

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
ESCOLA DE ENFERMAGEM ANNA NERY
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

RITA INÊS CASAGRANDE DA SILVA

A GERÊNCIA DE ENFERMAGEM NOS SERVIÇOS DE CARDIOLOGIA

Rio de Janeiro
Dezembro, 2016

RITA INÊS CASAGRANDE DA SILVA

A GERÊNCIA DE ENFERMAGEM NOS SERVIÇOS DE CARDIOLOGIA

Tese de doutorado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Escola de Enfermagem Anna Nery, da Universidade Federal do Rio de Janeiro. Linha de Pesquisa: Gestão em Saúde e Exercício Profissional em Enfermagem (GESPen).
Orientador: Prof.^a Dra. Marluci Andrade Conceição Stipp.

Rio de Janeiro
Dezembro, 2016

CIP - Catalogação na Publicação

S586g Silva, Rita Inês Casagrande da
A gerência de enfermagem nos serviços de
cardiologia / Rita Inês Casagrande da Silva. --
Rio de Janeiro, 2016.
212 f.

Orientadora: Marluci Andrade Conceição Stipp.
Tese (doutorado) - Universidade Federal do Rio
de Janeiro, Escola de Enfermagem Anna Nery,
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, 2016.

1. Enfermagem. 2. Gerência. 3. Serviços de
Enfermagem. 4. Política de saúde. 5. Cardiologia. I.
Stipp, Marluci Andrade Conceição, orient. II. Título.

RITA INÊS CASAGRANDE DA SILVA

A GERÊNCIA DE ENFERMAGEM NOS SERVIÇOS DE CARDIOLOGIA

Tese de doutorado submetida à banca examinadora do Programa de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem Anna Nery, da Universidade Federal do Rio de Janeiro – UFRJ, como parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Doutora em Enfermagem.

Banca Examinadora

Prof.^a Dra. Marlucci Andrade Conceição Stipp - UFRJ-EEAN

Prof.^a Dra. Eliane de Fátima Almeida Lima - UFES-DENF

Prof.^a Dra. Zenith Rosa Silvino - UFF-DENF

Prof.^a Dra. Maria Manuela Vila Nova Cardoso - UFRJ-EEAN

Prof.^a Dra. Regina Célia Gollner Zeitoune - UFRJ-EEAN

Prof.^a Dra. Leila Massaroni - UFES-DENF

Prof.^a Dra. Marlea Chagas Moreira - UFRJ-EEAN

Rio de Janeiro
Dezembro, 2016

DEDICATÓRIA

Ao meu marido **João Alberto**, amor e companheiro por mais de três décadas. Construimos juntos uma linda família. Esse amor vibra comigo, me protege, me ajuda com muita paciência e respeito por mim, pela minha profissão e com meus desafios. Construimos também esta tese juntos. Te amo doce amor!

Aos meus filhos **Ana Luiza, Luiz Gustavo e João Augusto** – Amores ímpares e incondicionais. Nada supera o amor e o respeito que tenho por vocês – “Doçuras de minha alma”!

Todos vocês me ajudaram nessa deliciosa jornada de crescimento!

A vocês faço o meu agradecimento através da poesia desta música, pois com ela segue o desejo de irmos sempre caminhando em frente pela vida afora levando na bagagem a doçura, a alegria, a paz e o amor que a melodia desta poesia faz florescer em meu coração e o desejo que sempre alcance o de vocês! Obrigada!

Tocando em frente

Almir Sater e Renato Teixeira

Ando devagar
Porque já tive pressa
E levo esse sorriso
Porque já chorei demais

Como um velho boiadeiro
Levando a boiada
Eu vou tocando os dias
Pela longa estrada, eu vou
Estrada eu sou

Hoje me sinto mais forte
Mais feliz, quem sabe
Só levo a certeza
De que muito pouco sei
Ou nada sei

Conhecer as manhas
E as manhãs
O sabor das massas
E das maçãs

Conhecer as manhas
E as manhãs
O sabor das massas
E das maçãs

É preciso amor
Pra poder pulsar
É preciso paz pra poder sorrir
É preciso a chuva para florir

É preciso amor
Pra poder pulsar
É preciso paz pra poder sorrir
É preciso a chuva para florir

Todo mundo ama um dia
Todo mundo chora
Um dia a gente chega
E no outro vai embora

Penso que cumprir a vida
Seja simplesmente
Compreender a marcha
E ir tocando em frente

Cada um...

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus pleno de amor, bondade e misericórdia. Aos Anjos e Santos de minha devoção, pela certeza da proteção, inspiração, luz e companhia todos os dias da minha vida, em especial nos mais difíceis, donde vem força e paz para prosseguir sempre.

O percurso percorrido foi vitorioso, pela condução acadêmica e pelo esforço pessoal dos professores e coordenadores, pelo auxílio e amparo de muitas pessoas. Sem essa rede de ajuda eu não teria conseguido. Faço aqui uma parte dos agradecimentos formais e tantos outros que aqui não foram expressos, farei sempre com a gratidão do meu coração e com um abraço quando nos encontrarmos.

A minha orientadora Prof.^a Dra. Marlucci Andrade Conceição Stipp, que, muito mais do que conduzir os meus passos técnicos e científicos na área acadêmica, acreditou em mim, muito mais do que eu mesma. Assim criamos um laço de respeito e afeto que me permite chamá-la de minha querida orientadora! Obrigada!

Ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem Anna Nery. Em nome da Prof.^a Dra. Márcia de Assunção Ferreira, coordenadora do projeto DINTER/EEAN-UFES, agradeço também a todos os professores que nos conduziram nesse processo de crescimento acadêmico e pessoal.

À Prof.^a Dra. Maria Helena Costa Amorim, minha incentivadora, minha colega do Departamento de Enfermagem e coordenadora operacional do DINTER em enfermagem da UFES/UF RJ. Sem a determinação dela eu não estaria aqui hoje. Obrigada!

Aos membros da banca examinadora pela contribuição ao meu crescimento nesse percurso acadêmico. Com certeza os apontamentos foram muito importantes para o avanço do meu crescimento acadêmico.

À chefe de Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Espírito Santo Prof.^a Dra. Luzimar Santos Luciano, em nome de quem agradeço a todas as colegas e professores do Departamento de Enfermagem da UFES para a realização e conclusão desta conquista.

Aos cirurgiões cardíacos Dr. Moysés Pedro Amoury Nader e do Dr. Berilurdes Wallacy Garcia pelo apoio para a realização deste estudo e em seus nomes agradeço à Cooperativa de cirurgia cardíaca do Estado do Espírito Santo pelo auxílio nos primeiros passos deste estudo.

Agradeço às minhas colegas enfermeiras participantes deste estudo pelo carinho com o qual me acolheram e da mesma forma às suas instituições, através dos seus centros de estudos. Com a contribuição desse grupo de participantes eu pude aprender e apreender muito sobre a relevância do trabalho da enfermeira na gerência de enfermagem nos dias atuais. Obrigada!

Às secretárias da Pós-Graduação da EEAN/UFRJ, Cintya Nóbrega e Sônia Xavier, e da Pós-Graduação da UFES, Diana de Souza Pereira pela compreensão e competência com que sempre nos atenderam no DINTER.

Agradeço em especial à enfermeira Katiana Erler Rodrigues pela atenção especial ao apoio junto a sua instituição para a realização deste estudo.

À minha querida sogra, Aleny, por acreditar em mim e por me acolher na sua casa todas as vezes que precisei que estar na EEAN. Agradeço a toda família Lopes da Silva que me acompanha na vida e durante esse processo de crescimento profissional.

À minha querida mãe Anna e toda a enorme família Venterim e Casagrande, que vibram comigo na mesma sintonia nessa conquista, a qual em nome da minha única irmã, Ana Lúcia, cumprimento e agradeço a força e a alegria da celebração com todos os irmãos, cunhadas e a turma jovem!

À amiga e colega Carlota Coelho por ter me ajudado a dar os primeiros passos em direção a esse projeto de doutorado. Ouviu as minhas angústias e medos e me ajudou a encontrar o início desse caminho.

À Prof.^a Leila Massaroni pelo apoio e estímulo ao iniciar essa jornada e por aceitar o convite para participar como membro da banca de defesa da tese.

Aos colegas de disciplina Prof.^a Eliane Lima e Prof. Jorge Guimarães pelo apoio logístico e didático nos períodos em que precisei me ausentar por exigência do DINTER.

À Prof.^a Eliane Lima agradeço ainda a disponibilidade em me ajudar a refletir quando já não conseguia mais visualizar o necessário sobre o emaranhado que ocupava minha capacidade de entendimento para prosseguir com o meu estudo.

A Luzia da Costa Lopes Annerth, retaguarda dos meus amores e do nosso lar. Foi fiel no seu compromisso comigo. Cuidou de mim e da minha família com dedicação e paciência. Muito obrigada, Luzia!

Aos colegas da turma do DINTER EEAN/UFRJ/UFES que também são os colegas de trabalho. Enfrentar os desafios de me capacitar junto com vocês me fez mais forte e corajosa e proporcionou sedimentar novas amizades! Obrigada por toda a ajuda que recebi de vocês ao longo desses quatro anos!

RESUMO

Silva, Rita Inês Casagrande. **A gerência de enfermagem nos serviços de cardiologia.** Rio de Janeiro, 2016. Tese (doutorado em enfermagem) - Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2016.

O objeto do estudo foi a gerência de enfermagem dos serviços de cardiologia da Região Metropolitana da Grande Vitória. O estudo teve como objetivo geral: analisar a gerência de enfermagem em alta complexidade cardiovascular. Específicos: descrever a estrutura dos serviços de cardiologia na perspectiva da Política Nacional de Atenção Cardiovascular de Alta Complexidade nos hospitais da Região Metropolitana da Grande Vitória; caracterizar o processo de gerência de enfermagem em serviços cardiologia da Região Metropolitana da Grande Vitória; identificar os fatores facilitadores e os limitantes na organização de enfermagem nos serviços de cardiologia em hospitais da Região Metropolitana da Grande Vitória. Metodologia: estudo transversal do tipo descritivo exploratório com análise estatística descritiva, realizado em três hospitais da Grande Vitória. Foram utilizados como fundamentação teórica os conceitos de Donabedian de estrutura e processo. Para caracterizar a estrutura foram utilizadas as recomendações da Política Nacional de Atenção Cardiovascular de Alta Complexidade. Para analisar o processo de gerência foram utilizadas bases conceituais de gerência de enfermagem nos eixos de gerência de pessoas, gerência de informação, gerência da assistência de enfermagem, gerência de equipamentos e gerência administrativa. Os resultados mostraram que a maioria da estrutura estava organizada conforme a Política, entretanto existia a falta de algumas recomendações, de enfermeiras especialistas em cardiologia para alguns serviços e de alguns recursos diagnósticos especializados. A unidade hospitalar exclusiva do Sistema Único de Saúde tinha o menor número de cirurgia e de leitos de Centro de Terapia Intensiva da Região Metropolitana da Grande Vitória. Foi identificado que todas as unidades hospitalares trabalhavam com as variáveis investigadas nos eixos de gerência de enfermagem, todavia em percentuais variados. As facilidades e limitações estavam presentes e equilibradas, com exceção para recursos humanos de enfermagem, que teve a maior limitação. Conclusão: O estudo possibilitou visualizar que as unidades hospitalares de alta complexidade cardiológica contemplavam a maioria das recomendações da política enquanto estrutura, e enquanto processo as unidades hospitalares trabalhavam com as variáveis investigadas nos eixos de gerência, todavia existiam particularidades que precisam ser melhoradas.

Palavras chave: Enfermagem; Gerência; Serviços de Enfermagem; Política de saúde; Cardiologia

ABSTRACT

Silva, Rita Inês Casagrande. **The management of nursing in the cardiology services.** Rio de Janeiro, 2016. Thesis (Doctorate in Nursing) - Anna Nery School of Nursing, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2016.

The object of the study was the management of cardiology nursing services of the Great Vitoria Metropolitan Region. The study had the following general objective: to analyze the management of care in high cardiovascular complexity. Specifics: to describe the structure of cardiology services by National Policy on High Complexity Cardiovascular Care perspective in the Great Vitoria Metropolitan Region; to characterize the care management process in cardiology services in the Great Vitoria Metropolitan Region; to identify the enabling and limiting factors in the nursing organization in cardiology services in Great Vitoria Metropolitan Region's hospitals. Methodology: descriptive exploratory cross-sectional study with descriptive statistical analysis, carried out in three hospitals of the Great Vitoria. Donabedian's concepts of structure and process were used as theoretical reference. In order to characterize the structure, the National Policy on High Complexity Cardiovascular Care recommendations were used. To analyze the management process, conceptual bases of nursing management were used in the following axes: people management, information management, nursing care management, equipment management, and administrative management. The results have shown that most of the structures studied are organized according to the Policy, however there was a lack of recommendations, nurses specialized in cardiology in some services and of some specialized diagnostic resources. The hospital unit exclusively operated by the Sistema Único de Saúde has the lower number of surgeries and of Intensive Care Unit beds in the Great Vitoria Metropolitan Region. It was identified that all hospital units worked with the investigated variables in the nursing management axes, however in varying percentages. The enabling and limiting factors were present and balanced, with the exception of nursing people management, which had the greatest limitation. Conclusion: The study made possible the visibility that the institutions with high cardiological complexity contemplated most of the Policy recommendations as a structure, and as a process the hospital units worked with the investigated variables in the management axes, however there are particularities of some axes that can still be improved.

Key words: Nursing; Management; Nursing Services; Healthcare Policies; Cardiology

RESUMEN

Silva, Rita Inês Casagrande. **La gestión de enfermería en los servicios de cardiología.** Río de Janeiro, 2016. Tesis (doctorado en enfermería) - Escuela de Enfermería Anna Nery, Universidad Federal de Río de Janeiro, Río de Janeiro, 2016.

El presente estudio tuvo como objeto la gestión de los servicios de Enfermería en las unidades de Cardiología de los hospitales de la Región Metropolitana de la Grande Vitória. El estudio tuvo como objetivo general: discutir la gestión de Enfermería en alta complejidad cardiovascular. Específicos: describir la estructura de los servicios de Cardiología en la perspectiva de la Política Nacional de Atención Cardiovascular de Alta Complejidad en los hospitales de la Región Metropolitana de la Grande Vitória; analizar el proceso de gestión de Enfermería en servicios de Cardiología; Identificar los factores facilitadores y limitantes en la organización de Enfermería en los servicios de Cardiología en hospitales de la Región. Metodología: Estudio transversal, descriptivo exploratorio con análisis estadístico descriptivo, realizado en tres hospitales. Fueron utilizados como referencial teórico los conceptos de Donabedian de estructura y proceso. Para caracterizar la estructura fueron utilizadas las recomendaciones Política Nacional de Atención Cardiovascular de Alta Complejidad. Para analizar el proceso de gestión fueron utilizadas bases conceptuales de gestión de Enfermería en los ejes de gestión de personas, gestión de información, gestión de la asistencia de Enfermería, gestión de equipamiento, y gestión administrativa. Los resultados mostraron que la mayoría de la estructura estaba organizada conforme a la Política, sin embargo, existía una falta de algunas recomendaciones, de enfermeras especialistas en Cardiología para algunos servicios y de algunos recursos diagnósticos especializados. El número de operaciones y el de camas de UCI en la Unidad Hospitalaria exclusivamente SUS era el menor. Se identificó que todas las instituciones hospitalarias estaban trabajando con las variables investigadas en los ejes de la gestión de enfermería, pero en porcentajes variables. Las facilidades y las limitaciones estaban presentes y equilibradas, sobresaliendo la gestión de personas como la mayor limitación. Conclusión: El estudio posibilitó la visibilidad de cómo estaban organizadas las Instituciones de alta complejidad cardiológica en tanto que estructura, y en tanto que proceso fue posible identificar que la gestión de Enfermería de los servicios atiende a las directrices generales de la Política en el ámbito del servicio de Enfermería. No obstante, existían particularidades de algunos ejes que todavía pueden ser mejorados.

Palabras llaves: Enfermería; Gerencia; Servicios de Enfermería; Política de salud; Cardiología.

LISTA DE ABREVIATURAS

Anvisa	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
APS	Atenção Primária à Saúde
CCIH	Comissão de Controle de Infecção Hospitalar
CCU	Unidade de Cuidado Coronário
CTI	Centro de Terapia Intensiva
DAC	Doenças da artéria coronária
DCNT	Doenças crônicas não transmissíveis
IAM	Infarto agudo do miocárdio
MS	Ministério da Saúde
NAS	Nursing Activities Score
PCI	Intervenção Coronária Percutânea
PNACAC	Política Nacional de Atenção de Alta Complexidade Cardiovascular
NH	Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS
RAS	Rede de Atenção à Saúde
RM	Revascularização do Miocárdio
RMGV	Região Metropolitana da Grande Vitória
SAE	Sistematização da Assistência de Enfermagem
SAEP	Sistematização da Assistência de Enfermagem Perioperatória
SBC	Sociedade Brasileira de Cardiologia
SIDA	Síndrome da imunodeficiência adquirida
SUS	Sistema Único de Saúde
UHA	Unidade Hospitalar A
UHB	Unidade Hospitalar B
UHC	Unidade Hospitalar C
UTI	Unidade de terapia intensiva

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Caracterização da Estrutura Assistencial – Estrutura de serviço - das unidades hospitalares A, B e C da Região Metropolitana da Grande Vitória	84
Tabela 2	Caracterização da Estrutura Assistencial – Recursos humanos - das unidades hospitalares A, B e C da Região Metropolitana da Grande Vitória	92
Tabela 3	Caracterização da Estrutura Assistencial – Recursos Diagnósticos e Terapêuticos - das unidades hospitalares A, B e C da Região Metropolitana da Grande Vitória	96
Tabela 4	Caracterização da Estrutura Assistencial – Produção de serviços - das unidades hospitalares A, B e C da Região Metropolitana da Grande Vitória	98
Tabela 5	Caracterização da Gerência do Serviço de enfermagem – Eixo gerência de pessoas - pelas enfermeiras das unidades hospitalares A, B e C da Região Metropolitana da Grande Vitória	102
Tabela 6	Caracterização da Gerência do Serviço de enfermagem – Eixo gerência da informação assistencial – pelas Enfermeiras das unidades hospitalares A, B e C da Região Metropolitana da Grande Vitória	118
Tabela 7	Caracterização da Gerência do Serviço de enfermagem – Eixo gerência de informação administrativa – pelas Enfermeiras das unidades hospitalares A, B e C da Região Metropolitana da Grande Vitória	128
Tabela 8	Caracterização da Gerência do Serviço de enfermagem– Eixo gerência da assistência - pelas Enfermeiras das unidades hospitalares A, B e C da Região Metropolitana da Grande Vitória	135
Tabela 9	Caracterização da Gerência do Serviço de enfermagem – Eixo gerência de equipamentos – pelas Enfermeiras das unidades hospitalares A, B e C da Região Metropolitana da Grande Vitória	157
Tabela 10	Caracterização da Gerência do Serviço de Enfermagem – Eixo gerência administrativa – pelas Enfermeiras das unidades hospitalares A, B e C da Região Metropolitana da Grande Vitória	161
Tabela 11	Os fatores facilitadores e limitantes da gerência de enfermagem pelas Enfermeiras das unidades hospitalares A, B e C da Região Metropolitana da Grande Vitória	170

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	15
1.1	APROXIMAÇÃO COM A TEMÁTICA	15
1.2	SITUAÇÃO PROBLEMA	19
1.3	QUESTÕES NORTEADORAS	23
1.4	OBJETIVOS	23
1.5	JUSTIFICATIVA E RELEVÂNCIA	24
1.6	CONTRIBUIÇÕES DO ESTUDO	26
2	FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	28
2.1	POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO CARDIOVASCULAR DE ALTA COMPLEXIDADE	29
2.2	GERÊNCIA DE ENFERMAGEM NOS SERVIÇOS DE SAÚDE	41
2.2.1	Abordagem conceitual sobre gerência no contexto das políticas públicas no âmbito da enfermagem	42
2.2.2	O contexto da gerência na produção de cuidados de enfermagem a saúde	52
2.2.3	A abordagem gerencial das enfermeiras	55
2.3	AVALIAÇÃO EM SAÚDE COMO ESTRATÉGIA PARA ALCANÇAR A QUALIDADE NOS SERVIÇOS DE SAÚDE	62
2.3.1	Avaliação da qualidade proposta por Avedis Donabedian	66
2.3.2	Nexos entre a PNACAC, os conceitos propostos por Avedis Donabedian e fundamentação teórica da enfermagem para a gerência de enfermagem nos serviços de cardiologia	70
3	METODOLOGIA	75
3.1	TIPO DE ESTUDO	75
3.2	CENÁRIO DO ESTUDO	75
3.3	PARTICIPANTES	76
3.4	TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS	77
3.4.1	Validação dos Formulários	78
3.5	OBTENÇÃO DE DADOS	78
3.6	ANÁLISES DOS DADOS	79
3.7	ASPECTOS ÉTICOS	79
4	APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	81
4.1	CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA E PROFISSIONAL DOS PARTICIPANTES	81
4.2	ESTRUTURA	82
4.2.1	Caracterização da estrutura assistencial das unidades de assistência em	

	alta complexidade cardiovascular da RMGV	82
4.2.1.1	Estrutura de serviços	83
4.2.1.2	Recursos humanos	91
4.2.1.3	Recursos diagnósticos e terapêuticos	95
4.2.1.4	Produção de serviços	97
4.3	PROCESSO	101
4.3.1	Análise do processo da gerência de enfermagem nos serviços da cardiologia em alta complexidade	101
4.3.1.1	Gerência de pessoas	101
4.3.1.2	Gerência de informação	117
4.3.1.3	Gerência da informação assistencial	117
4.3.1.4	Gerência da informação administrativa	127
4.3.1.5	Gerência da assistência de enfermagem	134
4.3.1.6	Gerência de equipamentos	156
4.3.1.7	Gerência administrativa	160
5	A ENFERMAGEM ENQUANTO GERÊNCIA E SEUS DESAFIOS	169
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS	179
	REFERÊNCIAS	184
	APÊNDICES	203

1 INTRODUÇÃO

1.1 APROXIMAÇÃO COM A TEMÁTICA

O interesse em desenvolver este estudo esteve em consonância com a minha trajetória profissional, tendo atuado nas áreas de assistência e de gestão de serviço privado na atenção cardiovascular, na gestão de serviços públicos na atenção em média e alta complexidade, incluindo atuação na área assistencial e acadêmica.

A década de 80 foi marcada pelo grande desenvolvimento científico e tecnológico na área da cardiologia. A enfermagem acompanhou esse movimento tendo como foco o seu próprio desenvolvimento profissional para enfrentar os desafios do atendimento especializado, preparação de equipes para a atuação na atenção cardiovascular e absorção de grande aporte de recursos tecnológicos e terapêuticos ocorrido nesse período. Muitas ações, como seleção de pessoal, treinamentos e preparação de cursos e organização de jornadas científicas, foram realizadas com o objetivo de adquirir esse conhecimento e principalmente inserir a enfermeira e sua equipe no mercado de trabalho como os principais prestadores de cuidados cardiológicos.

Entendendo que a maior parte da minha trajetória profissional esteve relacionada à assistência a pacientes acometidos por afecções cardíacas nos aspectos clínicos, cirúrgicos e emergenciais, o que me proporcionou uma grande experiência técnica e científica, na área de administração, planejamento, supervisão e avaliação dos processos de trabalho de enfermagem nessa área, somado a recente vivência de gestão em hospital público de ensino, despertou a intenção de pesquisar sobre a gerência de enfermagem nos serviços de cardiologia. Além de aprofundar o conhecimento sobre o trabalho da enfermagem, este estudo aponta os avanços atuais na área da gerência dos serviços de enfermagem, especialmente nos serviços de cardiologia.

A demanda de cuidados especializados na atenção cardiovascular a partir dessa década motivou o interesse das instituições privadas pela contratação de enfermeiras com o objetivo de estabelecer e avançar no cuidado à saúde com os pacientes cardíacos.

As ações de chefia de enfermagem, à época, estavam voltadas para a oferta de assistência sistematizada com a adoção de medidas para nortear a assistência continuada, o monitoramento e o registro documental, seja da ordem assistencial ou administrativa. Como parceria com os demais serviços de suporte e com a diretoria, o serviço de enfermagem esteve

envolvido com as questões administrativas relacionadas aos custos, avaliação técnica, aquisição de produtos instrumentais, cuidados com o ambiente, participação nas discussões e no planejamento de serviços referentes à instituição.

Nessa perspectiva o serviço de enfermagem evoluiu na área da assistência cardiológica clínica, cirúrgica e intensiva, com apoio administrativo, científico e suporte tecnológico. Esse período foi um dos reflexos do modelo biomédico e tecnicista ainda vigente especialmente no ambiente hospitalar e na alta complexidade.

O campo do trabalho enunciado retrata o reflexo das políticas de formação à época, pautada na incorporação de disciplinas das ciências biomédicas, com o desenvolvimento de habilidades e comprometida com a ciência e a tecnologia devido à expansão industrial e farmacêutica na área hospitalar.

Destaca-se que nesse período a influência do caráter tecnicista da formação estava voltada para a especialidade baseada na racionalidade biomédica construída sob o paradigma positivista, onde a transmissão do conhecimento estava pautada por verdades absolutas com padronização do conhecimento. Nesse período o hospital era o principal campo da atuação profissional das enfermeiras e estas passaram a assumir cargos de gerência nos serviços hospitalares (RENOVATO *et al.*, 2009).

Ao longo dessa trajetória e no contexto das ações profissionais de enfermagem, percebe-se a atividade de gerência como desafiante e dinâmica, ao mesmo tempo em que possibilita a articulação entre as dimensões assistencial e administrativa. Exige uma articulação permanente com diversas áreas da administração hospitalar e grupos de trabalho, além de um processo de reflexão contínuo para subsidiar a ação gerencial em suas dimensões, bem como a tomada de decisão.

A gerência em enfermagem tem sido estudada sob diversas perspectivas nos serviços de saúde, investigando os processos de trabalho da gerência em diversos cenários, identificando como atividades de gerência em enfermagem as ações de organização; planejamento; gerenciamento de recursos, informação, pessoal e custos; e supervisão de ambientes, os aspectos da ética profissional. Além disso, estudam a influência da cultura e do poder na produção de serviços nas organizações de saúde, bem como a subjetividade das relações e os desafios enfrentados pelos profissionais no exercício profissional, sejam assistenciais ou administrativas (KURCGANT, 2015).

Outros autores observam semelhanças ao exposto ao estudar o processo de trabalho gerencial da enfermeira, em que as diversas ações de enfermagem estão relacionadas ao gerenciamento nas organizações de saúde e compreendem a administração dos recursos

humanos, a estruturação e a organização do trabalho (FELLI; PEDUZZI, 2015), tendo como atividades de gerência, dentre outras, a elaboração de escala, remanejamento de funcionários, verificação de pendências e conferência e reposição de materiais e equipamentos (HAUSMANN, PEDUZZI, 2009), entendendo que o gerenciamento influencia na assistência, sendo relevante para alcançar a qualidade da assistência aos usuários.

Pode-se observar, tanto nos estudos, como no campo de trabalho da enfermeira, que há uma articulação entre o trabalho gerencial, o assistencial e o educativo. Essa articulação é debatida sob diversos aspectos, sendo os mesmos interdependentes (GIORDANI; BISOGNO; SILVA, 2012). Embora a discussão seja antiga, encontram-se relatos de que as enfermeiras têm dificuldades de assumir os papéis na esfera assistencial e na gerencial entendendo-os como excludentes e não complementares (BORGES; SILVA, 2013; MONTEZELI; PERES, 2012). Por outro lado o gerenciamento centrado na assistência ao paciente pode resultar na convergência entre cuidar e gerenciar, sendo recomendado o aprimoramento gerencial com a adoção de conhecimentos e tecnologias que favoreçam a integração e a qualidade dos serviços (SANTOS *et al.*, 2013).

Nas últimas décadas as pesquisas abordam a gerência sob diversas perspectivas, tanto nos serviços de saúde da atenção básica como na atenção hospitalar, investigando os processos de trabalho da gerência em diversos cenários, bem como os desafios enfrentados no exercício profissional, seja assistencial ou administrativo. Na área de ensino aponta para as discussões teóricas que embasam as ações de gerência bem como o aprofundamento do saber específico de teorias administrativas mais adequadas às realidades.

Outros esforços de pesquisa apontam para a busca da qualidade. Observa-se que as ações de gerência de serviços de saúde não estão focadas apenas no planejamento e controle, mas também envolvidas com os resultados devido ao fato de que as organizações de saúde estão trilhando os caminhos da qualidade, através do monitoramento e análise de indicadores. Essa fatia da área gerencial tem se tornado um grande aliado dos métodos de avaliação dos serviços de saúde e considerada como um importante instrumento para a implementação das políticas públicas (BORGES *et al.*, 2010; SOUZA; SCATENA, 2013; LIMA; KURGANCT, 2009).

No cenário nacional de saúde, observa-se nessas duas últimas décadas que a operacionalização do Sistema Único de Saúde (SUS) evidencia a necessidade de aprofundar as ações relativas à intersetorialidade entre serviços e níveis diferenciados de gestão, bem como a necessidade de aprimorar os mecanismos de controle, de avaliação e regulação dos sistemas de saúde. Além desses aspectos há o anseio em melhorar o desenvolvimento da

gestão e do gerenciamento local das unidades hospitalares para que favoreça a inserção do hospital na rede de atenção à saúde (BRASIL, 2009; SOUZA; SCATENA, 2013).

No que concerne à operação dos serviços de saúde observa-se no trabalho diário que as enfermeiras têm um protagonismo relevante, pois o desenvolvimento do trabalho em saúde ocorre em diversos níveis assistenciais, estando relacionado à assistência aos usuários e às ações de gerência dos serviços de saúde em variadas instâncias de gestão. Nesse sentido a gerência de serviços torna-se fundamental para o desenvolvimento desse trabalho.

Diante desse fato é preciso esclarecer as diversas abordagens sobre as questões conceituais da gerência. Nesse sentido Motta (2003) ressalta que na literatura específica o termo gestão tem sido usado como sinônimo de administração e o de gerência para definir o campo da administração. Refere que termos gestão e gerência foram introduzidos como uma forma de superar o desgaste pelo uso da chamada administração, entretanto não implicou na adoção de novos conceitos. Argumenta que de modo geral os termos sugerem a idéia de dirigir e de decidir. Considera que no Brasil, o termo gestão tem sido usado como qualitativo de formas participativas em administração como a cogestão e a autogestão.

O Ministério da Saúde (MS), através da Política Nacional de Atenção Hospitalar, faz a diferença entre **gerência** e **gestão**, sendo a gerência de caráter operacional e administrativo definida como as ações de administração de unidades ou serviços de saúde, como ambulatorios, hospitais, institutos e fundações. Já o termo gestão é a atividade e a responsabilidade de dirigir um sistema de saúde (municipal, estadual ou nacional), mediante o exercício de funções de coordenação, articulação, negociação, planejamento, acompanhamento, controle, avaliação e auditoria, entre outras ações pertinentes à administração em saúde (BRASIL, 2013a).

Tendo em vista o desejo de aprofundar o estudo sobre a gerência de serviços de saúde é oportuno esclarecer que a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), através da Resolução da Diretoria Colegiada - RDC nº. 63 considera que os serviços de saúde são “estabelecimento de saúde destinado a prestar assistência à população na prevenção de doenças, no tratamento, recuperação e na reabilitação de pacientes” (BRASIL, 2011a, art. 4, item XII, p. 3). O MS entende que as estruturas físicas e tecnológicas necessárias às instituições hospitalares demandam ações de gerência importantes para a oferta de cuidados à saúde com segurança e com qualidade (ANVISA, 2010a – Resolução 2).

Nesse estudo a gerência será abordada como as ações de gerir, dirigir, coordenar ou administrar (MOTTA, 2003), traduzidas nas várias ações gerenciais desenvolvidas por

enfermeiras no campo do trabalho, considerando que a nomenclatura funcional varia dependendo da estrutura organizacional adotada pela instituição.

1.2 SITUAÇÃO PROBLEMA

A experiência com a assistência direta e com a organização de serviços de enfermagem para o atendimento na área cardiológica já mencionada no texto e a atuação na gestão do Departamento de Enfermagem em um hospital federal de ensino no Município de Vitória, no Espírito Santo, possibilitaram vivenciar a complexidade operacional para a gerência de serviços de saúde na área hospitalar brasileira.

Observam-se particularidades para sua operacionalização na área privada, bem como na área pública, com relação aos reduzidos investimentos em infraestrutura, para a gestão de pessoas, administração de materiais e equipamentos, condições adequadas para o desenvolvimento dos processos de trabalho assistencial, para a implementação de políticas de saúde, entre outros, para a oferta da atenção à saúde, particularmente no contexto do SUS.

No âmbito geral o cenário epidemiológico brasileiro há algumas décadas apresenta altas taxas de morbimortalidade das doenças cardiovasculares refletindo um perfil de agravos com desenvolvimento de longo prazo comprometendo a saúde. Representam alto investimento e alto custo para o sistema de saúde, configurando dessa forma assistência de alta complexidade (BRASIL, 2010a).

Essas importantes modificações epidemiológicas e políticas associadas à revolução tecnológica dos últimos tempos suscitaram diferentes influências para o campo da saúde, para a formação e especialmente sobre a produção da assistência à saúde, impulsionando as organizações de saúde a buscarem qualidade na prestação de serviços. De forma geral as enfermeiras têm participado ativamente junto à equipe multiprofissional nas organizações de saúde em todos os níveis de atenção, desde as atividades administrativas e operacionais, na assistência direta aos pacientes, na formação, e na especialização em busca da melhoria da oferta dos serviços à saúde.

Entende-se que a enfermagem tem uma grande inserção em todos os níveis assistenciais aos pacientes com agravos coronarianos, seja na prevenção, tratamento e monitoramento clínico e cirúrgico intra-hospitalar e ambulatorial. Observa-se que essa assistência é especializada, minuciosa, com riscos iminentes de complicações e morte. Demanda dos profissionais e particularmente das enfermeiras conhecimentos, habilidades

técnicas, bem como liderança sobre a equipe, organização do ambiente, de recursos e processos para que o acompanhamento e a assistência sejam oferecidos com segurança.

Considerando as recomendações da Sociedade Brasileira de Cardiologia (SBC), como diretrizes clínicas para condutas cirúrgicas cardiovasculares (SBC, 2004), observando a dimensão técnica minuciosa da cirurgia de Revascularização do Miocárdio (RM) com e sem circulação extracorpórea e a importância para a recuperação de pacientes apresentada por Dallan e Jatene (2013), e ainda os estudos de enfermeiras sobre os cuidados pós-operatórios de cirurgia cardíaca, bem como as notificações de diversas complicações apresentadas pelo paciente em terapia intensiva, pode-se ressaltar que a enfermeira contribui de forma indispensável em todos os níveis de atendimento (FERNANDES; ALITI; SOUZA, 2009; ALMEIDA; GÓES JÚNIOR; GASPARINO, 2009; PIVOTO *et al.*, 2010; DUARTE *et al.*, 2012; PONTE *et al.*, 2013).

Hoje, pacientes mais graves e mais idosos, com maior número de doenças associadas, com angioplastia prévia, entre outras condições clínicas, são submetidos à cirurgia de RM (CANTERO; ALMEIDA; GALHARDO, 2012).

Apesar dos avanços propostos para a realização de procedimento cirúrgico como a RM sem circulação extracorpórea, utilização da robótica como recursos tecnológicos avançados (DALLAN; JATENE, 2013), os determinantes de sucesso descritos por Gomes, Mendonça e Braile (2007) e recomendados pela Política Nacional de Atenção Cardiovascular de Alta Complexidade (PNACAC) (BRASIL, 2004a), especialmente os relacionados à estrutura dos serviços e à capacidade técnica da equipe multidisciplinar mantêm-se em evidência. Esses fatores refletem a necessidade de planejamento e de gestão pelo SUS devido ao consequente aumento pela demanda de procedimentos de alta complexidade em cardiologia (BRASIL, 2011b).

Tomando como premissa que a enfermeira presta uma contribuição indispensável em todos os níveis assistenciais a esses pacientes, além de participar ativamente nos serviços, é instigante refletir sobre a gerência de enfermagem desses serviços. Questões como as condições estruturais, funcionais, quantidade e o preparo de profissionais, a previsão, provisão de insumos e controle de equipamento, a qualidade da assistência, bem como aquelas diretamente relacionadas à política e à cultura da instituição, chamam a atenção para essa realidade, ou seja, o modo como a produção do trabalho em enfermagem está sendo conduzida.

Somado a esses fatores importa ressaltar que a globalização acarretou mudanças importantes no mundo nas últimas décadas. Mudaram os cenários epidemiológico e político,

especialmente com a Reforma Sanitária, e os avanços na implementação do SUS. As empresas privadas mudaram, adotando metodologia de produção de serviços em busca de segurança e qualidade na assistência, e as públicas estão a caminho de mudanças. Não é mais possível gerir pela demanda, pois para o alcance da qualidade as instituições devem munir-se de diagnósticos, planos e monitoramento para avaliações de processos e resultados (BURMESTER, 2013).

A Reforma Sanitária orientou a criação do SUS brasileiro e com ele a elaboração e implementação de políticas de saúde com a pretensão de traçar uma nova visão de saúde. Impulsionou políticas de gestão pública com foco na organização e descentralização de serviços, qualificando o trabalho de gerência e de gestão para que os serviços de saúde conheçam as necessidades de atenção à saúde da população e que garanta o acesso a todos os níveis de complexidade (PAIVA *et al.*, 2010).

Para a área específica da cardiologia, o MS elaborou e implementou a PNACAC com o objetivo de contribuir para a organização de serviços (BRASIL, 2004a), visando enfrentar os desafios para a adequação e normatização do atendimento da população para essa especialidade que cresce em complexidade, tanto pelas questões epidemiológicas quanto pelas especificidades técnicas.

No que diz respeito às ações preconizadas por tal política, identifica-se que esta abrange recomendações de gestão da oferta da assistência através da territorialização e da regulação local de forma a atender os princípios de integralidade assistencial do SUS. Aponta ainda recomendações pertinentes à organização das unidades hospitalares, para os cirurgiões cardíacos e para toda a equipe multidisciplinar, tendo como finalidade a oferta de assistência especializada com segurança e qualidade.

As recomendações que compõem a política estão apresentadas de modo abrangente, cabendo a cada área desenvolver as suas especificidades. No caso específico do trabalho desenvolvido pela área de enfermagem, identifica-se que as ações perpassam não só pela especificidade da assistência cardiológica, mas por todo um contingente de fundamentação teórica pertinente às competências gerenciais e assistenciais da enfermagem, com vistas à formação de equipe, à organização de processo de trabalho que possibilite a oferta de assistência especializada, segura e de qualidade.

Frente a esses apontamentos e tendo como base ter atuado em hospital federal de ensino como diretora do serviço de enfermagem e atualmente como docente, encontrei motivação para refletir sobre os campos de trabalho, sobre as atividades dos profissionais, sobre as diferentes realidades em que as enfermeiras desenvolvem a gerência dos serviços em

cardiologia, bem como o modo como os serviços de enfermagem estão organizados. Neste caso, pode-se inferir a existência de diferenças marcantes entre as instituições, entre as condições para a oferta da assistência e entre a gerência desses serviços.

Apesar de este estudo ter sido realizado na região metropolitana da capital do Estado, esta ainda carece de investimentos na qualificação de enfermeiras para esta especialidade, tendo acesso limitado a cursos de especialização *lato e stricto sensu* nessa área temática. O Estado do Espírito Santo não tem cursos regulares de especialização, nem Programas de Residência de Enfermagem na área da cardiologia. Os programas de Mestrado também não estão voltados para essa área do conhecimento, o que certamente limita a produção de pesquisa nesta área do saber, especificamente com relação à PNACAC.

Quanto aos estudos nessa área da PNACAC, Moura, Silva e Carnut (2011) referem que ainda há escassez de estudos dessa temática nesta década em que a política foi implantada. Dessa forma, o desenvolvimento do presente estudo evidenciou questões importantes sobre a atuação da enfermagem após a implementação da PNACAC na Região Metropolitana da Grande Vitória (RMGV).

Outro aspecto pertinente de especial atenção deve-se ao fato de que os hospitais federais de ensino são prioridade para o MS no processo de implantação de políticas de saúde. Todavia não há um planejamento eficaz para a implementação dessas políticas. Em geral, há insuficiência de investimentos para a adequação estrutural e funcional desses hospitais comprometidos com a formação na área da saúde e com a contratualização dos serviços em média e alta complexidade para a gestão local. Isso se configura em uma grande complexidade para a gerência dos serviços e para os profissionais envolvidos diretamente com a assistência.

Tem sido possível observar, nesse percurso profissional, em relação à assistência hospitalar, que o trabalho das enfermeiras e as ações de enfermagem ao longo das últimas décadas se confundem com a complexidade desse tipo de produção de serviço, devido ao grande número de problemas que fazem parte do dia a dia hospitalar, favorecendo a dicotomia ou a dúbia relação entre gerência e assistência. Essas observações estão em concordância com os achados por pesquisadores (GUERRA *et al.*, 2011).

Além do exposto, tem-se observado algumas lacunas que suscitaram o interesse em aprofundar o estudo. Dentre essas, percebe-se que a implantação das políticas Ministeriais e sua implementação na rede de saúde não têm sido tarefa fácil. Além disso, a existência de diferentes realidades referentes ao campo de atuação das enfermeiras capixabas nos serviços de cardiologia das diferentes instituições hospitalares e dos serviços, especialmente, entre

público e privado, fizeram questionar, então, como estava sendo realizada a gerência de enfermagem nesses serviços da Região Metropolitana da Grande Vitória.

Essa indagação dá continuidade ao meu estudo desenvolvido no Curso de Mestrado (SILVA, 2009), que apontou para situações de fragilidade no atendimento, tanto relacionada à assistência direta da equipe multidisciplinar como as relacionadas aos problemas estruturais e funcionais da instituição no contexto da RMGV. Nesse sentido, embasado no exposto, ainda considerando o contexto do Espírito Santo, tenho como **objeto** de estudo a gerência de enfermagem dos serviços de cardiologia da RMGV.

Este estudo se fundamenta na tese de que as diretrizes da PNACAC norteiam a gerência dos Serviços de Assistência de Alta Complexidade, enquanto estrutura das Unidades Assistenciais, bem como na organização do processo de trabalho da enfermagem dos serviços de cardiologia.

1.3 QUESTÕES NORTEADORAS

Como as unidades hospitalares se organizaram enquanto estrutura e processo para o atendimento em cardiologia à luz da PNACAC na RMGV?

A organização dos serviços de enfermagem na área de cardiologia atende às recomendações da PNACAC?

1.4 OBJETIVOS

a) Geral:

Analisar a gerência de enfermagem em alta complexidade cardiovascular.

b) Específicos:

Descrever a estrutura dos serviços de cardiologia na perspectiva da PNACAC nos hospitais da RMGV.

Caracterizar o processo de gerência de enfermagem em serviços cardiologia da RMGV.

Identificar os fatores facilitadores e os limitantes para a gerência de enfermagem nos serviços de cardiologia em hospitais da RMGV.

1.5 JUSTIFICATIVA E RELEVÂNCIA

Os dados epidemiológicos e populacionais do Espírito Santo o posicionam em condições de igualdade no cenário nacional para a necessidade de organização da oferta de serviços assistenciais à população acometida pelos agravos cardíacos. Esses dados refletem, ainda, o perfil epidemiológico nacional, com 34% da mortalidade (ESPÍRITO SANTO, 2012). O Espírito Santo tem uma população aproximada de 3,515 milhões de habitantes, tendo a capital, Vitória, 327.801 habitantes (IBGE, 2010).

Todavia, pela proximidade geográfica dos municípios, foi constituída a RMGV por sete municípios. Estes somam aproximadamente a metade da população do Estado. Existem sete hospitais de médio porte na RMGV que atendem cirurgia cardíaca, sendo um hospital federal de ensino, um hospital de cooperativa médica, três hospitais privado e dois filantrópicos. Providos de aporte tecnológico mais avançado, atendem os pacientes portadores de doença coronariana do Estado, incluindo cidades das divisas com os estados de Minas Gerais e Bahia.

As questões relacionadas à saúde pública tomaram um novo rumo a partir do movimento político e social vigente na reforma sanitária que culminou na criação SUS. A partir desse marco, pode ser ressaltada a importância da ampliação do debate em saúde com a participação do Estado sobre questões estruturais relacionadas ao financiamento, gestão e organização dos sistemas de saúde. A implantação do SUS configura uma situação de grande complexidade política, institucional e organizativa, em que as ações advindas dessa organização tomam diferentes direções, apontando situações e problemas que exigem o desenvolvimento de investigação no campo político, gerencial e organizativo (PAIM, 2007).

O SUS tem desafios diversos e perenes em todas as áreas organizativas, financeiras e políticas para ofertar cobertura assistencial em todos os níveis de atenção à saúde, como as demandas para o controle de custos, para o aumento da eficiência, da garantia da qualidade da atenção e da segurança do paciente, bem como a provisão de acesso aos cuidados abrangentes, entre outros problemas dessa área que demandam resolução (PAIM *et al.*, 2011).

Entretanto, no âmbito da gestão, o SUS já estabeleceu normas e políticas específicas para procedimentos de alto custo para algumas especialidades, como é o caso da cirurgia cardíaca, pela normatização proposta pela PNACAC, evidenciando que o cenário epidemiológico das doenças do aparelho circulatório demanda soluções para grandes desafios à organização da assistência hospitalar, com altas taxas de morbidade e de mortalidade (PAIM *et al.*, 2011).

Por outro lado, é importante ressaltar que, nas últimas três décadas, ocorreram avanços relacionados à revisão de vários conceitos, tecnologias e técnicas cirúrgicas, à implementação de diretrizes específicas e protocolos de conduta, tanto dos fatores determinantes das patologias cardiovasculares como o manejo clínico e cirúrgico desses pacientes (NICOLAU *et al.*, 2014), evidenciando a demanda pelo contínuo investimento nessa área.

Independente do tipo de financiamento, se público ou privado, as exigências dos protocolos que conduzem a assistência, bem como as condições estruturais e funcionais recomendados pela SBC (NICOLAU *et al.*, 2014), e pelo MS (BRASIL, 2004b), apontam o cenário ideal para o desempenho da atenção clínica, cirúrgica e de cuidados especializados aos portadores de afecções cardíacas. Dessa forma, entende-se que a enfermeira, como membro da equipe de saúde, detém habilidades e conhecimentos científicos que a torna capaz de exercer o papel de articuladora e gerente de serviços e de cuidado a esses pacientes, com grande benefício para os usuários e para a instituição.

Nesse contexto, é possível perceber que as enfermeiras têm ampliado a participação no campo da produção de conhecimento através do desenvolvimento de pesquisa junto aos órgãos de fomento, no campo do desenvolvimento de tecnologias para a saúde, no campo comercial, na atuação no campo político, na implementação, execução e avaliação de políticas de saúde, bem como no campo da gestão de serviços de instituições públicas e privadas.

De certa forma, pesquisar sobre a gerência de serviços de cardiologia à luz da PNACAC é atual e coerente com os propósitos do sistema de saúde brasileiro, tendo em vista a complexidade das questões epidemiológicas cardiovasculares e todo o arcabouço para a produção de serviços relativa à implementação de políticas de saúde e à assistência cardiovascular em alta complexidade.

Ressalta-se ainda a importância de pesquisar sobre a PNACAC por ainda serem escassos os estudos nessa área e por ser uma política que orienta a organização e a produção de serviços.

Alguns estudos perpassam o tema de forma coadjuvante, entretanto não se prendem a análise da política e não focam na adequação das questões organizacionais que a política propõe. Do ponto de vista normativo, apesar da política ter sido publicada em 2004, ainda há uma escassez significativa de estudos sobre a temática (MOURA; SILVA; CARNUT, 2011, p. 32-33).

Os ambientes e os serviços de cardiologia, sejam as unidades de cuidados coronarianos tradicionais, sejam outros modelos de serviços com estruturas adaptadas para o atendimento intensivo têm sido investigados em pesquisa internacional, pois se acredita que a heterogeneidade dos modelos e os tipos de organizações de unidades de terapia intensiva cardiológica influenciam no resultado da assistência de enfermagem. Esses ambientes não especializados limitam a oferta de cuidados de enfermagem intensivos especializados por profissionais qualificados (DRISCOLL *et al.*, 2014).

Autores identificaram que as condições de oferta de cuidados críticos em pediatria e os fatores organizacionais impactaram a mortalidade intra-hospitalar para pacientes de cirurgia cardíaca pediátrica, revelando que o tempo de experiência e a educação de profissionais de enfermagem em terapia intensiva pediátrica estão associados com a redução da mortalidade (HICKEY *et al.*, 2013).

Por outro lado, estudo no cenário nacional retrata dificuldades para a implementação e adequação das instituições ao cumprimento das exigências de infraestrutura, equipes multiprofissionais e adequação do financiamento de procedimentos, a fim de regulamentar o atendimento de cirurgias pediátricas e a oferta da assistência no contexto da política de alta complexidade cardiovascular (PINTO JUNIOR, 2010).

Pesquisar esse tema possibilita ampliar os conhecimentos sobre o cenário em que a assistência cardiológica em alta complexidade ocorre e também o modo como as enfermeiras gerenciam esses serviços, pois se faz necessário articular os conhecimentos específicos da assistência de enfermagem em cardiologia com os conhecimentos atuais sobre a gerência de serviços e as recomendações das políticas específicas com a finalidade de oferecer aos usuários de saúde um atendimento seguro e de qualidade.

1.6 CONTRIBUIÇÕES DO ESTUDO

Os dados gerados nesse estudo poderão:

Contribuir para a organização da oferta da assistência em alta complexidade cardiológica;

Elaborar modelo de gerência de serviço de enfermagem cardiológica à luz da PNACAC;

Identificar indicadores para a gerência e para assistência de enfermagem em serviços de cardiologia à luz da PNACAC;

Propor modelo para organizar a avaliação dos serviços de enfermagem em cardiologia à luz da PNACAC;

Implementar projetos de pesquisa, de extensão e programa de especialização com vistas a aprofundar o conhecimento sobre a gerência e os serviços no contexto capixaba;

Contribuir com os estudos que vem sendo desenvolvidos pelo Núcleo de Pesquisa Gestão em Saúde e Exercício Profissional em Enfermagem da Escola de Enfermagem Anna Nery, e

Contribuir para a formação das futuras enfermeiras sobre a gerência de serviços de enfermagem e a implementação de políticas de saúde nas instituições capixabas.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Tendo como objeto de estudo **a gerência de enfermagem nos serviços de cardiologia à luz da PNACAC**, todo o esforço para a sustentação deste estudo estará voltada para a abordagem das ações de gerência no contexto da atenção cardiovascular em alta complexidade, tendo com base a fundamentação teórica que confere competência ao exercício profissional da enfermeira nas diversas dimensões do seu processo de trabalho, seja na abordagem de conteúdos gerais da profissão, como no que diz respeito à assistência especializada, e que favoreça o entendimento das recomendações contidas nas PNACAC para que possam ser operacionalizadas.

Nesse sentido, a fundamentação teórica do estudo está pautada em três grandes cenários: a Política nacional de atenção cardiovascular de alta complexidade e o contexto da atenção em alta complexidade cardiovascular no Brasil; a gerência de enfermagem nos serviços de saúde, considerando a abordagem conceitual sobre gerência no contexto das políticas públicas no âmbito da enfermagem, o contexto da gerência na produção de cuidados de enfermagem a saúde no cenário hospitalar em que essa assistência é desenvolvida em consonância com a política de saúde brasileira e a abordagem gerencial das enfermeiras na atualidade.

Por último será abordado a avaliação em saúde como estratégia para alcançar a qualidade nos serviços de saúde onde será abordado a avaliação da qualidade proposta por Avedis Donabedian e os nexos entre a PNACAC, os conceitos propostos por Avedis Donabedian e fundamentação teórica da enfermagem para a gerência de enfermagem nos serviços de cardiologia, tendo em vista o monitoramento e a avaliação da oferta de serviços a fim de alcançar a assistência segura e de qualidade.

A construção dessa lógica para a fundamentação teórica se justifica devido à necessidade da gerência de enfermagem nos serviços de cardiologia extrair os pontos recomendados pela política em estudo que são pertinentes às competências da enfermagem e identificar as ações de cuidados especializados em cardiologia e os eixos referentes à gerência do serviço de enfermagem para a oferta de cuidados especializados, bem como para o monitoramento e a avaliação do serviço e sua inserção no contexto institucional, visto que a enfermagem é um serviço de grande parceria e relevância no mesmo, tendo em vista a implicação direta no processo de trabalho da enfermeira pela sua contribuição na implantação e implementação dessas políticas de saúde.

A abordagem sobre a avaliação em saúde visa fundamentar as questões referentes à oferta assistencial com segurança e qualidade, bem como o seu monitoramento, estando estes imbricados como parte da finalidade e na organização presente na PNACAC, em que se identifica na organização desta, a existência de recomendações relacionadas à estrutura de serviços, ao processo de trabalho das equipes multidisciplinares e ao resultado, quando pretende alcançar a qualidade da assistência.

Dessa forma, a abordagem dos conceitos de Donadedian de estrutura, processo e resultados permitiu identificar e estabelecer os nexos entre as recomendações da PNACAC. Os conceitos propostos por Avedis Donabedian para fundamentação teórica da enfermagem permitem organizar as ações relacionadas ao processo de trabalho da enfermagem em cardiologia em eixos, bem como a elaboração de um modelo de gerência para a oferta da assistência de enfermagem cardiológica segura e qualificada.

2.1 POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO CARDIOVASCULAR DE ALTA COMPLEXIDADE

Abordar o tema proposto não é tarefa fácil tendo em vista a abrangência e as diversas abordagens possíveis advindas das questões relacionadas à elaboração, implantação e avaliação de políticas públicas, como o realizado por Fernandes, Ribeiro e Moreira (2011) e por Lima e D'Ascenzi (2013), por exemplo. Não há a pretensão de se fazer um levantamento histórico sistematizado, nem uma análise crítica profunda dos documentos que regulamentam a assistência em alta complexidade, mas sim oferecer uma abordagem sintética de como o sistema de saúde está planejado, ressaltando alguns pontos relativos à assistência em alta complexidade no contexto do modelo de saúde brasileiro e centrar os pontos relacionados à PNACAC em sintonia com o objeto de estudo em questão.

Todavia, é necessário fazer uma abordagem do contexto que envolve as questões relacionadas à alta complexidade. Inicialmente será tomado como ponto de partida o entendimento de que o termo 'política' seja uma ferramenta utilizada pela gestão pública para normatizar as ações necessárias à organização do modelo de atenção à saúde a assim alcançar os princípios e diretrizes propostas pela Lei Orgânica da Saúde nº 8080 de 19 de Setembro de 1990 ao dar corpo aos ideais do SUS (BRASIL, 1990). Em seguida, será apresentada a organização da atenção da atenção à saúde em rede, o contexto assistencial, as principais

áreas denominadas de alta complexidade, os principais mecanismos de financiamento e os principais eixos da PNACAC.

Para abordar a atenção à saúde em alta complexidade, remete-se ao contexto do SUS em que o movimento da reforma sanitária, iniciado na década de 70, apontou os caminhos para garantir a saúde como um direito do cidadão e um dever do Estado, tendo como fundamento a Constituição Federal de 1988, a qual estabelece os princípios do SUS brasileiro para que opere de forma regionalizada, hierarquizada e descentralizada, organizada em níveis de atenção a saúde, visando atender o perfil epidemiológico e os problemas de saúde da população brasileira (MENDES, 2011).

Em decorrência desses princípios norteadores, a atenção à saúde está organizada em níveis de complexidade: Atenção Básica, Média e Alta Complexidade, tendo como objetivos alcançar melhor programação assistencial, planejar as ações e serviços, adequar o financiamento do sistema, ser resolutivo, entre outros. Está organizada em unidades de atenção conforme as “densidades tecnológicas singulares, variando do nível de menor densidade, a Atenção Primária à Saúde (APS), ao de densidade tecnológica intermediária, a atenção secundária à saúde, até o de maior densidade tecnológica, a atenção terciária à saúde” (MENDES, 2011, p. 78).

Para o MS, a alta complexidade é entendida como um “Conjunto de procedimentos que, no contexto do SUS, envolve alta tecnologia e alto custo, objetivando propiciar à população o acesso a serviços qualificados, integrando-os aos demais níveis de atenção à saúde (atenção básica e de média complexidade)” (BRASIL, 2009, p. 32). Nesse sentido, a organização da atenção em alta complexidade em rede é importante, pois esses serviços não estão disponíveis em todos os municípios, favorecem a adequação do fluxo de referência e contra referência, e a garantia do acesso aos serviços pelos cidadãos. (AGUILERA *et al.*, 2013; BRASIL, 2015a).

Tendo como base os princípios da regionalização e da hierarquização em níveis assistenciais para a organização da atenção a saúde, o SUS utiliza como eixos de gestão o sistema de informação e de pagamento, bem como de controle, avaliação e regulação, com vista à adequação do financiamento, à normatização dos processos e à oferta da atenção aos usuários do SUS, sendo a maioria dos procedimentos da alta complexidade relacionados na tabela do SUS, no Sistema de Informações Hospitalares do SUS e no Sistema de Informações Ambulatoriais (BRASIL, 2012).

As principais áreas assistenciais da alta complexidade estão organizadas em rede, conforme descrito:

Assistência ao paciente portador de doença renal crônica (por meio dos procedimentos de diálise); assistência ao paciente oncológico; cirurgia cardiovascular; cirurgia vascular; cirurgia cardiovascular pediátrica; procedimentos da cardiologia intervencionista; procedimentos endovasculares extracardíacos; laboratório de eletrofisiologia; assistência em traumatologia-ortopedia; procedimentos de neurocirurgia; assistência em otologia; cirurgia de implante coclear; cirurgia das vias aéreas superiores e da região cervical; cirurgia da calota craniana, da face e do sistema estomatognático; procedimentos em fissuras labiopalatais; reabilitação protética e funcional das doenças da calota craniana, da face e do sistema estomatognático; procedimentos para a avaliação e tratamento dos transtornos respiratórios do sono; assistência aos pacientes portadores de queimaduras; assistência aos pacientes portadores de obesidade (cirurgia bariátrica); cirurgia reprodutiva; genética clínica; terapia nutricional; distrofia muscular progressiva; osteogênese imperfeita; fibrose cística e reprodução assistida (BRASIL, 2009; p. 32, 33).

Frente à ampla competência do MS e à necessidade de reorganizar a estrutura para a reformulação e implantação das Políticas para Atenção Especializada, de Média e Alta Complexidade, bem como a definição de investimentos específicos para cada área, o MS cria, em 2000, a Coordenação-Geral de Sistemas de Alta Complexidade, vinculada à Secretaria de Assistência à Saúde, através do Decreto nº 3.496 de 1º de junho de 2000, com a finalidade de elaboração de programas, normas, diretrizes e orientações para a execução de procedimentos, coordenação, e viabilização da assistência de Alta Complexidade, estabelecimento de metas e métodos de avaliação e controle (BRASIL, 2012).

Essa coordenação almeja garantir a qualidade das ações de saúde, equipar e modernizar a rede de média e alta complexidade, promover o atendimento humanizado através do credenciamento de novos centros especializados e da ampliação do acesso da população à atenção especializada por meio de redes temáticas e das linhas de cuidado integral de forma organizada e resolutiva à população. Para tal, realiza o levantamento de necessidades da assistência em saúde e alta complexidade através de diagnóstico da situação assistencial dessa área, realiza o monitoramento do fluxo de credenciamento ou habilitação dos serviços de saúde, realiza o monitoramento do financiamento, da avaliação, do controle e da auditoria e do sistema de informação dos serviços de média e alta complexidade para atendimento ao SUS (BRASIL, 2012).

Na expectativa de garantir a assistência nesse nível de complexidade, faz-se necessário adequar o financiamento para além do teto financeiro, priorizar a ampliação da oferta dos serviços para o SUS, como os transplantes, as cirurgias eletivas, a prevenção do câncer de colo de útero, entre outras políticas prioritárias. Para tal, foi criado o Fundo de Ações Estratégicas e de Compensação, por meio da Portaria GM/MS nº 531 de 30 de Abril de 1999,

com o objetivo de garantir o financiamento federal de procedimentos de alta complexidade de referência contratualizadas pela gestão estadual e para procedimentos considerados estratégicos pelo MS, na tentativa de suprir o impacto financeiro decorrente dos custos elevados para esse atendimento. Esse financiamento é realizado por nível de complexidade, de acordo com as políticas de alocação de recursos definidas pelas comissões intergestoras estaduais, na atenção básica, na atenção de média complexidade, na atenção de alta complexidade e nas ações estratégicas (BRASIL, 2002a).

Somado à demanda de altos investimentos pelo alto custo assistencial, o cenário de saúde nacional fica ainda mais complexo, pois tem sido influenciado pela transição demográfica vigente no Brasil, uma vez que vem crescendo no país a tripla carga de doenças, ou seja, “uma agenda não superada de doenças infecciosas e carenciais, uma carga importante de causas externas e uma presença marcante de condições crônicas” (MENDES, 2011, p. 18).

É oportuno que o desenvolvimento do sistema de atenção à saúde seja baseado em redes, utilize o conhecimento de vários campos “como a sociologia, a psicologia social, a administração e a tecnologia de informação”, visando alcançar integralidade e a continuidade das ações em territórios e população determinadas, tendo a sua coordenação executada pela APS (MENDES, 2011, p. 78).

A formação de Redes de Atenção à Saúde (RAS) é mais adequada, pois procura superar a fragmentação da assistência atual, cujas ações estão mais voltadas para o enfrentamento das condições agudas e das agudizações das doenças crônicas, para imprimir uma mudança no modelo atual que favoreça o enfrentamento dessas questões de saúde, pois o modelo de gestão em rede permite organizar o sistema de atenção à saúde de formas mais “integradas que permitam responder, com efetividade, eficiência, segurança, qualidade e equidade, às condições de saúde da população brasileira” (MENDES, 2011, p. 18).

Entretanto para desenvolvê-la e alcançar os objetivos sanitários vigentes demanda o incremento dos recursos financeiros, sendo necessário ter como base para a organização da atenção em redes os fundamentos de “economia de escala, disponibilidade de recursos, qualidade e acesso; integração horizontal e vertical; processo de substituição; territórios sanitários; e níveis de atenção à saúde” (MENDES, 2011, p. 20).

Ao explicar os objetivos da oferta de assistência em rede, o MS considera que “a Rede de Atenção à Saúde é definida como arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado” (BRASIL, 2010b, item 2).

Objetiva ainda “promover a integração sistêmica, de ações e serviços de saúde com provisão de atenção contínua, integral, de qualidade, responsável e humanizada, bem como incrementar o desempenho do sistema, em termos de acesso, equidade, eficácia clínica e sanitária; e eficiência econômica” conforme explicitado em Portaria nº 4.279, de 30 de Dezembro de 2010 que preconiza a atenção em rede (BRASIL, 2010b, item 2).

Com relação às doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), os eventos cardiovasculares são as causas mais frequentes de morbimortalidade no nosso meio, tencionando o financiamento do sistema de saúde principalmente no nível de atenção da alta complexidade. É nesse contexto que o MS considera a necessidade de organizar a assistência cardiológica em serviços hierarquizados e regionalizados para a organização e implantação de Redes Estaduais de Assistência Cardiovascular que possibilitem o atendimento integral e integrado aos pacientes com doenças cardiovasculares por intermédio de equipes multiprofissionais (BRASIL, 2016).

Inicialmente, e devido à necessidade de integrar e integralizar a assistência a pacientes com doenças cardiovasculares nos vários níveis de complexidade, criou-se a Portaria GM nº 640 de abril de 2002, com a finalidade de criar os mecanismos para determinar as responsabilidades das Secretarias de Saúde dos estados e municípios em Gestão Plena do Sistema Municipal para a organização, habilitação de serviços diagnósticos e tratamento especializado, centros de referências especializados para a implantação de Redes Estaduais de Assistência Cardiovascular de Alta Complexidade (BRASIL, 2002a).

O MS, aprofundando essa dimensão organizacional do modelo de atenção à saúde nacional, somado aos altos índices de morbimortalidade ocasionados pelas doenças cardiovasculares, e à necessidade de se estabelecer critérios e parâmetros mínimos de estrutura e capacidade física e humana qualificada, bem como mecanismos de regulação, fiscalização, controle e avaliação da assistência prestada aos pacientes, implantou, através da regionalização da assistência a conformação das Redes Estaduais e/ou Regionais de Atenção em Alta Complexidade para a Assistência Cardiovascular, a PNACAC, através da Portaria nº 1.169/GM, de 15 de junho de 2004 (BRASIL, 2004a). Em complemento a esta, o MS estabelece a Portaria SAS/MS nº. 210, no mesmo ano (BRASIL, 2004b). No ano seguinte a Portaria SAS/MS nº. 123, de 28 de fevereiro de 2005 (BRASIL, 2004c) na qual efetua alguns ajustes para a sua operacionalização.

A PNACAC organizada em Redes Estaduais e/ou Regionais de Atenção em Alta Complexidade Cardiovascular deve ser composta por Serviços de Assistência de Alta Complexidade Cardiovascular, situados em Unidades de Assistência em Alta Complexidade

Cardiovascular e Centros de Referência em Alta Complexidade Cardiovascular (BRASIL, 2004a; BRASIL, 2004b).

Esta, determina ainda as responsabilidades de gestão das secretarias de saúde estaduais e municipais para a organização, habilitação, credenciamento e integração das Unidades de Assistência em Alta Complexidade Cardiovascular e a dos Centros de Referência em Alta Complexidade Cardiovascular que compõem essas redes, além de criar uma Câmara Técnica, subordinada à Secretaria de Atenção à Saúde com o objetivo de acompanhar a implantação e implementação da política, entre outras normatizações (BRASIL, 2004a; BRASIL, 2004b).

A Portaria MS/ SAS n.º 210, de 15 de junho de 2004, define as características e especificidades das unidades de assistência e dos centros de referência. As unidades de assistência em alta complexidade cardiovascular poderão prestar atendimento nos serviços de:

- 1) Serviço de Assistência de Alta Complexidade em Cirurgia Cardiovascular; 2) Serviço de Assistência de Alta Complexidade em Cirurgia Cardiovascular Pediátrica; 3) Serviço de Assistência de Alta Complexidade em Cirurgia Vascular; 4) Serviço de Assistência de Alta Complexidade em Procedimentos da Cardiologia Intervencionista; 5) Serviço de Assistência de Alta Complexidade em Procedimentos Endovasculares Extracardíacos; e 6) Serviço de Assistência de Alta Complexidade em Laboratório de Eletrofisiologia (BRASIL, 2004b).

A portaria ainda define o Centro de Referência em Alta Complexidade Cardiovascular como uma Unidade de Assistência de Alta Complexidade Cardiovascular que auxilia tecnicamente o gestor na atenção das patologias cardiovasculares e que possua os seguintes atributos: 1) ser Hospital de Ensino, certificado pelo MS e Ministério da Educação; 2) realizar a cobertura de base territorial de no mínimo (quatro) milhões de habitantes; 3) desenvolver atendimento articulado e integrado com o sistema local e regional; 4) disponibilizar estrutura de pesquisa e ensino organizada, com os programas de ensino e protocolos estabelecidos; 5) adotar ação gerencial que zele pela eficiência, eficácia e efetividade das ações ofertadas; 6) participar junto aos gestores na regulação, fiscalização, controle e avaliação, estudos de qualidade e de custo-efetividade; 7) participar como pólo de desenvolvimento profissional em parceria com o gestor; e 8) oferecer, no mínimo, quatro conjuntos de serviços definidos pela Portaria (BRASIL, 2004b).

No eixo assistencial, a PNACAC tem como objetivo principal guiar-se pelos princípios e diretrizes do SUS para garantir a assistência já abordada nesse texto. Para tal, propõe a que organização da atenção seja constituída pelas Unidades de Assistência e pelos Centros de Referência em Alta Complexidade Cardiovascular, bem como a integralização dos diversos serviços, através da construção de redes temáticas e linhas de cuidado realizadas por

equipes multiprofissionais para atenção em todos os níveis assistenciais e melhoria do acesso para o usuário do sistema, tendo como fundamento a adesão a Política Nacional de Humanização (PNH) do SUS (BRASIL, 2012).

No âmbito da gestão, propõe que o desempenho assistencial seja pautado em qualidades técnicas nos serviços, com o estabelecimento de métodos de avaliação, supervisão, acompanhamento e controle da assistência prestada aos pacientes com a instituição de sistema de fluxo de referência e contra-referência em articulação com os três níveis assistenciais a partir da atenção básica. Propõe ainda a atualização e a adequação das tabelas para o sistema de credenciamento dos procedimentos de alta complexidade e os de alta tecnologia e de alto custo, bem como a elaboração de normas através de portarias e protocolos para a orientação do bom desempenho técnico dos serviços (BRASIL, 2012).

A fim de melhor compreender os propósitos da PNACAC, e de dar sentido à sua operacionalização no sistema de saúde e nos serviços hospitalares, é preciso conhecer os objetivos propostos em detalhe conforme:

- organizar uma linha de cuidados, que envolva todos os níveis de atenção (básica e especializada de média e alta complexidade), ambulatorial e hospitalar assistência farmacêutica, atenção às urgências e emergências, privilegiando o atendimento humanizado;
- constituir redes estaduais ou regionais, hierarquizadas e organizadas, garantindo o acesso e o atendimento integral;
- ampliar a cobertura do atendimento aos portadores de doenças cardiovasculares;
- desenvolver mecanismos de avaliação, controle, regulação e monitoramento dos serviços de atenção cardiovascular;
- criar uma câmara técnica para acompanhar a implantação e implementação dessa política (criada por meio da Portaria SAS/MS nº. 399/2004 e alterada pela portaria SAS/MS nº. 498/2004) (BRASIL, 2007a, p. 62-63).

A Política proposta define ainda que a unidade hospitalar deve possuir “condições técnicas, instalações físicas, equipamentos e recursos humanos adequados à prestação de atenção cardiovascular, de forma articulada e integrada com o sistema local e regional” (BRASIL, 2004b, art. 3). Com oferta dos serviços:

- a. Ambulatório geral de cardiologia para pacientes externos.
- b. No mínimo, ter um dos conjuntos de serviços:
 - b.1 cirurgia cardiovascular e procedimentos em cardiologia intervencionista;
 - b.2 cirurgia cardiovascular pediátrica;
 - b.3 cirurgia vascular;
 - b.4 cirurgia vascular e procedimentos endovasculares extracardíacos; e
 - b.5 laboratório de eletrofisiologia, cirurgia cardiovascular e procedimentos de cardiologia intervencionista.

- c. Execução integral dos procedimentos de média e alta complexidade relacionados a cada tipo de serviço.
- d. Acompanhamento ambulatorial pré e pós-operatório continuado e específico.
- e. Atendimento em urgência e emergência em serviços habilitados para essa finalidade (BRASIL, 2004b)

Ressalta-se na atualidade a relevância da assistência cardiovascular como sendo uma das linhas de cuidados prioritárias na organização da Rede de Atenção às Urgências e Emergências. Como fruto de ação gerencial da Coordenação-Geral de Média e Alta Complexidade, tem-se atualmente a elaboração de expressivo elenco de documentos normativos que orientam a condução dos gestores e profissionais de saúde na execução dos objetivos propostos (BRASIL, 2016).

Além disso, a conformação, em 2015, de uma rede composta por 236 Unidades de Assistência e 47 Centros de Referência, somando um total de 283 estabelecimentos de saúde habilitados à assistência de alta complexidade em cardiologia, sendo 236 serviços de cirurgia cardiovascular adulto e procedimentos da cardiologia intervencionista, 68 serviços de cirurgia cardiovascular pediátrica, 211 serviços de cirurgia vascular, 109 serviços de procedimentos endovasculares extracardíacos e 89 serviços de laboratório de eletrofisiologia (BRASIL, 2016).

Uma década após a implantação da PNACAC, a Coordenação-Geral de Média e Alta Complexidade em Saúde identifica como dificuldades a realização de um adequado planejamento, a implementação, o monitoramento e a avaliação das políticas públicas, especialmente em relação aos problemas diagnosticados previamente, devido à complexidade das ações de gestão, tanto nos âmbitos mais operacionais, que dependam de encaminhamentos nos níveis mais altos de gestão, como pelos problemas na comunicação e na articulação entre os entes federativos, assim como com os demais órgãos envolvidos, entre outros (BRASIL, 2016).

Os principais desafios estão relacionados ao alcance de uma assistência universal, integral e eficaz como: aprofundar a assistência na lógica de rede; ampliar a Rede de Atenção Cardiovascular de Alta Complexidade em conformidade com os estudos epidemiológicos regionais; aprimorar e fortalecer a atenção especializada e de média complexidade, com foco no apoio diagnóstico e terapêutico; e a continuidade das propostas relacionadas à qualificação e reestruturação dos fluxos e serviços de assistência, no caso, aos neonatos, crianças e adolescentes com cardiopatia congênita (BRASIL, 2016).

Nesse cenário exposto como ideal para a oferta da assistência cardiovascular em alta complexidade, observa-se a grande importância das ações de gestão para conduzir o

desempenho dos pontos de atenção, a articulação entre os diferentes pontos de atenção, bem como com a gestão dos entes federados com relação ao seguimento das normatizações que orientam a oferta, o acesso e a resolutividade aos portadores de agravos cardíacos.

Tomando como referência o modelo de atenção à saúde vigente, os pontos de atenção podem ser secundários e terciários. Embora a coordenação da atenção em rede deva ser organizada a partir da APS, essas se articulam em pontos de atenção de diferentes densidades tecnológicas para a realização de ações especializadas, no caso, as ambulatoriais e as hospitalares (BRASIL, 2010b).

Nesse sentido, e considerando o que recomenda a assistência em rede, os pontos de atenção à saúde são: “os domicílios, as unidades básicas de saúde, as unidades ambulatoriais especializadas, os serviços de hemoterapia e hematologia, os centros de apoio psicossocial, as residências terapêuticas, entre outros”, como os hospitais, por exemplo (BRASIL, 2010b, Anexo).

No contexto da atenção em alta complexidade os hospitais são de extrema importância e “podem abrigar distintos pontos de atenção à saúde: o ambulatório de pronto atendimento, a unidade de cirurgia ambulatorial, o centro cirúrgico, a maternidade, a unidade de terapia intensiva, a unidade de hospital/dia, entre outros” (BRASIL, 2010b, item 2).

O que está coerente com a PNACAC quando preconiza que nas Unidades Hospitalares deva ter os serviços de ambulatórios especializados, serviços de cirurgias, exames diagnósticos e terapêuticos especializados, acompanhamento pré e pós-operatório, entre outros (BRASIL, 2004b).

Seja qual for o ponto de atenção ou o nível de atenção, a assistência ao cardiopata necessita de uma coordenação atuante realizada por equipes especializadas com infraestrutura contando com instalações físicas adequadas e disponibilidade de recursos materiais a fim de garantir o atendimento aos procedimentos de alto custo e alta complexidade. Precisa especialmente da atuação sedimentada em rede a fim de perseguir as diretrizes do SUS (BRASIL, 2008a).

Na avaliação da Coordenação Geral de Média e Alta Complexidade, entre os anos de 2000 a 2005, perseguir essas diretrizes não foi tarefa fácil, pois diversos problemas foram identificados, entre eles a persistência de cultura própria das unidades hospitalares com relação à oferta dos serviços, a oferta de atenção fragmentada, com problemas de implementação da regulação, evidenciando a priorização da clientela proveniente do setor privado, entre outras questões. Com o intuito de que contribuir com a gestão diversas recomendações para o avanço da atenção em rede cardiovascular são feitas, entre elas:

Sistematizar a informação com vistas a subsidiar os gestores do SUS para a tomada de decisões no processo de planejamento, regulação, controle e avaliação; avançar no sentido de diretrizes e protocolos diagnósticos e terapêuticos em todos os níveis da atenção que estimulem a boa prática e permitam maior e melhor regulação, controle e avaliação dos serviços prestados; promover o aprimoramento dos mecanismos de controle e avaliação dos procedimentos tabelados e realizados com vistas à melhoria contínua dos processos envolvidos na compra, venda e prestação de serviços; subsidiar a atualização da tabela de procedimentos e melhor programar sua implantação, sua utilização e seu acompanhamento; otimizar os altos e crescentes gastos com procedimentos especializados (BRASIL, 2008a, p. 11).

Já na avaliação realizada em 2015, a Coordenação Geral de Média e Alta Complexidade esteve voltada mais para as questões relacionadas ao credenciamento e à habilitação de serviços recomendados pela Portaria SAS/MS nº 210/2004, tendo encontrada produção menor do que o recomendado. As ações de gestão declaradas em relatório resultaram na elaboração de ofícios aos gestores solicitando as justificativas pertinentes ao fato (BRASIL, 2016), evidenciando a importância da gestão dos serviços ofertados em consonância com os ideais do SUS.

No contexto da atenção à saúde, o hospital está inserido na rede de Atenção à Saúde como ponto de atenção que deve possuir “condições técnicas, instalações físicas, equipamentos e recursos humanos adequados à prestação de atenção cardiovascular, de forma articulada e integrada com o sistema local e regional” (BRASIL, 2007a, p. 63).

E em sintonia adicional, para a contratualização, o MS recomenda que os entes federados tenham, em suas dimensões organizativas, a produção e o monitoramento nos seguintes eixos: I - assistência; II - gestão; III - ensino e pesquisa; e IV - avaliação, donde estão sistematizadas todas as formas de pactuações, de registros de produção em média e alta complexidade e as formas de repasses financeiros de custeio (BRASIL, 2013b).

A apresentação dessa abordagem macro do modelo de atenção à saúde em alta complexidade proposta pelo MS evidencia um cenário de grande relevância epidemiológica, social, financeira, organizativa, entre outras abordagens. Isso está em concordância com Campos e Campos (2008) quando ressaltam que, ao longo do século XX, a gestão em saúde incorporou novos conceitos originários da Ciência Política, da Sociologia e da Teoria Geral da Administração, os quais auxiliaram o avanço para a constituição de Sistemas Públicos de Saúde.

A inclusão dos hospitais na rede atende aos princípios da regionalização e da hierarquização. Entretanto, não tem sido matéria fácil, pois os hospitais foram historicamente afastados das discussões do campo da saúde pública. Todavia, tem-se observado avanços nos

investimentos e o desenvolvimento de estudos sobre sistemas locais de saúde, modelos de atenção, gestão de pessoal, atenção primária, planejamento e programação em saúde (CAMPOS; CAMPOS, 2008).

Dessa forma, entende-se que os hospitais inseridos na RAS apresentam complexidade de gestão como reflexo das mudanças sociais, econômicas e políticas ocorridas no mundo, tendo como coadjuvante a globalização, a mudança demográfica brasileira e o perfil epidemiológico. O cenário epidemiológico aponta que, em 2009, as DCNT representaram 72,4% do total de óbitos no Brasil. As causas mais frequentes destes foram as doenças cardiovasculares, com 31,3%, sendo o maior percentual de mortes por agravos cardiovasculares (BRASIL, 2010a).

Nesse grupo, o destaque para esses altos índices de morbidade e mortalidade no Século XXI deve-se às doenças da artéria coronária, tendo a prevalência da angina em 12 a 14% dos homens, e em 10 a 12% das mulheres, com idades entre 65 a 84 anos. Nos Estados Unidos, aproximadamente um em cada três adultos (em torno de 81 milhões de pessoas) tem alguma forma de doença cardiovascular, incluindo mais de 10 milhões de pessoas com angina pectoris. A alta prevalência de morte por doenças cardiovasculares no Brasil acarretou mais de 80 mil internações apenas no mês de fevereiro de 2014 por doenças do sistema circulatório (CESAR, *et al.*, 2014).

Na população de idosos, os índices de mortalidade são ainda mais expressivos. Nos Estados Unidos, as doenças cardíacas são responsáveis por 65% das hospitalizações, com cerca de 85% das mortes por Infarto Agudo do Miocárdio (IAM). Até os 65 anos de idade, as doenças da artéria coronária (DAC) são muito mais prevalentes nos homens, mas, a partir dos 80 anos de idade, a sua prevalência é equivalente em ambos os sexos (NICOLAU *et al.*, 2014).

Nesse grupo, as DAC apresentam diversas formas de manifestações clínicas, sendo que, dentre as condutas terapêuticas invasivas, estão os procedimentos intervencionista em cardiologia e a cirurgia de RM como procedimentos terapêuticos de alta resolutividade, pois, embora complexos e com importantes riscos de complicações, conferem anos de sobrevida e qualidade de vida aos portadores desses agravos. No entanto, o custo referente a essa conduta é oneroso ao sistema de saúde. Sendo assim, torna-se necessário que a dinâmica hospitalar promova agilidade na condução do paciente (CESAR, *et al.*, 2014; NICOLAU *et al.*, 2014).

Ao analisar as exigências de assistência à saúde em relação à transição demográfica brasileira entre os anos de 1999 e 2009, Mendes *et al.* (2012) identificaram que, entre outros resultados, houve o aumento do número de leitos de Unidade de Terapia Intensiva (UTI), o que sugere um aumento significativo da assistência de alta complexidade, tanto ambulatorial

quanto hospitalar. O incremento ambulatorial foi particularmente decorrente das terapias renais substitutivas e oncológicas e, em menor grau, dos exames complementares de alta complexidade, como tomografia, ressonância magnética, medicina nuclear, radiologia intervencionista e hemodinâmica.

Nas projeções realizadas nesse estudo, considerando o envelhecimento da população, a demanda por serviços de saúde para consultas médicas deverá crescer 59%, para exames 96%, para tratamentos 122%, e para internações 39%. Apontam que, na década do estudo, houve redução no número de internações, ampliação da assistência ambulatorial, crescimento da assistência de alta complexidade ambulatorial e hospitalar e uma distribuição dos leitos e das internações nas especialidades não adequada às necessidades da população. Esses dados mostram os caminhos para a organização e investimento assistencial e ainda que esteja existindo um processo de sofisticação da assistência hospitalar no SUS (MENDES *et al.*, 2012).

No estudo em tela e no cenário apresentado, o hospital toma o lugar central, pois é nesse espaço que opera a oferta do cuidado em alta complexidade e toda a abrangência que a mesma demanda em outros pontos de atenção, bem como a articulação assistencial proposta em rede para a continuidade do cuidado, inclusive com a utilização de fluxo de referência e contra referência aos usuários da saúde.

Dessa forma, ao trazer a lente desse contexto para o foco gerencial, identifica-se que essa é uma área de grande atuação da enfermagem, sendo um espaço profícuo para a assistência, para o exercício de gerência e de organização dos serviços que são oferecidos à rede de atenção cardiovascular. Esse fato é relevante e espera-se que, dentre tantas recomendações para a assistência em rede, as instituições sejam capazes de:

Desenvolver a capacidade de gestão necessária para planejar, monitorar e avaliar o desempenho dos gerentes e das organizações; participação social ampla; gestão integrada dos sistemas de apoio administrativo, clínico e logístico; recursos humanos suficientes, competentes, comprometidos e com incentivos pelo alcance de metas da rede (MENDES, 2011, p. 81).

Dessa forma, duas questões fazem sentido: a demanda pela gerência dos serviços tem um papel fundamental. Ainda mais nos serviços dependentes de tantos investimentos e alto custo, dependente de alta tecnologia, de recursos humanos especializados, entre tantos outros já mencionados. Outra questão relevante é a ação profissional das enfermeiras como integrantes das equipes de saúde no contexto da oferta da assistência em alta complexidade

nos ambientes que compõem a rede de assistência cardiovascular, seja pela formação, pelo preparo, seja pela visão assistencial e administrativa das enfermeiras.

Ao detalhar as recomendações contidas no Anexo I da portaria 210, percebe-se que as mesmas são organizadas como pontos centrais de uma dinâmica de gerência de serviços e de desenvolvimento do processo de trabalho da equipe de saúde para o alcance dos objetivos propostos nas unidades assistenciais. Os principais pontos a serem desenvolvidos pelo serviço de enfermagem estão relacionados aos registros das informações do paciente, à estrutura assistencial disponível, aos recursos humanos em enfermagem, aos materiais e equipamentos, às rotinas e normas de atendimento e aos protocolos de enfermagem, cabendo ao serviço de enfermagem operacionalizar a assistência e a gerência dos serviços (BRASIL, 2004b).

Tratando-se do interesse do estudo em questão, pretende-se detalhar essa convergência entre as recomendações abordadas pela PNACAC com a Unidade de Assistência em Alta Complexidade Cardiovascular, mas, sobretudo, como respaldo para a organização de enfermagem nos serviços hospitalares da alta complexidade cardiovascular. O assunto será abordado a seguir de forma a elucidar as ações gerencias de enfermagem em serviços de saúde e a seguir será aprofundada a sintonia entre as recomendações com as bases conceituais de estrutura processo e resultados de Avedis Donabedian.

2.2 GERÊNCIA DE ENFERMAGEM NOS SERVIÇOS DE SAÚDE

Frente a tantas possibilidades de discutir gerência de enfermagem nos serviços de saúde ou o processo gerencial da enfermeira em serviços de saúde, faz-se necessário abrir o campo de visão no sentido de tomar consciência da abrangência do tema para, em seguida, tomar como argumento alguns elementos como parte desse todo muito amplo.

É importante ressaltar que essa abordagem carrega certa tendência às questões discutidas no contexto do SUS, sendo o mesmo repleto de normas que conduzem a oferta assistencial, especialmente a atenção em alta complexidade cardiológica. Com o desenvolvimento do SUS e a implementação de políticas públicas em saúde, não é possível gerir utilizando somente os conceitos da Teoria Geral da Administração. Dessa forma, não abordaremos os conceitos tradicionais, tentaremos encontrar os propósitos mais pertinentes ao desenvolvimento das ações de gerência voltadas para os serviços de saúde, no caso, os hospitais que operam essas políticas públicas de saúde.

O fio que norteou a produção deste texto perpassa pela observação de um caminho já instituído (o do comando) para um caminho a ser alcançado (o participativo) em termos de condução e organização dos serviços nos cenários de saúde atuais, estando em consonância com a experiência da pesquisadora quando atuou em organizações privadas e tem atuado nas instituições públicas. Assim, foi pensado na gerência de forma a revisitar as abordagens conceituais, o preparo técnico e as habilidades necessárias aos gerentes sob a visão da enfermagem, qual a situação atual do trabalho gerencial, quais as propostas para o hospital atualmente frente às principais normas, quais sejam as portarias, política, as diretrizes dos SUS, pois é nesse cenário que vamos produzir saúde.

Sendo assim, o mesmo foi organizado em três eixos, a saber:

- abordagem conceitual sobre gerência no contexto das políticas públicas no âmbito da enfermagem;
- o contexto da gerência na produção de cuidados de enfermagem a saúde; e
- a abordagem gerencial das enfermeiras.

2.2.1 Abordagem conceitual sobre gerência no contexto das políticas públicas no âmbito da enfermagem

Em uma visão mais ampla, Chiavenato (2007), considera que o administrador pode ser um supervisor, um gerente, um diretor e, sendo assim, este é o que conduz os negócios, as pessoas, é o que identifica as ameaças e as oportunidades em torno do negócio em questão. De modo geral, o administrador,

precisa conviver com a rotina e com a certeza do dia a dia operacional ou com o planejamento, a organização, a direção e o controle das atividades do departamento ou divisão no nível intermediário ou com o processo decisório voltado para as incertezas, para as contingências, oportunidades, ameaças e restrições do ambiente externo que a empresa pretende servir (CHIAVENATO, 2007, p. 67).

O papel do administrador/gerente é multivariado e contingencial, tendo os seus níveis de ocupação definidos de acordo com a instituição. Na primeira linha, chamada de nível operacional, este está voltado à operacionalização de rotinas, normas e procedimentos, para a regulação dos subordinados que executam tarefas ou lidam com tecnologias. No nível intermediário suas ações convergem para elaboração de planos táticos diversificados para a organização, direção de determinados órgãos, departamentos ou unidades da organização e

para o controle dos resultados departamentais. Já em nível mais alto, como diretor institucional, conhecedor das fortalezas e limitações da sua organização, está voltado para as demandas do ambiente seja externo ou interno, bem como para a proposição de aproveitamento de oportunidades ou para correção de processos internos presentes na dinâmica organizacional (CHIAVENATO, 2007).

Em geral, o gerente trabalha no nível intermediário ou no nível tático, tendo como finalidade efetuar a articulação interna da empresa, dos recursos necessários à sua operação e das competências funcionais, tendo como meta o foco nos resultados. Para tal, o administrador/gerente deve adquirir competências que se fundamentam: a) no **conhecimento** advindo do aprendizado formal e das suas experiências e em transmitir à sua equipe; b) nas **habilidades e no saber fazer** no qual aplica o conhecimento para a solução de problemas, para inovar, motivar, tornar rentável e agregar valor ao produto ou serviço, e essa ação exige visão ampla, sistêmica e global da situação; c) no **juízo** para saber analisar a situação através de dados e informações a respeito, desenvolver a avaliação crítica com equilíbrio, definindo as prioridades para a tomada de decisão, sendo importante definir o que, como, quando e por que fazer algo; e d) na **atitude** como o modo de conduzir o trabalho, de argumentar, de influenciar pessoas, assumir riscos, lutar, ter iniciativa sair da zona de conforto para alcançar objetivos e resultados (CHIAVENATO, 2007).

Além dessas, é necessário desenvolver as habilidades humanas para promover a relação e a interação com as pessoas, liderar a construção de equipes, a resolução de conflitos e o desenvolvimento de talentos. Ainda terá a habilidade de lidar com idéias, conceitos, filosofias e valores diversos para ampliar a sua visão de mundo e de alcance de possibilidades e desafios (CHIAVENATO, 2007).

Frente a essas diversidades de competências e habilidades, o administrador/gerente, na visão de Chiavenato (2007), tem autonomia para desenvolver atividades como gerenciar empresas, serviços ou negócios, planejar e cuidar de processos e tecnologias, utilizar as ferramentas de gestão como planejamento, organização, direção e controle, gerenciar pessoas, formar, capacitar e motivar as equipes de trabalho com o foco no atendimento aos clientes, formular as estratégias e perseguir os objetivos, planos e os resultados.

De acordo com Motta (2003), o trabalho gerencial é atípico, ambíguo. É difícil descrevê-lo e caracterizá-lo. É imprevisível e parece sempre inacabado, se mistura a diversas outras atribuições. Desprende muita energia frente à ocupação de um cargo desse porte em turbilhões de atividades por que passa um gerente. O dinamismo, a inconstância e a vulnerabilidade de trabalho, as ações, as emoções e a variedade de temas e problemas vividos

nessa atividade não são didáticos, embora sejam de uma riqueza incontestável pela oportunidade de crescimento, de envolvimento, de maturidade pelas quais passa um profissional no desempenho funcional e o quanto ele pode contribuir para o desenvolvimento dos profissionais sob sua liderança, seja em níveis similares, níveis mais baixos e até mesmo em níveis superiores. Sua intervenção organizada, dinâmica e participativa contribui singularmente para o sucesso ou insucesso das organizações.

Entretanto alguns verbos desenharam o peso da ação de quando o autor diz que gerência “é a arte de pensar, julgar, decidir e agir; é a arte de fazer acontecer para obter resultados. Resultados que podem ser definidos, previstos, analisados e avaliados” (MOTTA, 2003, p. 26), e em geral são alcançados através das relações e interações humanas.

A gerência tem um caráter científico, racional, necessário à realização de análises das situações e as relações de causa e efeito utilizadas para prever e antecipar as ações com consciência e eficiência. Por outro lado, existe uma face de imprevisibilidade e de interação humana, intuitiva, do emocional, do espontâneo e do irracional que permeia a ação gerencial (MOTTA, 2003).

A visão racional e técnica da gerência como o pensar e o julgar auxiliam na análise do todo em partes para melhor decidir e agir em busca da melhor solução. São adequadas para melhorar as estruturas e os procedimentos organizacionais. Entretanto, o autor chama a atenção que a visão extremamente técnica limita a mente a buscar novos horizontes e novas perspectivas sobre a realidade. Precisa adquirir novos conhecimentos e usufruir dos ensinamentos da própria experiência e se abrir à reflexão (MOTTA, 2003).

A capacidade gerencial exige habilidades mais complexas, como a capacidade analítica, a de julgamento, a de decisão, a de liderança e a de enfrentar riscos e incertezas. Requer capacidade de negociação entre interesses e demandas múltiplas e de integração de fatores organizacionais cada dia mais ambíguos e diversos. “O aprendizado gerencial envolve quatro dimensões básicas: a cognitiva, a analítica, a comportamental e a habilidade de ação” (IBIDEM, p. 28).

O conhecimento é muito importante, mas é insuficiente. O gerente precisa ter ou desenvolver a habilidade de agir. A ação gerencial é uma expressão individual de autonomia, de reflexão e de segurança, de conhecimento próprio e do seu papel na organização. A sua ação reflete o comprometimento, a sua própria disciplina e adaptação ao trabalho para o alcance da missão organizacional (MOTTA, 2003).

Outro fator importante na função gerencial é ação de liderança, pois, de modo geral, o gerente estimula a equipe às conquistas, tanto as institucionais como as pessoais. Nesse

sentido, é recomendável que o gerente esteja aberto e receptivo para visualizar as situações ao redor da equipe, visando alcançar a melhor solução. Uma boa liderança pode ser alcançada para o gerente que se dedique a “Ver, ouvir, ler e debater, para pensar, julgar e agir melhor”. Entretanto deve-se dar a atenção para o cuidado necessário no preparo do gerente, pois embora o conhecimento da organização e as habilidades pessoais sejam importantes, não são suficientes para a aquisição de autoconfiança, segurança e êxito futuro (IBIDEM, 2003, p. 31).

Por último, e intencionalmente, resgato a abordagem sobre a gerência apresentada por Almeida e Rocha (1997), pela contribuição didática e por perceber que os pontos defendidos são atuais no sentido da contribuição da enfermeira nos variados modelos de gestão e atenção à saúde. A reflexão dessas autoras acontece sobre a atuação das enfermeiras ao lidar com as novas atividades de implementação do SUS, no início da década de 90, ao enfrentar a superação dos desafios vivenciados.

À gerência cabe um caráter articulador e integrativo, ou seja, a ação gerencial é determinada e determinante do processo de organização de serviços de saúde e fundamental na efetivação de políticas sociais, em específico, as de saúde (ALMEIDA; ROCHA, 1997, p. 268).

Esse ponto de vista evidencia que o trabalho gerencial é estratégico para todas as organizações sejam elas públicas ou privadas, sendo essa uma atividade meio que atua na organização do processo de trabalho, possibilitando a sua transformação e também sendo transformado pelo contexto e pela realidade em que o trabalho ocorre.

As autoras acrescentam ainda que a função gerencial é uma atividade dinâmica, dialética, permeada pela constante articulação entre as dimensões técnica, comunicativa, política e do desenvolvimento da cidadania. Demanda reflexão e tomada de decisão constante, devendo o gerente manter-se aberto ao enfrentamento e à superação de limites próprios e do coletivo, tendo em vista que o processo de trabalho gerencial está alicerçado no trabalho em equipe e no contexto multidisciplinar e organizacional (ALMEIDA; ROCHA, 1997).

A dimensão técnica refere-se aos aspectos mais gerais e instrumentais do próprio trabalho, que fundamentam e organizam a oferta de cuidado, tais como o planejamento, coordenação, supervisão, controle e avaliação, no que diz respeito ao manejo de recursos humanos, físicos e tecnológicos, adequados à finalidade que direciona o processo de trabalho (ALMEIDA; ROCHA, 1994). Acrescenta-se nesse sentido os instrumentos que fundamentam

e organizam a oferta de cuidado como a previsão e proteção de riscos a saúde dos usuários dos sistemas de saúde.

Além disso, a dimensão comunicativa está presente nas relações de trabalho na equipe de saúde, e nas relações com a comunidade, tendo em vista que a ação gerencial demanda a utilização de mecanismos eficazes de comunicação que propiciem inúmeras articulações, seja com a equipe de trabalho, com as demais áreas que integram o coletivo desse ambiente, com os diversos serviços do sistema de saúde, com as diversas tecnologias em saúde e com usuários, na medida em que a saúde é algo muito além de um atendimento médico. A comunicação eficaz, associada a um sistema de informação adequado às necessidades dos serviços, auxilia na organização e integração destes e no processo de tomada de decisão, constituindo-se em aspectos importantes da atividade gerencial (ALMEIDA; ROCHA, 1994).

A dimensão política é reconhecida pela ação estratégica e pela articulação própria a ser empreendida, tanto no trabalho gerencial organizativo como nos projetos a serem empreendidos (ALMEIDA; ROCHA, 1994). Nesse sentido, está presente no contexto dos serviços onde a gerência se desenvolve como as determinações políticas-ideológicas, econômicas, do contexto político e social geral, bem como as que fazem parte dos planos das organizações corporativas, das determinações advindas das políticas sociais e de saúde, carregadas de contradições que interferem no processo de trabalho em saúde (MISHIMA *et al.*, 1997).

Na dimensão do desenvolvimento da cidadania, a gerência está implicada no desenvolvimento emancipatório dos sujeitos sociais, sejam eles os profissionais envolvidos no processo de oferta de cuidados à saúde ou os usuários envolvidos, sejam eles os receptores ou interlocutores dessa oferta (ALMEIDA; ROCHA, 1997).

Embora as atividades gerenciais sejam intrínsecas à função das enfermeiras, foi observado em estudo que há fragmentação do conhecimento das mesmas sobre os elementos da ação profissional como a finalidade do trabalho, o seu objeto, os meios e instrumentos necessários, seu produto final, a organização e a divisão do trabalho desse processo gerencial. Nesse estudo os autores reconhecem que o gerente deve desenvolver-se através do autoconhecimento, de competências ético-políticas e comunicativas e de cidadania para o enfrentamento das situações difíceis presentes nas relações e na gestão, sendo primordial desenvolver competências relacionadas ao *saber ser*, valorizando as características comportamentais como atitude e postura ética, imparcialidade, flexibilidade e liderança (MANENTI, *et al.*, 2012).

O trabalho em enfermagem como prática social tem com foco principal o cuidado ao ser humano, está presente nas diversas instituições de saúde de diferentes naturezas jurídicas e, ainda hoje, embora tenham ocorrido avanços, persistem as influências da gerência científica Taylorista do final do Século XIX, da qual foram incorporados os princípios de controle, hierarquia e disciplina, entre outros. Entretanto a enfermagem utiliza um saber específico, instrumentos e métodos próprios como fundamento científico para o seu desenvolvimento profissional (FELLI; PEDUZI, 2015).

A divisão de trabalho na equipe de enfermagem é uma característica, cabendo em geral ao pessoal de nível médio as atividades assistenciais e as enfermeiras as ações de gerenciamento do cuidado e o processo de administrar ou gerenciar. No processo gerencial, os objetos de trabalho da enfermeira são a organização do trabalho e os recursos humanos de enfermagem. Para a execução desse processo é utilizado um conjunto de instrumentos técnicos próprios de gerência, como o planejamento, materiais, equipamentos e instalações, o dimensionamento de pessoal de enfermagem, o recrutamento e seleção de pessoal, a educação continuada ou permanente, a supervisão, a avaliação de desempenho, além de outros saberes administrativos (FELLI; PEDUZI, 2015).

O desenvolvimento do trabalho de gerência de enfermagem tem sido basicamente conduzido por dois modelos: O modelo racional, cujo foco é no indivíduo e nas organizações, e o modelo histórico social, centrado na abordagem das práticas sociais e na historicidade. O modelo racional de organização deriva da Teoria Geral da Administração, que se baseia na lógica de um sistema fechado, com pouca participação dos empregados nas discussões, tendo como premissa a busca da certeza através da previsão exata dos processos, como o encontrado na administração científica de Taylor, na Teoria Clássica de Fayol e Teoria da Burocracia de Weber (CHIAVENATO, 2007).

A estrutura do modelo racional é verticalizada, é voltado para produção em massa, com trabalho parcelado e fragmentado por funções, onde se observa cisão e alienação entre a concepção e a execução no trabalho coletivo. É lento, mecanicista, reativo aos planos e aos comandos. Adota como eixo central a programação antecipada dos processos para que possam ser analisados, controlados e conferidos. Tem como pretensão eliminar riscos e incertezas. As autoras consideram que esse modelo sozinho não dá conta da dinâmica da produção e oferta de saúde na atualidade, demandando avançar da abordagem racional para a flexibilização (FELLI; PEDUZZI, 2015).

Essa abordagem de flexibilização, mesmo dentro dos moldes da racionalidade, surge como vertente para atender à produção voltada para o consumo capitalista moderno, como um

modelo que fundamenta os conceitos dos programas de qualidade. Nesse modelo, as atividades são conduzidas pela demanda, com claro objetivo de alcançar lucros. Privilegia a horizontalização, com redução da estrutura hierárquica e dos postos de trabalho, o melhor aproveitamento do tempo de produção e considera o trabalhador polivalente. No caso da enfermagem, é observada uma carga intensa de trabalho. Nesse modelo, frente aos avanços tecnológicos e os efeitos da globalização, as mudanças ocorrem de forma rápida e a realidade é dinâmica. A organização do trabalho deve ser flexibilizada buscando a agilidade na adaptação dos instrumentos de trabalho (FELLI; PEDUZZI, 2015).

No modelo histórico social, o centro do gerenciamento é realizado a partir das práticas de saúde que são construídas historicamente, mas também estão articuladas com as tensões e contradições vividas na sociedade e que estão presentes nos serviços, no caso, os de saúde. Este modelo está mais voltado para compreender e atender as necessidades de saúde da população. Sendo assim, dois pontos são relevantes. As instituições de saúde precisam incorporar ações de democratização e ampliação da autonomia dos sujeitos envolvidos no processo de cuidado, no caso, os usuários e os trabalhadores da saúde. Esse é o centro da gerência, sendo as ações de organização e o controle dos processos de trabalho métodos de suporte administrativos. Entretanto, no campo do trabalho observa-se o predomínio do modelo racional (FELLI; PEDUZZI, 2015).

A enfermagem como prática social está inserida no mundo do trabalho e vinculada às leis sociais, responde às necessidades sociais, às exigências globais do mercado, como as questões econômicas, políticas e ideológicas, as quais delimitam a forma como a assistência é realizada, os meios onde o trabalho ocorre, como ele é realizado, qual a sua destinação e qual a sua finalidade. Nesse contexto histórico e social, a enfermagem, que teve seu início no campo religioso, foi sendo inserida no campo da saúde mediante as concepções neoliberais e capitalistas seguindo esse modelo racional de desenvolver o seu trabalho em atendimento às necessidades das organizações e às de mercado, com o desafio de mediar o trabalho na enfermagem e na saúde (KIRCHHOF, 2003).

Todavia, no cenário de avanços estruturais e organizacionais no campo social e da saúde, os profissionais de saúde precisam encontrar novas formas de visualizar esse trabalho. Tem como desafio colocar o usuário como o centro da atenção e também visualizar novos modos de gerir os processos em saúde. Nesse sentido, Merhy (2002) tem investigado o processo de trabalho no campo da saúde e observa que:

Os estudiosos desse movimento vêm procurando equacionar a construção de modelos de atenção à saúde no nível dos estabelecimentos e das redes de serviços no terreno da gestão organizacional e do trabalho, mostrando que, para superar o modelo médico hegemônico neoliberal, devem constituir-se organizações de saúde gerenciadas de modo mais coletivo, além de processos de trabalho cada vez mais partilhado, buscando um ordenamento organizacional coerente com uma lógica usuário-centrada, que permita construir cotidianamente vínculos e compromissos estreitos entre os trabalhadores e os usuários nas formatações das intervenções tecnológicas em saúde conforme suas necessidades individuais e coletivas (MERHY, 2002, p. 39).

Na arena em que se debate a participação coletiva como prática social de coletivos nos serviços de saúde, vislumbra-se a superação de modelos hegemônicos racionais vigentes. Nesse sentido, acredita-se que a gestão colegiada realizada nos espaços coletivos é um caminho para reconstruir novas estruturas organizacionais, promover a democratização e a disseminação dos saberes, das normas e dos valores, efetuar o compromisso com a solidariedade, com a capacidade reflexiva e com a autonomia dos agentes da produção, extremamente relevante para interferir nos processos de atenção à saúde (CAMPOS, 2005).

O Método de Roda aposta na construção de instituições de modo geral, mas em particular as de saúde, democráticas, que sejam capazes de construir os espaços coletivos como meio para impulsionar não só as mudanças sociais, mas impulsionar o fim em si como resultado dos processos de trabalho em saúde. Esse método pode alcançar diversas áreas como:

repensar e transformar o Estado, as relações econômicas e sociais, mas também as relações familiares, entre os gêneros, os sistemas de saúde, de educação, as igrejas, partidos, movimentos, alterar enfim, o modo de gestão das instituições. Tudo passível de crítica e mudança. Uma ampliação do espaço tradicional de política e, ao mesmo tempo, uma reconstrução dos modos de fazer política (CAMPOS, 2005, p. 42).

Para esse autor, o uso do Método da Roda pelos espaços coletivos das instituições pretende superar a visão instrumental que as escolas de administração têm, particularmente sobre os recursos humanos, apreendendo novos modos para analisar e operar a gestão de pessoa para a produção em saúde. Propõe reconstruir os arranjos estruturais e reconstruir os métodos de gestão com outras estruturas, com outros modos de funcionamento para as organizações, desenhando uma nova lógica para a distribuição do poder junto ao coletivo e não apenas em uma cúpula. Frente à síntese do que seja a cogestão, o exercício da mesma deverá ocorrer através da:

Capacidade de direção (que) é a habilidade e a potência para compor consensos, alianças e implementar projetos, já que co-governar é tarefa inerente a todos os membros de uma equipe de trabalho. Diminuir a distância entre governantes e

governados, bem como para assegurar a formação de compromisso entre o interesse público (expresso em necessidades sociais) e o privado (expresso pelos trabalhadores) (CAMPOS, 2005, p. 43).

Conduzir processos de trabalho tendo como método

a co-gestão de Coletivos Organizados para a produção depende, portanto, de vontade política e de condições objetivas, pensar em novos valores e uma nova ética, tratar de organizar a vida material que estimule a lógica da co-gestão e não a outras da dominação. Pensar não em dispositivo de controle, mas na construção da capacidade de instituir compromissos: a base da co-gestão, ninguém governa sozinho. (CAMPOS, 2005, p. 43).

Como observado, a pauta em tela é a gestão participativa, colegiada. Sendo assim, os movimentos no setor da saúde têm sido a busca pela horizontalização, planejamento e adequação estrutural e funcional, adequação dos organogramas e a utilização do planejamento estratégico situacional. Outro ponto que tem sido bastante discutido diz respeito ao entendimento e da definição do que seja a missão do hospital e de cada serviço. Em função das discussões sobre a gestão da qualidade total essas questões são bastante comuns no setor privado, mas apresentam desafios particulares no setor público de saúde e representam esforço e aperfeiçoamento para a superação para as abordagens das práticas vigentes (CECILIO, 2002).

Frente à multiplicidade do tema que envolve a gestão participativa em benefício da qualidade assistencial e ainda sem pretender minimizar o conteúdo explorado pelo autor, apresenta-se apenas um elenco dos eixos que o mesmo aponta como proposta e estímulo ao seu aprofundamento, tendo em mente a complexidade e a extensão do que seja a oferta de cuidados à saúde, seja na dimensão gerencial e organizativa ou na atenção direta. Sendo assim considera que para gerir para a qualidade os hospitais podem caminhar conforme as seguintes abordagens.

1. Procurar explorar e clarear os pontos de tensão relativos aos projetos vigentes no hospital através de negociação entre a direção e os seus trabalhadores com a criação de mecanismos mais formais de negociação entre as partes.
2. Ter clareza a missão do hospital e seu perfil assistencial dentro do SUS de forma a aproveitar ao máximo os recursos existentes no hospital. Essa medida pode reduzir a pressão dos saberes especializados e o aproveitamento de recursos existentes e sua relação com a rede de atenção e com a relação público-privado.

3. Desmontar a lógica dos organogramas verticais e ampliar a autonomia de gestão dos hospitais, implementando dispositivos organizacionais com vistas a reduzir a fragmentação das práticas profissionais, aumentar a autonomia dos hospitais e reorganizar a lógica gerencial centrada em unidades de produção.
4. Criar a lógica do compromisso com a qualidade do atendimento aos clientes internos e externos do hospital com avaliação da satisfação dos seus clientes não apenas visualizado pela lógica de mercado que vise competitividade e o individualismo, mas como parte de um projeto político institucional mais amplo que vislumbra a organização da sociedade em novos princípios a partir do compromisso com a ética, com a solidariedade e com a cidadania.
5. Desenvolver uma política de recursos humanos centrada na ética da responsabilidade e solidariedade (CECILIO, 2002).

O gerente que atua nesse tipo de organização deve procurar quebrar a lógica segregadora das corporações; deve trabalhar com equipes de forma sistemática para buscar a qualidade do atendimento; deve coordenar o processo de avaliação do desempenho da unidade baseada na missão institucional com acompanhamento da qualidade das informações geradas e avaliação regular da satisfação dos clientes sejam eles externo ou internos (CECILIO, 2002).

Entre os avanços e conquistas, a gestão do SUS enfrenta desafios estando em constante processo de mudanças e avanços. Dentre os desafios, ressalta-se a qualificação da atenção à saúde, melhorar a comunicação entre as equipes, a continuidade do cuidado ao usuário, a identificação e a busca de superação das dificuldades enfrentadas pelas equipes de saúde, o debate sobre organização do sistema, dos serviços e do trabalho em saúde, assim como o investimento de recursos (BRASIL, 2008b).

Como ferramenta para gerir a complexidade dos desafios enunciados, o SUS cria a Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS (PNH) com o intuito de construir novos arranjos e novos instrumentos de gestão, com a finalidade de ampliar a capacidade de gestão e de corresponsabilização, tendo como foco as necessidades dos cidadãos, a produção de saúde e o próprio processo de trabalho em saúde, valorizando os trabalhadores e as relações sociais no trabalho, através do trabalho coletivo para que o SUS seja mais acolhedor, mais ágil e mais resolutivo (BRASIL, 2008b).

A PNH está estruturada a partir de princípios, métodos, diretrizes, dispositivos e inúmeros conceitos que buscam garantir e efetivação dos princípios da transversalidade, indissociabilidade entre atenção e gestão, protagonismo, corresponsabilidade e autonomia dos

sujeitos e dos coletivos, além das demais conduções propostas pela PNH, para garantir a integralidade assistencial (BRASIL, 2008b).

A PNH propõe, através desses dispositivos, ações que possam contribuir com o modo de discutir e construir no coletivo as estratégias para melhorar o acesso e a qualidade dos serviços, construir um novo caminho para o trabalho em saúde, a fim de buscar indissociabilidade entre atenção e gestão dos processos de produção de saúde. Tem na prática da cogestão o estímulo para a organização dos espaços coletivos com finalidade de alterar a maneira de trabalhar e de interferir nos processos de trabalho em saúde que superem as dissociações entre os que pensam e os que fazem entre os que planejam e os que executam, entre os que gerenciam e os que cuidam (SANTOS FILHO; BARROS; GOMES, 2009).

A inclusão de novos sujeitos nos processos de gestão implica diretamente na corresponsabilização, tendo em vista que as definições e a forma da produzir as tarefas são coletivas, derivadas de pactos entre os sujeitos, decorrentes de ação cidadã e autônoma e não de imposições sobre os mesmos. Com isso, esperam-se como resultado da atuação dos espaços coletivos melhorias na produção de saúde e a confirmação de pressupostos éticos relacionados ao cuidado e à gestão (CAMPOS, 2005).

2.2.2 O contexto da gerência na produção de cuidados de enfermagem a saúde

A enfermagem é composta por atores sociais com formação em nível técnico e superior que, no campo da saúde, formam uma equipe que enfrenta muitos desafios ao longo de sua história. Não é difícil identificar pontos positivos e pontos negativos dessa jornada.

Observa-se que, ao longo de décadas, ocorreram avanços, com ampliação dos campos de atuação profissional em muitas áreas, saindo do cenário apenas curativo ocorrido por algumas décadas em hospitais, com grande carga histórica de doação e de subserviência, para participar com as demais profissões dos avanços organizacionais, administrativos, tecnológicos e assistenciais, advindos da industrialização e particularmente na operacionalização do SUS.

Nesse sentido, as enfermeiras têm relevante atuação na condução dos serviços de saúde. Na reflexão proposta neste texto, será mantido o olhar sobre a atuação das enfermeiras na atuação hospitalar, pois esse é o ambiente em que ocorre a assistência em alta complexidade e, portanto, a gerência dos recursos, dos fatores que influenciam e que

determinam o atendimento, bem como a condução do modo de assistir. Nesse ambiente foram observados os dados empíricos do trabalho gerencial em pauta.

Apesar da atuação da enfermagem ter sido iniciada no Brasil bastante ligada à saúde pública, logo passou a ter como palco os hospitais, que como produto da Revolução Industrial e Científica, foram se organizando segundo o modo racional do trabalho, tendo as ações reflexas da atenção biomédica de forma fragmentada e voltada ao atendimento de interesse privado da medicina e da indústria. Foi com esse modelo de atenção que a enfermagem se desenvolveu como profissão formal, tendo como respaldo os currículos das escolas de enfermagem (TEIXEIRA, 2013).

As enfermeiras são profissionais muito importantes para a atuação no campo da saúde, obtendo, através da formação acadêmica, um arcabouço de conhecimentos em várias áreas que as preparam para o desenvolvimento das competências e habilidades para cuidar de pessoas, família e comunidade, para educar, pesquisar e gerenciar serviços e instituições de saúde pública ou privada, desenvolvendo atividades de planejamento, organização, coordenação, execução e avaliação dos serviços de saúde, na assistência de enfermagem, entre outros (CONSELHO NACIONAL DE EDUCAÇÃO, 2001). Evidenciando que a enfermeira é o profissional competente para o exercício de gerência de diversos serviços de saúde e para os diversos níveis assistenciais.

Abordar a área de serviços hospitalares através da visão gerencial da enfermeira é relevante e convida à reflexão sobre as competências gerenciais desta no cenário hospitalar atual, tendo em vista que essa área de serviço tem sido afetada por mudanças na área do trabalho, em particular as mudanças advindas dos avanços das organizações privadas, bem como as relativas à implantação do modelo assistencial do SUS.

Nesse sentido, foi necessário adquirir competências novas, que sejam construídas a partir de uma realidade concreta, com aquisição de novos conhecimentos, com reflexão crítica que as capacite a atuar com dinamismo e adaptar-se aos novos desafios frente às novas tecnologias, bem como proporcionar ambientes de aprendizado contínuo para o desenvolvimento dos profissionais para que possam agir com competência nas suas áreas (BERNARDINO; FELLI; PERES, 2010).

Os hospitais ocupam lugar de destaque na rede de atenção à saúde. Nesse cenário são ofertados serviços de vários tipos e especialidades com grande concentração de serviços de média e alta complexidade que demandam elevado nível de recursos. Têm sido alvo de muitas mudanças que envolvem as dimensões de ensino e pesquisa, da política financeira assistencial, organizacional e social e de apoio aos diversos serviços de saúde. O MS tem

investido na sua organização, adequando a abrangência das suas funções, redefinindo as diretrizes que buscam a melhor posição no cenário sanitário e maior inserção na rede de serviços de saúde (BRASIL, 2013c).

O MS considera que “a formulação e implementação de políticas e estratégias de reforma da atenção hospitalar no SUS são, sem dúvida, um dos maiores, senão o maior desafio da atual gestão ministerial” (BRASIL, 2013c, p. 12). Estes como integrantes da RAS devem atuar de forma articulada com a Atenção Básica de Saúde, e constituem-se em espaços de educação, formação de recursos humanos, pesquisa e avaliação de tecnologias em saúde para a RAS. Apresenta a definição de hospital como:

instituição complexa, com densidade tecnológica específica, de caráter multiprofissional e interdisciplinar, responsável pela assistência aos usuários com condições agudas ou crônicas, que apresentem potencial de instabilização e de complicações de seu estado de saúde, exigindo-se assistência contínua em regime de internação e ações que abrangem a promoção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento e a reabilitação (BRASIL, 2013a, Art. 3º).

Em consonância com os princípios do SUS, a Política Nacional de Atenção Hospitalar, que trata da atenção hospitalar, se fundamenta em diretrizes como a universalidade de acesso, equidade e integralidade na atenção hospitalar com regulação assistencial, definição da abrangência territorial e populacional. Como ideal os hospitais devem estar integrados à RAS, com adoção de modelo de atenção humanizado centrado no cuidado multiprofissional e interdisciplinar ao usuário em consonância com a PNH (BRASIL, 2013a).

Dentre as inúmeras ações, esta política recomenda a adoção de medidas para a garantia da qualidade da atenção hospitalar, segurança do paciente e efetivação da gestão de tecnologia em saúde. Tendo como eixos estruturantes da atenção a assistência hospitalar, a gestão hospitalar, a formação, o desenvolvimento e gestão da força de trabalho, o financiamento, a contratualização, e a responsabilidades das esferas de gestão como norte para os gestores dos serviços hospitalares (BRASIL, 2013a).

As recomendações ministeriais observadas na Política Nacional de Atenção Hospitalar, relacionadas à assistência hospitalar estão em evidência no Manual de Boas Práticas de Funcionamento para os Serviços de Saúde no país, as quais estão fundamentadas no gerenciamento da qualidade total, na humanização da atenção e gestão, e na redução e controle de riscos aos usuários e meio ambiente. Este recomenda que: “O serviço de saúde deve desenvolver ações no sentido de estabelecer uma política de qualidade envolvendo estrutura, processo e resultado na sua gestão dos serviços” (BRASIL, 2011a, Art. 5º).

Inclusive com o estabelecimento de estratégias e ações voltadas para segurança do paciente, entre tantas outras a RDC N°. 63 de 25 de novembro de 2011 (BRASIL, 2011a).

Frente ao resumido panorama de recomendações ministeriais destinadas à observância de ações pelas instituições hospitalares, pode-se destacar que no centro está a oferta de assistência qualificada, no caso, em alta complexidade, tendo o perfil dos usuários com altos índices de morbimortalidade e a demanda frequente de profissionais de enfermagem qualificados e inseridos nesse contexto assistencial. Esse é um cenário profícuo e exige que os profissionais de saúde devam atuar em todas as dimensões administrativas, legais, éticas e técnicas entorno desse centro que é prover a assistência em alta complexidade cardiovascular.

Visto pelas vertentes da formação, da regulamentação e do que está posto em termos das normativas ministeriais para a atenção hospitalar, há consonância entre os conteúdos disciplinares e de regulamentação profissional, evidenciando que a enfermeira tem prontidão para a atuação relevante nos serviços de alta complexidade na assistência, bem como para atuar nas demandas da gerência presentes nos serviços hospitalares com atitude e dinamismo para alcançar tamanhos desafios assistenciais e gerenciais enunciados, tendo em vista a diversidade e complexidade de ações em demanda contínua.

2.2.3 A abordagem gerencial das enfermeiras

A abordagem gerencial e do processo de trabalho da enfermeira tem sido discutida por diversos estudos. Nesse sentido, Paula *et al.* (2013), na atenção básica, identificaram que o processo de trabalho da enfermeira foi classificado nas seguintes dimensões: assistência, gerência, educação, pesquisa e participação política. Foram identificadas competências gerais como: comunicação, liderança, educação permanente e tomada de decisão, que estão relacionadas com as atividades da enfermeira.

As competências de comunicação e de liderança foram as mais presentes nas variadas atividades e são os principais elementos de ligação entre a dimensão gerencial e as competências gerais. O detalhamento das competências gerais em competências específicas aponta que as mais realizadas pelas enfermeiras foram gerenciamento de informações, gerenciamento de pessoas, negociação e trabalho em equipe (PAULA *et al.*, 2013).

Com relação ao atendimento de alta complexidade, Azevedo, Scarparo e Chaves (2013) consideram que o atendimento nos casos de emergência em trauma exige que os serviços de saúde e os profissionais utilizem uma variedade de práticas, para atender

demandas que exijam ações específicas de intervenção de saúde em tempo hábil. Para tal, demanda das enfermeiras: conhecimento científico, gestão de recursos, de serviços, gestão da tecnologia, desenvolvimento de competências para as relações interpessoais e para as e comunicações. Demandam ainda organização com rotina de trabalho para pacientes graves e o desenvolvimento de procedimentos complexos para a assistência.

O resultado desse estudo aponta que as ações gerenciais utilizadas pelas enfermeiras no serviço de atendimento ao trauma envolvem a organização da unidade e da assistência, a coordenação e articulação das equipes de profissionais, bem como a mobilização de recursos, de forma a assegurar a disponibilidade e a qualidade dos recursos materiais e da infraestrutura, bem como do número de profissionais suficiente para prestar os cuidados adequados. Demanda dos gerentes dos serviços à utilização de protocolos aceitos internacionalmente para padronização de atendimento da equipe de saúde em busca de qualidade, bem como a participação na implementação de políticas públicas de acessibilidade. O resultado também apresenta a dualidade entre as ações de cuidar e gerência da enfermeira (AZEVEDO; SCARPARO; CHAVES, 2013).

Em estudo de Hickey *et al.* (2012) considerou-se que características da equipe de enfermagem e as organizacionais influenciam os resultados dos cuidados aos pacientes em terapia intensiva pediátrica. Após consenso, especialistas reafirmam a complexidade dessa assistência e a importância de se ter um ambiente ideal para o cuidado. Foi incluído no estudo que as variáveis relacionadas à estrutura e ao processo eram: número de enfermeiras, nível de escolaridade, tempo de trabalho integral e tempo parcial das enfermeiras, educação em enfermagem, a experiência clínica geral, a experiência global da UTI, certificação de especialidade, recursos indiretos, processos de atendimento, certificação com reconhecimento nacional da instituição, e as características físicas da UTI.

Como conclusão, as autoras encontraram diferenças nas características de enfermagem das UTIs cardíacas. Um pouco mais da metade da força de trabalho da enfermagem tinha cinco anos ou menos de experiência clínica. Destacam a importância dos recursos indiretos para apoiar as enfermeiras, favorecendo a oportunidade para padronizar modelos de atenção interdisciplinar, bem como a cultura de certificação do trabalho de gerência das enfermeiras, assim como a certificação de especialidade. Recomendam a contínua atividade de educação das enfermeiras para a especialidade (HICKEY *et al.*, 2012).

O estudo de Oliveira *et al.* (2013) analisou a estrutura gerencial para o manejo da dor em pessoas portadoras da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida, tendo encontrado, entre outros benefícios, a constatação da necessidade de repensar o modo atual de atendimento da

dor na instituição estudada, o que implica reestruturar o modelo de gerenciamento do cuidado ao paciente hospitalizado, aprimorar os recursos organizacionais, materiais e humanos atuantes, capacitando-os para a avaliação da dor como rotina, além de desenvolver a cultura de análises e registros acurados desse sintoma, para que terapêuticas sejam mais bem implementadas e garantam satisfação analgésica ao paciente (OLIVEIRA *et al.*, 2013).

Em pesquisa realizada no Sul do País, Montezelli, Peres e Bernardino (2011) procuraram caracterizar as atividades gerenciais da enfermeira em um Pronto-Socorro, tendo destacado que a gerência está voltada para atender às demandas institucionais e às demandas do cuidado de enfermagem. Em síntese, foi pontuado que enfermeiras vivenciavam o dilema entre a ênfase burocrática do trabalho exigida pela organização e o gerenciamento voltado à assistência de enfermagem, ainda com o favorecimento das ações cartesianas da administração clássica. O estudo é relevante, pois o cenário de investigação favorece a incorporação de novos saberes e novas tecnologias para o atendimento de urgência e emergência, o que envolve a gerência de enfermagem nesse serviço.

O estudo de Manenti *et al.* (2012) ressaltou a importância da reflexão sobre o processo de trabalho, de questões comuns como: atingir metas, diminuição de custos, exigência de manutenção e melhoria da qualidade da assistência prestada, que, somados à insuficiência de recursos humanos, denotam a complexidade e o comprometimento direto nos resultados assistenciais e gerenciais do trabalho da enfermeira.

Enfrentar esses desafios demanda dos gerentes conhecimento técnico- científico, educação, exercício de liderança e a criação de oportunidades, além do desenvolvimento de competências ético-políticas e competências comunicativas que abarcam o autoconhecimento, o saber relacionar-se, lidar com pessoas difíceis, situações dilemáticas e saber gerenciar conflitos, sendo estes alguns dos desafios mais importantes de quem assume a coordenação de serviços e gerência de pessoas (MANENTI *et al.*, 2012).

Com isso, é possível visualizar que o desenvolvimento gerencial deve abranger as competências que abarquem todas as dimensões do processo de trabalho gerencial: a técnica, a ético-política, a comunicativa e de cidadania. Os autores afirmam que esse estudo contribuiu ao direcionamento para as atividades de recrutamento, de seleção e de desenvolvimento de pessoal realizados pelo serviço de educação continuada, bem como à produção de conhecimento no âmbito do processo de trabalho gerencial da enfermeira em serviços distintos (MANENTI *et al.*, 2012).

No que diz respeito à comunicação como uma dimensão importante no trabalho gerencial, de acordo com Santos *et al.* (2011), foi demonstrado que, embora haja dualidade na

concepção sobre a comunicação, denotando que uma parte da equipe entende a comunicação como uma relação dialógica e de compartilhamento de uma mensagem, outra parte entende como a transmissão de informação. Todavia, foi visto que a maior preocupação foi com a emissão das mensagens do que o efeito ou a ação que elas devem desencadear no grupo de trabalho. Percebe-se que esse fato é preocupante, pois denuncia a possibilidade de desenvolvimento de ações pouco reflexivas e mais protocolar, tendo de quem emite como de quem recebe a mensagem.

Os autores consideram que a comunicação é um importante instrumento de trabalho no exercício gerencial da enfermeira, uma vez que esse profissional desempenha uma função articuladora e mediadora das atividades profissionais relacionadas ao cuidado do ser humano hospitalizado no contexto da organização do trabalho em saúde e da enfermagem, o que sem dúvida reflete na qualidade da assistência ofertada (SANTOS *et al.*, 2011).

Para McCallin e Frankson (2010), o estudo sobre a sobrecarga da função da gerente de enfermagem apontou três temáticas distintas como a ambiguidade da função, a falta de preparo para exercer a gerência e a sobrecarga da função. Foi percebido que as enfermeiras especialistas clínicas não necessariamente seriam boas gestoras, e ao assumirem uma posição de gerência sem apoio organizacional, ficam vulneráveis para cumprir a transição de um papel para o outro. O estudo aponta que a preparação para a gerência organizacional foi mínima, inexistente, prematura ou demasiado tardia, dificultando assim o enfrentamento dos desafios encontrados na função de gerente.

As autoras ainda evidenciaram que o papel da enfermeira gerente é complexo, ambíguo e exigente. Esse estudo mostrou que esses aspectos surgem particularmente quando as enfermeiras especialistas são designadas para a função sem o preparo para a gestão. Recomendam a preparação para as futuras líderes de enfermagem com o planejamento de sucessão e com a pós-graduação, e ainda o preparo específico antes de assumir cargos de gerência (MCCALLIN; FRANKSON, 2010).

Outro estudo relata que as atividades assistenciais foram as mais realizadas em relação às atividades administrativas na rotina diária das enfermeiras. As atividades administrativas mais realizadas foram: passagem de plantão, realização de escala diária e de tarefas de funcionários e gerenciamento de exames. As atividades assistenciais mais realizadas foram: implementação da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), como evolução e prescrição de enfermagem e relacionamento com a equipe multiprofissional. As atividades mais prazerosas foram: assistência direta ao paciente, avaliação do paciente e implementação da SAE. As atividades menos prazerosas foram: rotinas administrativas e burocráticas,

justificativa de queixas/resolução de problemas e realização de escalas de funcionários (LUVISOTTO *et al.*, 2010).

Verificou-se também, em outro estudo, que a estrutura do serviço de enfermagem hierarquizada, com postura autoritária e centralizadora junto aos demais profissionais, contribui muito para dificultar o desenvolvimento do trabalho em equipe, assim como a falta de estrutura e recursos adequados, pois essas questões dificultam a qualidade da assistência prestada ao paciente crítico e são fatores limitadores para o trabalho da gerência (FERNANDES DE AGUIAR *et al.*, 2010).

Com o objetivo de analisar a dimensão gerencial do processo de trabalho da enfermeira para identificar e compreender as possíveis articulações entre essa dimensão e a assistencial, Hausmann e Peduzzi (2009) identificaram nos dados empíricos três dimensões: a) dimensão gerencial do processo de trabalho da enfermeira, b) articulação entre a dimensão gerencial e assistencial do processo de trabalho da enfermeira; e c) gerenciamento do cuidado. Neste último, foi observado que o grupo pesquisado entende a gerência do cuidado como o desenvolvimento de boas práticas em enfermagem e ainda como motivação regulatória, sendo insipiente a utilização de planejamento de enfermagem com foco nas necessidades de saúde dos pacientes e integração dos serviços com a finalidade de promover um cuidado integral, apesar da utilização da SAE.

Na área da cardiologia, foram observados estudos na área da saúde do adulto e da criança, discutindo a importância da abordagem da estrutura, da qualificação dos profissionais e da adoção de protocolos baseados em evidências para a atenção especializada em cardiologia, como o estudo para explorar o impacto de cuidados de enfermagem em pacientes críticos e o impacto dos fatores organizacionais sobre a mortalidade intra-hospitalar para pacientes de cirurgia cardíaca utilizando variáveis de estrutura e de processos de atendimento (HICKEY *et al.*, 2013).

Os resultados desse estudo revelaram o aumento na probabilidade de mortalidade intra-hospitalar para as enfermeiras com menos de dois anos de experiência. Entretanto os níveis mais elevados de experiência e de formação dos profissionais de enfermagem em terapia intensiva pediátrica estiveram associados com menos mortes de pacientes, podendo considerar que a redução de 20% ou menos de equipe de enfermagem e a inexperiência está associada ao aumento da mortalidade no contexto do estudo (HICKEY *et al.*, 2013).

Os autores desse estudo concluem que o conhecimento dos efeitos dos fatores que interferem sobre a mortalidade podem favorecer diretores, executivos e líderes de enfermagem a adotarem medidas como a promoção de políticas de treinamento

supervisionado das enfermeiras, medidas que favoreçam a permanência das mesmas nas instituições, além do que essas medidas podem contribuir para os registros de métricas de qualidade nacional (HICKEY *et al.*, 2013).

Outro estudo aponta que o atendimento de pacientes cardíacos e não cardíacos no mesmo ambiente, com diversificada variedade de níveis de gravidade, tem ocasionado insatisfação de enfermeiras que trabalham em Unidade de Cuidado Coronário (CCU), resultando em falta de especialização de enfermeiras, êxodo de enfermeiras experientes e a consequente perda de altos funcionários. Esta situação causou impacto dramático sobre a qualidade do cuidado ao paciente favorecendo o aumento de eventos sentinela, tornando-se mais um estressor para as enfermeiras desse serviço, além do comprometimento da qualidade do cuidado ofertado, da segurança em saúde e dos resultados desses cuidados aos pacientes (DRISCOLL *et al.*, 2013).

O debate sobre a relação entre a força de trabalho de enfermagem, em particular as qualificações e habilidades, e os resultados dos cuidados ofertados aos pacientes em unidades de atenção crítica tem relevância, pois em concordância como o National Health and Hospital Reform Commission, a força de trabalho de CCU precisa ser altamente especializada e qualificada, sendo fundamentais, tanto para os cuidados de saúde como para enfrentar os desafios do sistema de saúde. A diversificação da estrutura da força de trabalho no CCU, alteração do ambiente físico e deslocamento profissional são percebidos como uma ameaça direta à qualidade e à segurança dos doentes cardíacos de alto risco (DRISCOLL *et al.*, 2013).

Em consonância com os resultados desse estudo os autores recomendam que o atendimento a esses pacientes deva ocorrer em CCU especializado, composto por quartos individuais. Este deve ser dirigido por um especialista em cardiologia, ter gerente de enfermagem especialista em cuidado crítico e a equipe de enfermeiras deve ser composta com o mínimo de 75% de especialistas em cuidados intensivos (DRISCOLL *et al.*, 2013).

Consideram que o surgimento das CCU tenha sido um dos avanços mais importantes para esse grupo de pacientes e continuará sendo pela complexidade própria desse grupo de doenças e complicações, pela complexidade do perfil de pacientes mais idosos com presença de comorbidades, impondo ainda maiores exigências sobre os recursos e a força de trabalho de CCU (DRISCOLL *et al.*, 2013).

O estudo de Rolley *et al.* (2011) objetivou desenvolver um conjunto de diretrizes visando apoiar as enfermeiras na avaliação, no monitoramento e na intervenção de enfermagem para pacientes submetidos à Intervenção Coronária Percutânea (PCI). Utilizaram como planejamento das diretrizes as principais fases do caminho que o paciente percorre

como: reconhecimento dos sintomas; orientações sobre aspectos de tratamento e cuidados a saúde, avaliação de fatores de risco, recomendações de triagem cuidados pré, trans e pós-procedimentos, avaliação e controle de complicações, orientações para a alta e para a prevenção secundária. Essas diretrizes foram desenvolvidas usando uma abordagem sequencial segundo recomendação das National Health and Medical Research Council Guidelines.

No estudo citado os autores observaram apoio limitado à prática de enfermagem relacionada à PCI, o que provavelmente contribuiu para a ausência de recomendações mínimas sobre as normas para prática de enfermagem nessa área, dificultando o acompanhamento e o desenvolvimento de padrões para a avaliação dos resultados em enfermagem (ROLLEY *et al.*, 2011).

Os autores reconhecem que os avanços tecnológicos para a gestão de PCI continuarão a crescer nos próximos anos, sendo necessário ter o melhor conjunto de evidências possível para apoiar e melhorar os resultados clínicos. Ressaltam que as diretrizes desenvolvidas nesse estudo auxiliaram no processo de apoio clínico e orientações para a prática de cuidado de enfermagem cardiovascular. Consideram que é necessária a realização de mais pesquisas para desenvolver uma base documental sólida com recomendações em relação ao cuidado de enfermagem nas intervenções coronárias percutâneas (ROLLEY *et al.*, 2011).

A observância desses estudos aponta que a ação gerencial de enfermagem em serviço de saúde abrange um leque de possibilidades, evidenciando a amplitude em que são abordadas as dimensões de gerência em serviço de enfermagem, desde a visão macro da gerência até as ações mais corriqueiras, evidenciando a especificidade de ações em serviços especializados como a alta complexidade e que esta exige das enfermeiras conhecimentos, habilidades e o uso de ferramentas para auxiliar no gerenciamento.

Ressalta-se nesse contexto a complementaridade das ações de gerência e de cuidado em que a gerência de serviço no contexto hospitalar de alta complexidade tem como foco a oferta de cuidados especializado, bem como influencia a organização dos serviços e no resultado do cuidado. Todavia, a função gerencial deve ser qualificada e o profissional deve ser preparado para tal.

2.3 AVALIAÇÃO EM SAÚDE COMO ESTRATÉGIA PARA ALCANÇAR A QUALIDADE NOS SERVIÇOS DE SAÚDE

Alguma forma de observar os serviços de saúde em prol da qualidade do mesmo remonta do início do século passado, especialmente nos EUA e Canadá, com o planejamento de ações voltadas para a efetuação de registro, alguns parâmetros de trabalho, o custo e o resultado das ações médicas (FELDMAN; GATTO; CUNHA, 2005). Florence Nightingale também foi uma das pioneiras, inovou em ações, mediu e avaliou fenômenos, desenvolveu métodos de coleta de dados, de registros e arquivamentos. Adotou medidas higiênicas relacionadas ao processo de cuidado aos feridos de guerra e do ambiente (LOPES; SANTOS, 2010).

A utilização de método de avaliação na área do planejamento, da epidemiologia e das ciências sociais esteve presente na agenda das políticas públicas ao longo do tempo. Atualmente percebe-se a ampliação com relação ao uso de métodos para a avaliação epidemiológica para quantificar as práticas clínicas, bem como para a área de avaliação de programas, de serviços e de políticas de saúde em que se observa um processo de expansão e de diversificação conceitual, de enfoques teóricos sobre o tema e de aprofundamento em métodos de pesquisa de avaliação em saúde (FURTADO; VIEIRA-DA-SILVA, 2014).

Para além dos aspectos clínicos a avaliação em saúde está se constituindo em uma ferramenta de apoio à gestão dos serviços de saúde para a tomada de decisões de várias naturezas, tendo em vista a implementação de políticas de saúde e o compromisso com a melhoria da qualidade dos serviços de saúde por considerar tanto o foco nos objetivos assistências e administrativos ofertados quanto as necessidades de saúde da população de forma a alcançar um resultado concreto para ambos (TANAKA; TAMAKI, 2012).

A avaliação é um tema antigo, extenso e abrangente, o que o torna difícil de enquadrar em uma única definição. As definições de avaliação são numerosas e pode-se considerar que cada avaliador constrói a sua. Frente às diversas possibilidades de expressão nos diferentes campos geram essa polissemia conceitual e metodológica (CONTANDRIOPOULOS, 1997).

Segundo Hartz *et al.* (2008), avaliar significa formar opinião e emitir juízo de valor sobre determinado assunto. Podem ser resultados do uso de critérios e normas ou baseado em projetos de pesquisa. Em complemento, Contandriopoulos (1997) se refere à avaliação enquanto uma ação inerente ao processo de aprendizagem que agrupa múltiplas e diversas realidades. Defende que a avaliação sobre uma intervenção ou sobre qualquer um de seus componentes auxilia na tomada de decisões. Este julgamento pode ser resultado da aplicação

de critérios e de normas (avaliação normativa) ou pode ser se elaborado a partir de um procedimento científico (pesquisa avaliativa).

A avaliação em saúde pode permear uma simples averiguação das práticas sociais para emissão de um julgamento, até uma pesquisa avaliativa com diversos enfoques e dimensões. Pode averiguar as relações entre as práticas e as necessidades de saúde da população em resposta as questões econômicas, políticas e ideológicas, bem como em resposta às necessidades de intervenções capazes de modificar quadros sanitários, e ainda efetuar a verificação das dificuldades enfrentadas para realizar e modificar as práticas e que influenciam na oferta de saúde para a população (SANCHO; DAIN, 2012).

A utilização de pesquisa avaliativa favorece a utilização de diversas abordagens e diversas dimensões do objeto de análise em foco. Tem sido estudada e aplicada em grandes áreas com a finalidade de alcançar transformações de práticas como a área clínica, epidemiologia, planejamento e administração (SANCHO; DAIN, 2012), assim como as ciências sociais, a economia, a pesquisa clínica e epidemiológica e no direito (CRUZ, 2011), além de análises de uma intervenção, seja ao nível de política, programa ou em projetos do sistema de saúde (CRUZ, 2011; FERNANDES; RIBEIRO; MOREIRA, 2011) com grande complexidade teórico-conceitual e da multiplicidade metodológico-operacional. Trata-se de um campo ainda em formação (FERNANDES; RIBEIRO; MOREIRA, 2011).

A recomendação de Tanaka e Tamaki, (2012) para realização da avaliação para a gestão de serviços de saúde considera que deva ser útil para alcançar a meta assistencial; oportuna para a tomada de decisão em tempo hábil; factível em termos técnicos, econômicos, políticos e capaz de produzir os efeitos esperados das decisões, com escolhas viáveis e sobre as quais tenha governabilidade. Devem ser confiável com coerência, racionalidade e consistência para que subsidie a tomada de decisão, além de ter objetividade em relação a existência de limites e disponibilidade de tempo e dos recursos, bem como ter clareza da direcionalidade da avaliação para a gestão de serviços de saúde na condução da resolução dos problemas donde originaram a avaliação proposta.

Independente do alinhamento em torno da definição de avaliação, da área, ou objeto, há consenso em relação ao julgamento na avaliação, por isso é necessária a exposição clara dos critérios e parâmetros reconhecidos pelos interessados como confiáveis para serem julgados. O julgamento nem sempre é neutro, pode se observar características subjetivas que influenciam a avaliação, sendo importante reconhecer esse fato para que, no processo avaliativo se crie uma linha de negociação das partes para melhor aproveitamento dos resultados (CRUZ, 2011). Outro ponto importante é que um avaliador deve ter em mente a

clareza dos objetivos propostos para um processo avaliativo (CONTANDRIOPOULOS, 1997).

O processo avaliativo é relevante para a área administrativa e para a gestão considerando que os resultados da avaliação subsidiam o planejamento e a gestão, sendo suporte para a formulação de políticas, para o processo decisório e para a formação dos sujeitos envolvidos. Dessa forma, alguns pontos devem ser observados, como a definição das responsabilidades de quem solicita a avaliação e as responsabilidades de quem avalia, pois esse fato pode auxiliar no aprimoramento dos resultados, dos conhecimentos produzidos, bem com o auxiliar na incorporação a realidade em questão (CRUZ, 2011).

Tendo em vista a relevância das relações intrínsecas entre planejamento, gestão e avaliação, deve-se primar pela qualidade das informações a fim de aproximar os planejadores dos executores, bem como valorizar a realização de avaliações, minimamente na implementação de políticas de saúde, mas ter como ideal um processo permanente e contínuo. Em sua opinião, a elaboração de um plano de avaliação deve tomar como base o diagnóstico da situação como uma linha de base para o planejamento de ações, utilização dos achados da avaliação que poderão orientar melhor o trabalho da gestão (CRUZ, 2011).

Observa-se que Hartz (2012) concorda com Cruz (2011) quanto à definição de responsabilidades de quem encomenda e quem gerencia os estudos avaliativos e reitera que, na perspectiva de uma gestão orientada por resultados, a pesquisa avaliativa, embora não deva ser única, é uma ferramenta importante para a gestão pública e para o funcionamento do sistema político, de modo que possam se apropriar dos resultados dos conhecimentos produzidos e integrá-los à sua realidade. Recomenda que seja incorporada às instituições públicas, seja no âmbito da gestão nacional, municipal ou local monitoradas.

No campo internacional, a avaliação, enquanto processo social, formal e sistemático, obedeceu a um esforço legítimo e institucionalizando a prática consistente para o julgamento na implementação das políticas públicas. No Brasil esse processo é recente, sendo observadas iniciativas de setores ou unidades de monitoramento e avaliações de programas de saúde. Entretanto, falta ainda organização para a sua condução como processo que integre as áreas de interesse (CRUZ, 2011).

Em relação ao sistema de saúde, esforços têm sido realizados no sentido de institucionalizar a prática avaliativa nos serviços de saúde, como, por exemplo, através de orientações normativas como o Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde. Nesse sentido, a avaliação constitui-se fundamental pela revisão e reorientação das ações de saúde, reordenamento da gestão e da atenção com a finalidade de:

avaliar a eficiência, eficácia e efetividade das estruturas, processos e resultados relacionados ao risco, acesso e satisfação dos cidadãos frente aos serviços de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS), buscando a apreensão mais completa e abrangente possível das suas realidades, em suas diferentes dimensões, na busca da resolubilidade e qualidade (BRASIL, 2015b, Art. 2).

As normas expostas estão em consonância com as boas práticas em saúde (BRASIL, 2011a) em busca da qualidade dos serviços de saúde que garantam a integralidade de ações, a acessibilidade, a participação multidisciplinar e a garantia de ausência de risco e maior nível de segurança nas ações de saúde. Estão também em consonância com as recomendações da PNACAC as quais retratam os interesses propostos pelo modelo de saúde vigente. Parece óbvio também que o campo da avaliação em políticas públicas ainda é uma arena a ser explorada (FERNANDES; RIBEIRO; MOREIRA, 2011).

No caso específico de enfermagem, no estudo de Chaves e Tanaka (2012) foi utilizada a avaliação como fermenta da gestão no serviço de enfermagem, identificando-se que os resultados respaldam a tomada de decisão com mais clareza, auxiliando na melhoria das intervenções assistenciais e na reorganização das práticas de enfermagem no contexto da saúde, no contexto político, econômico, social e profissional.

Favorece também a inserção profissional no âmbito da política institucional, bem como na tomada de decisão junto às organizações. Esses atributos são relevantes para o sistema de saúde, pois as enfermeiras têm, na sua formação, conhecimentos da área assistencial e gerencial, que as capacita a centrar as ações no cuidado, bem como na gerência serviços de saúde. Isso tem favorecido a atuação das enfermeiras e a sua contribuição para a implantação e a manutenção de políticas de saúde ao longo dos anos (CHAVES; TANAKA, 2012).

A avaliação em saúde é uma área de conhecimento extensa, abrangente o que a torna difícil de enquadrar em conceitos e revisões sintéticas. Entretanto, entende-se que o cerne da questão da avaliação é alcançar a qualidade na oferta assistencial, nos serviços, políticas e programas. Nesse sentido, para a avaliação da qualidade sob a égide da abordagem positivista, têm sido utilizados os eixos estruturantes propostos por Donabedian. Na década de 60 ele propõe a avaliação da qualidade da atenção médica, mas a difusão desse modelo ampliou-se na década de 80 em busca da valorização dos serviços de saúde (NOVAES, 1996). Na próxima sessão será apresentada uma síntese de algumas das suas abordagens.

2.3.1 Avaliação da qualidade proposta por Avedis Donabedian

Avedis Donabedian (1919 - 2000) foi médico epidemiologista e professor. Graduou-se pela American University of Beirut. Praticou medicina de família em Jerusalém e, devido ao seu trabalho, foi para a Universidade de Harvard, onde cursou mestrado em saúde pública em 1955. Mais tarde, foi para a Escola de Saúde Pública da Universidade de Michigan, permanecendo como Professor. Foi Membro do Emérito de Saúde Pública, membro do Institute of Medicine of the National Academy of Sciences dos Estados Unidos e membro honorário da Royal College of General Practitioners do Reino Unido e da Academia Nacional de Medicina do México (FRENK, 2000).

Através de sua dedicação aos estudos acadêmicos, construiu um *corpus* de mais de vinte livros e mais de 100 artigos, entre eles sua obra chave “Explorations in quality assessment and monitoring” em três volumes, além de inúmeros artigos traduzidos em diversos idiomas, além de incontáveis palestras. Avedis Donabedian transformou o modo de pensar sobre os sistemas de saúde (SUÑOL; FRENK, 2001).

À frente do seu tempo, ele explicou a complexidade da relação dos eventos sociais e a saúde, traçando um novo sentido de pensar no campo de trabalho em saúde e de pesquisas futuras. Obteve reconhecimento mundial pela grande contribuição proveniente do seu trabalho e pela sistematização dos conhecimentos dentro da área das ciências da saúde, particularmente na melhoria da qualidade em saúde (SUÑOL; FRENK, 2001).

Dessa forma, o resultado do seu trabalho no campo da saúde esteve relacionado à investigação dos sistemas de saúde e também pela sua experiência e reflexão da sua própria ação nesse ambiente, dentro do qual Donabedian focou sua atenção na qualidade e avaliação dos cuidados médicos, para possibilitar a transformação das práticas em benefício do paciente. Essa visão tem origem não somente nas necessidades de saúde, mas na “interação sutil e complexa de fatores afetivos, cognitivos, interesse, sociais, econômicos, ecológicos e culturais” (DONABEDIAN, 1990a, p. 29, tradução nossa).

Para Donabedian, a qualidade da atenção é atendida quando a qualidade alcançada o máximo e mais completo bem estar que se espera proporcionar ao usuário, depois de se avaliar o balanço de ganhos e perdas que acompanha todas as partes do processo. O enfoque do autor está centrado no cuidado direto ao paciente. Dessa forma, acredita que a qualidade deva ser alcançada desde o mais simples e completo modo de cuidado até o modo mais complexo do cuidado, seja ele ofertado pelo médico ou por outros profissionais de saúde (DONABEDIAN, 1980a).

Aborda a qualidade de forma minuciosa, ao argumentar que para medir a qualidade de atenção médica tem que descobrir o significado da qualidade em si. A qualidade é uma propriedade do cuidado médico que pode ter graus variados. Aborda a gestão do cuidado para a avaliação da qualidade em três domínios, o técnico e o interpessoal e os aspectos de conforto. A qualidade do cuidado técnico consiste na aplicação da ciência e tecnologia médica numa maneira que maximize seus benefícios à saúde sem ao mesmo tempo aumentar os riscos. O grau de qualidade é, portanto, a extensão na qual o cuidado fornecido é o esperado alcançar, se este foi ofertado de acordo com o planejado (DONABEDIAN, 1980a).

A gestão da relação interpessoal deve seguir os valores e normas definidas socialmente que governam a interação de indivíduos em situações gerais e particulares. Essas normas são reforçadas pelo código de ética médica e pelas expectativas e aspirações dos pacientes em particular. O grau de qualidade da relação interpessoal é medido pela extensão da conformidade desses valores, normas, expectativas e aspirações. A dimensão de conforto ou bem-estar é um terceiro aspecto a ser observado, na opinião de Donabedian, para alcançar a qualidade na oferta do cuidado. Ressalta que as questões de conforto nas instalações e ambiência das instituições ou das unidades de serviços, proporcionam uma atenção mais confortável (DONABEDIAN, 1980a).

Acredita que a natureza do cuidado técnico e o seu nível de sucesso podem influenciar nas relações interpessoais e vice-versa. Se a relação interpessoal for boa, o nível do cuidado também poderá ser. Uma avaliação dos benefícios e riscos, não importando sua natureza, deve ser compartilhada pelos pacientes e pelos profissionais responsáveis pelo cuidado. Tudo isso nos leva a acreditar no conceito de que a qualidade de cuidado é maximizada com a inclusão de fatores que contribuam para o conforto e bem-estar do paciente (DONABEDIAN, 1980a).

Ao detalhar a finalidade de controle de qualidade, propõe a vigilância constante dos aspetos enunciados e dos processos, de modo que qualquer desvio às regras possa ser detectado precocemente e corrigido. Nesse sentido, a avaliação da qualidade objetiva determinar o grau de sucesso alcançado em relação a alguns fatores como: **1-** o fenômeno que constitui o interesse a ser avaliado, **2-** os atributos do fenômeno sobre o qual vai se emitir um julgamento; e os **3-** os critérios e normas que colocam cada atributo em uma escala que vai de melhor para a pior possibilidade. Essa não é uma tarefa fácil devido à considerável falta de clareza sobre cada um desses três elementos, o que leva a causar problemas e desacordos na avaliação da qualidade (DONABEDIAN, 1978).

Especificamente a partir do final dos anos 80, Donabedian (1988) apresenta como eixos para abordar a avaliação sistematizada da qualidade nos sistemas de saúde três

categorias: estrutura, processo e resultado. Segundo ele, o conhecimento sobre o relacionamento entre estrutura e processo ou entre estrutura e resultado origina-se das ciências organizacionais.

Para Donabedian os aspectos da **estrutura** a serem avaliados estão baseados em aspectos bem compreendidos sendo relacionados ao ambiente onde o cuidado ocorre, ou seja, os **recursos materiais**, como as instalações, os equipamentos e os recursos financeiros; os **recursos humanos** como o número e qualificação do pessoal e a **estrutura organizacional**, como a organização do *staff* médico e os métodos de reembolso da instituição (DONABEDIAN, 1988).

Inclui ainda **processos administrativos** de vários tipos, que prestam apoio e orientação para a oferta de cuidados, a estrutura administrativa e de funcionamento dos programas e instituições que prestam assistência médica; organização fiscal entre outros. Com relação aos recursos humanos, ressalta que, além dos aspectos citados, deve-se preocupar com a adequação e organização de pessoal médico (DONABEDIAN, 2005). Na atualidade, acredita-se que a avaliação da assistência não deva ser apenas médica, mas à saúde de modo geral e que a adequação e organização devam ser estendidas a todos os profissionais e serviços de saúde.

A avaliação do **processo** está direcionada para o que é realmente feito para a oferta e recebimento de cuidado de saúde. Isso inclui atividades do paciente em procurar e dar continuidade ao tratamento, bem como as atividades dos profissionais de realizarem um diagnóstico e recomendação ou implementação do tratamento (DONABEDIAN, 1988).

Ao se reportar à utilização do processo (ou seja, parâmetros dos procedimentos) para a avaliação de serviços, considera que esse aspecto possa estabelecer se a prática da medicina está correta, bem como propõe fundamentar-se em considerações tais como: o grau de adequação, integridade e rigor da informação obtida através da história clínica, exame físico e testes de diagnósticos; a justificativa do diagnóstico e do tratamento; a competência técnica na realização de procedimentos de diagnóstico e terapia, incluindo os cirúrgicos; as provas do acompanhamento preventivo do paciente em condições de saúde e de enfermidade; coordenação e a continuidade da atenção; e o grau de atenção que é aceitável para o usuário, entre outras (DONABEDIAN, 2005).

Para responder a esse elenco de recomendações é necessário especificar com profundidade as dimensões, valores e normas que serão utilizados na avaliação. A análise do processo e dos resultados podem inicialmente significar a separação entre meios e fins. Entretanto, o mais adequado é pensar em uma cadeia ininterrupta para alcançar outros fins.

Apesar de menos estáveis e definitivas para a medição, o monitoramento de processos é muito relevante como parte do processo avaliativo para estabelecer se a prática da medicina está correta (DONABEDIAN, 2005).

A avaliação dos **resultados** denota os efeitos do cuidado no *status* de saúde de pacientes e populações. Afirma que melhorias no conhecimento dos pacientes, mudanças saudáveis no comportamento dos mesmos e a avaliação do grau de satisfação dos clientes com os cuidados estão incluídas numa ampla definição do que seja o status de saúde. Todavia ao enumerar as vantagens para o uso dos resultados como critério para avaliar a qualidade do cuidado médico, afirma ainda que raramente se questiona a validade ou a legitimidade de utilizar resultados como dimensão da qualidade (DONABEDIAN, 1988).

Os indicadores mais utilizados apresentados no estudo sobre a avaliação da qualidade da atenção médica estavam relacionados à recuperação, à restauração da função e à sobrevivência. Cita como exemplos os estudos de taxas de mortalidade perinatal, taxas de mortalidade na cirurgia e de ajustamento social dos pacientes egressos de hospitais psiquiátricos. Estes são bastante aceitos em várias culturas, além de denotar a aparência de medição precisa (DONABEDIAN, 2005).

No entanto, algumas considerações devem ser efetuadas com o intuito de adequar o uso dos resultados para medir a qualidade do atendimento. Primeiro, deve-se determinar se o resultado da atenção é, na verdade, a medida correspondente a ser usada. Um determinado resultado pode não ser pertinente, pode ser influenciado por muitos outros fatores, além dos cuidados médicos, sendo necessário manter a avaliação de todos os outros fatores para se alcançar uma avaliação válida. Alguns resultados são facilmente medidos com taxas de mortalidade, entretanto a medição de outros pode ser difícil, pois demanda definição precisa do que avaliar e podem decorrer décadas para que sejam evidentes (DONABEDIAN, 2005).

Recomenda particularmente que precisa existir um conhecimento prévio da ligação entre estrutura e processo e entre processo e resultado antes de usá-los para avaliar a qualidade, mas afirma que a abordagem baseada nesse tripé para a avaliação da qualidade é possível, pois defende que uma boa estrutura aumenta a probabilidade de bons processos e bons processos aumentam a probabilidade de bons resultados (DONABEDIAN, 1988).

O autor argumenta ainda que, em se tendo as condições e os meios adequados, pode-se assegurar boa assistência médica. No entanto, tem o grande inconveniente de que muitas vezes a relação entre estrutura e processo, ou entre a estrutura e o resultado não está bem estabelecida (DONABEDIAN, 2005).

O legado da avaliação da qualidade por proposta por Donabedian está sistematizado de forma ampla nas dimensões de estrutura, processo e resultados (DONABEDIAN, 1980b), com a descrição dos atributos que podem ser agrupados conforme os sete pilares da qualidade: eficácia, efetividade, eficiência, otimização, aceitabilidade, legitimidade e equidade (DONABEDIAN, 1990b), além de inúmeras contribuições da sua obra que podem auxiliar na organização para a prática avaliativa.

Partindo do ponto de vista de que a enfermagem atua como coadjuvante no trabalho em saúde nos diversos campos, também está sujeita ao estabelecimento de critérios avaliativos a serem averiguados a fim de qualificar o seu processo de trabalho, seja assistencial ou gerencial, cabe a esse grupo de profissionais o estudo e a definição do modo como deve ser desenvolvido o processo de avaliação.

2.3.2 Nexos entre a PNACAC, os conceitos propostos por Avedis Donabedian e fundamentação teórica da enfermagem para a gerência de enfermagem nos serviços de cardiologia

Embora este não seja um estudo avaliativo, buscou-se efetuar os nexos entre as recomendações da PNACAC com a organização da Unidade de Assistência em Alta Complexidade Cardiovascular e com serviço de enfermagem nas unidades de atendimento ao paciente revascularizado do miocárdio, utilizando com base conceitual os três conceitos propostos por Donabedian de estrutura, processo e resultado (DONABEDIAN, 1980b).

Para tal foram utilizados os documentos normativos como Portaria/Legislação como a Portaria nº 1169/GM de 15 de junho de 2004, a Portaria nº 210 de 15 de junho de 2004, o Anexo I da Portaria nº 210 de 15 de junho de 2004 e a Portaria nº 123 de 28 de fevereiro de 2005 (BRASIL, 2004a; 2004b; 2004c). Esses documentos apontam as recomendações de forma geral e ampla, sendo necessário que os profissionais façam os detalhamentos e os nexos com a área de atuação, no caso, com os conhecimentos teóricos que fundamentam o exercício profissional das enfermeiras e a especificidade em cardiologia.

Em função da variedade e da quantidade de recomendações presentes no Anexo I da Portaria nº 210 de 15 de Junho de 2004, foram selecionadas aquelas contidas no item 1.3 Registro das Informações do Paciente; no item 1.4 - Estrutura Assistencial, 2.1 – Recursos Humanos; 2.2 - Exigências para a Unidade, 2.2.1 Equipe de Saúde Básica; 2.3 - Materiais e

Equipamentos; 2.5 - Rotinas e Normas de Funcionamento e Atendimento; e f - Protocolos de enfermagem (BRASIL, 2004b).

Após a seleção das recomendações contidas nos documentos normativos, foram agrupadas aquelas que compõem a estrutura organizacional da Unidade de Assistência em Alta Complexidade Cardiovascular e aquelas relacionadas aos processos de trabalho traduzidos em ações de enfermagem no atendimento aos pacientes que passam pelo atendimento à cirurgia de RM em adultos. Foi identificado ainda critério relacionado a resultado, entretanto o mesmo está descrito nas normativas como um critério da estrutura de assistência.

Com o detalhamento das ações, foi possível estabelecer os nexos das recomendações da PNACAC com a base conceitual organizativa dos conceitos de estrutura, processo e resultado de Avedis Donabedian (DONABEDIAN, 1988) e com as ações de enfermagem, tanto para a gerência de serviços como para a assistência especializada, com qualidade e com segurança.

O estabelecimento desse nexo possibilitou identificar a sintonia entre recomendações, os conceitos e as ações de enfermagem. A descrição desse elenco de ações evidencia a competência profissional das enfermeiras, bem como da prática gerencial de enfermagem em serviços de saúde e apontam para a organização de um modelo de gerência de enfermagem nos serviços em alta complexidade cardiovascular, conforme apresentado no Quadro 1.

Quadro 1 - Estabelecimento dos nexos entre a PNACAC, os conceitos propostos por Avedis Donabedian e a fundamentação teórica da enfermagem para a gerência de enfermagem nos serviços de cardiologia.

Base conceitual Avedis Donabedian	Portaria/Legislação Portaria nº 1169/GM Em 15 de junho de 2004 Portaria nº 210 de 15 de Junho DE 2004 Anexo I - Portaria nº 210 de 15 de Junho DE 2004 Portaria nº 123 de 28 de Fevereiro de 2005	Aspectos Gerenciais da Enfermagem
1 - ESTRUTURA	Unidade de Hospitalar de Assistência em Alta Complexidade Cardiovascular	
	1. Serviço de Cardiologia Intervencionista	
	2. Atendimento de Urgência/Emergência em Cardiologia por 24 horas	
	3. Acompanhamento ambulatorial pré-operatório e pós-operatório	
	4. Disponibilidade de sala cirúrgica eletiva e emergência	
	5. Salas para Procedimento Intervencionista	
	6. Número de leitos para internação	
	7. Sistema de registro em prontuário	
	8. Programa de reabilitação	Desenvolvimento de ações de enfermagem em programas de reabilitação
	9. Serviço de acompanhamento psicológico	
	10. Desenvolve ações de promoção e prevenção de Doenças do Sistema Cardiovascular	Desenvolvimento de ações de enfermagem em educação para a saúde
	11. Adere à Política Nacional de Humanização	Adesão à visita aberta e à visita estendida
	12. Desenvolve programa de avaliação de satisfação do usuário/cliente ¹	
	13. Adesão a Programa de Controle de qualidade: Laboratório de Análises Clínicas	
	14. Adesão a Programa de Controle de qualidade: Unidade de Imagenologia	
	15. O hospital ou Serviço está ligado a alguma instituição de ensino	
	16. Possui estrutura de pesquisa e ensino organizada, com programas e protocolos estabelecidos	
	17. Produção do serviço	
	18. Recursos humanos – especialistas certificados	Especialistas certificados na área de enfermagem
	19. Recursos Diagnósticos e Terapêuticos	

¹ A avaliação de satisfação do usuário/cliente pode ser utilizada como um indicador de qualidade, entretanto, nas recomendações da Política Nacional de Atenção Cardiovascular de Alta Complexidade, esta variável está inserida na organização da estrutura da Unidade Assistencial.

2 - PROCESSO	PORTARIA Nº 210 DE 15 DE JUNHO DE 2004 Rotinas e Normas de Funcionamento e Atendimento	Processo de gerência de enfermagem em serviços de cardiologia
	Equipe assistencial devidamente qualificada e capacitada	Gerência de pessoas: Seleção de pessoal; Treinamento e Capacitação; Qualificação da Equipe de Enf, Avaliação de desempenho; Ações de reconhecimento e estímulo ao crescimento dos profissionais e Gerenciamento dos conflitos.
	Registro das informações dos pacientes/registros de complicações valvares e implantes coronarianos	Gerência de informação: Prontuário Normas para registros em prontuário; Admissão e Alta do paciente; Avaliação clínica/dependência de cuidado; Plano de cuidados de enfermagem; Procedimentos e cuidados de enfermagem. Administrativa: Normas para Registros de ocorrências/Comunicação interna Tecnovigilância nas complicações de implantes valvares que envolvam a remoção de prótese; Tecnovigilância nas complicações de implantes coronarianos
	Manutenção preventiva e corretiva de materiais e equipamentos	Gerência de equipamentos: Aquisição de equipamentos; Manutenção de equipamentos; Descarte de equipamentos
	Avaliação de pacientes/Protocolos de enfermagem	Gerência da assistência de enfermagem Utilização de fases do processo de enfermagem; Protocolo para avaliação e monitoramento clínico dos pacientes Protocolo para preparo pré-operatório Protocolo para preparo pré-exame/procedimento Protocolo de cuidado pós-exame/procedimento. Protocolo para a assistência durante o procedimento Protocolo ou programa para orientação pré-operatório e pós-operatório Protocolo para a assistência no trans-operatório Protocolo para a transferência de pacientes pós-operatório imediato Protocolo para a assistência no Pós-operatório mediato Protocolo para a assistência no pós-operatório tardio – retorno e acompanhamento ambulatorial Protocolo para o controle de infecção Protocolo para infusão de drogas Protocolo para controle hidroeletrolíticos Protocolo para avaliação para alta Protocolo para avaliação para transferência Protocolo cuidado para o Óbito

	Rotinas e Normas de Funcionamento e Atendimento administrativo	Gerência administrativa: Acolhimento de pacientes e família; Cuidado com o ambiente; Solicitação e reposição de insumos hospitalares; Vigilância do desempenho técnico dos insumos hospitalares; Contribuição para o faturamento; Protocolos assinados pela enfermeira; O serviço de enfermagem utiliza indicadores como instrumento de gerência; O gerente de enfermagem elabora relatórios referentes ao serviço; Fatores facilitadores da atividade de gerência; Fatores limitantes da atividade de gerência.
Resultado	Assegurar a qualidade da assistência aos pacientes	Utilização de indicadores assistenciais e gerenciais para o alcance da qualidade.

Fonte: elaborado pela autora

3 METODOLOGIA

3.1 TIPO DE ESTUDO

Estudo exploratório transversal do tipo descritivo. Os estudos transversais são utilizados para as investigações realizadas em determinado ponto na linha temporal ou em vários pontos em um período de tempo curto. São modelos apropriados para descrever o estado de fenômenos ou relações entre fenômenos em um ponto fixo (POLIT; BECK, 2011).

3.2 CENÁRIO DO ESTUDO

O estudo foi realizado em três dos hospitais, que comportam serviços de cardiologia na RMGV, no Estado do Espírito Santo. Esses hospitais serão denominados neste estudo como Unidade Hospitalar A, B e C.

A Unidade Hospitalar A (UHA) é uma instituição filantrópica de médio porte, de média e alta complexidade. Presta atendimento em diversas áreas e dentre elas, em clínica cirúrgica de alta complexidade de grande porte como cardiovascular, cirurgia bariátrica, endovascular cardíaca, neurocirurgia, transplante de rim, córnea e tecidos musculares, entre outras. Possui, em sua estrutura, diversas unidades assistenciais para internação clínica, cirúrgica e intensiva, bem como toda a estrutura de apoio diagnóstico e de suporte assistencial. Oferece campo de estágio para instituições importantes de ensino dos cursos de graduação da região. Está inserido na rede de atenção de saúde estadual, através da regulação de leitos, consultas e serviços. Oferece serviços ao SUS e é referência no atendimento cirurgia cardiovascular e cirurgia cardíaca nessa região.

A Unidade Hospitalar B (UHB) é um hospital de ensino responsável por atendimento em média e alta complexidade em diversas especialidades, inclusive referência em atendimento cardiovascular conforme o Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde. Como hospital público, com atendimento total voltado ao SUS, está articulado com a Política de Gestão da Saúde do SUS através do Plano Diretor da Saúde do Estado e com as políticas de educação, agregando a formação em cursos de graduação, pós-graduação e extensão na área da saúde. É um centro de referência para os municípios pertencentes à Região Metropolitana – Macrorregião Centro, para diversas especialidades e para a Rede de Atenção Urgência e Emergência na qual está inserida a referência em atenção cardiovascular.

A Unidade Hospitalar C (UHC) é um hospital privado, voltado para clientela exclusiva dos cooperados. Destaca-se pelo atendimento de aproximadamente duas décadas na área cardiovascular, com seguimento intra-hospitalar e de urgência vigente. Possui certificação em âmbito nacional e internacional.

São instituições importantes para a rede de saúde da grande Vitória, contribuindo como formadores e utilizadores de profissionais de enfermagem, sendo esses campos ambientes propícios à construção de conhecimento, para utilizá-lo em seu próprio benefício institucional, bem como para influenciar e modificar o cenário da saúde atual e futuro. Além de serem os que mais realizam cirurgias cardíacas na RMGV.

Com base nas recomendações da Portaria nº 1169/GM de 15 de junho de 2004 que institui a PNACAC (BRASIL, 2004a) e da Portaria nº 210 de 15 de junho de 2004 e Portaria nº 123 de 28 de fevereiro de 2005 (BRASIL, 2004b; 2004c), que regulamenta a oferta desses serviços, essa etapa da investigação foi realizada, nos serviços de cardiologia em alta complexidade para adulto, ou seja, foram investigados os serviços de: centro cirúrgico, Centro de Terapia Intensiva (CTI), internação (enfermaria), hemodinâmica (serviços de procedimentos de cardiologia intervencionistas), ambulatório em todos os três cenários de estudo. Foi identificado em duas unidades hospitalares que além dos serviços citados, trabalhavam com uma enfermeira na coordenação do serviço de cardiologia o qual está direcionado para o acompanhamento assistencial e administrativo dos procedimentos cirúrgicos.

3.3 PARTICIPANTES

Os participantes da pesquisa foram todas as dezenove (19) enfermeiras de ambos os sexos que atenderam aos critérios de inclusão, quais sejam, enfermeiras que exerçam ações gerenciais em centro cirúrgico, CTI, internação (enfermaria), serviços de procedimentos de cardiologia intervencionistas, serviço de eletrofisiologia (hemodinâmica), ambulatório e serviço de cardiologia. Foi considerado como critério de exclusão as enfermeiras recém-formadas e as que trabalham a menos de seis meses nos referidos setores exercendo as ações gerenciais, entretanto todas atenderam aos critérios de inclusão.

Respeitados os critérios de inclusão das participantes na pesquisa, foram entrevistadas dezenove (19) profissionais. As respostas das participantes foram tratadas de forma anônima e confidencial. Foi mantido o sigilo das participantes e garantida a isenção qualquer prejuízo ou

risco ao participante, sem benefícios financeiros. É importante ressaltar que as participantes responderam ao formulário (Apêndice B), de acordo com a atuação de seus respectivos serviços.

3.4 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS

Foi utilizada na coleta de dados a aplicação de três formulários, a saber: **Apêndices A, B e C:**

No **Apêndice A** foram coletados os dados para a caracterização sociodemográfica e profissional das participantes da pesquisa com a finalidade de efetuar a caracterização das mesmas através de informações sobre dados pessoais, profissionais e de formação.

Os **Apêndices B e C** foram elaborados pela autora com base nos conceitos de Avedis Donabedian (DONABEDIAN, 1988) de estrutura e processo e com base nas recomendações da PNACAC retratada na Portaria nº 1169/GM de 15 de junho de 2004, na Portaria nº 210 de 15 de Junho de 2004, no Anexo I da Portaria nº 210 de 15 de Junho de 2004, e na Portaria nº 123 de 28 de Fevereiro de 2005 (BRASIL, 2004a; 2004b; 2004c) bem como, a fundamentação teórica de gerência em enfermagem da enfermagem e da assistência cardiológica.

No **Apêndice B** foram coletados os dados referentes da Unidade de Assistência em Alta Complexidade Cardiovascular para adultos que no estudo foi denominado Unidade Hospitalar, como a **estrutura assistencial, os recursos humanos, os recursos diagnósticos e terapêuticos e da produção da Unidade Hospitalar.**

Foram desconsiderados os detalhamentos de credenciamento e regulação do serviço e a especificação de equipamentos. Com relação aos **recursos humanos**, foi investigado especialmente a presença de especialistas e equipes complementares de serviços de suporte recomendadas por essas diretrizes governamentais.

O **Apêndice C** tem a finalidade de retratar o processo de gerência de enfermagem nos serviços de cardiologia que são os cenários de estudo. A elaboração do mesmo teve como base os documentos citados (Portaria Nº 1169/GM de 15 de junho de 2004, a Portaria Nº 210 de 15 de junho de 2004, o Anexo I da Portaria Nº 210 de 15 de junho de 2004 e a Portaria Nº 123 de 28 de fevereiro de 2005 (BRASIL, 2004a; 2004b; 2004c).

Entretanto devido à especificidade, esse formulário foi organizado pela autora de acordo os fundamentos de gerenciamento de enfermagem a luz dos autores como Kurcgant

(2015) e Marquis e Huston (2015) para a investigação sobre a existência de normas, rotinas e protocolos, que retratam as principais ações de gerência nos eixos relacionados à **gerência de pessoas, gerência de informação, gerência de equipamentos, gerência da assistência de enfermagem e gerência administrativa** nos serviços que atendem pacientes de cirurgia cardíaca.

Tendo em vista que as recomendações da PNACAC estão apontadas como termos gerais, não tecendo as especificidades do trabalho da enfermagem, no eixo gerência da assistência, o formulário foi organizado considerando os fundamentos gerais e os especializados de enfermagem cardiológica com a finalidade de traçar especificamente o percurso assistencial de um paciente em atendimento cirúrgico cardíaco pelos diversos serviços que compõem a unidade hospitalar em alta complexidade e atender às recomendações, tendo como base os autores (BRUNNER; SUDDARTH, 2015; SBC, 2004).

3.4.1 Validação dos Formulários

A validade do conteúdo dos formulários (Apêndices A, B e C) foi realizada no período de 15/12/15 a 11/01/16 através das primeiras quatro entrevistas realizadas na UHA com a finalidade de averiguar o atendimento dos instrumentos aos objetivos do estudo e se os participantes estavam entendendo com clareza os itens pesquisados.

Foi observado que os formulários atendiam ao proposto e que os participantes os consideraram adequados. Durante as entrevistas, a própria pesquisadora observou a repetição de alguns itens, os quais foram corrigidos, bem como a ordem de duas variáveis. Uma vez atendido ao proposto, passou a ser usado como instrumento de coleta de dados e os participantes passaram a fazer parte da amostra.

3.5 OBTENÇÃO DE DADOS

A obtenção dos dados das unidades hospitalares foi iniciada após a aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa. Foi realizado contato com as secretárias dos centros de estudos das UHA e UHC, que agendaram uma reunião com o gerente de enfermagem e as demais enfermeiras coordenadoras dos serviços. Nessa reunião, foram apresentados a motivação e os

objetivos da pesquisa. Após a realização do convite para a participação e a concordância de todos os participantes, foram agendadas as primeiras datas para a realização das entrevistas.

Com a UHB foi realizado o primeiro contato com a diretora da divisão de enfermagem para efetuar a comunicação sobre a pesquisa e o contato com os participantes foi realizado pela pesquisadora individualmente, onde foram expostos a motivação e os objetivos e, após a concordância, foi realizado o agendamento para a entrevista individual.

Esse processo de entrevista foi iniciado ao final de dezembro de 2015 e foi encerrado em meados de agosto de 2016, com uma média de duração de aproximadamente 60 a 70 minutos por entrevista. As entrevistas foram realizadas em salas privativas para todas as participantes após a apresentação e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. As entrevistas foram gravadas e depois transcritas pela pesquisadora. Três entrevistas foram transcritas por uma aluna de iniciação científica do grupo de pesquisa, previamente treinada pela autora.

Antes da aplicação do instrumento, foi realizado um treinamento com a pesquisadora responsável e a aluna de iniciação científica inserida no projeto, para que a mesma transcrevesse de forma a garantir a correta reprodução das informações. Após a transcrição de todo o material a pesquisadora realizou a revisão e correção de pontos de dúvidas das falas das participantes.

3.6 ANÁLISES DOS DADOS

Após a coleta, os dados foram digitados e organizados em planilha do programa EXCEL, versão 10.0, e, após os resultados, foram analisados através de estatística descritiva com frequência absoluta e relativa e apresentado no formato de tabelas. Foi realizada a descrição das principais ações gerenciais identificadas no estudo.

Os dados foram analisados à luz da PNACAC (BRASIL, 2004a; BRASIL, 2004b; BRASIL, 2004c) e de acordo com os conceitos de estrutura e processo de Avedis Donabedian (DONABEDIAN, 1988).

3.7 ASPECTOS ÉTICOS

O projeto foi submetido aos Comitês de Ética em Pesquisa conforme exigência da

Resolução Nº 466/12 e a pesquisa foi iniciada após aprovação pelos mesmos. O projeto recebeu a aprovação e autorização do Comitê de Ética em Pesquisa sob CAAE: 50065615.9.0000.5238. Este estudo recebeu financiamento da CAPES, AUXPE 0266/2013. Processo nº 23038.0091178/2012 em 19/03/2013.

4 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Inicialmente será apresentada a caracterização sociodemográfica e profissional das participantes e, a seguir, serão apresentados os resultados que buscaram responder aos objetivos do estudo relacionados à estrutura das unidades hospitalares e o processo de gerência de enfermagem para a assistência em alta complexidade cardiovascular nos serviços de cardiologia, assim como a identificação dos fatores facilitadores e limitantes do trabalho gerencial da enfermeira nesses serviços.

4.1 CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA E PROFISSIONAL DOS PARTICIPANTES

Do total dos participantes, 79% eram do sexo feminino, com faixa etária entre 31 a 40 anos (63%), seguidos de 41 a 50 anos com 21%, perfazendo um total de 84% dos participantes com faixa etária jovem, entre 31 a 50 anos, sendo a maioria das participantes casadas (58%). A maioria mais delas, 37% tinha mais de 10 anos de graduação, seguidas de 21% com 4 a 6 anos de graduação, 16% entre 6 a 8 anos e entre 8 a 10 anos de graduação respectivamente. O tempo de graduação predominante foi de mais de 4 anos, perfazendo um total de 90%.

Com relação à qualificação, alguns participantes informaram mais de uma área de especialização, sendo que 37% fizeram na área de terapia intensiva; 32% na área gerencial, 26% na área de cardiologia, 21% em centro cirúrgico e 11% na área de urgência e emergência. As demais áreas foram agrupadas em outras, com 53%. Nesse grupo, pode-se ressaltar que duas participantes além da especialização cursaram também o mestrado profissional em enfermagem.

A maioria (68%) tinha apenas um vínculo empregatício, 26% tinham dois vínculos. A maioria tinha jornada semanal de 40 horas com 42% dos participantes, 21% entre 20 a 39 horas, seguidos de 5% com 44 horas semanais. Ao somar os dois vínculos, 32% dos participantes trabalhavam mais de 44 horas semanais.

Do total de participantes, 68% exerciam atividade assistencial e gerencial, 26% só exerciam a atividade gerencial e 5% exercia outra atividade declarada como membro de comissão de processo de enfermagem da unidade hospitalar em estudo e nenhum participante exercia atividade docente no seu campo de trabalho.

Metade dos participantes (50%) tinha mais de dez anos de experiência em enfermagem, 22% tinha de 4 a 6 anos, 11% de 6 a 8 anos. O tempo de experiência em enfermagem até 4 anos e de 8 a 10 anos tiveram 6% de representação respectivamente. Os dados mostram que o maior contingente dos participantes tinha acima de 4 anos de experiência em enfermagem.

A experiência dos participantes em cardiologia mostrou que 32% tinham mais de 10 anos de experiência, 21% entre 2 a 4 anos, 16% com menos de 2 anos de experiência em cardiologia e o para os períodos de 4 a 6 anos, 6 a 8 anos e 8 a 10 anos a taxa foi de 11% para cada período. Nesse caso, a maioria dos participantes tinha mais de dois anos de experiência em cardiologia com predominância para aqueles com mais de quatro anos de experiência em cardiologia.

Do total, 63% dos participantes não frequentavam simpósios ou congressos de cardiologia, 21% dos participantes raramente, 5% dos participantes frequentavam moderadamente e apenas 11% frequentavam simpósios e congresso específicos em cardiologia. O maior percentual, com 58% dos investigados, não participava de preceptoria em enfermagem, 21% dos participantes atuavam em preceptoria de enfermagem frequentemente. A atuação rara e moderada ocorreu em 11% respectivamente. A maioria dos participantes (95%) não participava de projetos de extensão ou pesquisa, apenas uma participante (5%) participa de projeto de extensão. O total dos participantes (100%) não publicava em periódicos de sua área.

4.2 ESTRUTURA

4.2.1 Caracterização da estrutura assistencial das unidades de assistência em alta complexidade cardiovascular da RMGV

Este item apresenta os resultados e a discussão referentes ao primeiro objetivo de pesquisa, onde para descrever a estrutura dos serviços de cardiologia da PNACAC da RMGV, foi aplicado o formulário (Apêndice B), que fala sobre a estrutura das unidades hospitalares:

- Estrutura de serviços;
- Recursos humanos;
- Recursos diagnósticos e terapêuticos; e
- Produção de Serviços.

4.2.1.1 Estrutura de serviços

A estrutura de serviços está 100% contemplada nas seguintes variáveis estudadas (Tabela 1): atendimentos de urgência/emergência em cardiologia por 24 horas, a disponibilidade de salas cirúrgicas eletivas e de emergência, para os leitos para internação clínica e cirúrgica, para o sistema de registro de prontuário, para o serviço de acompanhamento psicológico na internação, para a adesão à PNH, para a realização da avaliação de satisfação do usuário/cliente e todos são hospitais que estão ligados a alguma instituição de ensino.

Disponibilizar serviço de urgência e emergência em cardiologia pode melhorar o tempo de atendimento. Embora tenha sido considerada a disponibilidade de 100% para o serviço de psicologia, ele não cobre o atendimento ambulatorial pré e pós-operatório. Este ocorre no período de internação hospitalar seja no CTI ou na internação. A adesão à política de humanização se dá através do uso de dispositivos para a visita aberta ou estendida em todas as unidades hospitalares. Dessa forma, considera-se que, para esses critérios as unidades hospitalares atendem às recomendações estabelecidas pela PNACAC para o período de internação hospitalar.

As doenças cardiovasculares são as mais prevalentes e a principal causa de morte no Brasil (BRASIL, 2010a). A maioria das mortes por IAM ocorre nas primeiras 24 horas, sendo que quase a metade dos óbitos por IAM ocorre na primeira hora de surgimento das manifestações. É fundamental que o atendimento das manifestações coronarianas agudas ocorra nessa primeira hora (PIEGAS *et al.*, 2009).

Dentre as diversas situações que podem comprometer a rapidez no atendimento, encontra-se a não valorização dos sintomas de dor torácica pelos pacientes ou familiares, a ausência de conhecimento dos benefícios que podem ser obtidos com o tratamento rápido e o atendimento extra-hospitalar de urgência, não disponível a todos de forma homogênea, conforme analisa a IV Diretriz da SBC sobre tratamento do IAM com supradesnível do segmento ST (PIEGAS *et al.*, 2009).

Tabela 1 - Caracterização da estrutura assistencial – Estrutura de serviço - das unidades hospitalares A, B e C da Região Metropolitana da Grande Vitória.

VARIÁVEL	TOTAL			
		SIM	NÃO	
1 - Atendimento de Urgência/ Emergência em Cardiologia (24 horas)	3	100%	0	0%
2 - Acompanhamento ambulatorial pré e pós-operatório	2	67%	1	33%
3 - Sala cirúrgica eletiva	3	100%	0	0%
4 - Sala cirúrgica de emergência	3	100%	0	0%
5 - Leitos para internação clínica e cirúrgica	3	100%	0	0%
6 - CTI geral com leitos destinado a cirurgia cardíaca	1	33%	2	67%
7 - CTI especializado	2	67%	1	33%
8 - Sistema de registro em prontuário manual	1	33%	2	67%
9 - Sistema de registro em prontuário informatizado	2	67%	1	33%
10 - Possui Programa de reabilitação	0	0%	3	100%
11 - Possui serviço de acompanhamento psicológico	3	100%	0	0%
12 - Desenvolve ações de promoção e prevenção de doenças do sistema cardiovascular	0	0%	3	100%
13 - Adere à Política Nacional de Humanização	3	100%	0	0%
14 - Realiza avaliação de satisfação do usuário/cliente	3	100%	0	0%
15 - Adere ao Programa de Controle de Qualidade (Laboratório de Análises Clínicas)	2	67%	1	33%
16 - Adere ao Programa de Controle de Qualidade (Unidade de Imagenologia)	1	33%	2	67%
17 - O hospital ou serviço está ligado a alguma instituição de ensino	3	100%	0	0%
18 - Possui estrutura de pesquisa e ensino organizada, com programas e protocolos estabelecidos	1	33%	2	67%

Fonte: elaborado pela autora.

Os agravos coronarianos apresentam altos índices de mortalidade e demandam grandes investimentos governamentais para a atenção a saúde. Com a finalidade de reduzir essa incidência, procura-se a resolutividade através de um atendimento planejado, inserindo as linhas de cuidados cardiovasculares em uma das prioridades na rede de atenção às urgências, com a Portaria nº. 1.600, de 7 de Julho de 2011 (BRASIL, 2011c).

Em estudo realizado para conhecer o tempo de chegada à unidade de emergência, foi identificado que o mesmo variou de 23 minutos a 96 horas, dando uma média de quase 10h para o início do atendimento. Os pesquisadores ressaltam a importância do reconhecimento dos sinais e dos sintomas de IAM pelo paciente, pois este foi fator determinante para a procura de atendimento especializado, tendo a maioria dos pacientes sido transportados por

ambulância e submetidos ao cateterismo cardíaco, seguido de angioplastia (BASTOS *et al.*, 2012).

O atendimento de urgência e de emergência cardiovascular se estende ao serviço de hemodinâmica para as medidas diagnósticas e terapêuticas relativas à reperfusão mecânica de pacientes admitidos na fase aguda de infarto do miocárdio. Nesse sentido, a utilização de protocolo para melhoria do tempo de diagnóstico, para o tempo de preparo do paciente e as condições logísticas do local, promoveu redução significativa e progressiva no tempo portabalaão. Todavia os autores relatam que ainda são poucos os estudos nessa área que possam gerar comparações (CORREIA *et al.*, 2013).

O sistema de registro em prontuário dos pacientes ambulatoriais e hospitalares é atendido por todas as unidades hospitalares do estudo. O sistema informatizado ocorre em duas das Unidades (67%) e o registro manual em uma (33%), sendo esta última em fase de implantação informatizada e contemplando inicialmente o atendimento de consultas ambulatoriais.

Os hospitais, de modo geral, são pontos de atenção importantes na rede de saúde, pelo alto nível de produção e pela diversidade de produção. É um importante cenário epidemiológico e os serviços são regulados pelo Estado. Os atendimentos realizados tornam fonte de informação para a gestão e para formação. O MS utiliza de informações hospitalares do SUS e o Sistema de Informações Ambulatoriais como ferramentas para a gestão, tendo em vista que a gestão utiliza a informação para a realização de pagamento, de controle, de avaliação e regulação, com vista à adequação do financiamento, à normatização dos processos e à oferta da atenção aos usuários do SUS (BRASIL, 2012).

A PNH está estruturada a partir de princípios, método, diretrizes, dispositivos e diversos conceitos que buscam garantir e efetivação do protagonismo e a corresponsabilidade com autonomia dos sujeitos envolvidos no processo de atenção à saúde e dos coletivos, como estratégias para melhorar o acesso e a qualidade dos serviços e para garantir a integralidade assistencial. (BRASIL, 2008b).

Neste estudo, foi identificado que a adesão à PNH ocorre através do uso de dispositivos para a visita aberta ou estendida e pela avaliação da satisfação dos usuários em todas as unidades hospitalares pesquisadas. Entende-se como dispositivo de visitas abertas, a presença da rede sócio-familiar dos usuários internados, de forma a manter o elo entre o usuário do hospital com sua rede social e os demais serviços da rede de saúde. Isso amplia a corresponsabilização dessa rede no cuidado, possibilita a participação do familiar na construção de projetos terapêuticos, amplia o grau de comunicação entre os envolvidos no

cuidado, abre espaço para que o hospital, como local de produção de saúde, não fique isolado e não isole o usuário e sua rede social (BRASIL, 2013c).

Estudo com enfermeiras de terapia intensiva apontou que existem barreiras para serem superadas para a incorporação do dispositivo de visita aberta, assim como os demais dispositivos da PNH. A proposta de mudança impacta no modelo biomédico vigente com muitas atividades burocráticas e visão estritamente clínica do usuário adoecido, que enfraquecem a sua implementação. Os autores sugerem a reavaliação da gerência de pessoas e ações de educação permanente para vencer os obstáculos (SILVA *et al.* 2012).

Com relação à avaliação de satisfação do usuário/cliente, esta retrata a consonância com a gestão pautada nos dispositivos da PNH em busca de estabelecer relações que propiciem a participação coletiva, como a inserção do usuário no debate da avaliação dos serviços, em que ele possa expressar o seu ponto de vista, valorizando as suas necessidades, e assim contribuir para qualificar a oferta da atenção à saúde, assim como discutir o próprio processo de trabalho em saúde, valorizando os trabalhadores e as relações sociais no trabalho (SANTOS FILHO; BARROS; GOMES, 2009).

A avaliação da satisfação do usuário em relação ao pronto socorro adulto de um hospital permitiu identificar que, apesar dos inúmeros problemas enfrentados pelo SUS, como superlotação, falta de médicos capacitados, entre outras questões, os usuários desse pronto socorro estavam satisfeitos com o atendimento prestado pela equipe médica, de enfermagem e de nutrição. Entretanto, foi observada insatisfação com o tempo de espera para atendimento inicial e com alguns aspectos relativos ao ambiente hospitalar relacionados à infraestrutura do hospital, como falta de leitos e barulho, bem como algumas falhas na implantação do serviço de acolhimento ao paciente (SCHMIDT *et al.*, 2014).

As três unidades hospitalares são instituições ligadas ao ensino na área da saúde (especialmente áreas médicas e de enfermagem), e contemplam as exigências da PNACAC (BRASIL, 2004a).

Os hospitais de ensino são de extrema importância para a sociedade, para o desenvolvimento do SUS, para a formação de profissionais da saúde, para o desenvolvimento de pesquisas e incorporação de novas tecnologias e novos conceitos. Neles, são implementadas políticas que colaborem para a melhoria das condições de saúde da população brasileira. São os mais caros da RAS e os que mais atendem alta complexidade. É quase impossível descrever todas as funções que um hospital de ensino tem para com a população brasileira (BARATA; MENDES; BITAR, 2010).

Enquanto hospitais de ensino, devem ser certificados como Hospital Escola pela Portaria Interministerial nº 2.400 de 2 de outubro de 2007, com sua atenção voltada ao desenvolvimento do ensino, da pesquisa e assistência em saúde (BRASIL, 2007b).

Enquanto produtor de serviços de saúde o hospital está inserido na RAS como um ponto de atenção que disponha de infraestrutura física, aparato tecnológico, recursos humanos qualificados, entre outras ferramentas de gestão, para atender a alta complexidade, entre elas a atenção cardiovascular, de forma articulada e integrada com o sistema local e regional, em parceria com o serviço de saúde local e regional (BRASIL, 2007a).

O acompanhamento ambulatorial pré e pós-operatório, ocorre em duas das unidades hospitalares estudadas (67%), pois um dos cenários (33%) é de natureza jurídica diferente e não contempla serviço de ambulatório. Ao considerarmos as duas unidades que fazem o acompanhamento ambulatorial, mesmo com natureza jurídica diferente, prestam serviço ao SUS, sendo assim, estas somam 100% de atendimento aos usuários do SUS.

Os serviços de Ambulatórios compõem a RAS com funções importantes na dinâmica assistencial de alto custo e altas demandas de investimentos do SUS (BARATA; MENDES; BITAR, 2010). Conceitualmente, o atendimento ambulatorial se fundamenta nos princípios e diretrizes do SUS, como a universalidade de acesso, equidade e integralidade na atenção hospitalar com regulação assistencial, definição da abrangência territorial e populacional para que o acompanhamento e a resolutividade dos problemas de saúde dos usuários, de preferência com atendimento em linha do cuidado para o seguimento assistencial (MENDES, 2011; BRASIL, 2013c).

O estudo em questão está coerente com a PNACAC, quando determina que, as unidades hospitalares devam ter serviços de ambulatórios especializados, serviços de cirurgias, exames diagnósticos e terapêuticos especializados, acompanhamento pré e pós-operatório de cirurgia cardíaca, entre outros (BRASIL, 2004b).

Outra função importante do serviço ambulatorial está na efetivação da integração com os demais pontos de atenção no cenário hospitalar, bem como efetuação do sistema de referência e contra referência. Esse sistema ainda encontra inúmeros desafios para serem ultrapassados para o alcance da equidade e da integralidade (MENDES, 2011). Localizado nos hospitais de ensino, promovem ainda a integração da formação e do ensino. Dispondo estes de equipes especializadas e da vertente do ensino poderiam elaborar protocolos e estabelecer fluxos de alta complexidade com a atenção básica (BARATA; MENDES; BITAR, 2010).

Em uma das unidades hospitalares, o atendimento pré-operatório era realizado através da consulta médica e em seguida a enfermeira orientava os pacientes para a realização dos exames pré-operatórios e realizava a checagem dos já realizados para a internação cirúrgica. A enfermeira realiza, ainda, as orientações sobre a cirurgia no período de internação pré-operatório e participava das visitas multidisciplinares durante a internação.

Em outra unidade hospitalar o atendimento pré-operatório era realizado pela consulta médica e após pela consulta de enfermagem. No atendimento pré e pós-operatório, a enfermeira realizava a consulta de acordo com a Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, que regulamenta o exercício profissional de Enfermagem (BRASIL, 1986).

O fisioterapeuta participava eventualmente nas orientações pré-operatórias e quando solicitado pela enfermeira na consulta de enfermagem de acompanhamento pós-operatório. Dessa forma, entendemos que o serviço de acompanhamento ambulatorial pré e pós-operatório era realizado, basicamente por médicos e enfermeiras em duas das unidades hospitalares, sendo que uma unidade hospitalar não disponibiliza esse atendimento.

Dos três cenários estudados, dois (67%) têm em sua estrutura uma CTI especializada em cardiologia para atendimento de cirurgia cardíaca e atendimento clínico e um cenário (33%) disponibiliza três leitos para cirurgia cardíaca em CTI geral. Observa-se, nesse caso, o atendimento da variável estudada, pois a PNACAC não deixa clara a exigência da especificidade do CTI.

Todavia, estudos internacionais apontam que as condições estruturais, como o atendimento especializado em local específico e enfermeiras especialistas em número insuficiente, comprometem a oferta da assistência especializada (DRISCOLL *et al.*, 2014), podendo inclusive influenciar na ocorrência de eventos adversos e na mortalidade (HICKEY *et al.*, 2012).

Ressalta-se a atenção ao número reduzido de leitos destinados à cirurgia cardíaca em uma das unidades hospitalares, entretanto é um CTI geral que atende a diversas especialidades de alta complexidade onde precisava haver distribuição de leitos para que fossem minimamente atendidas. Esse fato já indica a carência de leitos de terapia intensiva nesse cenário, devido à grande demanda por terapia intensiva.

A demanda por número de leitos de internação nos hospitais ainda cresce no cenário nacional. Retoma-se nesse ponto o que foi abordado por Mendes (2011) sobre as influências exercidas nos sistema de saúde causadas pela transição demográfica em curso no Brasil, pelo crescimento da tripla carga de doenças, qual sejam, as doenças infecciosas e carenciais, carga

importante de causas externas, além das altas taxas de morbimortalidade das doenças crônicas. Sendo assim, esse é o cenário na qual as doenças que coronariana estão inseridas.

Essas influências no sistema de saúde interferem no número de leitos disponíveis na rede de saúde para internação, sendo insuficientes para o equilíbrio da oferta e procura (MENDES, 2011). Outro ponto a ser considerado na oferta de leitos se refere aos hospitais federais de ensino, que por décadas não tem tido investimento nas estruturas físicas dos hospitais de ensino (BARATA; MENDES; BITAR, 2010).

Esse fato aparece nos dados da pesquisa quando a oferta de leitos para a internação clínica, cirúrgica e de CTI são maiores em duas das unidades hospitalares, sendo que uma delas tem maior número de cirurgias cardíacas contratualizadas com o gestor estadual. O fato da mesma de ter outra natureza jurídica oportuniza a realização de investimentos sem a clausura a e carência dos investimentos federais.

Nenhuma das unidades hospitalares (100%) desenvolvia ações de promoção e prevenção de doenças do sistema cardiovascular regularmente como atividade institucional, não atendendo, dessa forma, o preconizado pela PNACAC.

Os fatores de risco para as doenças cardiovasculares estão bem definidos no campo das ciências da saúde, especialmente na cardiologia, inclusive com as estratificações de risco, com o estabelecimento da I Diretriz Brasileira de Prevenção Cardiovascular, com orientações de programas para a realização de prevenção em ambientes externos ao hospital. As pessoas podem usufruir de benefícios com a adoção de medidas de prevenção das doenças cardiovasculares. A maioria deles pode ser modificada, entretanto, é necessário adquirir o conhecimento e enfrentar a mudanças nos hábitos de vida (SIMÃO *et al.*, 2013).

Sendo as três unidades hospitalares envolvidas com o ensino, é oportuno a necessidade pensar na integração entre os níveis assistenciais e entre as dimensões do ensino e serviço para dar visibilidade ao que se tem traçado para prevenção das DCNT tendo como base as metas globais para a prevenção e o controle das DCNT (ANDRADE *et al.* 2013).

A adesão ao programa de controle de qualidade para o laboratório de análises clínicas ocorria em duas unidades hospitalares (67%) e uma (33%) não aderiu. O oposto ocorria com relação à adesão ao programa de controle de qualidade na unidade de imagenologia, sendo que uma (33%) aderiu e as outras duas não aderiram a esse controle de qualidade.

Atualmente, as organizações, inclusive as hospitalares, buscam melhorar a qualidade dos serviços como estratégia no mercado competitivo. Muitas almejam a excelência no atendimento. A utilização de modelos de certificações está em pauta nas organizações e nos serviços a fim de potencializar os recursos, garantir a melhoria do serviço oferecido através da

avaliação sistemática e crítica dos seus processos e vislumbrar mudanças no cenário aprofundando a reflexão sobre as implicações do processo, as mudanças dos hábitos enraizados, de valores e de comportamentos. Essa utilização, impõe aos sujeitos envolvidos a ruptura do cuidado mecanizado, bem como fomenta um ambiente organizacional de excelência (MANZO; BRITO; CORRÊA, 2012).

Os autores do estudo que avaliou, através de modelos de certificação vigente, a qualidade dos serviços de laboratório de análises clínicas, a qualidade dos exames realizados e da equipe de técnicos, entendem que a avaliação da qualidade dos serviços permitiu avaliar o processo de trabalho utilizado, propor as alterações para a melhoria, tendo em vista a importância que os dados das análises clínicas têm para a população e para a tomada de decisão clínica, tendo com base os resultados gerados pelo serviço (SILVA *et al.*, 2014).

As unidades hospitalares aderiam ao controle de qualidade para os laboratórios de análises clínicas também estavam credenciadas a algum sistema de credenciamento e gestão da qualidade. Uma das unidades hospitalares não aderiu a nenhum controle de qualidade para essas áreas. Essas variáveis atendem parcialmente ao proposto pela PNACAC.

Das três unidades hospitalares pesquisadas, apenas uma (33%) informou possuir estrutura de pesquisa e ensino organizada, com programas e protocolos estabelecidos, as outras duas (67%) não possuíam, apesar de estarem vinculadas a alguma instituição de ensino. Nesse caso há pendências em relação à PNACAC.

Com relação à estrutura assistencial, no que diz respeito à estrutura dos serviços, a maioria das variáveis foi atendida pelas unidades hospitalares. Entretanto, destaca-se a ausência de programa de reabilitação, de desenvolvimento de ações de promoção e prevenção de doenças do sistema cardiovascular, e da utilização de estrutura de pesquisa e ensino organizada, com programas e protocolos estabelecidos para a atenção cardiovascular. Pelo menos duas delas trabalham com sistema de gestão da qualidade informatizada.

Todas as unidades hospitalares têm vínculos com instituições de ensino, pelo menos com o curso de medicina e o de enfermagem, e ainda possuem unidades com diversos outros cursos da saúde que utilizam o campo para a formação de profissionais. Contudo, foi possível perceber que ainda há persistência do distanciamento entre a formação e o serviço; com pouca percepção dos serviços de alta complexidade sobre o desenvolvimento de ações de prevenção aos agravos cardiovasculares, mesmo sendo estes os maiores causadores de morbimortalidade e de custeio aos sistemas de saúde. A ausência de integração entre os níveis de atenção à saúde é realmente problema que não representa solução fácil.

4.2.1.2 Recursos humanos

A análise dos recursos humanos está apresentada na Tabela 2. Em relação à presença de enfermeiras especialistas, foi observado que, do total dos serviços das unidades hospitalares analisadas, 33% dos serviços de hemodinâmica, centro cirúrgico e CTI tinha uma enfermeira especialista em cardiologia, respectivamente. No serviço de cardiologia foi observada a presença de 67% de enfermeiras especialistas em cardiologia e nos serviços de internação e ambulatório não foi identificada nenhuma especialista. Entretanto, na análise das equipes médicas, foi identificado que todos eram especialistas em cardiologia. A equipe de suporte, embora estivesse presente em todas as unidades hospitalares, oferecia o atendimento apenas durante a internação do paciente.

Dentre as unidades hospitalares estudadas, duas inseriram no seu quadro enfermeira especialista em cardiologia no serviço de cardiologia. Em uma delas, a enfermeira tinha como atividades acompanhar a dinâmica assistencial pré e pós-operatória, efetuar o monitoramento da lista de espera de pacientes atendidos no ambulatório e daqueles que estão internados aguardando cirurgia, participar das visitas multidisciplinares e realizar o agendamento cirúrgico junto à equipe de cirurgiões. Executava ainda o monitoramento de indicadores de produção cirúrgica, do número de pacientes internados que aguardavam a cirurgia e de lista de espera, entre outros, e ainda a realização de relatórios semanais. Essa era a única enfermeira especialista em cardiologia dessa unidade hospitalar.

Na outra unidade hospitalar, a inserção da enfermeira especialista em cardiologia tinha ocorrido recentemente e a sua atuação estava voltada inicialmente para a organização do serviço de cirurgia cardíaca, adequação da cobrança dos materiais especiais no centro cirúrgico. Essa unidade hospitalar contava ainda com uma enfermeira especialista em cardiologia no serviço de hemodinâmica. Já no ambulatório, trabalhava-se com a atuação de uma enfermeira que, embora não fosse especialista, tinha bastante experiência na área da cardiologia e havia feito mestrado profissional nessa área. Atuava no atendimento ambulatorial com a realização de consulta de enfermagem aos pacientes em pré e pós-operatório.

Por último, a terceira unidade hospitalar tinha uma enfermeira especialista em cardiologia no centro cirúrgico e uma no CTI, cujas atividades estavam voltadas para a assistência e para a gerência dos serviços. Dessa forma, duas unidades hospitalares tinham no seu quadro de enfermeiras duas especialistas em cardiologia em serviços distintos e a outra

unidade hospitalar tinha apenas uma especialista em cardiologia exercendo atividade assistencial e gerencial no serviço de cardiologia.

Tabela 2 - Caracterização da Estrutura Assistencial – Recursos humanos - das unidades hospitalares A, B e C da Região Metropolitana da Grande Vitória.

VARIÁVEL	TOTAL			
	SIM		NÃO	
1 - Enfermeira especialista coordenador de equipe Hemodinâmica	1	33%	2	67%
2 - Enfermeira especialista coordenador de equipe Centro Cirúrgico	1	33%	2	67%
3 - Enfermeira especialista coordenador de equipe Centro de Terapia Intensiva	1	33%	2	67%
4 - Enfermeira especialista coordenador de equipe Internação	0	0%	3	100%
5 - Enfermeira especialista coordenador de equipe de ambulatório	0	0%	3	100%
6 - Enfermeira especialista coordenador de equipe Serviço de Cardiologia	2	67%	1	33%
7 - Médico Cirurgião especialista em Cirurgia Cardiovascular responsável técnico pelo serviço	3	100%	0	0%
8 - Médico especialista responsável técnico em Implante de Marca-passo	3	100%	0	0%
9 - Médico especialista em card. Clínica responsável técnico pelo Ambulatório e Internação	2	67%	1	33%
10 - Médico especialista em Terapia Intensiva responsável técnico no CTI	3	100%	0	0%
11 - Médico especialista em Hemodinâmica e Card. Intervencionista responsável técnico	3	100%	0	0%
12 - Equipe de Cirurgia Cardiovascular	3	100%	0	0%
13 - Equipe Complementar	3	100%	0	0%
14 - Serviços de Suporte	3	100%	0	0%

Fonte: elaborado pela autora.

A recomendação do Anexo I da Portaria nº 210 de 15 de junho de 2004 (BRASIL, 2004b) ressalta que as equipes de serviço de assistência em alta complexidade devem contar com uma enfermeira coordenadora, com especialização ou residência em cardiologia para atuar no serviço de alta complexidade cardiovascular, e entende-se que inclui todos os serviços por onde o paciente é atendido, ou seja, prioritariamente o CTI, o centro cirúrgico, e os serviços de hemodinâmica, internação e ambulatório, tendo em vista a demanda assistencial e gerencial desses serviços.

Para o serviço de hemodinâmica, a recomendação está clara no Anexo I da Portaria nº 210 de 15 de junho de 2004 (BRASIL, 2004b). Já para o serviço de internação, essa exigência foi regulamentada na Portaria nº 123 de 28 de fevereiro de 2005 (BRASIL, 2004c). Entende-

se que ter uma enfermeira como coordenadora do serviço de cirurgia cardíaca para atuar em toda a unidade hospitalar cardiovascular não supre a demanda gerencial e assistencial de tamanha complexidade para os cuidados especializados em diversos serviços com especificidades diferentes.

Com relação à presença de enfermeiras especialistas, foi observado que em uma unidade hospitalar havia falta de enfermeiras especialistas em todos os serviços da mesma, e mantinha somente uma especialista no serviço de cirurgia cardíaca. Em outra unidade hospitalar havia falta de especialista nos serviços de CTI, internação e ambulatório. Nessa unidade havia especialista no serviço de hemodinâmica e no centro cirúrgico. Na terceira unidade hospitalar estudada havia especialista no CTI e no centro cirúrgico.

Esse é um campo de extrema relevância para a atuação profissional da enfermeira, pois abrange uma série de atividades e dinâmicas importantíssimas para as dimensões do trabalho da enfermeira. A formação de uma equipe para o atendimento em alta complexidade cardiovascular demanda de capacitação e qualificação de pessoal de enfermagem especializado, organização e desenvolvimento de processos específicos, organização de atividades de suporte assistencial como o gerenciamento de risco, segurança e a gestão para qualidade assistencial (BRASIL, 2004a; HICKEY *et al.*, 2012; HICKEY *et al.*, 2013; DRISCOLL *et al.*, 2013; DRISCOLL *et al.*, 2014).

Entretanto a carência de profissionais especializados nessa área precisa ser enfrentada pelas instituições utilizadoras do trabalho desses profissionais, pelos órgãos de classe das enfermeiras, pelos centros formadores e pelos próprios profissionais, de modo a suprir essa lacuna referente à especialidade das enfermeiras que trabalham em cardiologia na RMGV.

Em vista disso, precisa-se observar que para além da oferta assistencial no local de trabalho, todas as unidades assistenciais estudadas estão ligadas a alguma instituição de ensino, sendo inerente a participação das enfermeiras no processo de formação dos profissionais de saúde. Por outro lado, a especialização na área proporcionará uma visão abrangente, específica e aprofundada dos conhecimentos e dos aspectos assistenciais e gerenciais nos serviços de cardiologia.

Compete à enfermeira o cuidado direto ao paciente grave. É uma atividade privativa da enfermeira prevista na Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, que regulamenta o exercício profissional de Enfermagem (BRASIL, 1986). Entretanto, o cuidado especializado incorpora outros saberes para além do exposto. No tocante à especialidade e à especificidade no processo de cuidado neuromusculares congênitas, adquiridas e traumáticas, as autoras identificaram que esse cuidado “requer conhecimento e habilidades técnicas e

atitudinais por parte da enfermeira, compondo e implementando um “saber cuidar” com métodos e terapêuticas próprias de um especialista” (LEITE; FARO, 2005).

Em função das especificidades e da complexidade da assistência de enfermagem na área da cardiologia pode-se fazer essa mesma analogia requerendo das enfermeiras que atuam na área cardiológica esse mesmo “saber cuidar” com métodos e terapêuticas próprias de um especialista.

No contexto da cardiologia e por agrupar diversos serviços, bem como os conceitos de segurança, urgência e emergência, esses especialistas devem ocupar os cenários administrativos e assistenciais em uma interação com a estrutura dos serviços para que os processos sejam desenhados e executados incorporando e atualizando os conhecimentos científicos e específicos da cardiologia.

A formação especializada da medicina na cardiologia está sedimentada e em permanente evolução. Esse fato deve ser um estímulo para que as enfermeiras avancem na qualidade da sua formação e as instituições reconheçam o lugar fundamental da enfermeira na assistência cardiológica. Todavia, é preciso criar as oportunidades para que isso seja viabilizado para as enfermeiras capixabas, especialmente por ser um conhecimento especializado, que foge à competência das Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem (BRASIL, 1996).

A incorporação de enfermeiras não especializadas nas escalas para substituir profissionais experientes em unidade especializada cardíaca causou impacto sobre a qualidade da assistência, acarretando aumento de eventos sentinela, tornando-se mais um estressor para as enfermeiras desse serviço, com comprometimento da qualidade do cuidado ofertado, da segurança e dos resultados desses cuidados dos pacientes (DRISCOLL *et al.*, 2013). Outro estudo identificou aumento na probabilidade de mortalidade intra-hospitalar na unidade de cirurgia pediátrica para as enfermeiras com menos de dois anos de experiência (HICKEY *et al.*, 2013).

Com relação à presença de médicos especialistas, foi identificado que todas as unidades hospitalares (100%) tinham médico cirurgião especialista em cirurgia cardiovascular responsável técnico pelo serviço, médico especialista responsável técnico em implante de marca-passo, médico especialista em terapia intensiva responsável técnico no CTI, médico especialista em hemodinâmica e cardiologia intervencionista responsável técnico, respectivamente. Médicos especialistas em cardiologia clínica como responsável técnico pelo ambulatório e pelo serviço de internação estavam presente em 67% das unidades hospitalares, sendo essas com atendimento ao SUS. A UHC não tinha esse serviço de ambulatório.

Com relação à presença de equipes de especialistas foi observado que todas as unidades hospitalares estudadas (100%) apresentavam equipes de cirurgia cardiovascular, equipe complementar e de serviços de suporte. A equipe de cirurgia cardíaca era composta por cirurgiões cardíacos e a equipe complementar era composta por: cirurgião geral, cirurgião vascular, clínico geral, neurologista, pneumologista, endocrinologista, nefrologista.

A equipe de suporte era composta por: profissionais de saúde mental ou psicologia clínica, assistência social, fisioterapia, nutricionista, farmácia, hemoterapia. Todas as unidades informaram a presença desses profissionais como suporte para o atendimento durante a internação. Uma unidade hospitalar disponibilizava um profissional de fisioterapia para atendimentos eventuais na orientação pré-operatória e quando solicitado pela enfermeira no pós-operatório ambulatorial.

Com relação à estrutura assistencial relacionada aos recursos humanos, está claro que as equipes médicas cirúrgicas cardiovasculares, os especialistas clínicos e as equipes complementares estavam em acordo ao preconizado pela PNACAC. Entretanto, destaca-se a necessidade de agregar ao corpo clínico enfermeiras especialistas em cardiologia em todos os serviços de atendimento em alta complexidade cardiovascular, bem como a ampliação dos demais profissionais do serviço de suporte como nutricionista, fisioterapeuta e psicólogos e assistentes sociais no atendimento ambulatorial.

4.2.1.3 Recursos diagnósticos e terapêuticos

A análise dos recursos diagnósticos e terapêuticos apontou que todas as unidades assistenciais (100%) dispunham de laboratório de análises clínicas, unidade de imagenologia, ecodoppler transtorácico, tomografia computadorizada, eletrocardiografia, ergometria, unidade de cardiologia intervencionista no ambiente do hospital, hemoterapia disponível nas 24 horas, e Unidade de Tratamento Intensivo.

Duas unidades assistenciais (67%) dispunham de ecodoppler transesofágico, ressonância magnética respectivamente e uma (33%) não dispõe. Todavia nenhuma (100%) dispunha recursos para a realização de Holter, de unidade de medicina nuclear: cintilografia de perfusão miocárdica e serviço de laboratório de eletrofisiologia, conforme demonstrado na Tabela 3.

Tabela 3 - Caracterização da Estrutura Assistencial – Recursos Diagnósticos e Terapêuticos - das unidades hospitalares A, B e C da Região Metropolitana da Grande Vitória.

VARIÁVEL	TOTAL			
		SIM	NÃO	
1 - Laboratório de Análises Clínicas	3	100%	0	0%
2 – Unidade de Imagenologia	3	100%	0	0%
3 - Ecodoppler Transtorácica	3	100%	0	0%
4 – Ecodoppler Transesofágico	2	67%	1	33%
5 - Tomografia Computadorizada	3	100%	0	0%
6 – Ressonância Magnética	2	67%	1	33%
7 - Eletrocardiografia	3	100%	0	0%
8 - Ergometria	3	100%	0	0%
9 - Holter	0	0%	3	100%
10 - Unidade de Medicina Nuclear: Cintilografia de Perfusão Miocárdica	0	0%	3	100%
11 - Unidade de Cardiologia Intervencionista no ambiente do hospital	3	100%	0	0%
12 - Serviço de Laboratório de Eletrofisiologia	0	0%	3	100%
13 - Hemoterapia disponível nas 24 horas	3	100%	0	0%
14 - Unidade de Tratamento Intensivo	3	100%	0	0%

Fonte: elaborado pela autora.

Uma das unidades hospitalares mantinha contrato para atender aos serviços de ecodoppler transesofágico, ressonância magnética e cintilografia de perfusão miocárdica; as demandas de laboratório de eletrofisiologia eram encaminhadas para a rede SUS. A outra unidade hospitalar não informou alternativas para os recursos de cintilografia de perfusão miocárdica e demandas de laboratório de eletrofisiologia, e a última unidade hospitalar mantinha contrato para cintilografia de perfusão miocárdica e não informou sobre as demandas de laboratório de eletrofisiologia.

Com relação à análise dos recursos diagnósticos, foi constatado que a maioria deles era contemplada pelas unidades hospitalares no ambiente hospitalar ou através de realização de contrato com outras empresas, estando em consonância com a PNACAC. Entretanto, foi identificada a ausência de holter, cintilografia de perfusão miocárdica, e laboratório de eletrofisiologia nas três unidades hospitalares. Esse fato configura um problema para os profissionais, para os pacientes e para os gestores de saúde, especialmente para a rede de atenção do SUS.

A ausência de laboratório desses recursos diagnósticos nas unidades hospitalares compromete as diretrizes da PNACAC, que objetiva essencialmente garantir o atendimento

integral aos portadores de patologias cardiovasculares do SUS. A conformação da atenção em RAS está pautada nos princípios fundamentais do SUS, na integração com a atenção básica (MENDES, 2011). Entretanto, esse é um tipo de tecnologia pesada e sua disponibilidade deve estar o ambiente hospitalar.

Os dados identificados neste estudo são importantes, pois evidenciam que, em toda a RMGV, no que diz respeito ao atendimento do SUS, não se disponibilizam esses recursos. A ausência dos mesmos repercute no atendimento para os usuários do sistema, que sem esses recursos nas unidades hospitalares de alta complexidade correm o risco de terem os seus cuidados na área cardiológica comprometidos, demandando interação com a RAS para a solução de problemas especializados, ou então terem dificuldades para receber esse atendimento, sendo comprometido o acesso, a resolutividade e a integralidade.

4.2.1.4 Produção de serviços

Neste estudo foi considerada a quantidade de cirurgias de RM e o número de procedimentos intervencionistas, seja diagnósticos ou terapêuticos. A quantidade de consultas ambulatoriais sejam clínicas ou cirúrgicas, eram pactuadas com o gestor, não sendo estabelecida a quantidade, conforme a Portaria nº 123 de 28 de fevereiro de 2005 (BRASIL, 2004c). Em uma das unidades hospitalares estudadas, não havia atendimento ambulatorial, sendo considerado como não se aplica na Tabela 4.

Na análise da produção de serviços foi considerada a média de produção anual informada pelas representantes das unidades hospitalares para as cirurgias de RM, exames diagnósticos e terapêuticos intervencionistas e consultas médicas de cardiologia clínica e cirúrgica.

A Portaria Nº 210 de 15 de Junho de 2004 recomenda a produção de 15 (quinze) ou, no mínimo, 180 (cento e oitenta) atos operatórios mensais de alta complexidade exceto o implante a troca de marcapasso, e 12 (doze) procedimentos terapêuticos em cardiologia intervencionista mensal ou, no mínimo, 144 (cento e quarenta e quatro) anuais de alta complexidade (BRASIL, 2004b).

Os dados apontam que a unidade hospitalar A atendia as recomendações para a produção de cirurgias de RM e superavam o quantitativo de procedimentos intervencionistas. A unidade hospitalar B e a unidade hospitalar C não atendiam o quantitativo recomendado para as cirurgias de RM, todavia também superavam o quantitativo de procedimentos

intervencionistas. Ao observarmos as unidades hospitalares A e B pode-se visualizar a produção desses procedimentos em alta complexidade no SUS.

Tabela 4 - Caracterização da Estrutura Assistencial – Produção de serviços - das unidades hospitalares A, B e C da Região Metropolitana da Grande Vitória.

VARIÁVEL	Serviço de Cirurgia Cardiovascular Média anual/mensal	Serviço de Cardiologia Intervencionista Média anual/mensal	Consultas em Cardiol. Clínica e Cirúrgica Média anual/mensal
UNIDADE A	420/35	1.860/155	9.000/750
UNIDADE B	120/10	1.500/125	5.659/471
UNIDADE C	144/12	2.000/166	Não se aplica
TOTAL	684/57	5.360	14.659

Fonte: elaborado pela autora.

Para fechamento deste capítulo, faz-se importante traçar algumas considerações. As variáveis correspondentes à estrutura que caracteriza as unidades hospitalares estão relacionadas aos aspectos da oferta de serviços, aos recursos humanos especializados, aos recursos diagnósticos e a produção dos serviços, orientados pela PNACAC. Os aspectos da estrutura têm sido estudados sob a ótica de várias abordagens, assim como as políticas de saúde. Todavia, nessa área específica da alta complexidade cardiovascular, isso não tem sido muito comum.

O estudo das políticas de saúde é relevante para a saúde da população, pois pode ocasionar mudanças nos ambientes físicos, econômicos e sociais, sendo importante a realização do monitoramento da mesma através de adoção de programas e ferramentas para a avaliação dos seus efeitos sobre a saúde da população (FORD; LATTIMORE; O'NEIL; BESCULIDES, 2008).

É relevante também conhecer as suas recomendações, pois dessa forma possibilita-se identificar as ações de gestão referentes à implementação das mesmas, ao monitoramento e avaliação dos seus propósitos assistências e administrativos, bem como, para a tomada de decisão em todos os níveis de assistência e gerência.

As abordagens sobre a estrutura de serviços de saúde têm sido analisadas por pesquisadores, como no caso o estudo que objetivou descrever os atributos da estrutura organizacional da atenção pós-parto na Estratégia Saúde da Família a partir de quesitos presentes na Política de Saúde Nacional de Saúde Reprodutiva, relativos à infraestrutura, pessoal e a ações assistenciais e de gestão (OLIVEIRA *et al.*, 2013).

Outra abordagem observada em pesquisa descreveu a infraestrutura de biossegurança em comissões de controle de infecções hospitalares e da comissão institucional de prevenção a acidentes quanto à existência de normas escritas, da realização de treinamentos para as diversas preconizações, da existência de registros institucionais concernentes à biossegurança e da existência de práticas de atenção à saúde dos profissionais e isolamentos de pacientes em hospitais (PENTEADO; OLIVEIRA, 2010).

Em estudo realizado para avaliação do sistema de governança para a qualidade e segurança e a estrutura dos hospitais realizado em países da Europa utilizou indicadores do grupo de Ferramenta de Avaliação de Desempenho que compõem o Projeto de Melhoria da Qualidade em Hospitais da Organização Mundial da Saúde. O desenvolvimento da pesquisa teve o foco nas dimensões de qualidade como: eficácia clínica, eficiência da produção, orientação do pessoal, ações de responsabilidade da governança, e as relacionadas à segurança centrada no paciente. No decorrer do estudo, os pesquisadores encontraram outros itens de relevância para sistemas de gestão básicos, tais como a segurança ambiental, a gestão de resíduos e radiação (SHAW *et al.*, 2009).

Em âmbito nacional observa-se estudo para a avaliação da qualidade realizado em dez hospitais no estado de Mato Grosso, em que foi utilizado a análise dos padrões de conformidade da estrutura e processo presentes nos blocos da gestão organizacional, apoio técnico e logístico e gestão da atenção à saúde componentes do roteiro do Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde (SOUZA; SCATENA, 2013).

Na avaliação de serviços como o grau de implantação do Programa de Qualificação da Atenção Hospitalar de Urgência do MS em hospitais de alta complexidade, através de avaliação normativa, considerou-se como os atributos estruturais: as áreas da estrutura física recomendadas para o serviço de urgência, os equipamentos, os serviços de suporte diagnóstico e terapêuticos, os recursos humanos e do processo de trabalho e da resolutividade diagnóstica, entre outros diversos quesitos passíveis de avaliação (GUSMÃO-FILHO; CARVALHO; ARAUJO JUNIOR, 2010).

Com relação aos recursos humanos, a PNACAC exige que a coordenação de serviços de enfermagem seja realizada por especialistas em cardiologia. Esse fato é pertinente, tendo em vista os avanços e as exigências científicas e tecnológicas específicas dessa área assistencial, pois a enfermeira que trabalha em cuidados críticos intensivos se depara com diferentes níveis de gravidades de pacientes, com demandas assistenciais diversas.

Somado a esse fato, as enfermeiras estão inseridas no contexto das exigências institucionais de diversas naturezas, como a realização de apoio à formação de profissionais

da saúde, atuam na liderança de equipe, participam na interação com outras áreas assistenciais e administrativas, na implantação e no desenvolvimento das políticas de saúde no âmbito da gestão em saúde e as específicas da cardiologia, denotando a complexidade dessa área. Enfim, observa-se a atuação de enfermeiras especialistas, além de oferecer maior segurança proporciona também maior engajamento junto aos demais profissionais.

Nesse sentido, o estudo de Santos *et al.* (2016) elucida a importância da atuação profissional ao identificar as competências percebidas por enfermeiras que atuam em unidades de cirurgia cardíaca, setor de alta complexidade no contexto hospitalar, especificamente em unidades de pós-operatório de cirurgia cardíaca. No contexto estudado, emergiram categorias que retratam as competências das enfermeiras que atuam nas áreas que precisam adquirir e desenvolver como: o conhecimento teórico-prático, o cuidado de enfermagem de alta complexidade, a tomada de decisão, a liderança, a supervisão em enfermagem, o gerenciamento de conflitos, os recursos humanos, os materiais, os financeiros e a educação continuada.

Ainda na perspectiva de atuação em áreas críticas, as enfermeiras que trabalham em terapia intensiva consideram, entre tantas outras competências, que as mais inerentes e fundamentais a esse cenário são o conhecimento técnico e científico, assim como a habilidade para exercer a liderança e a participação no trabalho em equipe (VIANA *et al.*, 2014).

Em estudo Viana *et al.* (2014) apontam que, ao trabalhar com paciente crítico de alta complexidade e com o ambiente repleto de tecnologia, isso demanda das enfermeiras um poder de ação e de atuação profissional ágil e dinâmico. Esses profissionais encontram satisfação e privilégios no trabalho pela proximidade entre o ensino e a pesquisa e denotam um *status* diferenciado em comparação com as enfermeiras de outros serviços.

Argumenta que com os avanços dessa área de complexidade, torna-se necessário que a enfermeira se aproprie de saberes e incorpore tecnologias em saúde, a fim de promover a assistência integral, qualificada e segura em benefício próprio e do paciente. Com esse quadro, ratifica-se que existe um perfil de profissionais mais adequados para o trabalho em terapia intensiva (VIANA *et al.*, 2014).

Do ponto de vista da importância do estudo dos aspectos de estrutura destinada a oferecer cuidados em saúde e em acordo com Donabedian (1988), devem-se analisar os aspectos relacionados à estrutura que estejam coerentes com o ambiente onde ocorre o cuidado. Neste estudo as variáveis caracterizadas estão coerentes com a PNACAC e com os serviços e os cenários de cuidados cardiológicos críticos. Os serviços de cardiologia devem

aprofundar o conhecimento da sua estrutura de serviço, de modo que possam auxiliar nas ligações com o processo e alcançar assim bons resultados (DONABEDIAN, 2005).

4.3 PROCESSO

4.3.1 Análise do processo da gerência de enfermagem nos serviços da cardiologia em alta complexidade

Nesta seção serão apresentados os resultados e a discussão do segundo objetivo de pesquisa, onde para analisar o processo de enfermagem nos serviços de cardiologia da RMGV, foi aplicado o formulário (Apêndice C), que aborda os eixos de gerência de serviços de enfermagem como descrito abaixo:

- Gerência de Pessoas;
- Gerência de Informação;
- Gerência da Assistência de Enfermagem;
- Gerência de Equipamentos;
- Gerência Administrativa.

Serão apresentados os resultados quantitativos em tabelas e as principais ações gerenciais investigadas em cada eixo de gerência serão descritas ao longo do texto considerando os cenários do estudo.

4.3.1.1 Gerência de pessoas

No estudo do eixo gerência de pessoas foi investigado variáveis que favorecem ao gerente a possibilidade de construção de uma equipe de trabalho em saúde, especificamente o trabalho em enfermagem, produtiva e qualificada. A assistência em alta complexidade demanda a atuação de profissionais qualificados, que adquiram experiência e acumulem conhecimento que possam se transformar em habilidades, presteza na tomada de decisão, que ofertem uma assistência segura, pautada na ética e em valores sociais e institucionais capazes de transformar a realidade da assistência e da sua própria vida.

Observa-se no campo da saúde que, de modo geral, as instituições ainda não investem o suficiente para que os profissionais de enfermagem tenham as condições apropriadas para a construção de uma equipe coesa, madura, que vise o seu crescimento e desenvolvimento pessoal e profissional e que deseje construir vínculos com a instituição. Dessa forma, além de apresentar o resultado e a discussão dos dados investigados relacionados às 19 enfermeiras participante do estudo, será apresentada a síntese das principais ações desenvolvidas pelas mesmas nas gerências dos serviços de cardiologia das unidades hospitalares estudadas ao longo do texto, conforme estabelecido na metodologia.

Todas as participantes do estudo desenvolviam as ações investigadas no eixo da gerência de pessoas em maior ou menor percentual, conforme apresentado na Tabela 5. Os resultados apontam que todas as enfermeiras administram conflitos no processo de trabalho gerencial.

As demais variáveis apresentaram diferentes percentuais e eram desenvolvidas conforme as características institucionais. A descrição das principais atividades gerenciais foi agrupada espelhando as atividades desenvolvidas pelas participantes da região estudada. Dessa forma a Tabela 5 reflete as informações das 19 enfermeiras participantes do estudo e as principais ações serão descritas ao no decorrer do texto.

Tabela 5 - Caracterização da Gerência do Serviço de enfermagem – Eixo gerência de pessoas - pelas enfermeiras das unidades hospitalares A, B e C da Região Metropolitana da Grande Vitória.

GERÊNCIA DE PESSOAS	SIM		NÃO	
VARIÁVEL				
1 – Seleção de pessoal	7	37%	12	63%
2 - Treinamento e capacitação	17	89%	2	11%
3 - Qualificação da equipe de enfermagem	11	58%	8	42%
4 - Avaliação do desempenho funcional	17	89%	2	11%
5 - Ações de reconhecimento e estímulo ao crescimento dos profissionais	12	63%	7	37%
6 - Gerenciamento de conflitos	19	100%	0	0%

Fonte: elaborado pela autora.

a) Seleção de pessoal

Foi identificado que o processo de seleção é institucional, podendo ocorrer por concurso público ou por programa próprio de seleção em parceria com o serviço de educação

continuada e o serviço de recursos humanos. As enfermeiras participavam de forma direta ou indireta no processo de seleção de acordo com as características da instituição ou por esta ser realizada por concurso público.

As atividades realizadas com a participação direta das enfermeiras estavam relacionadas à da seleção dos currículos, na realização de entrevista admissional individual ou coletiva e à participação no processo decisório para a escolha final do candidato. As atividades em que ocorria a participação indireta das gerentes eram realizadas através da descrição do perfil do profissional, da avaliação e seleção dos *curricula vitae* para o serviço de educação continuada e para os recursos humanos.

Foi identificado ainda que em uma unidade hospitalar havia uma maior uniformidade das gerentes na participação direta no processo de seleção de pessoal, todavia foi observado que havia diferenças de participação entre os serviços dessa unidade hospitalar. Em outra unidade hospitalar a atuação das enfermeiras não ocorria diretamente na maioria nesse processo de seleção de pessoal, tendo apenas um dos serviços, o de centro cirúrgico, maior participação junto ao serviço de educação continuada no processo de seleção de pessoal na RMGV.

Gerenciar de pessoas em qualquer tipo de organização tem grande impacto e relevância para a operação e o alcance das metas organizacionais. Não importa qual seja a área, o modo de gerenciar pessoas, retrata o nível de excelência das organizações tendo em vista que se trata do capital intelectual da mesma e da importância do fator humano na era da informação, no contexto da globalização dos negócios, do desenvolvimento tecnológico e do movimento pela qualidade e produtividade (CHIAVENATO, 2010).

Neste cenário, o grande diferencial decorre das pessoas que nela trabalham. São as pessoas que mantêm o “*status quo*”, que geram e fortalecem a inovação do futuro. “São as pessoas que produzem, que vendem, que servem ao cliente, lideram, motivam comunicam, supervisionam, gerenciam, dirigem os negócios da empresa e inclusive gerenciam outras pessoas” (CHIAVENATO, 2010, p. 35).

Em acordo com Marquis; Huston, (2015) dentre as ações de gestão de pessoas, a seleção de pessoas está inserida na terceira fase do processo administrativo, sendo a fase anterior à contratação, quando se escolhe os candidatos que tenha qualificação adequada para o cargo desejado. É um processo em que o selecionador observa se as qualificações do candidato, e sua experiência profissional, estão coerentes com o perfil do candidato e as expectativas da organização. Os autores sugerem observar a existência de afinidade entre o

candidato e a organização, mas reconhecem que essa tarefa não é fácil, provavelmente pela subjetividade que a permeia.

O recrutamento e seleção de pessoal é um processo complexo, que envolve as questões das políticas e dos objetivos organizacionais, como as questões do mercado econômico e social da organização e da região, bem como as questões individuais. Observam ainda que poucos são os hospitais que estejam voltados para o desenvolvimento das potencialidades dos profissionais e que favoreçam a retenção dos mesmos nas instituições (PERES; LEITE; GONÇALVES, 2015).

Para Chiavenato (2010), a seleção de pessoal pode ser realizada por um serviço especializado, pois pode aplicar as técnicas de seleção de forma mais apropriada e pode efetuar a recomendação dos candidatos que julgar mais adequados ao cargo. No entanto, a decisão com relação à escolha final do candidato deve ser sempre a responsabilidade do serviço requisitante, no caso das chefias, gerência ou até mesmo de um nível superior, mas não deve deixar de participar desse processo.

b) Treinamento e Capacitação e qualificação da equipe de enfermagem

Considerando a proximidades das variáveis, e a fim de facilitar a leitura e a descrição das principais atividades desenvolvidas pelas gerentes sobre o treinamento e a capacitação e qualificação da equipe de enfermagem serão abordados juntos neste momento. São atividades gerenciais próximas, apesar de poderem atingir diferentes alcances na construção de uma equipe, de acordo com as políticas e filosofias institucionais e dos próprios serviços de enfermagem.

Foi identificado na análise das principais ações que a realização do programa de treinamento admissional e de capacitação institucional eram elaborados anualmente. Os programas eram desenvolvidos de modo geral em parceria com o serviço de educação continuada e com o serviço de recursos humanos.

Os serviços parceiros citados foram o Centro de estudos, a Comissão de Controle De Infecção Hospitalar (CCIH) e o Serviço de Medicina do Trabalho, o Núcleo de Segurança do paciente e o Núcleo de qualidade. Todavia, em uma unidade hospitalar não tinha nenhum programa de treinamento admissional ou de capacitação institucionalizado, entretanto fizeram parceria com o núcleo de segurança do paciente para a elaboração de um protocolo assistencial para o CTI.

Quando institucionalizado, o programa de treinamento e capacitação era realizado em várias fases e seguia um programa específico para a admissão e outro para a capacitação ao longo da permanência do profissional no quadro de pessoal. As gerentes de todos os serviços realizam o treinamento específico no horário de trabalho conforme o programa estabelecido com controle de frequência, com o acompanhamento do profissional através de uma ficha de avaliação, sendo a participação obrigatória para todos.

As atividades gerenciais desenvolvidas pelas gerentes dos serviços, tendo em vista o treinamento e capacitação, foi a realização o levantamento das necessidades de treinamento através da avaliação da ocorrência de eventos adversos, da identificação de necessidades específicas dos profissionais identificadas pela gerência, pela aplicação de pré e pós-teste sobre um determinado assunto.

Na unidade hospitalar em que não foi identificada a existência de programa institucional de treinamento e capacitação, um dos serviços realizava atividades com orientações específicas à beira do leito quando necessário ou sobre uma norma, uma rotina, sobre um protocolo ou um procedimento, para o manuseio com os novos equipamentos e novos materiais. Outro serviço dessa unidade hospitalar informou a realização de estudo de caso clínico com a equipe mensalmente.

Com relação à qualificação da equipe de enfermagem, observou-se no estudo que, na visão das participantes, a qualificação profissional provinha da aplicação do programa regular de treinamento e capacitação anual. Neste processo havia a correção das falhas através da realização de planos de ação de treinamento, a avaliação de indicadores referentes ao plano de ação de treinamento e capacitação, o que acreditavam favorecer à qualificação da equipe.

Entretanto outras atividades colaboravam para a qualificação da equipe de enfermagem como a oportunidade de participação dos profissionais de enfermagem em atividades promovidas pelo serviço de recursos humanos ou pelo centro de estudo da instituição, pela participação em eventos externos (eventos científicos, como jornadas, congressos, seminários, dentre outros) quando possível.

Citaram ainda os treinamentos específicos em cardiologia, o suporte de treinamento oferecido pelas empresas sobre os materiais e equipamentos especiais utilizados nos serviços de cardiologia, pela participação da equipe de enfermagem em atividades com especialistas em diversas áreas e pela realização anual do evento científico relacionado à Semana de Enfermagem.

Importante ressaltar que a participação das enfermeiras ou da equipe de enfermagem em eventos externos não era uma prática institucionalizada nem estimulada. Dependia do

interesse e de investimentos pessoal em recursos financeiros e da possibilidade de liberação, salvo raras exceções.

Na área da enfermagem, as atividades a qualificação das equipes são demandas constantes, seja para o treinamento na contratação de um novo profissional ou para as atualizações e capacitações necessárias, assim como para o desenvolvimento dos mesmos. Contudo ainda se percebe a ausência de programas e políticas voltadas para o melhor desempenho da equipe. Esse é um fato de grande relevância para a gerência de enfermagem em serviços de cardiologia, devido à complexidade que a envolve.

Na opinião de Peres, Leite e Gonçalves (2015), existe a falta de política de valorização do capital humano, que integrando a aprendizagem, o conhecimento e as competências podem mudar o patamar assistencial da equipe de enfermagem. A ausência de investimento nos profissionais de saúde é um fator de desestímulo e desmotivação para estes busquem o seu desenvolvimento.

Esse fato pode ser observado nos resultados desse estudo quando a maioria das participantes referiu realizarem treinamentos e capacitações com a equipe de enfermagem e esse número foi reduzido quando se referiram ao desenvolvimento de atividades de qualificação da equipe. Entretanto, para essa área de especialidade, essa estratégia única de treinamento pode não suprir a demanda de conhecimento e habilidades necessárias para a assistência em alta complexidade, segura e com qualidade, sendo esses atributos recomendados pela PNACAC.

O treinamento pode ser entendido de várias maneiras e abranger vários aspectos relacionados à capacitação de pessoal. Marquis e Huston (2015, p. 366) entendem que “Treinamento pode ser definido como um método organizado para garantir que as pessoas tenham conhecimentos e habilidades para determinado fim e que adquiram os conhecimentos necessários para realizarem as tarefas do cargo”.

Outros autores fazem observações similares quando afirmam que o objetivo do treinamento é alcançar bons resultados, como o aumento do conhecimento teórico e o prático, que capacita o profissional para a realização do trabalho com eficiência. Entretanto, os autores ressaltam que o desenvolvimento profissional vai além da eficiência no trabalho. Argumentam que o desenvolvimento propõe a ampliação das competências profissionais e pessoais e, dessa forma, instrumentalizam o indivíduo para a transformação da realidade (PERES; LEITE; GONÇALVES, 2015).

Autores argumentam que é necessário efetuar o levantamento das necessidades de treinamento dos profissionais de forma criteriosa, pois não basta apenas a realização de um

levantamento, é necessário compreender as suas necessidades, ter clareza das competências a serem desenvolvidas, assim como aplicar os métodos pedagógicos inovadores e apropriados para despertar a consciência e assim manter o interesse dos profissionais pelo seu aprendizado constante (MARQUIS; HUSTON, 2015; PERES; LEITE; GONÇALVES, 2015).

No âmbito do SUS, tendo em vista a dimensão do que seja a qualificação dos profissionais de saúde, bem como as articulações necessárias entre gestores e trabalhadores que oferecem a atenção à saúde, a formação e o controle social foi adotada como ferramenta a instituição da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do SUS para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor de saúde (BRASIL, 2004d).

Dentre as diversas estratégias a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde objetiva identificar necessidades de formação e de desenvolvimento dos trabalhadores de saúde, elaborar métodos e desenvolver processos para a qualificação da atenção e a gestão em saúde, considerando a problematização do contexto vivido e a adoção de estratégias de participação colegiada que produzam e transformação da realidade da atenção e da gestão. Outra estratégia importante está voltada para a integração entre os níveis de atenção da rede de atenção em saúde (BRASIL, 2004d).

c) Avaliação de desempenho profissional

As três unidades hospitalares estudadas informaram a utilização da avaliação do desempenho funcional de forma institucionalizada. Em duas unidades hospitalares as atividades eram semelhantes, sendo o processo de avaliação de desempenho realizado pelas enfermeiras junto à equipe e em parceria com o serviço de educação continuada e serviço de recursos humanos inserido em um contexto de competência gerencial e institucional.

Foi informado que a avaliação do desempenho funcional demandava o acompanhamento sistematizado do desempenho e ocorria duas vezes no período de experiência e seguia um sistema de avaliação anual do desempenho do funcionário. Os registros de acompanhamento dos profissionais e ficam armazenadas no banco do serviço de recursos humanos.

Dessa forma, além das ocorrências e atendimentos já sistematizados, efetuavam também os registros da avaliação do resultado dos treinamentos, buscando identificar os avanços e as apreensões dos conteúdos ou necessidades de refazer outros treinamentos. Com esse processo era possível obter um perfil do desempenho do profissional.

Esse processo de avaliação era dinâmico e ocorria continuamente em processos assistenciais, em conversas compartilhadas sobre os pontos que demandam melhoras ou para retorno positivo. Realizam também o acolhimento com conversa individual com o profissional, abordando pontos fortes e frágeis e a elaboração de um plano de ação para o treinamento dos funcionários que apresentam fragilidades.

No entanto outra unidade hospitalar utilizava a avaliação do desempenho funcional em que as atividades diferenciavam na forma como o processo era conduzido por questões regimentais e burocráticas próprias. Embora a avaliação fosse referente à equipe de enfermagem, a competência da avaliação e do acompanhamento não era da enfermeira e sim do chefe médico do serviço. Entretanto, por não conhecer toda a equipe, ele pedia auxílio da enfermeira para realizar a avaliação.

Este processo de avaliação do desempenho estava pautado na gestão de metas e competências assistenciais. Era realizada no período admissional e seguia um calendário anual. Todavia, na prática, ainda estava irregular. As gerentes de enfermagem relataram que desenvolviam o processo de avaliação do desempenho com as conversas e acompanhamentos inerentes às ações gerenciais junto à equipe de enfermagem, não como uma competência de sua autonomia, mas como um auxílio à chefia médica do serviço.

Essa não é a melhor prática para a realização do processo de avaliação de desempenho. Parece que dessa forma o processo cai no vazio, contrapondo os dizeres de Marquis; Huston, (2015) quando argumenta ser recomendável que se tenha várias fontes de avaliação e que o avaliador deve ser a enfermeira que trabalha em contato direto com os avaliados, seu chefe imediato ou um supervisor que tenha acompanhado o seu trabalho. Em uma unidade hospitalar desse estudo, a enfermeira gerente executa uma tarefa para outro profissional, o que não garante a continuidade do processo, pois não é de sua competência legal.

A avaliação do desempenho profissional é um capítulo relevante na área da gestão de recursos humanos. É um tema de grande complexidade e dificuldade operacional em decorrência das diversas áreas de abrangência. Nesse sentido Marquis; Huston, (2015) afirmam que para a elaboração e realização de um processo de avaliação de desempenho dos profissionais é importante considerar os aspectos da área administrativa, da área de liderança, de treinamento, de capacitação e de desenvolvimento, pois envolve a visão política e de poder institucional. Tendo em vista a subjetividade que acompanha esse processo, é preciso ter-se a clareza dos reais objetivos de uma avaliação de desempenho profissional.

Na área administrativa, recomenda-se o uso de estruturas e sistemas formais, construir processos de avaliação usando instrumentos e ferramentas que ajudem na organização dos

dados avaliativos, critérios justos, claros, objetivos e que seja compartilhado com todos, favorecendo a identificação de necessidades de educação e treinamento, métodos que auxiliem no acompanhamento e possibilitem o retorno aos profissionais. Outro fator relevante é a liderança sobre esse processo de modo que as ações dos avaliadores e avaliados sejam construídas em bases de confiança e ética, bem como no encorajamento e bom uso dos métodos implementados junto aos funcionários (MARQUIS; HUSTON, 2015).

A abordagem do tema da avaliação do desempenho profissional é uma forma de estimular o avanço e a discussão do mesmo na enfermagem, tendo em vista a estreita relação entre os recursos humanos e a qualidade assistencial, especialmente em cenário de transformações de várias naturezas como o do campo da saúde. Esses são referentes às tecnologias e à valorização do conhecimento, por exemplo, como aquelas referentes aos valores sociais e éticos e ainda sobre a pressão dos usuários no campo da saúde. A avaliação de desempenho é um recurso importante, entretanto, embora a avaliação da equipe de enfermagem seja uma prática vigente de longa data, a forma individualizada e sistematizada da mesma, ainda não o é (PERES; LEITE; GONÇALVES, 2015).

A avaliação de desempenho é um campo em construção, especialmente na gestão da pública. Esse espaço de discussão sobre a gestão do setor público tem causado tensão entre os gestores e os servidores, apontando para um desafio sistema de saúde brasileiro (PIERANTONI *et al.*, 2011).

d) Ações de reconhecimento e estímulo ao crescimento profissional

Nas três unidades hospitalares as ações de reconhecimento e estímulo ao crescimento dos profissionais eram similares, buscavam valorizar os profissionais com ações passíveis de serem administradas pela gerência. Em uma das unidades hospitalares foi observado que havia um incentivo financeiro mínimo segundo critérios estabelecidos pela própria instituição e era fornecido auxílio ao nascimento e no caso de óbitos de parente próximo, além da realização de celebração de datas especiais. Em outra almejavam a incorporação de um plano de progressão institucional, entretanto ainda sem definições.

Dentre as diversas ações informadas pelas participantes foi observado nas três unidades hospitalares que as ações relacionadas ao acolhimento dos profissionais frente a algum problema ou dificuldade ou mesmo de aproximação com os gestores, as ações relacionadas ao aproveitamento do potencial dos profissionais, ao treinamento e capacitação e a oportunidade de crescimento, a divulgação dos elogios e o apoio social em situações

especiais, foram consideradas ações de reconhecimento e estímulo ao crescimento dos profissionais.

As ações de acolhimento identificadas foram o atendimento da equipe com escuta, conversa, retorno para o outro e a criação de um ambiente de reciprocidade, a realização de orientações, o reforço positivo e valorização dos funcionários, bem como as ações e programas que favoreciam a proximidade dos gestores com as equipes.

Em uma das unidades hospitalares havia um programa denominado “café com o presidente”. Este programa se referia a uma busca de aproximação dos altos níveis gerenciais com os funcionários atuantes na ponta. Este programa seguia uma agenda pré-estabelecida pela Instituição, onde se divulgava um número determinado de vagas para participação dos profissionais.

O aproveitamento do potencial dos profissionais e a acessibilidade às diversas formas de treinamentos propiciavam que os profissionais progredissem para posições melhores no campo de sua atuação, o processo de seleção interna para os profissionais de nível técnico que se graduaram em enfermagem e no caso das enfermeiras do quadro a ascensão para os cargos superiores, foram relacionadas ao reconhecimento. Outras ações relatadas foram a adequação de escalas e horários de trabalho sempre que possível, quando há profissionais realizando cursos de graduação e também na participação de eventos mediante o interesse individual.

O reconhecimento muito comum em todas as unidades hospitalares foi a divulgação das mensagens elogiosas, dos agradecimentos divulgados pela ouvidoria, ocorridos através da pesquisa de satisfação do usuário, pelo Serviço de Atendimento ao Cliente, ou por emails que eram afixados nos murais, repassados em emails ou em telas de descanso do computador, bem como a exposição de resultados positivos do indicador que a equipe participa eram ações muito frequentes nos serviços. Em uma das unidades hospitalares foi utilizado um quadro denominado “doce elogio”, onde são divulgadas as congratulações e os elogios recebidos pelos funcionários.

Observa-se que os profissionais de enfermagem têm necessidade de reconhecimento e pode-se atribuir a esse comportamento ao excesso do desgaste aos quais estão expostos. O desgaste pode ser proveniente da carga horária elevada, dos baixos salários e, por isso, a soma de mais de um emprego, da baixa autonomia encontrada nos hospitais, das relações de poder nas instituições, entre outros.

Estudo aponta que enfermeiras pediátricas apresentam níveis significantes de esgotamento. Níveis mais altos foram encontrados nas enfermeiras com idade mais elevada, que eram casadas e que tinham menos pacientes sob sua responsabilidade (AKMAN *et al.*,

2016). Em outro estudo mais da metade da equipe se consideravam desmotivada, sendo os principais fatores da desmotivação a sobrecarga de trabalho, a falta de reconhecimento dos gestores e a falta de um bom relacionamento entre a gerência de enfermagem e a equipe assistencial (BEZERRA *et al.*, 2010).

O avanço da área da gestão organizacional aponta para uma gestão mais humanizada, particularmente na área da saúde, dessa forma a área de recursos humanos passa a mostrar não apenas o controle da gestão dos funcionários, mas uma abordagem humanizada que procure extrair o que há de melhor, naturalmente, para alcançar a produção e o melhor resultado. Muda também a abordagem sobre os trabalhadores. Estes passam a ser representantes de uma organização, não apenas os empregados. E muito tem se investido na área de gestão de pessoas nas últimas décadas (CHIAVENATO, 2010).

Tendo em conta que a “a motivação é uma força interna no indivíduo que influencia ou direciona seu comportamento”, uma das competências dos gerentes de enfermagem é a de criarem um ambiente favorável que propicie o desenvolvimento das potencialidades dos profissionais sob sua liderança, adotando ações administrativas e relacionais de modo a influenciar e proporcionar um ambiente de interação das adversidades intrínsecas e particulares que compõem um grupo de trabalho, visando atender as metas institucionais e as necessidades individuais (MARQUIS HUSTON, 2015, p. 415).

Para Marquis e Huston (2015), a motivação é um tema complexo abrangente, e esta pode ser intrínseca ao indivíduo ou pode extrínseca, dependente de estimulação responsiva a estímulos com diferenciadas abordagens. Entretanto, todas buscam atender as necessidades individuais. Dentre as diversas teorias motivacionais os autores citam a Teoria da Motivação Humana de Maslow, que trabalha com a hierarquia das necessidades. Embora não tenha sido o foco do estudo, parece que as iniciativas individuais dos profissionais e o estímulo ao seu próprio crescimento, encontram eco nessa teoria.

A Teoria de Skinner, a qual aborda o argumento de o condicionamento operante, pode levar a modificação do comportamento, argumentando que as pessoas podem ser condicionadas a se comportar com base em sistemas de recompensas ou punições (MARQUIS; HUSTON, 2015). Essa teoria pode ser presenciada nas ações de reconhecimento e estímulo ao crescimento encontrado no estudo, especialmente nas unidades hospitalares que tem seu sistema de gestão baseado em normas de credenciamento e competitividade no mercado.

Já a Teoria de Herzberg parece ser a que se deseja alcançar no âmbito do trabalho o estímulo e reconhecimento profissional. Este teórico argumenta que os profissionais podem

ser estimulados pelo próprio trabalho, contando que os fatores de higiene ou manutenção e fatores de motivação caminhem juntos às atividades profissionais e gerenciais. É a teoria dos dois fatores que de um lado aponta as condições de trabalho e as relacionais e as políticas da organização e de outro o elenco de motivadores, dentre eles o reconhecimento e o avanço profissional (MARQUIS; HUSTON, 2015).

Em estudo baseado na Teoria de Herzberg pode-se perceber que com relação à realização profissional e ao reconhecimento foi observado que a variável reconhecimento pelo trabalho realizado tenha sido o percentual mais pontuado com maior satisfação tanto para a enfermeira como para o técnico de enfermagem. Entretanto, o percentual não atingiu a metade dos participantes, retratando que ainda alguma fragilidade nessa área. Identificado na análise geral que os fatores que afetam a satisfação no trabalho influenciam as atitudes dos profissionais. Esse deve ser um ponto de reflexão e crítica dos gestores (SILVEIRA; STIPP; MATTOS, 2014).

Neste estudo, observa-se que um pouco mais da metade das participantes informaram a realização de ações de reconhecimento e estímulo ao crescimento dos profissionais. E muitas ações identificadas como reconhecimento provem das ações dos treinamentos e capacitações oferecidos, e das relações no trabalho, do retorno dos usuários e da oportunidade de ocupação de melhores cargos na empresa. Em uma das unidades hospitalares ainda existe um vazio em relação a ações dessa natureza e ainda retrata a necessidade de uma articulação entre os níveis gerenciais e entre as áreas a fim de valorizar os recursos humanos na área da enfermagem.

e) Gerenciamento de Conflitos

Os motivos causadores de conflitos eram diversos em todas as unidades hospitalares. Apesar de ter sido observado algumas similaridades entre os motivos causadores de conflito, foi observado também algumas particularidades em alguns dos serviços. Eles ocorreram no âmbito das relações interpessoais entre as equipes de técnicos de enfermagem, entre as enfermeiras, entre enfermeiras e técnicos de enfermagem, bem como com outros profissionais de saúde.

Foram observados conflitos relacionados ao processo de trabalho e na relação com os usuários. Ocorreram em serviços que trabalham com equipes grandes e com diversidade de profissionais e até mesmo com os usuários, devido aos problemas do dia a dia e comuns na

relação de trabalho, passando por problemas sociais, comportamentais, de violência e de valores éticos, morais até as questões políticas e de poder da instituição.

Com relação aos serviços, foi observada particularmente a ocorrência de conflitos no CTI entre as enfermeiras e os técnicos de enfermagem devido à resistência à hierarquia do serviço e com relação às abordagens para a promoção de integração das equipes. Houve ainda registro de conflito relacionado à competência, pois a maioria dos técnicos de enfermagem possuía nível superior, o que causava certo conflito de competência no âmbito assistencial e gerencial, sendo esse o mais difícil de gerenciar. Foram relatados particularmente conflitos frequentes com os profissionais da equipe de fisioterapia devido à resistência ao trabalho em equipe.

Em centro cirúrgico foi observada a ocorrência de conflito devido à existência de diferentes vínculos trabalhistas na enfermagem, resistência a distintos níveis hierárquicos, em decorrência da negligência às normas específicas em várias áreas e conflito nas relações interpessoais entre as equipes e a gerência. O mais relevante nesse serviço foi o conflito percebido entre as enfermeiras com relação ao comprometimento da enfermeira com o trabalho, a sua postura profissional, a imaturidade para trabalhar em equipe, a falta de equilíbrio emocional para lidar com desafios, e a susceptibilidade aos conflitos, com interferência no trabalho e na gerência.

Foi observado ainda conflito entre médicos, cirurgiões e anestesistas, por ocupação de sala cirúrgica, por atrasar o horário de ocupação da sala. Mesmo este não sendo diretamente um conflito com a enfermagem, refletia na condução do trabalho da equipe que favorecia a ocorrência do destrato do médico com o profissional de enfermagem, a ignorância, a arrogância, em decorrência desses atrasos na cirurgia problemas externos a equipe de enfermagem.

No gerenciamento dos conflitos pelas gerentes, também foram observadas similaridades na abordagem com as equipes e particularidades na condução em situações especiais. Foi observado que o gerenciamento de conflitos deu-se pelo acolhimento, escuta das partes para a identificação dos fatos, conversa individual, em grupo ou em reuniões para buscar o entendimento, o equilíbrio e a harmonia nas relações e nas equipes.

Procuravam alinhar as questões e agregar as pessoas de modo a não fomentar conversas desnecessárias, conduzindo o estabelecimento de um vínculo de confiança entre as profissionais e a gerência para não deixar que a situação de conflito cresça. Buscava-se agir de forma rápida de forma individual ou em equipe através do uso do diálogo como ferramenta

de negociação e a realização de reuniões com as equipes como forma de prevenção de conflitos.

Todavia foi identificado que em algumas situações especiais o gerente precisa agir com firmeza, buscar a gestão compartilhada dos problemas para o amadurecimento pessoal e profissional, evitando as punições desnecessárias. O atendimento dos casos de conflitos era registrado na ficha funcional, solicitado o apoio psicológico ao serviço de recursos humanos, quando necessário e era realizado o encaminhamento para as demais áreas envolvidas no conflito, bem como o encaminhamento para o comitê de ética, para delimitar as competências e as ações, caso necessário.

Foi identificado que as gerentes procuravam a solução dos casos de conflito com o diálogo individual ou em grupo, através de reuniões sendo o encaminhamento a gerência geral de enfermagem restrito a alguns casos, bem como a utilização do uso da advertência escrita e a suspensão do profissional era muito restrito.

O gerenciamento dos conflitos com os usuários era efetuado com o envolvimento do serviço de ouvidoria, da segurança e da diretoria se necessário. Para o gerenciamento dos conflitos relacionados ao processo de trabalho era realizada a notificação do evento com o objetivo de sanar as falhas.

O conflito é tido como um fato cotidiano, que envolve as relações entre os funcionários como entre esses e os usuários da saúde. Em geral, o enfrentamento dos conflitos é sempre tenso, não sendo comum a utilização de um modelo sistematizado para a abordagem dos mesmos. Ele está presente no campo do trabalho, na interação social e no contexto organizacional. A manifestação do conflito depende de como os profissionais se posicionam, como se expressam e como se envolvem com as questões do trabalho no coletivo. O enfrentamento e o manejo do conflito nos serviço de saúde é mais comum para os gerentes, pois lidam com as relações de modo geral. Já para os técnicos essa abordagem é mais difícil (CARVALHO; PEDUZZI; AYRES, 2014).

Resultado de estudo aponta a existência de diferentes formas de conflito entre coordenadores e trabalhadores e expressam a inserção desigual dos diferentes grupos de trabalhadores seja no nível superior ou no nível técnico. Estes se conformam em obstáculos para os acordos próprios das relações do trabalho, causando tensão ou rompimentos dos acordos negociados (CARVALHO; PEDUZZI; AYRES, 2014). O que o torna mais complexo no contexto atual das organizações em que exigem profissionais cada vez mais envolvidos, polivalentes, multifuncionais e integrado na própria equipe de enfermagem e na equipe multidisciplinar e à própria organização (SPAGNOL; L'ABBATE, 2010).

Nesse contexto, para o gerenciamento do conflito o gerente de enfermagem e as enfermeiras devem valorizar as relações interpessoais na construção de equipe integrada e buscar sua própria capacitação para desenvolver competências e habilidades para liderar sua equipe de técnicos de enfermagem, preparar-se para lidar com as relações humanas, desenvolvendo sua capacidade de escuta, senso crítico e sensibilidade para analisar as questões das relações e o contexto em que está inserido (SPAGNOL; L'ABBATE, 2010).

Outro ponto importante para o gerenciamento de conflito é a criação de espaços permanentes de análise e reflexão sobre as relações de trabalho e sobre o agir profissional, contribuindo efetivamente para a gerência e para a oferta da assistência de enfermagem pautada em uma liderança mais participativa e flexível (SPAGNOL; L'ABBATE, 2010).

Estudo destaca que na visão dos técnicos de enfermagem boa parte dos participantes considera que as enfermeiras estão preparadas para lidar com o conflito, que agem de forma justa, imparcial e compreensiva e como estratégia usa o diálogo para mediar as situações e as negociações como os envolvidos. Entretanto, foi observado que algumas enfermeiras ainda não estão preparadas para enfrentar esse tipo de situação. Acreditam ser devido à falta de experiência profissional, à imaturidade pessoal, à ausência de interação com a equipe, principalmente à ausência de diálogo pela dificuldade para se comunicar, à falta de autoridade e de bom senso (SPAGNOL *et al.*, 2010).

As variáveis que foram estudadas no eixo de gerência de pessoas são relevantes, tendo em vista o cenário de estudo ser o de alta complexidade para a assistência à saúde. As enfermeiras e sua equipe têm grande inserção nesse meio assistencial e gerencial. A assistência ao paciente crítico cardiológico é dependente de pessoal qualificado, equipe coesa, comprometida e especializada e que consiga manter um vínculo com a instituição com os menores conflitos possíveis. Pode-se observar que em duas unidades hospitalares a gerência de enfermagem está engajada com os demais serviços institucionais para o preparo da equipe de enfermagem e para o desenvolvimento do profissional.

Em uma das unidades hospitalares foi observado diferentes realidades em relação ao processo de seleção, qualificação, avaliação de desempenho e de conflitos na gerência da equipe de enfermagem. A seleção ocorre por concurso público o que já impõe um distanciamento entre gerentes e candidatos. Ainda não adotaram um programa de treinamento e qualificação de pessoal. A autonomia gerencial da enfermeira é regulada pela estrutura funcional onde o médico é o centro da autonomia gerencial na maioria dos serviços.

Nesses serviços, as enfermeiras exercem um papel de gerência limitado ou de certa forma, executor das tarefas para o outro profissional por não terem sua função de direito

estabelecida no organograma estrutural e funcional da unidade hospitalar. Além dos conflitos cotidianos, vivenciam realidades mais densas relacionadas às questões de hierarquia, interesses privados, políticos e de poder e do próprio papel da enfermeira. A parceria das gerentes desse serviço parece ocorrer em relação ao núcleo de segurança do paciente e da CCIH.

Estudo identifica que a equipe de enfermagem reconhece a importância da qualificação e da necessidade do conhecimento técnico-científico, pois qualificam a e valorizam o profissional, promovem a autonomia para a o desenvolvimento das competências pertinentes às enfermeiras. A discussão coletiva sobre a qualificação profissional despertou sobre a importância do envolvimento e responsabilização dos enfermeiros com sua própria educação profissional e com a liderança facilitadora junto á equipe de enfermagem para a ação educativa e para buscar soluções alcançáveis, além de reavaliar seus comportamentos (JESUS *et al.*, 2011).

Os autores entendem que a prática da educação permanente em saúde tem relevância, pois favorece a aquisição de conhecimentos científicos, possibilitam a abordagem crítica do processo de trabalho e a capacitação articulada com a realidade do contexto onde ocorre a oferta do cuidado. Outro ponto relevante da política da educação permanente é a formação de agentes multiplicadores, entretanto, no contexto do estudo, encontraram dificuldades por questões administrativas e pelo distanciamento das enfermeiras nas questões ligadas a capacitação da equipe (JESUS *et al.*, 2011).

A gerência de pessoas é um desafio contínuo e pode encontrar na educação continuada uma ferramenta necessária para promover o desenvolvimento das pessoas e assegurar a qualidade da assistência. É um serviço de grande responsabilidade institucional que obtém retorno em parceria com o grupo de enfermeiras, como o apoio do gerente de enfermagem e da instituição. Entretanto observa-se em estudo que a equipe de enfermagem ainda tem dificuldades para compreender a relevância e a abrangência desse serviço, particularmente para a assistência em terapia intensiva, com programas organizados e formalizados com a finalidade do acompanhamento e qualificação do profissional, bem como os protocolos assistenciais (LAZZARI; SCHMIDT; JUNG, 2012).

Muitos fatores dificultam as ações de desenvolvimento e educação de pessoal de enfermagem, e dizem respeito à sobrecarga de trabalho, ao número insuficiente de funcionários, ao treinamento fora do horário de trabalho, a temas impostos pela instituição, falta de apoio institucional para a adequação de carga horária e de subsídios

para promover ações educativas. Os problemas administrativos e burocráticos afastam a enfermeira das atividades educativas, e dificultam o planejamento e administração do tempo para a promoção e ações educativas (SILVA; CONCEIÇÃO; LEITE, 2008).

4.3.1.2 Gerência de informação

Neste estudo, não serão discutidos os sistemas de informação em saúde em bases conceituais, culturais ou de recursos tecnológicos (KURCGANT, 2015), mas sim um detalhamento das normas que norteiam a efetuação dos registros da assistência de enfermagem nos prontuários nos serviços de cardiologia, pois o serviço de enfermagem convive com uma diversidade de problemas em relação à efetuação de registros em prontuários, quanto à realização e o planejamento da assistência de enfermagem - gerência de informação assistencial.

Outro ponto pesquisado foi sobre como as gerentes efetuam a comunicação com as equipes de enfermagem e os demais serviços e como ocorre a participação das gerentes e sua equipe no registro de informações e ocorrências para a vigilância de insumos específicos da cirurgia cardíaca e os procedimentos coronarianos invasivos, bem como para eventos adversos - gerência de informação administrativa.

4.3.1.3 Gerência da informação assistencial

A investigação referente à informação assistencial tem a finalidade de atender a orientação da Portaria nº 210 da PNACAC (BRASIL, 2004a; BRASIL 2004b; BRASIL; 2004c), com relação aos registros. No caso deste estudo, as informações relativas à assistência de enfermagem. Dessa forma foi estabelecida a investigação de variáveis que possa retratar as ações assistenciais em relação aos pacientes atendidos nos serviços de alta complexidade nos serviços de cardiologia das unidades hospitalares investigadas.

Durante a realização da pesquisa, as participantes do ambulatório informaram que os registros de admissão e alta do paciente não se aplicavam àquele serviço, sendo então criada uma coluna determinada não aplicável para a apresentação dos resultados.

Considerando que a assistência ao paciente cardíaco é considerada de alta complexidade, que o caminho percorrido pelo paciente oferece riscos de naturezas diversas,

seja pela sua condição clínica, seja pelo enfrentamento de vários procedimentos invasivos ou a utilização de drogas, neste estudo, sob o olhar gerencial buscou-se detalhar as normas necessárias para que a organização dos serviços ocorra da forma mais adequada possível para alcançar a segurança e a qualidade assistencial e até mesmo a produção de dados mais completos e mais confiáveis.

Os profissionais de enfermagem têm a função de documentar a assistência prestada ao paciente e compor o prontuário do mesmo, bem como atender as questões éticas e regulamentares da profissão.

Com relação à gerência da informação assistencial, os dados apontaram que a maioria das variáveis pesquisadas era registrada no prontuário do paciente, conforme apresentados na Tabela 6. Foi observado que o fato da instituição hospitalar utilizar um sistema de gestão informatizada com foco na qualidade facilitava a realização desses registros.

Tabela 6 - Caracterização da Gerência do Serviço de enfermagem – Eixo gerência da informação assistencial – pelas Enfermeiras das unidades hospitalares A, B e C da Região Metropolitana da Grande Vitória.

GERÊNCIA DA INFORMAÇÃO ASSISTENCIAL	SIM		NÃO		NÃO APLICÁVEL	
VARIÁVEL						
1 - Normas para registros em prontuário	19	100%	0	0%	0	0%
2 - Admissão e alta do paciente	16	84%	1	5%	2	10%
3 - Avaliação clínica/ dependência de cuidado	15	79%	4	21%	0	0%
4 - Plano de cuidados de enfermagem	13	68%	6	32%	0	0%
5 - Registros de Procedimentos e cuidados de enfermagem	17	89%	2	11%	0	0%

Fonte: elaborado pela autora.

a) Normas para registro em prontuários

Foi identificado que duas unidades hospitalares utilizavam normas institucionais chamadas instrução normativa ou instrução de trabalho, com a descrição dos formulários e protocolos que o compõem, para a efetuação dos registros de enfermagem de todos os

cuidados realizados com os pacientes, para a organização do prontuário e registros de especificidades no atendimento.

Em uma delas era realizada auditoria interna dos prontuários pela secretária de clínica e enfermeira duas vezes por semana. Em outra unidade hospitalar, as normas para organização do prontuário estavam em adequação pela comissão de prontuário no hospital, sendo ainda utilizado o livro de registro de enfermagem.

As enfermeiras e os demais profissionais graduados efetuavam todos os registros dos atendimentos dos pacientes no sistema informatizado, assim como todas as evoluções, emissão de documentos, solicitação de exames, entre outros. Os técnicos de enfermagem faziam os registros manuais, entretanto alguns serviços faziam o uso de formulários estruturados, padronizados conforme o sistema e específicos para as anotações de enfermagem. Outros serviços estavam com planos junto à informática para a inserção dos registros dos mesmos no sistema.

Foi identificado que, nos serviços que utilizavam o sistema informatizado, o processo de trabalho relacionado aos registros e à organização dos prontuários tinha um fluxo bem desenhado, mas ainda eram encontradas falhas no desenvolvimento desse processo, seja pela equipe médica ou de enfermagem. Esse fato demandava ações de educação continuada sobre anotação regular de enfermagem, pela rotatividade da equipe, pelo vício de esquecimento comum na equipe de enfermagem, pela importância dessa ação documental e pela cobrança institucional a fim de sanar os problemas de falta de registro prontuário.

As orientações para os registros de enfermagem estavam voltadas para valorizar as queixas, os sinais vitais, os sintomas, a evolução de enfermagem e a realização de forma imediata ao atendimento com a finalidade de evitar esquecimentos, assim como os registros das especificidades e a manutenção da organização dos registros no prontuário de forma a colaborar com a auditoria dos prontuários.

Foi identificado no serviço de hemodinâmica e no centro cirúrgico, além da preocupação em registrar o atendimento, os sinais e sintomas, realizavam o cadastro dos pacientes, registravam os exames realizados no serviço, bem como a utilização de materiais de alto custo como as órteses, próteses e materiais especiais em prontuário e em livros específicos, gravação dos exames em CD numerados a fim de realizar o “*back up*” para rastreabilidade dos mesmos sempre que necessário. Em centro cirúrgico foi identificado que, além da folha de sala, foi informada a realização de registro das bandejas reprocessadas pela central de material esterilizado em folha própria tendo as etiquetas anexadas ao prontuário.

b) Admissão e Alta do paciente

Para o registro de admissão e alta do paciente nos serviços das unidades hospitalares, as enfermeiras utilizavam formulários variados de acordo com as características e especificidades do serviço, como formulário específico de admissão, formulário próprio para a evolução da alta do paciente como parte do processo de enfermagem.

No serviço de hemodinâmica era utilizado formulário específico de procedimento seguro. No centro cirúrgico utilizava formulário de cirurgia segura pré-operatória, folha de sala, folha de anestesia e livro de registro, e no CTI era utilizada a evolução de enfermagem que continha todas as informações relativas à sua movimentação na instituição.

As enfermeiras relataram como as principais ações na admissão e na alta do paciente a avaliação do paciente, a realização do processo de enfermagem em alguns serviços ou somente o registro da evolução do atendimento. Em uma das unidades hospitalares, em caso de realização de orientações aos pacientes e familiares na admissão ou na alta, estas eram registradas e assinadas pelo profissional e pelo familiar. Era registrado o horário de admissão e alta, como o paciente chegou ou saiu e as condições clínicas do mesmo.

Em alguns serviços no momento da admissão era efetuada a coleta de dados específicos do atendimento como no caso do serviço de hemodinâmica, onde era realizado o registro do quadro do paciente, dos cuidados específicos relacionados ao procedimento e as intercorrências relevantes nesse serviço.

No centro cirúrgico foi informada a aferição de pressão, a identificação de doenças como diabetes mellitus, hipertensão arterial, outras doenças prévias e a realização de procedimentos cirúrgicos anteriores, as condições clínicas e o uso de drogas vasoativas. Em um dos ambulatórios não era realizado o registro de admissão e alta e, no outro, este ocorria através da realização da consulta de enfermagem.

Foi observado que maioria dos serviços pesquisados utilizava alguma forma de efetuar os registros de admissão e alta, contudo a utilização de formulários não era uniforme. Os serviços usavam os formulários conforme a organização do prontuário e conforme o processo de trabalho estabelecido. Além disso, priorizavam a coleta de informações de acordo com as especificidades dos serviços.

O agrupamento das principais ações relacionadas ao registro de admissão e alta do paciente como resultado desta pesquisa aqui exposto não retrata a totalidade das ações

realizadas pelas enfermeiras e equipe no ato da admissão e alta, expressa apenas um registro do momento da pesquisa. Pôde-se observar que esses registros estiveram presentes na maioria dos serviços de formas diferenciadas e com especificidades.

c) Avaliação clínica/Dependência de cuidado

Foi identificado que a avaliação clínica/dependência de cuidado era realizada de forma similar em alguns serviços de duas unidades hospitalares estudadas, mas de diferentes maneiras entre os diversos serviços, tendo em conta as especificidades dos mesmos e desenvolvimento do processo de trabalho estabelecido no serviço.

Nessas duas unidades hospitalares a utilização de modelos de avaliação clínica/dependência do cuidado estava incorporada ao processo de trabalho especialmente no CTI e no serviço de internação e hemodinâmica. Em outra unidade hospitalar esse processo estava sendo iniciado através da implantação do processo de enfermagem para as etapas da coleta de dados e evolução clínica e para a consulta de enfermagem. Em alguns dos serviços estudados não utilizavam nenhum modelo para tal avaliação.

O CTI foi o serviço que mais utilizou modelos de avaliação clínica/dependência do cuidado, dentre eles foi identificada a utilização do processo de enfermagem, avaliação da dependência do cuidado baseada no Nursing Activities Score (NAS) (OLIVEIRA *et al.*, 2015a), Escala de Braden (SERPA *et al.*, 2011) para úlcera de pressão, a de Sepsis Related Organ Failure Assessment para a avaliação do risco de sepse (KAUKONEN *et al.*, 2015).

Além dessas modalidades a avaliação clínica/dependência do cuidado no CTI também era realizada através avaliação das anotações de enfermagem durante o plantão e das intercorrências clínicas ocorridas. Em um dos CTI era utilizado a Escala de Fugulin (FUGULIN; GAIDZINSKI; KURCGANT, 2005; MORAES; LINCH; SOUZA, 2012) para o preparo e encaminhamento de alta do paciente do CTI para o serviço de internação.

Nos serviços de internação foi identificada a utilização de escalas padronizadas como a do NAS (OLIVEIRA *et al.*, 2015a) para a dependência dos cuidados e para a distribuição da equipe de enfermagem, o gerenciamento de risco, a Escala de Fugulin (FUGULIN; GAIDZINSKI; KURCGANT, 2005; MORAES; LINCH; SOUZA, 2012) para a avaliação da dependência do cuidado para a avaliação clínica e dependência do cuidado.

Além dessas era utilizado o processo de enfermagem, a avaliação do risco de queda, a avaliação dos riscos de flebite, a escala de Braden (SERPA *et al.*, 2011) para a avaliação do risco de úlcera de pressão, o protocolo de feridas, a visita clínica onde era realizado o exame

físico, a avaliação da evolução clínica e das anotações de enfermagem. Dentre os serviços de internação os modelos de avaliação clínica/dependência do cuidado estavam incorporados de forma organizada em duas das unidades hospitalares.

Alguns serviços como o da hemodinâmica e o centro cirúrgico apresentam características próprias em que o atendimento é temporário e rotativo. Entretanto realizam procedimentos de grande complexidade e riscos à saúde, sendo a atividade de avaliação clínica/dependência de cuidado uma ação preciosa para a identificação de informações importantes que favoreçam a prevenção de riscos iminentes à saúde como, por exemplo, no caso de presença de comorbidades e alergias.

Na hemodinâmica foi encontrado o uso de formulário de procedimento seguro para orientar a coleta dos dados clínicos e os exames realizados. Era realizado o gerenciamento de risco beira do leito, através da coleta do histórico de enfermagem para a identificação de riscos para a realização de exame como, por exemplo, a existência de alergias e agravos como a insuficiência renal e ainda através da realização de evolução de enfermagem. Em um dos serviços não era utilizado modelo, mas era registrado o que era relevante da avaliação física para a realização dos procedimentos invasivos percutâneos cardíacos.

Nos serviços de centros cirúrgicos a avaliação clínica/dependência do cuidado realizada na admissão era através do protocolo de cirurgia segura, com a identificação prévia da presença de comorbidades, do uso de medicamentos, da presença de alergias, entre outras informações necessárias. No transoperatório era realizado por uma enfermeira perfusionista cujo foco da avaliação era no monitoramento do volume sanguíneo, no uso de drogas vasoativas, na presença de sangramento, no débito urinário, no monitoramento da pressão venosa central e na evolução cirúrgica.

Em um dos serviços de centro cirúrgico a enfermagem não atuava nessa avaliação, ficando a cargo da equipe médica da cirurgia cardíaca no transoperatório. Somente um serviço de ambulatório utilizava o processo de enfermagem para a realização dessa atividade para a consulta de enfermagem de pré e pós-operatório.

d) Plano de Cuidados de Enfermagem

O estudo apontou que os registros do plano de cuidados de enfermagem em duas unidades hospitalares eram realizados através da prescrição de enfermagem, do gerenciamento de risco, da evolução de enfermagem, das orientações de cuidados formalizadas para a alta ou após exames especialmente no serviço de internação e no CTI.

Nos serviços de hemodinâmica e centro cirúrgico de uma das unidades hospitalares o plano de cuidados era realizado pelo gerenciamento de risco de todos os pacientes, inclusive para os riscos específicos relacionados aos procedimentos cardíacos percutâneos e a cirurgia cardíaca.

Em outras duas unidades hospitalares o serviço de hemodinâmica e de centro cirúrgico o plano de cuidado não era registrado para cada paciente. Seguiam as instruções normativas relacionadas aos cuidados de enfermagem como, por exemplo, a orientação dos cuidados após o exame, as rotinas de cuidados para o transoperatório, para a manutenção do rigor asséptico, com os cuidados com a monitorização cardíaca, rotina de degermação antes e após a sedação anestésica. Todavia o serviço de hemodinâmica realizava as orientações específicas para o pré-procedimento percutâneo na folha de agendamento quando o paciente agendava o exame no serviço e eram entregues as orientações pós-procedimento na liberação do paciente.

Em uma das unidades hospitalares somente o CTI informou registrar algum plano assistencial na evolução clínica que estava sendo implantado como parte do processo de enfermagem, entretanto o serviço de internação não tem uma regra para esse registro, fazia de forma esporádica. O serviço de centro cirúrgico e o serviço de cardiologia não faziam esse registro.

No serviço de ambulatório em uma das unidades hospitalares o registro de plano de cuidados era realizado através da prescrição de enfermagem para os curativos e orientações realizadas ao paciente e à família. Em outro ambulatório foi utilizada várias estratégias para o registro de plano de cuidados como a consulta de enfermagem, através de orientações individuais de planos de cuidados em receituário, orientação de cuidados com entrega de cartilhas e pequenos manuais para cirurgia cardíaca e para a anticoagulação oral.

e) Registros de Procedimentos e cuidados de enfermagem

Em alguns serviços, os registros de procedimentos e cuidados de enfermagem no prontuário estavam bem delimitados. Os técnicos de enfermagem realizavam a checagem na prescrição de enfermagem e registravam as intercorrências e os procedimentos que realizavam e as enfermeiras efetuavam os registros na evolução de enfermagem. Entretanto, ainda foram encontrados serviços em que os registros eram sucintos e às vezes ausentes no prontuário. Foi encontrada ainda a realização de registros em relatório em detrimento do uso do prontuário.

Neste estudo a análise dessa variável mostrou que nos serviços de CTI os procedimentos e cuidados de enfermagem realizados eram todos registrados no prontuário pela equipe. Foi informado, inclusive, atenção particular aos registros relacionados aos

pacientes de pós-operatório de cirurgia cardíaca, pela importância do acompanhamento dos dados para a avaliação clínica da equipe de saúde e não apenas para as ações de enfermagem. Era registrada ainda no prontuário a avaliação realizada na rodada de leito diária que era realizada com a equipe multiprofissional, bem como as intervenções de cuidados planejadas.

No serviço de hemodinâmica eram realizados os registros de enfermagem específicos sobre o procedimento intervencionista, assim como as complicações e cuidados adicionais com o introdutor. O mesmo aconteceu com o serviço de centro cirúrgico com relação aos registros das especificidades em que a enfermeira perfusionista os realizava na admissão e cuidados básicos da sala cirúrgica. Foi informado ainda a utilização do protocolo de cirurgia segura, utilização de um impresso específico para o acompanhamento da hemotransfusão para todos os tipos de hemocomponentes e impresso para registro e controle de materiais consignados que eram os registros específicos sobre o uso de próteses, muito usadas na cirurgia cardíaca.

No serviço de internação, além dos os registros de procedimentos e cuidados de enfermagem realizados pelos técnicos de enfermagem, estes registravam o auxílio em procedimentos junto a outros profissionais. As enfermeiras realizavam o registro da evolução da ferida cirúrgica, registro da avaliação e a condução da assistência decorrente da visita multidisciplinar da qual participavam.

No ambulatório era registrada a checagem das prescrições médicas e de enfermagem e de pequenos procedimentos, assim como o atendimento da enfermeira e a participação da fisioterapia no atendimento pré e pós-operatório.

O prontuário do paciente é uma fonte de documentação importante para o hospital e para paciente. É uma fonte de dados para a tomada de decisão assistencial e gerencial. O MS o identifica como “prontuário único: o conjunto de documentos em saúde padronizados e ordenados, destinado ao registro dos cuidados que foram prestados aos usuários por todos os profissionais de saúde” (BRASIL, 2013a, Art. 5º item XIX).

Os serviços de enfermagem têm a função de documentar a assistência prestada ao paciente e compor o prontuário do mesmo, bem como atender as questões éticas e regulamentares da profissão, conforme o código de ética é um dever das enfermeiras “registrar no prontuário do paciente as informações inerentes e indispensáveis ao processo de cuidar” (COFEN, 2011, art. 25).

Para além das questões éticas as enfermeiras trabalhavam com a continuidade assistencial, sendo os registros, segundo Azevêdo *et al.* (2012) uma importante fonte de dados para a mesma e para a tomada de decisão assistencial ou gerencial. Sendo assim, entende-se

que se faz necessário o relato de todas as informações sobre o paciente, de forma detalhada, pois cada informação é indispensável para a assistência de qualidade, além de o registro ser o instrumento fundamental de auditoria e pesquisa.

Estudo realizado em hospital de ensino encontrou fragilidades em relação aos registros de enfermagem. Foi observado que os registros da equipe de enfermagem em sua maioria eram superficiais e não expressavam a situação clínica que os pacientes vivenciavam durante a sua estadia hospitalar, bem como foi observada a precariedade dos registros da assistência prestada pela enfermeira (ROJAHN *et al.*, 2014).

Os autores compreendem que os registros de enfermagem são fonte de comunicação entre a equipe assistencial, que a contribuição para a melhoria da qualidade da assistência é inquestionável, bem como para o raciocínio clínico assistencial. Ter prontuários com registros adequados favorece a formação dos profissionais de saúde. A fragilidade em registros de enfermagem em relação a formação gerou a necessidade de realização de uma intervenção junto da escola de enfermagem sobre o tema juntos a equipe (ROJAHN *et al.*, 2014).

Outro estudo mostra que os participantes reconhecem a importância dos registros de enfermagem, sendo este uma ferramenta muito importante para o trabalho da enfermagem e para a gerência, no sentido que o registro adequado facilita no acompanhamento da evolução do paciente, auxilia a equipe no processo de trabalho, bem como no gerenciamento local e avaliação do atendimento e do serviço e da instituição (AZEVEDO, 2012).

No estudo citado os participantes informaram que os registros de enfermagem têm diversas funções, entre elas a de documentar a assistência com a descrição da evolução do paciente, do seu tratamento e dos cuidados, a de registrar informações do paciente para uma melhor comunicação com a equipe, a de avaliar a dinâmica do trabalho e respaldar legalmente o profissional e o paciente, além de fornecer as informações para investigações epidemiológicas, e para as auditorias, sejam voltadas ao aspecto financeiro ou à qualidade da assistência (AZEVEDO, 2012).

Revelou ainda dois aspectos relevantes: primeiro os autores compreendem que sendo um hospital de ensino esses registros tem uma importância a mais, ou seja, a utilização de prontuários bem descritos favorece as aulas práticas, os laboratórios e os estágios com a discussão de estudo de caso embasados na realidade vivenciada, qualificando a formação e ainda a realização de pesquisa. O segundo diz respeito à indissociabilidade entre registros e processo de enfermagem. A realização dos registros tendo como base o planejamento pautado na SAE, organiza, sistematiza e permite a melhor avaliação e a continuidade da assistência (AZEVEDO, 2012).

O levantamento de dados realizados para a avaliação da qualidade do preenchimento dos registros de enfermagem foi realizada em diversos impressos de uso da enfermagem como as folha de centro cirúrgico, os impressos para o registro de evolução, diagnóstico, prescrição de enfermagem, checagem da prescrição de enfermagem e médica, anotação de enfermagem, anotação de alta hospitalar e de óbito. Essa análise apontou problemas, como a realização de anotações e evoluções de enfermagem imprecisas quanto ao conteúdo, por apresentaram falhas como ilegibilidade, erros de ortografia, utilização de terminologia incorreta e de siglas não padronizadas, bem como falhas na identificação do profissional, seja por ausência de carimbo ou nome ilegível (AZEVEDO, 2012).

Outro estudo aponta que as anotações de alta e óbito apresentavam falhas, eram incompletas e não eram claras. Nesse caso, os autores recomendam que os serviços de saúde e de enfermagem efetuem a padronização dos registros de enfermagem, tanto para as anotações como para as evoluções, abordando os aspectos da gramática, a utilização de linguagem formal, precisão, legibilidade, identificação e terminologia técnica. Outro aspecto fundamental foi a realização de auditoria para detectar os problemas relacionados aos registros e, através da avaliação, elaborar os relatórios e as devidas orientações à equipe (SETZ; D' INNOCENZO, 2009).

Ao estudar a avaliação da qualidade dos registros de enfermagem um hospital privado referente aos itens de admissão do paciente, acesso venoso periférico, dor, transferência interna de setor e intercorrências, encontraram resultados classificados como ótimos e bons em diversos eixos. Entretanto recomendam o investimento na equipe para melhorar esses índices e a qualidade dos mesmos, pois há fragilidades nos registros que abordam os quesitos relacionados à segurança do pacientes (FRANÇOLIN *et al.*, 2012).

Na avaliação da qualidade das anotações de enfermagem realizadas em uma unidade semi-intensiva de um pronto atendimento, em diversos itens como a identificação, prescrição, procedimentos, registros de enfermagem e a execução de ordens médicas, de modo geral os itens avaliados não alcançaram o critério de bom padrão de qualidade, sendo o maior problema a falta de preenchimento adequado (SILVA *et al.*, 2012).

O registro da identificação do paciente foi o que esteve mais próximo de alcançar esta qualidade. Nos registros relacionados à terapia intensiva foi encontrado na maior parte dos registros, mas estavam incompletos. Os autores reconhecem que os desafios relacionados à efetuação de registros são persistentes e sugerem o acompanhamento estreito do processo de trabalho e a realização de educação em serviço para a equipe (SILVA *et al.*, 2012).

Estudo de avaliação dos documentos de enfermagem da UTI a partir da auditoria retrospectiva em hospital universitário apresentou o resultado de três relatórios anuais da auditoria de qualidade dos cuidados de enfermagem institucional. Diversos itens apresentaram queda nos registros como o registro de intercorrências, registros dos itens da prescrição realizada pela enfermeira, na qualidade das identificações de quem realizou o cuidado, anotações referentes às condições emocionais (BORSATO *et al.*, 2012).

Os itens insatisfatórios foram a presença de sinais e sintomas, de prescrições de enfermagem com todos os itens checados, descrição do aspecto das lesões cutâneas. Contudo observou-se que 100% dos documentos de pacientes que foram submetidos a algum procedimento cirúrgico, tiveram registros de cuidados pré e pós-operatórios. Em 100% das anotações não existem abreviaturas não padronizadas e mostra um declínio nos percentuais relacionados à utilização de corretor líquido, etiquetas e rasuras nas anotações de enfermagem (BORSATO *et al.*, 2012).

Os autores após essa avaliação inferem a necessidade de aperfeiçoamento da equipe relacionado à realização das anotações de enfermagem, a incorporação do processo de enfermagem, que qualifique a assistência e o respaldo legal, assim como intervenções junto à equipe por meio de processos educativos, visando o aprimoramento das atividades assistenciais (BORSATO *et al.*, 2012).

Os resultados do estudo sobre os registros de procedimentos e cuidados de enfermagem apresentados mostram ser um tema desafiante para a gerência de enfermagem, pois envolve uma série de questões relacionadas ao desenvolvimento do processo de trabalho, da qualidade da assistência da enfermagem, da segurança do paciente e do próprio profissional, das questões éticas e legais. Inclusive dos aspectos relacionados à formação, pois vários desses estudos foram desenvolvidos em hospitais de ensino.

4.3.1.4 Gerência da informação administrativa

A investigação das variáveis que compõem a gerência da informação administrativa visa elucidar uma parte importante do trabalho gerencial da enfermeira, pois retratam as ações de documentação, comunicação e articulação nos serviços de enfermagem entre os mesmos nos diversos setores e entre os demais serviços institucionais nos quais a enfermagem se relaciona, a fim de atender as diversas dimensões do seu trabalho gerencial e assistencial.

Durante a realização da investigação foi identificado que as variáveis de tecnovigilância nas complicações de implantes valvares que envolvam a remoção da prótese e a tecnovigilância nas complicações de implantes coronarianos não se aplicavam em todos os serviços. Dessa forma foi incluído na Tabela 7 o item não aplicável.

Tabela 7 - Caracterização da gerência do serviço de enfermagem – eixo gerência de informação administrativa – pelas enfermeiras das unidades hospitalares A, B e C da Região Metropolitana da Grande Vitória.

GERÊNCIA DA INFORMAÇÃO ADMINISTRATIVA	SIM		NÃO		NÃO APLICÁVEL	
VARIÁVEL						
1 - Normas para registros de ocorrências/ comunicação interna	18	95%	1	5%	0	0
2 - Tecnovigilância nas complicações de implantes valvares que envolvam a remoção da prótese	8	42%	8	42%	4	21%
3 - Tecnovigilância nas complicações de implantes coronarianos	6	32%	8	42%	6	32%
4 - Notificação de eventos adversos	19	100%	0	0%	0	0

Fonte: elaborado pela autora.

a) Normas para registros de ocorrências/comunicação interna

As participantes do estudo informaram a utilização de diversas modalidades de normas para os registros de ocorrências/comunicação interna. Dentre as diversas ações citadas foi identificada a notificação de eventos adversos e os quase eventos (*near miss*), registros e comunicação de intercorrências ocorridas entre as equipes e entre os plantões através da passagem de plantão das enfermeiras, realização de reuniões, comunicação por email, por panfleto informativo, comunicação pela intranet na tela de descanso do computador, pela lista de presença dos treinamentos realizados, pela ficha funcional, folhetos, murais, quadro de avisos, solicitação de serviços no sistema de gestão e registros de não conformidade.

As participantes informaram ainda que foram utilizados métodos formais como a comunicação interna do tipo memorando, a tomada de ciência em documentos formais, as atas de reuniões, além de meios modernos para a comunicação como email e aplicativo de mensagens instantâneas. Entretanto ainda usavam meios conservadores de comunicação como livro de relatórios de ordens e ocorrências para a equipe e para as enfermeiras, e realização do

censo diário de pacientes internados pelas enfermeiras. Foi identificado o apoio do serviço de comunicação institucional para a validação de informativos e disponibilidade de um comunicador volante para ampliar a comunicação em vigência de campanhas com maior abrangência entre os profissionais.

b) Tecnovigilância nas complicações de implantes valvares que envolvam a remoção da prótese e na complicação de implantes coronarianos

Com relação aos registros da variável tecnovigilância nas complicações de implantes valvares que envolvam a remoção da prótese, as participantes das unidades hospitalares de serviços específicos como o centro cirúrgico efetuavam os registros correspondentes. Informaram que estes eram realizados nos sistemas de notificação de cada unidade hospitalar. Esses registros tinham como finalidade a efetuação da rastreabilidade dos eventos caso estes ocorressem. Foram apontadas ainda ações complementares como a comunicação com a empresa fornecedora, a comunicação com o setor de compras e a checagem do lote para além da notificação.

Situação similar foi encontrada no estudo da variável tecnovigilância nas complicações de implantes coronarianos nas três unidades hospitalares estudadas. As gerentes do serviço de hemodinâmica realizavam a notificação nos sistemas de notificação de cada unidade hospitalar. Em uma das unidades hospitalares era realizado o acompanhamento através de uma ação para o monitoramento do paciente chamada “busca fonada” pela enfermeira do serviço de hemodinâmica nos primeiros quinze dias após procedimento para identificar possíveis complicações.

Embora as participantes desses serviços específicos tivessem conhecimento da importância desses registros, reconhecem que estas ações demandavam treinamento e capacitação da equipe, pois não estavam internalizadas e normatizadas em todos os serviços que atendem os pacientes cardiológicos, inclusive a equipe médica.

c) Notificação de eventos adversos

O estudo da variável registro de notificação de eventos adversos evidenciou que todas as participantes realizavam os registros e tinham as ações voltadas para a notificação no sistema de vigilância das unidades hospitalares estudadas. Sendo que eram realizadas as notificações de eventos adversos, farmacológicos, tecnovigilância, hemoderivados, e do “near

miss” (quase evento) para quaisquer problemas relacionados a qualquer insumo hospitalar, com os equipamentos e com a assistência, seja como os erros dos profissionais ou as atitudes dos pacientes como a recusa da medicação, perda de punção, entre outros. Realizavam ainda o relato no prontuário de qualquer situação anormal na cirurgia.

Foi identificado também que a enfermeira realizava a avaliação de todos os cancelamentos de cirurgia para identificar se o problema era inerente ao centro cirúrgico, ao quadro clínico do paciente ou aos problemas com materiais processados.

De modo geral foi identificado que o monitoramento das notificações poderia ocorrer junto ao Núcleo de qualidade, ao Núcleo de Segurança do Paciente (NPS) e ao Serviço de gerenciamento de risco através dos relatórios dos eventos adversos gerais ou dos específicos de algum serviço. Ao identificar a situação problema, a enfermeira elaborava plano de ação para a intervenção de treinamento necessário.

Os resultados da variável gerência de informação administrativa mostrou que o serviço de enfermagem utilizava comunicação formal e informal entre a equipe e entre os serviços com utilização de memorandos, relatórios, reuniões, sistemas de vigilância em saúde, tecnologias modernas como no caso dos emails e através de descrição de procedimentos e pactuação de conformidades entre serviços, além de processos tradicionais.

A maioria das participantes das unidades hospitalares estudadas referiu o uso de normas para a comunicação interna e registros de ocorrência. Foram citadas ações formais como o uso de memorando, reuniões, relatórios, sistemas de notificação, divulgação em quadros de aviso e meios eletrônicos, telefonia, verbal tanto para a transferência de informação dos serviços como para a passagem de plantão, bem como a comunicação informal por mecanismos aplicativos de mensagens instantâneas.

O memorando é uma modalidade de comunicação que se constitui de características específicas. É uma forma de comunicação interna para veiculação informações entre os diversos serviços de uma mesma organização. Pode ter caráter meramente administrativo, ou ser empregado para a exposição de projetos, idéias, diretrizes, entre outras finalidades (BRASIL, 2002b). A comunicação interna através de memorando viabiliza a integração e a ciência dos funcionários a respeito das questões em tratamento na organização, sejam elas positivas ou desafiadoras (SOUZA; CASSUNDÉ, 2016). É uma modalidade muito usada para a comunicação interna nos serviços hospitalares estudados.

Na opinião de Souza e Cassundé (2016), a comunicação interna em uma organização ocorre com a utilização de determinadas ferramentas. A comunicação interna de modo geral abrange a comunicação administrativa, como os memorandos, as portarias, dentre outros; a

comunicação social, através de boletins, de vídeos institucionais, entre outros; e a própria comunicação interpessoal, que ocorre entre os profissionais e entres e os seus superiores. Nas unidades hospitalares estudadas pode-se observar essas citadas como outras modalidades de comunicação interna.

Importante ressaltar que as informações abordadas e que a comunicação aconteça de forma autêntica e efetiva e que esteja respaldada em clareza e ética, pois, ao contrário de uma ferramenta estratégica de participação e colaboração, poderá se tornar uma área de conflito na organização, uma vez que em estudo foi identificado que, na ausência do uso de canais formais de comunicação interna ou de qualquer tecnologia nesse sentido, o processo comunicativo se desenvolveu principalmente por meio verbal em conversas e reuniões entre superiores e subordinados. Esse fato retratou a insatisfação para o público interno, sendo importantíssimo que os gestores desenvolvam e consolidação de uma política de comunicação interna eficiente (SOUZA; CASSUNDÉ, 2016).

Na área da enfermagem a comunicação interna registrada formalmente e a seleção dos assuntos são importantes pela grande quantidade de informações envolvidas nos processos gerenciais e assistenciais no contexto hospitalar, sendo adequada a formalização das ações e condutas como estratégia para garantir a uniformidade das comunicações como forma de garantir a continuidade das ações entre os serviços e os profissionais. Outra modalidade importante é a relação dialógica e interativa entre as pessoas, proporcionando momento de interação social, proximidade e estabelecimento de relações entre a equipe de trabalho (SANTOS *et al.*, 2012).

Na opinião de Santos *et al.* (2012), a utilização de comunicação escrita como uso de fixação de avisos e cartazes na porta da geladeira da sala de lanche deve ser substituída pelos recursos tecnológicos como acesso à internet e e-mail por serem mais bem empregados pela enfermeira gerente e por se tratar de uma forma rápida e eficaz de comunicação, entretanto salienta que esses recursos tecnológicos podem não estar disponíveis nos serviços. Nas unidades hospitalares estudadas a prática do uso de email e de aplicativos de mensagens instantâneas era normal pela disponibilidade de recursos tecnológicos, mas não substituiu totalmente o uso de quadro de avisos, relatório de ocorrências e outros meios escritos.

As dificuldades da comunicação gerencial na enfermagem hospitalar podem ser verificadas pela fragmentação dos processos de trabalho, pelo trabalho em turnos, pela resistência às mudanças e o envolvimento da equipe de trabalho. Propõe medidas de superação como a realização de oficinas e capacitações sobre comunicação e a formalização de ações e condutas para o aperfeiçoamento da comunicação verbal e escrita. Recomenda que

os gerentes reflitam sobre suas práticas comunicativas e desenvolvam estratégias para aprimorá-las de acordo com as características dos serviços e da instituição. Ainda chama a atenção para que os alunos desenvolvam suas habilidades de liderança, comunicação, interação social e processo de tomada de decisões ao longo de todo o processo formativo (SANTOS *et al.*, 2012).

É aconselhável que o gerente empreenda esforços para a utilização de sistemas de informação informatizados e atualizados junto ao contexto do trabalho como uma forma de interação, compartilhamento de informações gerenciais e operacionais com sua equipe e serviços (PERES; LEITE, 2015). Esse recurso auxilia o gerente a manusear grande quantidade de informações envolvidas nos processos gerenciais e assistenciais no contexto hospitalar (SANTOS *et al.*, 2012).

A condução das informações nas organizações deve estar em consonância com os valores da instituição e exige monitoramento para que atinja os funcionários e o público de interesse. Entre outras questões, a informação é importante para alinhar os processos e objetivos da empresa, para o alcance do sucesso (PERES; LEITE, 2015).

Com relação à tecnovigilância nas complicações de implantes valvares que envolvam a remoção da prótese e tecnovigilância nas complicações de implantes coronarianos, as participantes informaram que eram realizadas no sistema de notificação de vigilância em saúde como um registro de eventos adversos, embora menos da metade das participantes tenham afirmado sobre os registros dessas duas variáveis.

A complicação proveniente de implantes valvares e coronarianos não parece comum na prática gerencial de várias participantes, mas os serviços, especialmente dos centros cirúrgicos, serviço de hemodinâmica e de ambulatórios, conhecem melhor essa atividade e relatam ser em geral uma situação que o médico identifica e, se ele comunicar, os procedimentos de notificação e rastreamento terão o auxílio das gerentes.

Com relação aos registros de eventos adversos de insumos e fármacos, são realizados por todas as participantes e conforme a determinação da instituição em consonância às recomendações da vigilância em saúde para os serviços de saúde. Todas as participantes demonstraram fidelidade ao tema pela importância para a gestão e para a assistência. Em geral os eventos adversos específicos do serviço ganhavam “status” de indicadores da assistência e eram monitorados. Conforme os resultados dos indicadores eram elaborados planos de ação junto à equipe para a superação dos problemas.

Embora as questões relacionadas à segurança do paciente já estivessem na pauta do trabalho dos serviços de saúde através do hospital sentinela e na pauta das pesquisas

científicas, a instituição pelo MS do Programa Nacional de Segurança do Paciente através da implantação do núcleo de segurança do paciente aponta um novo rumo para gestão de serviços de saúde. A implantação do Sistema de Notificação de Eventos Adversos relacionados à assistência à saúde sedimentou-se como uma importante fonte de informação e indicador de qualidade da assistência à saúde no caso da assistência de enfermagem (ANVISA, 2015).

O sistema de vigilância em saúde é válido para todo o território nacional e para todos os serviços de saúde, sejam eles públicos, privados, filantrópicos, civis ou militares, inclusive os serviços que exercem ações de ensino e pesquisa. Todos devem organizar o núcleo de segurança do paciente a fim de promover e apoiar a implementação de ações voltadas à segurança do paciente, incluindo a notificação de incidentes/eventos adversos ocorridos no serviço de saúde, dentre eles a notificação de eventos adversos conforme RDC/Anvisa nº 36/2013 (ANVISA, 2013).

As prioridades para a notificação e investigação são os eventos considerados graves, como os “*never events*”, eventos que nunca deveriam ocorrer em serviços de saúde, definidos no Sistema de Notificações em Vigilância Sanitária como "evento grave", e os eventos adversos, que resultaram em óbito do paciente. Esse sistema deve ir além, pois além das informações provenientes das notificações ele realiza o processamento de dados e a análise quali-quantitativa, cabendo aos responsáveis a sua interpretação (ANVISA, 2015).

Nesses aspectos todas as participantes informaram a realização da análise dos resultados das notificações junto aos núcleos de qualidade e segurança dos pacientes e a adoção de medidas para a solução dos problemas. Dessa forma a enfermeira demonstra ter uma grande participação nesse processo de registro gerencial da instituição com o monitoramento de indicadores, elaboração e análise de relatórios.

Estudos têm procurado identificar a ocorrência de eventos adversos em hospital sentinela (BEZERRA *et al.*, 2009), em serviços especializados (CARNEIRO *et al.*, 2011), para analisar a utilização de instrumentos de comunicação e identificação da frequência, tipo, natureza e período de ocorrência dos eventos adversos (PAIVA; PAIVA; BERTI, 2010), bem como a criação e implantação do sistema informatizado em hospital para o gerenciamento de indicadores da assistência de enfermagem (LABBADIA *et al.*, 2011). As informações resultantes das investigações apontam caminhos para o planejamento das ações da gerência de serviços.

O estudo realizado para caracterizar as ocorrências de quedas em pacientes notificadas em boletim de eventos adversos identificou a prevalência de quedas segundo o setor, o sexo, a

idade, o turno de trabalho, o tipo, tempo de internação e diagnóstico. Apontaram para um perfil epidemiológico com identificação de grupos de maior risco naquele contexto. De posse desse conhecimento foi possível elaborar propostas de ações preventivas e propor adequações físicas no ambiente e no mobiliário (PAIVA *et al.*, 2010).

Os achados dos estudos citados somados ao contexto em que a assistência é ofertada, bem como a problemática inerente ao tema, apontam que a ausência de garantias de segurança pode ser devida às falhas no planejamento, na cooperação entre profissionais e serviços para a execução do cuidado, assim como na avaliação e no monitoramento das intervenções. Entretanto a visão deve ultrapassar a abordagem operacional e mobilizar gestores nas esferas públicas e privadas para o provimento das condições necessárias para a mudança cultural e organizacional adequadas aos avanços para o alcance da segurança nas instituições hospitalares (WEGNER; PEDRO 2012).

4.3.1.5 Gerência da assistência de enfermagem

Para a investigação das variáveis sobre a gerência da assistência de enfermagem como observado na Tabela 8, foi seguido um formulário único criado pela pesquisadora com a finalidade de evidenciar as principais fases de cuidados pelas quais passa um paciente coronariano, referentes à assistência pré e pós-exames de procedimentos em cardiologia intervencionista e ao período pré e pós-operatório de cirurgia cardíaca.

Durante a investigação foi identificado que as atividades assistenciais não eram desenvolvidas em todos os serviços pesquisados igualmente. Elas apresentam diferentes especificidades. Devido a esse fato foi incluído na Tabela 8 o item não aplicável para computar as informações dos participantes quando relataram a não aplicação de alguma variável naquele serviço.

As ações apresentadas nesse estudo não representam a totalidade das ações assistenciais desenvolvidas nas unidades hospitalares pesquisadas. O estudo do processo de gerência da assistência evidencia uma parcela, um fragmento, das ações assistenciais identificadas no momento da realização da pesquisa. É certo que outros aspectos assistenciais não foram abordados aqui, quer seja pela impossibilidade de retratar a totalidade das ações assistenciais e também por não ser foco desse estudo no momento.

Tendo em conta que o resultado da investigação das principais ações gerenciais referente à assistência de enfermagem retrata uma face da assistência especializada em

cardiologia, as descrições das principais ações gerenciais foram detalhadas sempre que necessário tendo como finalidade a melhor apresentação dos resultados nos serviços estudados.

Tabela 8 - Caracterização da gerência do serviço de enfermagem – eixo gerência da assistência – pelas enfermeiras das unidades hospitalares A, B e C da Região Metropolitana da Grande Vitória.

GERÊNCIA ASSISTENCIAL	SIM		NÃO		NÃO APLICÁVEL	
VARIÁVEL						
1 - O serviço utiliza o processo de enfermagem	16	84%	3	16%	0	0%
2 - Protocolo para avaliação e monitoramento clínico dos pacientes	12	63%	6	32%	1	5%
3 - Protocolo para preparo pré-exame/ procedimento	11	58%	2	11%	6	32%
4- Protocolo de cuidado pós-exame/ procedimento	11	58%	1	5%	7	37%
5 - Protocolo para a assistência durante o procedimento	3	16%	1	5%	15	79%
6 - Protocolo ou programa para orientação pré-operatória e pós-operatória	6	32%	3	16%	10	53%
7 - Protocolo para preparo pré-operatório	11	58%	0	0%	8	42%
8 - Protocolo para a assistência no trans-operatório	0	0%	5	26%	14	74%
9 - Protocolo para a assistência de pacientes em pós-operatório imediato	4	21%	0	0%	15	79%
10 - Protocolo para a assistência no pós-operatório mediano	2	11%	3	16%	14	74%
11 - Protocolo para a assistência no pós-operatório tardio – retorno e acompanhamento ambulatorial	2	11%	2	11%	15	79%
12 - Protocolo para o controle de infecção	18	95%	1	5%	0	0%
13 - Protocolo para infusão de drogas	7	37%	2	11%	10	53%
14 - Protocolo para controle hidroeletrólítico	5	26%	4	21%	10	53%
15 - Protocolo de avaliação para alta	11	58%	5	26%	3	16%
16 - Protocolo de avaliação para transferência	12	63%	2	11%	5	26%
17 - Protocolo de cuidado com o óbito	15	79%	2	11%	2	11%

Fonte: elaborado pela autora.

a) Utilização do processo de enfermagem

Com relação às descrições das principais ações gerenciais foi identificado que a maioria das participantes referiu usar alguma fase do processo de enfermagem para a SAE. As ações eram variadas e com especificidades nos serviços de enfermagem. Alguns serviços não utilizavam nenhuma fase do processo de enfermagem como visto na Tabela 8.

Em uma das unidades hospitalares foi identificado que no serviço de internação desenvolviam-se as fases de coleta de dados e exame físico, diagnóstico de enfermagem e prescrição e evolução para todos os pacientes, entretanto não eram diárias. Sua aplicação era definida na admissão e ocorria conforme período de tempo pré-definido, pelo nível de complexidade, pela alteração clínica ou alteração do gerenciamento de risco dos pacientes.

Diariamente eram realizados somente o diagnóstico e a prescrição de enfermagem. O gerenciamento de risco era realizado de risco para a queda, para a infecção, para a integridade prejudicada, para o risco psíquico e para o risco de broncoaspiração. A avaliação do nível de complexidade de cuidados de enfermagem era realizada pelo NAS (OLIVEIRA *et al.*, 2015a), que também norteava a distribuição de pessoal.

O CTI realizava o processo de enfermagem, o gerenciamento de risco e a avaliação da complexidade pelo NAS (OLIVEIRA *et al.*, 2015a) para todos os pacientes todos os dias, e era efetuada a alteração de acordo com a avaliação clínica.

No serviço de hemodinâmica era utilizado um formulário específico de procedimento seguro para a coleta de dados específicos para a realização dos procedimentos cardíacos percutâneos e anotação dos atendimentos e das intercorrências com os pacientes na hemodinâmica. Era realizado ainda o gerenciamento de risco para a identificação de hematoma, reação alérgica ao contraste, náusea, queda e sangramento. No centro cirúrgico era utilizado o protocolo da Sistematização da Assistência de Enfermagem Perioperatória (SAEP) (GUIDO *et al.*, 2014), e o ambulatório utilizava a prescrição e anotação quando necessário conforme o sistema de gestão.

Em outra unidade hospitalar o processo de enfermagem estava sendo implantado em parceria entre alguns professores de enfermagem e enfermeiras da unidade hospitalar como fruto das ações da Comissão de Processo de Enfermagem estabelecida para a implementação do processo de enfermagem na instituição. Dessa forma o processo assistencial contemplava algumas fases que estavam sendo desenvolvidas em alguns dos serviços no momento da pesquisa.

Dessa forma o CTI dessa unidade hospitalar realizava o histórico, a evolução e o registro de enfermagem. Estava sendo implementado também um sistema de classificação de pacientes e o cálculo de carga horária de enfermagem através do Nine Equivalents of Nursing Manpower Use Score (CANABARRO *et al.*, 2013). O serviço de hemodinâmica realizava o histórico de enfermagem e estava com planos para implantar o exame físico e gerenciamento de risco. O serviço de internação realizava a evolução de enfermagem e no ambulatório era realizada a consulta de enfermagem, o levantamento dos problemas, o registro das condutas e as orientações no prontuário.

Na terceira unidade hospitalar o processo de enfermagem estava implantado com a participação de todas as enfermeiras na execução com as fases de histórico de enfermagem, diagnóstico, intervenção, prescrição e avaliação da assistência no CTI e no serviço de internação. As demais unidades hospitalares apresentavam algumas especificidades, sendo que o serviço de hemodinâmica, devido a curta permanência, utilizava o histórico de enfermagem e a anotação na folha de enfermagem e o centro cirúrgico utilizava o protocolo de cirurgia segura com o levantamento dos problemas específicos das cirurgias.

Tendo como base o estudo de Christovam e Porto (2008), entende-se que, apesar da dificuldade de conceituação, a gerência do cuidado (nesse estudo utiliza-se o termo gerência da assistência), é o resultado da integração dialética e não uma dicotomia entre as ações de cuidar e de gerenciar. Ao se eximirem da dicotomia entre essas duas dimensões do trabalho e incorporar os conhecimentos em todas as dimensões em que as enfermeiras atuam em uma aproximação, as enfermeiras podem encontrar a integração entre o cuidado e a gerência. Entende-se que essa abordagem conceitual pode respaldar as ações das enfermeiras nos campos de atuação e favorecer ao desenvolvimento profissional da categoria.

Estudo de revisão para a análise da produção científica nacional e internacional com o objetivo de as práticas gerenciais do cuidado no campo de trabalho das enfermeiras apontou que a gerência do cuidado está relacionada à busca pela qualidade assistencial e de melhores condições de trabalho para os profissionais. Tem como ações a atuação na realização do cuidado ou procedimentos mais complexos, na gerência de recursos humanos, na gerência dos recursos materiais, na liderança no ambiente de trabalho, no planejamento da assistência de enfermagem, na capacitação e qualificação da equipe de enfermagem, na coordenação do processo de realização do cuidado e na avaliação das ações de enfermagem (SANTOS *et al.*, 2013).

A essência da enfermagem é o cuidado. Todas as dimensões que abarcam as ações da enfermagem sejam a formação, a assistência, a gerência, a política e a ética do ser enfermeira,

focam no cuidado. Para Tannure e Gonçalves, (2010) a SAE tem no processo de enfermagem uma ferramenta metodológica que organiza e orienta o desempenho profissional da prática assistencial para a oferta do cuidado, bem como sua documentação. Acredita-se que sua aplicação em uma visão assistencial ampliada está para além da doença e pode melhorar a qualidade assistencial e dar visibilidade à profissão.

A utilização de alguma das fases do processo assistencial nos serviços pesquisados se justifica, pois há vários significados e diferentes formas de organizar e conduzir a sua aplicação nos ambientes de cuidados de enfermagem e, por outro lado, acatar a abordagem sobre a SAE dada pela Resolução nº 358/2009 do Conselho Federal de Enfermagem, a qual entende que a SAE promove a organização do trabalho da enfermeira e da equipe de enfermagem, pois utiliza o processo de enfermagem, pessoal e os instrumentos, tornando possível a operacionalização das fases do processo (COFEN, 2009).

Como pôde ser observado no resultado desse estudo as descrições das principais ações gerenciais dos serviços de cardiologia pesquisados apresentaram diferenças na organização do processo de enfermagem para a sistematização da assistência. Alguns serviços utilizavam várias fases do processo ou estavam iniciando a implantação do mesmo, em outros era utilizado basicamente o formulário para a coleta de dados, específicos para o serviço, para as anotações de enfermagem e outros eram utilizados protocolos específicos em consonância com a finalidade do mesmo e ainda a utilização da consulta de enfermagem.

b) Protocolo para avaliação e monitoramento clínico dos pacientes

As ações relacionadas ao protocolo para avaliação e monitoramento clínico dos pacientes foram variadas. Em uma das unidades hospitalares o CTI de utilizava a instrução normativa dos cuidados para os pacientes de pós-operatório de cirurgia cardíaca e o gerenciamento de risco. No serviço de internação a avaliação era realizada através da aplicação do processo de enfermagem, da coleta de dados, do gerenciamento de risco, pela avaliação do nível de complexidade pelo NAS (OLIVEIRA *et al.*, 2015a) e através das visitas e avaliação da enfermeira.

No serviço de hemodinâmica ocorria através da avaliação dos dados coletados no formulário específico de procedimento seguro, dos protocolos de cuidados e para a retirada do introdutor. No serviço de centro cirúrgico a avaliação e o monitoramento clínico eram realizados pela equipe da cirurgia cardíaca.

Em outra unidade hospitalar o CTI utilizava a evolução de enfermagem e classificação do nível de complexidade dos pacientes. O serviço de internação informou que realizava a avaliação através da evolução de enfermagem e o ambulatório realizava a avaliação e o monitoramento clínico através da consulta de enfermagem, levantamento dos problemas e dos registros das condutas e orientações no prontuário. Os demais serviços não utilizam protocolos para avaliação clínica.

Na outra unidade hospitalar utilizavam vários protocolos para a avaliação e monitoramento clínico dos pacientes. O CTI utilizava a SAE como base assistencial, realizava o gerenciamento de risco, aplicavam a Escala de Braden (SERPA *et al.*, 2011) para úlcera de pressão, a avaliação para o grau de dependência de cuidado e distribuição de pessoal pelo NAS (OLIVEIRA *et al.*, 2015a) e a avaliação para o risco de sepse pelo Sepsis Related Organ Failure Assessment (KAUKONEN *et al.*, 2015).

O serviço de internação utilizava processo de enfermagem, o gerenciamento de riscos para a queda, para o risco de flebite, para a broncoaspiração, entre outros. Era ainda utilizada a Escala de Braden (SERPA *et al.*, 2011) para avaliar os riscos de úlcera de pressão e a Escala de Fugulin (FUGULIN; GAIDZINSKI; KURCGANT, 2005; MORAES; LINCH; SOUZA, 2012) para a avaliação do grau de dependência de cuidado e distribuição de pessoal. O serviço de hemodinâmica realizava o gerenciamento de risco e a coleta dos dados prévia para o preparo do exame. Todavia no centro cirúrgico essa avaliação era realizada pelo médico anestesista.

Os instrumentos ou formulários componentes do processo de enfermagem e da consulta de enfermagem eram utilizados para a avaliação clínica dos pacientes e para o registro de dados e intercorrências. Outros métodos foram citados, como a visita clínica diária, instrução normativa para cuidados de pacientes em pós-operatório imediato de cirurgia cardíaca, formulário específico de procedimento seguro, para a coleta de dados específicos e anotação dos atendimentos na hemodinâmica, protocolo para o gerenciamento de risco, Escala de Braden para a avaliação de úlcera de pressão e sistema de classificação do nível de dependência do cuidado e distribuição de pessoal como o NAS (OLIVEIRA *et al.*, 2015a).

A utilização das fases do processo de enfermagem para a sistematização da assistência de enfermagem permite o levantamento de dados, o levantamento de problemas (reais ou de riscos), o planejamento e implementação de intervenções, bem como a avaliação das mesmas em um processo dinâmico.

Um estudo demonstrou que a identificação dos diversos riscos que o paciente apresentava era realizada pelos profissionais de saúde, entretanto a sua notificação era

realizada pelas enfermeiras conforme conduta padronizada e com a utilização de impresso próprio, com a descrição dos riscos e a solicitação da assinatura de ciência da família (FASSINI; HAHN, 2012).

As diversas modalidades de riscos devem ser notificadas e monitoradas, dentre elas o processo de terapia medicamentosa, problemas relacionados aos materiais médico-hospitalares, quedas, flebite, lesões de pele, higienização correta das mãos, falta de identificação de pacientes e leitos, entre outros (BRASIL, 2013d), sendo essas ações presentes no cotidiano das ações de enfermagem.

Um estudo aponta que a elaboração e implantação de protocolo, com base científica e trabalho multidisciplinar, possibilitam o desenvolvimento de ações diversificadas, abrangentes, além de ser uma estratégia gerencial e assistencial para alcançar a qualidade através do monitoramento dos riscos como indicadores de qualidade (CORREA *et al.*, 2012).

A avaliação da carga de trabalho pelo Nursing Activities Score tem sido usada em terapia intensiva, unidades de pós-operatório de cirurgia cardíaca e em serviço de internação. Os cuidados especializados no pós-operatório, a sofisticação do regime terapêutico, o uso cotidiano de tecnologia e principalmente a complexidade clínica do paciente apresentam maior demanda de cuidados de enfermagem nas 24 horas (OLIVEIRA *et al.*, 2015a).

Em estudo Oliveira e colaboradores, (2015a) identificaram que o maior tempo de internação de pacientes na UTI e a presença de complicações estavam associados ao aumento dos valores encontrados na escala de avaliação do NAS. Os autores entendem que essa carga de trabalho pode ser amenizada com o uso de tecnologias que possam auxiliar a execução dos cuidados de enfermagem (OLIVEIRA *et al.*, 2015a).

Em outro estudo foi identificado que a aplicação do NAS em terapia intensiva identificou que os pacientes internados em quartos mais distantes do posto demandavam maior número de horas de enfermagem, acarretando maior complexidade de cuidado. Consideram-no um importante instrumento de gestão da assistência, pois ao mensurar a carga de trabalho de enfermagem em UTI aborda um elenco de diversas atividades que a enfermagem realiza no turno de trabalho. Com isso o gerente pode atender às necessidades de cuidado com segurança e qualidade (PANUNTO; GUIRARDELLO, 2012).

A utilização do NAS em serviço de internação foi relevante, pois a avaliação do grau de complexidade da assistência nessa unidade revelou que muitos que estavam internados naquele setor deveriam estar sendo assistidos em setores de alta dependência de cuidado, seguidos dos que demandavam cuidados intermediários e os de cuidados semi-intensivos. Esse fato gera a necessidade de reavaliação da estrutura do serviço, com relação aos recursos

materiais, tecnológicos e quantitativo do quadro de profissionais qualificados para esses níveis assistenciais (BRITO; GUIRARDELLO, 2012). Além de ser um instrumento de organização do cuidado é também muito útil para o respaldo ético com relação à assistência de enfermagem nos diversos ambientes e estrutura disponível.

c) Protocolo para preparo pré-exame/procedimento

Esse protocolo era utilizado apenas por alguns serviços. No serviço de internação de uma das unidades hospitalares era utilizado um protocolo específico elaborado pelo serviço de cardiologia e pela CCIH, com as orientações de preparo para cateterismo, para angioplastia, entre outros, e utilizavam um protocolo específico para pacientes portadores de alergias. O serviço de hemodinâmica dessa unidade hospitalar efetuava as orientações sobre os cuidados com o exame no agendamento do mesmo e utilizava o protocolo com a abordagem do jejum, orientações para a higienização e a tricotomia da área do corpo para o exame. Alertaram que os mesmos estavam sendo revisados e atualizados.

O serviço de hemodinâmica de outra unidade hospitalar não utilizava o protocolo de preparo pré-exame/procedimento, mas utilizava a ficha de admissão para realizar as orientações para o exame. Já o serviço de internação utilizava o protocolo que foi elaborado junto com a CCIH e cirurgiões cardíacos, e estava focado nos cuidados com a pele. O CTI referiu que tinha o protocolo de preparo pré-exame/procedimento, entretanto raramente esse preparo era realizado lá.

Em outra unidade hospitalar o serviço de hemodinâmica trabalhava com as instruções de trabalho para todos os procedimentos. Nesse caso faziam a identificação das especificidades como alergias, doenças renais que impactam na realização dos procedimentos, faziam a checagem dos exames solicitados e realizavam as orientações ao paciente e família sobre o preparo do exame. O CTI e o serviço de internação utilizavam os protocolos com foco nos cuidados com a pele e na suspensão de medicação.

d) Protocolo para a assistência durante o procedimento

O protocolo para a assistência durante o procedimento diz respeito à assistência de enfermagem durante o exame no serviço de hemodinâmica. Uma das unidades hospitalares referiu usar procedimento operacional padrão e que os mesmos estão sendo revisados. Outra unidade hospitalar utilizava rotina com os cuidados com o procedimento e com os materiais

usados na sala. Uma terceira unidade hospitalar estudada utilizava instruções de trabalho com as orientações, mas não especificava as principais ações durante o exame.

e) Protocolo de cuidado pós-exame/procedimento

As ações relacionadas aos cuidados pós-exame/procedimento no serviço de internação de uma das unidades hospitalares estavam relacionadas à manutenção do repouso, imobilização do membro, monitoramento de sangramento, da frequência cardíaca, aos cuidados na retirada do curativo e orientações dos cuidados aos pacientes e familiares no período de internação e na alta. No serviço de hemodinâmica os cuidados incluíam a avaliação para retirada do introdutor e os cuidados com o mesmo. Este serviço seguia as instruções normativas para os cuidados e elas estavam sendo todas revisadas.

O serviço de hemodinâmica da outra unidade hospitalar ainda não tinha esse protocolo descrito, mas realizava os cuidados e as orientações verbais ou escritas em casos específicos. No serviço de internação eram observados os cuidados com o membro e com a presença de sangramento, bem como definiam junto com a hemodinâmica sobre a retirada do introdutor.

Em outra unidade hospitalar era utilizada a instrução de trabalho inclusive para os cuidados pós-operatórios com a avaliação do local de punção, repouso, troca de curativo. Usava cartilha para o paciente e a família com orientações e seguimento dos cuidados pós-procedimento. Os cuidados pós-exame no serviço de internação abordavam o ponto de inserção, o curativo compressivo e o repouso no leito.

f) Protocolo ou programa para orientação pré-operatória e pós-operatória

As principais ações relacionadas às orientações relacionadas ao protocolo ou programa para orientação pré-operatória e pós-operatória eram realizadas em duas unidades hospitalares por enfermeiras. Em uma das unidades hospitalares as orientações eram iniciadas antes da internação e continuavam no período da internação. Inicialmente e após a definição da agenda pelo cirurgião cardíaco responsável, a enfermeira do serviço de cardiologia iniciava as orientações para o encaminhamento do paciente para o banco de sangue, orientava a solicitação de doadores, a realização de exames, encaminhamento ao dentista e orientações sobre a suspensão de medicamentos que interferiam na coagulação sanguínea caso estivessem em uso.

Na internação pré-operatória hospitalar nessa unidade hospitalar eram realizadas orientações através de reunião com a participação da psicóloga sobre a cirurgia, sobre o preparo deles antes da cirurgia, como que eles ficariam e como iriam acordar no CTI, o tempo médio da cirurgia, as normas de visitas e comportamento da família no CTI. Procurava-se esclarecer todas as dúvidas dos pacientes e da família. No retorno pós-operatório no ambulatório era realizada a avaliação da ferida, a retirada dos pontos e a orientação para o retorno ao cardiologista.

O período de espera para a cirurgia cardíaca nessa unidade hospitalar era de grande expectativa e de ansiedade dos pacientes devido ao tempo de espera e ao longo período de internação antes da cirurgia em decorrência da demanda cirúrgica ser maior do que o pactuado com o gestor. Esse fato além de causar frustrações para os pacientes demandou da enfermeira ações para amenizar esse sofrimento. Nesse sentido foram estabelecidos alguns critérios junto ao cirurgião para o agendamento da cirurgia como a condição de urgência, de gravidade e o tempo de internação. No sentido de proporcionar conforto esses critérios eram esclarecidos para os pacientes e familiares nas reuniões pré-operatórias.

Em outra unidade hospitalar as ações relativas ao protocolo ou programa para orientação pré-operatória e pós-operatória eram similares com relação às orientações específicas para o preparo pré-operatório. Os pacientes eram atendidos pela enfermeira do ambulatório de cardiologia em consulta de enfermagem após a consulta médica com o cirurgião em que eram realizadas as orientações de enfermagem para o pré-operatório e a consulta de retorno pós-operatório de cirurgia cardíaca.

Além das orientações eram realizados o levantamento dos problemas e os encaminhamentos necessários. Esse programa era realizado em parceria com os cirurgiões cardíacos e a enfermeira contava com a participação eventual de uma fisioterapeuta nas consultas de orientação pré-operatória, que participava na consulta de retorno por solicitação da enfermeira.

Na outra unidade hospitalar estudada a participação da enfermeira era eventual em reuniões que eram realizadas pelo serviço social para as orientações pré-operatórias, entretanto as enfermeiras do CTI realizavam as orientações ao paciente e família sobre a cirurgia cardíaca na internação pré-operatória e realizavam a checagem dos exames pré-operatórios, a avaliação física e clínica conforme o protocolo de preparo pré-operatório.

O percurso pelo qual o paciente passará ao ter que enfrentar uma cirurgia de RM é longo e na maioria das vezes permeado por sentimentos de medo, insegurança e até ansiedade e depressão (REMONATTO; COUTINHO; SOUZA, 2012; LIMA *et al.*, 2010). Muitas vezes

eles e a família demoram a apreender todas as recomendações tendo em consideração que é um processo longo e permeado pela necessidade de elaborar o melhor enfrentamento possível, e para isso receberão muitas orientações.

Percebe-se que o ideal é que o processo de preparação do paciente e família inicie tão logo tenha sua cirurgia recomendada. As enfermeiras devem ter a preocupação de oferecer orientações verbais em atendimento clínico em várias fases do perioperatório e zelar pela elaboração de planos de cuidados escritos confirmando a apreensão das orientações recebidas, pois para Romanzine e colaboradores (2010) muitos pacientes não conseguem absorver o volume de informações necessárias à sua recuperação, como prevenção de complicações, dentre elas a infecção, a sua reabilitação, bem como a mudança do estilo de vida.

Estudo de revisão integrativa realizado com publicações até 2010 sobre a assistência de enfermagem em cirurgia cardíaca revelou que as ações das enfermeiras estavam voltadas para a realização de cuidado para minimizar o desgaste decorrente do processo cirúrgico e assim promover a saúde dos pacientes e ofertar um cuidado humanizado e sistematizado que privilegiasse a comunicação pela dificuldade de interação do paciente nesse período. Abordou ainda as percepções e os sentimentos do paciente diante do processo cirúrgico desgastante e a utilização de diagnóstico de enfermagem para o perioperatório cardíaco (UMANN *et al.*, 2011).

g) Protocolo para preparo pré-operatório

Em geral o preparo pré-operatório era realizado nos serviços de internação e no serviço de cardiologia. Estes seguiam protocolo específico para preparo pré-operatório elaborado por estes serviços junto à CCIH e cirurgiões cardíacos, em que era preconizada a realização de avaliação física específica da pele e a identificação de riscos de infecção, pesagem do paciente, realização do banho e higiene oral com antisséptico, preparo e cuidado com a pele como a tonsura, promoção do jejum, checagem pela enfermeira da lista dos exames específicos pré-operatórios no prontuário e a organização do prontuário para o envio ao centro cirúrgico.

Em um dos serviços ocorria ainda a realização de visita pré-operatória na véspera da cirurgia realizada pela enfermeira do centro cirúrgico para a avaliação clínica e coleta de dados e realização de orientações e checagem da lista de exames conforme listagem do preparo pré-operatório.

A visita pré-operatória é muito importante, e em acordo com Coppetti, Stumm e Benetti (2015), é nesse momento que a enfermeira tem a oportunidade de explicar ao paciente e sua família as rotinas e os procedimentos a serem realizados tanto no pré-operatório como as orientações a respeito dos procedimentos que serão realizados e vivenciados pelos pacientes no pós-operatório imediato, como o despertar da anestesia e como ele poderá se portar nesse momento para que se sinta menos inseguro e também visam a redução dos riscos de infecções no sítio cirúrgico.

Em estudo realizado para investigar a visão dos pacientes sobre as orientações realizadas no pré operatório foi identificado que estas orientações eram realizadas aos pacientes e familiares estavam relacionadas aos cuidados com a higiene e controle de infecções, sobre os procedimentos a serem realizados e de como ocorreria o período transoperatório. Especificamente orientavam sobre o pós-operatório imediato, bem como sobre os cuidados no pós-operatório mediato e o preparo para a alta hospitalar. As autoras reconhecem a importância dessa intervenção especializada e identificaram redução do sentimento presentes nessa experiência e que possam levar ao estresse (COPPETTI; STUMM; BENETTI, 2015).

No período pós-operatório mediato as ações das enfermeiras estavam voltadas para prepará-lo para o retorno às atividades após a cirurgia, mas também sobre as mudanças nos hábitos diários, alimentação, atividades diárias pertinentes ao pós operatório tardio dos pacientes visando o alcance de uma qualidade de vida no pós operatório. Dessa forma na preparação para a alta as enfermeiras realizavam as orientações de acordo com as necessidades individuais, cuidados com a ferida operatória, as restrição necessárias, prevenção dos riscos inerentes ao procedimento e para a reabilitação pós-alta e cuidados (COPPETTI; STUMM; BENETTI, 2015).

Os pacientes reconhecem a importância do preparo pré-operatório pelo benefício em relação ao alívio da ansiedade, do medo, na diminuição da dor, na rapidez de sua recuperação e aumento da autoestima, portanto as profissionais enfermeiras necessitam instrumentalizar-se para o processo educativo junto aos pacientes e sua família. Os autores ressaltam a importância de que cada instituição desenvolva normas e rotinas como um guia para a assistência especializada (PERRANDO *et al.*, 2011).

h) Protocolo para a assistência no transoperatório

Não foi identificado protocolo para a assistência durante o procedimento nem descrição de ações nesse período operatório. Em geral a enfermagem do centro cirúrgico realiza a circulação das salas da cirurgia cardíaca.

Nenhuma das participantes das unidades hospitalares estudadas referiu utilizar protocolo de avaliação clínica no transoperatório de cirurgia cardíaca. Geralmente essa avaliação nessas unidades hospitalares era realizada pelas profissionais perfusionistas e pela equipe médica. No entanto duas unidades hospitalares referiam utilizar o *checklist* para cirurgia segura para a identificação, verificação dos exames e do preparo pré-operatório. Em uma das unidades hospitalares está em preparação para a sua implantação.

A utilização do Protocolo de Cirurgia Segura é uma ferramenta relevante, que amplia a segurança em procedimentos cirúrgicos. A enfermeira como líder da unidade identifica dificuldades na implantação do mesmo (PANCIERI *et al.*, 2013). Sua implantação demanda motivação constante para a adesão e a adequação do preenchimento, pois o processo visa reduzir o número de erros durante o procedimento cirúrgico (PAIVA *et al.*, 2015).

A atuação da enfermeira que gerencia os serviços de centro cirúrgico tem grande relevância para o sucesso no planejamento, implantação e na continuidade pela participação nesse processo, o qual precisa envolver toda a equipe para a checagem da *checklist*, para que todos ajam com consciência, responsabilidade e atitude ética durante o procedimento anestésico e cirúrgico (PANCIERI; CARVALHO; BRAGA, 2014).

i) Protocolo para a assistência de pacientes no pós-operatório imediato

O atendimento do pós-operatório imediato ocorre obrigatoriamente no CTI. Ao término do ato cirúrgico o paciente é transferido para o CTI. É um momento crítico para os profissionais que trabalham nesse atendimento. As três unidades hospitalares seguiam os protocolos para a assistência de pacientes no pós-operatório imediato e procuraram demonstrar a seriedade e a importância do preparo da unidade e dos profissionais para receber um paciente nessa fase perioperatória, bem como a dinâmica e a articulação com o centro cirúrgico, com as equipes de especialistas e com os serviços de suporte.

Os cuidados que compõem o protocolo de pós-operatório imediato foram se complementando entre as unidades hospitalares pesquisadas. Foi informado pelas

participantes que seguiam o protocolo de admissão de pós-operatório cardíaco imediato que o mesmo estava voltado especialmente para a admissão do paciente no CTI e para as primeiras horas de atendimento ao paciente de cirurgia cardíaca, com a presença obrigatória do médico, da enfermeira e do técnico de enfermagem e, se possível, a do fisioterapeuta para a admissão do paciente no CTI.

O atendimento e acompanhamento ao paciente eram garantidos com a presença de uma enfermeira exclusiva ou por um técnico de enfermagem sob a supervisão da enfermeira exclusiva à beira do leito por 24 horas. O detalhamento das orientações visava o atendimento mais rápido e ágil possível. Dentre as ações foram informadas a checagem e o preparo do leito, a realização da montagem e teste do respirador.

As participantes informaram que os cuidados de pacientes em pós-operatório imediato demandam o seguimento de outros protocolos além do pós-operatório, agilidade, avaliação contínua, visando a segurança, a redução de riscos, a manutenção do equilíbrio hemodinâmico, o metabólico e hidroeletrólítico, assistência intensiva da enfermeira e a abordagem multidisciplinar. Em adição a esse protocolo era utilizado o processo de enfermagem, o gerenciamento de risco e avaliação pelo NAS em duas unidades hospitalares.

Para que a enfermeira realize uma avaliação física de paciente crítico como o pós-operatório de cirurgia cardíaca é necessário que tenha conhecimento especializado para que possa acompanhar com rigor as alterações hemodinâmicas ocorridas em decorrência do procedimento cirúrgico e anestésico, detectando os possíveis riscos de complicações com o máximo de antecipação, e ainda identificar limitações de conhecimento que precisem ser sanadas e acompanhar os avanços dessa área através de capacitação e seu próprio desenvolvimento profissional (OLIVEIRA *et al.*, 2015b).

O estudo que comparou os cuidados de pós-operatório de cirurgia cardíaca realizados por um grupo de enfermeiras de uma terapia intensiva com o conhecimento específico da literatura apontou que possuía conhecimento relevante sobre os cuidados recomendados para prestar assistência satisfatória ao paciente em pós-operatório de cirurgia cardíaca. No entanto, foi observado que havia pouca uniformidade na prescrição dos cuidados. Ressaltam que a SAE estava em fase de implantação gradual e que o seu desenvolvimento por meio do processo de enfermagem pode ajudar na organização da oferta da assistência (LIRA *et al.*, 2012).

Já em outro estudo os autores confirmaram a importância da implantação da SAE através de um instrumento estruturado para a realização da anamnese e do exame físico, e no encadeamento do processo de enfermagem, no caso em estudo, permitiu a construção e

aplicação das etapas do processo de enfermagem como a coleta de dados, o diagnóstico de enfermagem e planejamento da assistência, sendo eficazes para a resolução dos problemas dos pacientes em pós-operatório de cirurgia cardíaca (CARVALHO *et al.*, 2016).

j) Protocolo para a assistência no pós-operatório mediato

A assistência no pós-operatório mediato em geral é realizada no serviço de internação. Das unidades hospitalares pesquisadas, duas informaram seguir um protocolo para a assistência de enfermagem no pós-operatório mediato e apenas uma unidade hospitalar não seguia os protocolos específicos. Estes tinham como orientação realizar a avaliação da ferida operatória, a avaliação dos cuidados realizados com a ferida cirúrgica. Em uma unidade hospitalar foi informado que solicitavam o parecer se necessário da comissão de ferida ou da CCIH, se necessário.

As enfermeiras avaliavam a presença de hematoma e de sinais flogísticos, realizavam a orientação do exercício respiratório, orientavam a saída do leito e a deambulação. Era ainda realizada a orientação de alta, orientação do retorno pós-operatório e a participação da visita multiprofissional ao paciente pós-operado.

Em estudo foi identificado que no pós-operatório mediato as ações das enfermeiras estavam voltadas para prepará-lo para o retorno às atividades após a cirurgia, mas também sobre as mudanças nos hábitos diários, alimentação, atividades diárias, restrições físicas dos pacientes e para conquistar a qualidade de vida. A preparação para a alta era realizada com orientações de acordo com as necessidades individuais, cuidados com a ferida operatória, com as restrições necessárias, prevenção dos riscos inerentes ao procedimento e para a reabilitação pós-alta (COPPETTI; STUMM; BENETTI, 2015).

Os pacientes reconhecem a importância do preparo pré-operatório pelo benefício que sentiram em relação ao alívio da ansiedade, do medo de enfrentar a cirurgia, na diminuição da dor, na rapidez de sua recuperação e aumento da autoestima como resposta às intervenções de enfermagem realizadas no preparo pré-operatório dos mesmos. Sendo assim as enfermeiras necessitam instrumentalizar-se para o processo educativo e assumir as intervenções relacionadas a essa assistência ao paciente de cirurgia cardíaca. Os autores ressaltam que cada instituição tenha normas e rotinas como um guia para essa assistência especializada (PERRANDO *et al.*, 2011).

k) Protocolo para a assistência no pós-operatório tardio – retorno e acompanhamento ambulatorial

O retorno ambulatorial era acompanhado pelas enfermeiras participantes de duas unidades hospitalares. Em uma unidade a enfermeira do serviço da cardiologia acompanhava a consulta junto ao cirurgião cardíaco e avaliava a ferida, realizava a retirada dos pontos, curativo e efetuava as orientações necessárias como o retorno dos pacientes ao cardiologista clínico, além de outros encaminhamentos e notificações, especialmente em caso de sinais de infecção na ferida cirúrgica.

Em outra unidade o cirurgião encaminha, após sua consulta, para a consulta de enfermagem que em geral era a seguir do mesmo. Na consulta de enfermagem no retorno pós-operatório, era realizada a avaliação clínica e o levantamento de problemas, e, se necessário, continuava com o acompanhamento e solicitava a avaliação da fisioterapia. Se ele retornasse para o cirurgião retornava para a enfermeira também.

Os autores ressaltam a importância da realização de atendimento sistematizado no retorno no pós-operatório de cirurgia cardíaca através da consulta de enfermagem e a utilização de protocolos específicos, pois estes possibilitam ampliar a avaliação das necessidades do paciente como o atendimento biopsicossocioespíritual e ainda as dimensões físicas e aquelas que envolvem a mudança de comportamento, hábitos e estilo de vida, necessárias à promoção da qualidade de vida após a cirurgia de RM. Além disso, a utilização de avaliação sistemática e o levantamento dos problemas favorecem a elaboração do planejamento e a realização de intervenções de enfermagem, favorecendo o estabelecendo de prioridades e a avaliação das intervenções (LIMA *et al.*, 2010).

Esse atendimento individual é fundamental, pois o paciente utiliza estratégias para a sua recuperação e readaptação às atividades, como a presença e o apoio familiar, a busca de apoio em recursos espirituais e na atuação dos profissionais. Ressalta que esse apoio do profissional na participação do paciente em programa de reabilitação é importante, pois essa medida, além de proporcionar o condicionamento físico necessário à passagem pela cirurgia de RM, proporciona a interação social com outros pacientes com o mesmo problema (REMONATTO; COUTINHO; SOUZA, 2012; KOERICH *et al.*, 2013).

1) Protocolo para o controle de infecção

Todas as unidades hospitalares estudadas seguiam os protocolos para o controle de infecção estabelecido pela CCIH com a atuação de enfermeiras na comissão. Em uma unidade hospitalar a enfermeira era exclusiva para o acompanhamento dos pacientes de cirurgia cardíaca.

As participantes informaram que a CCIH era atuante e realizava o controle de indicadores, o acompanhamento de todos os casos de infecção, respondiam as solicitações de parecer das enfermeiras sobre os pacientes de cirurgia cardíaca, faziam vistorias e notificações caso necessário, assim como ministravam treinamentos para os profissionais de enfermagem. Atuavam em parceria com as enfermeiras gerentes na construção de instruções normativas, protocolos e análise dos indicadores em todos os serviços estudados.

O procedimento cirúrgico cardíaco é complexo com importantes repercussões orgânicas e alteração dos mecanismos fisiológicos, o que implica em necessidade de cuidados intensivos continuados para a recuperação dos pacientes.

A grande invasão pertinente a esse procedimento cirúrgico de grande porte tem uma alta incidência e prevalência de complicações, sejam elas relacionadas às próprias causas cardíacas como IAM e insuficiência cardíaca congestiva, hipertensão arterial pulmonar, doenças cerebrovasculares, complicações neurológicas, infecciosas, renais (SOARES *et al.*, 2011). E ainda a prevalência de afecções cardíacas, infecção hospitalar, distúrbio de coagulação, complicações neurológicas e pulmonares (BECCARIA *et al.*, 2015), entre outras complicações.

As infecções são complicações de alta incidência (SOARES *et al.*, 2011; SILVA; BARBOSA, 2012; BECCARIA *et al.*, 2015; OLIVEIRA *et al.*, 2015b; SASAKI *et al.*, 2011), de várias origens relacionadas ao manuseio cirúrgico e de cuidados, e as relacionadas a fatores próprios dos pacientes, como comorbidades e presença de fatores de risco (OLIVEIRA *et al.*, 2015), tanto no período de internação hospitalar como no pós-alta (SASAKI *et al.*, 2011).

Todos os olhares dos cuidados pré-operatórios das equipes cirúrgicas e da equipe multidisciplinar focam na prevenção de complicações, sendo a infecção um alvo principal, considerando que há várias medidas para a identificação de riscos e para a prevenção de infecções (OLIVEIRA; PAULA, 2014). A elaboração de medidas de prevenção, controle e monitoramento, baseadas em evidências, são importantes pela finalidade em reduzir a incidência das infecções e garantir a segurança do paciente (SILVA; BARBOSA, 2012).

É importante ressaltar a necessidade de implementar um método de vigilância no período cirúrgico incluindo a pós-alta hospitalar, para que, além da adequada notificação da ocorrência de infecções, possa também agir com rapidez evitando as altas taxa de morbimortalidade (SASAKI *et al.*, 2011).

A equipe de enfermagem tem grande participação nas medidas de prevenção e controle de infecção em cirurgia cardíaca ao realizar as intervenções de orientações e preparos pré-operatórios, os cuidados com a pele, a realização da tricotomia no período adequado, a escolha de soluções antissépticas, na identificação de foco infeccioso prévio e presença de comorbidades (SILVA; BARBOSA, 2012).

Assim como na realização adequada das atividades de lavagem das mãos, utilização de equipamentos de proteção individual, utilização de técnica asséptica na realização de procedimentos, observação dos sinais flogísticos de infecção em dispositivos invasivos, avaliação do leucograma e a temperatura corporal (LIRA *et al.*, 2012).

m) Protocolo para infusão de drogas

Alguns serviços apenas informaram sobre as principais ações relacionadas ao protocolo de infusão de drogas e esses ressaltaram a necessidade de definição dos mesmos pela equipe cirúrgica para a orientação do trabalho da equipe de enfermagem e o registro da infusão das drogas no mapa de balanço hídrico.

No tratamento medicamentoso do pós-operatório de cirurgia cardíaca pode ser necessário o uso imediato de drogas para o suporte e tratamento de alterações hemodinâmicas, como os inotrópicos, os vasodilatadores, os antiarrítmicos e os vasopressores, assim como as soluções cardioplégicas (SBC, 2004).

Estas são drogas potentes de efeito rápido e podem causar mudanças rápidas nos parâmetros hemodinâmicos e com efeitos colaterais indesejáveis graves e deletérios (SEVERINO, 2016). Demanda conhecimento, atenção e habilidade de todos os profissionais, em razão de que estudo aponta que a maioria dos pacientes internados em terapia intensiva utilizou drogas vasoativas, e desses um terço correspondia às disfunções cardiovasculares (MELO *et al.*, 2016).

A administração de medicamentos é responsabilidade e competência legal da enfermeira, mesmo que indiretamente, quando é realizada pelos membros da equipe, conforme o Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986 regulamenta a Lei do Exercício da Enfermagem. Para Melo e colaboradores (2016) essa prática nos CTIs é uma das atividades

mais importantes e mais desgastantes para a enfermagem. Torna-se fundamental que a enfermeira tenha conhecimento acerca das propriedades farmacológicas dessas drogas e dos efeitos deletérios ao funcionamento do organismo, sobre as indicações, mecanismos de ações, efeitos adversos e o modo de preparo e administração dessas drogas.

Esses autores defendem que para além do conhecimento, as enfermeiras precisam adotar medidas gerenciais importantes no sentido de organizar as atividades relativas aos cuidados com a administração das medicações vasoativas, como a organização de protocolos e capacitar a equipe para o atendimento seguro e de qualidade, pois muitos erros são passíveis de ocorrência, devido à falta de aprofundamento para esse cuidado, bem como para a sua manipulação, pois para a administração dessas drogas a maioria dos pacientes utilizou o acesso venoso central e outros aparatos como equipamentos e insumos adequados para o controle rigoroso da infusão (MELO *et al.*, 2016).

O estudo para a avaliação do conhecimento de enfermeiras sobre a importância da infusão contínua de catecolaminas em CTI apontou que um pouco mais da metade dos participantes relataram não obedecerem rigorosamente à infusão contínua da droga em estudo. Em torno de um terço informou que reinstalava as soluções com atraso e uma pequena parcela não esperava o término das drogas para a nova instalação ou não sabiam qual era o atraso na reinstalação. Recomendam a realização de educação permanente e supervisão contínua (ROCHA *et al.*, 2010).

O estudo para a construção de um guia de cuidados para a administração de medicamentos endovenosos em UTI Coronariana utilizou como ferramenta o processo de desenvolvimento de produto através de grupos focais com a equipe. Essa ação despertou nos profissionais a importância do trabalho em equipe, possibilitou a ampliação do conhecimento e a definição dos cuidados com a administração das drogas em estudo, o que facilitou a construção do guia e assim a melhora da segurança na assistência de enfermagem (SEVERINO, 2016).

n) Protocolo para controles hidroeletrólíticos

As unidades hospitalares que trabalham com protocolo para controles hidroeletrólíticos não exploraram muitas informações sobre quais as ações que desenvolviam. Foi citado que controle hidroeletrólítico era realizado através dos registros nos formulários de

balanço hídrico. Um dos serviços de cardiologia informou que no centro cirúrgico a perfusionista realizava o balanço durante o período perioperatório.

Essa atividade é importante tendo em vista que diversas complicações são frequentes durante o período pós-operatório de cirurgia cardíaca devido a uma série de fatores inerentes às mesmas, dentre elas encontram-se prevalentes de modo geral as complicações renais (BECCARIA *et al.*, 2015), bem como os distúrbios hidroeletrólíticos (SOARES *et al.*, 2011; OLIVEIRA *et al.*, 2015b).

Em particular as enfermeiras que atuam na assistência a paciente crítico cardíaco podem lançar mão de ferramentas da sua área específica e de competência privada como o processo de enfermagem, como realizado por Carvalho *et al.* (2016), em que identificou o diagnóstico de enfermagem de risco de desequilíbrio eletrolítico; e Lira *et al.* (2012) o de manutenção do débito cardíaco com a realização do planejamento assistencial das intervenções de enfermagem e efetuação da avaliação clínica, do monitoramento e da ação multidisciplinar para a promoção de uma assistência segura e de qualidade.

o) Protocolo de avaliação para alta

Para a realização da avaliação para alta do paciente nos vários serviços as enfermeiras faziam a avaliação do grau de dependência de cuidado e evolução do pacientes para a continuidade do mesmo em outro serviço, realizavam a avaliação de sinais vitais, a checagem do procedimento de alta, participavam da avaliação multiprofissional com elaboração de planos e estratégias para a alta com a participação da enfermeira, do médico, do serviço social, psicologia e fisioterapia de acordo com as necessidades dos pacientes.

Realizavam as orientações para o paciente e família sobre os cuidados com a ferida operatória, com o curativo, com a realização dos exercícios respiratórios e os cuidados com a alimentação e ainda faziam o encaminhamento para a unidade de saúde para fazer o curativo caso necessário.

Nos serviços de hemodinâmica também era realizado a verificação dos sinais vitais, avaliação do sítio de punção e a avaliação clínica do paciente, presença de sangramento, de hematoma no local de punção, manutenção do repouso no leito e a troca de curativo. Em um dos serviços essa avaliação era realizada a cada quatro horas para a retirada do introdutor, a liberação do mesmo. Além disso, realizavam as orientações para alta sobre o repouso na residência e o curativo do local de punção do exame.

p) Protocolo para transferência

As ações relacionadas à transferência de pacientes são similares à alta do paciente nos serviços de internação e de hemodinâmica. Destaca-se a transferência do paciente no pós-operatório imediato do centro cirúrgico para o CTI. Dessa forma todas as unidades hospitalares utilizavam algum tipo de protocolo para orientar essas ações. No centro cirúrgico eram utilizados o Protocolo de Cirurgia Segura e um protocolo de procedimento operacional padrão com a recomendação de acompanhamento pela enfermagem do centro cirúrgico até o CTI, onde a equipe de prontidão aguardava para a admissão do mesmo. Realizavam a conferência da vaga no CTI, passavam o quadro clínico e faziam a evolução no sistema.

Os avanços em todas as dimensões da área da saúde refletem nas ações dos profissionais, inclusive no transporte de pacientes. Tem sido observado que os pacientes, mesmo aqueles em estado clínico crítico, passam por transportes frequentemente entre os serviços da mesma instituição, inclusive entre unidades hospitalares, por conta da política de regulação de leitos hospitalares e da carência de leitos de terapia intensiva.

Todavia nesse estudo o foco está na transferência ou transporte dos pacientes graves, ou seja, “paciente com comprometimento de um ou mais dos principais sistemas fisiológicos, com perda de sua autorregulação, necessitando de assistência contínua” (ANVISA, 2010b, cap. I, item XVI), após a cirurgia de RM para o CTI.

Embora se tenha a preocupação de prover o acesso através da infraestrutura hospitalar entre centro cirúrgico e CTI para esses pacientes após grandes e complexas cirurgias sempre haverá um percurso a ser perseguido para o transporte com o paciente até o CTI quando acabam de ser operados, o que pode gerar condições de riscos para as diversas complicações.

O transporte de pacientes críticos é uma atividade complexa em que todos os cuidados deverão ser seguidos com vista a manter o equilíbrio hemodinâmico, a segurança e a prevenção de risco e eventos adversos. Além do emprego dos conhecimentos clínicos específicos e necessários aos profissionais que trabalham com paciente grave, deve-se fazer a observância de recomendações especiais através da RDC nº 7, de 24 de fevereiro de 2010 (ANVISA, 2010b) e da Resolução COFEN nº 376/2011 para o planejamento do transporte dos mesmos (COFEN, 2011).

Em recente estudo de revisão, Almeida *et al.* (2012) identificaram que esse tema tem tido pouca publicação em âmbito nacional. O estudo apontou pontos importantes para serem observados pelos profissionais na realização do transporte intra-hospitalar de pacientes adultos em estado crítico. Os resultados mostraram que durante o transporte ocorrem

alterações fisiológicas do paciente crítico, sendo as mais comuns nesse estudo as alterações da pressão arterial e da frequência cardíaca. Ocorrem problemas de comunicação entre as equipes multidisciplinares envolvidas no transporte, podendo acarretar em eventos adversos e ocorrer falhas nos equipamentos utilizados nos transportes, evidenciando um cuidado mal planejado e realizado sem cautela.

A adoção de medidas de cuidados para a realização do transporte intra-hospitalar deve ser planejada, tanto nos aspectos clínicos com a checagem das vias e conexões como nos aspectos operacionais, garantido o uso de equipamentos confiáveis e organizados. Garantir a comunicação com a equipe receptora e a manutenção do quadro clínico possibilita o transporte com a segurança livre de ocorrências de riscos e de eventos adversos. Outras medidas importantes são o treinamento e aperfeiçoamento da equipe multidisciplinar e o desenvolvimento de protocolos para o transporte de pacientes contendo um elenco de informações que os ajudem a oferecer um cuidado com eficiência (ALMEIDA *et al.*, 2012).

q) Protocolo de cuidado no óbito

O cuidado com o óbito seguia algum tipo de orientação ou protocolo na maioria dos serviços das unidades hospitalares estudadas. As enfermeiras utilizavam a Instrução Normativa e Procedimento Operacional Padrão como guia para o preparo do corpo. Realizavam o encaminhamento ao necrotério ou ao Serviço de Verificação de Óbito do Estado, realizavam ações administrativas e ofereciam atenção com acolhimento e orientações à família junto com o médico e o serviço social, realizavam as orientações à equipe sobre o preparo do corpo e a notificação à Comissão Intra-hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplante e ao Banco de Olhos.

O processo de morrer não é fácil de ser enfrentado para todas as categorias dos profissionais de saúde. A morte do outro incomoda a capacidade do profissional em manter o equilíbrio psíquico e emocional nesse momento, pois o fato de serem profissionais de saúde não os torna isentos dos sentimentos, percepções ou crenças a respeito da morte e do processo de morrer, muito comum nos CTIs. Na opinião da autora a morte desperta sentimentos conflitantes de fracasso, culpa, impotência, sendo vivenciados de formas diferentes para cada profissional. Dependendo da sua experiência de vida, da sua idade, da percepção do insucesso do quadro e da proximidade de lembranças parecidas a vivência pode ser mais ou menos dolorosa (VICENSI, 2016).

As questões que envolvem o óbito nos ambientes de saúde não são muito discutidas, inclusive na formação das enfermeiras, sendo essa categoria a que mais lida com esse momento particular tanto junto à família como para a própria atuação profissional (BATISTA SANTANA *et al.*, 2011). É uma situação de cuidado que envolve o respeito, a ética o apoio à família e o próprio enfrentamento dos profissionais de enfermagem ao vivenciar a situação de morte e para a realização dos cuidados com o corpo da pessoa e com a família (BATISTA SANTANA *et al.*, 2011; VICENSI, 2016).

No estudo para identificar sobre o modo como a equipe de enfermagem lida com o preparo do corpo, foi identificado que havia um significado da religiosidade nesse momento, em que os profissionais realizavam orações íntimas como uma forma de buscar o sentido da existência humana. Foi observado que as atitudes e as ações de cuidado estavam pautadas no respeito e na ética no preparo do corpo, sendo esse o papel fundamental da enfermagem. Todavia foi observado também que as ações apontam a possibilidade de ocorrer a banalização da morte e o automatismo no preparo do corpo (BATISTA SANTANA *et al.*, 2011).

Embora não seja uma tarefa fácil a enfermagem precisa enfrentá-la, pois os cuidados com o corpo iniciam em sequência ao atendimento do óbito. Oferece o apoio à família e atende as demandas administrativas e legais como as documentações em prontuários e sistemas de informação institucional e de faturamento.

O estudo de Batista Santana *et al.* (2011) mostrou que o preparo do corpo pela equipe de enfermagem abordava a retirada de cateteres, higienização do corpo, entrega de pertences e o encaminhamento para o necrotério.

O estudo das variáveis relacionadas à gerência da assistência visou detalhar as ações da assistência de enfermagem tendo em conta que esse estudo está sendo desenvolvido à luz da PNACAC (BRASIL, 2004a; BRASIL, 2004b; BRASIL, 2004c) no sentido de atender a recomendação referente à existência de protocolos de enfermagem nos serviços para nortear essa assistência. O resultado desse estudo apontou que as unidades hospitalares estudadas utilizam a maioria dos protocolos investigados para nortear a assistência de enfermagem especializada em cardiologia.

4.3.1.6 Gerência de equipamentos

O cuidado com os equipamentos é importante, pois são ferramentas que oferecem suporte para a oferta da atenção cardiovascular em alta complexidade devido à alta demanda

de tecnologia para esse nível assistencial. Historicamente as enfermeiras têm atuado em ações de gerência e de cuidado com os equipamentos pelo conhecimento da sua finalidade e por manusear muitos deles. Esse fato pode ser observado na Tabela 9.

O outro fato se deve ao exercício de ações de chefia e liderança das enfermeiras nos serviços de saúde, o que imprime sobre elas uma grande responsabilidade em resolver os problemas com os equipamentos, estando sempre atuando nesse processo em parceria com os demais níveis de gestão e de direção institucional.

Em geral as ações das enfermeiras com relação aos cuidados com os equipamentos são vistas como uma sobrecarga da sua função, pois os hospitais contaram com essas ações das enfermeiras por muitos anos e com pouca estrutura para a gerência dos equipamentos. Atualmente tem se observado que a engenharia clínica está sendo inserida nos ambientes hospitalares e isso tem facilitado a atuação das enfermeiras gerentes e as assistenciais nesse cuidado.

Tabela 9 - Caracterização da gerência do serviço de enfermagem – eixo gerência de equipamentos – pelas enfermeiras das unidades hospitalares A, B e C da Região Metropolitana da Grande Vitória.

GERÊNCIA DE EQUIPAMENTOS	SIM		NÃO	
VARIÁVEL				
1 - Aquisição de equipamentos	18	95%	1	5%
2 - Manutenção de equipamentos	19	100%	0	0%
3 - Descarte de equipamentos	18	95%	1	5%

Fonte: elaborado pela autora.

a) Aquisição de equipamentos

Todas as participantes das unidades hospitalares desenvolviam ações similares relacionadas à aquisição de equipamentos. As ações informadas pelas participantes foram a realização do levantamento de demandas e a elaboração do plano anual de aquisição de equipamentos para os serviços, bem como a elaboração de plano de trabalho para aquisição de equipamento com as especificações e as descrições pertinentes para a licitação pública quando necessário, encaminhavam as solicitações para o parecer da comissão de padronização e auxiliavam as chefias das equipes de especialista e a coordenação médica no processo de aquisição de equipamentos.

Foi identificada ainda ação de gerência nessa área, a realização de ações de descrição, de especificação, realização da escolha da marca preferencial quando possível, solicitação de compra de equipamentos de uso da enfermagem ou para o serviço em que atua e emissão de parecer sobre os equipamentos quando necessário. Todas as participantes realizam a avaliação junto à engenharia clínica para a definição da aquisição de novos equipamentos.

b) Manutenção

Todas as participantes informaram que as unidades hospitalares contavam com o suporte do serviço de engenharia clínica e seguiam um cronograma estabelecido com o mesmo para a manutenção preventiva dos equipamentos. Faziam a solicitação de manutenção corretiva através da abertura de ordem de serviço para a engenharia clínica, solicitando o serviço de manutenção.

Além disso, identificavam e descreviam o problema e realizavam o registro e controle do protocolo de saída e de recebimento do equipamento. Efetuavam o monitoramento das solicitações das manutenções, a conferência do resultado do conserto e a efetuação do plano de manutenção preventiva de um novo equipamento junto à engenharia clínica.

c) Descarte de equipamentos

Nas unidades hospitalares as ações do processo de descarte eram muito similares e em geral ocorriam em parceria com o serviço de engenharia clínica. Em algumas situações a enfermeira avaliava e solicitava o recolhimento do equipamento ao serviço. Em outros solicitava o parecer do mesmo para a definição e envio do parecer de inviabilidade do equipamento. Após a definição, solicitava a baixa ao serviço de patrimônio com a documentação adequada para o descarte a fim de respaldar a ação da gerência e para realizar a solicitação de aquisição de substituição do equipamento.

Para Burmester (2013) nas organizações de saúde existe uma interseção entre as ações assistenciais e as administrativas, mesmo quando o descontentamento supera a necessidade de harmonização entre essas vertentes para alcançar a qualidade em organização hospitalar. Ou seja, compreende-se que existe uma interação necessária entre as áreas para a oferta de cuidados à saúde que deve ser compreendida e superada pelos profissionais em todos os níveis de atuação.

Dessa forma tendo como base a posição de Burmester (2013), acredita-se que o serviço de enfermagem seja um importante intercessor entre a vertente assistencial e a administrativo, sendo a enfermeira o ponto de encontro das mesmas. Essa posição chama a atenção para as atividades colaborativas que as enfermeiras desenvolvem junto aos serviços de aquisição, manutenção, controle e utilização de materiais e equipamentos, bem como as demais atividades do serviço de enfermagem como parceiro institucional.

As ações das enfermeiras relacionadas aos recursos materiais são realizadas através do controle da quantidade e qualidade dos materiais e equipamentos, tendo como funções a recepção, o armazenamento, a distribuição e o controle dos materiais e dos equipamentos nos serviços (KURCGANT, 2015).

O resultado do estudo sobre gerenciamento do cuidado realizado por Santos e Lima (2011) mostra que existe articulação entre as ações gerenciais e assistenciais no campo do trabalho da enfermeira, pois precisa planejar e prover recursos para a oferta de cuidados. Esse controle é fundamental para a assistência de qualidade.

Ainda sob a ótica assistencial há a necessidade de as enfermeiras realizarem gerenciamento de recursos em prol da manutenção da qualidade, continuidade e integralidade da assistência. Essas ações são relacionadas à aquisição de materiais com solicitação de compra, realização de testes e escolha dos novos produtos. A previsão de estoque de materiais, como a reposição, o controle de estoque. O acompanhamento do uso de materiais como o controle do consumo, controle da evasão e avaliação da qualidade do material, controle de qualidade e de desperdício, avaliação do material e controle do consumo de materiais, inclusive os de alto custo (OLIVEIRA; CHAVES, 2009).

Nesse estudo identificou-se que as enfermeiras demonstraram responsabilidade e participação com a manutenção de equipamentos do setor. Todas as unidades hospitalares contavam com o serviço de engenharia clínica, o qual oferecia suporte aos coordenadores do serviço de enfermagem. Este serviço trabalhava com instruções normativas para a periodicidade de realização de manutenção preventiva acessível às enfermeiras.

As enfermeiras acompanhavam a validação do período de manutenção tendo o cuidado de observar a última avaliação feita pela engenharia clínica. Nas intercorrências as enfermeiras abriam uma ordem de serviço, solicitavam a manutenção, descreviam o problema do equipamento e acompanhavam o desfecho da manutenção, pois os serviços tinham que ter validados na solicitação e após a realização.

O processo de descarte de equipamentos inicia com o laudo da engenharia clínica definindo que o equipamento não tem mais condições de uso. A enfermeira participa do

processo, pois tem responsabilidade sobre os equipamentos do setor sob sua coordenação. Esse parecer deve ser encaminhado ao setor de patrimônio para averiguação de consignação, “dar a baixa” no estoque, do descarte propriamente dito e para a justificativa em ocorrência de auditoria, ou seja, seguir o protocolo de descarte. A enfermeira ainda precisa solicitar a reposição ou a compra de outro equipamento.

4.3.1.7 Gerência administrativa

As atividades administrativas realizadas e gerenciadas pelas enfermeiras são atividades complementares à assistência de enfermagem. São ações importantes devido à grande inserção da enfermagem nas instituições e devido ao fato de as enfermeiras ocuparem posições estratégicas nos diversos serviços. Essa participação nas atividades administrativas também promove a interação do serviço de enfermagem com os demais serviços da instituição.

Muitas ações dependem da supervisão de profissionais com determinados conhecimentos que as enfermeiras adquiriram na sua formação acadêmica. É possível encontrar enfermeiras ocupando cargos de gerência nessas áreas administrativas pela sua bagagem de conhecimento e pela articulação estratégica nos hospitais.

Sob essa perspectiva, as enfermeiras precisam acompanhar os avanços na área da gestão e utilizar ferramentas e informações para alcançar a qualidade no serviço de enfermagem. Dessa forma, além das atividades gerenciais mais comuns no cotidiano dos serviços de enfermagem nos hospitais, será investigado também sobre a utilização de indicadores e a elaboração de relatórios do serviço.

De outro modo entende-se que as variáveis pesquisadas nesse eixo de gerência visam contemplar a recomendação da PNACAC para o alcance da qualidade da assistência prestada pelas unidades assistenciais ou centros de alta complexidade cardiovascular conforme apresentado na Tabela 10.

Tabela 10 - Caracterização da gerência do serviço de enfermagem – eixo gerência administrativa – pelas enfermeiras das unidades hospitalares A, B e C da Região Metropolitana da Grande Vitória.

GERÊNCIA ADMINISTRATIVA	SIM		NÃO	
VARIÁVEL				
1 - Cuidado com o ambiente	19	100%	0	0%
2 - Solicitação e reposição de insumos hospitalares	19	100%	0	0%
3 - Vigilância do desempenho técnico dos insumos hospitalares	19	100%	0	0%
4 - Acolhimento de pacientes e família	15	79%	4	21%
5 - Contribuição para o faturamento	18	95%	1	5%
6 - Protocolos assinados pela enfermeira;	18	95%	1	5%
7 - O serviço de enfermagem utiliza indicadores como instrumento de gerência	17	89%	2	11%
8 - Elaboração de relatórios referentes ao serviço/periodicidade	16	84%	3	16%
9 - Realiza apoio à formação acadêmica	16	84%	3	16%

Fonte: elaborado pela autora.

a) Cuidado com o ambiente

Foi observado no estudo que as participantes relataram a realização de diversas ações que envolviam o cuidado com o ambiente nas três unidades hospitalares estudadas. As enfermeiras estabeleciam escala de atribuição para os técnicos de enfermagem, para além da distribuição dos pacientes, garantir a organização do expurgo, da bancada do posto de enfermagem, a organização e troca das almotolias (observando se elas estão fechadas, identificadas e datadas), organização de material hospitalar e material da central de material esterilizado.

As enfermeiras acompanhavam as ações da equipe para a realização dos cuidados com higienização do ambiente, observância de medidas de conforto para o paciente, para a manutenção e iluminação do ambiente de trabalho. Realizavam o controle de temperatura do ar condicionado da sala cirúrgica, ainda realizavam a vigilância do processo de precauções de contato, cuidados com o ambiente para a realização de cirurgia limpa, entre outros. Além disso, faziam o encaminhamento de solicitações de ajustes e a solicitação da manutenção dos reparos por abertura de Ordem de Serviço aos serviços responsáveis.

Participavam junto ao serviço de higienização com o estabelecimento, acompanhamento e supervisão da rotina de higienização do setor, das rotinas de desinfecção

concorrente e terminal do ambiente, da desinfecção de superfícies, da limpeza e troca do filtro do ar-condicionado, bem como realizavam as orientações sobre a importância da limpeza e organização do ambiente com os profissionais da higienização.

Uma das participantes ressalta a importância do olhar da enfermeira para o cuidado com o ambiente, pois argumenta que a intervenção pode favorecer a mudanças de estratégias e de investimentos como o ocorrido em um dos serviços de centro cirúrgico em que as ações da gerência de enfermagem respaldaram a adequação de equipamento de refrigeração no ambiente cirúrgico, considerando que a falta do controle do ar-condicionado por sala gerava um problema assistencial importante, seja pela temperatura muito baixa ou alta.

b) Solicitação e reposição de insumos hospitalares

Nas três unidades hospitalares estudadas as enfermeiras desenvolviam ações relacionadas à solicitação e reposição de insumos hospitalares. Elas eram as responsáveis pela avaliação e pela validação da solicitação e reposição em geral dos materiais e em alguns serviços de medicação e material de escritório. Em geral as enfermeiras contavam com um membro da equipe para a realização das tarefas sob sua responsabilidade. Nos ambientes de centro cirúrgico e serviço de hemodinâmica que disponibilizam a farmácia satélite eram realizados o controle e a reposição do estoque mínimo e ainda faziam a solicitação de empenho.

c) Vigilância do desempenho técnico dos insumos hospitalares

Todas as participantes de todas as unidades hospitalares realizavam a vigilância do desempenho técnico dos insumos hospitalares através da notificação nos sistemas de tecnovigilância das instituições.

d) Acolhimento de pacientes e família

As ações informadas pelas participantes das unidades hospitalares sobre o acolhimento de pacientes e família eram similares na realização do apoio à família, entretanto apresentaram particularidades de acordo com o tipo de serviço.

As informações das participantes apontaram para a realização do acolhimento à família com orientações sobre as normas de visitas, sobre o horário, número de visitantes e como se comportar no setor de acordo com as especificidades em serviços como o CTI, hemodinâmica e centro cirúrgico. Realizavam a entrega de folder explicativo quando utilizado pelo serviço e a liberação da visita estendida quando necessário.

Além disso, inseriam a família no gerenciamento de risco fornecendo as orientações pertinentes e assinatura do termo de responsabilidade. Realizavam outras orientações específicas como a realização de exames, as orientações sobre a cirurgia, manutenção do repouso após o procedimento, bem como o atendimento da demanda da família durante as visitas aos pacientes e efetuavam as orientações dos cuidados necessários mediante a alta do paciente.

Em alguns serviços as enfermeiras forneciam informações ao final do procedimento ou da cirurgia, auxiliavam o médico em alguma orientação se necessário e realizavam os encaminhamentos da família para outros serviços quando solicitado. Se necessário solicitavam o apoio ou auxiliavam o serviço de psicologia e o serviço social em atendimentos caso esses serviços estivessem presentes na unidade hospitalar.

e) Contribuição para o faturamento

As atividades de gerência relacionadas à contribuição da enfermagem para o faturamento estiveram presentes em todas as unidades hospitalares. Essas atividades eram mais detalhadas em duas das unidades hospitalares pelo controle de gasto e pela cobrança individualizada de materiais e medicamentos utilizados na assistência.

Na outra unidade hospitalar as atividades de controle de materiais estiveram mais presentes com relação aos materiais e próteses especiais, aos materiais consignados, a reposição de materiais e medicamentos no setor e a organização dos prontuários, bem como aos registros e notificações relacionadas à contratualização com o gestor estadual.

Em detalhamento as participantes informaram um grande elenco de atividades que eram realizadas pelas próprias enfermeiras e pela sua equipe sob a sua coordenação e supervisão, como a conferência da checagem das medicações nas prescrições, efetuação e supervisão dos registros de procedimentos realizados pela equipe, efetuavam as solicitações de medicamentos e dos materiais para a realização dos cuidados de enfermagem, realização

da cobrança de todos os materiais usados nos procedimentos na folha de gasto e folha de sala de exame, bem como a solicitação de reposição.

Realizavam ainda atividades com insumos especiais como a incorporação de lacres e guarda das embalagens e os laudos de determinados insumos para a cobrança e para a reposição no setor, o preenchimento da folha de consignados na sala, efetuavam os registros para a justificativa em caso de falha na guarda ou contaminação das embalagens. Realizavam todo o controle e registro de aquisição e uso de órteses, próteses e materiais especiais e anexavam os laudos e as etiquetas dos mesmos no prontuário. Encaminhavam a produção diária do ambulatório para o faturamento.

As enfermeiras respondiam pelos cuidados com os materiais. Eram ainda responsáveis pela cobrança do procedimento, pela reposição de insumos, realizavam a apuração de falhas nos lançamentos de cobrança e respondiam pela organização e conferência do prontuário antes do encaminhamento para o faturamento. Informaram a realização da análise do custo em alguns serviços. O ambulatório encaminhava a produção diária ao faturamento.

Ainda sob as questões da participação das enfermeiras no faturamento das unidades hospitalares foi identificado que em uma delas a participante do serviço de hemodinâmica além das atividades citadas ainda realizava o agendamento de exames de pacientes provenientes da central de regulação do estado, assim como a conferência da documentação de solicitação dos exames, bem como a autorização do pedido do exame pela Secretaria de Saúde do Estado. Esses dados eram importantes para o faturamento e controle da meta física contratualizada com o gestor de saúde estadual e do acesso pela central de regulação.

De outro lado a participante do serviço de cardiologia estabeleceu diversas rotinas em benefício da execução das ações relacionadas ao faturamento, como a reestruturação das folhas de sala para a cobrança, as rotinas de registro de cobrança de materiais e ainda monitoravam o atendimento da meta pactuada na contratualização com o gestor estadual.

De modo geral os serviços contavam com apoio de pessoal administrativo ou de técnico de enfermagem e até de enfermeiras exclusivas para a organização do prontuário, preparação do mesmo para a auditoria e para o controle de medicações e dos insumos.

Os dados do estudo apontam que as enfermeiras realizavam diversas ações em contribuição com o setor de faturamento de todas as unidades hospitalares estudadas. As ações estavam voltadas para a solicitação, controle e reposição de medicamentos e insumos, registros de utilização, organização e conferência do prontuário antes de ser encaminhado ao faturamento e ainda o monitoramento da produção para alcançar a meta contratualizada pela unidade hospitalar e o acesso aos procedimentos especializados em cardiologia.

f) Protocolos assinados pela enfermeira

Em todas as unidades hospitalares estudadas os protocolos, as instruções normativas, as instruções de trabalho, os procedimentos operacionais padrão ou rotinas eram discutidos com os profissionais da área específica, com as outras áreas envolvidas, até mesmo com os colegiados gestores (quando presentes nos serviços), e após a definição eram encaminhados ao serviço de qualidade para a aprovação e validação. Após eram assinados pela enfermeira, pela gerência de enfermagem e por todos os envolvidos. Estes eram validados anualmente ou por adequação necessária. Em alguns casos os protocolos eram assinados pelos níveis de gestão mais elevados.

g) O serviço de enfermagem utiliza indicadores como instrumento de gerência

A maioria dos serviços pesquisados utilizava algum tipo de indicador. Estes poderiam ser comuns aos diversos serviços e outros eram específicos da cardiologia. Os indicadores comuns eram os relacionados à ocupação dos serviços, indicador de custo do setor, indicador de produção do serviço, indicador de gestão de pessoas e os relacionados ao monitoramento da gerência de risco.

Os indicadores específicos da cardiologia eram indicadores de produção de serviço relacionados à cirurgia cardíaca, como a quantidade de cirurgias de RM, quantidade de pacientes no pré-operatório, quantidade de pacientes no pós-operatório de cirurgia cardíaca; quantidade de pacientes clínicos, a quantidade de pacientes esperando a cirurgia em casa, índice de suspensão de cirurgia e os motivos da suspensão de cirurgia. Foi informado ainda o monitoramento no serviço de hemodinâmica com os indicadores de custo e de produção da hemodinâmica.

Os indicadores assistenciais citados foram os eventos com sonda, eventos adversos (estes consideravam as especificidades dos serviços), úlcera de pressão, lavagem de mãos, indicador de flebite, risco de queda, erro na administração de medicamento, adesão de protocolo de sepse, adesão ao protocolo de heparina, ao protocolo de insulina, o tempo de porta-balão, complicações pós-procedimento percutâneo, como o hematoma pós-procedimentos percutâneo, índice de infecção em cirurgia cardíaca.

Pôde-se observar que os dados do estudo apontam que os serviços de cardiologia monitoravam indicadores de custo, de produção, de gerência de pessoas e da assistência geral

e a especializada em cardiologia. Essa ação de monitoramento de indicadores é relevante, pois destaca a recomendação da PNACAC na busca da qualidade assistencial em alta complexidade cardiovascular.

h) Elaboração de relatórios referentes ao serviço/periodicidade

A elaboração de relatórios referentes ao serviço e sua periodicidade foram informadas por todas as unidades hospitalares estudadas. A maioria das enfermeiras elaborava relatórios mensais e abordavam como tema os vários tipos de indicadores monitorados pelos serviços, realizava relatórios sobre as análises de custo dos serviços e relatórios de produção de serviços contratualizados pela instituição.

Realizava ainda relatórios mensais sobre o levantamento diagnóstico das dificuldades e as necessidades para a melhora do serviço, sobre a avaliação de alguma atividade implementada e pontos positivos e negativos do serviço. Foi identificada ainda a elaboração pontual de relatórios para atender a direção da unidade hospitalar sobre as questões relacionadas com materiais, problemas ligados à assistência de enfermagem e questões ligadas ao processo de trabalho nos serviços.

i) Realiza apoio à formação acadêmica

Todas as unidades hospitalares estudadas tinham vínculo com instituição de ensino e realizavam apoio à formação acadêmica. Duas unidades hospitalares ofereciam campo em alguns serviços para a residência médica e a graduação em enfermagem era eventual. A outra unidade hospitalar era campo de formação para diversos cursos da área da saúde e todos os seus serviços pesquisados contribuía com a formação na área da saúde.

A gerência de enfermagem em serviços de saúde, como já abordado anteriormente, abarca uma diversidade de atividades, além das atividades exclusivamente assistenciais. Para Chaves, Laus e Camelo (2012) estas são atividades essenciais e complementares para a oferta do cuidado, como a gerência de pessoas, a gerência de recursos tecnológicos e de materiais necessários à assistência. Ressaltam ainda a realização das atividades educativas com a equipe de enfermagem, a articulação com a equipe multiprofissional e integração com demais setores do hospital. No sentido de evidenciar a diversidade de ações das enfermeiras acrescenta-se a com base no estudo de Paula *et al.* (2013) a importância da gerência da informação realizada pelas enfermeiras nos serviços de enfermagem e nas unidades hospitalares.

Estudo identifica que os gerentes dos serviços de enfermagem desenvolvem atividades importantes com relação à gerência de materiais como a aquisição, a realização de testes para implantação de novos insumos, a previsão de estoque relativa à programação de materiais, a programação da reposição diária ou semanal de materiais, o controle de estoque e de falta de materiais. Efetuam o monitoramento do consumo de materiais, da evasão e realizam avaliação da qualidade do material. Essas ações se somam à necessidade de orientar a equipe sobre a utilização adequada dos materiais, e assim contribuir para a qualidade assistencial (OLIVEIRA; CHAVES, 2009).

E ainda, diversas atividades como alimentação de sistemas de informação, emissão de relatórios, controle de materiais, reunião com equipe, discussão de casos e resolução de ocorrências na área, conferência e recebimento de medicamento, organização de materiais e equipamentos, e remanejamento da agenda médica (PAULA *et al.*, 2013).

Para o desenvolvimento da gerência de materiais duas questões são apontadas por Vaghetti *et al.* (2011), uma delas é a adoção de políticas institucionais que enfrentem o desperdício e também a adoção de ações de planejamento que possam favorecer as ações de utilização e controle dos insumos. Aponta que o desperdício pode ser enfrentado com a identificação de fatores que o favoreçam como os fatores estruturais, os organizacionais, desperdício causado pela falta de materiais e os próprios motivos ligados às diversas gerências, como no caso o desperdício causado pelo desconhecimento sobre os materiais utilizados na assistência por parte dos responsáveis pela aquisição dos mesmos.

A outra vertente de enfrentamento da gerência de materiais diz respeito ao planejamento, em razão de que para alcançar uma política de material adequada e favorável à assistência são necessárias ações como o planejamento das atividades de compras, a armazenagem e estoque realizados e distribuição por profissionais habilitados, efetuação de previsões orçamentárias e de fluxos de distribuição e controle que evitem o desperdício desses materiais de todas as ordens, pois a falta do material e o desperdício são causas de altos investimentos econômicos e o comprometimento assistencial (VAGHETTI *et al.*, 2011).

A gerência de materiais e equipamentos na assistência em alta complexidade tem extrema relevância para a oferta do cuidado. Aperfeiçoam o processo de trabalho, desde que sejam manuseados corretamente e associados ao conhecimento clínico. Segundo Mendes *et al.* (2014) o funcionamento inadequado dos equipamentos pode revelar dados não condizentes com o real ou com a necessidade do tratamento ou cuidado. Afirma que a correta utilização de insumos e equipamentos depende de vigilância planejada, conhecimento e capacitação de todos os profissionais para o manuseio adequado e melhor aproveitamento dos mesmos.

Necessita da abordagem crítica da enfermeira sobre essa competência, pois essa tecnologia é inerente ao cuidado nessa era tecnológica e no ambiente de alta complexidade assistencial.

O estudo sobre gerência de enfermagem aponta que atualmente as enfermeiras compreendem a importância da aproximação dos conhecimentos da administração em saúde e da assistência de enfermagem. Esses conhecimentos possibilitam a ampliação do campo de visão e de atuação das enfermeiras, sendo os mesmos essenciais para a qualidade da assistência. Compartilhar os diferentes saberes com a vivência no campo do trabalho pode-se reduzir a visão de distanciamento e a dicotomia entre a assistência e a gerência (XAVIER-GOMES *et al.*, 2015).

Tem-se observado pela experiência no campo de trabalho que por muitas décadas as enfermeiras assumem muitas tarefas em parceria com a administração, como um suporte nos hospitais. A preocupação com o ambiente é uma das áreas de atuação, seja na organização dos fluxos de trabalho, seja na escolha de produtos, na elaboração, orientação e supervisão de tarefas ligadas a desinfecção e higienização, entre outras. Observa-se também que o foco dessa atenção tem sido a prevenção de infecção, o conforto do paciente e/ou da equipe.

Atualmente a abordagem de ambiência tem sido ampliada com a inserção de serviços de governança hospitalar, o qual está voltado para promover o conforto, segurança e bem-estar do cliente/usuário interno e também a ambiente de trabalho para que se torne mais acolhedor. Para além dessas questões a governança hospitalar representa uma nova perspectiva de gestão e reorganização de ações e serviços para os hospitais, com vistas à racionalidade, adequação da utilização de recursos e dos aspectos técnicos (CHAVES *et al.*, 2015).

Avançando ainda um pouco mais sobre os cuidados com a ambiência, esta traduz as prerrogativas de gerenciamento de risco e segurança do paciente que estão em alta conta nas políticas de saúde e ainda a maior aproximação da cientificidade inclusive das enfermeiras em estudos que possam respaldar a prevenção de infecção, através de melhoras nos processos de trabalho.

Esse fato pode ser observado no estudo de Ferreira *et al.* (2011) que examinou como era realizada a limpeza das superfícies próximas do paciente no CTI e a análise bacteriana em colchão. Esses estudos respaldam com argumentos científicos a revisão do processo de trabalho de desinfecção dos mesmos. Em acordo com o exposto Carreiro, Figueiredo e Brandão (2004) argumentam que sob outra perspectiva que essas ações apontam rumos atuais para a ação profissional das enfermeiras nessa área.

5 A ENFERMAGEM ENQUANTO GERÊNCIA E SEUS DESAFIOS

A atividade gerencial é desafiadora e dinâmica. Gerenciar em um contexto de complexidade institucional e assistencial pode ser ainda mais desafiador para as enfermeiras que por vezes se dividem ou se multiplicam entre as dimensões do seu trabalho. Tendo como foco o cenário da assistência em alta complexidade cardiovascular realizada em serviços especializados é relevante identificar como as enfermeiras gerentes vivenciam essa realidade.

Neste sentido o capítulo em tela apresenta os resultados e discussão do terceiro objetivo específico de pesquisa, onde as variáveis investigadas foram definidas previamente e buscou-se identificar os fatores facilitadores e os limitantes na gerência de enfermagem nos serviços de cardiologia em hospitais da RMGV.

Para a tal investigação foi aplicado o formulário (Apêndice C), que aborda no item denominado gerência administrativa o questionamento para identificar as facilidades e as limitações para desenvolver a gerência de enfermagem nesses serviços nas áreas de planejamento dos serviços, equipamentos, estrutura física, recursos humanos de enfermagem, equipe multidisciplinar e relação profissional, bem como para identificar seus principais motivos.

Durante a análise dos dados foi identificado que estas variáveis são comuns no trabalho gerencial das participantes e podem ser consideradas tanto pelos aspectos facilitadores como pelos aspectos limitantes. Sendo assim a mesma variável em alguns momentos pode ser facilitadora ou pode ser limitadora da atividade gerencial. E ainda as variáveis podem apresentar tanto os aspectos facilitadores e os aspectos limitantes em uma mesma situação de gerência. Dessa forma foi identificado que algumas participantes consideraram os dois aspectos sobre uma mesma variável.

Os dados apresentados na Tabela 11 mostram que cada variável foi avaliada pelos 19 participantes que indicaram ou não a presença dessas variáveis no seu processo de gerência. Dessa forma cada variável estudada pode variar de 0% a 100%, onde 0% significa que nenhum participante considerou a variável estudada como relevante e 100% significa que todas as participantes consideraram a variável em estudo de alguma forma relevante no seu processo de gerência.

Com os resultados obtidos através das informações das participantes pode-se observar na Tabela 11 que existiu nesse estudo um equilíbrio entre as facilidades e as limitações em relação à maioria das variáveis pesquisadas. Esse equilíbrio ocorreu de forma individual, em que os gerentes informaram facilidades sobre alguns aspectos de determinada variável e por

outros aspectos informou as dificuldades, evidenciando que todas elas são desafios que estão presentes no processo de trabalho gerencial de alguma forma.

Tabela 11 - Os fatores facilitadores e limitantes da gerência de enfermagem pelas enfermeiras das unidades hospitalares A, B e C da Região Metropolitana da Grande Vitória.

FATORES FACILITADORES DAS ATIVIDADES DA GERÊNCIA DE ENFERMAGEM	Total de Ocorrências	%	FATORES LIMITANTES DAS ATIVIDADES DA GERÊNCIA DE ENFERMAGEM	Total de Ocorrências	%
Variáveis			Variáveis		
Planejamento dos serviços	12	63%	Planejamento dos serviços	11	58%
Equipamentos	7	37%	Equipamentos	7	37%
Estrutura física	7	37%	Estrutura física	7	37%
Recursos humanos de enfermagem	6	32%	Recursos humanos de enfermagem	16	84%
Equipe multidisciplinar	8	42%	Equipe multidisciplinar	6	32%
Relação profissional	10	53%	Relação profissional	10	53%

Fonte: elaborado pela autora.

Em relação ao número de vezes em que as variáveis foram informadas observa-se que o planejamento dos serviços e a relação profissional ocorreram em torno da metade das informações obtidas, tanto para as facilidades como para as limitações. O mesmo ocorreu em relação às variáveis de equipamentos e estrutura física, entretanto com percentuais abaixo da metade do total de informações. A variável equipe multidisciplinar foi informada como facilitadora em um número de vezes um pouco mais elevado do que como limitante.

Em relação a esses dados chama a atenção a variável dos recursos humanos de enfermagem, a qual foi informada como limitante em um número mais de duas vezes maior para as limitações do que para as facilidades para o trabalho da gerência. Esse dado evidencia que recursos humanos de enfermagem era o maior fator limitante e o menor facilitador do trabalho gerencial da enfermeira nos serviços de cardiologia.

Em todas as variáveis estudadas foram identificados os motivos principais tanto para as facilidades como para as limitações. Com relação às facilidades encontradas para a efetuação do planejamento dos serviços na área gerencial foram citados a participação da equipe na discussão dos processos; a interação com o grupo; a organização dos processos de trabalho; os atendimentos aos funcionários realizados pelas enfermeiras; as reuniões com a equipe de enfermagem e multidisciplinar; o planejamento da educação em serviço e a retaguarda com suporte para o diagnóstico especializado por imagem, estudos hemodinâmicos, centro cirúrgico; realização de exames à beira do leito.

As participantes ainda informaram que utilizar o planejamento dos serviços pode promover a implementação de mudanças nos processos de trabalho e na organização com a equipe de enfermagem, mesmo com dificuldade e persistência pode promover o bom funcionamento do trabalho e possibilita desenvolver habilidades, a visão estratégica, a articulação, a visão econômica e ainda desenvolve a experiência de gestão.

Dentre as facilidades com os equipamentos algumas participantes destacaram a possibilidade de aquisição de novos equipamentos e do suporte da engenharia clínica no processo gerencial com os mesmos. Da mesma forma que não têm problemas com a planta física e a consideram muito boa, sendo que para, além do espaço do hospital, ainda oferecem espaço para os períodos de repouso e alimentação do profissional. Consideraram que encontram nas equipes multidisciplinares presentes no serviço a cooperação, a boa integração, o bom entrosamento e a boa comunicação com todos, sendo fundamentais para o trabalho em equipe.

As participantes informaram como facilidades para a gerência em relação aos recursos humanos de enfermagem quando nos serviços em que atuavam tinham um bom quantitativo e boa qualidade de pessoal e procuravam trabalhar com profissionais novos sem vícios, pois facilita a criação do vínculo. A equipe aberta a novas idéias e a manutenção do bom entrosamento entre médicos, enfermagem e farmácia, além da proximidade do gerente com a equipe, a oferta de incentivos para coberturas de horários extras de trabalho, a participação em lucros quando ocorria o alcance de metas específicas e o oferecimento de plano de saúde e odontológico.

As facilidades informadas referentes à relação profissional foram a boa relação e a boa integração entre as pessoas, o estabelecimento de parceria e de consenso com a equipe; a facilidade em compartilhar o trabalho com a equipe de enfermagem e demais equipes; a agilidade da equipe para o atendimento e estabeleciam vínculo de confiança com a chefia e trabalhar com a equipe de cirurgiões abertos e com boa aceitação da gerência.

Ainda como facilidades na relação profissional as gerentes consideraram que tinham autonomia, boa comunicação com todas as equipes, recebiam bom retorno do trabalho, tinham acesso a níveis mais altos de gestão para solucionar problemas e a conquista de respeito pelo conhecimento e postura na condução dos processos de trabalho gerencial e assistencial.

Ao analisar os motivos relacionados aos fatores limitantes para a gerência foi identificado como limitação para a realização do planejamento dos serviços a especificidade do serviço; a sobrecarga de trabalho; o acúmulo de atribuições; o desgaste para resolver pequenos problemas; a falta de autonomia e de reconhecimento institucional em relação a

níveis superiores da gestão para a função de chefia; a falta de autonomia para adequar os processos já estabelecidos; a falta de autonomia para gerenciar as dificuldades com os técnicos de enfermagem.

Foi considerado ainda como limitação para o planejamento de serviços a falta de envolvimento das enfermeiras em não assumir responsabilidades e a não realização de liderança com a equipe; os processos de gerencia morosos e burocráticos; os interesses conflituosos e a cultura enraizada que interferem no processo de trabalho e na produção; os problemas relacionados à infraestrutura; a falta de vínculo do profissional com o trabalho e com a instituição e não participação do gerente no processo de seleção de pessoal.

As limitações relacionadas a equipamentos foram informadas quando não tinham disponibilidade de equipamentos para o setor; quando existiam as dificuldades para a aquisição e manutenção desses equipamentos; as dificuldades para a renovação e ampliação do parque tecnológico e a quantidade insuficiente de equipamentos para os cuidados de enfermagem. Por outro lado as limitações para a estrutura física foram o fato de não atenderem às regulamentações ministeriais, pela inadequação das mesmas, manutenção predial deficiente, a climatização insuficiente e ineficiente e a estrutura predial, o sistema elétrico e hidráulico muito antigo e ultrapassado, com diversos arranjos para o funcionamento do hospital.

As informações sobre as limitações relacionadas com os recursos humanos de enfermagem foram inúmeras. Dentre elas citaram a equipe de técnicos de enfermagem sem experiência e em número insuficiente; a dificuldade para conseguir técnico de enfermagem, especialmente com conhecimento e experiência em cardiologia; a manutenção de dois ou três vínculos de trabalho simultâneos devido a baixa remuneração; a presença de testemunha sempre que precisar conversar com o funcionário; a inadequada postura profissional, imaturidade pessoal e pouca disposição para o trabalho; o não entendimento da dimensão do seu papel profissional; a alta rotatividade de pessoal de enfermagem; a dificuldade em gerenciar as equipes noturnas e a falta de vínculo profissional com a instituição.

Ainda como limitação relacionada aos recursos humanos em enfermagem foi informado que os profissionais apresentam muitos problemas de saúde com alto índice de atestados, licenças médicas e de absenteísmo; dificuldade para cobrir as falta ao trabalho; escala muito fechada; normas rígidas e muita cobrança do departamento de recursos humanos o que dificulta a adequação de escala, a realização de remanejamento e coberturas necessárias; o gerenciamento de banco de horas e hora extra não remunerada; falta de

autonomia para qualquer negociação para cobrir a escala de pessoal e garantir a assistência; a falta de autonomia da enfermeira com o técnico de enfermagem;

Além desses motivos informaram ainda que observaram como limitação para o recursos humanos em enfermagem a deficiência na formação dos profissionais de enfermagem; profissionais despreparados para o trabalho e sem capacitação; dificuldade para capacitar um profissional para a especialidade pela alta rotatividade de pessoal e a demora em alcançar os resultados do treinamento da equipe e foi relatado que o técnico de enfermagem não deposita respeito ao trabalho da enfermeira.

Em detalhe e ainda no campo das limitações com os recursos humanos de enfermagem, foi informado no estudo que os técnicos de enfermagem aceitavam uma nova oportunidade de trabalho por valores salariais ligeiramente maiores do que recebiam na instituição originária. Outro fator mencionado como limitante foi sobre a qualidade de formação, nesse caso das enfermeiras e técnicos, com preocupação especial com relação à formação das enfermeiras.

As participantes relataram que o processo de treinamento era desgastante, pois era realizado o investimento em treinamento no processo admissional e nas capacitações anuais na preparação do profissional, e, quando ele estava apto a trabalhar e a contribuir com a equipe, saía da instituição para outra oportunidade de trabalho. Esse ciclo era contínuo e desgastante, e, além desses, ocorreram outros fatores relacionados aos recursos humanos como os aspectos relacionados à civilidade, à polidez, às condutas éticas e respeitadas que causavam desgastes das gerentes.

As limitações informadas em relação à equipe multidisciplinar foram a dificuldade para ajustar os processos de trabalho com os médicos; dificuldade para ajustar os processos de trabalho com a fisioterapia em determinado CTI; a ausência da equipe multidisciplinar para suporte assistencial, como a falta de fisioterapeuta na equipe e a falta de terapeuta ocupacional para atender o estresse laboral.

No caso da relação profissional as limitações foram as dificuldades com alguns médicos e com os técnicos de enfermagem; gerenciar os conflitos com a fisioterapia e com a enfermagem por questões sociais, emocionais e éticas; a equipe de enfermagem fechada, resistente a gerência e às mudanças; a dificuldade de integração entre a equipe de enfermagem; a visão negativa da enfermeira pelo técnico de enfermagem; a falta de comprometimento da enfermeira; a fragilidade no papel do gerente de enfermagem; as interferências políticas marcantes no serviço; os conflitos devido a interferência no serviço e entre setores afins; e a interferência de poder dos médicos no trabalho da enfermeira.

Dentre os resultados os motivos que favorecem o trabalho gerencial mostram os aspectos positivos que são encontrados nas equipes de trabalho, entretanto chama atenção as limitações para o trabalho gerencial, particularmente com relação às relacionadas aos recursos humanos de enfermagem. Estas foram expressivas e preocupantes tendo em vista que este estudo tem como objeto a gerência de enfermagem com o olhar focado na assistência em alta complexidade cardiovascular.

Esse fato tem relevância na medida em que a PNACAC recomenda que as unidades assistenciais ou os centros especializados devam primar pela qualidade da assistência, inclusive a da enfermagem, pois não se pode pensar em assistência em alta complexidade de forma fragmentada, pois é um conjunto de saberes e de práticas que a compõe, permeado por um contexto estrutural e funcional que favoreça a trabalho assistencial.

Os dados mostram que os percentuais das limitações estão um pouco maiores do que as facilidades. Estes retratam com bastante clareza uma parcela das condições de trabalho das enfermeiras gerentes nesses cenários hospitalares no que diz respeito às limitações gerenciais e ainda particularmente relacionadas aos recursos humanos de enfermagem. Retratam também a triste realidade vivida pelos profissionais de enfermagem.

Nessas limitações foram abordados os comportamentos das equipes de saúde, em particular a equipe de enfermagem nos seus representantes enfermeiras e técnicos de enfermagem, a formação e a capacitação dos mesmos, da estrutura e do funcionamento dos serviços. Contudo sob a ótica da SBC e do MS, são de extrema relevância, pois a assistência ofertada nos serviços pesquisados demanda capacidade técnica especializada em número adequado e estrutura organizada (SBC, 2004; BRASIL, 2004b).

Esses fatos limitantes geram para as enfermeiras um acúmulo de tarefas que geralmente as afastam da assistência e da sua equipe. O problema não está na capacidade técnica das enfermeiras em realizar atividades de gerência do serviço, mas número de problemas, na organização funcional que elas têm que enfrentar no seu trabalho para organizar e preparar uma equipe especializada.

Para gerenciar em serviços de alta complexidade é preciso haver ações que privilegiem o cargo de gerente, bem com a estrutura funcional que promova a autonomia e possibilite avançar na organização do trabalho para a oferta da assistência, em especial na gerência da equipe de enfermagem e as suas especificidades.

Outro fato relevante identificado na relação profissional em uma das unidades hospitalares foi a falta de autonomia das enfermeiras em relação às ações de gerência, pois esse cargo não existia na estrutura organizacional, entretanto elas atuavam como gerentes por

uma adequação funcional. As enfermeiras desenvolviam as atividades gerenciais, entretanto não eram reconhecidas como gerentes.

Ainda observando a relação profissional foi identificado que em uma das unidades hospitalares era vivenciada outra situação de limitação ao trabalho gerencial, pelo conflito existente entre a formação profissional e a função ocupada na instituição, pois a maioria dos profissionais que trabalhavam com técnicas de enfermagem já eram enfermeiras e no desempenho das suas atividades era comum haver confronto de idéias e de condutas.

São inúmeras as dificuldades encontradas no exercício da gerência de enfermagem nos serviços hospitalares, devido à complexidade inerente ao perfil epidemiológico e o tecnológico dos serviços em estudo. Esses fatores potencializam as limitações para o avanço em qualidade e harmonia no trabalho.

O estudo sobre as ações das enfermeiras que trabalhavam nos serviços de hemodinâmica de vários estados brasileiros destacou as dificuldades nas atividades desenvolvidas pela enfermeira como a realização de compras, previsão e provisão de materiais, confecção de escalas mensais, diárias e de férias, reuniões com chefia e com os outros serviços de apoio, realização de educação permanente, supervisão do pessoal da enfermagem, das secretárias e dos técnicos de raio X, solicitação de manutenção dos equipamentos em geral e as específicas do serviço, entre outras. Considerou ainda como a dificuldade o acúmulo das atividades de assistência da enfermeira com as atividades de liderança da equipe e da gerência do fluxo de materiais de alto custo (VIEIRA *et al.*, 2009).

O estudo realizado em hospital tendo base no manual da Organização Nacional de Acreditação e a visão das enfermeiras elencou diversas dificuldades, entre elas as relacionadas à estrutura, como planta física inadequada em diversos setores, falta de pias e painel de gases em locais específicos, falta de manutenção adequada, deficiência na iluminação e ventilação, entre outros ajustes funcionais ligados ao ambiente do cuidado (KOBAYASHI; SILVA; AYOUB 2010).

Além do mais os autores relatam como dificuldades a gerência de pessoas e a necessidade de maior número de enfermeiras e auxiliares de enfermagem para compor as escalas. Nesse cenário apontaram preocupação com a saúde do trabalhador em decorrência da sobrecarga e da complexidade do trabalho, bem como a necessidade de capacitação e qualificação essenciais para qualidade da assistência segura ao paciente (KOBAYASHI; SILVA; AYOUB 2010).

A análise realizada em uma unidade de emergência de um hospital universitário por Zambiasi e Costa (2013) identificou várias situações de dificuldades no processo de gerência

de enfermagem, as quais abrangiam as áreas administrativas, a relação profissional e a gestão de recursos humanos em enfermagem.

Na área administrativa foi destacada a liderança da equipe de enfermagem no atendimento dos pacientes críticos e não críticos; a realização da estatística dos atendimentos ocorridos na unidade; a coordenação das atividades do pessoal de recepção, da limpeza e da portaria; a solução dos problemas decorrentes do atendimento médico ambulatorial; a alocação de pessoal e dos recursos materiais; a realização da escala diária e mensal da equipe de enfermagem; o controle de estoque de material e a manutenção dos equipamentos do setor (ZAMBIAZI; COSTA, 2013).

Na relação profissional foi revelado o atrito entre a própria equipe; o afastamento da enfermeira da assistência para atender às diversas demandas de atividades gerenciais; o número insuficiente de técnicos de enfermagem para atender a alta demanda e a complexidade do setor. Nesse cenário de dualidade da posição da enfermeira, o diálogo e a relação interpessoal entre a enfermeira e sua equipe se tornaram um dos maiores desafios para o desenvolvimento da administração das atividades, particularmente pela sobrecarga de trabalho devida à falta de pessoal de enfermagem (ZAMBIAZI; COSTA, 2013).

Um estudo sobre a gerência em unidade coronariana realizou a comparação entre o resultado da revisão da literatura com a pesquisa de campo com as enfermeiras deste setor. Foi encontrado que o conteúdo dos artigos apontou que a utilização de instrumento para classificação de pacientes e avaliação da carga de trabalho da equipe de enfermagem era uma facilidade para a gerência da assistência. Entretanto as enfermeiras do campo não utilizam instrumentos e sim a experiência clínica, o saber técnico-científico e os fatores subjetivos como o bom relacionamento interpessoal e a comunicação eficiente entre a equipe que as ajudavam na priorização e adequação da equipe para a assistência (FERNANDES DE AGUIAR *et al.*, 2010).

Já os resultados dos aspectos dificultadores analisados entre o resultado da literatura e as enfermeiras do campo foram similares e se referem aos fatores desencadeadores de estresse, como a dificuldade de aceitação da morte, bem como a tomada de decisões conflitantes relacionadas ao atendimento dos pacientes e a estrutura centralizadora e autoritária do serviço de enfermagem. Em particular o resultado da literatura apontou que havia má utilização dos recursos tecnológicos e a falta de compromisso profissional, que tornavam a assistência pouco humanizada, com o afastamento da equipe multiprofissional do paciente e da família (FERNANDES DE AGUIAR *et al.*, 2010).

O resultado da análise da gerência da qualidade na assistência de enfermagem em unidade de clínica cirúrgica pontuou como facilidades a experiência profissional, a interação com a equipe e a integração com o ambiente de trabalho. As autoras entenderam que a experiência profissional adquirida é importante, pois acarreta o desenvolvimento de habilidades que norteiam a condução do trabalho, como a autonomia e o respeito profissional, trazendo resultados positivos para recuperação dos pacientes (RABENSCHLAG *et al.*, 2015).

Da mesma forma a interação com a equipe e a integração com o ambiente onde ocorre o desenvolvimento do trabalho assistencial constitui um fator relevante, pois, assim como as relações no ambiente de trabalho, as boas relações interpessoais são vistas como potencializadoras na busca por resultados, pois a assistência na enfermagem com qualidade pode ser mais facilmente alcançada se houver união entre as equipes que compõem os serviços de saúde (RABENSCHLAG *et al.*, 2015).

Entretanto as autoras sublinham dificuldades na atualidade para a gerência de enfermagem comuns a outros estudos já citados nesse texto, comuns à práxis das enfermeiras na realidade da assistência hospitalar e condizentes com os resultados dessa pesquisa que aborda a gerência de enfermagem com a lente da atenção em alta complexidade como a sobrecarga de trabalho, o número insuficiente de profissionais de enfermagem, a carência da estrutura física e a insuficiência de recursos materiais como fatores que interferem no processo de trabalho assistencial e gerencial das enfermeiras (RABENSCHLAG *et al.*, 2015).

Ainda é escasso o número de estudos publicados em periódicos sobre a gerência de enfermagem nos serviços de cardiologia nacional, que abordem o modo como o serviço é organizado, como ocorre a inserção da enfermeira na gerência dos diversos serviços, quais são as facilidades e os desafios vivenciados pelas mesmas e que apontem o crescimento dessa área da saúde com a lente voltada para o trabalho da enfermeira. Muitos avanços ocorreram na área cardiovascular nas últimas três décadas, sejam nos aspectos clínicos ou nas diretrizes políticas. As enfermeiras e as equipes de enfermagem avançaram juntas, entretanto pouco se tem divulgado sobre essa área.

A falta de recursos humanos, de materiais e equipamentos, dificuldades relacionadas à área física, além de serem fatores que interferem no processo de trabalho da enfermeira, repercutem no processo gerencial ou assistencial e podem contribuir para a sobrecarga física e mental do trabalhador tendo um papel determinante no que se refere à saúde desse trabalhador, bem como na oferta do serviço. Entretanto a presença de condições adequadas no trabalho pode ocasionar sentimentos de prazer e satisfação que somadas a transformação da

prática pela educação permanente podem contribuir para a realização pessoal e profissional e igualmente para a qualidade da assistência (BECK *et al.*, 2010).

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A análise da estrutura assistencial compreendeu a estrutura de serviços, recursos humanos, recursos diagnósticos e terapêuticos e a produção assistencial. Com relação aos dados relativos à estrutura de serviço foi evidenciado que as três unidades estudadas atendiam à maioria das recomendações, sendo que algumas estavam sendo atendidas em sua totalidade, outras sendo parcialmente atendidas.

Nenhuma das unidades hospitalares possuía programa de reabilitação e não desenvolviam as ações de promoção e prevenção de doenças do sistema cardiovascular. Apenas uma unidade hospitalar informou possuir programas de qualidade em laboratório de análises clínicas e unidade de imagenologia e estrutura de pesquisa e ensino organizada, com programas e protocolos estabelecidos, todavia todas as três unidades hospitalares estavam ligadas a alguma instituição de ensino.

Chamou a atenção o fato de que a unidade hospitalar que atende exclusivamente ao SUS tinha o menor número de leitos de CTI destinados à cirurgia cardíaca, e conseqüentemente o menor número de cirurgias. As outras duas unidades assistenciais tinham CTI especializado com maior número de leitos.

Com relação aos recursos humanos os dados apontaram que em todos aos serviços a equipe médica estava composta com os especialistas recomendados. Já com relação às enfermeiras especialistas em cardiologia não estavam contempladas em todos os serviços. Duas unidades hospitalares criaram o serviço de cardiologia e este contemplava a enfermeira especialista, entretanto essa ação não atendem à política em sua totalidade.

A inserção da enfermeira especialista em cardiologia nos serviços especializados é um ponto fundamental para a oferta da assistência de enfermagem, para a gerência dos serviços e para a formação dos profissionais de saúde, tendo em vista que as três unidades hospitalares estavam ligadas a instituições de ensino. A equipe complementar e a equipe de suporte estavam contemplados em todos os cenários.

Os dados relacionados aos recursos diagnósticos e terapêuticos estavam contemplados nas três unidades para a maioria deles, porém os recursos para a realização de exames de Holter, unidade de medicina nuclear, cintilografia de perfusão miocárdica e serviço de laboratório de eletrofisiologia não estavam disponíveis em nenhuma das unidades pesquisadas.

A ausência desses recursos repercute no atendimento, principalmente para os usuários do SUS, que sem esses recursos nas unidades hospitalares de alta complexidade correm o

risco de ter os seus cuidados na área cardiológica comprometidos, demandando interação com a RAS para a solução de problemas especializados, ou então poderão nem receber esse atendimento.

Os dados a respeito da estrutura espelham o cenário da RMGV de forma positiva em relação à maioria das recomendações da PNACAC, todavia as recomendações deficitárias devem ser incorporadas às unidades hospitalares frente à relevância para o atendimento em alta complexidade cardiológica.

Para analisar o processo de gerência de enfermagem em serviços de cardiologia da RMGV referente ao segundo objetivo, foram utilizadas as recomendações gerais da PNACAC em concordância com os conteúdos teóricos referentes à gerência de serviços de enfermagem e os da assistência de enfermagem geral e a específica em cardiologia. A análise dos dados permitiu identificar que todos os eixos de gerência pesquisados estavam coerentes com as informações coletadas com as gerentes de todos os serviços e com a realidade da práxis das mesmas.

Com relação às especificidades dos eixos de gerência pôde-se observar que os dados do eixo da gerência de pessoas mostraram que a maioria das participantes desenvolvia a quase totalidade das atividades investigadas, sendo que as mais realizadas foram o treinamento, a capacitação e a avaliação do desempenho funcional. A gerência de conflitos ocupou lugar de destaque com a totalidade de realização pelas gerentes.

Pôde-se identificar que a maioria das enfermeiras não realizava a seleção dos profissionais de enfermagem. No computo geral da RMGV pôde-se identificar que a gerência de pessoas realiza a maioria das variáveis investigadas, entretanto precisa melhorar em todos os aspectos investigados, ressaltando o gerenciamento de conflitos para que o ambiente de trabalho seja mais harmonioso e menos desgastante, especialmente nessa área de alta complexidade cardiológica que apresenta características estressantes pela própria natureza.

A gerência da informação assistencial foi organizada em duas subdivisões. Na primeira, a gerência de informação assistencial, observou-se pelos dados analisados que a maioria das participantes registravam as ações pesquisadas no prontuário. As ações menos registradas em prontuário foram o plano de cuidados de enfermagem, a avaliação clínica/dependência de cuidado e os procedimentos e cuidados de enfermagem realizados, respectivamente.

Ressalta-se que, nas unidades hospitalares que eram credenciadas a algum sistema de credenciamento para a qualidade, que tinham a parceria do núcleo de qualidade e que utilizavam o sistema de prontuários informatizado, os registros foram mais informados.

A respeito da informação administrativa, a maioria das gerentes de enfermagem adotavam normas para registros de ocorrências/comunicação interna, tendo sido informada uma variedade de meios para a comunicação, desde os mais tradicionais como livros de registro de relatórios e de ordens e ocorrências como os mais modernos como a intranet, os emails e os aplicativos de mensagens instantâneas.

Todas informaram a realização de registros de eventos adversos no sistema, entretanto a metade das participantes não identificou a tecnovigilância nas complicações de implantes valvares que envolvam a remoção da prótese ou tecnovigilância nas complicações de implantes coronarianos, apesar de ser uma recomendação explícita na Política em estudo.

Esse fato pode ser devido à especificidade do insumo, que na maioria das vezes é utilizado no centro cirúrgico ou no serviço de hemodinâmica e provavelmente devido a pouca divulgação dessa necessidade e pouca ocorrência de complicação.

A gerência de enfermagem oferece uma grande contribuição para as instituições com a realização dos registros da assistência ofertada e das atividades desenvolvidas, tendo em conta que todo o campo da gestão financeira, econômica, controle e pesquisa dependem dos dados a serem imputados nos sistemas de registros institucionais gerais e dos serviços que a compõe.

Para além desses argumentos, os registros das atividades da enfermagem, sejam assistenciais ou administrativos, realizados de forma sistemática, respaldam os profissionais e os serviços eticamente e dão visibilidade à profissão, além de promover a qualidade e a segurança das ações.

Na análise da gerência da assistência foi identificado que os serviços pesquisados realizam a maioria das variáveis investigadas, denotando a pertinência para todas as variáveis investigadas relacionadas à assistência de enfermagem aos pacientes de cirurgia cardíaca. Foi observado pelas informações obtidas no estudo que as unidades hospitalares credenciadas em algum sistema de qualidade, que trabalham com sistema de gestão informatizado e em parceria com o núcleo de qualidade, tinham os processos de cuidados de enfermagem da assistência cardiológica descritos no sistema de gestão, identificados como instruções normativas, instruções de trabalho, rotina para determinados cuidados e protocolos.

A maioria das participantes informou a utilização dos vários protocolos investigados para conduzir a assistência de enfermagem. Especificamente para a assistência foi observado que havia variação na utilização das fases do processo de enfermagem em decorrência do tipo do serviço, sendo o mesmo adaptado nos serviços de hemodinâmica e de ambulatório.

A avaliação clínica dos pacientes era realizada com os formulários de processo de enfermagem, bem como com a utilização de outras ferramentas para a avaliação assistencial

específica como o gerenciamento de risco, classificação de pacientes e avaliação da carga de trabalho da equipe de enfermagem, avaliação para úlcera de pressão e para quadro séptico.

Foi identificada também a realização de consulta de enfermagem para os pacientes no pré e pós-operatório de cirurgia cardíaca. Já no transoperatório o monitoramento clínico do paciente era realizado pelo profissional perfusionista e pelos médicos, e o controle de infecção era realizado em todos os serviços praticamente.

Quase a totalidade das participantes desenvolvia ações em relação à gerência de equipamentos. Dentre as ações estavam a aquisição, a manutenção e o descarte de equipamentos. O mesmo ocorreu com a gerência administrativa em que a maioria desenvolvia as ações investigadas, inclusive relacionadas ao controle de insumos e de custos. Quase todas as gerentes dos serviços utilizavam indicadores como instrumento de gerência. A utilização de indicadores reporta a preocupação com a qualidade da assistência.

Em atendimento ao último objetivo proposto as facilidades e as limitações identificadas e presentes na gerência dos serviços estavam equilibradas entre os diferentes fatores. Destaca-se que a informação mais relevante foi que a maior limitação estava relacionada aos recursos humanos na enfermagem. Dentre outros fatores, o treinamento, capacitação e a retenção dos profissionais de enfermagem na instituição é um desafio, bem como a formação das enfermeiras que chegam ao mercado de trabalho.

Em síntese observa-se que os serviços de cardiologia estudados estavam inseridos no contexto institucional como as demais áreas em que a enfermagem gerencia, com especificidades da área gerencial pelo uso de indicadores para avaliar e monitorar a gerência e a assistência e na área assistencial com utilização de protocolos específicos para o paciente perioperatório de cirurgia cardíaca, bem como para aos procedimentos de intervenção coronária percutânea.

Observou-se que o processo de gerência é viabilizado pela utilização de sistema de gestão informatizado, pela parceria com os núcleos de qualidade, com os serviços de gerenciamento de risco, com os serviços de educação continuada e no mais desenvolviam a gerência com o uso de instrumentos de gestão como indicadores, instruções administrativas e protocolos de assistências. No processo de monitoramento gerencial os registros dos dados gerenciais subsidiam a elaboração de relatórios periódicos.

O estudo aponta que as variáveis investigadas nos eixos de gerência de enfermagem estão coerentes com as ações de gerência de enfermagem desenvolvidas nos serviços de cardiologia. Dessa forma entende-se que as variáveis pesquisadas podem caracterizar o

serviço de enfermagem com relevância tendo como base as recomendações proposta pela PNACAC para a assistência de enfermagem de qualidade.

Ao que concerne às variáveis investigadas a luz das recomendações da PNACAC tendo como base conceitual de Avedis Donabedian de estrutura e processo utilizados no estudo, a utilização dos mesmos se apresentou apropriada tendo todos os itens a serem investigados claros e precisos.

Dessa forma se confirma a tese do estudo em tela a qual está pautada no pressuposto de que as diretrizes da PNACAC norteiam a organização dos serviços de assistência de alta complexidade, enquanto estruturas das unidades assistenciais, bem como na organização do processo de trabalho da gerência de enfermagem dos serviços de cardiologia.

A gerência de enfermagem em serviços de cardiologia desenvolve um papel de parceria fundamental nas organizações hospitalares, sendo indispensável para o alcance dos objetivos institucionais não apenas na área assistencial direta, mas também na operacional, financeira e multiprofissional.

REFERÊNCIAS

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (ANVISA). **Nota Técnica GVIMS/GGTES/Anvisa nº 01/2015**. Orientações gerais para a notificação de eventos adversos relacionados à assistência à saúde. Brasília, DF, 2015. Disponível em: <<http://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/alertas/item/nota-tecnica-gvims-ggtes-anvisa-n-01-2015>>. Acesso em: 03 fev. 2016.

_____. **Resolução nº 2**, de 25 de janeiro de 2010. Dispõe sobre o gerenciamento de tecnologias em saúde em estabelecimentos de saúde. Brasília, DF, 2010a. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2010/res0002_25_01_2010.html>. Acesso em: 17 ago. 2014.

_____. **Resolução- RDC Nº 7**, de 24 de Fevereiro de 2010b. Dispõe sobre os requisitos mínimos para funcionamento de Unidades de Terapia Intensiva e dá outras providências. Nº 37 – DOU de 25/02/10 – seção 1 – p. 48. Disponível em: <http://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/RDC-7_ANVISA%20240210.pdf> Acesso em 13/7/2016.

_____. RDC nº 36, de 25 de julho de 2013. Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, 26 jul 2013.

FERNANDES DE AGUIAR, D. F. et al. Gerenciamento de enfermagem: situações que facilitam ou dificultam o cuidado na unidade coronariana. **Aquichan**, v. 10, n. 2, p. 115-131 ago. 2010.

AGUILERA, S. L. V. U. et al. Articulação entre os níveis de atenção dos serviços de saúde na Região Metropolitana de Curitiba: desafios para os gestores. **Rev. Adm. Pública**, v. 47, n. 4, p. 1021-1039, jul./ago. 2013.

AKMAN, O. et al. Job satisfaction and burnout among paediatric nurses. **J. Nurs. Manag.**, v. 24, n. 7, p. 923-933, 2016.

ALMEIDA, A. C. G. et al. Transporte intra-hospitalar de pacientes adultos em estado crítico: complicações relacionadas à equipe, equipamentos e fatores fisiológicos. **Acta Paul. Enferm.**, v. 25, n. 3, p. 471-476, 2012.

ALMEIDA, M. C. P.; ROCHA, S. M. M. **O trabalho de enfermagem**. São Paulo: Cortez, 1997. 296p.

ALMEIDA, P. F. P.; GÓES JÚNIOR, R.; GASPARINO, R. C. Dúvidas dos pacientes em pós-operatório de Revascularização do miocárdio. **Cogitare Enferm.**, v. 14, n. 4, p. 675-681, out./dez. 2009.

ANDRADE, J. P. et al. Sociedade Brasileira de Cardiologia: carta do Rio de Janeiro - III Brasil Prevent / I América Latina Prevent. **Arq. Bras. Cardiol.**, São Paulo, v. 100, n. 1, p. 3-5, jan.2013.

AZEVEDO, A. L. C. S.; SCARPARO, A. F.; CHAVES, L. D. P. Nurses' care and management actions in emergency trauma cases. **Invest. Educ. Enferm.**, v. 31, n. 1, p. 36-43, 2013.

AZEVEDO, L. M. N. et al. A visão da equipe de enfermagem sobre seus registros. **Rev. RENE**, v. 13, n. 1, p. 64-73, 2012.

BARATA, L. R. B.; MENDES, J. D. V.; BITTAR, O. J. N. V. Hospitais de ensino e o sistema único de saúde. **Rev. Adm. Saúde**, São Paulo, v. 12, n. 46, jan./mar. 2010.

BASTOS, A. S. et. al. Tempo de chegada do paciente com infarto agudo do miocárdio em unidade de emergência. **Rev. Bras. Cir. Cardiovasc.**, São Paulo, v. 27, n. 3, p. 411-418, 2012.

BATISTA SANTANA, J. C. B. et al. Preparando o corpo: respeito e ética no momento do fim da vida. **Enfermagem Brasil**, v. 10, n. 1, p. 32-38, jan./fev. 2011.

BECCARIA, L. M. et al. Complicações pós-operatórias em pacientes submetidos à cirurgia cardíaca em hospital de ensino. **Arq. Ciênc. Saúde**, v. 22, n. 1, p. 37-41, jul./set. 2015.

BERNARDINO, E.; FELLI, V. E. A.; PERES, A. M. Competências gerais para o gerenciamento em enfermagem de hospitais. **Cogitare Enferm.**, v. 15, n. 2, p. 349-353, abr./jun. 2010. Disponível em: <<http://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/17875>> Acesso em: 06 nov. 2014.

BEZERRA, F. D. et al. Motivação da equipe e estratégias motivacionais adotadas pelo enfermeiro. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 63, n. 1, p. 33-37, jan./fev. 2010.

BEZERRA, A. L. Q.; SILVA, A. E. B. C.; BRANQUINHO, N. C. S. S.; PARANAGUÁ, T. T. B. Análise de queixas técnicas e eventos adversos notificados em um hospital sentinela. **Rev. Enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, 2009 out/dez; vol. 17, n. 4, p. 467-72.

BORGES, J. B. C. et al. Qualidade do serviço prestado aos pacientes de cirurgia cardíaca do Sistema Único de Saúde-SUS. **Rev. Bras. Cir. Cardiovasc.**, v. 25, n. 2, p.172-182, abr./jun. 2010.

BORGES, M. C. L. A.; SILVA, L. M. S. (Des) Articulações entre gerência e cuidado em uma unidade de terapia intensiva cirúrgica. **Rev. pesq. cuid. fundam. Online**, v. 5, n. 1, p. 3403-10 3408, jan./mar. 2013. Disponível em: <http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/viewFile/2069/pdf_700>. Acesso em: 20 jun. 2014.

BORSATO, F. G. et al. Qualidade das anotações de enfermagem em unidade de terapia intensiva de um hospital universitário. **Rev. Eletr. Enf.**, v. 14, n. 3, p. 610-617, jul./set. 2012. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v14/n3/v14n3a18.htm>>. Acesso em: 22 nov. 2016.

BRASIL. **Lei nº 7.498/86** de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem, e dá outras providências. Brasília, DF, 1986. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L7498.htm>. Acesso em: 13/9/2016. -

_____. Lei Orgânica da Saúde nº 8.080/90, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, 20 set. 1990. Seção 1, v. 78, n. 182, p. 18055.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde. **O SUS de A a Z: garantindo saúde nos municípios**. 3. ed. Brasília, DF, 2009. 480 p. Série F. Comunicação e Educação em Saúde. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sus_az_garantindo_saude_municipios_3ed_p1.pdf>. Acesso em: 04 abr. 2014.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Assistência de Média e Alta Complexidade no SUS**. Brasília, DF, 2007a. 248 p. Coleção Progestores – Para entender a gestão do SUS, 9. Disponível em: <http://www.conass.org.br/bibliotecav3/pdfs/colecao2011/livro_4.pdf>. Acesso em: 20 ago. 2016.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria Interministerial nº 2.400**, 2 de outubro de 2007b. Disp. em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/pri2400_02_10_2007.html> Acesso: 20 ago 2016.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Assistência de Média e Alta Complexidade no SUS**. Brasília, DF, 2011b. 223 p. Coleção para entender a gestão do SUS 2011, 4.

_____. **Portaria Nº 1.600** de 7 de Julho de 2011. Reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde (SUS). 2011c.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 198/GM**, de 13 de fevereiro de 2004. Institui a política nacional de educação permanente em saúde como estratégia do sistema único de saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências. Brasília, DF, 2004d.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3.410**, de 30 de dezembro de 2013. Estabelece as diretrizes para a contratualização de hospitais no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) em consonância com a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP). Brasília, DF, 2013b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Uma análise da situação de saúde e de evidências selecionadas de impacto de ações de vigilância em saúde. **Mortalidade por doenças crônicas no Brasil**: situação em 2009 e tendências de 1991 a 2009. Brasília, DF, 2010a.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a Rede de Atenção à Saúde. **Diário Oficial [da] União**, Brasília, DF, 30 dez. 2010b. Seção 1, p. 89.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 529, de 1º de abril de 2013. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). **Diário Oficial [da] União**, 2 abr 2013d.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 1169**, de 15 de junho de 2004. Institui a Política Nacional de Atenção Cardiovascular de Alta Complexidade. Brasília, DF, 2004a. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/portaria_1169_ac.htm>. Acesso em: 27 mar. 2014.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria SAS/MS nº 210**, de 15 de junho de 2004. Conceitua os serviços, estabelece prazos, fluxos e exigências mínimas para integrar a Rede de Atenção Cardiovascular 2004b. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2004/prt210_15_06_2004.html>. Acesso em: 27 mar. 2014.

_____. **Portaria SAS/MS nº 123**, de 28 de fevereiro de 2005 e pela Portaria SAS/MS nº 384, de 26 de maio de 2006. Brasília, DF, 2004c.

_____. Ministério da Saúde. **Resolução da Diretoria Colegiada - RDC nº 63** de 25 de novembro de 2011. Dispõe sobre os Requisitos de Boas Práticas de Funcionamento para os Serviços de Saúde. Brasília, DF, 2011a.

_____. **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). 2013a. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt3390_30_12_2013.html> Acesso em: 27 mar 2014.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. **Relatório de gestão Secretaria de Assistência à Saúde 1998/2001**. Ministério da Saúde, Secretaria de Assistência à Saúde. – 2. ed. revista e modificada. – Brasília: Ministério da Saúde, 2002a. 220 p.: il. – Série C. Projetos, Programas e Relatórios.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Política Nacional de Normalização. **Atenção hospitalar**. Brasília, DF, Cadernos HumanizaSUS, v. 3, 2013c. 268 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada. **Relatório de gestão Atenção Especializada Média e Alta Complexidade 2000 – 2005**. Brasília, DF, 2008a. 392 p., Série C. Programas, Projetos e Relatórios. Disponível em: <<http://pesquisa.bvsalud.org/bvsmis/resource/pt/mis-19488>>. Acesso em: 19 ago. 2016.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS: Documento base para gestores e trabalhadores do SUS**. 4. ed. Brasília, DF, 2008b. 72 p. Série B. Textos Básicos de Saúde.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Relatório de gestão Atenção 2014**. Brasília, DF, abr. 2015a. 1116 p. Disponível em: <<http://u.saude.gov.br/images/pdf/2015/maio/04/Relat--rio-de-Gest--o-da-SAS-2014-Final.pdf>>. Acesso em: 12 set. 2016.

_____. **Portaria Nº 28**, de 8 de janeiro de 2015. Reformula o Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde (PNASS). 2015b

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de atenção à saúde. **Relatório de Gestão 2011**. Brasília, DF, mar. 2012. 799 p. Disponível em: <<http://u.saude.gov.br/images/pdf/2014/abril/01/relatorio-de-gestao-sas-2011.pdf>>. Acesso em: 24 ago. 2016.

_____. Presidência da República. **Manual de Redação da Presidência da República**. 2. ed. Brasília: Departamento de Imprensa Nacional, 2002b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Relatório de gestão Atenção 2015**. Brasília, DF, mar. 2016. 1195 p. Disponível em: <<http://u.saude.gov.br/images/pdf/2016/marco/31/Relat--rio-de-Gest--o-da-SAS-2015-Final.pdf>>. Acesso em: 24 ago. 2016.

BRITO, A. P.; GUIRARDELLO, E. B. Nível de complexidade assistencial dos pacientes em uma unidade de internação. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 65, n.1, p. 92-96, 2012.

BRUNNER, Lillian Sholtis; SUDDARTH, Doris Smith. **Brunner & Suddarth: manual de enfermagem médico-cirúrgica**. 13. ed. Rio de Janeiro, RJ: Guanabara Koogan, 2015. xviii, 770 p.

BURMESTER, H. **Gestão da qualidade hospitalar**. São Paulo: Saraiva, 2013.

CAMPOS, G. W. S. **Um método para análise e co-gestão de coletivos: a constituição do sujeito, a produção de valor de uso e a democracia em instituições: o método da roda**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2005. 236 p.

CAMPOS, G. W. S.; CAMPOS, R. T. O. In: PEREIRA, I. B.; LIMA, J. C. F. **Dicionário da educação profissional em saúde**. 2. ed. rev. ampl. Rio de Janeiro: EPSJV, 2008. Disponível em: <<http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/glo.html>>. Acesso em: 09 maio 2014.

CANABARRO, S. T.; VELOZO, K. D. S.; EIDT, O. R.; PIVA, J. P.; GARCIA, P. C. R. Validação Concorrente de Escores de Enfermagem (NEMS e TISS-28) em terapia intensiva pediátrica **Acta Paul Enferm.** 2013; Vol. 26, N. 2, p. 123-9. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ape/v26n2/v26n2a04.pdf>> Acesso em 10/10/2016.

CANTERO, M. A.; ALMEIDA, R. M. S.; GALHARDO, R. Análise dos resultados imediatos da cirurgia de revascularização do miocárdio com e sem circulação extracorpórea. **Rev. Bras. Cir. Cardiovasc.**, n. 27 v. 1, p. 38-44, 2012.

CARNEIRO, F. S.; BEZERRA, A. L. Q.; SILVA, A. E. B. C.; SOUZA, L. P.; PARANAGUÁ, T. T. B.; BRANQUINHO, N. C. S. S. Eventos adversos na clínica cirúrgica de um hospital universitário: instrumento de avaliação da qualidade. **Rev. enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, 2011 abr/jun; vol. 19, n. 2, p. 204-11.

CARVALHO, I. M. et al. Sistematização da assistência de enfermagem no pós-operatório mediato de cirurgia cardíaca. **Rev. Fund. Care Online**, v. 8, n. 4, p. 5062-5067, out./dez. 2016. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2016.v8i4.5062-5067>>. Acesso em: 22/10/2016

CARREIRO, M. A.; FIGUEIREDO, N. M.; BRANDÃO, M. A. G. Cuidados de enfermagem com o colchão hospitalar: segurança do cliente no ambiente terapêutico. **Rev. Enferm. prof.**, v. 1, n. 1, p. 165-184, Jan./abr. 2014.

CARVALHO, B. G.; PEDUZZI, M.; AYRES, J. R. C. M. Concepções e tipologia de conflitos entre trabalhadores e gerentes no contexto da atenção básica no Sistema Único de Saúde (SUS) **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, vol. 30, n. 7, p. 1453-1462, jul, 2014. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00134613>> Acesso em 16/11/2016.

CECILIO, L. C. O. O desafio de qualificar o atendimento prestado pelos hospitais públicos. In: MERHY, E. E.; ONOCKO, R. (Org.). **Agir em saúde: um desafio para o público**. 3. ed. São Paulo: Hucitec, 2002. 385 p.

CESAR, L. A. et al. Diretriz de doença coronária estável. **Arq. Bras. Cardiol.**, v. 103, Supl. 2, p. 1-59, 2014.

CHAVES, L. D. P.; TANAKA, O. U. O enfermeiro e a avaliação na gestão de Sistemas de Saúde. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 46, n. 5, p. 1274-1278, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342012000500033>. Acesso em: 10 outubro 2016.

CHAVES, L. D. P.; LAUS, A. M.; CAMELO, S. H. Ações gerenciais e assistenciais do enfermeiro em unidade de terapia intensiva. **Rev. Eletr. Enferm.**, São Paulo, v. 14, n. 3, p. 671-678, jul./set. 2012. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v14/n3/v14n3a25.htm>>. Acesso em 23 nov. 2016.

CHAVES, L. D. P. et al. Governança, higiene e limpeza hospitalar: espaço de gestão do enfermeiro. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 24, n.4, out./dez. 2015.

CHIAVENATO, I. **Administração**: teoria, processo e prática. 7. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2007.

_____. **Gestão de pessoas**: o novo papel dos recursos humanos nas organizações. 3.ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2010.

_____. **Introdução à teoria geral da administração**: uma visão abrangente da moderna administração das organizações. 7. ed. rev. e atual. Rio de Janeiro: Elsevier, 2003.

CHRISTOVAM, B. P.; PORTO, I. S.; OLIVEIRA, D. C. Gerência do cuidado de enfermagem em cenários hospitalares: a construção de um conceito. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 46, n. 3, p. 734-741, 2012. Disponível em: <www.ee.usp.br/reeusp/> Acesso em: 10 outubro 2016.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). **Resolução COFEN nº 358/2009**. Brasília, DF, 209. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-3582009_4384.html>. Acesso em: 30 nov. 2016.

_____. **Resolução COFEN nº 376/2011**. Brasília, DF, 2011. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-n-3762011_6599.html>. Acesso em: 30 nov. 2016.

_____. **Resolução COFEN nº 311**, de 09 de fevereiro de 2007. Aprova a Reformulação do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem. (D.O.U. 13/02/2007). Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-3112007_4345.html>. Acesso em 14/9/2016

CONSELHO NACIONAL DE EDUCAÇÃO (CNE). **Resolução CNE/CES Nº 3**, de 7 de novembro de 2001. Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem. Diário Oficial [da] União, Brasília, DF, 2001, Seção 1.

CONTANDRIOPOULOS, A. P. et al. A avaliação na área da saúde: conceitos e métodos. In: HARTZ, Z. M. A. (Org.). **Avaliação em saúde**: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1997. p. 36-1.

COPPETTI, L. C.; STUMM, E. M. F.; BENETTI, E. R. R. Considerações de pacientes no perioperatório de cirurgia cardíaca referentes às orientações recebidas do enfermeiro. **Rev Min Enferm**. v. 19 ,n.1, p 113 – 119, 2015. <<http://www.dx.doi.org/10.5935/1415-2762.20150010>>. Acesso em: 14/9/2016.

CORREA, A. D. et al. Implantação de um protocolo para gerenciamento de quedas em hospital: resultados de quatro anos de seguimento. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 46, n. 1, p. 67-74, 2012. <www.ee.usp.br/reeusp/> Acesso em: 14/9/2016.

CORREIA, L. C. L. et al. Efetividade de um protocolo assistencial para redução do tempo porta-balão da angioplastia primária. **Arq. bras. Cardiol.**, São Paulo, v.101, n.1, jul. 2013.

CRUZ, M. M. Avaliação de Políticas e Programas de saúde: contribuições para o debate. In: MATTOS, R. A.; BAPTISTA, T. W. F. **Caminhos para análise das políticas de saúde**. 2011. p. 181-199. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbccv/v27n1/v27n1a07.pdf>>. Acesso em: 25 nov. 2013.

DALLAN, L. A. O.; JATENE, F. B. Revascularização miocárdica no século XXI. **Rev. Bras. Cir. Cardiovasc.**, v. 28, n. 1, p. 137-144, 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbccv/v28n1/v28n1a17.pdf>>. Acesso em: 24 nov. 2013.

DONABEDIAN, A. The quality of medical care. **Science**, v. 200, n. 4344, p. 856-864, 26 May 1978.

DONABEDIAN, A. The definition of quality: a conceptual exploration. In: **Explorations in quality assessment and monitoring**. Vol.I. Health Administration Press. Ann Arbor. Michigan. (1980a) v.I.

_____. Basic Approaches to assessment: Structure, Process, and Outcome In: **Explorations in quality assessment and monitoring**. Health Administration Press. Ann Arbor. Michigan, 1980b. v. I.

_____. The quality of care how can it be assessed. **JAMA**, n. 260, p.1743-1748, 1988.

_____. Cándido en el país de la investigación en servicios de salud. In: FRENK, J. **Salud: de la investigación a la acción**. Compilador- Biblioteca de La salud. 1990a.

_____. The Seven Pillars of Quality. **Arch Pathol Lab Med** 1990b; vol. 114, p. 1115-8.

_____. Evaluating the quality of medical care. **Milbank Q.**, v. 83, n. 4, p. 691-729, 2005.

DRISCOLL, A. et al. Changes in health service delivery for cardiac patients: implications for workforce planning and patient outcomes. **Aust. Critical Care**, n. 26, v. 2, p. 55-57, May 2013.

DRISCOLL, A. et al. New cardiac models of care reduce patient access to specialist nurses: a victorian cross-sectional pilot study. **Aust. Critical Care**, n. 27, p. 17- 27, 2014.

DUARTE, S. C. M. et al. O cuidado de enfermagem no pós-operatório de cirurgia Cardíaca: um estudo de caso. **Esc. Anna Nery Rev. Enferm.**, v. 16 n. 4, p. 657-665, out./dez. 2012.

ESPÍRITO SANTO. Secretaria de Estado da Saúde. Sistema Único de Saúde - SUS. **Plano Estadual de Saúde 2012 – 2015**. Vitória, 2012.

FASSINI, P.; HAHN, G. V. Riscos à segurança do paciente em unidade de internação hospitalar: concepções da equipe de enfermagem. **Rev. Enferm. UFSM**, v. 2, n. 2, p. 290-299, maio/ago. 2012.

FELDMAN, L. B.; GATTO, M. A. F.; CUNHA, I. C.K. O. História da evolução da qualidade hospitalar: dos padrões a acreditação. **Acta Paul. Enferm.**, v. 18, n. 2, p. 213-219, 2005.

FELLI, V. E.; PEDUZZI, M. O trabalho gerencial em enfermagem. In: KURCGANT, P. (Org.). **Gerenciamento em enfermagem**. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2015.

FERNANDES, F. M. B.; RIBEIRO, J. M.; MOREIRA, M. R. Reflexões sobre avaliação de políticas de saúde no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 9, p. 1667-1677, set. 2011.

FERNANDES, M. V. B.; ALITI, G.; SOUZA, E. N. Perfil de pacientes submetidos à cirurgia de revascularização miocárdica: implicações para o cuidado de enfermagem. **Rev. Eletr. Enf.**, v. 11, n. 4, p. 993-999, 2009. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n4/v11n4a25.htm>>. Acesso em: 03 mar. 2015.

FERREIRA, A. M. et al. Condições de limpeza de superfícies próximas ao paciente, em uma unidade de terapia intensiva. **Rev. Latino-Am. Enferm.**, São Paulo, v. 19, n. 3, p. 1-8, maio/jun. 2011.

FORD LATTIMORE, B.; O'NEIL, S.; BESCULIDES, M. Tools for developing, implementing, and evaluating state policy. **Prev. Chronic Dis.**, v. 5, n. 2, 2008.

FRANÇOLIN, L. et al. A qualidade dos registros de enfermagem em prontuários de pacientes hospitalizados. **Rev. enferm. UERJ**, v. 20, n. 1, p. 79-83, jan./mar. 2012.

FRENK, J. Editorial. **Bulletin of the World Health Organization**, v. 78, n. 12, 2000.

FUGULIN, FMT., GAIDZINSKI, RR., KURCGANT P. Sistema de classificação de pacientes: identificação do perfil assistencial dos pacientes das unidades de internação do HU-USP. **Rev Latino-Am Enferm**, v. 13, n. p. 72-8, Jan/Fev. 2005.

FURTADO, JP; VIEIRA-DA-SILVA, L.M. A avaliação de programas e serviços de saúde no Brasil enquanto espaço de saberes e práticas. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, vol. 30, n. 12, p. 2643-2655, dez, 2014.

GIORDANI, J. N.; BISOGNO, S. B. C.; SILVA, L. A. A. Percepção dos enfermeiros frente às atividades gerenciais na assistência ao usuário. **Acta Paul. Enferm.**, v. 25, n. 4, p. 511-556, 2012.

GOMES, W. J.; MENDONÇA, J. T.; BRAILE, D. M. Resultados em cirurgia cardiovascular: oportunidade para discutir o atendimento médico e cardiológico no sistema público de saúde do país. **Rev. Bras. Cir. Cardiovasc.**, v. 22, n. 4, 2007.

GUERRA, S. T. et al. O conflito no exercício gerencial do enfermeiro no âmbito hospitalar. Ribeirão Preto. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 19, n. 2, mar./abr. 2011.

GUIDO, L. A.; GOULART, C. T.; BRUM, C. N.; LEMOS, A. P.; UMANN J. Cuidado de enfermagem perioperatório: revisão integrativa de literatura. **J. res. fundam. care. online** 2014. out./dez. vol. 6, n. 4, p. 1601-1609. Disponível em: <http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/viewFile/1554/pdf_1202> Acesso em: 13/10/2016

GUSMÃO-FILHO, F. A. R.; CARVALHO, E. F.; ARAÚJO JÚNIOR, J. L. A. C. Avaliação do grau de implantação do Programa de Qualificação da Atenção Hospitalar de Urgência (Qualisus). **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 15, supl. 1, p. 1227-1238, 2010.

HAUSMANN, M.; PEDUZZI, M. Articulação entre as dimensões gerencial e assistencial do processo de trabalho do enfermeiro. **Texto Contexto Enferm.**, v. 18, n. 2, p. 258-265, abr./jun. 2009.

HARTZ Z. M. A., et al. **Avaliação em saúde**: dos modelos teóricos a prática na avaliação de programas e sistemas de saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.

HARTZ Z. M. A. Meta-Avaliação da gestão em saúde: desafios para uma “nova saúde pública. **Ciência & Saúde Coletiva**, vol. 17, n. 4, p. 829-837, 2012 Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n4/v17n4a04.pdf>>. Acesso em: 4/10/16.

HICKEY, P. A. et al. Pediatric Cardiovascular Critical Care in the United States Nursing and Organizational Characteristics. **Am. J. Crit. Care**. v. 21, p. 242-250, 2012.

HICKEY, P. A. et al. The effect of critical care nursing and organizational characteristics on pediatric cardiac surgery mortality in the United States. **J. Nurs. Adm.**, v. 43, n. 12, p. 637-644, Dec. 2013.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Cidades@** 2010. Disponível em: <<http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/home.php>>. Acesso em: 07 ago. 2014.

JESUS, M. C. P. et al. Educação permanente em enfermagem em um hospital universitário. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 45, n. 5, p. 1229-1236, 2011. Disponível em: <www.ee.usp.br/reeusp>. Acesso em: 09 nov. 2016.

(KAUKONEN et al., 2015) Kaukonen, K. M.; Bailey, M.; Pilcher, D.; Cooper, J.; Bellomo, R. Systemic Inflammatory Response Syndrome Criteria in Defining Severe Sepsis **The new england journal of medicine**. V. 372, p. 17, april 23, 2015 Disponível em: <<http://www.nejm.org/doi/pdf/10.1056/NEJMoa1415236>> Acesso em 11/11/2106.

KIRCHHOF, A. L. C. O trabalho da enfermagem: análise e perspectivas. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 56, n. 6, p. 669-673, nov./dez. 2003.

KOERICH, C. et al. Revascularização miocárdica: estratégias para o enfrentamento da doença e do processo cirúrgico. **Acta Paul. Enferm.**, v. 26, n. 1, p. 8-13, 2013.

KOBAYASHI, R. M.; SILVA, A.B. V.; AYOUB, A. C. Gerenciando dificuldades para acreditação hospitalar em hospital cardiovascular. **Rev. Rene.**, Fortaleza, v. 11, n. 4, p. 19-28, out./dez. 2010.

KURCGANT, P. **Gerenciamento em enfermagem**. Coordenadora. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2015.

LABBADIA, L. L.; D'INNOCENZO, M.; FOGLIANO, R. R. F.; SILVA, G. E. F.; QUEIROZ, R. M. R. M.; CARMAGNANI, M. I. S. C.; SALVADOR, M. E. Sistema Informatizado para Gerenciamento de Indicadores da Assistência de Enfermagem do Hospital São Paulo **Rev Esc Enferm USP** 2011; vol. 45, n. 4, p. 1013-7. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45n4/v45n4a32.pdf>> Acesso em: 15/10/2106.

LAZZARI, D. D.; SCHMIDT, N.; JUNG, W. Educação continuada em unidade de terapia intensiva na percepção de enfermeiras. **Rev Enferm UFSM** 2012 Jan/Abr; vol. 2, n. 1, p. 88-96. Disponível em <<https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/4592>>. Acesso em 10/11/2016.

LEITE, V. B. E.; FARO, A. C. M. O cuidar do enfermeiro especialista em reabilitação físico-motora. **Rev. Esc. Enferm. USP.**, v. 39, n. 1, p. 92-96, 2005.

LIMA L. L.; D'ASCENZI, L. Implementação de políticas públicas: perspectivas analíticas. **Rev. Sociol. Polít.**, v. 21, n. 48, p. 101-110, dez. 2013.

LIMA, A. F. C.; KURGANCT. P. Indicadores de qualidade no gerenciamento de recursos humanos em enfermagem. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 62, n. 2, p. 234-239, mar./abr. 2009.

LIMA, F. E. T. et al. Protocolo de consultas de enfermagem ao paciente após a revascularização do miocárdio: influência na ansiedade e depressão. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 18, n. 3, p. 331-338, maio/jun. 2010. Disponível em: <www.eerp.usp.br/rlae> Acesso em 10/11/2016.

LIRA, A. L. B. C. Mapeamento dos cuidados de enfermagem para pacientes em pós-operatório de cirurgia cardíaca. **Rev. Rene**, v. 13, n. 5, p. 1171-1781, 2012.

LIRA, A. L. B. C.; ARAÚJO, W. M.; SOUZA, N. T. C.; FRAZÃO, C. M. F. Q.; MEDEIROS, A. B. A. Mapeamento dos cuidados de enfermagem para pacientes em pós-operatório de cirurgia cardíaca. **Rev Rene**. 2012; vol. 13, n. 5, p. 1171-81 Disponível em: <http://www.repositorio.ufc.br/bitstream/riufc/4587/1/2012_art_albclira.pdf> Acesso em: 26/11/2016

LOPES, L. M. M.; SANTOS, S. M. P. Florence Nightingale: apontamentos sobre a fundadora da Enfermagem Moderna. **Rev. Enf. Ref.**, v. sérIII, n. 2, p.181-189, dez. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0874-02832010000400019&lng=pt&nrm=.pf&tlng=pt>. Acesso em: 17 nov. 2013.

LUVISOTTO, M. M. et al. Atividades assistenciais e administrativas do enfermeiro na clínica médico-cirúrgica. **Einstein**, v. 8, n. 2, p. 209-214, 2010.

MANENTI, S. A. et al. O processo de construção do perfil de competências gerenciais para enfermeiros coordenadores de área hospitalar. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 46, n. 3, p.727-733, 2012.

MANZO, B. F.; BRITO, M. J. M.; CORRÊA, A. R. Implicações do processo de acreditação hospitalar no cotidiano de profissionais de saúde. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 46, n. 2, p. 388-394, 2012. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/reusp/v46n2/a17v46n2.pdf> >. Acesso em 3 dez. 2016.

MARQUIS, B. L.; HUSTON, C. J. **Administração e liderança em enfermagem: teoria e prática**. 8. ed. Porto Alegre: Artmed, 2015. 653 p.

MATSUDA, L. M.; CARVALHO, A. R. S.; ÉVORA, Y. D. M. Anotações/ registros de enfermagem em um hospital-escola. **Cienc. Cuid. Saúde**, v. 6, supl. 2, p. 337-346, 2007. Disponível em: <<http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/5307/3380>>. Acesso em: 03 mar. 2016.

MCCALLIN, A. M.; FRANKSON, C. The role of the charge nurse manager: a descriptive exploratory study. **J. Nurs. Manag.**, v. 18, n. 3, p. 319–325, 2010.

MELO, E. M. et al. Caracterização dos pacientes em uso de drogas vasoativas internados em unidade de terapia intensiva. **Rev. Fund. Care Online**, v. 8, n. 3, p. 4898-4904, jul./set. 2016. Disponível em: < <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2016.v8i3.4898-4904>>. Acesso em: 22/11/2016.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. 549 p.

MENDES, A. C. G. et al. Assistência pública de saúde no contexto da transição demográfica brasileira: exigências atuais e futuras. **Cad. Saúde Pública**, v. 28, n. 5, p. 955-964, maio 2012.

MENDES, R. N. C. et al. Percepções de enfermeiros sobre o uso de equipamentos em unidade de terapia intensiva. **Rev. Enferm. UFPE online**, Recife, v. 8, n. 7, p. 1904-1911, jul. 2014.

MERHY, E. E. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo**. São Paulo: Hucitec, 2002.

MISHIMA, S. M.; VILLA, T. C. S.; SILVA, E. M.; GOMES, E. L. R.; ANSEMI, M. L.; PINTO, I. C.; et al. Organização do processo gerencial no trabalho em saúde pública. In: ALMEIDA, M. C. P.; ROCHA, S. M. M., organizadoras. **O trabalho de enfermagem**. São Paulo: Cortez; 1997. p. 251-96.

MONTEZELLI, J. H.; PERES, A.M. Contrapontos do gerenciamento entre formação e trabalho. **Cienc. Cuid. Saúde**, v. 11, supl., p.138-143, 2012. Disponível em: <<http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/17065/pdf>>. Acesso em: 05 jul. 2014.

MONTEZELLI, J. H.; PERES, A. M.; BERNARDINO, E. Demandas institucionais e de cuidado no gerenciamento de enfermeiros em um pronto socorro. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 64, n. 2, p. 348-354, mar./abr. 2011.

MORAES, M., LINCH, G. F. C., SOUZA, E. N. Classificação de pacientes internados em uma unidade traumatológica. **Rev Gaúcha Enferm.** v. 33 n. 2 p. 52-59. jun. Porto Alegre (RS). 2012.

MOTTA, P. R. **Gestão contemporânea: a ciência e a arte de ser dirigente**. 14. ed. Rio de Janeiro: Record, 2003.

MOURA, F. M.; SILVA, M. C. G.; CARNUT, L. Política de atenção cardiovascular no âmbito do Sistema Único de Saúde: breves comentários sobre a literatura científica nacional. **J. Manag. Prim. Health Care**, v. 2, n. 1, p. 30-33, 2011. Disponível em: <www.jmphc.com>. Acesso em: 03 abr. 2014.

NICOLAU, J. C. et al. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Cardiologia sobre Angina Instável e Infarto Agudo do Miocárdio sem Supradesnível do Segmento ST. **Arq. Bras. Cardiol.**, v. 102, n. 3, supl.1, p. 1-61, 2014. Disponível em: <http://publicacoes.cardiol.br/consenso/2009/diretriz_iam_9306supl2.pdf> Acesso em 15/10/2016.

NOVAES, H. M. D. Epidemiologia e avaliação em serviços de atenção médica: novas tendências na pesquisa. **Cad. Saúde Públ.**, v. 12, supl. 2, p. 7-12, 1996.

OLIVEIRA, D. C. et al. Estrutura organizacional da atenção pós-parto na estratégia saúde da família. **Esc. Anna Nery**, v. 17, n. 3, p. 446-454, jul./set. 2013.

OLIVEIRA, L. B. et al. Avaliação da carga de trabalho no pós-operatório de cirurgia cardíaca segundo o Nursing Activities Score. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 49, n.esp., p. 80-86, 2015a. Disponível em: <www.ee.usp.br/reeusp> Acesso em 15/10/2016.

OLIVEIRA, J. M. A. et al. Complicações no pós-operatório de cirurgia cardiovascular com circulação extracorpórea. **R. Interd.**, v. 8, n. 1, p. 09-15, jan./ mar. 2015b.

OLIVEIRA, N. C.; CHAVES, L. D. P. Gerenciamento de recursos materiais: o papel da enfermeira de unidade de terapia intensiva. n. 4, p. 19-27, out./dez. 2009. Disponível em: <<http://www.revistarene.ufc.br/10.4/pdf/v10n4a01.pdf>> Acesso em: 5/9/2014.

OLIVEIRA, R. M. et al. Manejo da dor de pacientes com aids: análise da estrutura gerencial em hospital de referência. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 47, n. 2, p. 456-463, 2013.

OLIVEIRA, E. M.; PAULA, J. B. Fatores associados à infecção de sítio cirúrgico em pacientes idosos submetidos à cirurgia cardíaca com esternotomia **Saúde Santa Maria**, Vol. 40, n. 1, Jan./Jul, p.37-44, 2014. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/revistasauade/article/view/7894/pdf_1> Acesso em: 23/10/2016.

OLIVEIRA, J. M. A.; SILVA, A. M. F.; CARDOSO, S. B.; LIMA, F. F.; ZIERER, M. S.; CARVALHO, M. L. Complicações no pós-operatório de cirurgia cardiovascular com circulação extracorpórea **R. Interdisciplinar** v. 8, n. 1, p. 09-15, jan. fev. mar. 2015 Disponível em: <http://revistainterdisciplinar.uninovafapi.edu.br/index.php/revinter/article/view/584/pdf_177>. Acesso em: 15/10/2016

PAIM, J. S. **Reforma Sanitária Brasileira**: contribuição para a compreensão e crítica. 2007. 300f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2007.

PAIM, J. et al. O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. **The Lancet online**, 2011. Disponível em: <<http://www.cpgss.pucgoias.edu.br/ArquivosUpload/31/file/O%20SISTEMA%20DE%20SAUDE%20BRASILEIRO.pdf>>. Acesso em: 17 ago. 2016.

PAIVA, A. C. R. et al. Checklist de cirurgia segura: análise do preenchimento da ficha de verificação no pré, trans e pós-operatório. **Enfermagem Rev.**, v. 18, n. 2, maio/ago. 2015.

PAIVA, M. C. M. S.; PAIVA, S. A. R.; BERTI, H. W. Eventos adversos: análise de um instrumento de notificação utilizado no gerenciamento de enfermagem. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 44, n. 1, p.134-138, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v44n1/a19v44n1.pdf>> Acesso em: 15/10/2106.

PANCIERI, A. P. et al. Checklist de cirurgia segura: análise da segurança e comunicação das equipes de um hospital escola. **Rev. Gaúcha Enferm.**, v. 34, n. 1, p. 71-78, 2013.

PANCIERI, A. P.; CARVALHO, R.; BRAGA, E. M. Aplicação do checklist para cirurgia segura: relato de experiência. **SOBECC**, v. 19, n. 1, p. 26-33, jan./mar. 2014.

PANUNTO, M. R.; GUIRARDELLO, E. B. Carga de trabalho de enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva de um hospital de ensino. **Acta Paul. Enferm.**, v. 25, n. 1, p. 96-101, 2012.

PAULA, M. et al. Processo de trabalho e competências gerenciais do enfermeiro da estratégia saúde da família. **Rev. RENE**, v. 14, n. 4, p. 980-987, 2013.

PENTEADO, M. S.; OLIVEIRA, T. C. Infraestrutura de biossegurança para agentes biológicos em hospitais do sul do Estado da Bahia, Brasil. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 63, v. 5, 2010.

PERES, H. H. C.; LEITE, M. M. J. Sistema de informação em saúde. In: KURCGAN, P. et al. **Gerenciamento em enfermagem**. 2.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2015.

PERES, H. H. C.; LEITE, M. M. J.; GONÇALVES, V. L. M. Educação continuada: Recrutamento, Seleção, Treinamento e Desenvolvimento e Avaliação de Desempenho Profissional. In: KURCGANT, P. (Org.). **Gerenciamento em enfermagem**. 2.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2015.

PERRANDO, M. S. et al. O preparo pré-operatório na ótica do paciente cirúrgico. **Rev. Enferm. UFSM**, v. 1, n. 1, p. 61-70, jan./abr. 2011.

PIERANTONI, C. R. et al. Performande evaluation: discussing technology for planning and managing health workforce. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 45, n. esp., p. 1627-1631, 2011.

PINTO JUNIOR, V. C. **Avaliação da Política Nacional de Atenção Cardiovascular de Alta Complexidade com foco na cirurgia cardiovascular pediátrica**. 2010. 221f. Dissertação (Mestrado Profissional em Avaliação de Políticas Públicas) - Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2010.

PIEGAS, L.S. (coord.). IV Diretriz da Sociedade Brasileira de Cardiologia sobre Tratamento do Infarto Agudo do Miocárdio com Supradesnível do Segmento ST. **Arq. bras. Cardiol.**, São Paulo, v. 93, n. 6, supl. 2, p. 179-264, dez. 2009.

PIVOTO, F. L. et al. Diagnósticos de enfermagem em pacientes no período pós-operatório de cirurgias cardíacas. **Acta Paul. Enferm.**, v. 23, n. 5, p. 665-670, 2010.

POLIT, D. F.; BECK, C. T. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para a prática de enfermagem**. 7. ed. Porto Alegre: Artmed, 2011.

PONTE, K. M. A. et al. Caracterização de pessoas em cirurgias cardíacas: estudo descritivo. **Rev. pesq. cuid. fundam. Online**, v. 5, n. 2, p. 3677-3683, abr./jun. 2013. Disponível em: <http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/2103/pdf_754>. Acesso em: 17 jun. 2014.

BECK, C.L.C. et al. Fatores que favorecem e dificultam o trabalho dos enfermeiros nos serviços de atenção à saúde. **Esc. Anna Nery**, v. 14, n. 3, p. 490-495, jul./set. 2010.

RABENSCHLAG, L. A. et al. Gestão da qualidade na assistência de enfermagem em unidades de clínica cirúrgica. **Rev. Enferm. UFSM**, Rio Grande do Sul, v. 5, n. 2, p. 235-246, abr./jun. 2015.

RENOVATO, R. D. et al. As identidades dos enfermeiros em cenários de mudanças curriculares no ensino da enfermagem. **Trab. Educ. Saúde**, v. 7 n. 2, p. 231-248, jul./out. 2009.

REMONATTO, A.; COUTINHO, A. O. R.; SOUZA, E. N. Dúvidas e expectativas de pacientes no pós-operatório de revascularização do miocárdio quanto à reabilitação pós-alta hospitalar: implicações para a enfermagem **Rev Enferm UFSM** 2012 Jan/Abr; vol. 2, n. 1, p. 39-48 Disponível em: <<https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/3829/3125>> Acesso em: 27/10/2016.

ROCHA, P. C. et al. Avaliação do conhecimento de enfermeiros sobre a importância da infusão contínua de catecolaminas em Unidade de Terapia Intensiva. **REME**, v. 14, n. 4, p. 459-464, out./dez. 2010.

ROJAHN, D. et al. Comunicação efetiva em registros de enfermagem: uma prática assistencial. **UNINGÁ Review**, v. 19, n. 2, p. 9-13, jul./set. 2014. Disponível em: <<http://www.mastereditora.com.br/review>>. Acesso em: 22 nov. 2016.

ROLLEY, J. X. et al. Nursing clinical practice guidelines to improve care for people undergoing percutaneous coronary interventions. **Aust. Crit. Care**, v. 24, p. 18-38, 2011.

ROMANZINI, A. E. et al. Orientações de enfermagem aos pacientes sobre o autocuidado e os sinais e sintomas de infecção de sítio cirúrgico para a pós-alta hospitalar de cirurgia cardíaca reconstrutora. **REME**, v. 14, n. 2, p. 239-243, abr./jun. 2010.

SANCHO, L. G.; DAIN, S. Avaliação em Saúde e Avaliação Econômica em Saúde: introdução ao debate sobre seus pontos de interseção. **Ciência & Saúde Coletiva**, vol. 17, n. 3, p. 765-774, 2012.

SANTOS FILHO, S. B.; BARROS, M. E. B.; GOMES, R. S. The National Humanization Policy as a policy produced within the healthcare labor process. **Interface Comunic. Saude Educ.**, v. 13, supl. 1, p.603-613, 2009.

SANTOS, A. P. A. et al. Nurses in post-operative heart surgery: professional competencies and organization strategies. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 50, n. 3, p. 472-478, 2016. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420160000400014>>. Acesso em: 2/10/2016.

SANTOS, J. L. G. et al. Concepções de comunicação na Gerência de Enfermagem Hospitalar entre enfermeiros gerentes de um Hospital Universitário. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 45, n. 4, p. 959-965, 2011.

SANTOS, J. L. G. et al. Managerial communication in hospital nursing: obstacles and how to overcome them. **Online braz. J. nurs.**, v. 11, n. 2, p. 392-407, Ago. 2012. Disponível em: <<http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/3761>>. Acesso em: 28/10/2016.

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

SANTOS, J. L. G.; LIMA, M. A. D. S. Gerenciamento do cuidado: ações dos enfermeiros em um serviço hospitalar de emergência. **Rev Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre (RS) 2011 dez; vol. 32, n. 4, p. 695-702. Disponível em: <http://www.scielo.br/readcube/epdf.php?doi=10.1590/S1983-14472011000400009&pid=S1983-14472011000400009&pdf_path=rngen/v32n4/v32n4a09.pdf&lang=PT> Acesso em: 09/10/2016.

SCHMIDT, S. M. S. et al. Análise da satisfação dos usuários em um hospital universitário. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 38, n. 101, p. 305-317, abr./jun., 2014.

SASAKI, V. D. M. et al. Vigilância de infecção de sítio cirúrgico no pós-alta hospitalar de cirurgia cardíaca reconstrutora. **Texto Contexto Enferm.**, v. 20, n.2, p. 328-332, abr./jun. 2011.

SERPA, L. F. et al. Validade preditiva da escala de braden para o risco de desenvolvimento de úlcera por pressão em pacientes críticos. **Rev. Latino-Am. Enferm.**, v. 19., n. 1, p. 1-8, jan./fev. 2011. Disponível em:<www.eerp.usp.br/rlae>. Acesso em: 04 dez. 2016.

SETZ, V. G.; D' INNOCENZO, M. Avaliação da qualidade dos registros de enfermagem no prontuário por meio da auditoria. **Acta Paul. Enferm.**, v. 22, n. p. 313-7, 2009.

SEVERINO, E. **Construção de um guia de cuidados com medicamentos endovenosos em Unidade de Terapia Intensiva Coronariana**. 2016. 123f. Dissertação (Mestrado Profissional Gestão do Cuidado em Enfermagem) - Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2016. Disponível em: <<https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/167966/341072.pdf?sequence=1&isAllowed=y>>. Acesso em: 26 nov. 2016.

SHAW, C. et al. Do European hospitals have quality and safety governance systems and structures in place? **Qual. Saf. Health Care**, v. 1, Supl. I, p. i51-i56, 2009. Acesso em: 22 jun. 2014.

SILVA, F. D. da et al. Discursos de enfermeiros sobre humanização na unidade de terapia intensiva. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 4, p. 719-727, out./dez. 2012.

SILVA, J. A. et al. Avaliação da qualidade das anotações de enfermagem em unidade semi-intensiva. **Esc. Anna Nery**, v. 16, n. 3, p. 576-581, jul./set. 2012.

SILVA, J. P. B. et al. Avaliação do impacto de laboratórios de análises clínicas de hospitais de urgência e emergência do município de Belém-PA na saúde. **Rev. Ci. Farm. Bas. Apl.**, v. 35, n. 1, p. 127-132, 2014.

SILVA, L. M. V.; FORMIGLI, V. L. A. Avaliação em saúde: limites e perspectivas. **Cad. Saúde Públ.**, v. 10, n. 1, p. 80-91, jan./mar. 1994.

SILVA, M. F.; CONCEIÇÃO, F. A.; LEITE, M. M. J. Educação continuada: um levantamento de necessidades da equipe de enfermagem. **O Mundo da Saúde São Paulo**: 2008: jan/mar Vol. 32, n. 1, p. 47-55.

SILVA, Q. C. G.; BARBOSA, M. H. Fatores de risco para infecção de sítio cirúrgico em cirurgia cardíaca. **Acta Paul. Enferm.**, v. 25, n. esp., p. 89-95, 2012.

SILVA, R. I. C. **Perfil dos pacientes revascularizados do miocárdio no período de 2004 a 2008 em um Hospital Universitário do Espírito Santo**. 137f. Dissertação (mestrado) - Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. Universidade Federal do Espírito Santo. Vitória. 2009.

SILVEIRA, C. D.; STIPP, M. C. A.; MATTOS, V. Z. Fatores intervenientes na satisfação para trabalhar na enfermagem de um hospital no Rio de Janeiro. **Rev. Eletr. Enf.** [Internet]. 2014 jan/mar; vol. 16, n. 1, p. 100-8. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.5216/ree.v16i1.21002>> Acesso em 16/11/2016.

SIMÃO, A. F. et. al. I Diretriz Brasileira de Prevenção Cardiovascular Brasileira de Cardiologia. **Arq. bras. Cardiol.**, São Paulo, v. 101, n. 6, supl. 2, p. 1-63, dez. 2013.

SOARES, G. M. T. et al. Prevalência das Principais Complicações Pós-Operatórias em Cirurgias Cardíacas. **Rev. Bras. Cardiol.**, v. 24, n. 3, p. 139-146, maio/jun. 2011.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. Diretrizes da cirurgia de revascularização miocárdica valvopatias e doenças da aorta. **Arq. Bras. Cardiol.**, v. 82, supl. 5, mar. 2004. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0066-782X2004001100001>>. Acesso em: 26 nov. 2016.

SOUZA, F. G.; CASSUNDÉ, F. R. S. A. Um estudo sobre as competências gerenciais na Administração Pública: o caso dos gestores do Judiciário Brasileiro. **Id on line Rev. Multidiscipl. Psicol.**, v. 10, n. 30, p. 189-210, 2016.

SOUZA, P. C.; SCATENA, J. H. G. Avaliação da qualidade da assistência hospitalar do *mix* público-privado do sistema único de saúde no estado de Mato grosso: um estudo multicaso. **Rev. Adm. Saúde**, v. 15, n. 59, abr./jun. 2013.

SUÑOL, R.; FRENK, J. Editorial. **Rev. Calidad Assist.**, v. 16, Supl. 5, 2001.

SPAGNOL, C. A.; L'ABBATE, S. Conflito organizacional: considerações teóricas para subsidiar o gerenciamento em enfermagem. **Cienc Cuid Saude** 2010 Out/Dez; vol. 9, n. 4, p. 822-827 Disponível em: <<http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/7721/7203>> Acesso em: 16/11/2016.

SPAGNOL, C. A.; SANTIAGO, G. R.; CAMPOS, B. M. O.; BADARO, M, T. M.; VIEIRA, J. S.; SILVEIRA, A. P. O. Situações de conflito vivenciadas no contexto hospitalar: a visão dos técnicos e auxiliares de enfermagem **Rev Esc Enferm USP** 2010; Vol. 44, n. 3, p. 803-11 Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v44n3/36>> Acesso em: 17/11/2016.

TANAKA Oswaldo Yoshimi; TAMAKI Edson Mamoru. O papel da avaliação para a tomada de decisão na gestão de serviços de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, vol. 17, n. 4, p. 821-828, 2012.

TANNURE, Meire Chucre; GONÇALVES, Ana Maria Pinheiro. **SAE: sistematização da assistência de enfermagem: guia prático**. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan: LAB, 2010. 298 p.

TEIXEIRA, E. et al. Panorama dos cursos de Graduação em Enfermagem no Brasil na década das Diretrizes Curriculares Nacionais. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 66, n. esp., p. 102-110, 2013.

UMANN, J. et al. Enfermagem perioperatória em cirurgia cardíaca: revisão integrativa da literatura. **REME**, v. 15, n. 2, p. 275-281, abr./jun. 2011.

VAGHETTI, H. H. et al. Desperdício de materiais assistenciais na percepção de trabalhadores de enfermagem de um hospital universitário. **Rev. Enferm.**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 369-374, jul./set. 2011.

VIANA, R. A. P. P. et al. Perfil do enfermeiro de terapia intensiva em diferentes regiões do Brasil. **Texto Contexto Enferm.**, v. 23, n. 1, p. 151-159, jan./mar. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-07072014000100151&script=sci_arttext&tlng=pt>. Acesso em: 07 nov. 2016.

VICENSI, M. C. Reflexão sobre a morte e o morrer na UTI: a perspectiva do profissional. **Rev. bioét.**, v. 24, n. 1, p. 64-72, 2016. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/1983-80422016241107>>. Acesso em: 27 nov. 2016.

VIEIRA, L. C. et al. Dificuldades e necessidades da equipe de enfermagem em serviços de hemodinâmica e angiografia. **Arq. Ci. Saúde**, v. 16, n. 1, p. 21-25, jan./mar. 2009.

XAVIER-GOMES, L. M. et al. Vislumbrando “O Artífice” no cotidiano de trabalho das enfermeiras na gerência hospitalar. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, v. 39, n. 2, p. 239-247, 2015.

WEGNER, W.; PEDRO, E. N. R. A segurança do paciente nas circunstâncias de cuidado: prevenção de eventos adversos na hospitalização infantil. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 20, n. 3, p. 427-434, maio/jun. 2012.

ZAMBIAZI, B. R. B.; COSTA, A. M. Gerenciamento de enfermagem em unidade de emergência: dificuldades e desafios. **Rev. Adm. Saúde**, Paraná, v. 15, n.61, out./dez. 2013.

APÊNDICES

APÊNDICE A

Formulário para caracterização dos sujeitos - Perfil sociodemográfico e profissional

Data: ___/___/___ Hospital: _____ Serviço: _____ Entrevista N° _____

- 1 - Gênero: Feminino Masculino
- 2 - Idade: 20 a 30 anos 31 a 40 anos 41 a 50 anos 51 a 60 anos acima de 61 anos
- 3 - Estado civil: Solteira(o) casada(o) divorciada(o) Outros _____
- 4 - Graduação: menos de 2 anos 2 a 4 anos 4 a 6 anos 6 a 8 anos 8 a 10 anos acima de 10 anos
- 5 - Qualificação: Sim Não
- Especialização: Área _____
- MBA Área _____
- Mestrado Área _____
- Doutorado Área _____
- Capacitação específica na área gerencial: Especificar: _____
- 6 - Vínculo empregatício atual: somente esse Outros: _____
- 7 - Jornada de trabalho semanal em horas: _____
- 8 - Exerce outra atividade nessa instituição: Assistencial Docente Outras _____
- 9 - Tempo de trabalho: menos de 2 anos 2 a 4 anos 4 a 6 anos 6 a 8 anos 8 a 10 anos acima de 10 anos
- 10 - Tempo de trabalho em cardiologia: menos de 2 anos 2 a 4 anos 4 a 6 anos 6 a 8 anos 8 a 10 anos acima de 10 anos
- 11 - Frequenta simpósios, congressos de cardiologia no Estado ou fora?
- Não sim - Raramente Sim - Moderadamente Sim - Frequentemente
- 12 - Participa do processo de formação com Preceptoría em enfermagem:
- Não Sim - Raramente Sim - Moderadamente Sim - Frequentemente
- 13 - Participa de projeto de extensão e ou pesquisa: Sim Não
- 14 - Publica em periódicos: sim Qual? _____ Quando _____ Não

APÊNDICE B

Formulário para caracterização da Estrutura da Unidade de Hospitalar de Assistência em Alta Complexidade Cardiovascular

Data: __/__/__ Unidade Hospitalar: _____

Estrutura assistencial		
a) Estrutura de serviço	SIM	NÃO
1. Atendimento de Urgência/ Emergência em Cardiologia por 24 horas		
2. Acompanhamento ambulatorial pré-operatório e pós-operatório		
3. Sala cirúrgica eletiva		
4. Sala cirúrgica de emergência		
5. Leitos para internação clínica e cirúrgica		
6. CTI Geral com leitos destinado a Cirurgia cardíaca		
7. CTI Especializado		
8. Sistema de registro em prontuário manual		
9. Sistema de registro em prontuário informatizado		
10. Possui Programa de reabilitação		
11. Possui Serviço de acompanhamento psicológico		
12. Desenvolve ações de promoção e prevenção de Doenças do Sistema Cardiovascular		
13. Adere à Política Nacional de Humanização		
14. Realiza avaliação de satisfação do usuário/cliente		
15. Adere a Programa de Controle de qualidade: Laboratório de Análises Clínicas		
16. Adere a Programa de Controle de qualidade: Unidade de Imagenologia		
17. O hospital ou Serviço está ligado a alguma instituição de ensino		
18. Possui estrutura de pesquisa e ensino organizada com programas e protocolos estabelecidos		

Estrutura assistencial		
b) Recursos humanos	SIM	NÃO
Enfermeira especialista coordenador de equipe Hemodinâmica		
Enfermeira especialista coordenador de equipe Centro Cirúrgico		
Enfermeira especialista coordenador de equipe Centro de Terapia Intensiva		
Enfermeira especialista coordenador de equipe Internação		
Enfermeira especialista coordenador de equipe Serviço de Cardiologia		
Médico Cirurgião especialista em Cirurgia Cardiovascular responsável técnico pelo serviço		
Equipe médica especialista em Cirurgia Cardiovascular		
Médico especialista responsável técnico em Implante de Marcapasso		
Médico especialista em card. Clínica responsável técnico pelo		

Ambulatório e Internação		
Médico especialista em Terapia Intensiva responsável técnico no CTI		
Médico especialista em Hemodinâmica e Card. Intervencionista responsável técnico		
Equipe de saúde complementar <input type="checkbox"/> Cirurgião Geral <input type="checkbox"/> Cirurgião Vascular <input type="checkbox"/> Clínico Geral <input type="checkbox"/> Neurologista <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Pneumologista <input type="checkbox"/> Endocrinologista <input type="checkbox"/> Nefrologista		
Serviço de Suporte <input type="checkbox"/> Saúde Mental ou Psicologia Clínica <input type="checkbox"/> Assistência Social <input type="checkbox"/> Fisioterapia <input type="checkbox"/> Nutricionista <input type="checkbox"/> Farmácia <input type="checkbox"/> Hemoterapia		
Equipe de Saúde Complementar		
Serviços de Suporte		

Estrutura assistencial		
c) Recursos Diagnósticos e Terapêuticos	SIM	NÃO
Laboratório de Análises Clínicas		
Unidade de Imagenologia		
Ecodoppler Transtorácica		
Ecodoppler Transesofágico		
Tomografia Computadorizada		
Ressonância Magnética		
Eletrocardiografia		
Ergometria		
Holter		
Unidade de Medicina Nuclear: Cintilografia de Perfusão Miocárdica		
Unidade de Cardiologia Intervencionista no ambiente do hospital		
Serviço de Laboratório de Eletrofisiologia		
Hemoterapia disponível nas 24 horas		
Unidade de Tratamento Intensivo		

Estrutura assistencial				
d) Produção do Serviço	UNIDADE HOSPITALAR A	UNIDADE HOSPITALAR B	UNIDADE HOSPITALAR C	Total
	Produção média Anual/mensal	Produção média Anual/mensal	Produção média Anual/mensal	
Serviço Cirurgia Cardiovascular				
Serviço de da Cardiologia Intervencionista				
Consultas Cardiologia Clínica e cirúrgica				

APÊNDICE C

Análise o processo de gerência de enfermagem dos serviços de cardiologia.

Data: __/__/__ Hospital: _____ Serviço: _____ Entrevista Nº _____

Quais as principais normas, rotinas, protocolos, atividades administrativas desenvolvidas pelo serviço, bem como as facilidades e as limitações, conforme o roteiro abaixo?

1 - Gerência de pessoas	Serviço de Enf		
	Não	Sim	Principais Ações
Seleção de pessoal			
Treinamento e Capacitação			
Qualificação da Equipe de Enf			
Avaliação de desempenho - funcional			
Ações de reconhecimento e estímulo ao crescimento dos profissionais			
Gerenciamento dos conflitos			
Outros:			

2 - Gerência de informação 2.1 Prontuário	Serviço de Enf		
	Não	Sim	Principais Ações
Normas para registros em prontuário			
Admissão e Alta do paciente			
Avaliação clínica/ dependência de cuidado			
Plano de cuidados de enfermagem			
Registros de Procedimentos e cuidados de enfermagem			
Outros:			
2.2 - Administrativa	Não	Sim	
Normas para Registros de ocorrências/ Comunicação interna			
Notificação de eventos adversos			
Tecnovigilância nas complicações de implantes valvares que envolva a remoção da prótese			
Tecnovigilância nas complicações de implantes coronarianos			
Outros			

3 - Gerência da assistência de enfermagem	Serviço de Enf		
	Não	Sim	Principais Ações
O serviço utiliza alguma fase do processo de enfermagem			
Protocolo para avaliação e monitoramento clínico dos pacientes			
Protocolo para preparo pré exame/ procedimento			
Protocolo para a assistência durante o procedimento			
Protocolo de cuidado pós exame/ procedimento.			
Protocolo ou programa para orientação pré operatório e pós operatório			
Protocolo para preparo pré operatório			
Protocolo para a assistência no trans operatório			
Protocolo para a assistência de pacientes pós operatório imediato			
Protocolo para a assistência no Pós operatório mediato			
Protocolo para a assistência no pós operatório tardio - retorno e acompanhamento ambulatorial			
Protocolo para o Controle de infecção			
Protocolo para infusão de drogas			
Protocolo para controle hidroeletrolíticos			
Protocolo de avaliação para alta			
Protocolo de avaliação para transferência			
Protocolo de cuidado no óbito			
Outros:			

4 - Gerência de equipamentos	Serviço de Enf		Principais Ações
	Não	Sim	
Aquisição de equipamentos			
Manutenção de equipamentos			
Descarte de equipamentos			
Outros:			

5- Gerência administrativa	Serviço de Enf		Principais Ações
	Não	Sim	
Cuidado com o ambiente			
Solicitação e reposição de insumos hospitalares			
Vigilância do desempenho técnico dos insumos hospitalares			
Acolhimento de pacientes e família			
Contribuição para o faturamento			
Protocolos assinados pela enfermeira			
Utilização de indicadores como instrumento de gerência do serviço de enfermagem;			
Elaboração de relatórios referentes ao serviço /Periodicidade			
Realiza apoio à formação acadêmica			
Quais as facilidades para desenvolver a gerência de enfermagem nos serviços de cardiologia (Planejamento dos serviços, Equipamentos, Estrutura física, Recursos humanos de enfermagem, Equipe multidisciplinar, Relação profissional e outras)			
Quais as limitações para desenvolver a gerência de enfermagem nos serviços de cardiologia (Planejamento dos serviços, Equipamentos, Estrutura física, Recursos humanos de enfermagem, Equipe multidisciplinar, Relação profissional e outras)			
Outros:			

APÊNDICE D



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
EEAN/HESFA/ UFRJ – HUCAM/UFES
Resolução nº 466/12 – Conselho Nacional de Saúde

Você está sendo convidado(a) para participar da pesquisa “A gerência de serviços de cardiologia na Região Metropolitana de Vitória ” que tem como **objetivos**: Descrever a estrutura dos serviços de cardiologia da RMGV a luz da Política Nacional de Atenção Cardiovascular de Alta Complexidade; Caracterizar o perfil sociodemográfico e profissional das enfermeiras responsáveis pelas unidades de cardiologia em hospitais da RMGV. Caracterizar o processo de gerência de enfermagem dos serviços em cardiologia; Discutir os aspectos que facilitam ou dificultam a ação gerencial de enfermagem desses serviços tendo como base os conceitos atuais de Gestão em saúde. Suas respostas serão tratadas de forma **anônima** e **confidencial**, isto é, em nenhum momento será divulgado o seu nome em qualquer fase do estudo. Quando for necessário exemplificar determinada situação, sua privacidade será assegurada uma vez que seu nome será substituído de forma aleatória. Os **dados coletados** serão utilizados apenas nesta pesquisa e os resultados divulgados em eventos e/ou revistas científicas. Sua participação é **voluntária**, isto é, a qualquer momento você poderá **recusar-se** a responder qualquer pergunta ou desistir de participar e **retirar seu consentimento**. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o(s) pesquisador (a) ou com a instituição que forneceu os seus dados, como também na que trabalha. Sua **participação** nesta pesquisa consistirá em responder as perguntas a serem realizadas sob a forma de resposta a formulário de pesquisa e entrevistas. A entrevista será gravada em para posterior transcrição – tudo será guardado por **cinco (05)** anos e incinerado após esse período. Os participantes não terão nenhum **custo ou quaisquer compensações financeiras**. Os **riscos** envolvendo esta pesquisa são mínimos e podem estar relacionados a risco de constrangimento durante uma entrevista ou uma observação; risco de dano emocional ou risco social ao abordar as questões investigadas. Caso ocorra qualquer manifestação a investigação poderá ser interrompida. Caso não seja possível dar continuidade o participante poderá solicitar a retirada do seu termo de consentimento, o que será atendido. O **benefício** relacionado à sua participação será o de aumentar o conhecimento científico para a área de enfermagem especificamente na gerência de enfermagem em serviços em cardiologia. Sr (a) receberá uma via deste termo onde consta o celular/e-mail do pesquisador responsável, podendo sanar as suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento.

Doutoranda Rita Inês Casagrande da Silva
 E- mail: ritainesc@gmail.com
 (27) 999448453

Orientadora Prof. Dra. Marlucci Andrade Conceição Stipp
 E - mail: marlustipp@gmail.com
 (21) 999136596

ESCOLA DE ENFERMAGEM ANNA NERY – UFRJ - Comitê de Ética em Pesquisa – Rua Afonso Cavalcanti – Praça Onze.Rio de Janeiro – RJ. Tel: (21) 2293 8148 – Ramal: 228 – email: cepeeanhesfa@gmail.com

UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO/ Hospital Universitário Cassiano Antônio Moraes - Comitê de Ética em Pesquisa CEP- HUCAM cephucam@gmail.com - Av. Mal. Campos, 1355 - Santos Dumont, Vitória - ES, 29040-091 **Telefone:** (27) 3335-7326

Declaro estar ciente do inteiro teor deste TERMO DE CONSENTIMENTO e estou de acordo em participar do estudo proposto, sabendo que dele poderei desistir a qualquer momento, sem sofrer qualquer punição ou constrangimento. Recebi uma cópia assinada deste formulário de consentimento.

Vitória, de de 2015

Participante da Pesquisa: _____

(Assinatura)

