº total de URs / US	% URs / US
Dimensão (Subcategoria)			
Resultados da atuação do enfermeiro da Gestão de Leitos			
US3 Indicadores	A melhora do tempo de permanência foi também um resultado com a atuação do profissional enfermeiro na Gestão de leitos, sendo possível por meio da aplicação da metodologia Kamban e na observação feita pelos enfermeiros assistenciais com a preocupação do enfermeiro em identificar as causas que estão mantendo o paciente hospitalizado um número de dias maior que o estimado. Com o trabalho do enfermeiro da Gestão de Leitos, houve relato pelos participantes acerca da melhora da taxa de ocupação (11), tendo sido apresentado aumento em 5.73% do ano de 2015 ao ano de 2017 em dados do serviço. Estas informações evidenciam a contribuição do enfermeiro para a otimização dos leitos no hospital (7).	29	20,5%
US4 Influência na mudança de cultura do hospital.	A atuação do enfermeiro na Gestão de leitos influenciou até uma mudança na cultura na instituição. Há compreensão por parte dos enfermeiros assistenciais e médicos residentes em ver o leito como do hospital e não mais por especialidade, possibilitando também a rotatividade destes leitos (6). E para estes profissionais, o serviço passou a ser uma referência na procura por leitos no hospital (3).	09	6,4%
US6 Melhora no processo de trabalho no hospital	Com o enfermeiro atuante na gestão, houve melhora do processo de trabalho sob a ótica do enfermeiro da unidade, no aumento observado de número de internações hospitalares, implicando diminuição das filas de espera de pacientes (5), com ; em conhecer o paciente que vai admitir por meio do perfil clínico comunicado (2) e pela busca por vagas de leitos ser função atribuída apenas ao enfermeiro da Gestão de Leitos (2).	09	6,4%
US7 Outros resultados obtidos	Houve influência na diminuição de cancelamento cirúrgico (3); paciente ser alocado tendo sua necessidade em pauta (1); atendimento de até, aproximadamente, duas mil solicitações de transferência para os leitos no hospital (1) e em virtude destes resultados e funcionamento do serviço, a possibilidade ampliação de leitos no hospital (1).	06	4,2%
US8 Fragilidade em resultados	Alguns enfermeiros assistenciais desconhecem os resultados da atuação do enfermeiro (3), por não saber como eram estes resultados antes do serviço, por ser um serviço relativamente novo e por não ter tido divulgação dos resultados por parte do serviço. É colocada como um desafio impactando no alcance dos resultados, a melhora da avaliação do perfil clínico dos pacientes pelo enfermeiro para alocá-lo no leito (1)	04	2,9%
TOTAL		141	100%

FONTE: A autora (2019)

5.4.1 Representação esquemática dos resultados no contexto da gestão de leitos no Complexo Hospital de Clínicas

Com a intenção de sintetizar os resultados tendo uma visão do fluxo do paciente no hospital, somado ao cenário do modelo teórico utilizado, foi elaborada uma representação esquemática, conforme pode ser visualizada na FIGURA 3.

O serviço de Gestão de Leitos tem em seu foco, o leito hospitalar para o paciente que acessa o hospital. Neste cenário, o paciente que adentra o hospital proveniente da Unidade Referenciada (UR) (exceto quando os pacientes são caracterizados como eletivos). Neste momento, os enfermeiros da Gestão de Leitos mediam esta transferência de leito da UR, considerada uma porta de entrada¹⁷, para as unidades assistenciais especializadas (denominadas clínicas). A alocação de pacientes também pode ocorrer entre as unidades assistenciais dentro do hospital, quando necessário.

Para esta regulação de leitos, observa-se uma constante interface de comunicação entre as equipes: enfermeiro/médico/residente assistenciais e enfermeiro da Gestão de Leitos. Os achados desta pesquisa apontaram comunicação frágil e potencial neste processo de trabalho.

Englobou esta performance, os três subsistemas de enfermagem do modelo teórico de Dubois et al (2013), compreendidas pelas categorias obtidas neste estudo. A atuação do enfermeiro envolve sua importância em integrar a equipe, o conhecimento em gestão e experiência na prática assistencial, competências e habilidades para o processo de trabalho. Ainda, a condição de trabalho abrangendo as dificuldades e facilidades que envolvem o trabalho do enfermeiro, se fazem pertinentes neste contexto. Estes aspectos levam ao processo de trabalho, com as atividades que os enfermeiros realizam propriamente dito, e abrangem ainda a necessidade e expectativa do paciente.

Somado a isto contempla-se os resultados da *performance* do enfermeiro. Resultado disso, a melhora do processo de trabalho e o enfermeiro da Gestão de Leitos, visto como ponte entre o paciente e o leito hospitalar. Diante disso, o olhar é voltado para um atendimento contínuo mediante oferta de leitos para rede e otimização destes leitos, considerando fluxos definidos e rotatividade dos pacientes

¹⁷ O paciente também pode ser alocado no leito, sendo internado como paciente eletivo.

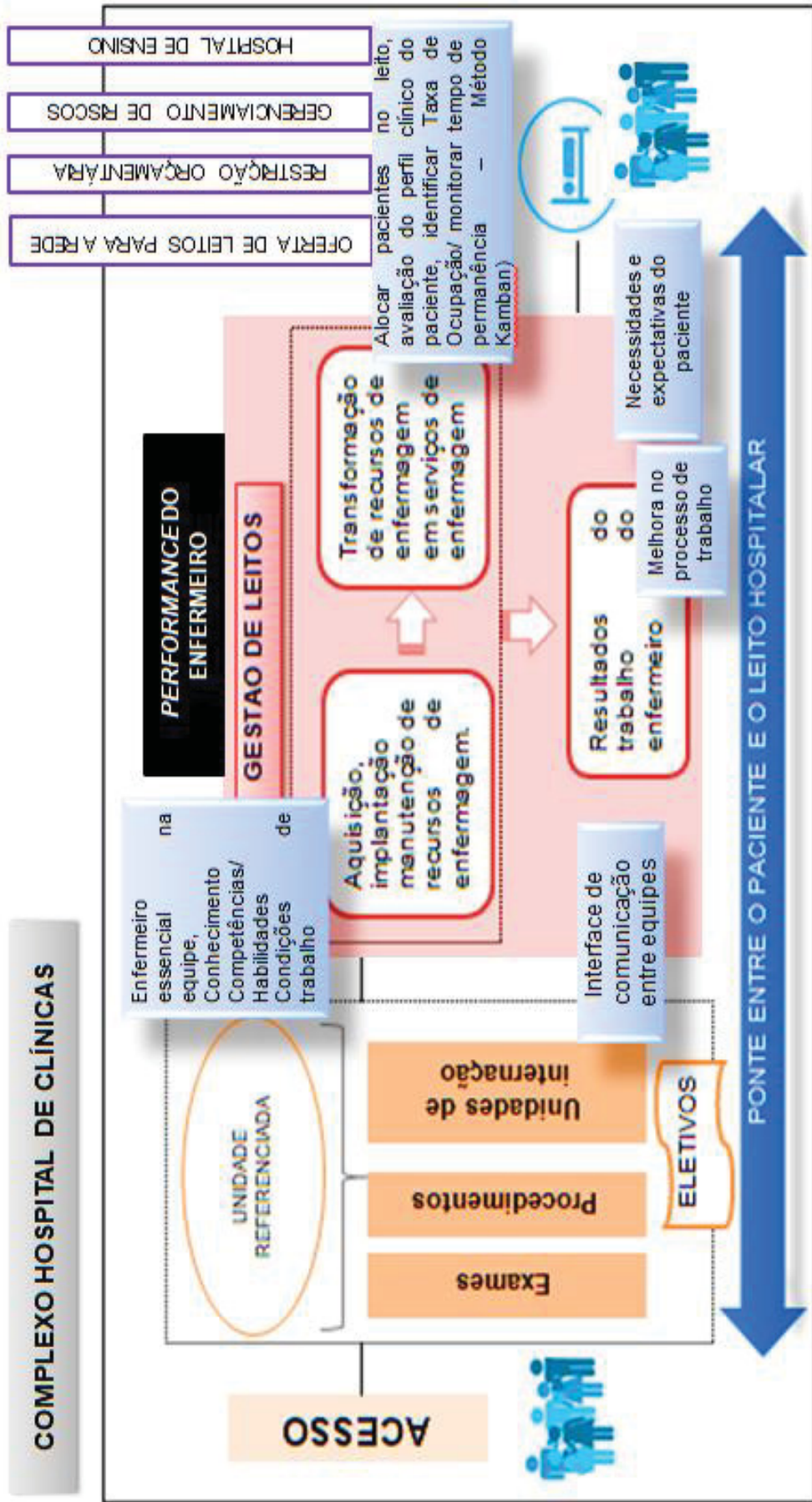
e monitorização do tempo de permanência. Tem-se ainda, o fator de restrição de custos frente à dificuldade de leitos existente, demanda maior que a oferta. Com este serviço, há rotatividade de leitos na instituição frente à otimização destes, trabalhada pelos enfermeiros.

Outro aspecto diz respeito ao gerenciamento de risco. O gerenciamento de risco tem por objetivo atuar na prevenção dos riscos ou danos aos pacientes proporcionando por fim, uma assistência segura e de qualidade (KUWABARA; ÉVORA; OLIVEIRA, 2010). Como visto esta assistência segura e de qualidade pode se relacionar com o paciente estar alocado no leito adequado, considerando as necessidades do paciente.

Por se tratar de um hospital de ensino, o olhar é ampliado acerca da Gestão de Leitos. Diz respeito à questão de financiamento do SUS, em termos de repasse orçamentário e em espaço para implantação e/ou implementação de serviços que atendam a Portarias e Políticas que vêm ao encontro dos preceitos do SUS refletindo na rede de saúde (BRASIL, 2013).

Nesse âmbito, o enfermeiro atuante, se torna um agente facilitador e motivador na implantação de ações que visem ao alcance dos resultados e ao envolvimento de todos no processo, atuando de forma segura, qualificada e competente (SIQUEIRA et al., 2015). Tais características tornam a Gestão de Leitos, um relevante serviço dentro da instituição.

FIGURA 3 - REPRESENTAÇÃO ESQUEMÁTICA DA SÍNTESE DOS RESULTADOS NO FLUXO DA GESTÃO DE LEITOS



FONTE: A autora (2019)

5.5 VALIDAÇÃO DOS RESULTADOS DA PESQUISA

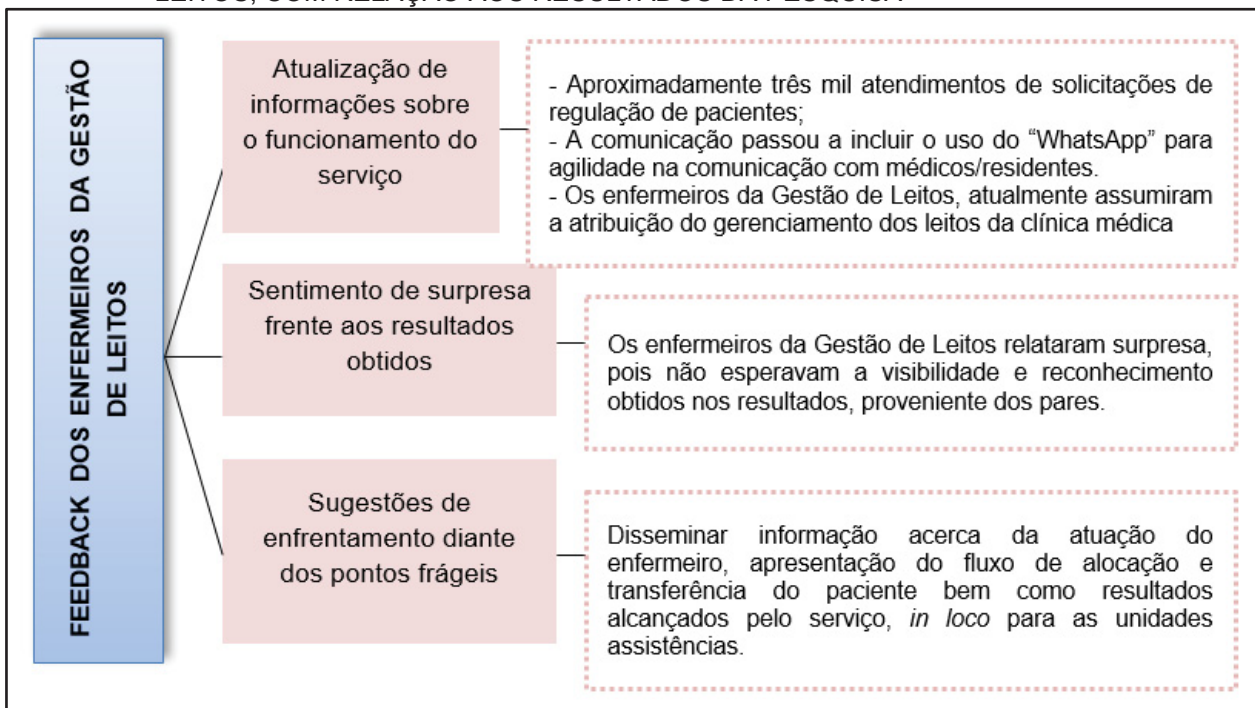
Este tópico, diz respeito ao retorno dos resultados para os participantes enfermeiros da Gestão Leitos.

Apenas os enfermeiros da Gestão de leitos receberam o retorno dos resultados por configurar o serviço chave do tema. O retorno para os demais participantes foi dificultado tendo em vista a logística do hospital em concentrar todos para apresentação.

O *Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research* (COREQ), é constituída por uma lista, desenvolvida para promover relatórios explícitos e abrangentes de estudos qualitativos (entrevistas e grupos focais). Entre os itens, contemplam a verificação do participante. Este item, diz respeito aos participantes fornecerem um *feedback* frente às descobertas do autor da pesquisa (TONG; SAINSBURY; CRAIG, 2007).

Os achados desta pesquisa foram apresentados pela autora, no próprio serviço de Gestão de Leitos. Os profissionais forneceram feedback sob três olhares: atualização de informações sobre o funcionamento do serviço; sentimento de surpresa frente aos resultados e por último, sugestões de enfrentamento diante dos resultados que mostraram pontos frágeis do serviço, conforme visualizado no FIGURA 4.

FIGURA 4 - FEEDBACK FORNECIDO PELOS PARTICIPANTES ENFERMEIROS DA GESTÃO DE LEITOS, COM RELAÇÃO AOS RESULTADOS DA PESQUISA



FONTE: A autora (2019)

6 DISCUSSÃO

Nesta etapa do estudo, os dados obtidos são correlacionados com a literatura existente sobre o tema, buscando encontrar semelhanças ou discrepâncias a fim de agregar conhecimento e coadunar com o estudo em questão.

O lugar do enfermeiro e a visibilidade do seu trabalho com relação à prestação de serviços aos indivíduos, organizações de saúde e aos sistemas de saúde ainda carecem de mais análise, avançando, assim, discussões em torno da representatividade social, superando alguns desafios ainda presentes no processo de trabalho nesta profissão (LEAL; MELO, 2018). Os resultados desta pesquisa mostram a atuação do enfermeiro em um novo espaço de trabalho, de modo a ampliar o conhecimento das atribuições e funções desenvolvidas dentro da instituição.

A atuação do profissional na Gestão de Leitos foi disposta em três importantes aspectos. A apreciação dos serviços está relacionada com a Estrutura, que diz respeito a elementos estáveis na organização, relacionada ao Processo que diz respeito ao "fazer" em saúde e a Resultados, relacionados à assistência realizada, sendo mensurada por ferramentas, como, por exemplo, o uso de indicadores (DONABEDIAN, 1990; OLIVEIRA et al., 2017).

Os resultados obtidos nesta pesquisa serão discutidos à luz do modelo teórico de Dubois et al. (2013).

6.1 AQUISIÇÃO, IMPLEMENTAÇÃO E MANUTENÇÃO DE RECURSOS DE ENFERMAGEM

A atuação do enfermeiro foi compreendida inicialmente nesta pesquisa, relacionada a uma estrutura/recursos do serviço. Trata-se da primeira função considerada fundamental para o sistema de enfermagem, necessária para fornecer a assistência, e esta estrutura pode contribuir e/ou tornar frágil o processo de trabalho deste profissional (DUBOIS et al., 2013).

Sob um primeiro olhar, os achados deste estudo trouxeram a conformação de uma equipe na Gestão de leitos, composta por enfermeiro e médico. Chamou atenção o enfermeiro apontado pelos participantes como um profissional essencial

para composição do quadro de oferta de pessoal na Gestão de leitos. Isto remete à importância da enfermagem vista pelos pares e pelos profissionais médicos residentes na instituição. Os enfermeiros constituem metade da força de trabalho em saúde, sendo apontados como os principais responsáveis pela coordenação de equipes de saúde, considerando diferentes níveis de Atenção à Saúde (CASSIANI; NETO, 2018).

O atual cenário com as organizações de saúde, sob crescente pressão para ofertar maior desempenho com a utilização limitada de recursos, é essencial para capitalizar todos os recursos existentes, configurando a enfermagem, neste cenário, um significativo recurso (RAO; KUMAR; MCHUGH, 2018).

Backes, Backes e Souza (2008) analisaram as concepções acerca do trabalho do enfermeiro no contexto hospitalar sob perspectiva de uma equipe multiprofissional de saúde, mostrando ser relevante o enfermeiro no contexto hospitalar, percorrendo as concepções de cuidado, expressando ainda a capacidade administrativa deste profissional em lidar com a complexa rede que envolve a assistência ao paciente. Valorizando a *performance* deste profissional, Allen (2015) aponta que, embora a decisão de admitir e tratar pacientes seja responsabilidade dos médicos, são os enfermeiros os principais responsáveis pelo gerenciamento da capacidade total do leito.

Estudo conduzido por Allen (2015) apontou que os enfermeiros, no Reino Unido, têm se inserido cada vez mais no gerenciamento de leitos, apresentando um trabalho diário de relevância para a qualidade do atendimento ao paciente e para a eficiência da organização. Todavia, no local de estudo, o trabalho foi considerado praticamente invisível com a fragilidade na exploração dos conhecimentos e habilidades do enfermeiro, acarretando pouca influência na estratégia organizacional.

Os achados desta pesquisa se contrapõem ao resultado do autor, em detrimento do reconhecimento do enfermeiro pelos pares e das competências e habilidades pertinentes a este profissional. O reconhecimento no e pelo trabalho do enfermeiro gera benefícios para si tanto quanto para o serviço no qual ele se insere, uma vez que este termo intermedia o sofrimento e o prazer que se relaciona à manutenção da saúde mental do trabalhador diante da organização do trabalho (AMORIM et al., 2017; GERNET; DEJOURS, 2010).

No quesito de oferta de pessoal de enfermagem, Dubois et al. (2013) ponderam que ela deve ser examinada além de uma quantidade de pessoal disponível, isto é, relacionar-se também com a preparação educacional, qualificações e experiência deste profissional. Ser um profissional qualificado é uma importante discussão nos dias atuais.

Congruente a isto, Ingwell-Spolan (2018) acrescenta que para gerenciar sistemas de saúde, relacionar-se com as equipes de saúde, colaborar e coordenar especialidades e profissões há necessidade de enfermeiros altamente qualificados, sendo ainda fundamental para alcançar melhores resultados para os pacientes.

Neste estudo, encontrou-se que o enfermeiro, para atuar na Gestão de Leitos, deve ter um conhecimento e experiência sobre gestão e assistência de enfermagem. Acredita-se que o enfermeiro, com experiência na prática assistencial, possa obter um conhecimento que facilite a avaliação do perfil de cuidados do paciente na instituição, tão necessária para regular internamente os leitos.

Em decorrência da mudança do mercado de trabalho, faz-se necessário um olhar para a formação para que estes profissionais atuem nestes novos cenários. Para oferecer assistência de alta qualidade aos pacientes e ampliar o papel dos enfermeiros, os currículos de enfermagem precisam ser reexaminados e atualizados para preparar os futuros enfermeiros a serem altamente competentes na atual indústria complexa de serviços de saúde (LEAL; MELO, 2018). Ao olhar para uma relação de tendências descritas para a enfermagem na literatura, há uma colocação que versa acerca do mercado de trabalho de enfermeiros em todo o mundo, identificando uma associação de desemprego e subemprego à escassez de enfermeiros qualificados e com experiência na gestão em saúde (OLIVEIRA; PIRES; ALVAREZ, 2018).

Este contexto tem consonância com as Diretrizes Curriculares Nacionais para o curso de Graduação em Enfermagem (DCNs/ENF). As DCNs/ENF dirigem-se à formação generalista, o que permite ao enfermeiro, entre outros aspectos, atuar no conhecimento e intervenção dos problemas e das situações de saúde, além de promover a atenção à saúde de maneira integral (BRASIL, 2001). Por meio do processo de reestruturação dos currículos, aprovada pela DCNs/ENF, é proposta a adequação do perfil do futuro enfermeiro diante do atual contexto de saúde de modo

que ele tenha uma formação mais integrada, voltando sua prática para a rede de serviços da saúde (BRASIL, 2001).

Nesta perspectiva, compete a estes profissionais a necessidade de competências e habilidades tais como atenção à saúde, tomada de decisões, comunicação, liderança, administração e gerenciamento e educação permanente (BRASIL, 2001). Competências como liderança, tomada de decisão e trabalho em equipe foram mostradas nesta pesquisa, assim como as habilidades relacionadas à flexibilidade, negociação, proatividade e agilidade, todas mencionadas como necessárias para o enfermeiro atuar na Gestão de leitos.

O reconhecimento do papel do enfermeiro pode ser um fator que favorece a manutenção deste profissional no trabalho, e, em função disto, pode levar à redução de custos para a instituição (DUBOIS et al., 2013). Entre os aspectos que englobaram a manutenção da equipe de enfermagem na Gestão de Leitos, o apoio de colegas e gerentes se sobressaiu como um componente do trabalho que leva à qualidade de vida. Sendo este suporte, ações tomadas pelo gerente para garantir que o funcionário seja capaz de trabalhar de forma independente, proporcionando aos funcionários maior flexibilidade na tomada de decisões e o desempenho de suas tarefas (YANG et al., 2013; GIETER et al., 2006).

Neste íterim, a satisfação com o trabalho relaciona-se ao prazer percebido no ambiente de trabalho pelo profissional (BARBOSA et al., 2018). A literatura mostra que os aspectos negativos do ambiente de trabalho podem levar a eventos adversos associados ao cuidado de baixa qualidade, que, por sua vez, pode impactar na segurança do paciente (KIRWAN; MATTHEUS; SCOTT, 2013; VAN BOGAERT et al., 2014). Desse modo, a modificação do exercício laboral, com o dever na centralidade para práticas que estimulem sentimentos positivos entre os profissionais, é uma forte tendência entre as organizações (BARBOSA et al., 2018).

Aliado à satisfação no trabalho, o reconhecimento do seu trabalho foi um aspecto motivante para o enfermeiro na Gestão de leitos. A valorização e os incentivos financeiros influenciam a política e o reconhecimento da liderança, entre outros fatores, configurando grandes desafios para o avanço da profissão de enfermagem mundialmente, sendo consequência para a expansão do acesso e para a cobertura universal de saúde (CASSIANI; NETO, 2018). Desta forma, é percebido

como estes resultados contribuem para o papel do enfermeiro, podendo influenciar no setor da saúde.

As dificuldades e facilidades relatadas nesta pesquisa são representadas também como condicionantes do trabalho do enfermeiro, sendo a comunicação, a protagonista nestas dimensões. Para fornecer um bom atendimento, é primordial que se tenha uma comunicação eficaz assim como habilidades interpessoais, garantindo, destarte, uma experiência positiva de recebimento de cuidados pelo paciente (WEBB, 2018).

Neste segmento, a comunicação apontada como frágil obtida nos resultados desta pesquisa diz respeito a um fluxo não esclarecido de alocação e transferência do pacientes para as unidades assistenciais. Uma comunicação frágil é encontrada em diversos ambientes de saúde, sendo proeminente em transferências de pacientes e em locais onde é indispensável um gerenciamento rápido e eficaz (MÜLLER et al., 2018).

Paralelamente a isto, a comunicação foi observada como uma potencialidade na Gestão de Leitos no que tange à centralidade do gerenciamento dos leitos atribuída ao profissional enfermeiro neste serviço. Mesmo que tenha sido apontada perda de informações no “triângulo” de comunicação (enfermeiros, médicos residentes e enfermeiros da Gestão de Leitos), colocada como uma dificuldade apreendeu-se que, com estas ações centralizadas para um profissional, há um melhor direcionamento destas ações na relação com a equipe.

Como o trabalho em saúde é coletivo, entende-se que o enfermeiro neste meio atua exercendo certo grau de autonomia técnica ao passo que deve cooperar para executar a prestação de serviços de saúde por meio de especificações de atividades, demarcada pela divisão técnica e social do trabalho, organizado, portanto, a partir de uma crescente divisão técnica, executada por diferentes trabalhadores (LEAL; MELO, 2018). O enfermeiro, centralizando a função de gerenciar os leitos para si, possibilita o direcionamento das ações com maior delineamento para os demais profissionais, sendo este um importante aspecto compreendido na melhoria da falha de comunicação.

Recursos físicos e materiais também foram mencionados como uma fragilidade para o serviço. A escassez de leitos foi mencionada pelos participantes, compreendendo que influencia na atuação enfermeiros para sua regulação na

instituição. A falta destes leitos resulta no cancelamento de cirurgias eletivas, no atraso da admissão de pacientes, na alocação de pacientes em leitos inapropriadas, na dificuldade de transferência de pacientes entre alas, culminando na postergação de altas de unidades críticas, podendo elevar o tempo de permanência hospitalar (FARIA et al., 2010). Diversos tipos de recursos materiais são necessários para apoiar o trabalho da equipe de enfermagem. Recursos tais como Instalações físicas, tecnologias, configurações organizacionais e recursos financeiros definem a organização geral do cuidado de enfermagem e determinam até que ponto a equipe de enfermagem é capaz de desempenhar suas atividades (DUBOIS et al., 2013). O enfermeiro deve estar sempre envolvido com o gerenciamento destes recursos, com o objetivo de garantir uma assistência de enfermagem eficaz (CASTILHO; MIRA; LIMA, 2016).

O conceito de recursos físicos engloba áreas internas e externas de um serviço de saúde e, em uma unidade, compreende o espaço determinado para o desenvolvimento de atividades assistenciais, sendo composto por dimensões e instalações (CASTILHO; BAPTISTA, 2016). Neste cenário, o gerenciamento de recursos físicos envolve a participação do enfermeiro no planejamento e na alocação destes recursos, de modo a organizar ou gerir, rotineiramente, uma unidade de saúde, com reflexo na promoção da segurança, no conforto dos pacientes além do reflexo nas condições de trabalho adequadas (CASTILHO; BAPTISTA, 2016). Para um funcionamento efetivo de uma organização é necessário dar atenção especial à administração dos leitos, considerar sua infraestrutura e pessoal para a estruturação deste serviço refletindo em benefícios para a instituição, uma vez que exerce impacto nos objetivos financeiros (RAFFA; MALIK; PINOCHET, 2017).

Alguns apontamentos de melhorias frente às dificuldades da atuação do enfermeiro foram sugeridos. Mencionada pelos participantes do estudo e validada pela apresentação dos resultados aos enfermeiros da Gestão de leitos (FIGURA 4), a comunicação foi claramente mencionada como o principal fator vinculado ao papel do enfermeiro na Gestão de Leitos.

A comunicação seria melhorada com maior aproveitamento de Sistemas de Informação Hospitalar (SIH), ou seja, com o uso de dispositivos tecnológicos que propiciassem compartilhamento de informações com maior rapidez. As Tecnologias

de Informações e Comunicações (TICs) utilizadas pelos enfermeiros pode ter impactos em sua prática, repercutindo, conseqüentemente, nos resultados do paciente (ROULEAU; GAGNOS; CÔTÉ, 2017; DUBOIS et al., 2013).

Estudo conduzido por Rouleau, Gagnos e Côté (2017) utilizou a NCPF de Dubois et al. (2013) para a identificação de 19 indicadores relacionados aos cuidados de enfermagem impactados pelo uso das TICs. Entre estes indicadores, citam-se o gerenciamento do tempo, a qualidade da informação e acesso, a autonomia da enfermeira, a colaboração intra e interprofissional, as competências e habilidades dos enfermeiros e a coordenação de comunicação e cuidado.

Compreende-se o reflexo de uma comunicação efetiva entre os profissionais de saúde. Uma comunicação efetiva ocorre quando o remetente de uma mensagem envia sua mensagem de modo a transmitir uma intenção e, em seguida, é compreendido pelo receptor da mensagem, criando um significado compartilhado (NEWLL; JORDAN, 2015), fundamental para que as informações sobre o perfil clínico do paciente, por exemplo, cheguem até os enfermeiros da unidade assistencial de forma clara e precisa, sendo este um fator importante que direciona as ações de cuidado na prática da enfermagem, apontado nesta pesquisa como uma dificuldade.

Em meio a um aparato tecnológico, a Enfermagem necessita incorporar reflexões sobre qual seria a melhor postura ou seu diferencial em um mundo com fortes tendências tecnológicas (FERNANDES et al., 2018). É nesta perspectiva que se sugere a incorporação de meios tecnológicos para melhorias no processo de trabalho dos enfermeiros da Gestão de leitos e com os profissionais no hospital.

Transformações futuras são ainda incertas, mas poderão mudar a forma como os indivíduos se relacionam entre si e com os serviços de saúde. Salienta-se ainda que, mesmo diante destes avanços, a natureza da Enfermagem, que se baseia essencialmente nas interações humanas, pode garantir um lugar de destaque para essa profissão perante a sociedade. Para tanto, é primordial que sejam empreendidos reforços para a capacitação contínua das habilidades humanas, garantindo, por conseguinte, o atendimento às necessidades de saúde e do bem-estar da população, o que justifica a existência desta categoria (FERNANDES et al., 2018).

A forma como o profissional reage diante das adversidades pode ser considerada um importante diferencial na *performance* do enfermeiro no gerenciamento dos leitos. Esta preocupação se ancora na importância do enfermeiro em conhecer o perfil do seu público-alvo e da instituição em que trabalha, como norte para seu trabalho. Fazer mapeamento deste perfil pode levar a melhorias do gerenciamento do recurso de leitos hospitalares e, conseqüentemente, a colaborar para um melhor planejamento em relação à alocação de recursos em saúde (NASCIMENTO, 2015).

Para Dubois et al. (2013) no que concerne ao gerenciamento de enfermagem, as dimensões definidas nesta categoria são consideradas fatores modificáveis que resultam de decisões gerenciais e que, por conseguinte, podem ser aprimoradas por meio de iniciativas de políticas nos níveis de unidade, organização e sistema (DUBOIS et al., 2013).

Pensando neste aprimoramento Trudeau-Aubin (2015) utilizando o modelo teórico de Dubois et al. (2013) como quadro analítico para seu estudo, identificou práticas de gestão eficientes que podem ser implementadas por enfermeiros líderes, objetivando a melhoria no desempenho em enfermagem. Para a autora, práticas relacionadas ao desenvolvimento de habilidades aprovam o estabelecimento de um ambiente de prática profissional de apoio organizacional e colaborativo.

No tocante ao apoio de gerentes e colegas, faz-se referência à percepção do grau em que a organização reconhece a contribuição do enfermeiro, preocupando-se com seu bem-estar (TRUDEAU-AUBIN, 2015; LIAO et al., 2009; PATTERSON et al., 2010). Uma prática de oferta de apoio, por exemplo, pode ser o feedback dado pelo gerente imediato (YANG et al., 2013, TRUDEAU-AUBIN, 2015). Nesta busca, o enfermeiro pode implementar um processo de feedback formal, como uma avaliação periódica de desempenho, ou processo informal de feedback, como um feedback espontâneo (TRUDEAU-AUBIN, 2015). Com relação aos resultados desta pesquisa, foi possível identificar, por meio das falas dos participantes, o apoio existente entre chefia do serviço na instituição, o que contribui para o trabalho efetivo.

Os achados que englobam esta categoria revelaram um amplo conjunto de disfunções e deficiências, tais como insuficiência de oferta de recursos materiais, lacunas entre a equipe de enfermagem e as necessidades dos pacientes em razão das dificuldades detectadas. Tais deficiências são consideradas falhas latentes que

não envolvem o profissional e não resultam do contato direto com os pacientes, mas que podem ter consequências potencialmente tardias nos processos de cuidados de enfermagem e nos resultados (DUBOIS et al., 2013; RAPIN et al. 2015). Trata-se de informações imprescindíveis para o trabalho gerencial do enfermeiro no contexto da Gestão de Leitos.

6.2 TRANSFORMAÇÃO DE RECURSOS DE ENFERMAGEM EM SERVIÇOS DE ENFERMAGEM

A administração eficaz dos recursos de enfermagem, como descritos na primeira categoria, não caracteriza um estado final. Uma segunda função fundamental do sistema de enfermagem é transformar os recursos disponíveis em serviços de enfermagem que atendam às necessidades dos pacientes. Desse modo, ela se reflete não apenas nas atividades desenvolvidas pelos enfermeiros, mas também no envolvimento dos gerentes de enfermagem em apoio aos pares para criar um ambiente de prática apropriado (DUBOIS et al., 2013). O ambiente e o processo de trabalho foram importantes elementos na compreensão da atuação do enfermeiro no serviço de Gestão de leitos.

O gerenciamento de leitos aumentou em importância à medida que as metas de acesso se desenvolveram e a valorização da importância do fluxo de pacientes aumentou. O papel da gerência do leito desempenhado pelos enfermeiros pode ser particularmente estressante, além de complexo (PROUDLOVE; BOADEN; JORGENSEN, 2007). Este estudo trouxe inúmeras funções atribuídas ao enfermeiro na Gestão de Leitos, entre elas, o gerenciamento dos leitos propriamente dito, entendido pelos participantes como a solicitação de transferências entre unidades assistenciais do hospital e na alocação dos pacientes aos leitos.

A autonomia e a tomada de decisão podem ser entendidas neste estudo como a centralidade no ambiente de enfermagem. Estudo conduzido em um setor de Regulação em Saúde localizado no sul do Brasil concluiu que o profissional enfermeiro, no que tange à regulação em saúde, somada ao trabalho em equipe, utiliza de competências e habilidades que propiciam, por exemplo, autonomia no processo de trabalho (PEITER; LANZONI; OLIVEIRA, 2016).

A autonomia é um componente essencial para a prática profissional dos enfermeiros. Quando o enfermeiro exerce seus conhecimentos clínicos e organizacionais por meio da prática autônoma, ele promove melhorias na qualidade da assistência (RAO; KUMAR; MCHUGH, 2017). É neste momento que o enfermeiro, na prática, no modo participativo de autonomia e tomada de decisão, pode fazer uso dos seus conhecimentos e habilidades (TRUDEAU-AUBIN, 2015).

Para Rao, Kumar e Mchugh (2017) menores chances de mortalidade representada em 30 dias para pacientes cirúrgicos foram associadas significativamente a uma maior autonomia do enfermeiro, mesmo após considerar o risco do paciente e as características do hospital (RAO; KUMAR; MCHUGH, 2017). Com isso, percebe-se que, como reflexo da autonomia, o enfermeiro pode interferir na expectativa e necessidades dos pacientes, por exemplo, ao decidir onde melhor alocar o paciente. A autonomia exerce função de autoridade numa tomada de decisão complexa e dinâmica (RAO; KUMAR; MCHUGH, 2018).

Os enfermeiros que atuam no gerenciamento de serviços de enfermagem passam a maior parte de seu tempo analisando situações e tomando decisões, muitas vezes, em um curto espaço de tempo (EDUARDO et al., 2015). Na área da saúde, as decisões gerenciais geralmente direcionam-se ao fornecimento do melhor atendimento ao paciente, impactando em custos minimizados, buscando, em suma, um equilíbrio entre qualidade e eficiência (EFFKEN et al., 2010). Emergiu dos resultados, como um critério de decisão dos enfermeiros, a avaliação do perfil clínico do paciente.

Conforme mostram os dados deste estudo, o perfil clínico é identificado por informações obtidas de uma ficha de transferência de pacientes, elaborada pelos enfermeiros do serviço, utilizada como ferramenta para seu processo de trabalho, permitindo atender as necessidades e expectativas do paciente com relação ao leito hospitalar. Abordagens têm sido propostas para uma gestão de leitos, tais como o envolvimento de cálculos considerando a condição do paciente e suas preferências e a necessidade do tratamento (SCHMIDT; GEISLER; SPRECKELSEN, 2013).

É indiscutível que a atuação do enfermeiro está vinculada ao atendimento às necessidades de saúde da população. O cuidado holístico e centrado no paciente, tem sido visto como a essência do cuidado de enfermagem e interpretado como a capacidade de o enfermeiro se comunicar efetivamente com os pacientes,

trabalhando com suas expectativas e valores. Envolvê-los em seus cuidados e promover uma transição suave dos pacientes através do sistema de cuidados, abrangendo os aspectos técnicos e organizacionais dos processos de enfermagem e sua dimensão interpessoal é primordial (DUBOIS et al., 2013; McCORMACK, 2006; McCANCE, 2003).

Uma ferramenta de apoio à decisão ideal para gerentes de enfermagem deve permitir que os gerentes usem suas estratégias de decisão preferidas quando apropriado, mas também apoiar ou sugerir estratégias alternativas quando elas forem mais eficientes (EFFKEN, 2010).

A condição e as necessidades dos pacientes são abordagens que se baseiam principalmente em estimativas estáticas e não adaptáveis do tempo de permanência, isto é, não consideram a incerteza da recuperação do paciente (SCHMIDT; GEISLER; SPRECKELSEN, 2013). Ressalta-se aqui que os enfermeiros da Gestão de leitos neste estudo utilizam o método Kamban¹⁸ com o intuito de identificar o tempo de permanência e de procurar agir na resolutividade dos casos que apresentem um tempo de permanência prolongado. O manejo de leitos consiste em organizar a alocação de novas admissões para leitos vagos, por meio do conhecimento em tempo real do censo hospitalar e das demandas por internação, somando-se a isso, a avaliação e a execução de ações visando a otimizar todo o processo, desde a internação até a alta hospitalar (SOARES, 2017).

Para Rocha et al. (2014) o enfermeiro, com base em protocolos clínicos, verifica as evidências clínicas das solicitações a fim de proceder ao correto encaminhamento, configurando uma atuação ampla. Interage com as demandas do setor e, portanto, o enfermeiro articula com tais funções, ao obter uma visão mais contextualizada do sistema de regulação, levando-os a problematizarem as demandas junto à equipe.

Esta categoria à luz do modelo teórico apresenta dimensões relacionadas à essência do que os enfermeiros fazem para melhorar as condições dos pacientes. Fornecem um *insight* sobre os processos clínicos e organizacionais que refletem tanto como enfermeiros encenam seus papéis com as condições são

¹⁸ Trata-se de uma estratégia baseada nos sistemas JIT (*just-in-time*), desenvolvida inicialmente para a indústria automotiva (MITKA, 2015). Adaptada para os serviços de saúde, o método Kambam é originário da metodologia Qualidade Total, com marcação por meio de cores que identificam categorias de permanência nas unidades, sendo estas: ideais (azul), aceitáveis (amarela) e com problemas que necessitam de correção (vermelho) (BALTAZAR et al., 2016).

experimentadas pelos pacientes em suas interações com o sistema de enfermagem (DUBOIS et al., 2013).

Para Dubois et al. (2013) conhecer quais processos são ineficazes pode levar ao reajuste da prestação de serviços pela enfermagem. Esta categoria permitiu visualizar funções atribuídas ao enfermeiro, amparada na autonomia para tomada de decisão no gerenciamento dos leitos hospitalares, de modo a atender às necessidades do paciente que busca por este leito, mostrando-se um processo eficaz de prestação de serviços por esta categoria.

6.3 RESULTADOS DO TRABALHO DO ENFERMEIRO NA GESTÃO DE LEITOS

Sob lógica do gerenciamento de leitos, o enfermeiro pode utilizar os resultados do seu trabalho para avaliar sua atuação, elencando estratégias que permitem quebrar as barreiras com que constantemente se depara. Debruçando-se sobre as fragilidades relacionadas aos recursos, processos e resultados da enfermagem, um primeiro passo crítico é medi-los e disponibilizar as informações para todos os níveis do sistema de saúde (DUBOIS et al., 2017).

Neste sentido, o gerente pode medir a situação atual percebida, a situação em que deseja a diferença entre ambas e a concordância entre sua percepção e a de seus empregados sobre a situação corrente no trabalho (HAVENS; VASEY, 2003; TRUDEAU-AUBIN, 2015). Os gerentes de saúde têm uma obrigação legal e moral de garantir uma alta qualidade de atendimento ao paciente e de não medir esforços para melhorar o atendimento, estando em posição de exigências políticas, sistemas, procedimentos e climas organizacionais (PARAND et al., 2014).

Os recentes avanços na conceituação do desempenho do cuidado de enfermagem, exemplificados pelo *Nursing Care Performance Framework* (NCPF), revelaram um amplo universo de indicadores potencialmente sensíveis à enfermagem (DUBOIS et al., 2013). Outrossim, o desafio está no enfrentamento pelas organizações ao selecionar, desse universo, os indicadores que podem melhor se ajustar à realidade, isto é, um subconjunto realista de indicadores que podem formar um formulário de pontuação equilibrado e comum (DUBOIS et al., 2017).

Para Dubois et al. (2013) uma série de indicadores com resultados negativos, como, por exemplo, tempo prolongado de internação, refletem falhas que podem ter

múltiplas causas e podem ter origem em um ou mais sistemas. Os achados deste estudo apresentaram um desempenho efetivo do enfermeiro com relação à melhora na Taxa de Ocupação mostrando elevação de 72,43% no ano de 2015 para 78,16% no ano de 2017.

Soares (2017) avaliou hospitais que implantaram este serviço em Porto Alegre à luz da “tríade donabediana” (DONABEDIAN, 1980). Na perspectiva de resultado, os Serviços, em sua maioria, afirmam ter metas pactuadas junto à direção para algum indicador. Houve mudanças nos indicadores após a implementação do serviço nos hospitais, apresentando também elevação da Taxa de Ocupação e redução no Tempo de permanência dos pacientes.

A enfermagem como um “sistema inteiro” interage com vários outros “sistemas inteiros” para alcançar resultados (DUBOIS et al., 2013, DUBOIS et al., 2017). Para um ambiente de prática empoderada, os enfermeiros têm acesso às informações necessárias e às oportunidades de aprendizado, refletindo-se no estímulo do desenvolvimento pessoal, promovendo relações de apoio com supervisores, pares e subordinados (VAN BOGAERT et al., 2015). Redes formais e informais de alianças dentro da organização proporcionam aos enfermeiros oportunidades para atingir seus objetivos e garantir discrição e visibilidade profissionais (VAN BOGAERT et al., 2015; LEAL; MELO, 2018).

Mais do que estar em constante interface com as unidades assistenciais, os achados deste estudo caracterizaram a *performance* do enfermeiro como ‘ponte’ entre o leito hospitalar e o paciente. Considerando vínculo, é primordial que resultados positivos sejam o reflexo de um trabalho efetivo. Os serviços de cuidados de enfermagem são fornecidos aos pacientes em um ambiente com interações complexas que podem gerar danos, erros e resultados não intencionais. Por conta disso, a segurança do paciente é amplamente considerada como um indicador de cuidados de enfermagem de alto desempenho (DUBOIS et al., 2013).

Refletir sobre ações que os enfermeiros desenvolvem é considerado um prerequisite para desenvolver e aprender habilidades práticas e identidades profissionais (EWERTSSON et al., 2017). Para obter valorização e visibilidade, é preciso apropriação de competências para o cuidar bem, com articulação política e proatividade nas mais diversas situações em atendimento às demandas de saúde, além de divulgar as ações empreendidas em diferentes canais, de modo a

possibilitar situar o cuidado de enfermagem como uma prática social (LACERDA, 2018).

Tendo em vista que a Gestão de Leitos está relacionada a um cenário de restrição orçamentário frente a uma escassez de leitos (RICHARDSON, 2017; SOARES, 2017; BRASIL, 2013) e que uma das tendências para o gerenciamento dos serviços de enfermagem diz respeito à inclusão de informações e ao desenvolvimento de habilidades sobre custos como uma ferramenta para os processos decisórios (CASTILHO; LIMA; FUGULIN, 2016). Impõe-se, neste âmbito, a contribuição do enfermeiro no gerenciamento de leitos hospitalares.

Para Castilho, Lima e Fugulin (2016) o Conselho Internacional de Enfermagem aborda, desde 1993, esta questão, sendo as finanças outra área de domínio de conhecimento da enfermagem, recomendando a realização de investigações para validar metodologias de cálculo dos custos dos serviços da área.

Ancoradas no modelo teórico, estas ações de enfermagem puderam ser analisadas visando ao desempenho do sistema geral de enfermagem e à compreensão dos seus subsistemas (DUBOIS et al., 2013). Explorar estas ações, incorporadas nas categorias apresentadas nesta pesquisa, proporcionou a divulgação de ações desenvolvidas por enfermeiros em um novo campo de atuação.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo objetivou analisar a atuação do enfermeiro na Gestão de Leitos sob a ótica dos enfermeiros deste serviço, dos enfermeiros e dos médicos residentes das unidades assistenciais. A investigação alcançou seus objetivos, pois possibilitou a análise de como os enfermeiros atuam no serviço de Gestão de leitos. Esta atuação foi analisada inspirada em um modelo teórico, que, por meio dos discursos dos participantes, observação e dados do serviço, permitiu a investigação de três categorias: aquisição, implementação e manutenção de recursos; transformação dos recursos de enfermagem em serviços de enfermagem relevantes; e resultados do trabalho do enfermeiro na gestão de leitos.

A Gestão de Leitos é um serviço complexo, envolvendo o hospital como um todo no processo de trabalho, desde o apoio operacional, internamento até a assistência de cuidado direto ao paciente. As atividades desenvolvidas neste serviço perpassam um caminho com elementos que englobam o paciente e o leito hospitalar. Desenvolvidas pelos enfermeiros, tais atividades traçam um desenho que se reflete em uma “*performance*” do profissional.

Com resultado desta pesquisa, foi identificada toda uma estrutura de serviço na Gestão de Leitos, com componentes necessários para seu processo de trabalho. Recursos físicos relacionados à fragilidade de leitos foram postos como barreiras dificultadoras para a prática profissional. A gestão de leitos é um serviço que caminha para uma expansão de quantitativo de profissionais, dado o entendimento da demanda de trabalho existente, constatando que recursos humanos são uma dificuldade visualizada sob a perspectiva assistencial. Foi percebido que a disposição de uma estrutura que envolve tais recursos e, sobretudo, a valorização e o reconhecimento das atividades realizadas podem desencadear uma satisfação no trabalho, estreitamente relacionada à qualidade de vida e a aspectos motivadores de manutenção dos profissionais no trabalho. Foi uma pesquisa que propiciou uma devolutiva de reflexão por parte dos participantes. Estes sentiram-se valorizados com o reconhecimento de seu trabalho por parte dos pares, na instituição.

Aspectos tais como conhecimento, habilidades e competências fazem um arcabouço sólido para o papel que os enfermeiros desempenham na Gestão de leitos. Oriundos disto, os resultados traduzem uma atuação positiva para esta

profissão, proporcionando impacto para a instituição, para a própria categoria e para a sociedade.

Protagonista neste estudo, a comunicação foi um importante elemento realçado quando se fala em processo de trabalho do enfermeiro, cabendo a ele avaliar as fragilidades e atuar sobre elas. Assim, um modo de extrapolar se refere à inclusão de ferramentas para direcionar o fornecimento das informações e disseminar a cultura deste novo processo de trabalho na instituição. Para tanto, são necessários a continuidade do comprometimento institucional, a educação permanente e, sobretudo, o engajamento dos profissionais no que concerne a mudanças desta prática.

Reconhece-se como principal fator limitador deste estudo a realização em apenas uma instituição, identificando apenas uma determinada realidade. Entretanto, o conhecimento produzido pode fundamentar estratégias de melhorias e/ou mudanças/aperfeiçoamento para no processo de trabalho na instituição. Chama a atenção, como um importante componente relacionado à mudança na cultura dos profissionais. Trata-se de um componente posto como desafio a ser superado, no geral, quando se trata de implantações recentes nos serviços de saúde.

Com esta pesquisa, visualizou-se a necessidade de utilizar outras metodologias e análises sob outras perspectivas. Cita-se como exemplo a aplicação do modelo teórico de Dubois et al. (2013) na perspectiva de indicadores assistenciais da instituição, propiciando uma análise de desempenho de cuidados do enfermeiro por meio das mudanças de condições de saúde dos pacientes. Analisar, portanto, a atuação do enfermeiro sob a ótica do próprio paciente, equipe multidisciplinar e realização de estudos multicêntricos. Os resultados propiciaram lacunas que sugerem estudos de maneira ampliada, acerca das competências gerencias e processo decisório do enfermeiro da Gestão de Leitos.

Como contribuição para a enfermagem como disciplina, acredita-se que uma forma de aprimorar o trabalho do enfermeiro da Gestão de leitos esteja relacionada à utilização de referenciais teóricos que fundamentem sua prática assistencial. Para isto, é sugestão da autora a utilização do próprio modelo teórico de Dubois et al. (2013) no serviço. Este modelo teórico, aliado à assistência, seria de grande relevância, ao utilizar indicadores de serviço e indicadores assistenciais, que contemplam uma base sólida para constante análise da atuação do profissional

enfermeiro neste espaço, de modo a ampliar as estratégias de ações que girem em torno de um serviço bem mais articulado.

O NCPF fornece um modelo abrangente, integrado, com base em teorias que permitiram uma análise do desempenho do sistema geral de enfermagem, entendido como todo o hospital e como ele pode se ver na rede, articulado com a Gestão de leitos. E de seus subsistemas, por meio do reconhecimento da estrutura e recurso, processo de trabalho e reflexo nos resultados alcançados, de forma a ter um panorama da atuação do enfermeiro na Gestão de Leitos. Tal abordagem amplia a visão do desempenho da enfermagem para abraçar uma perspectiva multidimensional que engloba os diversos aspectos da enfermagem, seja no cuidado direto ao paciente, nas atividades administrativas e gerenciais e na formação própria da profissão. Desse modo, mesmo sendo um serviço de recente implantação, apresentou resultados significativos e configurou-se como um serviço com rápida consolidação.

O gerenciamento de leitos foi apresentado como um campo inovador, contribuindo para a práxis da enfermagem. Este campo deve ser encorajado pelos gestores tanto públicos como privados que pretendem dar o pontapé para a implantação/implementação deste serviço. Em síntese, este estudo trouxe relevantes resultados que implicam diversos aspectos para o enfermeiro, que devem ser seguidos na busca constante de novos saberes para conquistas de mais espaços de atuação na saúde.

REFERÊNCIAS

- ALBIERI, F.A.O; CECÍLIO L.C.O. De frente com os médicos: uma estratégia comunicativa de gestão para qualificar a regulação do acesso ambulatorial. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 39, n. esp., p.184-95, dez. 2015. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v39nspe/0103-1104-sdeb-39-spe-00184.pdf>>. Acesso em: 13 Nov. 2017.
- ALBUQUERQUE, M. S. V. et al. Regulação Assistencial no Recife: possibilidades e limites na promoção do acesso. **Saúde Soc.**, São Paulo, v.22, n.1, p.223-236, 2013. Disponível em: <<https://www.revistas.usp.br/sausoc/article/view/76423/80130>>. Acesso em: 5 Set. 2017.
- ALMEIDA, M.L. et al. Instrumentos gerenciais utilizados na tomada de decisão do enfermeiro no contexto hospitalar. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v.20, n. spe, p. 131-137, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072011000500017&lng=pt&tlng=pt>. Acesso em: 13 Jun. 2017.
- ALLEN, D. Inside 'bed management': ethnographic insights from the vantage point of UK hospital nurses. **Sociol Health Illn.**, Oxford, v. 37, n. 3, p. 370-84, Mar. 2015.
- AMÉRICO, L.G.C. **Gerenciamento de leitos pelo enfermeiro: construindo identidade, reconhecendo conquistas e lacunas.** 2015. 89f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Universidade de Guarulhos, São Paulo, 2015.
- AMORIM, L. K. A. et al. O trabalho do enfermeiro: reconhecimento e valorização profissional na visão do usuário. **Rev Enferm UFPE on line.**, v.11, n.5, p.1918-25, 2017. Disponível em: <<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/viewFile/23341/18946>>. Acesso em: 18 Jan. 2019.
- ANDRADE, A.de C.; BEN, L.W.D.; SANNA, M.C. Entrepreneurship in Nursing: overview of companies in the State of São Paulo. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v.68, n. 1, p. 40-44, 2015.
- ARAÚJO, R. E. **Análise exploratória dos indicadores de resultado dos Núcleos de Apoio a Saúde da Família (NASF): a experiência de Belo Horizonte.** 2014. 120f. Dissertação (Mestrado em Ciências da Reabilitação) - Escola de Educação Física, Fisioterapia e Terapia Ocupacional, Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte, 2014.
- ASSOCIAÇÃO NACIONAL DOS HOSPITAIS PRIVADOS (ANAHP). **Livro Branco Brasil Saúde 2015: a sustentabilidade do sistema de saúde brasileiro.** São Paulo: ANAHP; 2015. Caderno de Propostas.

BACKES, D. S. et al. O papel do enfermeiro no contexto hospitalar: a visão de profissionais de saúde. **Cienc Cuid Saude.**, Maringá, v.7, n.3, p.319-326, 2008.

Disponível em:

<https://www.researchgate.net/publication/228364775_O_papel_do_enfermeiro_no_contexto_hospitalar_a_visao_de_profissionais_de_saude>. Acesso em: 20 Nov. 2018.

BAILLIE, H., et al. Bed Occupancy and Bed Management. Department of Public Health, University of Glasglow. Glasglow. Oct 1997, p. 1-151.

BALTAZAR, R. et al. Trocando experiências: O núcleo de qualidade da atenção hospitalar na rede de saúde em Porto Alegre. In: JUNG, G. **Regulação do Acesso e da Atenção à Saúde nos serviços públicos: conceitos, metodologias, indicadores e aplicações**. Porto Alegre: Moriá Editora, 2016, p.361-73.

BARBOSA, D.V.S; BARBOSA, N. B.; NAJBERG, E. Regulação em Saúde: desafios à governança do SUS. **Cad. saúde colet.**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, p. 49-54, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-462X2016000100049&script=sci_abstract&lng=pt>. Acesso em: 17 Jul. 2017.

BARBOSA, M. L. et al. The quality of life of health professionals working in the prison system. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 4, p.1293-1302, 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232018000401293&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 26 Dez. 2018.

BARBIERI, A.R.; HORTALE, V.A. Relações entre regulação e controle na reforma administrativa e suas implicações no sistema de saúde brasileiro. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v.36, n.2, p. 181-194, 2002. Disponível em: <<http://bibliotecadigital.fgv.br/ojs/index.php/rap/article/view/6435>>. Acesso em: 20 Jun. 2017.

BERNSTEIN, S. L. et al. The effect of emergency department crowding on clinically oriented outcomes. **Acad. Emerg. Med.**[online], v.16, n. 1, pg.1–10, 2009. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19007346>. Acesso em: 15 Jan. 2019.

BOADEN, R.; PROUDLOVE, N.; WILSON, M. An exploratory study of bed management. **J Manag Med.**, London, v.13, n.4-5, p.:234-50, 1999.

BOGO, P. C. **Atuação do enfermeiro no gerenciamento de materiais em hospitais de ensino do Paraná**. 2013. 137f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2013.

BONILHA, A. L. L.; OLIVEIRA, D. L. L. C. A entrevista na coleta de dados. In: LACERDA, M. R. COSTENARO, R. G. S. (Org). **Metodologias da pesquisa para a enfermagem e saúde: da teoria à prática**. Porto Alegre: Moriá, 2015. p.423-32.

BRASIL. Conselho Federal de Enfermagem. Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986. Regulamenta o exercício da enfermagem e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, n.99, Brasília, DF, 25 jun.1896. Seção I, p.9.273-9275.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição**: República Federativa do Brasil. Brasília: Senado Federal, 1988.

_____. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES nº 3, de 07 de novembro de 2001. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 08 nov. 2001.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 373 de 27 de Fevereiro de 2002. Norma operacional da assistência à saúde / SUS - NOAS-SUS 01/02. **Ministério da Saúde**, Brasília, DF, 28 fev. 2002. Disponível em:
<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0373_27_02_2002.html>. Acesso em: 15 Jan. 2018.

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS). **Para entender a gestão do SUS**. Brasília: CONASS, 2003.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Manual de implantação de complexos reguladores**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em:
<https://www.nesc.ufg.br/up/19/o/manual_complexos_reguladores.pdf>. Acesso em: 05 Jul. 2017.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.559, de 1º de agosto de 2008. Institui a Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde – SUS. **Ministério da Saúde**, Brasília, DF, 02 ago. 2008. Disponível em:
<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt1559_01_08_2008.html>. Acesso em: 10 Jun. 2017.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Ministério da Saúde**, Brasília, DF, 31 dez. 2010. Disponível em:
<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html>. Acesso em: 10 Jun. 2017.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde, Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. Resolução CNS n.466, de 12 de dezembro de 2012. Dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. **Ministério da Saúde**, Brasília, DF, 12 dez. 12. Disponível em:
<<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>>. Acesso em: 09 Jun. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.390, de 30 de dezembro de 2013. Institui a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), estabelecendo-se as diretrizes para a organização do componente hospitalar da Rede de Atenção à Saúde (RAS). **Ministério da Saúde**, Brasília, DF, 30 dez. 2013. Disponível em:

<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt3390_30_12_2013.html>. Acesso em: 05 Jul. 2017.

_____. Ministério da Saúde. **Manual de implantação e implementação: núcleo interno de regulação para Hospitais Gerais e Especializado**. Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

_____. Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde. **Consulta Estabelecimento**. [Internet]. 2018. Disponível em: <<http://cnes.datasus.gov.br/pages/estabelecimentos/consulta.jsp?search=HOSPITAL%20DE%20CLINICAS>>. Acesso em: 15 Jan 2018.

CAMELO, S.H.H. et al. Professional competences and organizational strategies of nursing managers. **Cienc. enferm.**, Concepción, v. 22, n.1, p.75-86, 2016. Disponível em: <https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532016000100007&lng=en&nrm=iso&tlng=en>. Acesso em: 10 Jun. 2017.

CASSIANI, S. H.de B.; LIRA NETO, J.C.G. Perspectivas da Enfermagem e a Campanha Nursing Now. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 71, n.5, p. 2351-2352, 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672018000502351&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 02 Jan. 2019.

CASTILHO, V.; BAPTISTA, P. C. P. Gerenciamento de Recursos físicos e ambientais. In: KURCGANT, P. **Gerenciamento em Enfermagem**. 3.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2016. p. 158-69.

CASTILHO, V.; LIMA, A. F. C.; FUGULIN, F. M. T. Gerenciamento de Custos nos Serviços de Enfermagem. In: KURCGANT, P. **Gerenciamento em Enfermagem**. 3.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2016. p.170-83.

CASTILHO, V.; MIRA, V. L.; LIMA, A. F. C. Gerenciamento de Recursos Materiais. In: KURCGANT, P. **Gerenciamento em Enfermagem**. 3.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2016. p.140-57.

CECCON, R.F. et al. Enfermagem, auditoria e regulação em saúde: um relato de experiência. **Rev. Min. enferm**, Belo Horizonte, v. 17, n. 3, p. 695-699, jul./set. 2013. Disponível em: <<http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/682>>. Acesso em: 10 Jun 2017.

CHRISTOVAM, B. P.; PORTO, I. S.; OLIVEIRA, D. C. de. Nursing care management in hospital settings: the building of a construct. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 46, n.3, p. 734-741, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342012000300028&lng=pt&tlng=pt>. Acesso em: 02 Out. 2017.

CLARET, P. G. et al. Consequences for overcrowding in the emergency room of a change in bed management policy on available in-hospital beds. **Australian Health Review** [online], v. 40, pg. 466-72, 2015. Disponível em: <<https://doi.org/10.1071/AH15088>>. Acesso em: 10 Jan. 2019.

COLLEGE OF EMERGENCY MEDICINE. **Crowding in Emergency Departments**. London: The College of Emergency Medicine, 2014. Disponível em: [https://www.rcem.ac.uk/docs/Service%20Design%20+%20Delivery/52b.%20RCEM%20Crowding%20Guideline%20\(2015\).pdf](https://www.rcem.ac.uk/docs/Service%20Design%20+%20Delivery/52b.%20RCEM%20Crowding%20Guideline%20(2015).pdf). Acesso em: 20 Jan. 2019.

COMPTROLLER AND AUDITOR GENERAL. Inpatient Admissions and Bed Management in NHS Acute Hospitals [Internet]. London. 24 Feb 2000. Disponível em: <https://www.nao.org.uk/wp-content/uploads/2000/02/9900254.pdf>. Acesso em: 22 Nov. 2019.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). **Mercado de trabalho de enfermagem amplia áreas de atuação**. [Site]. 2018a. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/mercado-de-trabalho-para-enfermagem-amplia-areas-de-atuacao_65154.html>. Acesso em: 05 Jan. 2019.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). Resolução nº 568/2018, de 09 de fevereiro de 2018b Aprova o Regulamento de consultórios de enfermagem e clínicas de enfermagem. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 20 Fev. 2018.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE SÃO PAULO (COREN/SP). Orientação fundamentada nº 079/2016 Assunto: Núcleo Interno de Regulação (NIR). São Paulo, 2016. Disponível em: <http://portal.corensp.gov.br/sites/default/files/Orienta%C3%A7%C3%A3o%20Fundamentada%20-%20079_1.pdf>. Acesso em: 10 Nov. 2017.

CRESWELL, J. W. **Investigação qualitativa**: projeto de pesquisa escolhendo entre cinco abordagens. 3.ed. São Paulo: Editora Penso, 2014.

CUNNINGHAM, P.; SAMMUT, J. Inadequate acute hospital beds and the limits of primary care and prevention. **Emergency Medicine Australasia** [online], v.24, n.5, p. 566–72, 2012. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23039300>>. Acesso em: 13 Jan. 2019.

D'AQUINO, S. F. **Proposta de modelo de referência para o processo de gestão de leitos hospitalares**. 2017. 2014f. Dissertação (Mestrado em Engenharia) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro Tecnológico, Programa de Pós-Graduação em Engenharia de Produção, Florianópolis, 2017.

DONABEDIAN, A. The quality of medical care. **Science**, New York, v.200, n.4344, p.856-64, 1978. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/417400>>. Acesso em: 05 Out. 2017.

DONABEDIAN, A. **The Definition of Quality and Approaches to its Assessment**: Explorations in Quality Assessment and Monitoring. Ann Arbor: Health Administration Press, 1980. v.1. Disponível em:

<<https://psnet.ahrq.gov/resources/resource/1567>>. Acesso em: 05 Out. 2017.

DONABEDIAN, A. The Quality of Care - How Can it be Assessed? **JAMA**, Chicago, v.260, n.12, p.1743-48,1988.

DONABEDIAN, A. The seven pillars of quality. **Arch Patol Clin Med**. [Internet], v.14, n.11, p.115-18, 1990. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2241519>>. Acesso em: 22 Dez. 2018.

DUBOIS, C-A. et al. Conceptualizing performance of nursing care as a prerequisite for better measurement: a systematic and interpretive review. **BMC Nursing** [online], v. 12, n.7, não p., Mar. 2013. Disponível em: <<https://bmcnurs.biomedcentral.com/articles/10.1186/1472-6955-12-7>>. Acesso em: 01 Jul. 2017.

DUBOIS, C-A. et al. Which priority indicators to use to evaluate nursing care performance? A discussion paper. **JAN** [online], v.73, n.2, p.3154-3167, 2017. Disponível em: <<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/jan.13373>>. Acesso em: 15 Jan. 2019.

EDUARDO, E. A. et al. Análise de modelo de tomada de decisão de enfermeiros gerentes: uma reflexão coletiva. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v.68, n. 4, p.668-675, 2015.

EFFKEN, J. A., et al. Nurse managers' decisions: fast and favoring remediation. **J Nurs Adm** [online], v.40, n.4, p.188-95, 2010. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2880498/>>. Acesso em: 02 Jan. 2019.

ENGEL, R. H. Avaliação do PMAQ sob a Ótica dos Gestores Municipais de Saúde no Interior do Rio Grande do Sul. 2015. 90 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal de Santa Maria, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Santa Maria (RS), 2015.

ESCRIVÃO-JÚNIOR, A. Uso da informação na gestão de hospitais públicos. **Cienc & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.12, n.3, p. 655-66, 2007.

EWERTSSON, M., et al. Tensions in learning professional identities - nursing students' narratives and participation in practical skills during their clinical practice: an ethnographic study. **BMC Nurs** [online], v.16, p.48, 2017. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5559829/>>. Acesso em: 22 Jan 2019.

FARIA, E. et al. Nova abordagem de gerenciamento de leitos associada à agenda cirúrgica. **RAS**, Curitiba, v.12, n.47, p.63-70, 2010.

FELLI, V. E. A.; PEDUZZI, M. O trabalho gerencial em enfermagem. In: KURCGANT, P. (coord.). **Gerenciamento em enfermagem**. 2.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2012. p.1-11.

FELLI, V. E. A.; PEDUZZI, M.; LEONELLO, V. M. Trabalho Gerencial em Enfermagem. In: KURCGANT, P. (coord.). **Gerenciamento em enfermagem**. 3.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2016. p.21-32.

FERNANDES, M. N. F. et al. The present and the future of Nursing in the Brave New World. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 52, e03356, 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342018000100601&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 03 Jan. 2019.

FERREIRA, S.R.S.; PÉRICO, L.A.D.; DIAS V.R.G.F. The complexity of the work of nurses in Primary Health Care. **Rev Bras Enferm.**, Brasília, v. 71, n. Supl 1, p.704-9, 2018.

FORMIGA, J. M. M.; GERMANO, R. M. Por dentro da História: o ensino de Administração em Enfermagem. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v.58, n.2, p. 222-226, Abr. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672005000200019&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 15 Maio 2017.

FREITAS, L. F. C.; MOREIRA, D. A.; BRITO, M. J. M. A continuidade do Cuidado na perspectiva do ser cuidado. **Cogitare Enferm.**, Curitiba, v. 19, n. 4, p. 694-700, 2014. Disponível em: <<https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/35993>>. Acesso em: 10 Jun. 2017.

FRENK J.; CHEN L.; BHUTTA Z. A et al. Health professional for a new century: transforming education to strengthen health systems in na interdependent world. **The Lancet**, England/UK, v. 376, n.9756, p.1923-57, 2010. Disponível em: <[https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(10\)61854-5/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(10)61854-5/fulltext)>. Acesso em: 11 Nov. 2017.

GAWRYSZEWSKI, A. R. B., OLIVEIRA, D. C., GOMES, A.M. T. Acesso ao SUS: representações e práticas de profissionais desenvolvidas nas Centrais de Regulação. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 2, n. 1, p.119-40, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312012000100007>. Acesso em: 15 Nov. 2017.

GEELHOED, G. C.; KLERK, N. H. Emergency department overcrowding, mortality and the 4-hour rule in Western Australia. **The Medical Journal of Australia** [online], v.196, n.2, p.122–26, 2012. Disponível em: <<https://www.mja.com.au/journal/2012/196/2/emergency-department-overcrowding-mortality-and-4-hour-rule-western-australia>>. Acesso em: 10 Jan. 2019.

GERNET, I.; DEJOURS, C. Avaliação do trabalho e reconhecimento. In: BENDASSOLLI, P.F.; SOBOLL, A.P. **Clínica do trabalho: novas perspectivas para compreensão do trabalho na atualidade**. São Paulo: Atlas, 2010. p. 61-70

GIETER, S.; et al. Identifying nurses' rewards: a qualitative categorization study in Belgium. **Human Resources for Health** [online], v.4, n.15, 2006. Disponível em: <<https://human-resources-health.biomedcentral.com/articles/10.1186/1478-4491-4-15>>. Acesso em: 20 Dez. 2018.

GIL, A.C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

GOLDWASSER, R. S.; LOBO, M. S. C. de; ARRUDA, E. F. Dificuldades de acesso e estimativas de leitos públicos para unidades de terapia intensiva no estado do Rio de Janeiro. **Rev. Saúde Pública** [online], São Paulo, v. 50, não p., 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102016000100401&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 12 Dez. 2017.

HAVENS, S. D.; VASEY, J. Measuring Staff Nurse Decisional Involvement. **JONA** [online], v.33, n.6, p.331–336, 2003. Disponível em: <<https://insights.ovid.com/crossref?an=00005110-200306000-00005>>. Acesso em: 22 Jan. 2019.

HENDY, P. et al. In Depth Analysis of Delays to Patient Discharge: a metropolitan teaching hospital experience. **Journal of the Royal College of Physicians** [online], v.12, n.4, p.320-23, 2013. Disponível em: <<http://www.clinmed.rcpjournals.org/content/12/4/320.full>>. Acesso em: 22 Jan. 2019.

HOWELL, E., et al. Active bed management by hospitalists and emergency department throughput. **Ann Intern Med.**, Philadelphia, v.149, n.11, p.804-11, 2008.

INGWELL-SPOLAN, C. Chief Nursing Officers' Views on Meeting the Needs of the Professional Nurse: How This Can Affect Patient Outcomes. **Healthcare (Basel)** [online], n.6, v.2, p.56, 2018. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6023280/>>. Acesso em: 16 Jan. 2018.

JONES, R. Length of stay efficiency. **British Journal of Healthcare Management**, London, v.15, n.11, p.563-4, 2009.

KHANNA, S.; et al. Discharge timeliness and its impact on hospital crowding and emergency department flow performance. **Emergency Medicine Australasia** [online], v.28, n.2, pg. 164-70, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/1742-6723.12543>. Acesso em: 08 Jan. 2019.

KIRWAN M.; MATTHEWS, A; SCOTT, P. A. The impact of the work environment of nurses on patient safety outcomes: A multi-level modelling approach. **International Journal of Nursing Studies** [internet], v.50, n.2, p.253-63, 2013. Disponível em: <<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0020748912003021?via%3Dihub>>. Acesso em: 26 Dez. 2018.

KUWABARA, C. C. T; EVORA, Y. D. M.; OLIVEIRA, M. M. B. de. Risk Management in Technovigilance: construction and Validation of a Medical-Hospital Product Evaluation Instrument. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 18, n.5, p. 943-951, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692010000500015>. Acesso em: 16 Jan. 2018.

KUTNEY-LEE, A. et al. Nursing: a key to patient satisfaction. **Health Aff** (Millwood), Virgínia/USA, v. 28, n. 4, p. 669-77, 2009. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19525287>>. Acesso em 15 Maio 2017.

LACERDA M. R. Valorização e visibilidade da enfermagem. Editorial. **Cogitare Enferm.**, Curitiba, v.23, n.2, 2018. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/60363>. Acesso em: 02 Jan 2019.

LAVRAS, C. Atenção primária à saúde e a organização de redes regionais de atenção à saúde no Brasil. **Saúde Soc**, São Paulo, v. 20, n. 4, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext>. Acesso em: 05 Jun. 2017.

LEAL, J.A.L.; MELO, C.M.M. The nurses' work process in different countries: an integrative review. **Rev Bras Enferm [Internef]**, v.71, n.2, p.413-23, 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672018000200413&lng=en&tng=em>. Acesso em: 12 Nov. 2018.

LELLI, L.B. et al. Estratégias gerenciais para o desenvolvimento de competências em enfermagem em hospital de ensino. **Cogitare Enferm.**, Curitiba, v.17, n.2, p. 262-9, 2012. Disponível em: <<http://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/24932/18480>>. Acesso em: 05 Maio 2017.

LEMÕES, M. A. et al. Caracterização das ações de regulação assistencial articulada à Atenção Primária à Saúde em municípios do Sul e Nordeste do Brasil: 2001 a 2004. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 22, n. 4, p. 631-640, dez.2013. Disponível em: <http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742013000400009>. Acesso em: 17 Nov. 2017.

LIAO, H. et al. Do they see eye to eye? Management and employee perspectives of high-performance work systems and influence processus on service quality? **J Appl Psychol**, Washington, v.94, n.2, p.371-391, 2009.

LIMA, R. P. M.; MELLEIRO, M. M. Percepção da equipe multidisciplinar acerca de fatores intervenientes na ocorrência de eventos adversos em um hospital universitário. **Rev Min Enferm.**, Belo Horizonte, v. 17, n. 2, p. 312-321, 2013. Disponível em: <<http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/652>>. Acesso em: 16 Jan. 2018.

MACHADO, M.H.; VIEIRA, A.L.S.; OLIVEIRA, E. Construindo o perfil da enfermagem. **Enfermagem em Foco**, Brasília, v.3, n.3, p. 119-122, 2012. Disponível em: <<http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/294/156>>. Acesso em: 03 Jan. 2019.

MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M. **Fundamentos de metodologia científica**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2003.

McCANCE, T.V. A conceptual framework for person-centred practice with older people. **International Journal of Nursing Practice** [online], v.17, n.2, p.202-9, 2003.

Disponível em: <<https://doi.org/10.1046/j.1440-172X.2003.00423.x>>. Acesso em: 02 Jan. 2019.

McCORMACK, B.; McCANCE, T.V. Development of a framework for person-centred nursing. **J Adv Nurs** [online], v.56, n.5, p.472-9, 2006. Disponível em: <<https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2006.04042.x>>. Acesso em: 05 Jan. 2019.

MELO, W.S. et al. Guide of attributes of the nurse's political competence: a methodological study. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 70, n.3, p.526-534, 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003471672017000300526&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 05 Nov.2017.

MENDES, E. V. As redes de atenção à saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 2297-2305, ago. 2010. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000500005&lng=pt&tlng=pt>. Acesso em: 09 Jun. 2017.

MENICUCCI, T. M. G. **Regulação da assistência à saúde: o caso de Minas Gerais**. Belo Horizonte: Fundação João Pinheiro; Centro de Estudos Econômicos e Sociais. Escola de Governo Professor Paulo Neves de Carvalho, 2005.

MITKA E. Application of kanban system on a hospital pharmacy. **Hell J Nucl Med**. [online], v.1, p. 4-10, 2015. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26665205>>. Acesso em: 07 Jan. 2019.

MONTEZELI J. H; PERES A. M; BERNARDINO E. Desafios para a mobilização de competências gerenciais por enfermeiros em pronto socorro. **Cienc Cuid Saude**, Maringá, v. 13, n. 1, p. 137-144, Jan/Mar 2014. Disponível em: <<http://www.periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/16635>>. Acesso em: 15 Nov. 2017.

MORAIS, J.A.; HADDAD, M. C. L.; ROSSANEIS, M. A.; SILVA, L. G. C. Práticas de enfermagem empreendedoras e autônomas. **Cogitare Enferm**, Curitiba, v.18, n.4, p.695-701, 2013. Disponível em: <<https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/46422>>. Acesso em: 15 Dez. 2018.

MÜLLER, M. et al. "Impact of the communication and patient hand-off tool SBAR on patient safety: a systematic review". **BMJ open** [internet], v.8, n.8, p.e022202, 2018. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6112409/>>. Acesso em: 01 Fev. 2019.

NASCIMENTO, A. B. Gerenciamento de leitos hospitalares: análise conjunta do tempo de internação com indicadores demográficos e epidemiológicos. **Rev Enferm Atenção Saúde** [online], v.4, n.1, p.65-78, 2015. Disponível em: <<http://seer.uftm.edu.br/revistaeletronica/index.php/enfer/article/view/1264/1135>>. Acesso em: 08 Dez. 2018.

NASCIMENTO, A.A.M. et al. Regulação em saúde: aplicabilidade para concretização do pacto de gestão do SUS. **Cogitare Enferm.**, Curitiba, v. 14, n. 2, p. 346-522, 2009. Disponível em: <<http://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/15628>>. Acesso em: 26 Set. 2017.

NEWLL, S.; JORDAN, Z. The patient experience of patient-centered communication with nurses in the hospital setting: a qualitative systematic review protocol. **JBI Database System Rev Implement Rep** [online], v.13, n.1, p.76-87, 2015. Disponível em: <<https://insights.ovid.com/pubmed?pmid=26447009>> Acesso em: 04 Jan. 2019.

NUNES, A. O envelhecimento populacional e as despesas do Sistema Único de Saúde. In: CAMARANO, A. A. **Os novos idosos do Brasil: muito além dos 60**. Rio de Janeiro: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, 2004. p. 427-49.

NUNES, E. M. G. T, GASPAR, M. F. M. Leadership in nursing and patient satisfaction in hospital context. **Rev Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 37, n. 2, p.e55726, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1983-14472016000200403&script=sci_abstract&lng=pt>. Acesso em: 10 Out. 2017.

OLIVEIRA, D. C. Análise de Conteúdo Temático-Categorial: uma técnica maior nas pesquisas qualitativas. In: LACERDA, M. R. COSTENARO, R. G. S. (Org). **Metodologias da pesquisa para a enfermagem e saúde: da teoria à prática**. Porto Alegre: Moriá, 2015, p. 481-511.

OLIVEIRA, J.L.C. et al. Management changes resulting from hospital accreditation. **Rev. Latino-Am. Enfermagem** [online], v.25, p.e2851, 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v25/pt_0104-1169-rlae-25-e2851.pdf>. Acesso em: 24 Dez. 2018.

OLIVEIRA, J.S.A.de et al. Trends in the job market of nurses in the view of managers. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v.71, n.1, p.148-155, 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003471672018000100148&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 02 Jan. 2019.

ORTIGA, B. et al. Standardizing admission and discharge processes to improve patient flow: A cross sectional study. **BMC Health Serv Res.**, London/UK, v.12, p.180, 2012. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22741542>>. Acesso em 03 out 2017.

PADILHA, M. I. C. S.; MANCIA, J. R. Florence Nightingale e as irmãs de caridade: revisitando a história. **Rev. Bras. de Enferm.**, Brasília, v.58, n.6, p.723-726, dez. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672005000600018&lng=pt&lng=pt>. Acesso em: 02 de out 2017.

PAIM, J. et al. The brazilian health system: history, advances, and challenges. **Lancet**, London/UK, v. 377, n. 9779, p.1778-97, 2011. Disponível em: <[http://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736\(11\)60054-8.pdf](http://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736(11)60054-8.pdf)>. Acesso em: 30 Jun. 2017.

PARANÁ. Secretaria da Saúde. **Núcleo de Regulação de Leitos traz resultados positivos no HU de Londrina.** [Internet]. 2016. Disponível em: <<http://www.saude.pr.gov.br/modules/noticias/article.php?storyid=5094>>. Acesso em: 20 Nov. 2017.

PARAND, A., et al. The role of hospital managers in quality and patient safety: a systematic review. **BMJ open** [online], v.4, n. 9, e005055, 2014. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4158193/>>. Acesso em: 22 Jan 2019.

PATTERSON, M. et al. Systematic review of the link between human resource management practices and performance. **Health Technical Assess** [online], v.14, n.51, não p., 2010. Disponível em <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21050585>>. Acesso em: 06 Dez. 2018.

PEITER, C. C.; LANZONI, G. M. M.de; OLIVERA, W. F. Regulação em saúde: a atuação de enfermeiros. **Rev Rene**, Fortaleza, v. 17, n. 6, p.820-7, nov./dez. 2016a. Disponível em: <<http://www.periodicos.ufc.br/rene/article/viewFile/18833/29566>>. Acesso em 10 Out 2017.

PEITER, C. C.; LANZONI, G. M. M.de; OLIVERA, W. F. Healthcare regulation and equity promotion: The National Regulation System and the health access in a large municipality. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v.40, n. 111, p. 63-73, 2016b. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042016000400063&lng=pt&tlng=pt>. Acesso em: 13 Jul. 2017

PEITER, C. C.; LANZONI, G. M. M.de; OLIVERA, W. F. Interface entre Regulação em saúde e equidade: revisão integrativa da literatura. **Cogitare Enferm.**, Curitiba, v.22, n. 2, p.e 47317, fev. 2017. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.5380/ce.v22i1.47317>>. Acesso em: 03 Set. 2017.

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.

PROUDLOVE, N.; BOADEN, R.; JORGENSEN, J. Developing bed managers: the why and the how. **J Nurs Manag**. [online], v.15, n.1, p.34-42, 2007. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17207005/>>. Acesso em: 16 Jan. 2019.

PROUDLOVE, N.C.; GORDON, K.; BOADEN, R. Can good bed management solve the overcrowding in accident and emergency departments?. **Emerg Med J.**, London, v.20, n.2, p.149-55, 2003. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1726041/>>. Acesso em: 03 Jan 2019.

RAFFA, C.; MALIK, A. M.; PINOCHET, L. H. C. O desafio de mapear variáveis na gestão de leitos em organizações hospitalares privadas. **Revista de Gestão em Sistemas de Saúde**, São Paulo, v.6, n.2, p.124-41, 2017.

RAO, A.D.; KUMAR, A.; MCHUGH, M. Better Nurse Autonomy Decreases the Odds of 30-Day Mortality and Failure to Rescue. **Nurs Scholarsh** [online], v. 49, n.1, p.73-79, 2017. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5460530/>>. Acesso em: 16 Jan. 2019.

RAPIN, J.; D'AMOUR, D.; DUBOIS, C. A. Indicators for Evaluating the Performance and Quality of Care of Ambulatory Care Nurses. **Nurs Res Pract.** [online], v. 2015, Aug 2015. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26380108>>. Acesso em: 23 Ago. 2017.

REGNER, A. P. Entendendo a Regulação Assistencial como estratégia de Transição do cuidado nos cenários do SUS. In: JUNG, G. **Regulação do Acesso e da Atenção à Saúde nos serviços públicos: conceitos, metodologias, indicadores e aplicações.** Porto Alegre: Moriá Editora, 2016. p.32-89.

RIBEIRO, R, P.; RIBEIRO, B. G. A. Métodos de pesquisa quantitativa: uma abordagem prática. In: LACERDA, M. R. COSTENARO, R. G. S. (Org). **Metodologias da pesquisa para a enfermagem e saúde: da teoria à prática.** Porto Alegre: Moriá Editora, 2015, p. 30-50.

RICHARDSON, J. What's really happening with hospital bed numbers?. **BMJ** [online], v.358, p.j4439, 2017. Disponível em: <<https://doi.org/10.1136/bmj.j4439>>. Acesso em: 15 Dez. 2018.

RICHARDSON, R. J. **Pesquisa social: métodos e técnicas.** 3.ed. São Paulo: Atlas, 2012.

ROCHA, F.L.R. et al. The organizational culture of a Brazilian public hospital. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, v.48, n.2, p.308-14, 2014.

RODRIGUES, L. C. **A regulação no contexto hospitalar enquanto ferramenta gerencial: a compreensão dos profissionais envolvidos.** 2013. 140f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Universidade Estadual Paulista, Faculdade de Medicina de Botucatu, Botucatu/SP, 2013.

RODRIGUES, B. G.; LIMA, C. A.; CARDOSO, N. R. et al. Gerenciamento da assistência de enfermagem: estudo de caso na clínica médica de um hospital universitário. **Revista Eletrônica Gestão & Saúde** [online], v.05, n. 01, p.253-62, 2014. Disponível em: <<http://periodicos.unb.br/index.php/rgs/article/view/22838/16386>>. Acesso em: 20 Jun. 2017.

RODRIGUES, L. C. R.; JULIANI, C. M. C. M. Impact of implementing an Internal Bed Regulation Committee on administrative and care indicators at a teaching hospital. **Einstein**, São Paulo, v. 13; n. 1, p. 96-102; 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-45082015000100016>. Acesso em 102 Jul 2017.

ROULEAU, G. et al. Impact of Information and Communication Technologies on Nursing Care: Results of an Overview of Systematic Reviews. **J Med Internet Res.**, v.19, n.4, p.e122, 2017. Disponível em:

<<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28442454>> Acesso em: 10 Jan. 2019.

SALWAY, R. J.; et al. Emergency department (ed) overcrowding: evidence-based answers to frequently asked questions. **Revista Médica Clínica Las Condes** [online], v.28, p.213-19, 2017. Disponível em:

<<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0716864017300354>>. Acesso em: 16 Jan. 2019.

SANTOS, J. L. G., GARLET, E. R., LIMA, M. A. D. S. Revisão sistemática sobre a dimensão gerencial no trabalho do enfermeiro no âmbito hospitalar. **Rev Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v.30, n. 3, p. 525-32, set. 2009.

SANTOS, J.L.G. et al. Práticas de enfermeiros na gerência do cuidado em enfermagem e saúde: revisão integrativa. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 66, n. 2, p. 257-263, 2013. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672013000200016&lng=pt&tlng=pt>. Acesso em: 02 Out. 2017.

SCHMIDT, R.; GEISLER, S.; SPRECKELSEN, C. Decision support for hospital bed management using adaptable individual length of stay estimations and shared resources. **BMC Med Inform Decis Mak** [online], v.13, p.3, 2013.

Disponível em:<<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3621822/>>. Acesso em: 12 Jan. 2019.

SEGUI, M.L.H; PERES, A. M.; BERNARDINO, E. Análise da atuação das enfermeiras em um modelo de unidades gerenciais. **Ciências Biológicas e da Saúde**, Londrina, v. 35, n. 2, p. 71-80, jul./dez. 2014. Disponível em:

<<http://www.uel.br/revistas/uel/index.php/seminabio/article/viewFile/18676/16253>>. Acesso em: 19 Nov. 2017.

SIQUEIRA, C.L. et al. Gerenciamento de risco: percepção de enfermeiros em dois hospitais do sul de minas gerais, brasil. **Rev Min Enferm.**, Belo Horizonte, v. 19, n. 4, p. 919-926, 2015. Disponível em: <<http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/1050>>. Acesso em 15 Jan. 2018.

SOARES, M.I. et al. Nurses' managerial knowledge in the hospital setting. **Rev Bras Enferm.**, Brasília, v. 69, n. 4, p: 631-7, 2016. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672016000400676>. Acesso em: 25 Ago. 2017.

SOARES, V. S. Análise dos Núcleos Internos de regulação hospitalares de uma capital. **Einstein**, São Paulo, v.15, n. 3, p.339-43, 2017. Disponível em:

<<http://apps.einstein.br/revista/arquivos/PDF/3878-339-343-Analise-dos-Nucleos-Internos-de-Regulacao-hospitalares.pdf>>. Acesso em: 15 Nov. 2017.

SOARES, V. S.; SOARES, R de. C. G. Como o hospital se vê na rede? Núcleo Interno de Regulação – do Hospital Restinga e Extremo-SUL. In: JUNG, G.

Regulação do acesso e da atenção à saúde nos serviços públicos: conceitos, metodologias, indicadores e aplicações. Porto Alegre: Moriá Editora, 2016. p. 375-85.

SOUSA, S.M. de. **Gerenciamento de enfermagem na linha de cuidado:** em busca do cuidado integral. 2014. 119 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2014.

SOUZA, S.M. de et al. Integrality of care: challenges for the nurse practice. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 70, n. 3, p. 504-510, 2017. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0380>>. Acesso em 29 jan 2018.

TAMPUBOLON, L.; PUJIYANTO. Bed Management Strategy for Overcrowding at the Emergency Department: A Systematic Review. *KnE Life Sciences*, 2, 2017, Dubai. **Anais...**Dubai: International Conference on Hospital Administration, 2017. p.50–9. Disponível em: <DOI 10.18502/cls.v4i9.3557>. Acesso em: 15 Jan. 2019.

TONG, A.; SAINSBURY. P.; CRAIG, J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. **Int J Qual Health Care**, London, v.19, n.6, p.349-357, 2007.

TRUDEAU-AUBIN, J. L'optimisation de la performance des services infirmiers: miser sur des pratiques de gestion utilisées par les organisations hautement performantes. 2015. 91f. Dissertation (Maîtrise ès Sciences) - Université de Montréal. Faculté des sciences infirmières, 2015. Disponível em: <<http://hdl.handle.net/1866/13135>>. Acesso em: 13 Jan 2019.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ. Sistemas de Biblioteca. **Manual de normalização de documentos científicos de acordo com as normas da ABNT.** Maria Simone Utida dos Santos Amadeu... [et. al.] – Curitiba: Ed. UFPR, 2015.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ (UFPR). COMPLEXO HOSPITAL DE CLÍNICAS. **Gestão de leitos.** [*Internet*]. 2017. Disponível em: <http://www.ebserh.gov.br/pt/web/chc-ufpr/detalhes-das-noticias/-/asset_publisher/7d2qZuJcLDFo/content/id/2379333/2017-08-regulacao-assistencial-comemora-a-marca-de-2-mil-casos-atendidos>. Acesso em 16 Nov. 2017.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ (UFPR). COMPLEXO HOSPITAL DE CLÍNICAS. **Indicadores Gerais.** [*Internet*]. 2018. Disponível em: <<http://www.ebserh.gov.br/web/chc-ufpr/hcnumeros>>. Acesso em: 8 Jan. 2018.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ. Complexo Hospital de Clínicas. Divisão da Gestão de Cuidado. **Cuidado de Transição.** 2018.

VAN BOGAERT, P. et al. "Nurse managers' perceptions and experiences regarding staff nurse empowerment: a qualitative study". **Front Psychol**, Switzerland, v.6, n.6, p.1585, 2015.

VERBI Software GmbH. **MAXQDA**[®]. The Art of Data Analysis [site]. 2018. Disponível em: <https://www.maxqda.com/>. Acesso em: 06 Fev. 2018.

VILARINS, G.C.M.; SHIMIZU, H.E.; GUTIERREZ, M.M.U. A regulação em saúde: aspectos conceituais e operacionais. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v.36, n.95, p.640-647, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042012000400016&lng=pt&tlng=pt>. Acesso em: 15 Ago. 2017.

WEBB, L. Exploring the characteristics of effective communicators in healthcare. **Nurs Stand**. [internet], v.33, n.9, p.47-51, 2018. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30191686>>. Acesso em: 12 Jan. 2019.

YANG, J. et al. Impact of empowerment on professional practice environments and organizational commitment among nurses: a structural equation approach. **Int J Nurs Pract**, Australia, v.19, n.1, p.44-55, 2013.

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

APÊNDICE 1 - ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA PARA ENFERMEIROS DA GESTÃO DE LEITOS

A - Caracterização do participante
<p>Identificação: Código atribuído: _____</p> <p>Idade: _____ anos Sexo () feminino () masculino</p> <p>Formação acadêmica e qualificação profissional: - Titulação: - Especialização () área _____ - Mestrado () área _____ - Doutorado () área _____</p> <p>Tempo de atuação profissional no hospital de estudo: - Tempo de trabalho na clínica/assistência: _____. - Tempo de trabalho na Unidade de Regulação Assistencial: _____</p>
B - Entrevista
<ol style="list-style-type: none"> 1) Que tipo de conhecimento o enfermeiro tem que faz com que seja habilitado para trabalhar na Gestão de Leitos? 2) Descreva as dificuldades enfrentadas? Como estas dificuldades poderiam ser corrigidas? 3) Descreva as facilidades que você visualiza com a atividade do enfermeiro inserido na Gestão de Leitos? 5) De que forma o trabalho realizado pelo enfermeiro na Gestão de Leitos pode atender às necessidades e expectativas do paciente? 6) De que forma ocorre a continuidade do cuidado para o paciente com o trabalho do enfermeiro na Gestão de Leitos? 7) Quais os serviços e o seu papel, envolvidos com a Gestão de Leitos? 8) O que o motiva em relação ao trabalho na Gestão de Leitos? 9) Como ocorre a tomada de decisão na Gestão de Leitos? 10) Como é a integração do seu serviço com outros serviços intra-hospitalares e a rede? 11) Quais foram os resultados do trabalho do enfermeiro na Gestão de Leitos? 12) Relate como é a interface do enfermeiro da Gestão de Leitos com a unidade assistencial? 13) Qual a atuação do enfermeiro em unidade de Regulação assistencial? Quais atividades o enfermeiro de regulação realiza na Unidade de Regulação Assistencial? 14) De que forma o enfermeiro da Gestão de Leitos utiliza sua autonomia no trabalho? 15) Quais são a qualificação e a experiência que o enfermeiro deve ter para atuar em Unidade de Regulação Assistencial? 16) Você sofreu algum tipo de acidente de trabalho/doença que impossibilitasse seu processo de trabalho? 17) Quais os aspectos das suas atividades que fazem com que você tenha qualidade de vida no trabalho? 18) Quais os profissionais e por que estes profissionais são necessários para compor uma equipe de Gestão de Leitos?

APÊNDICE 2 - ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA PARA ENFERMEIROS ASSISTENCIAIS

A - Caracterização do participante

Identificação:

Código atribuído: _____

Idade: _____ anos

Sexo () feminino () masculino

Formação acadêmica e qualificação profissional:

- Titulação:

- Especialização () área _____

- Mestrado () área _____

- Doutorado () área _____

Tempo de atuação profissional no hospital de estudo:

- Tempo de trabalho na clínica/assistência: _____.

- Tempo de trabalho na Unidade de Regulação Assistencial: _____

B - Entrevista

- 1) Que tipo de conhecimento o enfermeiro tem, que faz com que seja habilitado para trabalhar na Gestão de Leitos?
- 2) Descreva as dificuldades enfrentadas com o enfermeiro na Gestão de leitos? Como estas dificuldades poderiam ser corrigidas?
- 3) Descreva as facilidades que você visualiza com a atividade do enfermeiro inserido na Gestão de Leitos?
- 4) De que forma o trabalho realizado do enfermeiro na Gestão de Leitos pode atender às necessidades e expectativas do paciente?
- 5) De que forma ocorre a continuidade do cuidado para o paciente, com o trabalho do enfermeiro na Gestão de Leitos?
- 6) Quais os serviços e o seu papel, envolvidos com a Gestão de Leitos?
- 7) Como ocorre a tomada de decisão na Gestão de Leitos?
- 8) Quais foram os resultados do trabalho do enfermeiro na Gestão de Leitos?
- 9) Relate como é a interface dos enfermeiros Gestão de Leitos com a sua unidade assistencial?
- 10) Qual a atuação do enfermeiro em unidade de Regulação assistencial? Quais atividades o enfermeiro de regulação realiza na Unidade de Regulação Assistencial?
- 11) De que forma o enfermeiro da Gestão de Leitos utiliza da sua autonomia no trabalho?
- 12) Qual a qualificação e experiência que o enfermeiro deve ter para atuar em Unidade de Regulação Assistencial?
- 13) Quais os profissionais e por quê estes profissionais, necessários para compor uma equipe de Gestão de Leitos?

APÊNDICE 3 - ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA PARA MÉDICOS/RESIDENTES

A - Caracterização do participante

Identificação:

Código atribuído: _____

Idade: _____ anos

Sexo () feminino () masculino

Formação acadêmica e qualificação profissional:

- Titulação:

- Especialização () área _____

- Mestrado () área _____

- Doutorado () área _____

Tempo de atuação profissional no hospital de estudo:

- Tempo de trabalho na clínica/assistência: _____

- Tempo de trabalho na Unidade de Regulação Assistencial: _____

B - Entrevista

- 1) Você conhece a Gestão de Leitos? Sabe para que serve?
- 2) Quais são a qualificação e a experiência que o enfermeiro deve ter para atuar em uma Unidade de Regulação Assistencial?
- 3) Que tipo de conhecimento o enfermeiro tem que faz com que seja habilitado para trabalhar na Gestão de Leitos?
- 4) Descreva as dificuldades enfrentadas no serviço frente à Gestão de Leitos? Como estas dificuldades poderiam ser corrigidas?
- 5) Descreva as facilidades que você visualiza com a atividade do enfermeiro da Gestão de Leitos?
- 6) De que forma o trabalho realizado pelo enfermeiro da Gestão pode atender às necessidades e expectativas do paciente?
- 7) Quais são os serviços envolvidos com a Gestão de Leitos para que as atividades sejam realizadas?
- 8) Como ocorre a tomada de decisão pelo enfermeiro da Gestão de Leitos?
- 9) Quais foram os resultados do trabalho do enfermeiro da Gestão de Leitos na instituição?
- 10) Relate como é a interface dos enfermeiros da Gestão de Leitos com vocês, na unidade assistencial?
- 11) Como é a atuação do enfermeiro da Gestão de Leitos? Quais atividades o enfermeiro de regulação realiza na Unidade de Regulação Assistencial?
- 12) De que forma o enfermeiro da Gestão de Leitos utiliza sua autonomia no trabalho?
- 13) Quais os profissionais e por que estes profissionais são necessários para compor uma equipe de Gestão de Leitos?

APÊNDICE 4 - ROTEIRO DE OBSERVAÇÃO DA GESTÃO DE LEITOS

DIÁRIO DE CAMPO
Atuação do enfermeiro
Recursos físicos, materiais e tecnológicos
Dificuldades
Facilidades
Autonomia do enfermeiro

APÊNDICE 5 - ROTEIRO DOS REGISTROS DE DADOS DA GESTÃO DE LEITOS

ROTEIRO DE REGISTROS DOS DADOS DA GESTÃO DE LEITOS	
Escala de Trabalho	
Caracterização da equipe	
Organização dos plantões	
Ficha de pedido de regulação (dados que são avaliados)	
Indicadores disponíveis	

APÊNDICE 6 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO

Nós, Elizabeth Bernardino e Fabieli Borges; pesquisadores da Universidade Federal do Paraná estamos convidando você, Enfermeiro da Unidade de Regulação (URA) do Complexo Hospital de Clínicas – UFPR/ enfermeiro da unidade assistencial/ médico (URA e assistenciais) a participar de um estudo intitulado “O **papel do Enfermeiro na Unidade de Regulação Assistencial**”. Esta pesquisa irá colaborar na avaliação da gestão do cuidado na perspectiva da continuidade e regulação assistencial desta instituição.

O objetivo desta pesquisa é: Analisar o papel dos enfermeiros em Unidade de Regulação Assistencial e monitoramento hospitalar.

Caso você participe da pesquisa, será necessária a realização de uma entrevista com questões abertas sobre suas atribuições, competências e estrutura organizacional com interface entre unidades de internação e Unidade de Regulação Assistencial, bem como o uso de registros de dados institucionais internos, deste último serviço, do Complexo do Hospital de Clínicas – UFPR. A sua entrevista será audiogravada e, o local de realização da entrevista será o seu ambiente de trabalho com horário de sua preferência. Os pesquisadores se comprometem a utilizar o áudio somente para contribuir com a construção do corpo de trabalho através das informações que possam contribuir para o mesmo. Uma vez que os discursos mediante entrevista serão devidamente transcritos e analisados sob um modelo teórico (Dubois et al.,2013), e construídos categorias (Análise de Conteúdo Temático-Categorial – ACTC) operacionalizada por um *software* qualitativo.

É possível que você experimente algum desconforto, principalmente relacionado ao momento da entrevista. Porém, as informações obtidas através desta serão destinadas somente e exclusivamente para essa pesquisa. Não serão mencionados nomes de pessoas ou algo que possa identifica-lo (a), portanto nos comprometemos a garantir o anonimato e evitaremos qualquer constrangimento.

O risco relacionado ao estudo pode ser o constrangimento no momento da entrevista, entretanto a possibilidade da ocorrência deste risco é mínima, pois os encontros com atividades ou entrevistas serão previamente acordados com todos os participantes, caso aconteçam este ou outro risco, a pesquisa poderá ser interrompida.

Os benefícios esperados com essa pesquisa são de natureza coletiva, não tendo relação direta com o participante ou com qualquer pessoa em particular. O maior beneficiado com a pesquisa será o paciente que terá as suas necessidades atendidas conforme a sua linha de cuidado; a gestão do hospital com a otimização do cuidado e de leitos; a organização dos processos de trabalho que contribuirão para a melhor integração entre o Hospital de Clínicas e a rede assistencial e consequentemente a troca de informações entre os diferentes pontos de atenção à saúde. No entanto, nem sempre você será diretamente beneficiado com o resultado da pesquisa, mas poderá contribuir para o avanço científico.

As pesquisadoras, Elizabeth Bernardino e Mestranda Fabieli Borges, poderão ser contatadas nos respectivos telefones: (41) 8873-5514, telefone fixo: (41) 33601800, Ramal 6825; e-mail: elizaber@ufpr.br; telefone celular: (42) 9946-2924, e-mail: fabieliborges6@gmail.com; e também no endereço: Av. Pref. Lothario Meissner, Bloco didático Saúde; n° 632 - 2º andar, sala do Grupo de

Pesquisa em Políticas, Gestão e Práticas em Saúde – GPPGPS - Jardim Botânico; Cep: 80210-170 - Curitiba-PR - Fone: (41) 3361-3756/3361-3757 (Fax), *E-mail:gppgps@gmail.com* às terças –feiras 08:00 às 12:00 horas.

Se você tiver dúvidas sobre seus direitos como participante de pesquisa, você pode contatar Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos – CEP/HC/UPFR pelo Telefone 3360-1041. O CEP trata-se de um grupo de indivíduos com conhecimento científicos e não científicos que realizam a revisão ética inicial e continuada do estudo de pesquisa para mantê-lo seguro e proteger seus direitos.

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.

As informações relacionadas ao estudo poderão conhecidas por pessoas autorizadas (orientador e os demais membros descritos no estudo). No entanto, se qualquer informação for divulgada em relatório ou publicação, isto será feito sob forma codificada, para que a **sua identidade seja preservada e seja mantida a confidencialidade**. A sua entrevista será audiogravada, respeitando-se completamente o seu anonimato. Tão logo transcrita a entrevista e encerrada a pesquisa o conteúdo será desgravado ou destruído.

As despesas necessárias para a realização da pesquisa (impressos e recursos para a audiogravação) 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: constrangimento decorrentes do estudo serão tratados imediatamente pelos pesquisadores de forma a corrigir a forma de aplicação da entrevista.

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 os 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.

(Nome e Assinatura do participante da pesquisa ou responsável legal)

Local e data: _____

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido deste participante ou representante legal para a participação neste estudo.

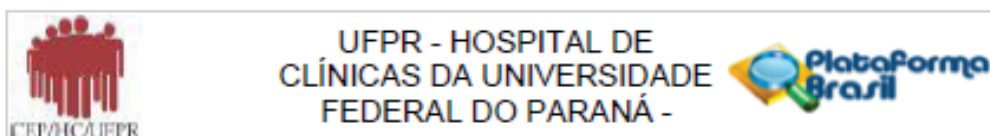
Enfa. Dra. Elizabeth Bernardino

Enfa. Ma. Fabieli Borges

Local e data: _____

Rubricas: Participante da Pesquisa e /ou responsável legal _____ Pesquisador Responsável ou quem aplicou o TCLE _____

ANEXO 1 - PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: O papel do enfermeiro em Unidade de Regulação Assistencial

Pesquisador: Elizabeth Bernardino

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 73923417.1.0000.0096

Instituição Proponente: Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.461.304

Apresentação do Projeto:

Projeto de dissertação de mestrado intitulado "O papel do enfermeiro em unidade de regulação assistencial" de autoria da mestranda Fabieli Borges, sob orientação da Profª. Drª. Elizabeth Bernardino a ser realizado no Complexo Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná.

Objetivo da Pesquisa:

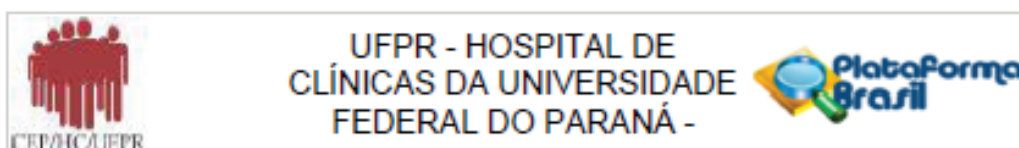
Descrever o papel dos enfermeiros em um Serviço de Regulação hospitalar de um hospital de ensino terciário do sul do Brasil.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos: se os enfermeiros se sentirem constrangidos ou impedidos de falar por qualquer motivo, isso será considerado, devido a importância da sua opinião. Desta forma a pesquisa poderá ser interrompida, caso ainda haja o interesse em participar, nova data será reagendada, caso contrário será cancelada.

Benefícios: os benefícios oriundos desta pesquisa são de natureza coletiva, não tendo relação direta com o participante ou com qualquer pessoa em particular. O maior beneficiado com a pesquisa será o paciente que terá as suas necessidades atendidas conforme a sua linha de cuidado; a gestão do hospital com a otimização do cuidado e de leitos; a organização dos processos de trabalho que contribuirão para a melhor integração entre o Hospital de Clínicas e a rede assistencial e conseqüentemente a troca de informações entre os diferentes pontos de atenção à saúde e relevantes para a enfermagem, autonomia, visibilidade do trabalho e

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: 2.461.304

possibilidade de replicar o modelo para outras instituições.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa descritiva de abordagem qualitativa.

A pesquisa será realizada na Unidade de Regulação Assistencial (URA) e nas unidades assistenciais do Hospital de Clínicas da UFPR, após aprovação do comitê até Março 2019. Serão participantes da pesquisa enfermeiros da Unidade de Regulação e das unidades assistenciais do Hospital de Clínicas da UFPR, totalizando 20 Enfermeiros.

As entrevistas serão coletadas por meio de um instrumento semi – estruturado com uso de um gravador para posterior transcrição e análise. Para complemento de informações, serão utilizados registros de dados institucionais internos da URA.

Os discursos decorrentes das entrevistas dos participantes serão devidamente transcritos e analisados sob o modelo teórico de Dubois et al (2013). A técnica de análise escolhida será a Análise de Conteúdo Temático-Categorial (ACTC) (OLIVEIRA, 2015). A análise incluirá também, o uso de um software para operacionalização. Os registros dos dados da URA complementarão a análise.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Adequados.

Recomendações:

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

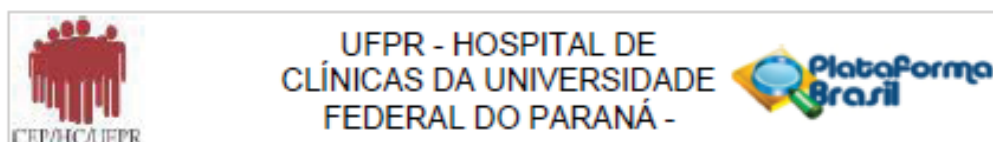
Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Projeto aprovado.

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 e na Norma Operacional Nº 001/2013 do CNS, manifesta -se pela aprovação do projeto, conforme proposto, para início da Pesquisa. 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. Os documentos da pesquisa devem ser

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: 2.461.304

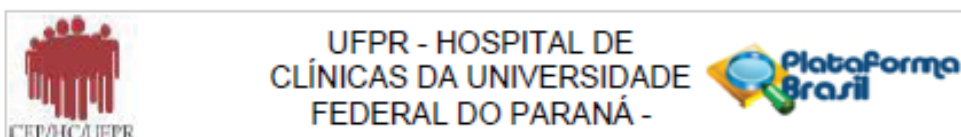
mantidos arquivados.

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.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_953782.pdf	15/12/2017 15:07:22		Aceito
Declaração de Pesquisadores	1_carta_encam_cep.pdf	15/12/2017 14:57:29	Fabieli Borges	Aceito
Outros	carta_resposta_atual.pdf	15/12/2017 14:54:04	Fabieli Borges	Aceito
Outros	18_roteiro_registros.docx	15/12/2017 14:51:25	Fabieli Borges	Aceito
Declaração de Pesquisadores	11_qualific_aut.pdf	15/12/2017 14:50:03	Fabieli Borges	Aceito
Declaração de Pesquisadores	10_termo_responsabilidade_pesquisa.pdf	15/12/2017 14:48:29	Fabieli Borges	Aceito
Declaração de Pesquisadores	9_decl_compromisso.pdf	15/12/2017 14:47:44	Fabieli Borges	Aceito
Declaração de Pesquisadores	8_termo_compr_arquivos.pdf	15/12/2017 14:47:25	Fabieli Borges	Aceito
Declaração de Pesquisadores	7_declar_uso.pdf	15/12/2017 14:46:52	Fabieli Borges	Aceito
Declaração de Pesquisadores	6_decla_publicar_resultados.pdf	15/12/2017 14:45:23	Fabieli Borges	Aceito
Declaração de Pesquisadores	5_termo_confidencialidade.pdf	15/12/2017 14:44:08	Fabieli Borges	Aceito
Declaração de Pesquisadores	2_decla_orientador_aluno.pdf	15/12/2017 14:43:18	Fabieli Borges	Aceito
Cronograma	cronograma_atual.docx	15/12/2017 14:42:19	Fabieli Borges	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	17_projeto_atual.docx	15/12/2017 14:41:28	Fabieli Borges	Aceito
Folha de Rosto	folha_de_rosto.pdf	15/12/2017 10:52:22	Elizabeth Bernardino	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	17projeto_alterado.docx	20/10/2017 09:05:15	OTILIA BEATRIZ MACIEL DA SILVA	Aceito

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: 2.461.304

Cronograma	cronograma_alterado.docx	20/10/2017 08:57:30	OTILIA BEATRIZ MACIEL DA SILVA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	14TCLE.docx	20/10/2017 08:53:45	OTILIA BEATRIZ MACIEL DA SILVA	Aceito
Declaração de Pesquisadores	4concordancia_unidades.pdf	20/10/2017 08:32:51	OTILIA BEATRIZ MACIEL DA SILVA	Aceito
Outros	instrumento_coleta_alterado.docx	20/10/2017 08:18:43	OTILIA BEATRIZ MACIEL DA SILVA	Aceito
Outros	carta_resposta.pdf	20/10/2017 08:14:29	OTILIA BEATRIZ MACIEL DA SILVA	Aceito
Declaração de Pesquisadores	decl_7_uso_dados.pdf	26/09/2017 15:20:05	OTILIA BEATRIZ MACIEL DA SILVA	Aceito
Declaração de Pesquisadores	10_termo_resp_pes_outros_autores.pdf	12/08/2017 14:30:29	OTILIA BEATRIZ MACIEL DA SILVA	Aceito
Declaração de Pesquisadores	10_termo_resp_pes_3.pdf	12/08/2017 14:30:08	OTILIA BEATRIZ MACIEL DA SILVA	Aceito
Declaração de Pesquisadores	10_termo_resp_pes_1.pdf	12/08/2017 14:29:34	OTILIA BEATRIZ MACIEL DA SILVA	Aceito
Declaração de Pesquisadores	10_termo_resp_pes.pdf	12/08/2017 14:29:17	OTILIA BEATRIZ MACIEL DA SILVA	Aceito
Declaração de Pesquisadores	9_decl_comp_pesq.pdf	12/08/2017 14:28:53	OTILIA BEATRIZ MACIEL DA SILVA	Aceito
Declaração de Pesquisadores	8_termo_comp_util_dados.pdf	12/08/2017 14:28:29	OTILIA BEATRIZ MACIEL DA SILVA	Aceito
Declaração de Pesquisadores	6_decl_public_resultados.pdf	12/08/2017 14:28:01	OTILIA BEATRIZ MACIEL DA SILVA	Aceito
Declaração de Pesquisadores	5_termo_confidencialidade.pdf	12/08/2017 14:27:42	OTILIA BEATRIZ MACIEL DA SILVA	Aceito
Declaração de Pesquisadores	4_concordancia_gas.pdf	12/08/2017 14:27:03	OTILIA BEATRIZ MACIEL DA SILVA	Aceito
Declaração de Pesquisadores	2_decl_orientador_aluno.pdf	12/08/2017 14:25:49	OTILIA BEATRIZ MACIEL DA SILVA	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita apreciação da CONEP:

Não

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