



UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO – UNIRIO

CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE – CCBS

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM – PPGENF

MESTRADO EM ENFERMAGEM

FERNANDA DE ASSIS TEIXEIRA

**AS ESTRATÉGIAS DOS ENFERMEIROS NA GERÊNCIA DO CUIDADO DE
ENFERMAGEM PRESTADO AO CLIENTE ONCOLÓGICO NA UNIDADE DE
TERAPIA INTENSIVA.**

Rio de Janeiro

2015

FERNANDA DE ASSIS TEIXEIRA

**AS ESTRATÉGIAS DOS ENFERMEIROS NA GERÊNCIA DO CUIDADO DE
ENFERMAGEM PRESTADO AO CLIENTE ONCOLÓGICO NA UNIDADE DE
TERAPIA INTENSIVA.**

Relatório final de dissertação apresentada junto ao corpo docente do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Escola de Enfermagem Alfredo Pinto, da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro - UNIRIO, como requisito necessário à obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Linha de Pesquisa: O cotidiano da prática de cuidar e ser cuidado, de gerenciar, pesquisar e ensinar.

Orientadora: Prof^ª Dr^ª Teresa Tonini

Rio de Janeiro

2015

Teixeira, Fernanda de Assis.

T266 As estratégias dos enfermeiros na gerência do cuidado de enfermagem prestado ao cliente oncológico na unidade de terapia intensiva / Fernanda de Assis Teixeira, 2015.
100 f. ; 30 cm

Orientadora: Teresa Tonini.

Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2015.

1. Enfermagem Oncológica. 2. Cuidados de Enfermagem.
3. Cuidados Críticos. 4. Gerência. I. Tonini, Teresa. II. Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro. Centro de Ciências Biológicas e de Saúde. Curso de Mestrado em Enfermagem. III. Título.

CDD – 610.73698

FERNANDA DE ASSIS TEIXEIRA

**AS ESTRATÉGIAS DOS ENFERMEIROS NA GERÊNCIA DO CUIDADO DE
ENFERMAGEM PRESTADO AO CLIENTE ONCOLÓGICO NA UNIDADE DE
TERAPIA INTENSIVA.**

Relatório final de dissertação apresentada junto ao corpo docente do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Escola de Enfermagem Alfredo Pinto, da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro - UNIRIO, como requisito necessário à obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Aprovada em 12 de junho de 2015.

A Banca Examinadora foi composta pelo seguintes membros:

Prof. Dra. Teresa Tonini
Presidente (Escola de Enfermagem Alfredo Pinto – UNIRIO)

Prof. Dra. Bárbara Pompeu Christovam
Primeiro Examinador (Escola de Enfermagem Aurora de Afonso da Costa – UFF)

Prof. Dra. Sônia Regina de Souza
Segundo Examinador (Escola de Enfermagem Alfredo Pinto – UNIRIO)

Prof. Dra. Lúcia Helena Silva Corrêa Lourenço
Suplente (Escola de Enfermagem Anna Nery – UFRJ)

Prof. Dr. Carlos Roberto Lyra da Silva
Suplente (Escola de Enfermagem Alfredo Pinto – UNIRIO)

“A essência do conhecimento consiste em aplicá-lo, uma vez possuído.”
(Confúcio)

Com amor e carinho dedico este trabalho aos meus sobrinhos, Andrew e Arthur, que através da inocência e alegria de uma criança, foram responsáveis por muitos dos meus sorrisos. Que possam estudar sempre com veemência e entusiasmo, acreditando nos seus sonhos e lembrando-se que somente com conhecimento e humildade podemos conquistar o que desejamos. AMO MUITO VOCÊS!

AGRADECIMENTOS

Os agradecimentos são para todos que contribuíram de alguma forma, direta ou indiretamente, para que acontecesse o desenvolvimento e conclusão do estudo, em especial:

Primeiramente, à Deus, pela minha existência e por ter me iluminado e abençoado na realização de mais um objetivo em minha vida. Ele que me sustenta e fortalece nos momentos difíceis, me fazendo persistir mesmo que o caminho pareça ser árduo.

Aos meus pais Cira e Fraim, que são os verdadeiros responsáveis por tudo que sou e, em todos os momentos da minha vida, acreditaram nos meus sonhos e ideais. Agradeço pelo amor incondicional e base familiar, que me proporcionaram para que eu tivesse estrutura para tornar-me uma profissional consciente dos meus deveres. Eu os amo de todo meu coração!

Ao meu amor eterno, Marcos Vinícius, por todo seu incentivo, paciência e compreensão ao longo dessa jornada. Demonstrando em cada atitude seu amor e companheirismo.

À minha irmã Viviane e ao meu cunhado Fabio Alexander, pela ajuda na produção do estudo e principalmente pelo carinho e torcida em mais essa conquista. Amo muito vocês!

À minha orientadora professora Dr^a Teresa Tonini, pelo carinho e humildade em transmitir os conhecimentos, sempre respeitando e compreendendo meu processo de aprendizagem. Agradeço pelas orientações e sábios ensinamentos que foram imprescindíveis, tanto, para construção desta dissertação, quanto para meu amadurecimento profissional e acadêmico. Tento me espelhar em sua competência e dedicação para almejar novos desafios.

Aos membros da banca examinadora, professores, Dr^a. Bárbara Pompeu Christovam, Dr^a. Sônia Regina de Souza, Dr^a. Lucia Helena Silva Corrêa Lourenço e Dr. Carlos Roberto Lyra da Silva, a disponibilidade e contribuições valiosas para o aperfeiçoamento do estudo.

À minha amiga Karen, pela parceria nos plantões, o que nos proporcionou troca de conhecimento e experiências. E as técnicas de enfermagem da nossa equipe, Alexandra, Sueli

e Vanilda, pelo apoio nessa trajetória. Pessoas fundamentais para meu crescimento profissional.

Finalmente, aos enfermeiros participantes, que engrandeceram este estudo com os depoimentos fornecidos.

RESUMO

TEIXEIRA, Fernanda Assis. **As estratégias dos enfermeiros na gerência do cuidado de enfermagem prestado ao cliente oncológico na unidade de terapia intensiva**. 2015. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro. 2015.

O cenário da oncologia na terapia intensiva é marcado por peculiaridades onde a complexidade dos procedimentos envolvidos no cuidado de enfermagem geram características ao processo, repercutindo na prática da gerência do cuidado de enfermagem. O estudo aborda as estratégias de gerenciamento do cuidado prestado pelo enfermeiro aos clientes oncológicos. As questões que nortearam foram: Quais as estratégias de gerenciamento do cuidado prestado pelo enfermeiro aos clientes oncológicos internados na Unidade de Terapia Intensiva (UTI)?; De que forma as estratégias adotadas por enfermeiro podem implicar em mudanças no gerenciamento dos cuidados de enfermagem aos clientes oncológicos internados na UTI? Objetivou-se descrever as estratégias gerenciais utilizadas pelo enfermeiro na UTI em um hospital oncológico e discutir as implicações de estratégias adotadas por enfermeiro no gerenciamento do cuidado de enfermagem na UTI em um hospital oncológico. Trata-se de um estudo descritivo com método qualitativo. Os sujeitos foram 23 enfermeiros que trabalham no centro de terapia intensiva de um hospital público federal localizado na cidade do Rio de Janeiro especializado no tratamento oncológico, sendo referência nacional em oncologia. A coleta dos dados foi realizada por meio de um Roteiro para Coleta dos Dados dividido em dois itens: o primeiro trata dos dados demográficos e o segundo estimula pensar sobre situações conflituosas existentes no cotidiano institucional para a elaboração de uma situação-problema possível de ser utilizada na dinâmica de sensibilização denominada *Jogo da Guerra*. A coleta ocorreu entre junho e setembro de 2014, todo processo de criação e jogo foi gravado e filmado após consentimento no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. A análise dos dados foi fundamentada segundo a análise de conteúdo de Bardin. Elaborou-se as seguintes unidades de significação: Dimensionamento de Pessoal, Negociação e Trabalho em Equipe. Essas unidades de significação proporcionaram a emergência da seguinte categoria: as estratégias dos enfermeiros para minimizar problemas e conflitos gerados por inadequado dimensionamento de pessoal. Os enfermeiros consideraram como estratégias gerenciais: organização e distribuição das pessoas na escala diária; negociação com a equipe de enfermagem e multidisciplinar; trabalho em equipe; saber-fazer pautado no conhecimento tácito e científico; remanejamento; adicional por plantão hospitalar (APH). Destacam-se as implicações ético-profissionais e libidinal de desprazer. Os resultados mostram que há necessidade de implantação de estratégias coletivas pelos enfermeiros. Por isso, a importância de o enfermeiro conhecer o sistema organizacional, de modo a realizar o cuidado com menor risco de eventos adversos e com implicações satisfatórias e qualificadas para tríade cliente-profissional-instituição.

Descritores: Enfermagem Oncológica. Cuidados de Enfermagem. Cuidados Críticos. Gerência.

ABSTRACT

TEIXEIRA, Fernanda Assis. **The strategies of nurses in the management of nursing care provided to cancer client in the intensive care unit.** 2015. Dissertation (Master's in Nursing) – Federal University of the State of Rio de Janeiro. 2015.

The oncology setting in intensive care is marked by peculiarities where the complexity of procedures concerned with nursing care feature the process, reflecting the practice of nursing care management. The study discusses the nurse care management strategies provided to oncologic patients. The questions that guided the study were: What were the nurse care management strategies provided to oncologic patient admitted to the Intensive Care Unit (ICU)?; How the strategies adopted by nurses involve changes in management of nursing care to oncologic patients admitted to the ICU? Aims: to describe the management strategies used by nurses in ICU of a cancer hospital and to discuss outcomes of strategies adopted by nurses in nursing care management in the ICU of a cancer hospital. This is a descriptive study with qualitative method. The subjects were 23 nurses whom work at ICU of a public hospital located at Rio de Janeiro; a city specialized in oncologic treatment, and national reference in oncology. The data collection was performed by a Script for Data Collection divided into two items: the first deals with demographics and the second stimulates people to think about conflicting situations in the institutional routine to prepare a possible problem situation based on a dynamic sensitization called the *War Game*. The data collection occurred between June and September 2014; the whole process of creating and playing was recorded and filmed after consent in the Consent Statement. The data analysis was based on analysis of content of Bardin. The following meaning units were prepared: Personnel downsizing, Trading and Teamwork. These meaning units provided the following category: the strategies of nurses to minimize problems and conflicts caused by inadequate staffing need. Nurses considered as management strategies: organization and distribution of people in the daily schedule; negotiation with the nursing and multidisciplinary staff; team work; know-how set on tacit and scientific knowledge; relocation; additional hospital on duty. There are the ethical and professional implications and libidinal displeasure. The results show need to implement collective strategies by nurses. So, it's important for nurses to know the organizational system to carry out the care with less risk of adverse events and satisfactory implications and qualified for client-professional-institution triad.

Descriptors: Oncology Nursing. Nursing Care. Critical Care. Management.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Cursos de pós-graduação lato/stricto sensu	39
Quadro 2 – Situação – problema relacionada com as dimensões	51
Quadro 3 – A problemática: Dimensionamento de Pessoal	53
Quadro 4 – A estratégia: Negociação e Trabalho em Equipe	54

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Perfil sociodemográfico dos enfermeiros	37
Tabela 2 – Perfil profissional dos enfermeiros	38

SUMÁRIO

CAPÍTULO I	
CONSIDERAÇÕES INICIAIS.....	14
1.1 Objetivos do Estudo	19
1.2 Justificativa e Relevância do Estudo	19
CAPÍTULO II	
FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	21
2.1 Gerenciamento do Cuidado de Enfermagem.....	21
2.2 Estratégias na Gerência do Cuidado.....	26
CAPÍTULO III	
METODOLOGIA	31
3.1 Abordagem e Tipologia do Estudo.....	31
3.2 Cenário do Estudo.....	31
3.3 Participantes do Estudo	32
3.4 Aspectos Éticos	33
3.5 Coleta dos Dados	33
3.6 Apresentação e Análise dos Dados.....	35
CAPÍTULO IV	
DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	37
4.1 Dados demográficos dos participantes.....	37
4.2 Apresentação das situações-problema.....	40
4.3 As estratégias dos enfermeiros para minimizar problemas e conflitos gerados por inadequado dimensionamento de pessoa.....	52
CAPÍTULO V	
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	75
REFERÊNCIAS.....	78
APÊNDICES.....	84
Apêndice I – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	
Apêndice II – Termo de Autorização Uso de Imagem	
Apêndice III – Roteiro para Coleta de Dados	
ANEXOS.....	89
Anexo I – Centro de Terapia Intensiva	
Anexo II – Carta de Aprovação CEP Instituição Proponente	
Anexo III – Carta de Aprovação CEP Instituição Coparticipante	
Anexo IV – Carta de Autorização – Chefe do Setor	

CAPÍTULO I

CONSIDERAÇÕES INICIAIS

O câncer é um problema mundial que acomete a todos, independente da classe social, sexo ou idade. Nas últimas décadas, ele ganhou uma dimensão tamanha que a Organização Mundial da Saúde (OMS) estimou que, até o ano 2030, podem-se esperar 21,4 milhões de casos incidentes e 13,2 milhões de mortes por câncer. Taxa essa impulsionada pelo crescimento e envelhecimento populacional mundial. No Brasil, a estimativa para o ano de 2015, aponta a ocorrência de aproximadamente de 576 mil casos novos de câncer. (INCA, 2014).

Esse contexto gera aumento progressivo da demanda por promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento, reabilitação e cuidados paliativos, acarretando na necessidade de oferta de uma rede de assistência oncológica estruturada e na capacidade de atender à demanda de cobertura de atendimento, assegurando os princípios de universalidade, equidade e integralidade do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2005 e 2011).

Os dados apresentados contribuem para pensar que cada número representa uma pessoa ou grupo populacional acometida por uma patologia, que apresenta um estigma social e associação com finitude. Entre as possibilidades que envolvem diagnóstico, tratamento, cura e óbito, essas pessoas requererão um cuidado complexo e especializado, por meses ou até anos (HERCOS et al, 2014).

Com os avanços na área da saúde e a necessidade de aperfeiçoamento do cuidado ao cliente¹ oncológico possibilitaram maior probabilidade de controle ou cura da doença. Entretanto, os tratamentos mais agressivos como a quimioterapia e a cirurgia oncológica implicam diretamente na maior utilização de leitos de Unidade de Terapia Intensiva (UTI).

No cenário da terapia intensiva, as especificidades da oncologia caracterizam-se pela forte carga emocional e física; os profissionais se deparam com tecnologias leves, leve-duras e duras²; realizam inúmeros procedimentos invasivos e enfrentam situações limítrofes de vida e de morte do cliente e os processos de dor da família pela situação vivenciada em ter um familiar necessitando de cuidados altamente especializados.

¹ Com base em Figueiredo (2006), compreende-se que o cliente que necessita da Enfermagem é cidadão, participante do processo de cuidar, cabendo-lhe aceitar ou recusar os cuidados de Enfermagem que lhe serão prestados.

² Tecnologias duras: aquelas ligados a equipamentos e procedimentos; tecnologias leve-duras: aquelas decorrentes do uso de saberes bem-estruturados, como a Clínica e a Epidemiologia; tecnologias leves: aquelas relacionadas, no espaço intersubjetivo do profissional de saúde e paciente (Emerson Elias Merhy, 2000).

Há que se ressaltar que a assistência ao cliente crítico oncológico pressupõe a atuação da equipe multidisciplinar. Isso implica em repensar como conseguir prestar o cuidado, que requer maior densidade tecnológica para uma clientela com demanda de necessidades de cuidados especializados, que exige conhecimentos e habilidades técnico-científicos em oncologia.

Nesse sentido, a complexidade dos procedimentos envolvidos no cuidado e o modo como é desenvolvido criam diferentes conotações e características ao processo, refletindo-se na prática de gerência do cuidado. Para o gerenciamento desse cenário de cuidar, é fundamental a assunção do planejamento tácito, operacional e estratégico para estabelecer as ações e prioridades, que variam conforme o perfil, a filosofia e os objetivos institucionais.

Tratando-se do profissional enfermeiro, seu trabalho no contexto hospitalar é amplo e com dimensões múltiplas tendo como objetivo o cliente a quem se presta os cuidados podendo ser direto ou indireto. Esse profissional é responsável por desenvolver ações fundamentais para a promoção e recuperação da saúde, que envolvem planejamento, organização, avaliação e controle do desenvolvimento do trabalho em equipe e da assistência prestada ao cliente.

Ademais, se deve considerar também as necessidades específicas da clientela, a fim de proporcionar um cuidado individualizado e de qualidade. Por isso, o enfermeiro necessita de conhecimento técnico-científico sobre as situações-problema apresentadas pelo cliente e família, identificando as necessidades alteradas, de modo a proporcionar condições para resolução das mesmas em seu processo de trabalho. Para isso, é imprescindível que o enfermeiro utilize as funções de gerência para desenvolver o trabalho com qualidade e segurança para o cliente.

Florence Nightingale fundou a Enfermagem Moderna e tem sido considerada a primeira administradora hospitalar, quando demonstra em vários estudos a importância do conhecimento acerca de técnicas e instrumentos administrativos pelas enfermeiras; da organização do ambiente terapêutico; do trabalho desenvolvido pelas *nurses* e *ladies nurses*; da sistematização das técnicas e dos procedimentos de cuidado de enfermagem; além da epidemiologia e estatística no processo de trabalho para cuidar dos doentes e na administração de hospitais (NIGHTINGALE, 1859 e 2010; KEITH, 1988; McDONALD, 2001; SKRETKOWICZ, 2010; CHRISTOVAM et al, 2012).

Esse processo de trabalho do enfermeiro é composto por duas dimensões complementares: assistir e gerenciar. Na primeira, o enfermeiro tem como objeto de intervenção as necessidades de cuidado de enfermagem e por finalidade o cuidado integral; na

segunda, o objeto de trabalho é a organização do trabalho e os recursos humanos em enfermagem, os meios e instrumentos são os diferentes saberes administrativos, materiais, equipamentos e instalações, além dos instrumentos técnicos da gerência, como: dimensionamento de pessoal, planejamento, educação continuada/ permanente, supervisão e avaliação de desempenho (SANTOS; LIMA, 2011).

Moreira (2002) corrobora ao afirmar que, no processo de gerenciar³ os cuidados de enfermagem, se deve garantir uma assistência holística e humanizada ao cliente, evitando desenvolver uma prática técnica, apenas pautada por padrões e normas.

A gerência do cuidado abrange inúmeras atividades e possui especificidades e peculiaridades que se materializam no processo do cuidar. Neste contexto, é importante salientar que além de assumir a liderança da equipe de enfermagem, o enfermeiro é o responsável pelo planejamento e organização do cuidado como prática assistencial. Tal prática, sendo organizada e sistematizada pode ser entendida como uma das grandes buscas dos enfermeiros nas últimas décadas em prol do saber científico da profissão e da melhoria da qualidade do cuidado prestado ao cliente (SILVA; MOREIRA, 2010).

Christovam (2009) aprofunda essa discussão ao defender que a gerência do cuidado de enfermagem em sua concepção teórica envolve uma relação dialética entre o saber-fazer gerenciar e saber-fazer cuidar. Resultando em um processo dinâmico, situacional e sistêmico, que articula saberes da gerência e do cuidado permitindo a existência de uma interface entre eles na prática profissional.

O saber-fazer da gerência do cuidado de enfermagem abrange a dimensão ontológica, técnica e da tecnologia, que caracterizam as ações expressivas e instrumentais de gerência do cuidado que envolve a práxis dos enfermeiros nos diferentes níveis hierárquicos nas instituições de saúde. Entende-se por dimensão todo plano, grau ou direção no qual se possa efetuar uma investigação ou realizar uma ação. Assim, as dimensões da gerência do cuidado são as variações qualitativas, graus ou direções, nas quais o cuidado direto e indireto de enfermagem manifesta-se ou pode ser conduzido (CHRISTOVAM et al, 2012).

O gerenciamento do cuidado de enfermagem, então, é capaz de suscitar ferramentas para que o enfermeiro possa organizar, planejar, coordenar, delegar ou prestar os cuidados necessários da melhor maneira possível, supervisionar, prever e prover recursos, capacitar a equipe, educar a pessoa, família ou comunidade, interagir com outros profissionais, além de

³ Conforme a definição de Motta (2007), gerência significa a arte de pensar, de decidir e de agir, obtendo com isso resultados. Tais resultados podem ser definidos, previstos, analisados e avaliados, sendo alcançados através das pessoas, necessitando, para tal, de uma interação constante.

ocupar espaços de articulação e negociação em nome da concretização e melhorias do cuidado (ROSSI; SILVA, 2005).

As ações de gerência do enfermeiro na prática clínica, segundo Trevizan (2006), têm sido fundamentadas nas necessidades burocráticas e formais da organização. Neste processo, o profissional privilegia e compromete-se muito mais com os objetivos organizacionais, em detrimento do alcance dos objetivos individuais dos funcionários e do próprio cliente.

Tais práticas gerenciais têm sido avaliadas por diversos autores e apontam para a identificação com os pressupostos clássicos da Administração, com uma prática baseada na centralização do poder, no controle, na impessoalidade das relações e ênfase do seu trabalho em atividades administrativo-burocráticas (MAGALHÃES; DUARTE, 2004).

As instituições de saúde, sejam públicas ou não, valorizam enfermeiros com competências para gerenciar a assistência prestada com foco na gestão das unidades, das pessoas, dos recursos materiais, do sistema de informação e custo. Este cenário prejudica a exequibilidade da assistência e sua qualidade (CUNHA, 2008).

Barreto (2009) reflete que ao enfermeiro gerente desse cuidado é exigida a observação e avaliação das situações-problemas de saúde do cliente, a detecção de problemas e consequente intervenção, mas são necessárias condições instrumentais e operacionais para que o gerenciamento se concretize satisfatoriamente.

Embora, existam autores que abordam e conceituam o termo gerência do cuidado, como descrito anteriormente, se percebe que muitos enfermeiros ainda compreendem seu trabalho gerencial de forma equivocada, pois consideram que esse seja desvinculado do cuidado direto ao cliente e não apreendem o processo como um todo.

Adicionalmente, verifica-se uma dificuldade conceitual e pragmática por parte dos enfermeiros, em especial os atuantes em terapia intensiva oncológica, relacionada às ações de gerência do cuidado de enfermagem, à medida que a maioria deles institui uma diferença entre cuidado direto e indireto, entendendo como cuidado somente o que depende da ação direta junto ao cliente. Assim, não tem a compreensão de que seu processo de trabalho envolve ações de cuidado direto e ações de cuidado indireto ou que está implicado por dimensões e as ações expressivas e instrumentais defendidas por Christovam (2009).

O desconhecimento sobre o que deve fazer, como fazer e se pode fazer na gerência dos cuidados de clientes internados não permite que essa maioria de enfermeiros reconheça seus saberes práticos e tácitos fundamentais para “enfrentar os desafios imponderáveis do cotidiano profissional e “fundamentais para a configuração da identidade e competência profissionais e da própria natureza de seu trabalho” (TONINI, 2006, p. 81).

Todavia, essa falta de reconhecimento não tem sido um fator impeditivo para que esses profissionais utilizem “diferentes estratégias, que se opõem, se compõem e se superpõem”, em busca de minimizar situações-problema vividos no cotidiano da organização hospitalar (op. cit., p. 83).

Os resultados da tese de Tonini (2006) mostram que as estratégias mais utilizadas pelas enfermeiras no processo de cuidar são: controle de material e pessoal; divisão do material disponível, determinando quando, onde e como usá-lo; barganha; descarte de normas pelo drama do cliente/família; operação de agenciamentos e vínculos libidinais; alienação; eleição da ética espontânea; controle sobre o saber-fazer do outro profissional; sedução; dissimulação/disfarce; e embates entre o saber tácito e o científico.

Compreende-se estratégia como um curso de ação escolhido pela organização a partir da premissa de que uma futura e diferente posição poderá oferecer vantagens em relação à atual. A estratégia é ao mesmo tempo reflexão e ação, é necessário pensar para agir (CHIAVENATO; SAPIRO, 2009).

Para Kisil (1998), estratégia é um meio ou ação de alcançar determinado objetivo ou meta estabelecida por um gerente ou uma organização, minimizando conflitos, inconsistências ou desvios aos propósitos desejados. Par tal, faz-se necessário a concentração de insumos, pessoas, recursos organizacionais, observação do ambiente onde se atua.

Para Habermas, o agir por estratégias existe em contextos baseados por sistemas sociais de poder administrativos legitimados, em que há a concretude (racionalidade) de ações dos indivíduos. Na perspectiva weberiana, esse agir estratégico é tratado como uma “racionalidade subjetiva da ação”. (URIBE RIVIERA, 1995, p. 38 e 54)

Mintzberg (2006, p. 24-27) defende a inexistência de definição de estratégia aceita de forma universal, lançando a ideia de que ela pode “fazer parte de uma organização sem ter a pretensão consciente ou formulada”. Entre as cinco definições relacionadas, recorta-se a de Estratégia como Plano e a de Estratégia como Perspectiva para este estudo dissertativo. A primeira se refere a “algum tipo de curso de ação *conscientemente pretendido*, uma diretriz (ou conjunto de diretrizes) para lidar com uma situação”. A segunda como algo “compartilhado pelos membros de uma organização por suas intenções e/ou ações”.

A partir das considerações descritas, tem-se como pressuposto deste estudo que essa incompreensão, o uso insuficiente de ferramentas de gestão e o frágil repertório gerencial dos enfermeiros, os levam à instituição de estratégias ineficientes ou pouco efetivas para resolução ou minimização de situações-problemas que surgem na prática gerencial do cuidado de enfermagem.

Dessa forma, enfoca-se como **objeto de estudo**: as estratégias de gerenciamento do cuidado prestado pelo enfermeiro aos clientes oncológicos internados na Unidade de Terapia Intensiva de um hospital oncológico da rede federal localizado na cidade do Rio de Janeiro.

As **questões norteadoras** para este estudo foram:

- Quais as estratégias de gerenciamento do cuidado prestado pelo enfermeiro aos clientes oncológicos internados na Unidade de Terapia Intensiva?
- De que forma as estratégias adotadas por enfermeiro podem implicar em mudanças no gerenciamento dos cuidados de enfermagem aos clientes oncológicos internados na Unidade de Terapia Intensiva?

1.1 Objetivos do Estudo:

- Descrever as estratégias gerenciais utilizadas pelo enfermeiro na Unidade de Terapia Intensiva em um hospital oncológico.
- Discutir as implicações de estratégias adotadas por enfermeiro no gerenciamento do cuidado de enfermagem na Unidade de Terapia Intensiva em um hospital oncológico.

1.2 Justificativa e Relevância do Estudo

O câncer apresenta-se como um desafio para a ciência na busca das melhores estratégias para sua prevenção, diagnóstico precoce e cura. Entretanto, existe um número importante de casos que ainda sofre com o diagnóstico tardio, e dependendo do estadiamento, indica-se a necessidade de tratamentos cirúrgicos mais extensos e quimioterapia e radioterapia em maiores doses, o que contribui para o aumento de complicações decorrentes desses procedimentos e a ocorrência de eventos adversos graves. Tal fato colabora com o aumento de admissões desses clientes em UTI.

Nesse contexto, o gerenciamento do cuidado de enfermagem é essencial para a qualidade da assistência prestada, já que envolve questões relacionadas com a forma de organização do trabalho, planejamento, coordenação e execução. O trabalho da enfermagem organizado favorece a utilização do tempo disponível, com objetivação das ações.

A produção de conhecimento na enfermagem e suas repercussões sociais estabelecem foco de debate no processo de evolução da profissão e representam como tema de relevância

para reconhecimento da pesquisa como um fenômeno e processo social (MOREIRA et al, 2010).

Este estudo se justifica, devido à possibilidade em conhecer as estratégias gerenciais utilizados pelos enfermeiros na implementação de ações da gerência do cuidado a clientes oncológicos internados em Unidade de Terapia Intensiva, por ser tratar de uma clientela que requer cuidados especializados duplicados, uma vez que aborda-se duas especialidades a oncologia e a terapia intensiva.

Corroborando com a relevância do estudo, a Política Nacional para Prevenção e Controle do Câncer (2013) traz como uns dos princípios a formação de profissionais e a promoção de educação permanente, por meio de atividades que visem à aquisição de conhecimentos, habilidades e atitudes dos profissionais de saúde para qualificação do cuidado nos diferentes níveis da atenção à saúde.

Dessa forma, na esfera do exercício profissional, contribuirá para ampliar e fundamentar as discussões acerca gerência do cuidado de enfermagem. Acredita-se que trará uma reflexão sobre as questões referentes às atribuições gerenciais dos enfermeiros, quanto à execução dos cuidados diretos e indiretos de enfermagem. Corroborando Peixoto (2004) afirma que a produção e a difusão do conhecimento são pilares fundamentais para o crescimento profissional.

No âmbito da pesquisa, colaborará para fortalecimento do Núcleo de Pesquisa e Experimentação em Enfermagem Fundamental (NUPEEF) e com a linha de pesquisa denominada “Enfermagem: O cotidiano da Prática de Cuidar e Ser Cuidado, de Gerenciar, de Pesquisar e Ensinar” da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO).

Além disso, a gerência do cuidado é uma temática tão relevante que existe uma Rede de Pesquisas de Gerenciamento em Enfermagem – REPEGENF, para discutir as ações do enfermeiro na perspectiva de encontrar aspectos relevantes a fim de repensar a prática profissional. Este estudo busca preencher parte da lacuna de conhecimento da temática contribuindo, conseqüentemente, para a construção de novas pesquisas na área.

Estima-se que ampliará a visão da valorização das pessoas que fazem parte das organizações de saúde por serem fundamentais para os gerentes de Enfermagem e, portanto sem as quais sua atividade fim não se concretiza. Isso contribuirá para a criação e implantação de novas estratégias de gerenciamento, baseadas no investimento de organizações voltadas para motivação e inovação, e estímulo às gestões participativas.

CAPÍTULO II

FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1 Gerenciamento do Cuidado de Enfermagem

Desde o princípio da humanidade que os cuidados partem do nascimento para permitir não só o despertar para a vida como a inserção do homem no meio social e cultural, tornando possível a sua existência. O homem enfrenta dificuldades para estabelecer uma relação saudável com este meio. Estas dificuldades funcionam como obstáculos para a não satisfação das necessidades básicas que levariam ao bem-estar aqueles que são o objetivo de nossa atividade profissional (SANTOS, 2004).

Boff (1999) reflete que tudo o que existe e vive precisa ser cuidado para continuar a existir e a viver: um planeta, um animal, uma criança, um idoso, o planeta Terra. Uma antiga fábula diz que a essência do ser humano reside no cuidado. O cuidado é mais fundamental do que a razão e a vontade. A ótica do cuidado funda uma nova ética, compreensível a todos e capaz de inspirar valores e atitudes fundamentais para a fase planetária da humanidade.

O cuidado, na área da saúde, é uma palavra que vem assumindo significados diversos. No latim, significa cura e o termo, quando era usado na Antiguidade, tinha sentido de amor e amizade. Pinheiro et al (2006) relacionam a palavra cuidado com cogitar, pensar, colocar atenção, mostrar interesse, revelar uma atitude de desvelo e de preocupação. O cuidado faz parte do ser humano, é o sustentáculo da criatividade, da liberdade e da inteligência humana.

Figueiredo et al (2009, p. 32) afirmam que cuidar do outro na área de saúde é como tecer um projeto de saber-fazer que exige classificar e resolver problemas com base em critérios; buscar formas mais racionais e humanas que direcionem o cuidado com base na compreensão do outro.

O cuidar abrange uma ação do enfermeiro associando valores pessoais e profissionais. As possíveis repercussões desses valores podem ser representadas na prática dos enfermeiros que, por meio de uma subjetividade do profissional que assiste, promove uma interação entre profissional e cliente.

Visando contemplar cuidados diretos e cuidados indiretos ao cliente, são enviadas possibilidades para reconhecer a relação de ajuda⁴ na totalidade da prática como eixo

⁴ Carvalho (2013, p. 108) discute a relação de ajuda como elemento de coerência e lógica e de destaque epistemológico na prática da Enfermagem. Trata-se de uma relação do Eu (enfermeiro) com o Outro/Tu (cliente), em que esse último é o “centro interativo representado por pessoas que nascem, vivem e morrem”.

norteador da conduta do enfermeiro no gerenciamento do cuidado de enfermagem. Tal relação perpassa por várias ações de cuidar, de ver e ouvir o outro e de disponibilizar-se para a atuação no cuidado.

Nesse sentido, Figueiredo e cols (2012, p. 78) assumem que o cuidado de enfermagem é:

expressão da enfermagem aplicada e não restrita à especialidade de enfermagem hospitalar, significando um conjunto de ações e atos de cuidado (...) à pessoa sadia ou adoecida(...), com a meta de promover e manter conforto, bem-estar e segurança no máximo limite de suas possibilidades profissionais [de enfermagem] e institucionais (...).

Tonini (2006) relaciona a gerência de enfermagem aos cuidados, afirmando que gerenciar significa um conjunto de ações desenvolvidas pelo enfermeiro durante o cuidado direto e indireto (atos administrativos) do cliente, abrangendo as subjetividades presentes na interação entre enfermeiro e cliente, sua equipe e demais membros da equipe de saúde.

Christovam (2009) aprofunda essa discussão sobre gerência em sua tese de doutorado, em que conceitua a gerência do cuidado de enfermagem como uma dialética entre o administrar e o cuidar. A dialética entre os termos administrar e cuidar está no sentido de se identificar os significados fundamentais dos dois termos e as múltiplas e, por vezes, díspares relações que ocorrem entre eles. Assim, o conceito de gerência o cuidado não se divide em duas partes, mas é formado por significados que se opõem e, ao mesmo tempo, aproximam-se e se complementam.

Ressalta-se que a gerência pode ser tratada de forma científica e racional, enfatizando as análises e as relações de causa e efeito, prevendo e antecipando ações de forma mais consequente e eficiente. Existe, no entanto, uma interação humana (MOTTA, 2007).

Razão pela qual, os enfermeiros que gerenciam o cuidado de enfermagem devem ser competentes para prestar cuidados físicos, de apoio emocional sendo capazes de avaliar o resultado da ajuda prestada. Dessa forma, Barreto (2009) afirma que gerenciar não refere somente aos atos administrativos, é necessário salientar a subjetividade implícita na interação entre os sujeitos envolvidos.

O fato de o enfermeiro assumir presença constante frente ao cuidado faz com que ele não seja somente mais um membro que presta cuidados diretos. Como dizem Moreira e Carvalho (2004), desse modo ele se torna um referencial na gerência do cuidado de enfermagem, abrangendo a observação sistematizada, inferência clínica e tomada de decisão.

Portanto, as ações de gerência do cuidado de enfermagem se referem às ações de cuidado direto e indireto, de caráter instrumental e expressivo realizado pelo enfermeiro de forma integrada e articulada, cuja finalidade é oferecer um cuidado sistematizado e de qualidade aos clientes dos serviços de enfermagem. Nesse sentido, a ação se relaciona ao fazer, que opera tanto o conhecimento teórico e a habilidade técnica, como também o agir interpessoal nas atividades profissionais (CHRISTOVAM, 2012).

Rossi e Silva (2005) refletem que o enfermeiro gerencia o cuidado de enfermagem quando o planeja, o delega, ou o faz, quando prevê e provê recursos, capacita a equipe de enfermagem e interage como outros profissionais, ocupando espaços de articulação e negociação em prol da consecução de melhorias do cuidado.

Nesse processo, é essencial que o enfermeiro seja sensível para captar as necessidades emergentes, habilidade para empreender e estimular ações inovadoras e, sobretudo, conhecimento e capacidade estratégica para envolver e comprometer criativamente os profissionais com incentivo participativo e reflexivo, entendendo o ser humano de forma integral, enquanto agente de mudança (ERDMANN; BACKES; MINUZZI, 2008).

Diante dessas exposições, Christovam (2009) afirma que os enfermeiros precisam desenvolver algumas habilidades pertinentes ao seu papel de gerente para exercer o cuidado de enfermagem. Essa autora caracteriza as habilidades em cognitiva, analítica, comportamental e de ação.

A *habilidade cognitiva* possibilita o enfermeiro compreender as particularidades por meio do conhecimento geral para que ele possa realizar a categorização dos problemas e estabelecer a relação entre as diferentes categorias de problemas. Destaca-se a capacidade para o planejamento, identificação e resolução de problemas relacionados à prestação do cuidado de enfermagem. (op. cit.)

A *habilidade analítica* permite o enfermeiro identificar e diagnosticar problemas administrativos e assistenciais decompondo-os em diferentes partes e identificando as variáveis fundamentais, estabelecendo as relações de causa e efeito na busca de novas soluções. Essa habilidade propicia o desenvolvimento de outras capacidades: tomada de decisões baseado em pensamento crítico; avaliar as necessidades de saúde dos indivíduos, família e comunidade; planejar e avaliar o ambiente terapêutico, os recursos materiais e humanos; avaliar o desempenho da equipe de enfermagem na prestação do cuidado e a influência da cultura organizacional na implementação das ações de gerência do cuidado de enfermagem; analisar os resultados da implementação das ações de gerência do cuidado de enfermagem nos espaços institucionais. (idem)

A *habilidade comportamental* relaciona com a interação humana, aplicando padrões alternativos conhecidos e validados socialmente como formas de comunicação e de integração grupal. Exige do enfermeiro habilidades para liderar, comunicar, negociar, delegar e trabalhar em equipe. (idem)

A *habilidade de ação* refere-se à capacidade de transformar objetivos, valores, conhecimentos e alternativas comportamentais em formas efetivas de ação voltadas à prestação do cuidado direto e indireto. Abrange o comprometimento do profissional com a missão socioeconômica da instituição, envolvendo coordenação, supervisão, controle, avaliação do processo e dos resultados. (ibidem)

A assunção de cargos e funções têm exigido competências essenciais do enfermeiro, contributivas para o êxito da gerência do cuidado de enfermagem. Corroborando com as habilidades defendidas por Christovam, Furukawa; Cunha (2010) descrevem que o conhecimento (saber), a habilidade (saber-fazer) e as atitudes (saber ser/agir) são necessários para o enfermeiro no exercício gerencial. O conhecimento corresponde a uma série de informações assimiladas e estruturadas pelo indivíduo; a habilidade corresponde à capacidade de aplicar e fazer uso do conhecimento adquirido; e a atitude refere-se aos aspectos sociais e afetivos relacionados ao trabalho que explicam o comportamento do indivíduo.

Nesse sentido, o gerenciamento do cuidado contempla as relações interpessoais no trabalho que dependem da capacidade comunicacional dos profissionais, da participação da enfermagem na estrutura institucional, das relações internas da própria equipe de enfermagem, além das relações com as áreas de apoio, com a equipe multidisciplinar e com o cliente. (GONÇALVES, 2006).

Considera-se que o processo de trabalho de enfermagem é amplo, compreendido como uma prática de gerenciamento do cuidado, na qual o profissional articula os saberes gerenciais visando atender as necessidades de cuidado do cliente e ao mesmo tempo da equipe e da instituição. Para Gaidzinski et al (2004), a importância da função gerencial tornou-se elemento integrante do trabalho do enfermeiro.

O processo de trabalho do enfermeiro envolve o cuidar/assistir, administrar/gerenciar, pesquisar e ensinar, sendo que, no interior do contexto hospitalar prevalece o cuidar e o gerenciar, em uma perspectiva dialética.

Cabe explicar que a perspectiva dialética nesta dissertação apresenta duplo sentido. Ora no sentido hegeliano tratado no conceito de gerenciamento de enfermagem por Christovam (2009); ora no sentido platônico tratado como dicotomia em que há “divisão de um conceito em duas partes”. Importa dizer, portanto, que o termo dicotômico pertence

dialética e não abarca, por si e em si, apenas a ideia de contraposição. Ele pode trazer a “ideia de distinção, abrangendo muitas outras que, no entanto permanecem separadas e exteriores umas às outras” (ABBAGNANO, 2007).

De acordo com Kurcgant (2010), o trabalho em enfermagem constitui um processo, visto que esta atividade não produz bens a serem estocados e comercializados, como no trabalho agrícola ou industrial, e sim serviços que são consumidos no ato de sua produção, no momento da realização do cuidado.

Para Merhy (2007), o trabalho em saúde é de natureza coletiva, em que várias categorias partilham recursos técnicos e científicos na produção de cuidados, sua especificidade está no fato de ser trabalho relacional, sejam profissional-cliente ou profissional-profissional. Nesses momentos, cada um traz suas expectativas, seus saberes e entendimentos sobre saúde.

No decorrer desses momentos, os profissionais compartilham seus saberes, tecnologias e percepções, constituindo um leque de conhecimentos e habilidades para que possam atender as necessidades dos clientes e dos demais profissionais (MERHY, 2007).

Em suma, para o enfermeiro o gerenciamento do cuidado é condição já imbuída à vida profissional diária, pois a gestão encontra-se elencada ao cotidiano frente aos cuidados prestados sejam esses diretos e indiretos, permitindo um clima de interação, conhecimento, e desenvolvimento, impulsionando mudanças e fortalecendo a prática.

Por fim, lidar com dificuldades na prática gerencial sejam elas provenientes do cuidado direto ou da estrutura da instituição, requer habilidades específicas que, muitas vezes, não estão na literatura ou nos protocolos institucionais. Nesses momentos, o cuidado de enfermagem demanda experiência prática, aliada ao conhecimento científico para que possa assistir com qualidade (AGUIAR, 2009).

2.2 Estratégias na Gerência do Cuidado

Os pensamentos sobre estratégia existiam desde antes de Cristo, evoluindo por agregação de perspectivas e significados (DINIZ; CASTRO, 2010). O mais famoso livro “A Arte da Guerra” é uma prova disso, amplamente utilizado em diferentes cursos sobre gestão de empresas, em que trata o termo relacionado às alternativas e manobras utilizadas por generais em “combates militares, visando sobressair sobre inimigos de guerra”.

Diniz e Castro (2010, p. 313) explicam que: “à medida que as sociedades expandiam e as batalhas se tornavam mais complexas, generais testavam concepções estratégicas, bem e mal-sucedidas, até que um conjunto de pressupostos começou a se formar”. Para esses autores, há dez escolas do pensamento sobre estratégia subdivididas em 3 grandes grupos, a saber:

- ✓ O grupo de natureza prescritiva busca compreender “em como a estratégia deve ser formulada e menos como de fato a mesma é concebida”. Assim, há preferência em olhar para o futuro em detrimento da visão retrospectiva, engloba as linhas do design, do planejamento e do posicionamento.
- ✓ O grupo descritivo apresenta o processo pelo qual a estratégia foi realmente concebida. Em contraposição à prescritiva, essa abordagem é adotada pelas escolas empreendedora, cognitiva, do aprendizado, do poder, a cultural e a ambiental.
- ✓ O último grupo assume a ideia de estratégia com a de configuração, entendendo que o processo estratégico pode ser descritivo ou prescritivo, desde que seja adequado ao ambiente, ao ciclo de vida da organização, bem como às características internas da firma.

No presente estudo, as estratégias no gerenciamento do cuidado de enfermagem vinculam-se às atividades/ ações exercidas por enfermeiros para enfrentarem as situações-problemas existentes no cotidiano do trabalho da UTI. Considerando a complexa dinâmica do processo de trabalho da enfermagem dentro de uma instituição hospitalar, em especial de uma UTI, adota-se as ideias sobre estratégias defendidas por Mintzberg et al (2006).

Esses autores (op. cit., p.17) abandonam a ideia de que primeiro se deve formular a estratégia e depois a implementa, com base nas estruturas organizacionais e nos sistemas de controle. Entendem que:

formulação e implementação estão interligadas como processos interativos complexos nos quais políticas, valores, cultura organizacional e estilos gerenciais determinam ou constroem determinadas decisões estratégicas. E estratégia, estrutura e sistemas se juntam de maneira complexa para influenciar os resultados.

A organização do processo de trabalho de Enfermagem, assim como suas estratégias gerenciais estão sendo discutidas no sentido de encontrar novas alternativas que atendam às demandas atuais, a partir da compreensão de suas raízes históricas. Para compreender esse processo, parte-se da definição do termo estratégia do grego *strátegos*, deriva de duas palavras gregas: *stratos*, que significa exército e *ago*, liderar, guiar, mudar de direção.

Mintzberg é um dos membros do terceiro grupo descrito por Diniz e Castro (2010, p. 313). Por isso, pensa a estratégia sob muitas definições, que denomina de os Ps, a saber: estratégia como Plano, Pretexto, Padrão, Posição e Perspectiva.

Como planos, o curso de suas ações pode ser *conscientemente pretendido*, surgindo estratégias gerais ou específicas criadas antes das ações que se quer implantar e são desenvolvidas de forma proposital. Se esse plano se configura como uma manobra específica para se opor a um concorrente, torna-se estratégia de pretexto – traduzido por vezes em barganhas. Todavia, uma estratégia apenas como plano em si não é suficiente, necessitando ser “uma definição que englobe o comportamento resultante”; daí a ideia de um padrão em uma corrente de ações. A estratégia como posição é a localização da organização em um dado ambiente, defendidos por autores de planejamento estratégico como ambiente interno e externo e por Tzu como clima e terreno. A quinta e última definição é um olhar para dentro da cabeça dos estrategistas coletivos, mas com uma visão ampliada, cuja perspectiva se dá de sua posição e de sua maneira de ver o mundo. Por fim, os autores alertam para a fundamental importância de que essa perspectiva é compartilhada pelos membros de uma organização, por suas intenções e ações Mintzberg et al (2006, p.24-27).

A variabilidade de conceitos para estratégia permite apresentar, a seguir, a visão de outros autores. Segundo Chiavenato; Sapiro (2009), a estratégia consiste em escolher, dentre as várias hipóteses existentes, qual deve ser selecionada de acordo com os aspectos internos e externos da organização e tomar as decisões com base nessa opção.

Relaciona-se ao planejamento das ações visando resultados eficientes e eficazes. Para Sun Tzu, quando uma estratégia é desenvolvida e implementada, está sujeita a alterações, porque, as situações não permanecem estáticas. Ressalta que, o controle é essencial para qualquer estratégia, contudo, para ser realizado, precisam coletar, conferir e analisar as informações (HOU, 2005).

Assim, um planejamento adequado fornece ao administrador um meio de controle e estimula melhor o uso de recursos. No momento do planejamento o gerente deve identificar os objetivos de curto e longo prazo e as mudanças que devem ser efetuadas para garantir que

os objetivos serão atingidos. Para identificar os objetivos de curto e longo prazo deve-se ter visão e criatividade (MARQUIS; HUSTON, 2010).

Nessa perspectiva, o planejamento, como instrumento do processo de trabalho gerencial, compreende-se como um conjunto de conhecimentos práticos e teóricos ordenados de modo a possibilitar a interação com a realidade, programar estratégias e ações necessárias para alcançar os objetivos preestabelecidos (KURCGANT, 2010).

Sun Tzu afirma que o processo de planejamento estratégico consiste em cinco estágios: avaliação da situação; formulação de metas e estratégias; avaliação de estratégias; implementação e controle estratégico. Todavia, o último estágio atua como mecanismo de feedback para os primeiros estágios (HOU, 2005).

O planejamento estratégico é um processo contínuo de formulação e execução de estratégias organizacionais a fim de trazer a inserção da organização e de sua missão no ambiente onde atua. Para isso, é necessário organizar as atividades necessárias à execução das decisões tomadas e, por meio de uma reavaliação sistemática, verificar os resultados em face às expectativas esperadas para (CHIAVANETO; SAPIRO, 2009).

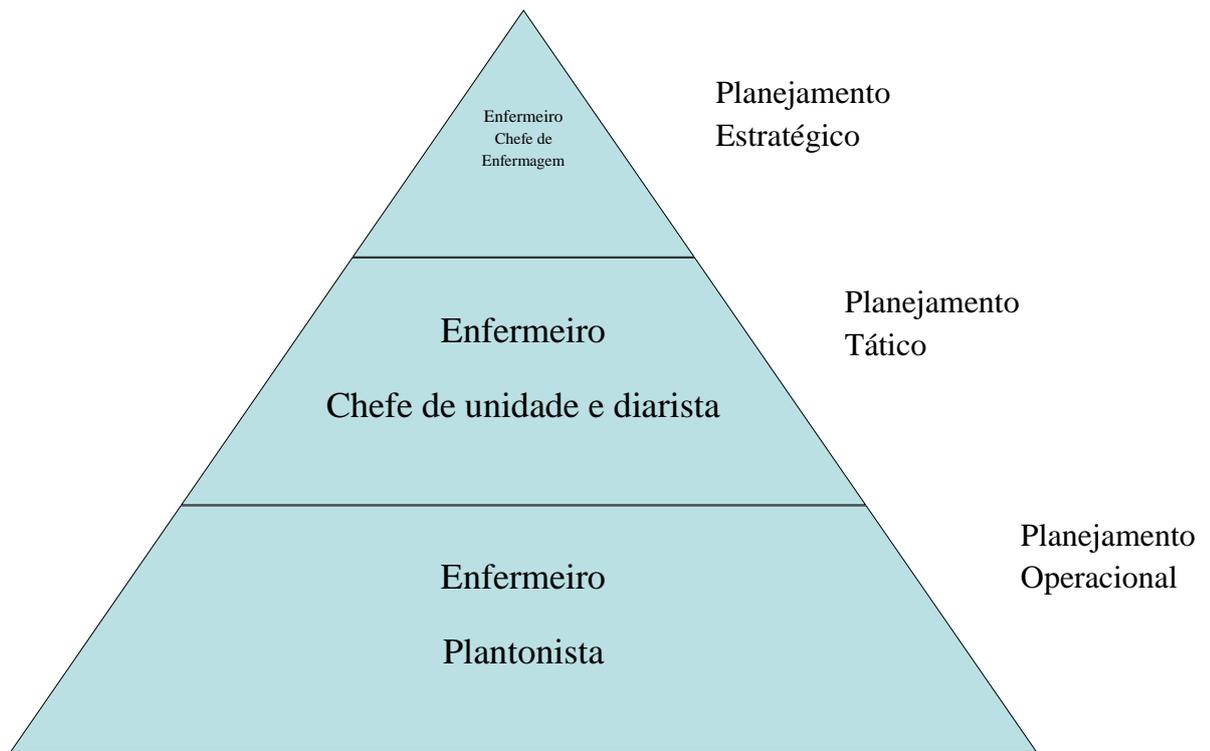
A organização de uma instituição é visualizada em níveis hierárquicos importantes, existindo três níveis distintos de planejamento: o estratégico, o tático e o operacional, de acordo com Chiavenato e Sapiro (op. cit), a saber:

O planejamento estratégico envolve a organização como um todo preocupando em atingir os objetivos em nível organizacional. As tomadas de decisão são projetadas em longo prazo. Corresponde ao plano maior, o qual todos os planos demais estão subordinados.

O planejamento tático abrange uma unidade organizacional, se estende em médio prazo. É desenvolvido em nível do poder intermediário da organização. São desdobramentos do planejamento estratégico e delineiam o que compete às diferentes frações da organização para consecução dos objetivos organizacionais.

O planejamento operacional é proposto para atividades a serem desenvolvidas em curto prazo. Preocupa-se com objetivos específicos. Refere-se especificamente a tarefas e operações realizadas no nível operacional da organização.

Em relação ao nível hierárquico que o enfermeiro ocupa na instituição, as ações da gerência do cuidado do enfermeiro estão diretamente relacionadas ao planejamento. Como demonstrado na figura 1, a seguir:



Fonte: O próprio autor.

Muitas organizações de saúde ou de outro ramo de atuação não se desenvolvem e não crescem devido à falta de elaboração do planejamento estratégico. Muitas empresas pequenas não dão a devida importância a esse processo de gestão. Porém, aplicado isoladamente, se mostrará insuficiente, pois é necessário que, no processo de planejamento estratégico, todos os planos táticos e operacionais sejam criados de forma integrada e articulada (CHIAVENATO; SAPIRO, 2009, SANTOS, 2010).

Nota-se que a maioria das grandes organizações de saúde estão incorporando e implementando este processo de gestão em suas organizações. Isso se dá, atualmente, porque é fundamental que a organização tenha definido sua forma de gestão e isso acontece por meio, da implantação do planejamento estratégico (SANTOS, 2010).

Dessa forma, o princípio básico para um bom gerenciamento é o planejamento, pois a partir dele se norteia todo o processo gerencial e dá suporte a tomada de decisão e para implementar as estratégias elaboradas. Ele envolve, portanto, raciocínio, reflexão e análise sobre a maneira de realizar determinadas atividades, bem como a sua abrangência.

A busca por novas formas de gestão nos serviços de Saúde torna-se necessária a incorporação de novos conhecimentos e habilidades, sintonizados a uma prática

administrativa mais aberta, mais flexível e participativa, fundamentada não só na razão, mas também na sensibilidade dos gestores.

Manenti et al (2012) afirma que o modelo de gestão por competências aponta para três transformações: a primeira consiste na ocorrência de situações não previsíveis, exigindo do indivíduo a agregação de recursos para a resolução de situações extraordinárias; a segunda está centrada na necessidade de melhoria nos processos de comunicação e a terceira, objetiva estratégias de excelência em serviços em relação ao atendimento as necessidades dos clientes.

A adoção de estratégias gerenciais contribui para a dinamização do serviço, além de ampliar a observação dos enfermeiros sobre os fatores que interferem no processo de trabalho. A Enfermagem carece acompanhar as transformações da sociedade contemporânea, assim espera com esse estudo discutir as estratégias utilizadas no gerenciamento do cuidado de enfermagem aos clientes oncológicos na unidade de terapia intensiva.

Portanto, o mercado profissional espera que enfermeiro tenha capacidade para trabalhar com conflitos, enfrentar problemas, negociar, dialogar, argumentar, propor e alcançar mudanças, com estratégias que o aproximem da equipe e do cliente, contribuindo para a qualidade do cuidado, ou seja, espera-se do enfermeiro uma capacidade para gerenciar (GRECO, 2004).

CAPÍTULO III METODOLOGIA

3.1 Abordagem e Tipologia do Estudo

A metodologia é um instrumento de produção do conhecimento que determina os procedimentos necessários para abordar o objeto de estudo. Permite que a realidade social seja reconstruída como um objeto do conhecimento, através de um processo de categorização possuidor de características específicas que une o teórico ao empírico. A garantia do rigor da pesquisa depende de seu método (DEMO, 2005).

Apresenta-se neste capítulo o delineamento do estudo para o reconhecimento das estratégias de gerenciamento do cuidado prestado pelos enfermeiros aos clientes oncológicos internados na Unidade de Terapia Intensiva.

Trata-se de um estudo com método qualitativo e do tipo descritivo. Para Minayo (2006), a pesquisa qualitativa responde a questões muito particulares, porque trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis. As informações surgiram, a partir de dados que detalham o contexto deste estudo.

O termo qualitativo implica em uma partilha densa com pessoas, fatos e locais que constituem objetos de pesquisa, para extrair desse convívio os significados visíveis e latentes que somente são perceptíveis a uma atenção sensível e, após essa aprendizagem, o autor interpreta e traduz em um texto, cuidadosamente escrito, com perspicácia e competência científicas, os significados patentes ou ocultos do seu objeto de pesquisa (CHIZOTTI, 2003).

Os estudos descritivos possuem como objetivo principal a descrição das características de determinada população, levantando suas opiniões e atitudes, com possibilidade de determinar a natureza destas relações (GIL, 2002).

3.2 Cenário do Estudo

O estudo foi realizado em um centro de tratamento intensivo de um hospital público federal localizado na cidade do Rio de Janeiro especializado no tratamento oncológico, por ser referência nacional em oncologia. O instituto possui quatro unidades hospitalares e um centro de transplante de medula óssea.

Esse centro de terapia intensiva localiza-se no 10º andar da Unidade I, dividido em Centro de Terapia Intensiva – CTI e Unidade de Pós Operatório - UPO, constituído por dez leitos e nove leitos (estando quatro bloqueados atualmente), respectivamente. O espaço físico abrange (ANEXO I): recepção, salas de chefias de enfermagem e médica, sala de reunião, copa, banheiro, repouso de enfermagem (1) e médico (2, sendo um com banheiro), depósito para materiais - almoxarifado, local para lavagem e preparo de materiais, depósito para armazenagem de materiais ventilatórios (ambú, umidificador, circuito) e os próprios setores CTI e UPO que estão separados por um corredor.

O setor é composto por aparatos tecnológicos, como por exemplo: bombas de infusão, monitores para monitorização hemodinâmica, ventiladores mecânicos, incluindo monitores e ventiladores de transporte além de camas eletrônicas.

A equipe de enfermagem é dimensionada para oferta de cuidados nas 24 horas. No CTI durante o serviço diurno, conta-se com três enfermeiros plantonistas, um diarista e cinco a seis técnicos e um técnico diarista; na UPO, é composto por um enfermeiro plantonista e um diarista e três técnicos de enfermagem. Para o serviço noturno no CTI, há dois enfermeiros e cinco a seis técnicos e na UPO, dois enfermeiros com três técnicos. Porém, faz-se necessário ressaltar que um número importante de licenças e faltas acontecem que incidem na taxa de absenteísmo, precisando haver sempre remanejamento de um local para outro e consequentemente a UPO permanecendo com um enfermeiro, principalmente no serviço noturno.

3.3 Participantes do Estudo

Participaram do estudo vinte e três (23) enfermeiros, dos serviços diurno e noturno, lotados no referido setor de Terapia Intensiva. Como o critério de seleção dos últimos concursos públicos do hospital mencionado exigia formação de Especialização em Enfermagem Intensivista e/ou Enfermagem em Oncologia, assim, os participantes do estudo apresentaram essa titulação. O critério de exclusão foi a escolha de profissionais que estivessem em férias ou licença de qualquer natureza no período de coleta de dados, assim três enfermeiros não participaram do estudo por estarem de licença médica.

3.4 Aspectos Éticos

O projeto de pesquisa foi submetido e aprovado pelos Comitês de Ética em Pesquisa da Instituição Proponente e Coparticipante (ANEXO II e III), conforme a Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, com relação à pesquisa envolvendo seres humanos, que o regulamenta. Atendendo as exigências do Comitê de Ética em Pesquisa da Instituição Coparticipante, foi solicitada a autorização do chefe de divisão de enfermagem e chefes da equipe de enfermagem e médica do setor para realização da pesquisa em campo (ANEXO IV).

Os participantes do estudo consentiram sua participação por meio do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE I), sendo garantido o sigilo da sua identidade e a liberdade de interromper a participação em qualquer momento da pesquisa sem que isto lhe proporcione nenhum prejuízo. Ademais, foi apresentado um Termo de Autorização de Uso de Imagem (APÊNDICE II).

3.5 Coleta dos Dados

Construiu-se um Roteiro para Coleta de Dados (APÊNDICE III) dividido em dois itens. O primeiro trata dos dados demográficos com a finalidade de caracterizar os participantes de pesquisa. Essas questões englobam as variáveis: sexo, idade, tempo de atuação, vínculos empregatícios, curso de especialização (lato/stricto sensu) e experiência como gerente de unidade. O segundo estimula pensar sobre situações conflituosas existentes no cotidiano institucional para a elaboração de uma situação-problema possível de ser utilizada na dinâmica de sensibilização proposta para a coleta de dados.

Essa dinâmica de sensibilização à criatividade é denominada de Jogo da Guerra, utilizado como uma metáfora às dificuldades e aos conflitos vivenciados pelos profissionais no cotidiano da vida institucional. A abordagem para induzir a discussão sobre as estratégias foi pautada no livro Arte da Guerra, de autoria de Sun Tzu. Para esse autor, a guerra exige a previsão e o preparo se o desejo é vencer, devendo-se analisar e comparar as nossas próprias condições e as de nosso inimigo, baseado em cinco fatores: clima, terreno, comando, influência moral e doutrina.

O clima refere-se às variações do tempo, temperaturas e horários. Por terreno, inclui fatores se o campo de operações é fácil ou difícil, se é aberto ou constricto. O fator comando refere-se às qualidades que um general precisa ter como: sabedoria, sinceridade,

benevolência, coragem e disciplina. Para Sun Tzu, se o soberano for sábio e capaz, conseguirá o apoio moral de seus súditos a ponto de eles estarem prontos a acompanhá-lo. Doutrina refere-se à organização, controle, procedimentos de comunicação, atribuição de responsabilidades. O gerenciamento de um grande exército é similar ao de um pequeno, é uma questão de organização e estrutura (HOU, 2005).

A entrada no campo aconteceu após a aprovação dos Comitês de Ética em Pesquisa da Instituição Proponente e Coparticipante. Houve um contato prévio com os participantes, agendando o dia para coleta de dados. Realizou-se a coleta nos dias de plantões dos participantes, conciliando a saída dos enfermeiros do serviço noturno com a entrada dos enfermeiros do serviço diurno. Além disso, ocorreu coleta somente no serviço noturno, para aqueles que não podiam permanecer após o término do horário de trabalho. A coleta sempre ocorria no início do plantão, para que não modificasse a dinâmica do plantão. À medida que os participantes fossem assumindo suas atribuições, ficaria mais difícil interromper para iniciar a coleta de dados, por isso optou-se para o começo do plantão.

Para atender o segundo item do Roteiro para Coleta de Dados, em que os participantes criaram uma situação-problema com base em experiências vivenciadas no gerenciamento do cuidado, a pesquisadora ofereceu materiais representativos de guerra utilizados por crianças em brincadeiras, tais como: soldados, redes e roupas camufladas, armamentos, canhões e viaturas de guerra, binóculos, entre outros. Em seguida, eles “jogaram” propondo as estratégias que utilizariam como forma de solucionar a situação-problema criada. Ao fim, a pesquisadora abriu para discussão, para que explicassem as estratégias e decisões tomadas, relacionado aos fatores da guerra defendida por Tzu.

Pretendia-se, inicialmente, que em cada coleta houvesse no mínimo de dois enfermeiros, para que as discussões fossem mais aproveitadas. No decorrer do processo houve um momento que a maioria já havia participado, justificando a permanência de somente um participante durante um dia de coleta. Cada enfermeiro participou somente de uma coleta (situação-problema) e para a criação de cada situação foi necessário somente um encontro.

Assim, em cada coleta, houve a participação variada de um a cinco enfermeiros, totalizando a criação de nove situações- problemas. Em cada situação descrita numericamente de 1 a 9, participaram um determinado número de enfermeiros:

Situação – problema 1 – cinco enfermeiros (E1 – E5)

Situação – problema 2 – dois enfermeiros (E6 e E7)

Situação – problema 3 – dois enfermeiros (E8 e E9)

Situação – problema 4 – um enfermeiro (E10)

Situação – problema 5 – quatro enfermeiros (E11 – E14)

Situação – problema 6 – dois enfermeiros (E15 e E16)

Situação – problema 7 – dois enfermeiros (E17 e E18)

Situação – problema 8 – três enfermeiros (E19 – E21)

Situação – problema 9 – dois enfermeiros (E22 e E23)

A escala diária e o número reduzido de profissionais se revelaram como os assuntos que mais se destacaram como de difícil resolução para gerenciar o cuidado de enfermagem. A coleta ocorreu entre junho e setembro do ano de 2014, a fim de ter a oportunidade de captar o maior número de enfermeiros.

Para garantir a fidedignidade do conteúdo na análise e caracterização das estratégias, todo o processo de criação e jogo foi filmado e gravado, com a câmera fotográfica modelo Nikon AW100.

3.6 Apresentação e Análise dos Dados

A análise dos dados foi fundamentada segundo a técnica de análise de conteúdo de Bardin (2008), que conceitua como um conjunto de técnicas de análise das comunicações, utilizando-se procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens. A intenção da análise de conteúdo é a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção inferência esta que recorre a indicadores (qualitativos ou não).

Sobre a análise de conteúdo, Minayo (2006) corrobora ao dizer que se constitui na análise de informações sobre o comportamento humano, possibilitando uma aplicação bastante variada, com as funções de verificação de hipóteses e/ou questões e descoberta do que está por trás dos conteúdos manifestos. Polit (2011) complementa que envolve examinar o conteúdo dos dados narrativos para identificar temas e padrões proeminentes.

Após a escuta exaustiva, posterior transcrição das falas e análises dos conteúdos, se elaborou as seguintes unidades de significação, de acordo com os depoimentos dos participantes: gestão de pessoas, saber-fazer e negociação. Entretanto, seguindo as releituras e durante o processo de análise, se constatou que alguns depoimentos se fundiam, surgindo as seguintes unidades de significação: Dimensionamento de Pessoal, Negociação e Trabalho em Equipe. Para Bardin (2008), a unidade de significação ou de registro é uma unidade de

segmentação ou de recorte, a partir da qual se faz a segmentação do conjunto do texto para análise. Pode ser definida por uma palavra, uma frase ou segmento do texto.

Essas unidades de significação proporcionaram a emersão da seguinte categoria: As estratégias dos enfermeiros para minimizar problemas e conflitos gerados por inadequado dimensionamento de pessoal.

Cabe esclarecer que não foi possível atender a validade interna no que concerne à devolução das transcrições dos depoimentos aos participantes, por se tratar da realização de dinâmicas para o Jogo da Guerra com vários enfermeiros em um mesmo jogo.

CAPÍTULO IV

DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Este capítulo apresenta a discussão dos resultados dividido em dois subcapítulos. O primeiro apresenta os dados demográficos dos participantes da pesquisa e as situações-problema do Jogo da Guerra, que contribuíram fundamentalmente para os dados qualitativos. O segundo discute a categoria que emergiu na análise dos conteúdos dos depoimentos dos enfermeiros para explicar a situação de guerra criada e jogada.

4.1 Dados demográficos dos participantes

Apresentamos as características do grupo estudado em relação ao sexo, idade, tempo de atuação no instituto, números de empregos, experiência no exercício gerente de unidade e formação lato/stricto sensu.

Tabela 1

Perfil sociodemográfico dos enfermeiros. Rio de Janeiro, 2014.

Característica sociodemográfica		Frequência	Percentual
Sexo	Feminino	17	74
	Masculino	6	26
Faixa etária	20 a 29 anos	4	17,4
	30 a 39 anos	12	52,2
	40 a 49 anos	6	26,1
	50 a 59 anos	1	4,3

Fonte: O próprio autor

A tabela 1 revela que há predominância do sexo feminino (74%) entre os profissionais. Por ser uma profissão predominantemente feminina, a maioria dos participantes eram enfermeiras.

Segundo dados do Conselho Federal de Enfermagem – COFEN (2011), dentro do contexto de enfermagem os profissionais são 1.449.583 profissionais em todo o Brasil, incluindo enfermeiros, técnicos, auxiliares e parteiras. A categoria de enfermeiros

corresponde a 287.119 profissionais (19,81%). Sendo que a maioria dos profissionais é do sexo feminino, os quais correspondem a 87,24% dos profissionais.

A maioria dos participantes está situado na faixa etária de 30 a 39 anos (52,2%), o que demonstra uma jovialidade entre os enfermeiros no mercado de trabalho.

Segundo COFEN (2011), a concentração da faixa etária predominante entre os enfermeiros é a de 26 a 55 anos, sendo que a grande maioria está na faixa de 26 a 35 anos, a qual representa 43,79% do total de enfermeiros.

Tabela 2

Perfil profissional dos enfermeiros. Rio de Janeiro, 2014.

Característica profissional	Frequência	Percentual	
Tempo de atuação no instituto	01 a 10 anos	17	74
	11 a 20 anos	5	21,7
	21 a 30 anos	1	4,3
Número de empregos	1 emprego	13	56,5
	2 empregos	9	39,1
	3 ou mais empregos	1	4,4
Experiência no exercício de Gerente de unidade	Sim	14	60,9
	Não	9	39,1

Fonte: O próprio autor.

A tabela 2 aponta que 74% dos participantes trabalham menos de 10 anos de no instituto, esse número justifica-se pela ocorrência do concurso público para o instituto no ano de 2010.

Observa que 39,1% possuem dois vínculos empregatícios e 4,4 possui três ou mais vínculos. Ressalta que, a carga horária do instituto é de 40 horas semanais. Segundo legislação vigente no estado do Rio de Janeiro, o limite permitido são de 60 horas semanais. Infere-se que, devido à frequente insatisfação salarial, os profissionais de enfermagem tendem a ter outros empregos para completar a renda mensal.

Segundo Silva e Cunha (2012), existe relação entre a jornada de trabalho e o estresse. A jornada estendida e, conseqüentemente, maior exposição a situações de estresse podem desencadear reações com efeitos cumulativos e gerar problemas físicos e mentais, visto que, sua grande parte tem dupla jornada de trabalho.

Verifica-se a experiência gerencial entre os enfermeiros (60,9%), demonstrando que eles possuem conhecimentos adquiridos, os quais contribuiriam para gerir sua equipe de trabalho e facilitaria a tomada de decisões.

Quadro 1

Cursos de pós-graduação lato/stricto sensu realizados pelos enfermeiros.

CURSOS DE PÓS-GRADUAÇÃO	Frequência
<i>Lato Sensu</i> <i>Especialização</i>	
Enfermagem em Terapia Intensiva	11
Enfermagem em Terapia Intensiva e Enfermagem do Trabalho	1
Enfermagem em Terapia Intensiva e Enfermagem em Estomaterapia	1
Enfermagem em Terapia Intensiva e Enfermagem em Neonatologia	1
Enfermagem em Terapia Intensiva e Enfermagem em Oncologia	1
Enfermagem em Terapia Intensiva e Enfermagem em Cardiologia	2
Enfermagem em Oncologia e Enfermagem do Trabalho	2
Enfermagem em Oncologia e em Auditoria	1
Enfermagem em Oncologia e Pediátrica e Puericultura	1
Enfermagem em Cardiologia	2
Total	23
<i>Stricto Sensu</i>	
Mestrado em Enfermagem	6

Fonte: O próprio autor.

Há uma representação de qualificação entre os enfermeiros, em que uma grande parcela possui mais de uma especialização, além de outros estarem em cursos de stricto sensu

em andamento. Esse interesse dos enfermeiros em estar se capacitando ou qualificando demonstra a busca para melhoria como profissional de saúde.

Cabe esclarecer que os dados dos participantes (n=21) com especialização em terapia intensiva e oncologia pode ser explicado com o processo seletivo institucional, cuja exigência é que os candidatos à seleção do concurso federal devem comprovar o título de especialização em terapia intensiva e/ou oncologia.

4.2 Apresentação das situações-problema

A seguir, apresenta as descrições das situações-problema criadas e jogadas pelos participantes. Houve nove situações-problema, em que os enfermeiros relataram as experiências que consideravam conflituosas. Assim, nomeou-se um título para cada situação, considerando o motivo do Jogo da Guerra.

Para efeito de análise dessas nove situações-problema, optou-se por relacioná-las com as dimensões discutidas no estudo de Teixeira et al (2004).

Para essa autores, os modelos assistenciais orientam a organização dos serviços de saúde e se dividem em três dimensões: gerencial, organizativa e técnico-assistencial, a saber:

✓ *Dimensão gerencial* – referente aos mecanismos de condução do processo de reorganização das ações e serviços de saúde.

✓ *Dimensão organizativa* – estabelecimento das relações entre as unidades de prestação de serviços, considerando a hierarquia dos níveis de complexidade tecnológica do processo de cuidado.

✓ *Dimensão técnico-assistencial* – relações estabelecidas entre os sujeitos das práticas e seus objetos de trabalho, relações estas mediadas pelo saber e tecnologia que operam no processo de trabalho em saúde.

Dimensão Gerencial

Situação – problema 1: Escala Mensal



No decorrer dessa situação 1, os enfermeiros relataram como sendo um problema de difícil resolução, a *escala mensal*. Segundo os enfermeiros “O que mais incomoda é a escala (E1)”; “Mas eu acho que pra todo mundo aqui!”; “Eu acho que a escala ainda fosse menos dolorida, eu acho que não ia influenciar o serviço inteiro (E3).”

Os soldadinhos agachados representam os enfermeiros, se arrastando, exaustos para conseguirem fazer tudo o que pode. E os soldados que estão em pé, para os enfermeiros nessa situação, representam os outros colegas da categoria que não se colocariam para ajudar a escala de plantão, principalmente durante a noite, quando o número de enfermeiros é menor.

De acordo com os participantes, o terreno é “arenoso e conturbado (E2)”. As pedras simbolizam as dificuldades decorrentes do número reduzido de profissionais, técnico de enfermagem e enfermeiro.

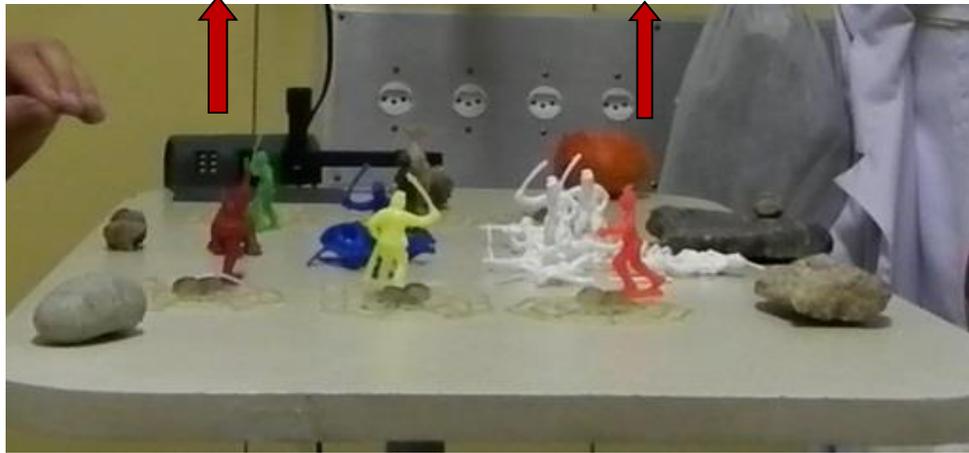
O tanque de guerra representa o cenário de guerra, onde eles precisam criar estratégias para gerenciar o cuidado de enfermagem decorrente do número reduzido de profissionais durante o plantão.

Situação-problema 2: Gerenciar o número de profissionais

Ângulo 1

Gerência geral - divisão

Sentimento pela profissão



Ângulo 2



Enfermeiros

Problemas com déficit
de pessoal

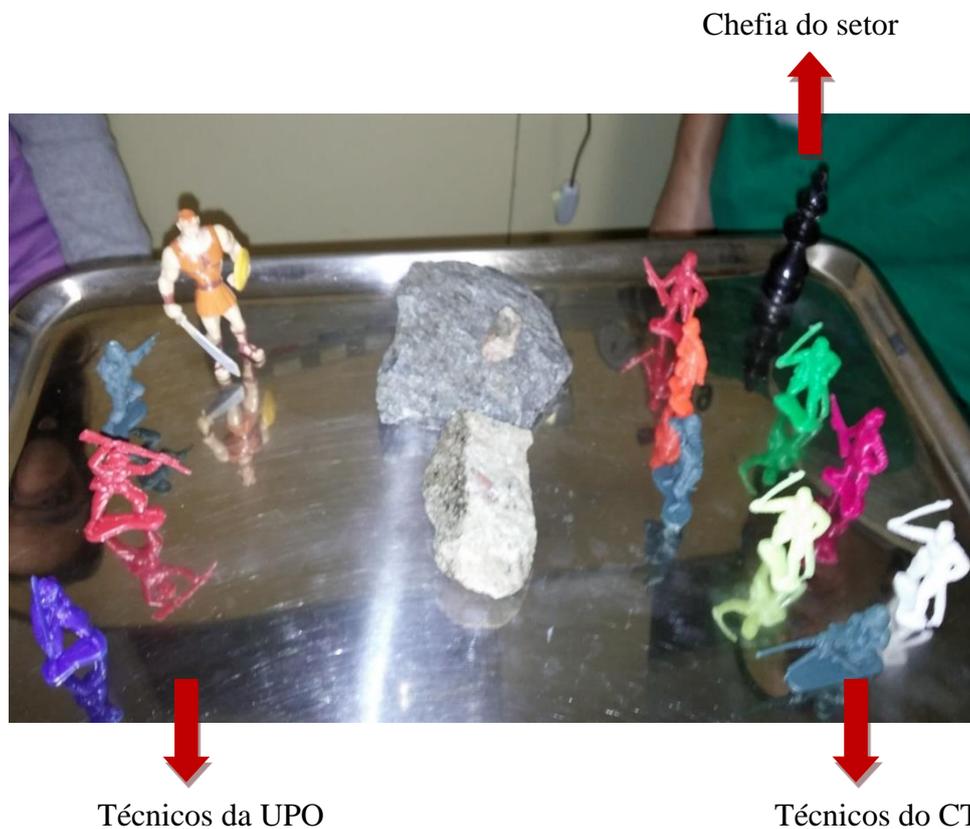
Durante essa situação-problema, os enfermeiros descreveram como “um cenário fechado, esse cenário representa o CTI/UPO, onde “temos *dificuldade para gerenciar o número de profissionais* que são lotados nesses setores”; “como se eles estivessem aprisionados. Chegamos ao plantão e como resolver? E aqui a gente simboliza, fazendo uma escala hierárquica, os enfermeiros na linha de frente e os técnicos aqui em número reduzidos tentando resolver essa problemática do número de pessoal (E6)”.

Os problemas são traduzidos pela escolha das teias de aranha, com impacto na assistência, devido ao déficit da assistência relacionado ao número reduzido de profissional.

A leitura que possuem em relação à gerência geral é: “tentamos simbolizar aqui uma salinha da gerência geral em decadência. A gente entende que é uma cascata, se lá no topo as coisas não estão boas, vão cair aqui na assistência (E6).”; “Estamos falando na gerência geral, topo, a direção, a divisão (E7).”; “O que eu observo também que as gerências setoriais não tem o poder de decisão para que esse cenário seja modificado. Essa gerência geral não dá esse poder. As pessoas ficam muito aprisionadas nessa gerência geral (E6).” “Como se fossem manipuladas, façam isso, não façam isso... está autorizado, não está autorizado (E7).”

Dimensão Organizativa

Situação-problema 3: Quantitativo de recurso humano



Na situação-problema 3, os participantes “representaram os setores de UPO e CTI os quais são muitos interligados e possuem problemas de *escala* (E8).” “A rainha (peça do xadrez) seria a chefia dos setores e localiza em um determinado campo geográfico (E9)”.

As pedras representam “um muro que muitos não veem como dificuldade para transpor e entrar em um diálogo e resolver o problema da diferença de *quantitativo de recursos humanos*. Mas para algumas pessoas existem verdadeiros muros entre os dois setores (E9).” Para os participantes, essa situação era mais evidente no passado: “Ceder um

funcionário é visto como mediação de poder, o qual seria mais fraco aquele que está cedendo o funcionário para o outro setor (E8)”.

Os soldados representam os técnicos de enfermagem da UPO e CTI. Os que estão à frente desses soldados representam os enfermeiros dos dois setores.

Situação-problema 4: Número reduzido de profissionais



O participante relatou uma situação de ter uma “unidade sempre cheia e na maioria das vezes, ter um *número reduzido de profissionais*. Número reduzido de forma que eu não consigo prestar uma assistência no mínimo digna para o cliente, prestar cuidados sob nossa responsabilidade (E10).”

Descreveu a casinha como sendo o hospital e ele seria o soldado. “Eu seria esse soldado aqui, que está indo para esse hospital aqui para tentar, eu nunca chego com a ideia que eu vou conseguir, infelizmente, mas vou tentar. Eu nunca sei a realidade do hospital que vou encontrar no plantão (E10).”

Refere que a borboleta seria a transformação proporcionada ao cliente com sua assistência: “coloco sempre os nossos clientes na condição que minha assistência e da minha equipe pudesse transformar esse paciente, que seja um pontinho, mas houve uma transformação. Só que eu só atingi a transformação de saí desse momento lagarto, que foi quando eu encontro esse cliente no início do plantão, até a proposta que eu tenho, proposta

peçoal, até 7h da manhã eu transformá-lo dentro do que for possível numa borboleta. Eu sempre encontro pedras no caminho durante esse plantão (E10).”

Para preservar o cliente, ele mencionou a camisinha e para isso ele cria estratégias. Para “jogar” as estratégias, ele simbolizou com o dado. Segundo ele precisa “observar quem são, dos 10 clientes que eu recebo, os mais graves para poder direcionar com essa equipe reduzida, os clientes que eu vou ter uma atenção maior. E acaba indo contra uma lógica do próprio setor (E10).”

O carro simboliza a velocidade que no decorrer do “jogo” ele precisa desempenhar, porém relata que ser veloz não necessariamente significa ser “eficaz e eficiente (E10)”. Precisa “correr contra o tempo, tenho que prestar o mínimo de cuidado dentro dessas 12 horas (E10).”

Assim, para esse enfermeiro, a cada plantão ele imagina que está indo para uma guerra representado pela cavalaria blindada – o tanque de guerra. Assim afirma que: “Fico pensando o que me aguarda lá. Tem momentos que eu chego armado, outros que eu chego desarmado. Porque eu tenho essa insatisfação, essa insegurança, como vai ser meu plantão, quem estará comigo. E de que forma eu vou atender essa população que não tem nada a ver com isso (E10).”

Situação-problema 7: Trabalho em equipe – divergências entre categorias



O problema vivenciado pelos enfermeiros nessa situação-problema foi a transferência de um paciente para enfermaria, para que pudesse admitir outro proveniente do centro

cirúrgico. “Aqui é a enfermeira do pós-operatório, nós tínhamos um paciente pra descer, mas a família não quer levar o paciente da enfermaria e o leito já foi dado pelo médico, pela manhã para o centro cirúrgico (E17).”; “A enfermeira do centro cirúrgico já ligou dez vezes pra saber se vai ter a vaga ou não, o anestesista tá querendo a vaga porque ele não quer levar o paciente pra RPA, que a RPA tem que ser fechada às 7:00 horas da noite, não pode ficar ninguém de plantão lá pra cuidar do paciente (E18).”; “E eu tenho quatro pacientes pra fazer curativo, pra examinar, pra evoluir... Não consigo fazer nenhum cuidado nos meus pacientes. E ligam pra gente a cada dez minutos pra fazer a mesma pergunta. Uma hora a enfermeira, uma hora um cirurgião, outra hora o anestesista e a gente tendo que cuidar dos outros quatro, além de atender o telefone dez vezes seguidas (E17).”

Os enfermeiros estão sendo representados pelas peças do jogo de xadrez. Os bonecos deitados simbolizam os clientes internados na UPO. As pedras representam os problemas vivenciados nessa situação.

Outros problemas vivenciados pelos enfermeiros são a centralização de tarefas no enfermeiro, a carga horária de trabalho intensa associado ao absenteísmo. “Eu acho que a gente acaba abraçando tudo. Eu já tinha telefonado pra assistente social, que isso é um problema social (E17).”; “A enfermagem aqui (...), em geral, ela fica tomando todas as responsabilidades (E18)...”; “Tem uma carga horária muito grande de trabalho e, associada a essa carga horária grande, a gente tem um índice de absenteísmo muito alto aqui; porque as pessoas ficam doentes e não tem cobertura dessa doença. Então, uma equipe que era pra ter cinco enfermeiros, tem três, às vezes, dois [considerando CTI e UPO juntos] (E17).”

Dimensão Técnico-assistencial

Situação-problema 5: Relacionamento interpessoal



Nessa situação-problema, os enfermeiros representaram a aranha como sendo “*as situações difíceis, são diferenças de comportamento, de humor, não só porque ela é venenosa, mas porque são situações diferentes, as pessoas têm as suas peculiaridades* (E11).”; “Na verdade, acho que é a diferença de gênios, de comportamento. E, sim, tem umas pessoas que são mais maldosas. Acho que todos nós temos um quê de difícil, mas existem diferenças mesmo, pessoas que têm a bipolaridade, ou que você pensa verde, eu penso amarelo (E11).”

Segundo eles, a pedra significa a escalada que precisam fazer diariamente. “A gente tem que escalar. Escalar mesmo, pra chegar lá do outro lado (E11).” “E o leão que é aquela personificação. Que é aquela metáfora, quando a gente mata um leão por dia (E14)”. “E olha onde os pacientes ficam. Assim, seria o que a gente faz todos os dias pra conseguir chegar ao final do plantão com as coisas, assim, preparadas de uma forma satisfatória (E11).”

E o coração representa o sentimento pela profissão “Não tem como exigir tanta coisa com uma carga, com uma escala apertada. E acho que quem sai prejudicado é o paciente. Porque, no caso, somos apaixonadas pelo paciente (E11).”; “Pela forma, porque eu acho que cuido, e cuido com amor. Cuido olhando, cuido me importando, conversando. Algumas pessoas são mais distantes, mais frias, mas não por isso elas não exerçam a função delas como enfermeiro de uma forma consistente e competente (E11).”

Situação-problema 6: Falta de pessoal

Enfermeiro e Médico



Técnicos de enfermagem

Leitos de pacientes

Nessa situação-problema 6, os enfermeiros apresentaram um setor de alta complexidade, pós-operatório cirúrgico. “Nós temos cinco leitos e vamos representar uma situação com dois eventos simultâneos de intercorrência. Nós temos cinco leitos, com cinco pacientes, um enfermeiro, dois técnicos e um médico plantonista, certo? (E15)”; “Em determinado momento do plantão, a gente já identificou, isso é uma dinâmica que se corrige com um profissional, que a gente tem que forçar ter mais um profissional, pelo número de pacientes e número de técnicos. No decorrer do plantão, aconteceu, na intercorrência identificada, uma PCR. Com isso, a equipe se direcionou a assistência, à PCR, começou a corrigir, tanto de compressão e ventilação e chamou o médico (E16).”

“Então, assim, quanto à situação, podem ocorrer várias coisas e a gente quantificar ou qualificar o nível dessa assistência, tanto pra um evento quanto pro outro, a gente consegue identificar que não seria o ideal, por falta de pessoal, nós não conseguimos dar a assistência que o outro evento necessitaria, que um profissional médico, um profissional técnico e um enfermeiro e demais técnicos pra tá realizando isso. Então, a gente já consegue identificar a primeira coisa que é a *falta de pessoal*. Tem uma situação que seria pior, a noturna, a nossa (E15).” “O período noturno (E16).”

Situação-problema 8: Relação Multidisciplinar

Enfermeiro



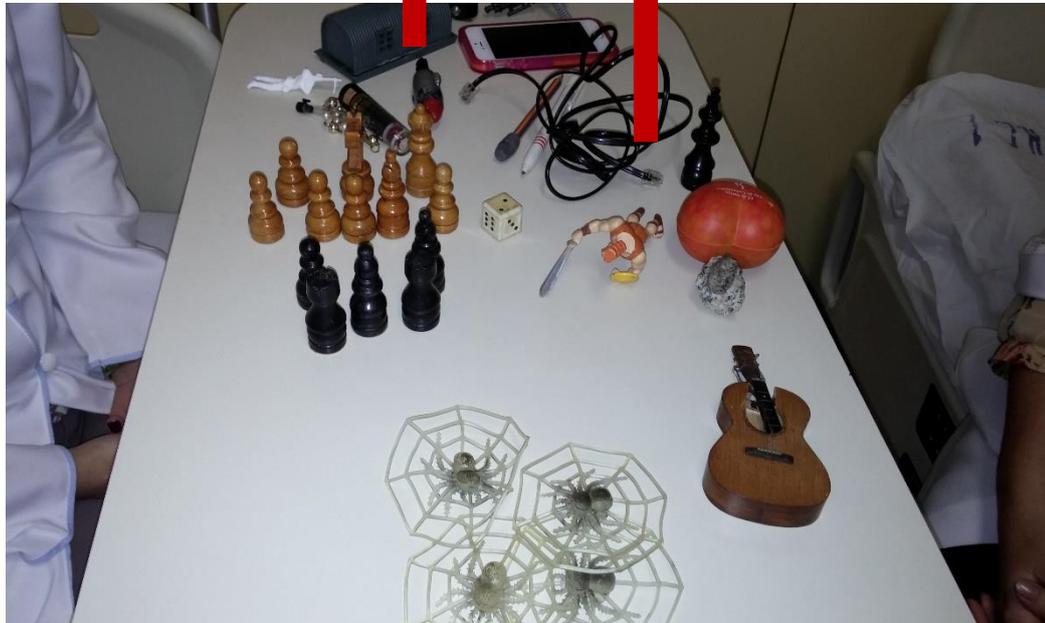
Nessa situação-problema 8, os enfermeiros referiram a relação multidisciplinar, principalmente, entre enfermeiros e médicos: “Aqui a gente tem muito problema porque a gente participa de um round que a gente não é ouvido (E20).”; “Infelizmente acaba sendo sua inimiga porque ela não te escuta... (E20)”; “Pensando em alguns profissionais, né? (E19)”; “É, em alguns. A maioria.” (E21); “A gente, na verdade, tem mesmo batido de frente, a gente, assim, a gente não concorda (E19).”

Com isso no decorrer do plantão eles [os enfermeiros – representados pelo soldado] sentem como se estivessem em uma guerra: “E aí a gente acaba todo plantão tendo que guerrear, a gente já entra armado (E20).”; “É uma das pedras (E19) [pedra – simbolizando as guerras no decorrer do plantão].”

Situação-problema 9: Dimensionar o recurso humano – remanejamento

Enfermeiros – escudo de proteção e suas armas

Foguete – desejo de sumir



A situação-problema 9 foi descrita pelos participantes como os enfermeiros representados pelo soldado com o escudo e a espada: “esse nos representa que vem para cá com seus escudos de proteção e com nossas armas, que são nosso conhecimento e nossa boa vontade. Nossa vontade de acertar, de fazer o melhor, só que não é fácil (E22)”. As peças de xadrez simbolizaram as pessoas que ali trabalham: “como se fosse um jogo que tem várias peças. Cada um com sua característica, a torre, o cavalo, o rei, a rainha, cada pessoa com um perfil que tem se deslocar. Que uma hora está aqui, outra precisa ser remanejado para lá. Precisa trocar de dia, trocar de plantão, de função e gente tem que administrar essa troca para que ninguém saia derrotado. Para que não perca nenhuma peça (E22).”; “De vez em quando uma peça cai, leva xeque-mate e sai do jogo (E22).”

Os enfermeiros utilizam algumas estratégias para que possam administrar “esse jogo”. O telefone é necessário para que entrem em contato com os demais enfermeiros, dessa forma segundo eles precisam “estar o tempo todo (E23)”. O dado é visto como elemento da sorte, porque tem momentos que acreditam que não iriam conseguir ninguém para compor a escala e “no final a gente acha que não vai conseguir e no final aparece alguém ajudando, esse emaranhado (E23)”.

A teia de aranha simboliza a rede de conhecimentos que eles detêm, porque “sabendo das pessoas que tem mais facilidades, outras tem mais dificuldades em poder estar cedendo, em poder estar contribuindo [com a escala mensal] (E22).”

Percebem em alguns momentos como viver em guerra, “tem momentos que a gente tem vontade de sumir daqui (foginete), outros momentos que a gente tem vontade de matar um (metralhadora) (E23).”; “A gente fica escondida na casinha, mesmo estando agachadinha (E23).”

A borracha mostra “sempre um renovar. A gente coloca, mas é como se fosse sempre um rascunho. Nunca é definitivo. Lápis e caneta são fundamentais junto com o telefone. A gente começa apagando e reescrevendo. Às vezes a gente tem umas pedradas, aí dói. Mas temos um coração bom (E22).”

Por fim, refere-se ao violão como algo ideal: “descobrir as potencialidades de cada um. De poder estar aproveitando o potencial de cada um, o talento que cada um tem e fazer emergir o talento do grupo. Para que o trabalho se torne mais prazeroso para todo mundo. Apesar de termos todas essas estratégias, a finalidade é essa, que o trabalho flua bem (E23).”

Após a explicação de cada situação-problema relacionada com as dimensões dos modelos assistenciais de Teixeira et al (2004), apresenta-se o quadro abaixo com a síntese de relação:

Quadro 2

Situação – problema relacionada com as dimensões.

Dimensão	Situação – problema
Gerencial	1 - Escala Mensal
	2 - Gerenciar o número de profissionais
Organizativa	3 - Quantitativo de recurso humano
	4 - Número reduzido de profissionais
	7 - Trabalho em equipe – divergências entre categorias
Técnico-assistencial	5 - Relacionamento interpessoal
	6 - Falta de Pessoal
	8 - Relação Multidisciplinar
	9 – Dimensionar o recurso humano – remanejamento

Fonte: O próprio autor.

4.3 As estratégias dos enfermeiros para minimizar problemas e conflitos gerados por inadequado dimensionamento de pessoal

Esta categoria apresenta as estratégias identificadas nos discursos dos enfermeiros para lidar com os problemas gerados pelo inadequado dimensionamento de pessoal para os cuidados de enfermagem aos clientes oncológicos internados em um centro de cuidados intensivos. Esses problemas podem comprometer a instituição ou pode levar à equipe à geração de incidentes com danos (eventos adversos) aos clientes.

O dimensionamento de pessoal como unidade de significação possibilita a emergência da categoria sob três pilares: avaliação situacional para cobertura de pessoal, escala mensal e Adicional por Plantão Hospitalar (APH). A avaliação situacional apresenta os problemas relacionados à ineficiente análise do perfil da clientela e equipe de enfermagem, carga de trabalho e oferta de leitos. A escala mensal elenca a insuficiente quantidade de enfermeiros e técnicos de enfermagem, que levam ao remanejamento e prejuízos no gerenciamento do cuidado direto e dificuldades administrativas relacionadas ao atendimento de protocolos clínicos e assistenciais, com implicações ético-profissionais. O APH é um recurso financeiro para o pagamento de plantões extras aos enfermeiros, objetivando a cobertura de plantões em que há percentual de ausências previstas (férias e recém aposentados) e imprevistas (licenças e faltas). Todavia, por vezes, o montante da verba não atende às necessidades de cobertura, havendo ineficiência na cobertura dos plantões noturnos ou de finais de semana (Quadro 3).

Essa problemática é enfrentada pelos enfermeiros através de complexas estratégias de negociação com outros profissionais de saúde, uso do poder compensatório e investimentos no trabalho em equipe (Quadro 4).

A estratégia depende de saber para onde se quer ir ou o que se quer alcançar. Segundo Júlio (2005), toda boa estratégia deve contar com pelo menos dois (2) tripés: foco-organização-disciplina e estratégia-operação-pessoas. No caso dos depoentes desse estudo, o foco está em atender as necessidades e demandas do cliente internado com dimensionamento de pessoal adequado para a oferta de cuidados isentos de riscos. Isso requer um conjunto de diretrizes para lidar com essa situação, necessita um saber-fazer sobre gestão de organizações, em especial a gestão de pessoas.

Para melhor compreender as unidades de significação, preferiu-se relacioná-las aos discursos dos enfermeiros de acordo com as habilidades cognitiva, comportamental, analítica e de ação para a gerência do cuidado de enfermagem. Para Christovam (2009), essa habilidade significa a capacidade do enfermeiro em aplicar e fazer uso do conhecimento

adquirido, para realização de atividades de cuidado direto e indireto intrínsecas à prática de gerência.

Quadro 3 – A problemática: Dimensionamento de Pessoal

Unidade de significação	Habilidades	Representatividade	Total
Dimensionamento de Pessoal (129)	Habilidade Cognitiva	Pouca atitude crítica da chefia em relação à escala de pessoal (6) Paciente oncológico – fragilidade/ complexo (2) Atividades delegáveis – contar comprimidos e separar ATB (5) Compromete a gerência do cuidado direto (2) Dano ao paciente (4) Falta de sistematização para tomada de decisão da escala (2)	21
	Habilidade Comportamental	Diferenças de pessoas/ personalidades (9) Dificuldade para análise situacional por excesso de atividades (4) Remanejamento – mediação de poder para ceder (13)	26
	Habilidade Analítica	Acúmulo de procedimentos/Carga de trabalho grande (23) Terreno CTI/UPO arenoso/Plantão como guerra (3) Adoção de critérios para bloqueio de leito quando falta médico (2) Distribuição de leitos <i>versus</i> perfil do cliente/Avaliação do médico ao paciente (6) Absentéismo (5) Dimensionamento insuficiente –cuidado e protocolos (22)	72

		Tranquilidade no serviço diurno/Caos durante o serviço noturno (9) APH - Quando há falha/ausência (2)	
	Habilidade de Ação	Não trabalha a noite, porém faz APH no SN (2) APH - não ideal, mas necessário (2) APH – beneficia equipe (4) Prioridade no final de semana (2)	10

Fonte: O próprio autor.

Quadro 4 – A estratégia: Negociação e Trabalho em Equipe

Unidade de significação	Habilidades	Representatividade	Total
Negociação e Trabalho em Equipe (89)	Habilidade Cognitiva	Enfermeiro assume assistência (9) Pouca colaboração com a situação de crise (8)	17
	Habilidade Comportamental	Consciência dos técnicos em relação ao número reduzido de enfermeiros (3) Técnicos cooperando com o serviço do enfermeiro (5) Negociar com médico – fazer somente o que for necessário pela escassez de profissionais de enf. (10) Controlar a Internação de pacientes devido ao aumento quantitativo de atividades (3) Relação enfermeiro-técnico: posicionamento do enfermeiro (6) Relação chefia e	41

		enfermeiro (6) Delegar atividades ao técnico de enfermagem (2) Pouca colaboração e bom senso mútuo na equipe do dia (6)	
	Habilidade Analítica	Não deixar de prestar a assistência – ato de coragem (1) Enfermeiro responsável por registros operacionais (3) Priorizar o que fazer na prática de cuidar (23)	27
	Habilidade de Ação	Equilíbrio na escala diária (paciente mais complexo com um menos) (4)	4

Fonte: O próprio autor.

Os estudos sobre gerenciamento organizacional permitiram evoluções no modelo gerencial das empresas, no que se refere ao reconhecimento do ser humano como um valor estratégico para o alcance dos objetivos e metas da empresa no mundo moderno. Antes considerado como um de seus recursos, o profissional ou trabalhador era encarado como sujeito servil e pouco ativo. Atualmente, busca-se dar aberturas de se posicionar frente aos objetivos estratégicos, possibilidades de permeabilidades de criarem inovações nos processos em busca de melhores resultados institucionais e participação proativa em espaços de decisão, em especial nos espaços de atividades-fim. Assim, abandona-se a denominação da subárea utilizada no passado como “Administração de recursos humanos” para “Gestão de pessoas”.

Gil (2009, p.17) conceitua Gestão de Pessoas como a “função gerencial que visa à cooperação das pessoas que atuam nas organizações para o alcance dos objetivos tanto organizacionais, quanto individuais”. Por isso, segundo Sousa (2013), a empresa deve primar por melhores condições ambientais e de relações de trabalho, uma vez que a satisfação do ser humano com o trabalho é um combustível para o seu desempenho. “Recrutar a pessoa certa para o lugar certo já não é o bastante, o profissional precisa estar motivado para assim poder dar o seu melhor”.

A partir dessas considerações e da complexidade do gerenciamento de unidades de cuidados intensivos oncológicos, os entrevistados demonstram o quão importante se torna para eles a questão do dimensionamento pessoal no gerenciamento dos cuidados de enfermagem ofertados no cenário estudado. Transforma-se em uma problemática prioritária porque envolve situações-problema de distintas ordens e grandezas. Essas situações se configuram como: geradora de conflitos intra e intequipes, temores pela possibilidade de absenteísmo por diversas ordens, preocupações em lidar com situações inesperadas ou desencadeadoras de riscos no cuidado do cliente internado por insuficiência quantitativa de pessoas para cobertura da escala mensal, incomodo com a pouca colaboração e pouco bom senso mútuo de colegas pela equipe do dia, prática de enfermagem arriscada devido à instalação de caos nos plantões noturnos, extenuante e excessiva carga de trabalho, entre outros.

Trata-se de situações objetivadas/concretizadas na prática de gerenciar uma UTI, que exige a aplicação de habilidades cognitivas, comportamental, analítica e de ação de forma, por vezes, conjunta, haja vista a complexidade existente. Razão que justifica a discussão dos resultados sem a assunção de demarcar todos os momentos em que cada habilidade se faz presente, além de que caracterizar ou relacionar tais habilidades não se configuram como objetivos deste estudo.

Portanto, cabe se debruçar um pouco sobre a situação escolhida – o dimensionamento de enfermagem - pelos enfermeiros para “entrar no jogo da guerra”, antes de se discutir, especificamente, as estratégias utilizadas, segundo os depoimentos dos participantes.

O dimensionamento do pessoal de Enfermagem é compreendido como um processo sistemático, que fundamenta o planejamento e a avaliação do quantitativo e qualitativo de profissionais necessário para prover a assistência de acordo com a singularidade dos serviços de saúde, que garantam a segurança dos clientes e dos trabalhadores (KURCGANT, 2010).

O Conselho Federal de Enfermagem – COFEN, por meio da Resolução nº293/04, estabeleceu parâmetros para dimensionar quantitativo mínimo de para cobertura assistencial nas instituições de saúde, com base nas características relativas à organização, ao serviço de Enfermagem e à clientela.

Para efeito de cálculo, o Artigo 4º dessa Resolução define que devem ser consideradas como horas de enfermagem, por leito, nas 24 horas: 3,8 horas de Enfermagem, por cliente, na assistência mínima ou autocuidado; 5,6 horas de Enfermagem, por cliente, na assistência intermediária; 9,4 horas de Enfermagem, por cliente, na assistência semi-intensiva; 17,9 horas de Enfermagem, por cliente, na assistência intensiva.

Ademais, essa Resolução COFEN (2004) garante o Índice de Segurança Técnica (IST), acrescentando no mínimo de 15% sobre o valor total do quantitativo de profissionais.

Conhecer a legislação é um ponto favorável, que respaldam os profissionais para a assistência de qualidade, livre de imprudência, valorizando as especificidades do cliente. Embora os enfermeiros possuam conhecimento sobre a legislação vigente, a ignoram na vivência diária, aceitando se expor ao exercício de uma prática arriscada, devido ao quantitativo insuficiente para assumir os plantões, como demonstram os seguintes depoimentos:

“Já tivemos noite aqui, de 1 colega só trabalhar, 1 enfermeiro trabalhar com 10 pacientes. E 1 enfermeiro e 4 técnicos para 10 pacientes. Aí tem N discussões sobre legislações. Mas o paciente não quer saber da legislação. Independente de ser 5 ou ser 10 ele precisa ser assistido.” (E10)

“E simplesmente já existe um costume, na minha opinião, da equipe de enfermagem, eu tenho 10 pacientes e pode ter 1 enfermeiro e 1 técnico de enfermagem, há eu vou assumir esse plantão e tenho que dar conta e a que custar. O que significa esse dar conta, nós não sabemos. Nem medir isso aí. Eu percebo isso mais forte nessa redução de profissionais, que é uma realidade aqui.” (E10)

“Tem uma situação que seria pior, a noturna e, no caso, assim, para solucionar essa situação, deveria, primeiramente, devia pensar na legislação.” (E15)

“Tem que fortalecer essa parte gerencial do dimensionamento correto do profissional como base utilizando a especificidade tanto do setor quanto do doente.” (E16)

Identifica-se, ainda, que há certa imposição de “dar conta” ao cuidado prestado, que os cegam ou os fazem esquecer que o exercício profissional realizado de tal maneira poderá ocasionar danos tanto para o profissional quanto para o cliente. Eles têm o foco no cliente, mas se perdem na operação da estratégia, deixam o segundo tripé estratégia-operação-pessoas desequilibrado. Não saber colocar uma estratégia em prática é boicotar-se, é deixar a sorte decidir como será o futuro (JÚLIO, 2005, p. 83). Carece maior investimento na aplicação das habilidades cognitiva, analítica e de ação para enfrentar as situações-problemas acima descritas, de modo a quebrar o ciclo que as transformam em situações de rotina e não de emergência administrativa.

Fugulin et al (2012) estudou a distribuição da carga de trabalho da equipe de enfermagem, em UTI adulto de seis hospitais públicos e privados localizados na cidade de

São Paulo. Constatou que a proporção de horas atribuídas aos enfermeiros é inferior àquelas atribuídas aos técnicos e auxiliares de enfermagem, bastante distanciadas das regulamentações legais do COFEN.

A organização e distribuição das pessoas na escala diária pelos enfermeiros é uma operação da estratégia gerencial para adequação da equipe de enfermagem frente aos cuidados de enfermagem, sendo necessário a esses profissionais conhecimento e habilidade para administrar as etapas deste processo e determinar a prioridade do que deve ser feito. Destaca-se a habilidade analítica (Christovam, 2009), à medida que eles avaliam o ambiente terapêutico, as necessidades dos clientes e o recurso humano disponível, conforme os seguintes depoimentos:

“Fazer o levantamento do quantitativo de recursos humanos presente no setor e tentar dividir de forma equilibrada para os dois lados [CTI e UPO], pelo menos eu penso que seja essa intenção de todos (líderes) os enfermeiros do plantão.” (E9)

“Fazer a escala já é uma dificuldade de manhã.” (E17)

“Você monta a escala achando que tem tantas pessoas e as pessoas começam... aí você começa a descobrir que as pessoas não vêm.” (E18)

“Então um técnico que fica com o paciente mais grave, fica com outro que está mais basal. Para tentar dar uma assistência melhor ao paciente que está mais grave e não deixar de assistir também aquele que está mais basal, até porque se ele está na terapia intensiva.” (E8)

Nos relatos acima, verifica-se que a confecção da escala diária realizada pelo enfermeiro plantonista torna-se um problema diante do número reduzido de profissionais, exigindo dele a previsão e provisão da equipe de enfermagem. Em um dos discursos, o enfermeiro precisou designar um cliente mais grave de cuidados com outro de menor complexidade para que todos pudessem ser assistidos. Uma decisão para um chefe (guerreiro) que tem a habilidade cognitiva, analítica e de ação; que domina o terreno e o clima da UTI, que conhece os clientes e os subordinados (soldados) que necessita cuidar/liderar.

Kurcgant (2010) afirma que, para elaboração da escala diária, o enfermeiro precisa considerar o número dos componentes da equipe, área física, o volume e a complexidade dos cuidados a cada cliente e o tipo de atividade a ser desenvolvida.

A fim de proporcionar um cuidado de enfermagem de qualidade, as chefias dos serviços hospitalares devem instrumentalizar-se para melhor gerenciar os recursos humanos

sob sua responsabilidade, dando especial atenção à sua eficiência, por se tratar de um dos itens mais significativos da eficácia, qualidade e custo hospitalar (FUGULIN et al, 2012).

Assim, pelo papel que representa a equipe de enfermagem nas instituições hospitalares e, ainda, considerando que seu quadro de pessoal normalmente constitui a força de trabalho mais numerosa, impõe-se a necessidade de se refletir sobre a adequação dos recursos humanos na enfermagem. Contudo, esse problema torna-se frequente no setor em estudo, visto que existe alto número de absenteísmo, como se confere nos depoimentos a seguir:

“Não tem cabimento eu passar pra três enfermeiros, receber o plantão de três enfermeiros plantonistas, e, quando o X chegou, num segundo as duas respiraram fundo, “ai que bom, vou embora”. Como assim, vou embora, gente? Se chegou um lá e um aqui! Eu não mando ninguém ficar. Não vou mandar ninguém ficar, eu vou conseguir fazer até onde eu vou. Mas pra três ficarem num plantão diurno, depois que eu vou assumir um plantão noturno sozinho. Tem gente que não quer trabalhar à noite, que tem um monte de razão, mas não dá pra você sobrecarregar todo um sistema de serviço pra deixar uma parte confortável e a outra no limite. No limite!” (E2)

“O problema é quando temos problemas com licença ou com falta.” (E8)

“O absenteísmo ainda é alto, a falta de compromisso de algumas pessoas que nem sempre sinalizam com antecedência viável de recorrer outro recurso humano.” (E9)

“Porque aí você vê, agora o número de licenças que se tem aqui.” (E13)

“Gente tem uma carga horária muito grande de trabalho e, associada a essa carga horária grande, a gente tem um índice de absenteísmo muito alto aqui.” (E18)

“A questão de cair e sair é que são muitas licenças médicas, o absenteísmo é muito alto. Quando a gente tem todas as peças no jogo acaba um adoecendo ou faltando, às vezes achamos que um vai voltar e não volta, é difícil ter a previsão das pessoas em médio prazo. E pelas faltas mesmo, às vezes também cai e não é pelo adoecimento, que são faltas mesmo.” (E22)

Identifica-se, então, que a constância da taxa de absenteísmo no cenário estudado é um problema frequente e em alto, contribuindo para a sobrecarga de trabalho entre os profissionais que comparecem ao plantão e comprometendo a qualidade da assistência de enfermagem prestada aos clientes, além de gerar insatisfação dos profissionais, à medida que

não escala de outrem para reposição dos escalados que estão ausentes. Infere-se para a indicação de insuficiência das habilidades cognitiva, analítica e de ação.

Cabe ressaltar que o aumento das atividades diárias juntamente com a descontentamento do profissional são fatores que contribuem para o surgimento de doenças, principalmente as relacionadas às atividades laborais.

Sancinetti et al (2011) diz o quanto é imprescindível que os gerentes de enfermagem monitorem o índice de ausências dos profissionais de enfermagem, como um indicador de gestão de recursos humanos, e lancem mão de um quantitativo de pessoal adicional para cobertura dessas ausências, evitando a sobrecarga de trabalho e, conseqüentemente, a elevação do absenteísmo dos trabalhadores, que interfere, diretamente, na segurança aos clientes.

A fim de solucionar temporariamente o problema de absenteísmo, uma estratégia utilizada para gerenciar o cuidado de enfermagem é o remanejamento, mas que gera insatisfação de quem está sendo remanejado e alívio para quem está recebendo o profissional remanejado, segundo os discursos a seguir:

*“A gente sofre muito pela questão do remanejamento. Às vezes a gente tem dois enfermeiros aqui e acaba que, quando falta um lá, a gente cede um daqui pra lá, e acaba que a gente sempre acaba sozinho aqui pra ter o mínimo lá também, somos duas pessoas. Então, assim, isso tá virando uma constante. Só antes, quando a gente entrou aqui, a gente trabalhava dois-dois. Até porque, aqui, também, nós tínhamos nove leitos, então eram dez lá e nove aqui. Aí, quando **reduziram os leitos, por conta do quantitativo de médicos que não conseguiam suprir esses pacientes...** Entendeu? Aí teve esse conchavo todo, mas agora faltando enfermeiro, os números de pacientes são os mesmos.” (E3)*

*“Uma vitória que se conquistou há pouco tempo porque, agora, eles **ligam pedindo se alguém quer ir.** Antes não! Antes era exigido, se a gente tivesse alguém a mais e lá faltando, que um de nós descêsemos pra cobrir o setor lá embaixo. Então, realmente, não via como um fato, no que a **minha especialização tá me contribuindo?** Sair do meu setor, deixar o meu colega sobrecarregado. E isso era feito assim: a gente chegava, tinha que assumir o plantão às 7:00 horas, era feito 7:00, 7:30.” (E3)*

“Eu tive crise de coluna outro dia, o médico me deu um anti-inflamatório, porque eu não estava conseguindo nem mais levantar. E eu estava sozinha e ele teve que ir cobrir lá no CTI.” (E4)

“Como se fosse um jogo que tem várias peças. Cada um com sua característica, a torre, o cavalo, o rei, a rainha, cada pessoa com seu perfil que tem se deslocar. Que uma hora está aqui, outra precisa ser remanejada

para lá. Precisa trocar de dia, trocar de plantão, de função e gente tem que administrar essa troca para que ninguém saia derrotado. Para que não perca nenhuma peça. Às vezes a pessoa sai de um plantão e vai para o outro e é ali que ela se desenvolve bem. Uma pessoa que em um plantão estava com problema e às vezes essa troca de peças de lugar favorece.”
(E22)

Constata-se que o remanejamento é uma estratégia negativa do supervisor por ser em algumas situações realizado de forma autoritária ou por não considerar a especialização do profissional.

Como estratégia, o remanejamento só deve ser utilizado para situações inesperadas, não podendo se caracterizar como algo banal ou natural. Na unidade estudada, o remanejamento tem sido uma estratégia constante, sinalizando a necessidade de reavaliação do cálculo de pessoal de enfermagem, do perfil do cliente internado, da carga de trabalho e do número de leitos da unidade. Demonstra-se apenas o uso de estratégia de Plano defendida por Mintzberg (2006), quando apoiada em uma escala mensal elaborada como um ato administrativo a ser cumprido, sem alertar que se trata de um problema complexo e multifatorial que envolvem pessoas e instituição. Como situação-problema, o remanejamento deve ser uma estratégia utilizada, ao menos, como a do tipo Padrão por ações que devem estar relacionadas entre si e desencadeadas por si (correntes de ações), mas preferencialmente do tipo Perspectiva (op. cit.).

Devido à complexidade do problema e o grau de insatisfação e estresse que causa nos profissionais envolvidos, essa reavaliação deve adotar uma gestão com a participação de representantes de cada plantão, tornando-os coparticipes na definição de critérios multidisciplinares e na tomada de decisão coletiva. Essa abertura proporciona decisões que extrapolam a atitude de negociação da chefia e supervisão sinalizada pelo enfermeiro E3, quando afirma ser “*Uma vitória que se conquistou há pouco tempo porque, agora, eles ligam pedindo se alguém quer ir*” e se distancia de decisões causadoras de insatisfação com tomada de decisões baseadas em critérios diferentes para o bloqueio de leitos, se o profissional é médico. A adoção da gestão participativa é, em si, uma estratégia que permite o equilíbrio dos dois tripés: foco-organização-disciplina e estratégia-operação-pessoas.

Pretende-se mostrar aqui que a gestão de pessoas deve ser planejada com base nas ideias de gestão participativa e de gestão estratégia. Esta última decorre do exercício da “capacidade de antecipação em relação ao futuro, a partir das análises das forças e fraquezas do sujeito da ação e das oportunidades e problemas, existentes para que a ação se concretize”,

da “capacidade de mobilização, de pessoas e de recursos para fazer acontecer a ação desejada” e da “capacidade de realização, de fazer acontecer a ação desejada, produzindo resultados, com qualidade” (GURGEL; OLIVEIRA, 2001, p. 342-3). Nas ideias de Mintzberg (2006), trata-se da estratégia de Posição.

A adoção dessas ideias permitiria que a escassez de profissionais de enfermagem interferisse de forma menos direta no gerenciamento da unidade e do cuidado de enfermagem e propiciasse menor chance de risco aos clientes internados, como elencado pelos seguintes entrevistados:

“É! O que mais incomoda é a escala.” (E1)

“Mas eu acho que pra todo mundo aqui!” (E2)

“Eu acho que a escala ainda fosse menos dolorida, eu acho que não ia influenciar o serviço inteiro. Inclusive, desde que eles instituíram aqui também que o pós-operatório é um segundo CTI, aqui tem ficado muito puxado. E, na maioria das vezes, a gente tá aqui sozinho. Hoje, por exemplo, eu tô de 24 horas aqui, tô sozinha de manhã e tô sozinha à noite. Então, isso tá sendo um problema constante.” (E3)

“O máximo [problema] dele é o quantitativo de pessoal em relação à gravidade dos pacientes frente a demanda da assistência pela natureza do trabalho.” (E7)

“Aí que tá a característica do Intensivo, da Terapia Intensiva. É uma coisa muito dinâmica, não tem uma normalidade, uma estabilidade que se possa manter como um outro setor qualquer, então, tem a necessidade de quê? De fortalecer essa parte gerencial do dimensionamento correto do profissional como base, utilizando a especificidade tanto do setor quanto do doente.” (E16)

“A nossa equipe está reduzida, mas a gente tem que continuar, não pode deixar de fazer o nosso trabalho, principalmente em Terapia Intensiva, que Terapia Intensiva, na verdade, é cuidado intensivo.” (E18)

“Todo o plantão apertado por causa de pessoal.” (E20)

Nesse sentido, alguns estudos (PENoyer, 2010; NEEDLEMAN et al, 2006) têm evidenciado que tanto a quantidade quanto a qualificação dos recursos de enfermagem de um hospital estão associados a resultados na assistência que, quando insuficientes e inadequados, cooperam para o surgimento de pneumonias, infecção de trato urinário, aumento no tempo de permanência, choque e altos níveis de infecções.

A equipe de enfermagem representa o maior número de profissionais nas instituições hospitalares, é responsável pela assistência contínua e integral aos clientes e, conseqüentemente, apresenta relação direta com os resultados decorrentes da aplicação do plano estratégico.

Portanto, para que aconteça tal processo em uma organização pressupõem modificações na cultura organizacional, o que implica envolvimento de todos os integrantes dos mais diversos níveis hierárquicos da instituição, pois a ação de cada indivíduo, em curto prazo, determinará os objetivos e metas da organização em longo prazo. Com apoio nas palavras de Sun Tzu, isso reflete os cinco estágios do processo de planejamento estratégico.

Oliveira e Schilling (2011) afirmam que para implantar tal processo, os gestores de enfermagem das unidades carecem de considerar as metas da organização, estabelecendo um diagnóstico das necessidades de sua unidade junto com os enfermeiros que nela atuam.

Os enfermeiros, por sua vez, devem identificar as necessidades de sua unidade para estabelecer esse diagnóstico, já que atuam no nível operacional e convivem diariamente com a rotina da unidade. Atuando como agentes de mudanças, à medida que instituem formas de ação para o melhor desempenho de serviço. Agir nesse sentido imputa a instituição das 4 habilidades gerenciais intrinsecamente relacionadas, buscando o núcleo intercessor do conjunto constituído pela cognitiva, analítica, comportamental e de ação.

Uma das finalidades do planejamento é a eficiência. Identifica-se, porém, que o planejamento não é efetivo, porque não conseguem resolver o problema. Talvez, o planejamento não esteja contemplando um processo de intervenção relacionada com a realidade da prática de cuidar; ou talvez, necessitem de desenvolver mais suas habilidades analíticas no processo de gerenciar. Essa pode ser uma explicação para o conteúdo da fala abaixo:

“A gente tem que trabalhar muito com o hoje, se hoje está com problemas vamos ver isso hoje. A borracha mostra sempre um renovar, começa apagando e reescrevendo. A gente coloca, mas é como se fosse sempre um rascunho. Nunca é definitivo (E22)”.

Constata-se que esse planejamento operacional, defendido por Chiavenato e Sapiro (2009) como atividades a serem desenvolvidas em curto prazo - no mês corrente ou próximo, no plantão assumido -, estabelecendo o que fazer e como fazer “aqui e agora”. Ousa-se pensar que alguns enfermeiros executam as ações operacionais de gerenciar o cuidado sem a elaboração ou modelagem de um plano com determinação do que, como, quando fazer e a

duração de cada atividade. Para Kurcgant (2010) se trata, especificamente, de tarefas e operações realizadas em nível operacional da organização.

Às vezes tal problema não é solucionado por falta de governabilidade das enfermeiras gerentes e das chefias superiores, como reconhece a E22:

“Então o que é possível às vezes vê que tem o apoio porque estão querendo resolver o problema. Não é uma questão de achar que está sendo descaso. A gente encontra apoio, nosso problema está sendo valorizado, mas esbarra em uma limitação. Essa limitação a gente já não sabe, qual é essa limitação, se é administrativa, se é da questão política. Mas existe essa limitação (E22)”

As limitações são reais para os gerentes de atividades-fim de uma unidade de terapia intensiva. Quando se trata de uma situação-objetivo como o dimensionamento de pessoal para uma unidade de instituição pública, a governabilidade fica ainda mais limitada, porque o gerente não tem poder de contratação que depende de autorização do governo federal, de liberação de verbas com rubricas específicas para o lançamento de editais para concurso público de provimentos de vagas disponíveis, além de longo tempo de duração desses concursos.

Cientes dessa problemática para contratação e a extrema necessidade de reposição de pessoal para cobertura de atendimento à demanda de saúde da sociedade, o governo federal disponibilizou o Adicional por Plantão Hospitalar (APH) para as instituições hospitalares do nível federal. De acordo com o Decreto nº 7186/2010, no artigo 2º, o APH é devido aos servidores em efetivo exercício de atividades hospitalares, desempenhadas em regime de plantão, nas áreas indispensáveis ao funcionamento ininterrupto dos hospitais. Objetiva suprir as necessidades fins do atendimento. O valor monetário é calculado por hora de trabalho, o qual é diferente de final de semana e feriado para dia de semana.

Para os participantes, trata-se de uma estratégia gerencial para o dimensionamento de pessoal, que atende às situações críticas e emergentes para a cobertura da escala mensal de enfermagem, incluindo os enfermeiros plantonistas e os chefes de unidade, especialmente para o plantão noturno e de fim de semana. Nas palavras dos seguintes depoentes:

“Dependendo da quantidade de dinheiro que temos e da necessidade, uma estratégia nossa é colocar um final de semana com APH. Porque é mais fácil eu oferecer uma APH para final de semana do que pedir uma pessoa para complementar final de semana. Isso a gente tenta jogar. Quando a gente não tem esse dinheiro a gente faz o inverso, tenta

colocar no meio de semana que é mais barato e final de semana tenta cobrir ao máximo.” (E22)

“A princípio quando a gente faz a previsão do mês, a gente solicita o quantitativo para cobrir toda a necessidade e depois vem a resposta de quanto a gente tem. Aí a gente vai tentando administrar a parte financeira, aquele valor se transforma em tantas APHs. Vamos priorizando.” (E23)

“Eu acho que tem que colocar todas as complementações pra ser à noite, e só libera APH quando tiver um buraco pra fazer.” (E2)

É considerado como estratégia para os enfermeiros, pois utilizam o valor monetário disponibilizado para a unidade e dimensiona onde é mais necessário, como final de semana e feriado. Pondera-se uma habilidade de ação (Christovam, 2009) pertinente aos enfermeiros, pelo compromisso com a instituição, demais profissionais e clientes.

Para alguns enfermeiros, o APH torna-se necessário diante da escassez de pessoal que vivencia a instituição. Outros o valorizam positivamente pelo valor monetário incorporado à renda familiar dos profissionais, pois o valor corresponde a R\$ 847,56 nos finais de semana e feriados e R\$ 678,00 nos dias de semana para o nível superior. Porém, outros acreditam que não é o ideal para solucionar a falta de recurso humano, como se verifica nos depoimentos, a saber:

“Ele não é ideal.” (E2)

“O ideal seria a contratação de pessoas.” (E5).

Para Galbraith (1989, p.6), o poder se configura em uma anatomia, estrutura, estabelecendo o poder condigno, o poder compensatório e o poder condicionado como instrumentos de manejo ou de exercício. Para ter acesso a estes instrumentos, define a personalidade, a propriedade e a organização como as três fontes do poder, que distinguem os que *detêm o poder daqueles que se submetem a ele*. Portanto, são estas fontes que permitem o acesso aos métodos para exercício do poder.

“No início APH, chegou um ponto que nem isso a gente tem agora. Então, contamos com a boa vontade e a troca de plantões por folga. Então a gente tenta oferecer algo que também beneficie a pessoa, sinta também beneficiada e valorizada. APH é um retorno financeiro, então a gente até liga para a pessoa oferecendo, chateando em casa no seu dia de folga.” (E23)

“O que é engraçado é que é assim: ‘não quero trabalhar à noite, mas quando é APH, vem!’” (E4)

Esses relatos expressam o poder compensatório, em que as duas partes envolvidas no processo saem satisfeitas, as duas ganham. A chefia, por contar com o funcionário no dia em que o setor está necessitando e ele por ter reconhecimento monetário pelo valor de seu trabalho.

O poder compensatório, para Galbraith (op.cit.), consiste em um dos instrumentos de poder no qual o empregado obtém a sujeição a partir de uma recompensa positiva ao ato conforme, a recompensa pecuniária é a forma mais comum de expressão desse tipo de poder. Conforme Foulcault (1995), o poder penetra no cotidiano da vida como algo que funciona e se exerce em rede, os indivíduos tanto exercem o poder quanto sofrem os seus efeitos.

Infere-se que a experiência de 20 anos de E23 na instituição a permite conhecer bem os setores e o processo interno institucional. Esse conhecimento faz com domine as suas 4 habilidades gerenciais, tornando sua ação administrativa mais eficiente com tomada de decisão pautada para otimização dos gastos.

Assim, o agir da E23 está incorporado pelo conhecimento tácito, compreendido como conhecimento específico, que está relacionado com a experiência física e social, com a capacidade cognitiva e suas percepções (Saviotti, 1998; Leonard and Sensiper, 1998). Adicionalmente, essa sua capacidade gerencial a permite se lançar à negociação, pondo em ação as estratégias do Plano, Padrão, Posição e Perspectiva

Ao mesmo tempo em que o APH é uma estratégia, ele permite o surgimento de outras estratégias. Uma delas é a estratégia de sedução (TONINI, 2006) ou de barganha (Plano e Pretexto) de Mintzberg (2006), conforme os seguintes depoimentos:

“Tentamos conquistar a pessoa de alguma forma. Ou a gente oferece a pessoa vir naquele dia ela escolher o dia que ela precise. Estava tentando trocar com o outro e é uma oportunidade dela ficar tranquila em relação algum outro dia de plantão. Às vezes não conseguimos ninguém, e a gente considera até como dobra e dar dois plantões. Então, a gente vai tentando conquistar de alguma forma para não deixar o serviço descoberto.” (E 23)

“...contamos com a boa vontade e a troca de plantões por folga”.
(E22)

Tais estratégias, muitas vezes, se contrapõem às leis trabalhistas e às normas institucionais, porém os enfermeiros utilizam a estratégia de sedução para que o profissional subordinado se sinta estimulado a realizar esforços em prol do gerenciamento cuidado de

enfermagem/ serviço da unidade, permanecendo com um número de pessoal suficiente para a garantia da oferta dos cuidados de enfermagem e a assistência de saúde.

Tonini (2006) alerta que a sedução retira alguma coisa da ordem do visível, atua de forma articulada focalizando a estrutura psíquica do outro. Durante esse processo de sedução criam-se vínculos entre si e os subordinados, reafirmando valores de cumplicidade e solidariedade, onde cada um se esforça para cumprir os determinados acordos. Para Mintzberg (2006), a barganha é uma manobra específica para se opor a uma dada situação.

O trabalho em equipe foi outra estratégia adotada pelos enfermeiros para minimizar os problemas reais existentes e os potenciais, devido ao quantitativo insuficiente de pessoas escaladas para o plantão, as faltas imprevistas, as licenças e as férias. Fruto de esforço coletivo, o trabalho em equipe é uma demonstração do compromisso com a instituição, do comprometimento com o cliente internado, do relacionamento interpessoal saudável, da capacidade de liderança do enfermeiro responsável pelo serviço diurno ou noturno e do cumprimento ético profissional. Constitui-se em uma estratégia de Perspectiva (MINTZBERG, 2006) por seu olhar ampliado para a cabeça dos estrategistas coletivos (equipe de enfermagem) e por ser um conjunto de ações e intenções compartilhadas pelos membros da enfermagem da UTI.

Adicionalmente, esse trabalho em equipe permite o compartilhamento de saber-fazer de enfermagem entre os enfermeiros e os técnicos; otimiza tempo e movimento desses corpos “instrumentos do cuidado” (FIGUEIREDO, 1994), que podem estar alerta e mais disponíveis para agir com mais rapidez em intercorrências tão comuns pelas condições clínicas lábeis de clientes oncológicos das UTIs; e possibilita o exercício de habilidades cognitiva e comportamental (CHRISTOVAM, 2009) essenciais à prática segura.

O trabalho em equipe está exemplificado nos depoimentos a seguir:

“Interfere diretamente na gerência do seu cuidado e na gerência daquilo que é cuidado direto, porque você já fica vendido, porque você não sabe se você vai conseguir olhar dez doentes e o que você vai começar a delegar pra técnico de enfermagem fazer. Você vai fazer os seus curativos – que aqui são os enfermeiros que fazem, pra pode instalar NPT ou se eles vão fazer a gentileza pra gente de instalar sangue...” (E2)

“O técnico de enfermagem não é obrigado a prestar ajuda. E por mais que eu delegue dez mil coisas pra ele, que também faz parte da minha alçada, eu vou deixar de atender grande parte da enfermagem. Tem que ter coragem de tomar a decisão de intervir.” (E1)

“A percepção deles [técnicos] em relação a isso tudo já tá tão, é, assim, eles já tão conscientes, que muitas das vezes a gente não precisa pedir, eles [técnicos] mesmo já estão fazendo.” (E3)

Cabe observar que o desempenho de algumas atividades designadas ao enfermeiro, na prática hospitalar do setor em estudo, não acontece de forma satisfatória necessitando que delegue determinadas atribuições aos técnicos de enfermagem. Esse fato pode suscitar algum comprometimento na qualidade da assistência e um distanciamento do que é preconizado pela legislação profissional, caso o enfermeiro não conheça bem a capacidade técnica de sua equipe para delegar tais atribuições.

Em contrapartida, há a assunção do enfermeiro para atribuições que são do técnico de enfermagem (*“realizar serviço atribuído ao técnico”*), demonstrando sua capacidade de avaliar a situação instalada e de tomar decisão mais adequada à situação nos casos de déficit no dimensionamento de recurso humano. Trata-se de um profissional competente que apresenta seu *saber-fazer*, *quefazer* e *poder fazer* nas situações críticas que requerem uma atuação precisa e eficiente. Infere-se que essa postura pode ser resultado do número de enfermeiros que relatou ter experiência no exercício de gerente de unidade (60,9%). Ressalta-se que os enfermeiros precisam ser e agir como um general (SUN TZU), detentos de sabedoria para que seus súditos o acompanhe, em todos níveis hierárquicos.

“O problema aqui não é só a falta de enfermeiros, o problema é falta de equipe, falta enfermeiros e técnicos. Então assim, muitas das vezes é ao contrário, só tem dois enfermeiros, mas a gente tem dois técnicos, só. Você trabalhar com dois técnicos, não tem jeito, a gente tem que entrar junto. Então a enfermeira tem que dar banho, por exemplo. Todas as funções de técnico a gente assume.” (E3)

“Então, os enfermeiros se juntam com os técnicos, a gente se mistura mesmo na assistência porque o paciente é grave. Os enfermeiros tentam ficar aqui juntos.” (E7)

“E também o enfermeiro procura ajudar mais na assistência até na medicação propriamente dita. Ajuda-lo [técnico de enfermagem] muito e deslocar um funcionário da rotina para assistência, também é uma estratégia bastante utilizada.” (E9)

“Muitas funções, até de técnica, a gente também faz. No CTI eu fiquei já com três, então você também fazia a função do técnico: tirar uma diurese, fazer a medicação, fechar um paciente [administrar medicação, mensurar dripping de medicações, drenos e diurese, aspirar vias aéreas, no final do plantão tanto diurno quanto noturno].” (E12)

Em relação aos depoimentos entre a qualidade da assistência e o número insuficiente de profissionais, encontra-se apoio em Maya e Simões (2011) quando afirmam que o dimensionamento de pessoal gera implicações diretas no desempenho das competências do enfermeiro e, conseqüentemente, provoca prejuízo na qualidade da assistência quando em desacordo com o ideal para atender a demanda da clientela assistida. Sua adequação pode ser considerada como fator motivador importante para o bom desempenho profissional e para a qualificação da assistência.

Essas situações se configuram como oportunidades para os enfermeiros executarem seu trabalho a partir do conhecimento tácito e científico que possuem. O conhecimento tácito é um conhecimento específico e ligado à ação, que pode ser adquirido por meio do contato com a prática. É um conhecimento que leva o enfermeiro a agir com o saber-fazer em uma organização de conhecimento, o qual já está assimilado (TONINI, 2006).

A influência do conhecimento tácito e científico, atrelado às habilidades gerenciais cognitiva e analítica, está presente nos relatos dos enfermeiros quando priorizam condutas para gerenciar o cuidado de enfermagem, de modo a minimizar as chances de riscos ao cliente que o desequilíbrio do quantitativo de pessoal pode acarretar, como exemplificado a seguir:

“Então partimos para priorização. Priorizar o cuidado, o que é mais importante fazer para o paciente, a medicação não pode faltar, o dripping não pode faltar. Então será a prioridade do momento daquele plantão em detrimento de uma higiene mais elaborada ou mais frequente. A gente vai tentando ver quais são as prioridades do cuidado dependendo da gravidade do paciente, de cada paciente.” (E8)

“Os pacientes que estão ali necessitam de uma atenção maior, senão não estariam aqui, só que eu tenho que escolher dentre esses 10, o que vou prestar uma atenção maior. Então no decorrer desse jogo eu tenho que ser veloz, mas não necessariamente na minha velocidade eu consigo ser eficaz e eficiente. Ou seja, eu estou correndo contra o tempo, eu tenho que prestar o mínimo do cuidado, dentro dessas 12 horas. E que acontece, não pratico esse cuidado da forma que deveria. Então eu percebo que, eu não consigo enxergar um reflexo do meu trabalho, da forma que eu gostaria, no benefício do paciente. Infelizmente no plantão, eu acabo tendo que escolher.” (E10)

“E porque o curativo do dele não foi feito e porque a medicação não foi revisada, então, infelizmente, se foca no prioritário. Então prioritário é aspirar o doente, é fazer uma higiene oral pra evitar pneumonia associada a ventilação mecânica.” (E11)

“Você prioriza os sinais vitais em detrimento a uma mudança de decúbito.” (E16)

“Priorizar o máximo uma assistência e o que for mais burocrático...o burocrático fica pra depois.” (E19)

“Eu acho que a gente acaba tendo que priorizar.” (E20)

“Tem que direcionar mais, que só tem três, então tem que se organizar porque o paciente não pode sofrer com isso. Se você não tomar essa postura, “não, a gente tem que fazer correto, vamos fazer – a parte assistencial -, vamos fazer correto”, que se você deixar livre, “ah, não tenho gente, então, a gente não faz”. (E21)

De certo modo, o saber-fazer desses enfermeiros se justifica por seu conhecimento específico e a habilidade cognitiva, proveniente de formação em cursos de especialização em Terapia Intensiva e o exercício da prática neste espaço de cuidados. Esse conjunto de fatores os capacitam para discernir que “os dripping de medicações”, “aspiração de vias áreas superiores e inferiores” e “sinais vitais”, por exemplo, são essenciais e fundamentais para estabilidade clínica do cliente, tornando-se ações e atos de enfermagem prioritários na vigilância e na manutenção de vida do cliente – dois princípios nightingaleanos.

Carvalho (2013) defende que os conhecimentos específicos consistem como os fundamentais às ações de enfermagem, conferindo com a atuação profissional na variedade de situações da prática assistencial em unidade de saúde dedicado ao atendimento especializado.

Se por um lado, o trabalho em equipe tem o aspecto relevante de assunção de atividades do técnico de enfermagem com base em seu saber-fazer; por outro, eles assumem e se responsabilizam por atividades de outros profissionais externos à Enfermagem, em prol do cliente. Seguem alguns depoimentos:

“A gente é administrativo, é laboratório, é maqueiro, é da Farmácia, nós somos tudo aqui, tudo! A gente é telefonista também, porque a gente vê toca, toca, toca, e você já se irrita, porque você tá no paciente, você sai pra atender o telefone, é comida, é não-sei-o-quê, é pra alguém, é parente e não-se-o-quê. É muita coisa!” (E12)

“Mas isso a gente tem essa dificuldade. Além da escala, a gente faz funções de outras pessoas. E esse também é igualzinho. Nós somos peões. A gente colhe, faz a parte da Farmácia, faz a parte do laboratório, faz a parte do maqueiro, porque a gente encaminha... Ontem mesmo, a gente encaminhou paciente pra tomografia sem maqueiro.” (E13)

“Eu acho que a gente acaba abraçando tudo. Eu já tinha telefonado pra assistente social, que isso é um problema social. O porquê dela não tá levando, por quê que ela não pode levar... É condução? É alimentação? É como não ter o cuidado? Não tem como cuidar desse paciente? Isso tudo já tinha que ter sido visto.” (E17)

“A questão que acontece, que é daqui, uma característica, é que além de ser tudo o enfermeiro, né, que tem que centralizar essa informação, por exemplo, transporte de paciente tem que ser multiprofissional: passar o paciente pra maca, monitorar o paciente e botar ventilação. Mas isso tudo, só faz a enfermagem. Tanto o enfermeiro quanto o técnico, não é? Não é só nosso, é outra coisa que não é exclusividade nossa e acaba sendo.” (E18)

Esses depoimentos mostram o que acontece há anos na profissão, os enfermeiros precisando articular com os demais serviços da instituição hospitalar para que suas ações cheguem até ao cliente. Faz-se necessário, adotar funções de outras categorias para que o processo de trabalho seja concluído. Porém, tais comportamentos criam o distanciamento do enfermeiro na sua prática de cuidado de enfermagem. Para Maya e Simões (2011), o enfermeiro é quem permanece menor período de tempo com o cliente, uma vez que se ocupa de atividades administrativas e burocráticas que poderiam ser delegadas a outros profissionais.

Aqui carece de refletir sobre a necessidade de balancear as habilidades com as ações gerenciais relacionadas com a posição hierárquica que se ocupa na categoria dos enfermeiros e na institucional, de forma que o percentual de ações de cuidados diretos estejam equilibrados com as de ações de cuidados indiretos (administrativos e educação permanente) segundo as referidas posições na equipe. Ademais, estudo publicado afirma que a atuação do enfermeiro nem sempre está direcionada ao atendimento das necessidades do cliente. Às vezes, se refere à realização de ações não inerentes à enfermagem (COSTA; SHIMIZU, 2005).

Nesse contexto, o enfermeiro vivencia um conflito de papéis, uma vez que não sabe se presta assistência ao cliente ou se responde às cobranças administrativas e à ausência de outras categorias, assumindo determinadas funções que não são atribuídas a si. Obviamente, esse cenário resulta em sobrecarga de trabalho e acúmulo de tarefas para os enfermeiros. Todavia, sua implicação com a profissão o faz pensar a continuar porque gosta do que faz, o exercício da prática é com o coração e tem satisfação em trabalhar, como averiguamos nos depoimentos a seguir:

“Colocamos isso aí [coração] também que por vezes esse coração fica de fora. O exercício da profissão é isso aqui (coração)? Por que não sai? Não sai porque a gente gosta daquilo que a gente faz. Não se trata do que está fazendo e como as coisas estão fazendo. Então, a gente gosta da profissão que escolheu, a gente quer ser, exercer essa profissão nessa especialidade; que também poderia virar auditor (não desmerecendo a categoria). Mas, por vezes, isso aí vai ficando de fora e você fica muito contaminado por um sistema.” (E7)

“Porque, no caso, a representação do coração, acho que a gente é apaixonado por você porque é mesmo, assim, algumas pessoas são mais humanas, outras não. Então, na verdade, eu acho que eu sou apaixonada pelo paciente, forma, porque eu acho que cuido, e cuido com amor. Cuido olhando, cuido me importando, conversando. Algumas pessoas são mais distantes, mais frias, mas não por isso elas não exerçam a função delas como enfermeiro de uma forma consistente e competente.” (E11)

“Pode ter o salário que for, pode ter a equipe que for, mas se o trabalho em si não e dá prazer, não me satisfaz, eu não vou atuar nessa área. Eu acho que essa parte aqui vem daí.” (E19)

Adicionalmente ao que foi apresentado sobre algumas estratégias com ações de negociação, apresenta-se mais especificação a negociação com a equipe de enfermagem e multidisciplinar, sobretudo os médicos, no gerenciamento do cuidado de enfermagem, conforme as falas abaixo:

“E aí, tem jogo de cintura pra você falar com os médicos pra que tudo que eles puderem não fazer, que não precisa, de urgente, pra eles considerarem a não realização daquilo durante o plantão.” (E2)

“É praticamente a mesma argumentação da noite anterior, eu fiz com a Dr^a. Y. “Ó, Dr^a Y, olha só: tô sozinho, não sei-o-quê”... Ligaram, de fora, da Central de Regulação, pedindo vaga de paciente que tava na UPA, pra trazer de madrugada. A própria Dr^a Y: “Olha só, como é que tá o paciente? Tá estável? Tem como trazer amanhã?” (E1)

“Exatamente, parceria. É uma parceria.” (E4)

Para os enfermeiros, ultrapassar os obstáculos do déficit de profissionais exige negociar com outra categoria, a fim de que possam realizar somente o prioritário no decorrer da sua assistência. Isso inclui também a certificação ou determinar critérios de quais clientes carecem de cuidados intensivos para admissão no setor. Essa relação é vista como compartilhamento de interesses, onde as duas partes envolvidas ganham. Além disso, verifica-

se que a postura profissional do enfermeiro se faz de modo igualitário em relação às outras categorias. Ele utiliza de seus conhecimentos e habilidades, principalmente a analítica, onde averigua a situação em relação aos números de recursos humanos. Constitui-se, assim, em estratégias específicas com uma corrente de ações *conscientemente pretendidas*, desenvolvidas de forma proposital (Plano e Pretexto) e compartilhadas sob a visão de mundo dos diferentes pares profissionais (Perspectivas) como defende Mintzberg (2006).

Diversos autores discutem a definição para o termo negociação. Schell (2001) conceitua como o processo pelo qual as partes se movem de suas posições iniciais divergentes até um ponto no qual o acordo pode ser obtido. Para Kurcgant (2010), o processo de negociação precisa ser flexível para que aconteça um desempenho agradável nos acordos firmados. Tal processo abrange análise da situação dos diferentes atores envolvidos e poderes correspondentes, capacidade de comunicação e de planejamento estratégico.

Em relação à própria equipe, os enfermeiros demonstraram que:

“A percepção deles [técnicos de enfermagem] em relação a isso tudo já tá tão, é, assim, eles já tão conscientes, que muitas das vezes a gente não precisa pedir, eles [técnicos de enfermagem] mesmo já estão fazendo, na hora que a gente chega, ‘olha...olha eu fiz isso pra você’, mas o mais engraçado que eu acho, ‘não tem problema da gente tá fazendo?’ Eles [técnicos de enfermagem], realmente tão vestindo a camisa junto com a gente, porque, senão, a gente não dava conta, não!” (E3)

“Agora, a gente tem que saber, também, que eles vestem a camisa da equipe que fecha com eles também.” (E4)

“E também o enfermeiro procura ajudar mais na assistência até na medicação propriamente dita. E lança mão de pessoal/ recurso humano da rotina para também ajudar na assistência.” (E9)

“E a gente vai ter que trabalhar com um enfermeiro e dois técnicos e, assim, vocês vão ter que, inclusive, ajudar a enfermeira a fazer o trabalho dela, porque eu não tenho condições de fazer sozinha o que eu tenho que fazer. Além do trabalho de vocês – que tá ruim, né, ou dificultoso porque tem menos um -, vocês vão ter que, ainda, me ajudar porque eu, sozinha, também não consigo fazer”. (E21)

Nota-se que os enfermeiros caracterizam esse envolvimento com os técnicos de enfermagem como uma relação de ajuda, em que há troca de conhecimento, respeito mútuo e compartilhamento de interesses. Isso acontece, a partir do momento que se reconhecem parceiros no decorrer do expediente de trabalho, que precisam realizar tarefas e atribuições fora de sua responsabilidade, mas necessárias para que o cuidado ao cliente seja alcançado.

Segundo os enfermeiros, é extremamente importante conquistar o apoio dos técnicos, através de uma interação harmoniosa, em um momento em que há uma redução do número de profissionais e conseqüentemente acúmulo de atividades. Avaliam que o trabalho coletivo pode contribuir para melhor ambiente interno refletindo em suas ações e comportamentos.

Para que se estabeleça essa interação precisam, constantemente, se apropriar da comunicação, a qual é vista como importante aliado ao exercício da liderança e à negociação. Aguiar (2009) afirma que a comunicação é o principal instrumento que o líder utiliza para se aproximar dos liderados a fim de constituir relações de confiança, compreender as atividades de cada um e instituir interdependências no desenvolvimento do trabalho em equipe.

CAPÍTULO V

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo é uma aproximação à realidade de um setor de terapia intensiva oncológica quanto às estratégias dos enfermeiros na gerência do cuidado de enfermagem. Essa aproximação foi possível com a colaboração dos enfermeiros que se dispuseram a compartilhar suas experiências vivenciadas como líderes de equipes de enfermagem em seu ambiente de trabalho, onde criam estratégias para enfrentamentos às inúmeras situações-problemas existentes na prática profissional.

Para mim, como pesquisadora, este estudo foi uma tarefa desafiadora e simultaneamente um momento singular, no qual me permitiu a oportunidade de ampliar minhas reflexões e inquietações sobre a gerência do cuidado aos clientes oncológicos na unidade de terapia intensiva, em particular as estratégias utilizadas para esse gerenciamento.

Os objetivos propostos foram alcançados, na medida em que se conseguiu descrever as estratégias gerenciais e discutir as implicações dessas estratégias adotadas por enfermeiros no gerenciamento do cuidado de enfermagem.

A abordagem metodológica permitiu confirmar que a dinâmica do Jogo da Guerra pode ser aplicada como técnica de coleta de dados porque possibilita que o participante faça um “mergulho” dentro de si, objetivando situações-problema vividas na prática, cujas dores e desconfortos gerados foram “incrustados” no inconsciente. Assim, há a emersão de ideias que estão sob a menor ação do controle da razão, traduzidas nos resultados apresentados. Do mesmo modo, o jogo foi capaz de gerar neles a desconstrução de situações, aparentemente, compreensíveis que no movimento de jogar puderam identificar novas situações e desconstruírem aquelas tidas como concretas.

Acredito que o material aqui apresentado contribui para as discussões sobre as estratégias gerenciais, de modo a tornar a compreensão mais clara e a se aproximar um pouco mais da intensão epistemológica sobre o conceito de gerência do cuidado de enfermagem, que envolve ações de cuidado direto e indireto. Ouso essa assertiva porque os enfermeiros participantes apresentaram estratégias diferentes das que já foram publicadas. Obviamente, por seu caráter de novidade, algumas dessas estratégias carecem ser confirmadas ou refutadas por estudos futuros. Outro elemento importante é que o jogo demonstra como os enfermeiros ocupam seus espaços no processo de planejar e organizar os cuidados de enfermagem.

Os participantes consideraram como estratégias gerenciais, a saber: organização e distribuição das pessoas na escala diária; negociação com a equipe de enfermagem e

multidisciplinar; trabalho em equipe; saber-fazer pautado no conhecimento tácito e científico; remanejamento; adicional por plantão hospitalar (APH), sendo que esta última propiciou formação de outra, a estratégia de sedução.

Destaco as implicações ético-profissionais, quando os enfermeiros assumem suas atribuições em prol do cliente internado. Em defesa de seus clientes e para protegê-los, os participantes se permitem à assunção de atribuições, inclusive, fora de sua alçada e se utilizam de estratégias de negociação e de sedução, mesmo correndo o risco de represálias no âmbito institucionais e profissionais.

Entretanto, como a dupla face dos princípios freudianos, houve a implicação libidinal de desprazer dos enfermeiros, por se depararem com as dificuldades geradas pela escassez de recursos humanos. A escolha dessa situação-problema como motivo para entrar na “guerra” é significativa porque apresenta indícios de excessiva carga de trabalho em que sentem exauridos. Talvez isso possa ser uma justificativa para o acréscimo de licenças médicas decorrentes de doenças, principalmente as psíquicas, como dito pelos participantes.

Esse déficit de profissionais também colabora com o acúmulo de atividades diárias e causa descontentamento dos profissionais que estão no serviço, à medida que os ausentes não são repostos. Isso reflete no remanejamento de profissionais entre os setores de UPO e CTI, principalmente no serviço noturno onde há maior insuficiência de profissionais, interferindo na execução dos protocolos institucionais.

Lidar com as dificuldades provenientes do cuidado direto e dos problemas estruturais e conjunturais da instituição, exige habilidades específicas e requer uma experiência prática. Aliadas ao conhecimento científico, os resultados indicam as possibilidades em assistir adequadamente um cliente oncológico na UTI.

Os enfermeiros gerentes, compreendidos como os responsáveis pelo cuidado ou pelos setores, precisam buscar alternativas de soluções para as complexidades que acontecem no processo de gerência, com base nos fundamentos do planejamento estratégico atrelados ao tático e normativo. A eficiência e efetividade, como pilares de qualidade do cuidado prestado ao cliente oncológico, implica na implantação da gestão participativa, considerando o desempenho quantitativo e qualitativo da equipe no processo de trabalho, as condições do ambiente e o perfil do cliente.

Os resultados mostram que há necessidade de implantação de estratégias coletivas por enfermeiros responsáveis por atividades-meio e fim, capazes de oferecer maior resolubilidade às situações-problemas. Por isso, a importância de o enfermeiro conhecer o sistema organizacional, agir em conexão com os distintos processos de trabalho assistencial e

administrativo, de modo a realizar o cuidado com menor risco de eventos adversos e com implicações satisfatórias e qualificadas para tríade cliente-profissional-instituição.

Fundamental evidenciar que este estudo é uma experiência primeira, portanto necessita de outros estudos com outros sujeitos, para que possa ampliar ainda mais as informações sobre as estratégias de gerenciamento, e assim, construir um conhecimento. Por isso, vislumbro novas investigações que busquem os predicativos relacionados à gerência do cuidado de enfermagem envolvendo essas duas especialidades: terapia intensiva e oncologia; que aprofundem as discussões sobre as estratégias criadas por enfermeiros para resolver questões da prática; que mapeiem os processos gerenciais de modo a entender as articulações e negociações dos enfermeiros com os clientes e os profissionais para gerenciar os riscos dos cuidados; que discutam sobre os conflitos na gestão de pessoas; que correlacionem as habilidades gerenciais cognitiva, analítica, comportamental e de ação dos enfermeiros nos diversos cenários de prática; entre outros.

REFERÊNCIAS

ABBAGNANO, N. **Dicionário de Filosofia**. Edição revista e ampliada. São Paulo: Martins Fontes, 2007.

AGUIAR, D.F. et al. Gerenciamento de enfermagem: situações que facilitam ou dificultam o cuidado na unidade coronariana. **Chía**, Colombia 2010 10(2): 115-131.

AGUIAR, D.F. **Estratégias Gerenciais do Cuidado de Enfermagem na Unidade Coronariana: avaliação em três hospitais públicos universitários do estado do Rio de Janeiro**. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2009.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS (ABNT). **Informação e documentação: trabalhos científicos apresentação: NBR 14724**. Rio de Janeiro, 2002.

AZZOLIN, G.M.C.; PEDUZZI, M. Processo de trabalho gerencial e processo de enfermagem na perspectiva de docentes de enfermagem. **Rev Gaúcha Enferm**, Porto Alegre (RS) 2007; 28(4): 549-55.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2008. (Obra original publicada em 1977)

BARRETO, V.P.M. **A gerência do cuidado prestado pelo enfermeiro a clientes internados em terapia intensiva**. Dissertação -Mestrado em Enfermagem – Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2009.

BENITO, G.A.V. et al. Conhecimento gerencial do enfermeiro no Programa de Saúde da Família. **Rev Bras Enferm**, Brasília (DF) 2005 58(6): 635-40.

BOFF, L. **Saber Cuidar: ética do humano, compaixão pela terra**. Petrópolis, RJ: Vozes, 1999.

BRASIL. Ministério da Saúde./Conselho Nacional de Saúde. **Resolução 466 de 12 de dezembro de 2012**. Regulamenta pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM nº 2.439. **Política Nacional de Atenção Oncológica**. Brasília, 2005.

BRASIL. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. **Decreto Nº 7186 de 27 de maio de 2010**. Brasília. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 874. **Política Nacional para Prevenção e Controle do Câncer**. Brasília, 2013.

CARVALHO, V. **Para uma Epistemologia da Enfermagem: tópicos de crítica e contribuição**. Rio de Janeiro: UFRJ/ EEAN, 2013.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Resolução COFEN nº 293/ 2004**. Fixa e Estabelece Parâmetros para o Dimensionamento do Quadro de Profissionais de Enfermagem nas Unidades Assistenciais das Instituições de Saúde e Assemelhados. Brasília, 2004.

_____. Análise de dados dos profissionais de enfermagem existentes nos Conselhos Regionais. Março/2011.

COSTA R.A.; SHIMIZU, H.E. Atividades desenvolvidas pelos enfermeiros nas unidades de internação de um hospital-escola. **Rev. Latino-Am. Enfermagem** 2005; 13(5):654-62.

CHIAVENATO, I.; SAPIRO, A. **Planejamento Estratégico**. 2 ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2009.

CHIZOTTI, A. A pesquisa qualitativa em ciências humanas e sociais: evolução e desafios. **Revista portuguesa de educação**. 16(2), 2003.

CHRISTOVAM, B.P. **Gerência do cuidado de enfermagem: a construção de um conceito**. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Universidade Federal do Rio de Janeiro, Escola de Enfermagem Anna Nery, Rio de Janeiro, 2009.

CHRISTOVAM, B.P. et al. Gerência do cuidado de enfermagem em cenários hospitalares: a construção de um conceito. **Rev Esc Enferm USP** 2012; 46(3):734-41.

CUNHA, K.C. **Gestão de Pessoas: foco na enfermagem atual**. São Paulo: Martinari, 2008.

DEMO, P. **Metodologia Científica em Ciências Sociais**. São Paulo: Atlas, 2005.

ERDDMANN, A.L.; BACKES, D.S.; MINUZZI, H. Gerência do Cuidado de Enfermagem pelo olhar da complexidade. **Online Brazilian Journal of Nursing**. 7(1), 2008.

FERNANDES, L.C.L. et al. Gerência dos serviços de saúde: competências desenvolvidas e dificuldades encontradas na atenção básica. **Ciência & Saúde Coletiva**, 14(1): 1541-52, 2009.

FIGUEIREDO, N.M.A. et. al. **Corpo indutor de condutas de cuidar**. In: FIGUEIREDO, Nébia Maria Almeida; MACHADO, Wiliam César Alves (orgs.). *Corpo e Saúde: condutas clínicas de cuidar*. Rio de Janeiro: Águia Dourada, 2009. p. 27-66.

FIGUEIREDO, N.M.A. et. al. **Fundamentos do Cuidado**: aspectos técnicos e cuidados expressivos. In: FIGUEIREDO, Nébia Maria Almeida; MACHADO, Wiliam César Alves (orgs.). *Tratado Cuidados de Enfermagem*. Volume 1. São Paulo: Roca, 2012. p. 70-87.

FOUCAULT, M. *Microfísica do poder*. 10º reimpressão. Rio de Janeiro: Graal, 1995.

FUGULIN, F.M.T. et al. Tempo de assistência de enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva: avaliação dos parâmetros propostos pela Resolução COFEN nº293/04. **Rev. Latino-Am. Enfermagem** mar.-abr. 2012;20(2).

FURUKAWA P.O; CUNHA I.C.K.O. Da gestão por competências às competências gerenciais do enfermeiro. **Rev Bras Enferm**, Brasília 2010 nov-dez; 63(6): 1061-6.

GAIDZINSKI R.R, PERES H.H.C., FERNANDES M.F.P. Liderança: aprendizado contínuo no gerenciamento em enfermagem. **Rev Bras Enferm** 2004; 57(4): 464-6.

GALBRAITH, J.K. **Anatomia do poder**. São Paulo: Pioneira, 1989.

GIL, A.C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2002.

GIL, A.C. **Gestão de Pessoas: enfoque nos papéis profissionais**. 1 ed. São Paulo: Atlas, 2009.

GONÇALVES, R.B.M. et al. Aspectos culturais da avaliação de desempenho profissional da equipe de enfermagem HU-USP. **O Mundo da Saúde**, 2006; 30(2): 256-62.

GURGEL, A.O.C.; OLIVEIRA, E. **RH Positivo: novo mundo do trabalho**. Rio de Janeiro: Qualitymark, 2004.

GRECO, R.M. Ensinando a administração em enfermagem através da Educação em Saúde. **Rev Bras Enferm**, Brasília (DF), 2004 57(4): 504-07.

HERCOS, T.M. et al. O Trabalho dos Profissionais de Enfermagem em Unidades de Terapia Intensiva na Assistência ao Paciente Oncológico. **Revista Brasileira de Cancerologia** 2014; 60(1): 51-58.

HOU, W.C. Sun Tzu: A arte da guerra e do gerenciamento. Tradução: Bazán Tecnologia e Linguística Ltda. 3 ed. Rio de Janeiro: Record, 2005.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA. **Estimativa 2014: Incidência de Câncer no Brasil** / Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva, Coordenação de Prevenção e Vigilância. Rio de Janeiro: INCA, 2014.

JÚLIO, C.A. **A arte da estratégia: pense grande, comece pequeno e cresça rápido**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2005.

KISIL, M. **Gestão da Mudança Organizacional**. colaboração de Tânia R. G. B. Pupo. – São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 1998.

KURCGANT, P. **Gerenciamento em Enfermagem**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2010.

McDONALD, L. Florence Nightingale and the early origins of evidence-based nursing. **Evid Based Nurs**, 2001; 4: 68-69

MAGALHÃES, A.M.M.; DUARTE, E.R.M. Tendências gerenciais que podem levar a enfermagem a percorrer novos caminhos. **Rev Bras Enferm**, Brasília (DF), 2004 57(4): 408-11.

MANENTI, S.A. et al. O processo de construção do perfil de competências gerenciais para enfermeiros coordenadores de área hospitalar. **Rev Esc Enferm USP**, 2012; 46(3):727-33.

MARQUIS, B. L.; HUSTON, C. J. **Administração e liderança em enfermagem: teoria e aplicação**. 6 ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 2010.

MARX, K. **Teorias da Mais Valia**. São Paulo: Bertrand Brasil, 1987.

MAYA, C.M.; SIMÕES, A.L.A. Implicações do dimensionamento do pessoal de enfermagem no desempenho das competências do profissional enfermeiro. **Rev Bras Enferm**, Brasília 2011 set-out; 64(5): 898-904.

MERHY, E.E. Reflexões sobre as tecnologias não materiais em saúde e a reestruturação produtiva do setor: um estudo sobre a micropolítica do trabalho vivo [tese de livre-docência]. Campinas (SP): Unicamp, 2000.

MERHY, E.E. Em busca do tempo perdido: A micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: **Agir em saúde** – um desafio para o público. São Paulo, Hucitec, 2007.

MINAYO, M. C. de S. **O desafio do Conhecimento. Pesquisa Qualitativa em Saúde**, 9. ed. São Paulo – Rio de Janeiro: Hucitec - Abrasco, 2006.

MINTZBERG, H. et al. **O processo da estratégia**: conceitos, contextos e casos selecionados. Porto Alegre: Artmed, 2006.

MOREIRA, M.C. **O Cuidado de Ajuda no Alívio da Ansiedade de Clientes com Câncer em Tratamento Quimioterápico Paliativo: Contribuição ao Conhecimento de Enfermagem**. Tese de Doutorado da Escola de Enfermagem Anna Nery da Universidade Federal do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 2002.

MOREIRA, M.C.; CARVALHO, V. Relação de Ajuda: Reflexões sobre sua aplicabilidade no processo assistencial em enfermagem. **Esc Anna Nery R. Enferm**. 2004 dez; 8(3): 354-60.

MOREIRA, M.C. et al. Produção de conhecimento na enfermagem em oncologia: contribuição da Escola de Enfermagem Anna Nery. **Esc Anna Nery R. Enferm**. 2010 jul-set; 14 (3): 575-584.

MOTTA, P. R. **Gestão Contemporânea**: A ciência e a arte de ser dirigente. 16^a ed. – Rio de Janeiro: Record, 2007.

NEEDLEMAN, J. et al. Nurse staffing in hospitals: is there a business case for quality? **Health Aff**. 2006;25(1):204-11.

NIGHTINGALE, F. **Notas Sobre Enfermagem**: o que é e o que não é. São Paulo: Cortez, 1989. 174 p.

OLIVEIRA, L.R.; SCHILLING, M.C.L. Análise do Serviço de Enfermagem no Processo de Planejamento Estratégico em Hospital. **REGE**, São Paulo, Brasil, v. 18, n. 2, p. 225-243, abr./jun. 2011.

PADILHA, K.G. et al. **Enfermagem em UTI: cuidando do paciente crítico**. São Paulo: Manole, 2010.

PENOYER, D.A. Nurse staffing and patient outcomes in critical care: a concise review. **Crit Care Med.** 2010; 38(7):1521-8.

PERES, A.M.; CIAMPONE, M.H.T. Gerência e competências gerais do enfermeiro. **Texto & Contexto**, 2006 15(3): 492-99.

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

PIMENTA, C.A.M.; CRUZ, D.A.L.M. Câncer e dor: alterações nos padrões de resposta humana. **Acta Paulista de Enfermagem.** 1994 7(1): 27-34.

PINHEIRO, P.N.C. et al. O cuidado humano: reflexão ética acerca dos portadores do HIV/AIDS. **Rev. Latino-am. Enfermagem**, 2006 maio-junho; 14(3).

POLIT, D.F. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para a prática da enfermagem.** 7. ed. Porto Alegre: Artmed, 2011.

ROSSI, F.R., SILVA, M.A.D. Fundamentos para processos gerenciais na prática do cuidado. **Rev Esc Enferm USP.** 2005; 39(4):460-8.

SANCINETTI, T.R. et al. Taxa de absenteísmo da equipe de enfermagem como indicador de gestão de pessoas. **Rev Esc Enferm USP**, 2011; 45(4):1007-12.

SANTOS, C. B. **Condições de Trabalho e Saúde dos Trabalhadores de Enfermagem da Clínica Médica de um Hospital Público.** Dissertação de Mestrado. Rio de Janeiro: UERJ/FENF, 2004.

SANTOS, N. M. **Planejamento Estratégico:** como foco na Gestão Hospitalar. VII Convibra Administração – Congresso Virtual Brasileiro de Administração, 2010.

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; 32(4):695-702.

SHELL, G.R. **Negociar é preciso:** estratégias de negociação para pessoas de bom senso. São Paulo: Negócio, 2001.

SILVA, M.M.; MOREIRA, M.C. Desafios à sistematização da assistência de enfermagem em cuidados paliativos oncológicos: uma perspectiva da complexidade. **Revista eletrônica de enfermagem.** 2010 12(3): 483-90.

SILVA, L.F.; CUNHA, I.C. Liderança em Enfermagem: conceitos, evolução e dificuldades dos enfermeiros. **Revista de Enfermagem UNISA**, São Paulo. 58-63, 2005.

SHINYASHIKI, G.T.; TREVIZAN, M.A.; MENDES, I.A.C. Sobre a criação e a gestão do conhecimento organizacional. **Rev Latino-am. Enferm**, 2003 11(4): 499-506.

SOUSA, K.M.P. Introdução à Gestão de Pessoas. Acessado em 31/01/2015. <https://psicologado.com/atuacao/psicologia-organizacional/introducao-a-gestao-de-pessoas>

TEIXEIRA, C. et al. **Planejamento & gestão de sistemas e serviços de saúde**. São Paulo: BIREME/OPAS/OMS, 2004.

TONINI, T. **Enfermeira instituída/instituinte**: a subjetividade das estratégias de cuidar. 2006. Tese (doutorado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social.

TREVIZAN, M. A., MENDES, I. A. C., SHINYASHIKI, G. T. *et al.* Gerenciamento do enfermeiro na prática clínica: problemas e desafios em busca de competência. **Rev. Latino-am. Enfermagem**, 2006 maio-junho; 14(3).

URIBE RIVIERA, FJ. **Agir comunicativo e planejamento social: uma crítica ao enfoque estratégico**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1995.

APÊNDICES

Apêndice I - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Este é um estudo intitulado: **As estratégias dos enfermeiros na gerência do cuidado de enfermagem prestado ao cliente oncológico na unidade de terapia intensiva**, de autoria de Fernanda de Assis Teixeira, sob orientação pela professora Dr^a Teresa Tonini, sendo desenvolvido no Curso de Mestrado do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro – UNIRIO.

Os objetivos deste estudo são: caracterizar as estratégias gerenciais utilizados pelo enfermeiro na Unidade de Terapia Intensiva em um hospital oncológico; e discutir as implicações de estratégias adotadas por enfermeiras no gerenciamento do cuidado de enfermagem em uma Unidade de Terapia Intensiva em um hospital oncológico.

Caso o(a) Sr(Sra) concorde em participar, para a obtenção das informações necessárias, será realizada uma dinâmica, onde os participantes criaram uma situação-problema, com base em experiências vivenciadas no gerenciamento do cuidado. A pesquisadora oferecerá material representativo utilizado por crianças em brincadeiras, tal como: soldadinhos, redes e roupinhas camufladas, armamentos, canhões e viaturas de guerra, binóculos, entre outros. Toda dinâmica será gravada e filmada, visando proporcionar um registro e uma análise mais fidedignos das falas, movimentos e estratégias utilizadas.

Os benefícios relacionados com sua participação serão de ampliar o conhecimento científico sobre as estratégias dos enfermeiros no gerenciamento do cuidado de enfermagem, aproveitando-as como base para o planejamento e execução da assistência de enfermagem.

Este estudo tem a garantia de ser livre, portanto, o(a) Sr(Sra) está sendo informado (a) de que mesmo após o seu início, poderá decidir interromper sua participação a qualquer momento, sem nenhum ônus ou consequência. Além disso, o sigilo de sua identificação está garantido em todos os momentos da pesquisa, inclusive na apresentação dos resultados, quando se adotará um nome fictício.

A instituição envolvida terá acesso aos resultados produzidos em sua íntegra, mantendo-se a confidencialidade das informações e anonimato dos participantes.

Cabe esclarecer, ainda, que os resultados do estudo serão utilizados para a elaboração da dissertação, trabalhos para a apresentação em eventos científicos e para a publicação de manuscritos em periódicos científicos.

Li as informações acima e entendi o propósito do estudo. Tive a oportunidade de realizar perguntas e todas foram respondidas. Eu, _____, por intermédio deste, dou livremente meu consentimento para participar neste estudo.

Eu recebi uma cópia assinada deste formulário de consentimento.

Rio de Janeiro, ____ de _____ de 2014.

Assinatura do participante

Assinatura da pesquisadora

Fernanda de Assis Teixeira

Apêndice II - TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE USO DE IMAGEM

Eu, _____, depois de conhecer e entender os objetivos, procedimentos metodológicos, riscos e benefícios do estudo, bem como de estar ciente da necessidade do uso de minha imagem, especificado no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Autorizo, através do presente termo, a pesquisadora Fernanda de Assis Teixeira do projeto de pesquisa intitulado **As estratégias dos enfermeiros na gerência do cuidado de enfermagem prestado ao cliente oncológico na unidade de terapia intensiva** a realizar a gravação que se façam necessárias sem quaisquer ônus financeiros a nenhuma das partes.

Ao mesmo tempo, libero a utilização destas imagens para elaboração da dissertação, apresentação em eventos científicos e para publicação de manuscritos em periódicos científicos em favor da pesquisadora do estudo, acima especificado, obedecendo ao que está previsto na Resolução do CNS nº 466/2012.

Rio de Janeiro, ____ de _____ de 2014.

Assinatura do participante

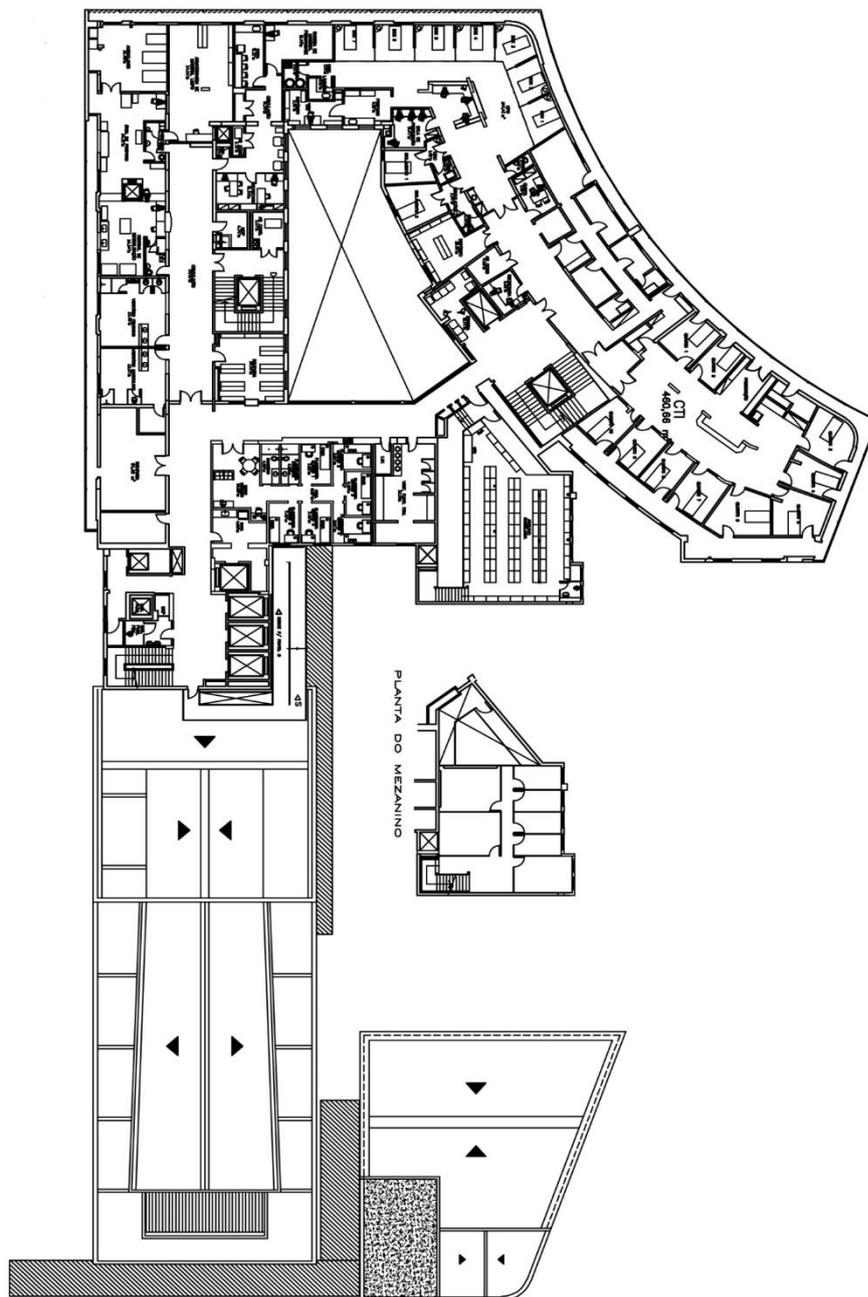
Assinatura da pesquisadora

Apêndice III- ROTEIRO PARA COLETA DE DADOS

1. Dados de identificação: caracterização do participante
 - 1.1. Iniciais do Nome:
 - 1.2. Sexo: feminino masculino
 - 1.3. Idade:
 - 1.4. Tempo de atuação:
 - 1.5. Quantos vínculos empregatícios você possui? 1 2 3 ou mais
 - 1.6. Possui curso de especialização (lato e/ou stricto sensu)? Se afirmativo, qual a sua especialização?
 - 1.7. Você possui ou já possuiu cargo de chefia/ gerente de unidade?
 - 1.8. Que atividades relacionadas à gerência você realiza em seu trabalho?
2. No cotidiano de seu trabalho aqui nesta instituição, você viveu ou tem vivido muitas situações com soluções conflituosas ou de difícil solução.
 - 2.1. Qual dessas situações você considera como importante e que merece ser examinada em nossa dinâmica?
 - 2.2. Considerando a situação escolhida para a dinâmica, jogue demonstrando suas condições e estratégias para solucionar a situação.

ANEXOS

ANEXO I – Centro de Terapia Intensiva



Fonte: Serviço de Engenharia do Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. 2014.

ANEXO II – Carta de Aprovação CEP Instituição Proponente

UNIVERSIDADE FEDERAL DO
ESTADO DO RIO DE JANEIRO-
UNIRIO



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: As estratégias dos enfermeiros na gerência do cuidado de enfermagem prestado ao cliente oncológico na unidade de terapia intensiva

Pesquisador: Fernanda de Assis Teixeira

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 25366113.7.0000.5285

Instituição Proponente: Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro - UNIRIO

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 526.391

Data da Relatoria: 26/02/2014

Apresentação do Projeto:

Parecer emitido em 13/12/2013.

Objetivo da Pesquisa:

Parecer emitido em 13/12/2013.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Parecer emitido em 13/12/2013.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Parecer emitido em 13/12/2013. Versão submetida em atendimento a pendências.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Apresenta os termos obrigatórios. As pendências do parecer anterior foram atendidas.

Recomendações:

Não Há

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não há inadequações ou pendências.

Situação do Parecer:

Aprovado

Endereço: Av. Pasteur, 296

Bairro: Urca

CEP: 22.290-240

UF: RJ

Município: RIO DE JANEIRO

Telefone: (21)2542-7796

E-mail: cep.unirio09@gmail.com

UNIVERSIDADE FEDERAL DO
ESTADO DO RIO DE JANEIRO-
UNIRIO



Continuação do Parecer: 526.391

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

O pesquisador deverá enviar ao CEP UNIRIO relatórios parciais e final da pesquisa em atendimento a Resolução 466/12.

RIO DE JANEIRO, 11 de Fevereiro de 2014

Assinador por:
Sônia Regina de Souza
(Coordenador)

Endereço: Av. Pasteur, 296

Bairro: Urca

CEP: 22.290-240

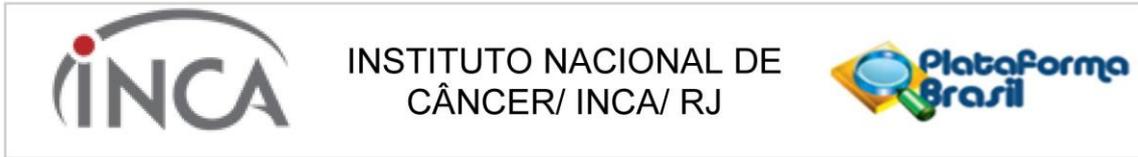
UF: RJ

Município: RIO DE JANEIRO

Telefone: (21)2542-7796

E-mail: cep.unirio09@gmail.com

ANEXO III – Carta de Aprovação CEP Instituição Coparticipante



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: As estratégias dos enfermeiros na gerência do cuidado de enfermagem prestado ao cliente oncológico na unidade de terapia intensiva

Pesquisador: Fernanda de Assis Teixeira

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 25366113.7.0000.5285

Instituição Proponente: Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro - UNIRIO

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 541.872

Data da Relatoria: 24/02/2014

Apresentação do Projeto:

INTRODUÇÃO:

O câncer é um problema mundial que acomete a todos, independente da classe social, sexo ou idade. Assim, nas últimas décadas, o câncer ganhou uma dimensão maior. A Organização Mundial da Saúde (OMS) estimou que, no ano 2030, pode-se esperar 27 milhões de casos incidentes de câncer, 17 milhões de mortes por câncer e 75 milhões de pessoas vivas, anualmente, com câncer. O maior efeito desse aumento incidirá em países de baixa e média renda (INCA, 2011). As especificidades do cenário da oncologia na terapia intensiva caracterizam-se pela forte carga emocional e física; os profissionais se deparam com tecnologias leves, leve-duras e duras¹, realizam inúmeros procedimentos invasivos e enfrentam situações limítrofes de vida e de morte do cliente e os processos de dor da família pela eminente perda. A complexidade dos procedimentos envolvidos no cuidado de enfermagem e o modo como é desenvolvido criam diferentes conotações e características ao processo, refletindo-se na prática de cuidar e de gerenciar. Ademais, se deve considerar também as necessidades específicas da clientela, a fim de proporcionar um cuidado individualizado e de qualidade. Por isso, o enfermeiro necessita de conhecimento técnico-científico sobre as situações-problema apresentadas pelo cliente e família, identificando as necessidades alteradas, de modo a proporcionar condições para resolução das mesmas em seu

Endereço: RUA DO RESENDE, 128 - SALA 203

Bairro: CENTRO

CEP: 20.231-092

UF: RJ

Município: RIO DE JANEIRO

Telefone: (21)3207-4550

Fax: (21)3207-4556

E-mail: cep@inca.gov.br



INSTITUTO NACIONAL DE
CÂNCER/ INCA/ RJ



Continuação do Parecer: 541.872

processo de trabalho. Esse processo de trabalho do enfermeiro é composto por duas dimensões complementares: assistir e gerenciar. Na primeira, o enfermeiro tem como objeto de intervenção as necessidades de cuidado de enfermagem e por finalidade o cuidado integral; na segunda, o objeto de trabalho é a organização do trabalho e os recursos humanos em enfermagem, os meios e instrumentos são os diferentes saberes administrativos, materiais, equipamentos e instalações, além dos instrumentos técnicos da gerência, como: dimensionamento de pessoal, planejamento, educação continuada/permanente, supervisão e avaliação de desempenho. Conforme a definição de Motta (2007), gerência significa a arte de pensar, de decidir e de agir, obtendo com isso resultados. Tais resultados podem ser definidos, previstos, analisados e avaliados, sendo alcançados através das pessoas, necessitando, para tal, de uma interação constante.

As instituições de saúde, sejam públicas ou não, valorizam enfermeiros com competências para gerenciar a assistência prestada com foco na gestão das unidades, das pessoas, dos recursos materiais, do sistema de informação e custo. Este cenário prejudica a exequibilidade da assistência e sua qualidade (CUNHA, 2008). Barreto (2009) reflete que ao enfermeiro gerente desse cuidado é exigida a observação e avaliação das situações-problemas de saúde do cliente, a detecção de problemas e consequente intervenção, mas sem as necessárias condições instrumentais e operacionais para que o gerenciamento se concretize satisfatoriamente. Somando-se a isso, se percebe uma dificuldade conceitual por parte dos enfermeiros relacionada às ações de gerência do cuidado de enfermagem, à medida que a maioria delas não tem a compreensão de que seu processo de trabalho envolve ações de cuidado direto e ações de cuidado indireto. A partir das considerações descritas, tem-se como pressuposto deste estudo que essa incompreensão, o uso insuficiente de ferramentas de gestão e o frágil repertório gerencial dos enfermeiros, os levam à instituição de estratégias ineficientes ou pouco efetivas para resolução ou minimização de situações-problemas que surgem na prática gerencial do cuidado de enfermagem. Compreende-se a estratégia como um meio ou ação de alcançar determinado objetivo ou meta estabelecida por um gerente ou uma organização, minimizando conflitos, inconsistências ou desvios aos propósitos desejados. Par tal, faz-se necessário a concentração de insumos, pessoas, recursos organizacionais, observação do ambiente onde se atua. Dessa forma, enfoca-se como objeto de estudo: as estratégias de gerenciamento do cuidado prestado pelo enfermeiro aos clientes oncológicos internados na Unidade de Terapia Intensiva de um hospital oncológico da rede federal localizado na cidade do Rio de Janeiro.

JUSTIFICATIVA: Possibilidade em conhecer melhor as estratégias gerenciais dos enfermeiros, visto

Endereço: RUA DO RESENDE, 128 - SALA 203
Bairro: CENTRO **CEP:** 20.231-092
UF: RJ **Município:** RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)3207-4550 **Fax:** (21)3207-4556 **E-mail:** cep@inca.gov.br



INSTITUTO NACIONAL DE
CÂNCER/ INCA/ RJ



Continuação do Parecer: 541.872

que esse setor se difere por cuidados especializados em oncologia. Além disso, os resultados deste estudo possam contribuir para o avanço das discussões acerca da gerência em enfermagem na perspectiva de encontrarmos aspectos relevantes para a construção de nova prática profissional.

HIPÓTESE:

Quais as estratégias de gerenciamento do cuidado prestado pelo enfermeiro aos clientes oncológicos internados na Unidade de Terapia Intensiva? De que forma as estratégias adotadas por enfermeiras podem implicar em mudanças no gerenciamento dos cuidados de enfermagem aos clientes oncológicos internados na Unidade de Terapia Intensiva?

CRITÉRIOS DE INCLUSÃO/EXCLUSÃO:

Critério de Inclusão:

Enfermeiros, dos serviços diurno e noturno, lotados no referido setor de Terapia Intensiva.

Critério de Exclusão:

O critério de exclusão será os profissionais que estiverem em férias ou licença de qualquer natureza no período de coleta de dados.

DESFECHOS

Desfecho Primário:

A Política Nacional de Atenção Oncológica (2005) estabelece que devam ser criadas estratégias de incentivo à pesquisa, nas diversas áreas da atenção, visando o desenvolvimento de métodos e processos de aprimoramento assistencial e gerencial. A produção de conhecimento na enfermagem e suas repercussões sociais estabelecem foco de debate no processo de evolução da profissão e representam como tema de relevância para reconhecimento da pesquisa como um fenômeno e processo social (MOREIRA et al, 2010). Este estudo se justifica, devido à possibilidade em conhecer melhor as estratégias gerenciais dos enfermeiros na Unidade de Terapia Intensiva em um Hospital Oncológico, visto que esse setor se difere por cuidados especializados em oncologia. Expandirá também a pesquisa de enfermagem sobre as questões referentes às atribuições gerenciais dos enfermeiros, quanto ao planejamento, à execução dos cuidados de enfermagem e ao treinamento de enfermeiros residentes no campo de prática. Corroborando Peixoto (2004) afirma que a produção e a difusão do conhecimento são pilares fundamentais para o crescimento profissional. Diante disso, espero que os resultados deste estudo possam contribuir para o avanço das

Endereço: RUA DO RESENDE, 128 - SALA 203

Bairro: CENTRO

CEP: 20.231-092

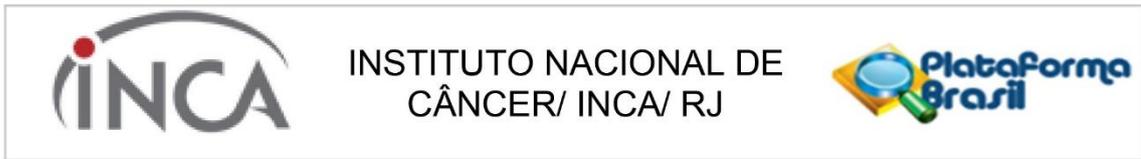
UF: RJ

Município: RIO DE JANEIRO

Telefone: (21)3207-4550

Fax: (21)3207-4556

E-mail: cep@inca.gov.br



Continuação do Parecer: 541.872

discussões acerca da gerência em enfermagem na perspectiva de se encontrar aspectos relevantes para a construção de nova prática profissional.

Desfecho Secundário:

Estima-se que irá ampliar a visão da valorização das pessoas que fazem parte das organizações de saúde sendo essas fundamentais para os gerentes de Enfermagem e, portanto sem as quais sua atividade fim não se concretiza. Isso contribuirá para a criação e implantação de novas estratégias de gestão, baseadas no investimento de organizações voltadas para motivação e inovação, e estímulo às lideranças criativas.

METODOLOGIA:

Participarão do estudo enfermeiros, dos serviços diurno e noturno, lotados no referido setor de Terapia Intensiva. A metodologia é um instrumento de produção do conhecimento que determina os procedimentos necessários para abordar o objeto de estudo. Permite que a realidade social seja reconstruída como um objeto do conhecimento, através de um processo de categorização possuidor de características específicas que une o teórico ao empírico. A garantia do rigor da pesquisa depende de seu método (DEMO, 2005). Trata-se de um projeto de pesquisa com método qualitativo e do tipo descritivo. Para Minayo (2006), a pesquisa qualitativa responde a questões muito particulares, porque trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis. Os dados surgirão, a partir de informações detalhadas dentro de um contexto a ser estudado. O termo qualitativo implica uma partilha densa com pessoas, fatos e locais que constituem objetos de pesquisa, para extrair desse convívio os significados visíveis e latentes que somente são perceptíveis a uma atenção sensível e, após essa aprendizagem, o autor interpreta e traduz em um texto, cuidadosamente escrito, com perspicácia e competência científicas, os significados patentes ou ocultos do seu objeto de pesquisa (CHIZOTTI, 2003). Os estudos descritivos possuem como objetivo principal a descrição das características de determinada população, levantando suas opiniões e atitudes, com possibilidade de determinar a natureza destas relações (GIL, 2002). Nesse sentido o campo de pesquisa para o presente trabalho será um hospital público localizado na cidade do Rio de Janeiro especializado no tratamento oncológico, sendo esse, referência nacional em oncologia. O centro de terapia intensiva do referido hospital é dividido em Unidade de Terapia Intensiva - UTI e Unidade de Pós Operatório - UPO, constituído por dez leitos e nove leitos

Endereço: RUA DO RESENDE, 128 - SALA 203
Bairro: CENTRO **CEP:** 20.231-092
UF: RJ **Município:** RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)3207-4550 **Fax:** (21)3207-4556 **E-mail:** cep@inca.gov.br



INSTITUTO NACIONAL DE
CÂNCER/ INCA/ RJ



Continuação do Parecer: 541.872

(estando quatro bloqueados atualmente), respectivamente. O setor é composto por aparatos tecnológicos, como por exemplo: bombas de infusão, monitores para monitorização hemodinâmica, ventiladores mecânicos, incluindo monitores e ventiladores de transporte, camas eletrônicas. A equipe de enfermagem é dimensionada para oferta de cuidados nas 24 horas. Na UTI durante o serviço diurno, conta-se com três enfermeiros plantonistas, um diarista e cinco a seis técnicos e um técnico diarista; na UPO, é composto por um enfermeiro plantonista e um diarista e três técnicos de enfermagem. Para o serviço noturno na UTI, há dois enfermeiros e cinco a seis técnicos e na UPO, dois enfermeiros com três técnicos. Porém, faz-se necessário ressaltar que um número importante de licenças e faltas acontecem que incidem na taxa de absenteísmo, precisando haver sempre remanejamento de um local para outro. Participarão do estudo enfermeiros, dos serviços diurno e noturno, lotados no referido setor de Terapia Intensiva. Como o critério de seleção do concurso público do hospital mencionado exigia formação de Especialização em Enfermagem Intensivista e/ou Enfermagem em Oncologia, assim, os participantes do estudo apresentação essa titulação. O critério de exclusão será os profissionais que estiverem em férias ou licença de qualquer natureza no período de coleta de dados. A coleta dos dados será realizada por meio da dinâmica de sensibilização à criatividade, como uma metáfora às dificuldades e os conflitos vivenciados pelos profissionais no cotidiano da vida institucional. Os participantes criarão uma situação-problema a partir de experiências vivenciadas no gerenciamento do cuidado. A pesquisadora oferecerá brinquedos utilizados por crianças. Após, eles jogarão para propor as estratégias que utilizariam como forma de solucionar a situação-problema criada. Ao fim, a pesquisadora abre para discussão, para que expliquem as estratégias e decisões tomadas.

TAMANHO DA AMOSTRA: 24

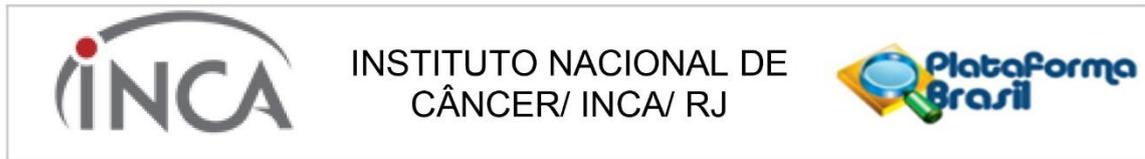
Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

- 1 - Caracterizar as estratégias gerenciais utilizados pelo enfermeiro na Unidade de Terapia Intensiva em um hospital oncológico;
- 2 - Discutir as implicações de estratégias adotadas por enfermeiros no gerenciamento do cuidado de enfermagem na Unidade de Terapia Intensiva em um hospital oncológico.

Objetivo Secundário:

Endereço: RUA DO RESENDE, 128 - SALA 203	CEP: 20.231-092
Bairro: CENTRO	
UF: RJ	Município: RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)3207-4550	Fax: (21)3207-4556
	E-mail: cep@inca.gov.br



Continuação do Parecer: 541.872

Não se aplica

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Conforme informados pelo pesquisador

RISCOS:

Possibilidade mínimas de danos à dimensão psíquica, moral, intelectual, social, cultural ou espiritual do ser humano.

BENEFÍCIOS:

Os benefícios relacionados serão de ampliar o conhecimento científico sobre as estratégias dos enfermeiros no gerenciamento do cuidado de enfermagem, aproveitando-as como base para o planejamento e execução da assistência de enfermagem.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O projeto traz como situação problema o cenário da oncologia na terapia intensiva em que a complexidade dos procedimentos envolvidos no cuidado de enfermagem apresenta características que repercutem no processo de gerência desse cuidado.

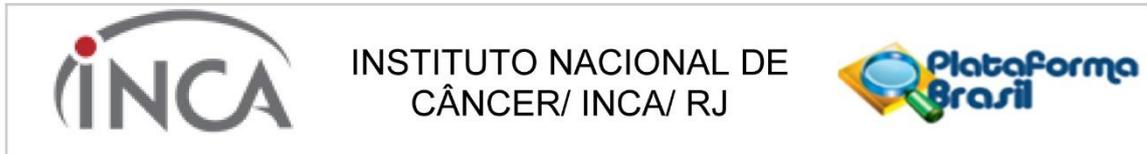
Projeto de pesquisa exequível com estrutura apropriada, contendo os elementos fundamentais para um projeto de pesquisa, entretanto recomenda-se rever os objetivos. Para que se discuta uma situação ou características de determinado fenômeno é necessário, antes, analisá-los. Sem esse cuidado, a discussão torna-se superficial (Vide Recomendações).

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Foram analisados os seguintes documentos de apresentação obrigatória:

- 1) Folha de Rosto para pesquisa envolvendo seres humanos: Devidamente preenchida e assinada
- 2) Projeto de Pesquisa: Adequado, porém existem recomendações (Vide Recomendações)
- 3) Orçamento financeiro e fontes de financiamento: Foi apresentado orçamento do estudo, que conta com financiamento do próprio pesquisador

Endereço: RUA DO RESENDE, 128 - SALA 203
Bairro: CENTRO **CEP:** 20.231-092
UF: RJ **Município:** RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)3207-4550 **Fax:** (21)3207-4556 **E-mail:** cep@inca.gov.br



Continuação do Parecer: 541.872

- 4) Termo de Consentimento Livre e Esclarecido: Adequado
- 5) Cronograma: Adequado
- 6) Formulário para Submissão de Estudos no INCA: Adequado
- 7) Currículo do pesquisador principal e demais colaboradores: Contemplados

Recomendações:

Recomenda-se incluir um objetivo adicional: analisar as repercussões das estratégias de gerência dos cuidados de enfermagem na UTI em hospital oncológico frente à complexidade dos procedimentos realizados (que tenham emergido na dinâmica proposta como coleta de dados).

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não há

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

RIO DE JANEIRO, 26 de Fevereiro de 2014

Assinador por:
Carlos Henrique Debenedito Silva
(Coordenador)

Endereço: RUA DO RESENDE, 128 - SALA 203
Bairro: CENTRO **CEP:** 20.231-092
UF: RJ **Município:** RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)3207-4550 **Fax:** (21)3207-4556 **E-mail:** cep@inca.gov.br

ANEXO IV – Carta de Autorização - Chefe do Setor



FORMULÁRIO PARA SUBMISSÃO DE ESTUDOS NO INCA

Prezado Pesquisador,

No cadastro do seu estudo na Plataforma Brasil (<http://www.saude.gov.br/plataformabrasil>), você deverá:

1. Anexar cópia digitalizada deste formulário, devidamente preenchido e assinado pelos envolvidos direta ou indiretamente, na execução do estudo;
2. Relacionar na Equipe de Pesquisa (Tela 1 - Informações Preliminares) da Plataforma Brasil, os colaboradores identificados neste formulário.

1) Título do Estudo	
As estratégias dos enfermeiros na gerência do cuidado de enfermagem prestado ao cliente oncológico na unidade de terapia intensiva	
2) Investigador Principal no INCA	
Nome: Fernanda de Assis Teixeira	
Categoria Profissional: enfermeiro	
Vínculo: <input checked="" type="checkbox"/> INCA <input checked="" type="checkbox"/> Servidor/Funcionário <input type="checkbox"/> Residente <input type="checkbox"/> Aluno <input type="checkbox"/> Outro Qual? <input type="checkbox"/> Outra Instituição Qual?	
Setor de Lotação no INCA: Unidade de Pós Operatório	
Contatos Telefone: (21)38608871 Celular: (21)88227630 E-mail: nandinhaassis@yahoo.com.br	
Assinatura:	
3) Local de Realização (Serviço do INCA ou de outra Instituição onde o estudo será efetivamente realizado) Deverá ser assinado <i>a priori</i> pelo Chefe da Unidade ou Serviço, e por seu substituto ou a chefia imediata quando o Investigador Principal / Colaboradores forem os chefes dos serviços relacionados.	
Nome do Serviço	Assinatura e Carimbo da Chefia
Nome do Serviço	Assinatura e Carimbo da Chefia
Nome do Serviço	Assinatura e Carimbo da Chefia
Nome do Serviço	Assinatura e Carimbo da Chefia

Simone de Amarim Carrera
Enfermeira
COREN-RJ 68041