ADRIANE CALVETTI DE MEDEIROS

GESTÃO DO CUIDADO DE ENFERMAGEM NA UTI: CONFIGURAÇÃO ECOSSISTÊMICA COM BASE TEÓRICO-FILOSÓFICA E ORGANIZATIVA NAS POLÍTICAS PÚBLICAS

RIO GRANDE

2013

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
DOUTORADO EM ENFERMAGEM

ADRIANE CALVETTI DE MEDEIROS

GESTÃO DO CUIDADO DE ENFERMAGEM NA UTI: CONFIGURAÇÃO ECOSSISTÊMICA COM BASE TEÓRICO-FILOSÓFICA E ORGANIZATIVA NAS POLÍTICAS PÚBLICAS

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Rio Grande, como requisito para obtenção do título de Doutor em Enfermagem – Área de Concentração: Enfermagem e Saúde. Linha de Pesquisa: O Trabalho da Enfermagem/Saúde

Orientadora: Profª Dra. Hedi Crecencia Heckler de Siqueira

RIO GRANDE
2013

M488g Medeiros, Adriane Calvetti de.
Gestão do cuidado de enfermagem na UTI:
configuração ecossistêmica com base teórico-filosófica e organizativa nas políticas públicas / Adriane Calvetti de Medeiros. – 2013.
281 f. : il. color.

Tese (doutorado) – Universidade Federal do Rio Grande/FURG, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem

Orientador: Dra. Hedi Crecencia Heckler de Siqueira

1. Gestão em saúde. 2. Cuidados de enfermagem. 3. Ecossistema. 4. Unidade de terapia intensiva. 5. Políticas públicas de saúde. I. Siqueira, Hedi Crecencia Heckler de. II. Título.

CDU 616-083

Catalogação na fonte: Bibliotecária Flávia Reis de Oliveira CRB10/1946

ADRIANE CALVETTI DE MEDEIROS

GESTÃO DO CUIDADO DE ENFERMAGEM NA UTI: CONFIGURAÇÃO ECOSSISTÊMICA COM BASE TEÓRICO-FILOSÓFICA E ORGANIZATIVA NAS POLÍTICAS PÚBLICAS

Esta tese foi submetida ao processo de avaliação pela Banca Examinadora para a obtenção do Título de **Doutor em Enfermagem** e aprovada na sua versão final em 27 de novembro de 2013, atendendo às normas da legislação vigente da Universidade Federal do Rio Grande (FURG), Programa de Pós-Graduação em Enfermagem.

Mara Regina Santos da Silva

Coordenadora do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da FURG

BANCA EXAMINADORA

Hedi Crecencia Heckler de Siqueira, Dr[a] – Presidente (FURG)

Alacoque Lorenzini Erdmann, Dr[a]. (UFSC)

Regina Gema Santini Costenaro, Dr[a]. (UNIFRA)

Dirce Stein Backes, Dr[a]. (FURG)

Marlene Teda Pelzer, Dr[a]. (FURG)

Jacqueline Sallete Dei Svaldi, Dr[a]. (FURG)

Eda Schwartz, Dr[a]. (UFPEL)

Rio Grande, 27 de novembro de 2013.

Comece fazendo o que é necessário,
depois o que é possível e,
de repente, você estará fazendo o impossível.

SÃO FRANCISCO DE ASSIS

Dedico este trabalho a Deus, pelo infinito amor
e misericórdia, à minha família pelo apoio,
incentivo e carinho, em especial minha Mãe,
que me ensinou a acreditar que, com
determinação, os sonhos são possíveis de alcançar.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus pelo dom da vida, por ter-me dado equilíbrio, saúde e força para ultrapassar as fronteiras desta jornada, não me deixando esmorecer mesmo nos momentos mais difíceis.

Aos meus pais, José Análio e Sidrona, pelo estímulo, compreensão e incentivo para que eu pudesse alcançar meus objetivos tão almejados.

Ao meu filho Guilherme que, direta ou indiretamente, sempre esteve presente, durante esta jornada e soube entender os muitos momentos de ausência, e, também pelos suportes de informática necessários à configuração sistêmica dos dados desta pesquisa.

Ao meu amor Renato, pelo apoio, cooperação e paciência em todos os momentos desta caminhada. Obrigada por entender as minhas "inquietações" e potencializar que as incertezas de hoje serão as possibilidades de amanhã.

À minha orientadora Profª. Drª. Hedi, obrigada por fazer parte da minha vida e ser a grande mentora, exemplo de organização, disciplina, perseverança, entre outras qualidades, valores de vida e construção do saber científico da Enfermagem. Obrigada por estar comigo neste espaço/tempo de possibilidades...

Agradeço de coração às minhas irmãs Simone, Cristiane e Luciane, ao meu irmão Alexandre e demais membros da minha família, que sempre foram um porto seguro, de apoio e incentivo ao alcance de meus objetivos de vida.

À colega Claudia Zamberlan, pela amizade, compartilhamento de saberes e pelo apoio nos vários momentos que passamos juntas. Nossa amizade foi um valioso presente!

Aos colegas do Grupo de Estudo e Pesquisa - Gerenciamento Ecossistêmico em Enfermagem/Saúde (GEES), pelo intercâmbio de energia e informações no aprofundamento do pensamento sistêmico na Enfermagem/Saúde.

Ao PPGEnf/FURG, pelo conhecimento transmitido e pelas possibilidades de aplicação na Enfermagem/Saúde.

À Universidade Federal de Pelotas, Hospital Escola pelo estímulo à capacitação e qualificação profissional.

Aos Colegas de trabalho do Hospital Escola da Universidade Federal de Pelotas, pelo incentivo constante e apoio para que eu conseguisse tornar este sonho realidade.

Às minhas colegas enfermeiras e aos técnicos de enfermagem da Unidade de Terapia Intensiva Adulto do HE-UFPel, que entenderam os meus momentos de afastament,) das atividades de trabalho, a fim de concluir minha Tese.

Agradeço, em especial, aos Professores Membros da Banca Examinadora da presente Tese de Doutorado, por terem aceito o convite e disponibilizado seu tempo para contribuir no aperfeiçoamento deste trabalho e, principalmente, com a possibilidade de construção de novos conhecimentos capazes de gerar impacto nas ações do cuidar, gerenciar, educar e pesquisar/produzir em Enfermagem/Saúde.

E a todas as pessoas queridas que contribuíram para a realização deste trabalho.

MEDEIROS, Adriane Calvetti. Gestão do cuidado de enfermagem na UTI: configuração ecossistêmica com base teórico-filosófica e organizativa nas políticas públicas. 2013. 281p. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Universidade Federal do Rio Grande. Escola de Enfermagem. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Rio Grande, 2013. Linha de Pesquisa: Trabalho da Enfermagem/Saúde.
Orientadora: Drª Hedi Crecencia Heckler de Siqueira

RESUMO

A presente pesquisa teve por **objetivo** configurar, com enfoque ecossistêmico, a gestão do cuidado de enfermagem na UTI a partir da fundamentação teórico-filosófica e organizativa presente nos documentos das políticas públicas e compreender os elementos que compõem esse ambiente. Este estudo ancora-se nos princípios do paradigma ecossistêmico, mais especificamente nos autores – Bertalanffy (2008), Prigogine (1996, 2007, 2009), Siqueira (2001), Capra (2006, 2012) e outros estudos que fortalecem a aplicação ecossistêmica na prática. Além disso, buscam-se aportes nas políticas públicas que mostram as preocupações e necessidades crescentes de promoção e incentivo à saúde no seu sentido mais amplo ao ser humano, família e sociedade. Entende-se que as políticas públicas de saúde para o cliente crítico de UTI, no Brasil, necessitam articular as ações de saúde entre os gestores, profissionais/trabalhadores, clientes e demais segmentos da sociedade, no sentido de promover seu desenvolvimento científico e tecnológico na produção em saúde na perspectiva ecossistêmica. Assim, delimitou-se a **Tese**: Há possibilidades de configurar, com enfoque ecossistêmico, a gestão do cuidado de enfermagem na UTI a partir da fundamentação teórico-filosófica e organizativa presente nos documentos das políticas públicas e da compreensão dos elementos que compõem esse ambiente. O **percurso metodológico** caracterizou-se como exploratório, descritivo, com abordagem qualitativa. Para capturar os dados, utilizou-se um instrumento de pesquisa documental, estruturada em três três etapas: a primeira etapa – Análise preliminar do documento; segunda etapa – análise em relação ao conteúdo do documento; e a terceira etapa – análise dos pontos-chave do documento em relação com a Tese e Análise dos Dados. Essas etapas contemplaram os aspectos capazes de abranger o escopo da proposta. As categorias foram pré-estabelecidas com fundamento teórico-filosófico na Portaria MS 1071 de 4 de julho de 2005, com base nos objetivos da Política Nacional de Atenção ao Paciente Crítico, contemplando os objetivos e a Tese: 1ª categoria - Dimensão Técnica; 2ª categoria - Dimensão Organizacional; 3ª categoria - Dimensão Tecnológica; e 4ª categoria - Dimensão Humanizadora. Os resultados apontam que o estudo ancorado nas políticas públicas a na inter-relação entre os elementos que compõem as dimensões técnica, organizacional, tecnológica e humanizadora no espaço/ambiente da UTI é capaz de possibilitar o aprofundamento dos conhecimentos em torno da temática, prover subsídios para novos trabalhos de pesquisa e configurar a gestão com aplicabilidade aos cuidados de enfermagem ao cliente crítico. Em termos de construção de conhecimentos, a investigação é apropriada para conhecer as instabilidades do espaço/ambiente e analisar os caminhos/bifurcações que se manifestam na interação desses elementos, possibilitando, também, subsidiar a tomada de decisão no processo assistencial, além de estruturar redes de relações e interações dinâmicas, dialógicas e sensíveis às necessidades dos usuários, familiares e profissionais de enfermagem/saúde.

Descritores: Gestão em Saúde; Cuidados de Enfermagem; Ecossistema; Unidade de Terapia Intensiva; Políticas Públicas de Saúde

MEDEIROS, Adriane Calvetti. Management of nursing care in the ICU: ecosystemic setting with theoretical and philosophical and organizational basis in public policy. 2013. 281p. Thesis (Doctorate in Nursing) – Universidade Federal do Rio Grande. School of Nursing. Graduate Program in Nursing. Rio Grande, 2013. Research Lines: Nursing/Health Work.
Advisor: Dr**.** Hedi Crecencia Heckler de Siqueira

ABSTRACT

This research **aimed** to configure, by the ecosystemic approach, the management of nursing care in the ICU from the theoretical-philosophical and organizational grounds found in the documents of public policy and understand the elements that make up this environment. This study is founded on the principles of the ecosystemic paradigm, more specifically in the authors – Bertalanffy (2008), Prigogine (1996, 2007, 2009), Siqueira (2001), Capra (2006, 2012) and other studies that strengthen the ecosystemic application in practice. In addition, we seek contributions in public policy which show the concerns and increasing needs for promoting and encouraging in health in its broadest sense for human being, family and society. It is understood that public health policies to critical customer in the ICU in Brazil require joint health actions among managers, professionals / workers, customers and other segments of society, to promote its scientific and technological development in health production from ecosystemic perspective. Thus, the **Thesis** is delimited: There are possibilities to set up, by the ecosystemic approach , the management of nursing care in the ICU from the theoretical-philosophical and organizational grounds found in the documents of public policy and understanding of the elements that make up this environment. The **methodological approach** was characterized as exploratory, descriptive, qualitative approach. To capture the data we used an instrument of documentary research structured in three stages: the first - Preliminary analysis of the document, the second stage - analysis regarding the content of the document and the third stage - analysis of the key points of the document in relation to the Thesis and Data Analysis. These steps contemplated the aspects able to cover the scope of the proposal. The categories were predetermined with theoretical and philosophical foundation in MS Ordinance 1071 of July 4, 2005 based on the objectives of the National Policy of the Critical Patient Care, contemplating the goals and the Thesis: 1st category - Technical Dimension; 2nd category - Dimension organizational, 3rd grade - Technological Dimension and 4th category - Humanizing Dimension. The **results** indicate that the study anchored in public policies and the interrelationship between the elements that comprise the dimensions: technical, organizational, technological and humanizing in ICU environment/space can enable the development of knowledge about the matter, provide grants for new research papers and configure the management with applicability to nursing care to critical customer. In terms of building knowledge, the research is appropriate to meet the instabilities of space / environment and analyze the paths / forks that are manifested in the interaction of these elements, allowing also subsidizing the decision making in the care process, and structured networks relationships and dynamic interactions, dialogical and sensitive to the needs of users, relatives and nursing / health professionals.

Descriptors: Health Management; Nursing; Ecosystem; Intensive Care Unit, Public Health Policies

MEDEIROS, Adriane Calvetti. Gestión de cuidados de enfermería en el ámbito de los ecosistemas en la UCI con bases teórica, filosófica y organizacional en las políticas públicas. 2013. 281p. Tesis (Doctorado en Enfermería) – Universidade Federal do Rio Grande. Escuela de Enfermería. Programa de Postgrado en Enfermería. Rio Grande, 2013. Líneas de Investigación: Trabajo de Enfermería/Salud.
Tutor: Dr**.** Hedi Crecencia Heckler de Siqueira

RESUMEN

Esta investigación tuvo como **objetivo** configurar, con enfoque ecosistémico, a la gestión de la atención de enfermería en la UCI desde los fundamentos teórico-filosóficos y organizativos que se encuentran en los documentos de políticas públicas y comprender los elementos que componen este entorno. Este estudio se basa en los principios del paradigma ecosistémico, más concretamente en los autores – Bertalanffy (2008), Prigogine (1996, 2007, 2009), Siqueira (2001), Capra (2006, 2012) y otros estudios que refuerzan la aplicación ecosistémica en la práctica. Además, buscamos contribuciones en las políticas públicas que muestran las preocupaciones y las necesidades crecientes por el desarrollo y estímulo de la salud en su sentido más amplio el ser humano, la familia y la sociedad. Se entiende que las políticas públicas de salud al usuario crítico de la UCI en Brasil requieren de articular las acciones de salud entre los gestores, profesionales/trabajadores, clientes y otros segmentos de la sociedad, para promover su desarrollo científico y tecnológico en la producción en salud en la perspectiva ecosistémica. Por lo tanto, se delimitó la **Tesis**: Hay posibilidades de configurar, con enfoque ecosistémico, a la gestión de la atención de enfermería en la UCI desde los fundamentos teórico-filosóficos y organizativos que se encuentran en los documentos de política pública y la comprensión de los elementos que componen este entorno. La **aproximación metodológica** se caracterizó como enfoque exploratorio, descriptivo y cualitativo. Para capturar los datos se utilizó un instrumento de investigación documental estructurado en tres etapas: la primera etapa - El análisis preliminar del documento, la segunda etapa - Análisis sobre el contenido del documento y de la tercera etapa - Análisis de los puntos clave del documento en relación con la Tesis y Análisis de Datos. Estos pasos contemplaran aspectos capaces de cubrir el alcance de la propuesta. Las categorías fueron predeterminadas con base teórica- filosófica en la Norma MS 1071 de 04 de julio 2005 en base a los objetivos de la Política Nacional de Atención al Paciente Crítico, contemplando las metas y la Tesis: 1 ª categoría - Dimensión Técnica; 2 ª categoría - Dimensión organizacional, 3ª categoría - Tecnología Dimensión y 4ª categoría - Dimensión Humanizante. Los **resultados** indican que el estudio anclado en las políticas públicas y la interrelación entre los elementos que componen las dimensiones: técnica, organizativa, tecnológica y humanizante en el medio/ espacio de la UCI, puede permitir el desarrollo de los conocimientos sobre la materia, proporcionar subvenciones para nuevos trabajos de investigación y configurar la gestión con aplicabilidad a los cuidados de enfermería al usuario crítico. En términos de construcción de conocimiento, la investigación es apropiada para conocer las inestabilidades del espacio/entorno y analizar las rutas/horquillas que se manifiestan en la interacción de estos elementos, permite también apoyar la toma de decisiones en el proceso de atención además de estructurara redes de relaciones dinámica, dialógicas y sensibles a las necesidades de los usuarios, familiares y profesionales de enfermería/salud.

Descriptores: Gestión de la Salud; Enfermería; Ecosistema; Unidad de Cuidados Intensivos, Políticas Públicas de Salud.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Características do Pensamento Sistêmico 29

Figura 2 – Princípios Sistêmicos/Ecossistêmicos 37

Figura 3 – Características de Organização de um Sistema/Ecossitema 39

Figura 4 – Teoria Sistêmica: Princípios e características que configuram a rede 43

Figura 5 – Sistema de cuidado em UTI 71

Figura 6 – Dimensão Técnica: elementos e suas inter-relações na gestão do cuidado de Enfermagem na UTI 106

Figura 7 – Dimensão Organizacional: elementos e suas inter-relações na gestão do cuidado de Enfermagem na UTI 115

Figura 8 – Dimensão Tecnológica: elementos e suas inter-relações na gestão do cuidado de Enfermagem na UTI 135

Figura 9 – Ciclo PDC como tecnologia de melhoria da qualidade 140

Figura 10 – Processo de Enfermagem 143

Figura 11 – Dimensão Humanizadora: elementos e suas inter-relações na gestão do cuidado de Enfermagem na UTI 156

Figura 12 – Configuração da gestão do cuidado ecossistêmico de enfermagem na UTI e suas inter-relações com a dimensão técnica, organizativa, tecnológica e humanizadora e os princípios sistêmicos 219

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Exemplo de identificação da Unidade de Análise 83

Quadro 2 – Principais pontos destacados no documento oficial nº 1 do Ministério da Saúde e sua **aderência** e/ou **antagonismo** e sua **relação com o objetivo** desta pesquisa e proposta da tese – utilizados com fundamentação teórico-filosófica 86

Quadro 3 – Principais pontos destacados no documento oficial nº 2 do Ministério da Saúde e sua **aderência** e/ou **antagonismo** e sua **relação com o objetivo** desta pesquisa e proposta da tese – utilizados com fundamentação teórico-filosófica 87

Quadro 4 – Principais pontos destacados no documento oficial nº 3 do Ministério da Saúde e sua **aderência** e/ou **antagonismo** e sua **relação com o objetivo** desta pesquisa e proposta da tese – utilizados com fundamentação teórico-filosófica 87

Quadro 5 – Principais pontos destacados no documento oficial nº 4 do Ministério da Saúde e sua **aderência** e/ou **antagonismo** e sua **relação com o objetivo** desta pesquisa e proposta da tese – utilizados com fundamentação teórico-filosófica 89

Quadro 6 – Principais pontos destacados no documento oficial nº 5 do Ministério da Saúde e sua **aderência** e/ou **antagonismo** e sua **relação com o objetivo** desta pesquisa e proposta da tese – utilizados com fundamentação teórico-filosófica 90

Quadro 7 – Principais pontos destacados no documento oficial nº 6 do Ministério da Saúde e sua **aderência** e/ou **antagonismo** e sua **relação com o objetivo** desta pesquisa e proposta da tese – utilizados com fundamentação teórico-filosófica 91

Quadro 8 – Principais pontos destacados no documento oficial nº 7 do Ministério da Saúde e sua **aderência** e/ou **antagonismo** e sua **relação com o objetivo** desta pesquisa e proposta da tese – utilizados com fundamentação teórico-filosófica 95

Quadro 9 – Categoria: Dimensão Técnica 97

Quadro 10 – Categoria: Dimensão Organizacional 112

Quadro 11 – Categoria: Dimensão Tecnológica 134

Quadro 12 – Categoria: Dimensão Humanizadora 154

Quadro 13 – Investigação em relação ao contexto dos documentos 1 e 2 240

Quadro 14 – Investigação em relação ao contexto do documento 3 242

Quadro 15 – Investigação em relação ao contexto dos documentos 4 e 5 243

Quadro 16 – Investigação em relação ao contexto do documentos 6 e 7 245

Quadro 17 – Investigação em relação ao conteúdo dos documentos 1 e 2 247

Quadro 18 – Investigação em relação ao conteúdo do documento 3 252

Quadro 19 – Investigação em relação ao conteúdo dos documentos 4 e 5 256
Quadro 20 – Investigação em relação ao conteúdo dos documentos 6 e 7 266

LISTA DE ABREVIATURAS

ABEn	Associação Brasileira de Enfermagem
ABENTI	Associação Brasileira de Enfermagem em Terapia Intensiva
APACHE	*Acute Physiology and Chronic Health Evaluation*
ANA	*American Nurses Association*
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
BVS/MS	Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde
CCIH	Comissão de Controle de Infecção Hospitalar
COFEN	Conselho Federal de Enfermagem
COREN	Conselho Regional de Enfermagem
CTI	Centro de Terapia Intensiva
DCNs	Diretrizes Curriculares Nacionais
DOU	Diário Oficial da União
EA	Eventos Adversos
EPS	Educação Permanente em Saúde
FURG	Universidade Federal do Rio Grande
GEES	Grupo de Estudo e Pesquisa: Gerenciamento Ecossistêmico em Enfermagem/Saúde
IRAS	Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde
MS	Ministério da Saúde
MPM	*Mortality Prediction Model*
NANDA	*North American Nursing Diagnosis Association*
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
PDCA	*Plan-Do-Check-Action*
PE	Processo de Enfermagem
PNH	Política Nacional de Humanização
PNSP	Programa Nacional de Segurança do Paciente
POP	Procedimento Operacional Padrão
RDC	Resolução da Diretoria Colegiada
SAE	Sistematização da Assistência de Enfermagem
SCP	Sistema de Classificação de Pacientes
SUS	Sistema Único de Saúde

TGA	Teoria Geral de Administração
TGS	Teoria Geral dos Sistemas
TISS	*Therapeutic Interventation Scoring System*
UTI	Unidade de Terapaia Intensiva

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO 18
2 REFERENCIAL TEÓRICO 26
2.1 O Teoria dos sistemas e o ecossistema 26
2.2 Unidade de terapia intensiva sob o enfoque ecossistêmico 44
2.3 Políticas Públicas e a UTI 54
2.4 Gestão do cuidado de enfermagem na UTI na perspectiva ecossistêmica 62
3 PERCURSO METODOLÓGICO 73
3.1 Caracterização do estudo 73
3.2 Seleção dos documentos 74
3.3 Análise documental 75
3.3.1 Primeira etapa – análise crítica do documento 77
3.4 Coleta de dados 81
3.4.1 Segunda etapa em relação à coleta – análise do conteúdo 82
3.4.2 Terceira etapa quanto à coleta – análise em relação aos pontos-chave do documento com a Tese 84
4 RESULTADOS 85
5 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS 97
5.1 Dimensão Técnica 97
5.1.1 Infraestrutura física da UTI 98
5.1.2 Recursos humanos 102
5.1.3 O enfermeiro no cuidado de enfermagem na UTI 108
5.1.4 Recursos materiais e equipamentos 109
5.2 Dimensão Organizacional 112
5.2.1 Sistema organizacional da UTI 113
5.2.2 Rede produtiva de saúde na UTI 118
5.2.3 Processamento das ações operacionais na UTI 125
5.3 Dimensão Tecnológica 132
5.3.1 Tecnologias no cuidado de enfermagem na UTI 134
5.3.2 Competências como tecnologias no cuidado de enfermagem na UTI 145
5.3.3 Capacitação dos Recursos Humanos 147
5.3.4 Sistemas de informações na UTI 150
5.4 Dimensão Humanizadora 153
5.4.1 Processos integradores e promotores de humanização 155

5.4.2 Humanização na Gestão do cuidado de enfermagem na UTI 159

5.5 Artigo 1: Gestão do cuidado ecossistêmico de enfermagem na UTI: enfoque nas políticas públicas 165

5.6 Artigo 2: Integralidade e humanização na gestão do cuidado de enfermagem na Unidade de Terapia Intensiva 181

5.7 Artigo 3: Gestão do cuidado ecossistêmico de enfermagem na Unidade de Terapia Intensiva: ênfase na dimensão organizacional 197

6 CONFIGURAÇÃO DA GESTÃO DO CUIDADO ECOSSISTÊMICO DE ENFERMAGEM NA UTI: SÍNTESE REFLEXIVA 213

REFERÊNCIAS 224

APÊNDICES 238

Apêndice A – Instrumento de pesquisa documental 238

Apêndice B – Quadro 13: Investigação em relação ao contexto dos documentos 1 e 2 240

Apêndice C – Quadro 14: Investigação em relação ao contexto do documento 3 242

Apêndice D – Quadro 15: Investigação em relação ao contexto dos documentos 4 e 5 243

Apêndice E – Quadro 16: Investigação em relação ao contexto do documentos 6 e 7 245

Apêndice F – Quadro 17: Investigação em relação ao conteúdo dos documentos 1 e 2 247

Apêndice G – Quadro 18: Investigação em relação ao conteúdo do documento 3 252

Apêndice H – Quadro 19: Investigação em relação ao conteúdo dos documentos 4 e 5 256

Apêndice I – Quadro 20: Investigação em relação ao conteúdo dos documentos 6 e 7 266

1 INTRODUÇÃO

No mundo contemporâneo, a educação, a ciência e a tecnologia podem ser entendidas como atividades sociais que se valem do trabalho, como atividade de sobrevivência e acumulação de aprendizagem, para construir o conhecimento sobre a vida humana em suas mais diversas manifestações sociais, econômicas, culturais, políticas e ambientais. Essa compreensão sugere uma rede dinâmica de inter-relações, interdependências e influências mútuas entre os elementos que constituem as unidades produtivas sistêmicas das instituições de saúde, manifestando instabilidades e flutuações como um todo.

As instabilidades e flutuações que se processam nesses sistemas, nos quais o ser humano vive, se desenvolve e produz, configuram-se por meio de atitudes, comportamentos, valores, saberes e potenciais produtivos (CAPRA, 2006; MORAES, 2008; PRIGOGINE, 2009; SVALDI; SIQUEIRA, 2010). Segundo Prigogine (2009) nos ambientes instáveis é possível criar caminhos e/ou bifurcações que podem ser seguidos pelo ser humano ao buscar o equilíbrio dinâmico e, assim, promover ambientes construtores nos diversos contextos.

Nessa perspectiva, o trabalhador de enfermagem, ao exercer a sua atividade profissional no cuidado de enfermagem ao ser humano, no ambiente da Unidade de Tratamento Intensivo (UTI), é capaz de proporcionar-lhe condições susceptíveis ao introduzir perturbações que podem sensibilizar seus modos de viver e, assim, possibilitar a energização para o equilíbrio dinâmico de suas funções vitais.

O ambiente da UTI em que se desenvolve o cuidado de enfermagem aos clientes em estado grave tem por finalidade facilitar e auxiliar na auto-organização do seu equilíbrio dinâmico e estado de saúde, abrangendo aspectos biofísicos, psíquicos, sociais e espirituais, visando à manutenção da qualidade de vida e à recuperação da sua saúde. Portanto, há necessidade de interconectar os elementos constituintes desse ecossistema, possibilitando um viver mais saudável e de melhor qualidade de vida alcançado pelo produto das interações desse ambiente (SILVA; ERDMANN, 2002; ZAMBERLAM et al., 2010; BACKES, 2011, SVALDI; SIQUEIRA, 2011).

O constructo ecossistêmico pode ser apreendido como um espaço/território/ambiente formado de organismos/elementos que constituem um todo cujos componentes são interdependentes, interagem entre si, influenciam-se mutuamente, e que concebe o ser humano como um elemento integrante desse espaço. A dimensão ecossistêmica, remete à ideia de um conjunto de sistemas, cada um com seu aspecto de totalidade, interagindo numa

rede dinâmica de interdependência, circularidade, influências mútuas, flutuações e perturbações e bifurcações que influenciam no seu processo saúde/doença. buscando de forma dinâmica e constante a sua auto-organização (CAPRA, 2006; PRIGOGINE, 2009). A saúde, inserida sob esse ponto de vista, "é uma experiência de bem-estar resultante de um equilíbrio dinâmico que envolve os aspectos físicos e psicológicos do organismo, assim como suas interações com o ambiente natural e social" (CAPRA, 2006 p. 117).

O bem-estar humano, com base na medicina hipocrática (Hipócrates de Cós 460-377 a.C.), "mostra em detalhes como o bem-estar de indivíduos é influenciado pelos fatores ambientais – a qualidade do ar, da água e dos alimentos, a topografia da terra e hábitos gerais de vida" (CAPRA, 2006, p.305). A saúde, na visão hipocrática requer um estado de equilíbrio dinâmico inter-relacionado às influências ambientais, modos de vida e vários componentes da natureza humana.

Alicerçada na VIII Conferência Nacional de Saúde, grandes avanços favoreceram a base conceitual de saúde, bem como o entendimento de saúde como produto de múltiplos determinantes, como educação, trabalho, meio ambiente, alimentação, acesso aos serviços de saúde, dentre outros. Essa definição de saúde envolve reconhecer o ser humano como ser integral e a saúde como determinante da qualidade de vida. Desse modo, ser e viver saudável está sujeito a influências favoráveis ou desfavoráveis e a múltiplos fatores que influenciam no processo saúde-doença-cuidado.

A partir desse entendimento, a UTI pode ser vista como um ambiente de cuidados terapêuticos complexos ao cliente grave e, diante das instabilidades fisiopatológicas, flutuações e perturbações que influenciam no processo saúde/doença, esse ambiente pode ser capaz de possibilitar a auto-organização dos sistemas e melhorar as condições para a energização e equilíbrio dinâmico das funções vitais do ser humano cuidado.

Com base nesses, aspectos destaca-se o protagonismo de Florence Nightingale (1820-1910), a precursora da enfermagem moderna, cuja meta era proporcionar ao ser humano um ambiente de cuidado acolhedor, motivador e integrador, e com as melhores condições para que a natureza do ser humano cuidado conseguisse agir de forma harmônica, com o entorno. Acreditava, que as inter-relações entre o ambiente físico, social, cultural, psicológico, espiritual e ambiental influenciavam no processo saúde/doença como um todo (LOPES; SANTOS, 2010).

Florence já considerava as condições ambientais como espaço de cuidado, levando em conta a sua influência na saúde. A ventilação, o ar, a água, os alimentos, a higiene, a limpeza e o calor constituíam, na sua visão, fatores capazes de contribuir para potencializar a saúde

dos indivíduos, auxiliando no processo de energização instituído pela natureza no organismo humano. O desequilíbrio desses fatores favorece o agravo das doenças. provocando resultados nefastos e prejudiciais ao viver humano (NIGHTINGALE, 1989).

Os elementos decorrentes da infraestrutura e sua interdependência entre os serviços, assim como a provisão de materiais, equipamentos e recursos humanos especializados, compõem a complexa rede de assistência ao cliente em situações agudas e críticas. No cotidiano das atividades práticas, o trabalho do enfermeiro em UTI se configura em conhecimento científico, fazeres, comportamentos e atitudes interativas e relacionais, seja por meio da higienização de mãos, das orientações oferecidas aos clientes e familiares, do processo de educação permanente em saúde, da adequada iluminação e ventilação do ambiente físico e demais subsídios que constituem o todo da unidade e que, muitas vezes, sequer são percebidos como medidas proativas de gestão do cuidado aos clientes, tanto na esfera física, quanto na esfera biológica, psicológica, social, espiritual e ambiental (SILVA; PADILHA, 2007).

Considera-se que a UTI é o ambiente onde os clientes em estado grave de saúde necessitam de uma assistência especializada em cuidados intensivos, para instituir um cuidado individualizado e adequado. Entende-se que todo o arsenal terapêutico, os sofisticados recursos tecnológicos e a utilização de protocolos, normas e rotinas não suprem as necessidades individualizadas para atender as peculiaridades de cada cliente. As ações do cuidado de enfermagem ao ser humano cuidado em UTI precisam ir além dos recursos físicos tecnológicos de última geração e encontrar na inter-relação dos diversos elementos com as formas mais favoráveis de olhar, perceber e sentir os aspectos individuais de cada ser cuidado, com a finalidade de atendê-lo nas suas particularidades e especificidades. É com essa sensibilidade que o ser cuidador pode ser capaz de influenciar o ser cuidado e oportunizar maior aproveitamento dos elementos do espaço, disponiblizando-os para energizar e potencializar as suas forças e, assim, conseguir aproveitar de forma mais favorável esse conjunto de meios que constituem o ambiente terapêutico da UTI.

O ambiente terapêutico da UTI pode ser considerado um ecossistema dinâmico em cujo funcionamento são possíveis vários eventos que se manifestam, muitas vezes, como perturbações, flutuações/intercorrências imprevisíveis, mas que exigem decisões urgentes, rápidas e coerentes. De acordo com Prigogine (2009), as flutuações longe do equilíbrio escolhem um dos possíveis regimes de funcionamento do sistema, colocam em evidência os processos irreversíveis e a matéria em busca da (re)organização adquire novas propriedades. Esse fenômeno encontra-se interligado à circularidade crítica de saúde na qual o cliente da

UTI está condicionado, e onde existem fatores altamente prejudiciais à sua estrutura biológica, psicológica, social e espiritual.

Nessa linha de pensamento, torna-se evidente a necessidade de uma gestão no cuidado de enfermagem na UTI com profissionais de enfermagem capacitados/qualificados e a disponibilização de recursos físicos e materiais adequados, assim como os demais elementos ecossistêmicos, de modo a proporcionar às perturbações e instabilidades a energização necessária para auxiliar na auto-organização, levando à recuperação da saúde e melhorias na qualidade de vida dos usuários de UTI. O modelo de gestão, na prática da enfermagem, necessita estar embasado na habilidade de otimizar a eficiência, eficácia e a segurança nas atividades/ações do cuidado de enfermagem ao usuário de UTI. Essa forma de conceber o trabalho de enfermagem na UTI implica na construção de um ambiente terapêutico, com base nas interações dos elementos que compõem a totalidade desse espaço e, especialmente, com enfoque nas reais necessidades do ser humano cuidado.

Assim, para compreender e assistir os clientes da UTI na sua multidimensionalidade, devem-se considerar as inter-relações das suas características pessoais, sua história prévia e manifestações sistêmicas decorrentes do seu processo de adoecimento. O cuidado de enfermagem não pode ser dirigido somente ao processo saúde/doença de maneira linear, porque ele possui dimensões ecossistêmicas que implicam em considerar as situações imprevisíveis, as eventualidades, as probabilidades, as incertezas e as diferenças nos acontecimentos vinculados às experiências do ser humano.

Reafirma-se que a gestão do cuidado de enfermagem tem por base a totalidade e a particularidade dos elementos integrantes do ambiente da UTI, os quais encontram-se inter-relacionados, dependem e envolvem desde a adequação do projeto arquitetônico, a estrutura física, os aspectos técnicos, organizativos, tecnológicos, bem como os humanizadores. Todo esse arcabouço disponível para o atendimento na UTI deve estar em consonância com as políticas públicas e os princípios da interdisciplinaridade e da humanização, com enfoque nas necessidades da clientela, da integralidade assistencial, respeitando a participação efetiva dos diferentes profissionais envolvidos nos cuidados ao cliente crítico (BRASIL, 2005).

A interconexão desses sistemas abre possibilidades para a gestão do cuidado de enfermagem ao cliente da UTI numa configuração ecossistêmica. Esse cuidado de enfermagem se conforma numa rede dinâmica que se interliga para promover a produção em saúde e a sustentabilidade no ambiente da UTI. Portanto, percebe-se que o cuidado ecossistêmico deve enfocar não apenas a competência técnica para manusear a tecnologia utilizada para o tratamento, mas a qualificação dos profissionais/trabalhadores para lidar de

maneira mais humana com os clientes e familiares, a fim de possibilitar um cuidado seguro, responsável e ético, diante de um contexto em constantes flutuações, instabilidades e incertezas.

Vista nesse contexto, a gestão do cuidado em enfermagem deve proporcionar um ambiente seguro, funcional e operacional para os clientes em UTI (TOFOLETTO; SILVA; PADILHA, 2010). Para atingir o objetivo da gestão do cuidado de enfermagem numa configuração ecossistêmica, deve-se respeitar o planejamento do ambiente e o desenvolvimento de esforços coordenados e integrados para a melhoria da assistência e da segurança, implicando também no atendimento das necessidades e na superação das expectativas dos clientes, profissionais e familiares e compreender as interconexões dos elementos do ambiente de cuidados na UTI (SIQUEIRA, 2001).

No processo de gestão do cuidado de enfermagem ao cliente da UTI, compreender as interconexões significa abranger a multiplicidade e circularidade das relações, interações e interdependências que movem e preservam o fio condutor da teia da vida nas suas diferentes expressões e manifestações (SIQUEIRA, 2001; CAPRA, 2006). A compreensão do ambiente de cuidados em UTI, como um todo, tende a buscar e desenvolver as condições que visam o bem-estar do cliente, familiares e cuidador. Essa concepção exige dos profissionais de enfermagem uma prática competente, consciente e responsável capaz de agregar novas tecnologias do cuidado, uso racional dos recursos tecnológicos, induzindo à qualidade de vida do ser humano e da coletividade, a buscar o equilíbrio e a sustentabilidade de todos os elementos participantes dessa totalidade. Concebe-se que o cuidado de enfermagem no espaço/ambiente da UTI envolve múltiplos domínios e facetas interativas, com significados, valores, crenças, emoções, instabilidades, flutuações e bifurcações/caminhos que norteiam o modo de ser e agir dos profissionais da enfermagem.

A partir desse entendimento, os profissionais de enfermagem que realizam suas atividades profissionais diretamente com a vida humana têm necessidade de desenvolver competências técnicas, interpessoais/comunicativas, organizacionais, sociopolíticas, entre outras, com vistas a realizar uma assistência de qualidade. Com essa amplitude de ações exercidas pela enfermagem, tanto na promoção, prevenção e manutenção da saúde dos clientes da UTI, é importante entender a inter-relação dos fatores psicobiológicos, socioculturais, energéticos, espirituais, do ambiente e suas interfaces com o processo de viver. Essa dinâmica inter-relacional impõe e constitui a complexidade do cuidado de enfermagem ao usuário de UTI.

Essas reflexões conduzem a (re)pensar o modelo de gestão dos cuidados de enfermagem ao cliente da UTI em consonância com as políticas públicas e a abordagem ecossistêmica, considerando as peculiaridades da terapia intensiva e as singularidades e complexidades dos usuários – os quais são seres humanos únicos e multidimensionais. Na esfera ecossistêmica, torna-se pertinente compreender que as instabilidades, flutuações e bifurcações são capazes de ampliar as possibilidades para que as ações de enfermagem aconteçam de forma efetiva, segura e de qualidade nesses ambientes de cuidado imprevisível.

Com base no exposto tem-se como **questão norteadora**:

Como configurar, com enfoque ecossistêmico, a gestão do cuidado de enfermagem na UTI a partir da fundamentação teórico-filosófica e organizativa presente nos documentos das políticas públicas e da compreensão dos elementos que compõem esse ambiente?

O estudo, ancorado nas políticas públicas em relação à UTI e no novo paradigma ecossistêmico, é capaz de possibilitar o aprofundamento do conhecimento em torno da temática, prover subsídios para novos trabalhos de pesquisa e facilitar a elaboração de uma configuração de gestão do cuidado de enfermagem na UTI com aplicabilidade prática. Entende-se que essa investigação é apropriada para conhecer as instabilidades e analisar as bifurcações/caminhos e flutuações que se manifestam na interação dos elementos da UTI e encontrar possibilidades para subsidiar as tomadas de decisão nas melhores escolhas de gestão, modificando as práticas do cuidado de enfermagem em benefício do cliente da UTI.

Assim, tem-se como **TESE**:

Há possibilidades de configurar, com enfoque ecossistêmico, a gestão do cuidado de enfermagem na UTI a partir da fundamentação teórico-filosófica e organizativa presente nos documentos das políticas públicas e da compreensão dos elementos que compõem esse ambiente.

Nessa conjuntura, partiu-se do pressuposto de que a UTI é um ambiente dinâmico e ecossistêmico no qual acontecem cuidados interativos-relacionais entre o cuidador de enfermagem e o ser cuidado em busca da sustentação da vida, valendo-se, nesse processo, dos elementos que constituem esse espaço ecossistêmico. Pressupõe-se, igualmente, que a compreensão dos elementos do ambiente da UTI e suas interconexões tem a possibilidade de fornecer aos enfermeiros as ferramentas necessárias para a configuração da gestão do cuidado de enfermagem, com enfoque ecossistêmico.

Acredita-se que essa configuração do cuidado de enfermagem na UTI contribuirá de forma expressiva para ampliar o conhecimento das inter-relações entre o ser cuidado e o

cuidador. A elaboração de uma configuração de gestão do cuidado de enfermagem na UTI pode ser vista como uma tecnologia do cuidado de enfermagem, pois é uma forma de ação, um modo de fazer, ou seja, **o efeito de gerir**. Além disso, poderá auxiliar os enfermeiros na definição e/ou orientação das possíveis bifurcações/caminhos produzidas pelo sistema dinâmico interativo que se forma entre as dimensões ecossistêmicas.

Percebe-se a gestão do cuidado de enfermagem da UTI como indissociável da conjuntura dos sistemas de saúde e da definição das políticas públicas ao cliente crítico que integram a totalidade desses processos e que mutuamente se influenciam, formando, de maneira constante, as instabilidades, novas bifurcações/caminhos que defendem e favorecem a incorporação de novas práticas seguras e resolutivas no atendimento das necessidades ao cliente no ambiente da UTI.

Este estudo ancora-se nos princípios do paradigma ecossistêmico, mais especificamente nos autores – Siqueira (2001), Bertalanffy (2008), Prigogine (1996, 2007, 2009), Capra (2006, 2012), Maturana e Varela (2011) e outros estudos que fortalecem a aplicação ecossistêmica na prática. Além disso, buscam-se aportes nas políticas públicas que mostram as preocupações e necessidades crescentes de promoção e incentivo à saúde no seu sentido mais amplo ao ser humano, família e sociedade. Entende-se que as políticas públicas de saúde para o cliente crítico de UTI, no Brasil, necessitam articular as ações de saúde entre os gestores, profissionais/trabalhadores, clientes e demais segmentos da sociedade, no sentido de promover seu desenvolvimento científico e tecnológico na produção em saúde na perspectiva ecossistêmica.

Com o propósito de responder a questão de pesquisa elaboraram-se os **objetivos:**

Objetivo geral:

Configurar, com enfoque ecossistêmico, a gestão do cuidado de enfermagem na UTI a partir da fundamentação teórico-filosófica e organizativa presente nos documentos das políticas públicas e identificar os elementos que compõem esse ambiente

Objetivos específicos:

- Capturar documentos oficiais das Políticas Publicas em Saúde do Ministério da Saúde/Brasil no período de 1998 a 2013 que versam sobre Unidade de Tratamento Intensiva.

- Averiguar nos documentos capturados a existência de princípios teórico-filosóficos capazes de subsidiar a configuração da gestão no cuidado de enfermagem na UTI, com enfoque ecossistêmico.
- Identificar nos documentos selecionados os dados convergentes capazes de auxiliar na configuração da gestão no cuidado de enfermagem na UTI, com enfoque ecossistêmico.
- Analisar os elementos que compõem as dimensões técnica, tecnológica, organizacional e humanizadora capazes de subsidiar a configuração da gestão do cuidado de enfermagem na UTI, com enfoque ecossistêmico.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

Apresenta-se neste capítulo o referencial teórico construído com o intuito de subsidiar a compreensão das inter-relações entre os aspectos do tema a ser abordado e o emergir de possibilidades de um novo conhecimento a partir das bases teóricas e filosóficas que fundamentam a temática em estudo. Os tópicos desenvolvidos que ofereceram sustentação a esta proposta são: A teoria dos sistemas e o ecossistema; Unidade de Terapia Intensiva sob o enfoque ecossistêmico; políticas públicas e a UTI e gestão do cuidado de enfermagem na UTI na perspectiva ecossistêmica: fundamentação teórico-filosófica e organizativa nas políticas públicas.

2.1 Teoria dos sistemas e o ecossistema

A ideia de sistemas pode ser entendida desde a Antiguidade com Platão, quando se referia ao *sistema de mundo* e, assim, filosoficamente, nos leva a perceber que tudo o que tem uma realidade para nós, de certa maneira, faz parte de um sistema. Uma das formulações de ordem cósmica foi apresentada por Aristóteles, com noções holísticas e teológicas, descrita como *o todo é mais do que a soma das partes* ((BERTALANFFY, 2008). Portanto, o princípio sistêmico vê o mundo em termos de conexões, como uma teia dinâmica de eventos inter-relacionados, sempre relativizando a metáfora do todo.

Jan Smuts, em seu livro *Holism and Evolution*, publicado pela primeira vez em 1926, formulou as bases teóricas do pensamento holístico, com o intuito de servir como um guia introdutório, tanto para a Filosofia quanto para a Ciência. O autor define o Holismo como uma tendência sintética do universo em evoluir por meio da formação de todos – *wholes*, propõe a totalidade em oposição à fragmentação (SMUTS, 1996).

De acordo com essa concepção, *os todos* não são entidades individuais formadas pela simples composição de partes, e sim unidades complexas nas quais as partes se relacionam e interagem. Na prática, é impossível delimitar onde se inicia o todo e onde termina cada parte e, assim, nessa interação, as partes e o todo se influenciam mutuamente. O todo é dinâmico, evolucionário e criador, ou seja ele não é a mera agregação mecânica das partes.

A percepção sistêmica nos possibilita uma nova visão e compreensão do mundo, como um todo integrado e, assim, nos oportuniza olhar para o ser humano de forma holística. Essa

nova forma de pensar possibilita o conhecimento das inter-relações, como uma rede dinâmica que se processa por meio das características do pensamento sistêmico (Figura 1, p.29).

Das partes para o todo – Os sistemas vivos são totalidades integradas, cujas propriedades não podem ser reduzidas a partes menores, ou seja, as propriedades sistêmicas surgem da organização do todo e são destruídas quando o sistema é desmembrado em elementos isolados. Na mudança do pensamento mecanicista para o sistêmico, a relação entre as partes e o todo foi invertida. No paradigma cartesiano acreditava-se que qualquer estrutura complexa poderia ter seu comportamento explicado analisando-se as propriedades das partes, mas o pensamento sistêmico mostra que sistemas vivos não podem ser compreendidos através dessa análise, uma vez que as propriedades das partes não são intrínsecas e somente podem ser entendidas no contexto do todo maior. O que denominamos de parte é apenas um padrão numa teia inseparável de relações. Portanto, a mudança das partes para o todo também pode ser vista como uma mudança de objetos para relações (CAPRA, 2006).

Da análise para o contexto – O pensamento filosófico ocidental tem sido mecanicista e reducionista, concentrando-se nas partes. Os sistemas vivos não podem ser compreendidos pelo método analítico – este foi o grande choque introduzido pela ciência do século XX. Isso não significa que tenhamos que prescindir da análise. Ela ainda é muito útil, mas é limitada. Tem que ser suplementada pelo pensamento em termos de contexto. Num sistema vivo as propriedades das partes não são propriedades intrínsecas, só podem ser compreendidas dentro do contexto de um todo maior, cujas múltiplas interações e retroações não se inscrevem numa causalidade linear (CAPRA, 2006).

Dos objetos para as relações – A mudança das partes para o todo também pode ser vista como uma mudança de objetos para relações. Na visão mecanicista, o mundo é uma coleção de objetos. Estes, naturalmente, interagem uns com os outros, e, portanto, há relações entre eles, mas as relações são secundárias. No pensamento sistêmico, as relações são fundamentais. A percepção do mundo vivo como uma rede de relações tornou o pensar em termos de redes. A natureza é vista como uma teia interconexa de relações, na qual a identificação de padrões específicos como sendo objetos depende do observador humano e do processo de conhecimento (CAPRA, 2006).

Das hierarquias para as redes – A visão dos sistemas vivos como redes proporciona uma nova perspectiva sobre as chamadas hierarquias da natureza. Uma vez que os sistemas vivos são redes, em todos os seus níveis, temos que visualizar a teia da vida como sistemas vivos, interagindo em forma de rede com outros sistemas. A rede é constituída pelos mais

diferentes tipos de fluxos, parcerias e cooperação que garantem o seu dinamismo intrínseco (CAPRA, 2006).

A primeira propriedade de qualquer rede é a **não linearidade**, pois estende-se em todas as direções. Sendo assim, as relações num padrão de rede são relações não lineares. Essas relações se entrelaçam e formam uma estrutura em muitas camadas de sistemas vivos, todas interconectadas, constituindo várias redes (SIQUEIRA, 2001; CAPRA, 2006).

Um ecossistema é uma rede formada por várias redes dinâmicas e interligadas entre si. A teia da vida consiste em redes dentro de redes. A organização dessas redes, dentro de sistemas mais amplos, demonstra que não há estruturas hierárquicas, existem apenas redes interconectadas a outras redes. Dessa forma, o pensamento sistêmico implica mudar o pensamento de hierarquias para redes, e indica que todo o organismo é constituído como rede, o que gera uma cooperação global (CAPRA, 2006).

Da estrutura para o processo – O pensamento contextual significa pensar em termos de conectividade, contexto e relações. O contexto significa tecer/entrelaçar em conjunto. No pensamento sistêmico, cada estrutura é vista como uma manifestação dos processos subjacentes. Estrutura e processo sempre caminham juntos e o pensar sistêmico é sempre pensar em processo (CAPRA, 2006).

Da causalidade linear para a circularidade – Na percepção sistêmica, o fato/fenômeno, o processo investigativo, assistencial e outros ocorrem a partir das variáveis detectadas, inter-relacionadas, contextualizadas e retroalimentadas para, somente após, serem observados os resultados que se manifestam. Essa abordagem busca a compreensão da realidade por meio dos fluxos circulares e não por relações lineares de causa e efeito. A circularidade elenca a compreensão do fato/fenômeno pela retroalimentação de dados e dos resultados alcançados nos processos, que pode retroalimentar outros sistemas. Ela leva a abandonar a noção linear pela de processo, sendo pertinente o uso na área da saúde pela especificidade das necessidades surgidas da diversidade dos seres humanos (CAPRA, 2006; SVALD, 2011).

Nesse sentido, o sistema representa o conjunto de elementos interconectados, dinâmicos, em interação e aplicabilidade às mais diversas áreas do conhecimento científico. Assim, os pressupostos da Teoria Geral dos Sistemas contribuíram para os avanços teóricos-metodológicos do pensamento sistêmico, identificando que, em qualquer unidade, o todo é mais do que a soma das partes. O conhecimento produzido nesse âmbito conceitual introduz uma nova forma de pensar representada pelo paradigma que fala da unidade, da inter-relação e da interdependência entre tudo e todos – o paradigma sistêmico.

FIGURA 1 – Características do Pensamento Sistêmico
Fonte: Bertalanffy (2008), Capra (2006; 2012) Prigogine (1996, 2009); Maturana e Varela, 2011), adaptado pelas autoras

Assim, a perspectiva sistêmica nos mostra uma nova maneira de ver as coisas, na sua abrangência e no seu enfoque do todo em relação às partes componentes. Essa nova visão transcende as fronteiras conceituais, "vê o mundo em termos de relações e integração. Os sistemas são totalidades integradas, cujas propriedades não podem ser reduzidas a unidades menores. Em vez de se concentrar nos elementos ou substâncias básicas, a abordagem sistêmica enfatiza princípios básicos de organização" (CAPRA, 2006, p. 260). Portanto, define o sistema como um conjunto de partes diferenciadas em inter-relação umas com as outras, formando um todo organizado que possui uma finalidade, um objetivo constante (SIQUEIRA, 2001).

A primeira concepção de um sistema como categoria geral foi introduzida por Ludwig Von Bertalanffy, nos anos de 1940. Sua teoria sistematizou as potencialidades teóricas e práticas da noção de sistema, elaborando o que se consolidou como uma Teoria Geral dos Sistemas – TGS. Seu objeto "é a formulação de princípios válidos para os sistemas em geral, qualquer que seja a natureza dos elementos que os compõem e as relações ou forças existentes entre eles. A TGS, portanto, é uma ciência geral da totalidade" (BERTALANFFY, 2008, p. 62).

Um sistema é definido por Bertalanffy como um conjunto de elementos que possuem inter-relações. Esse sistema distingue-se entre o seu caráter somativo – pelo número de elementos e suas espécies, e seu caráter constitutivo – pelas relações mútuas entre os elementos. Assim, os elementos constituem as partes que compõem o sistema e estão dinamicamente relacionados entre si, mantendo uma constante interação. O comportamento de um elemento é representado por suas relações. Portanto, os sistemas são totalidades "cujas estruturas específicas resultam das interações e interdependência de suas partes. A atividade dos sistemas envolve um processo conhecido como **transação** – a interação simultânea e mutuamente independente entre componentes múltiplos" (CAPRA, 2006, p. 260).

A existência de **interações** denota que todas as propriedades fluem de suas relações e estas são dinâmicas. Para tanto, esses elementos necessitam estar acoplados estruturalmente, o que garante o encontro estrutural necessário para que as interações aconteçam.

Essa interação do sistema com o meio que vai além da renovação, desencadeadora de mudanças de estrutura, é denominada **acoplamento estrutural**. É próprio dos sistemas autopoiéticos a preservação da sua organização enquanto alteram a estrutura para adequar-se ao meio. A alteração da estrutura ocorre tanto para renovação de si mesmo quanto para a criação de novas conexões em rede (MATURANA; VARELA, 2011).

Essas interações surgem das relações estabelecidas entre as partes. Um outro parâmetro constitutivo de todos os sistemas é a **conectividade**, que expressa a capacidade de estabelecer relações ou conexões sistêmicas – enlaces, vínculos que facilitam a interatividade e a interdependência existentes entre o sistema e o ambiente. As relações integram o sistema como um todo, conferindo-lhe um caráter de totalidade/globalidade (SIQUEIRA, 2001; CAPRA, 2006; MATURANA; VARELA, 2011).

Nessa dinâmica, as **inter-relações** representam um intercâmbio de energia, matéria ou informações que alimentam o sistema. Essas relações se estabelecem entre os elementos de um sistema ou entre este e seu ambiente, sendo determinadas pela dinâmica do sistema como um todo.

Esta teia relacional dinâmica de eventos inter-relacionados expressa o resultado das propriedades das outras partes, sendo assim, a estrutura de toda a teia é determinada pela consistência total de suas inter-relações (CAPRA, 2006). Conceber as inter-relações, sob este prisma, significa uma mudança não apenas nas percepções e nas maneiras de pensar, mas inclui, também, "a de nossos valores, sentimentos, aspirações, emoções começando a substituição da auto-afirmação pela da integração em que o poder hierárquico está sendo mudado para um sistema de influência" (SIQUEIRA, 2006, p. 54-55). Sem associações mútuas e cooperações, as inter-relações e interações entre o sistema vivo e ambiente tendem à entropia.

A concepção de **inderdependência** entre todos os elementos de um sistema traz consigo noções sobre o modo como estes se influenciam uns com os outros. A relação de interação que os sistemas vivos estabelecem entre si e com o meio em que vivem mostra que tanto influenciam e são influenciados, e, dessa dinâmica, resultam sua autorregulação e auto-organização. A interdependência(,) representa a *teia da vida*, pois seres mais complexos dependem dos mais simples e vice-versa. Também indica que inexiste teia de vida sem diversidade, e sem essa teia os organismos se tornam frágeis, sem resistência e de fraca vitalidade (CAPRA, 2006).

A **circularidade** surge das interações e relações estabelecidas entre as partes. É uma condição fundamental para a autopoiese, para a autoprodução do sistema e para a conquista de sua autonomia. Assim, a auto-organização e a evolução dos sistemas estão ligados por uma causalidade circular. Esse entrelaçamento circular entre os elementos do sistema resulta em laços de realimentação – constituindo a grande teia da vida Todos esses laços de realimentação, todos esses circuitos de regeneração, expressam um arranjo circular de elementos ligados entre si por vínculos causais que traduzem relações e que dão origem não a uma causalidade linear, mas a uma causalidade circular (CAPRA, 2006; MATURANA; VARELA, 2011).

Os sistemas abertos são caracterizados por sua capacidade de manter seu estado organizado, realizando trocas contínuas com o seu ambiente. Um sistema é considerado fechado quando não há intercâmbio de energia, matéria e informação com o meio exterior, sendo assim não recebe nenhuma influencia do ambiente e, também, não o influencia. Portanto, para estudar os sistemas, de forma global, é necessário envolver todas as suas interdependências, pois cada um dos elementos, ao serem reunidos para constituir uma unidade funcional maior, desenvolve qualidades que não se encontram em seus componentes isolados (BERTALANFFY, 2008).

O mesmo autor afirma ser necessário tratar os problemas que cercam os seres humanos como típicos de sistemas, considerando seus **contornos**, seus **componentes** e as **relações** entre as partes. Nesse sentido, a concepção teórico-epistemológica de Bertalanffy representa as possibilidades para a superação da visão mecanicista e fragmentada, marcada por processos isolados. Assim, é possível reconhecer que os princípios aplicáveis aos sistemas em geral, quer sejam de natureza física, biológica, sociocultural, ou de qualquer natureza, possibilitam aos seres humanos viver e conviver em espaços/ambientes demarcados pela **interconectividade** e i**nterdependência** com os demais sistemas.

Os princípios da teoria geral dos sistemas (BERTALANFFY, 2008) são ideias desenvolvidas e estudadas por outros autores (SIQUEIRA, 2001; CAPRA, 2006; 2012 PRIGOGINE, 1996, 2007, 2009; MATURANA; VARELA, 2011), para entender a multiplicidade e circularidade das relações, interações e interdependências que movem, sustentam e preservam o fio condutor da teia da vida nas suas diferentes expressões e manifestações. Isso nos leva a pensar as instabilidades, as probabilidades, a evolução e auto-organização, em termos de **conectividade dinâmica** do sistema.

A **entropia**, conceito originado da termodinâmica, diz respeito à tendência que todos os sistemas fechados apresentam de passar a um estado caótico ou aleatório, caminhando para a desordem e consequente declínio (BERTALANFFY, 2008; PRIGOGINE, 2009). Assim, a entropia significa que partes do sistema perdem sua integração e comunicação entre si, fazendo com que o sistema se decomponha, perca energia e informação e degenere. A entropia é um processo pelo qual um sistema tende à exaustão, à desorganização, à desintegração e, por fim, à morte. Para sobreviver a esse processo, o sistema precisa abrir-se, no sentido de reabastecer-se de energia e de informação para manter a sua estrutura. O movimento natural de entropia no universo pode gerar a crise e o caos, mas permite rever, rediscutir e construir novas possibilidades.

A **negentropia** opõe-se ao processo entrópico cuja tendência é a homogenização, levando à morte. Com a reposição de energia ou negentropia/entropia negativa, durante o processo de diferenciação, um organismo passa por estados de heterogeneidade progressiva (BERTALANFFY, 2008; PRIGOGINE, 2009). Este paradoxo permite explicar por que os seres vivos são capazes de importar energia, e, dessa maneira, manter um estado estável altamente improvável de organização e, assim, desenvolver níveis mais altos de organização e improbabilidades.

A **equifinalidade** representa uma variedade de caminhos com flexibilidade dos meios para alcançar os fins (BERTALANFFY, 2008) . Dessa forma, os sistemas abertos, por sua vez,

podem alcançar um estado constante de equilíbrio, de modo que os processos e o sistema como um todo não cheguem a um repouso estático. Esse processo não se baseia em estruturas predeterminadas, mas sim numa interação dinâmica entre múltiplas variáveis que podem alcançar um estado final, partindo de diferentes condições iniciais por diferentes trajetos/caminhos/bifurcações.

A **homeostase** representa o equilíbrio dinâmico, obtido por meio da autorregulação, ou seja, do autocontrole. É a capacidade que tem o sistema de manter certas variáveis dentro de limites, mesmo quando os estímulos do meio externo forçam essas variáveis a assumir valores que ultrapassam os limites da normalidade (BERTALANFFY, 2008). Assim, corresponde ao funcionamento autônomo do sistema e seu impulso para realizar certos movimentos representa o princípio da homeostase, que focaliza exclusivamente uma tendência para o equilíbrio. Umas das dinâmicas dos muitos subsistemas é a manutenção do equilíbrio no sistema.

Esse equilíbrio é obtido através de dispositivos de retroalimentação/*feedback*, que são sistemas de comunicação que reagem ativamente a uma entrada de informação. O conceito de informação envolve um processo de redução de incerteza. Para compreender o conceito de informação, deve-se envolvê-lo com os conceitos de: *Dado* – é um registro ou anotação a respeito de determinado evento ou ocorrência; *Informação* – é um conjunto de dados com um significado, ou seja, que reduz a incerteza ou que aumenta o conhecimento a respeito de algo e *Comunicação* – é quando uma informação é transmitida a alguém, sendo, então, compartilhada também por essa pessoa. Comunicar significa tornar comum a uma ou mais pessoas uma determinada informação.

A **diferenciação** indica que o sistema deve ser adaptável e capaz de por si próprio efetuar mudanças e reordenar-se (BERTALANFFY, 2008). Assim, a partir das perturbações/instabilidades do ambiente, os mecanismos de retroalimentação do sistema entram em ação e tendem a reduzir qualquer desvio do estado de equilíbrio dinâmico. Dessa forma, os sistemas deslocam-se para a diferenciação e são capazes de se auto-organizar diante das incertezas do ambiente.

Os seres vivos como sistemas demonstram uma ordem de **hierarquia**, aqui entendida como interdependência de cada nível, com princípios sistêmicos de inter-relações, cooperação, flexibilidade, circularidade e influências mútuas, interagindo com outros sistemas e, assim, configurando-se, em todos os níveis, como sistemas dentro de sistema – formando redes em espaço/tempo (CAPRA, 2006; BERTALANFFY, 2008).

Cada sistema tem seu espaço de existência e suas fronteiras. As **fronteiras** são concebidas como espaços de relação entre o sistema e o ambiente (CAPRA, 2006; BERTALANFFY, 2008). Numa rede dinâmica de interdependência e influências mútuas, as fronteiras entre os sistemas e o ambiente determinam o domínio em que devem ocorrer as trocas, ou seja as interações em todos os níveis sistêmicos.

Os ***inputs*/entradas** e os ***outputs*/saídas** constituem as relações do sistema com o meio exterior, onde se processam as trocas de energia e/ou informações. O sistema recebe *inputs* ou insumos para poder operar, processar e/ou transformar essas entradas em *outputs* (BERTALANFFY, 2008).

A entrada de um sistema é aquilo que o sistema importa ou recebe do seu mundo exterior. A entrada pode ser constituída de um ou mais dos seguintes elementos: informação, energia e materiais. Os insumos são constituídos de: matérias-primas, informação, recursos humanos, materiais, equipamentos e energia. A saída é o resultado final da operação ou processamento de um sistema. Todo sistema produz uma ou várias saídas. Através da saída, o sistema exporta o resultado de suas operações para o meio ambiente.

O **Processamento/*throughput*** é o mecanismo de conversão das entradas em saídas. O processador está empenhado na produção de um resultado (BERTALANFFY, 2008). São as competências das pessoas, os procedimentos e a tecnologia adotada pela organização, tanto em termos organizacionais quanto operacionais, para a transformação dos recursos utilizados em bens e serviços.

A **retroação/retroalimentação/*feedback*** corresponde às respostas frente a uma perturbação externa (BERTALANFFY, 2008). Um sistema retroalimentado é necessariamente um sistema dinâmico. Isso quer dizer que, à medida que o sistema vai funcionando, vai também sendo informado dos resultados ou efeitos produzidos por seu funcionamento. Dessa forma, partindo dos resultados – *outputs*, informações são enviadas ao *input* do sistema, de forma a controlar o seu funcionamento, bem como manter um estado desejado e/ou, ainda, orientá-lo para uma meta específica. A retroalimentação irá aparecer na forma de avaliação qualitativa ou quantitativa dos resultados da atividade organizacional e do grau de atendimento às necessidades que se pretende satisfazer.

O *feedback* pode ser positivo ou negativo, dependendo do modo com que o sistema lhe responde. O *feedback negativo* ocorre quando há um desvio em relação a um padrão e o sistema ajusta-se reduzindo ou neutralizando esse desvio. Esse tipo de *feedback* é o mecanismo mais importante para a homeostase. Por outro lado, diante do desvio, o sistema pode também responder ampliando ou mantendo esse desvio – *feedback positivo*

(BERTALANFFY, 2008). Esse tipo de mecanismo é importante no desenvolvimento do sistema. Assim, qualquer sistema deve ser visto como um sistema de informações sistemáticas sobre algum aspecto do sistema, que possam ser utilizadas para avaliá-lo e monitorá-lo, de modo a melhorar seu desempenho.

A retroalimentação/feedback serve para comparar a maneira como um sistema funciona em relação ao padrão estabelecido para ele funcionar (BERTALANFFY, 2008). Dessa forma, quando ocorre alguma diferença e/ou desvio entre ambos, a retroalimentação incumbe-se de regular a entrada para que sua saída se aproxime dos objetivos pré-estabelecidos. O *feedback* confirma se o objetivo foi cumprido, o que é fundamental para o equilíbrio do sistema.

Nesse processo, as **flutuações** desempenham um papel central na dinâmica da automanutenção. Elas podem ser "ampliadas e desenvolver novas estruturas espaço-temporais a partir de um valor crítico de distância do ponto de equilíbrio" (PRIGOGINE, 2009, p. 25). Desse modo, no sistema longe do equilíbrio, as instabilidades e as flutuações são as responsáveis pelo seu crescimento e suas mudanças.

Nesse sistema, o processo para retornar ao equilíbrio requer uma adaptação, uma reestruturação ou mutação em relação aos fatores que provocaram a sua instabilidade. A **flexibilidade,** em qualquer ecossistema, resulta dos laços de realimentação que tendem a levar o sistema de volta ao equilíbrio, sempre que houver mudança nas condições ambientais (CAPRA, 2006).

As **bifurcações/caminhos** se constituem na principal característica dos sistemas. Essas bifurcações aparecem quando o sistema se subdivide em ramos e, no geral, muitas ramificações surgirão, mas só uma delas será seguida. As bifurcações constituem processos aleatórios, ou seja, algo que é espontâneo, não determinado, criativo e de muitas possibilidades abertas para o sistema (PRIGOGINE, 1996).

A presença de bifurcações implica em uma indeterminação na relação entre estrutura e estado do sistema. Este *estado* pode ser identificado ou descrito por certas propriedades do sistema, e *estrutura* pode ser entendida como o conjunto dos mecanismos que regem o comportamento de um sistema. Além disso, tais sistemas sofrem **perturbações**, ou seja, variações aleatórias de algum dos seus componentes ou mudanças no seu contexto, as quais podem ser amplificadas por meio de relações não lineares entre os seus elementos. Tais elementos podem determinar o caminho evolutivo ou a ramificação que o organismo seguirá. As mudanças provocadas por uma perturbação são cruciais no processo de auto-organização dos sistemas (PRIGOGINE, 1996; CAPRA, 2006).

A teoria das **estruturas dissipativas** afirma que distante do equilíbrio os sistemas vivos são capazes de evoluir, por um processo de auto-organização. Nesse processo, as flutuações e bifurcações permitem o surgimento de novas organizações complexas, revelando assim uma criatividade constante na natureza. Portanto, de uma bifurcação ou flutuação pode surgir um novo estado capaz de reorganizar a totalidade do sistema, originando, assim, uma nova ordem a partir de uma aparente desordem (PRIGOGINE, 1996).

De acordo com Capra (1996), estruturas dissipativas são sistemas comumente encontrados na natureza, que se caracterizam por estarem abertos a fluxos de matéria e energia, quer dizer, apresentam uma entrada/*input* e uma saída/*output*. Por estarem afastados do equilíbrio entende-se que são sistemas fluentes, dinâmicos e instáveis.

Desse modo, bifurcações são relacionadas a um sinal de instabilidade e um sinal de vitalidade em um dado contexto. Quando um sistema se torna instável, "se aproxima do ponto crítico, ele mesmo decide que bifurcação/caminho seguir, e essa decisão determinará sua evolução" (CAPRA, 2006, p. 281).

Assim, qualquer sistema vivo pode ser descrito em termos de variáveis interdependentes, cada uma das quais pode variar numa ampla faixa entre um limite superior e um inferior. Todas as variáveis oscilam entre esses limites, de modo que o sistema encontra-se em estado de contínua flutuação, mesmo quando não existe qualquer perturbação. Tal estado é conhecido como **homeostase/equilibrio dinâmico** – expressa a existência de grande flexibilidade, ou seja o sistema tem grande número de opções/probabilidades para interagir com o meio ambiente (CAPRA, 2006).

Essa visão nos permite evidenciar as possibilidades de articulação conceitual sobre a Teoria Sistêmica/Ecossistêmica, configurada em seus princípios (Figura 2, p. 37).

A organização de um sistema vivo é uma totalidade integrada, cujas estruturas específicas resultam das interações e interdependências de suas partes. Nesse entendimento, apresentam-se as caracteristicas que regem a organização dinâmica dos sistemas vivos, de acordo com Bertalanffy (2008), Prigogine (1996, 2007 e 2009), Maturana e Varela (2011) e Capra (2001, 2006) – (Figura 3, p. 39)

Auto-organização - Um organismo vivo é um sistema auto-organizador, o que significa que sua ordem em estrutura e função não é imposta pelo meio ambiente, mas estabelecida pelo próprio sistema. De modo geral, esse princípio estabelece um certo grau de autonomia ao organismo vivo, embora o mesmo permaneça em constantes interações e interdependências com o ambiente (CAPRA, 2006).

Prigogine (1996), ao estudar as estruturas dissipativas, como estados de não equilíbrio termodinâmico em sistemas abertos, estabelece um dos príncipios da dinâmica da auto-organização, a qual em sua forma mais simples, manifesta a maioria dos fenômenos característicos da vida – autorrenovação, adaptação, evolução, entre outros. Um grau de não equilíbrio é necessário para a auto-organização. A estabilidade de sistemas auto-organizadores é profundamente dinâmica e não deve ser confundida com equilíbrio (PRIGOGINE, 1996; CAPRA, 2006).

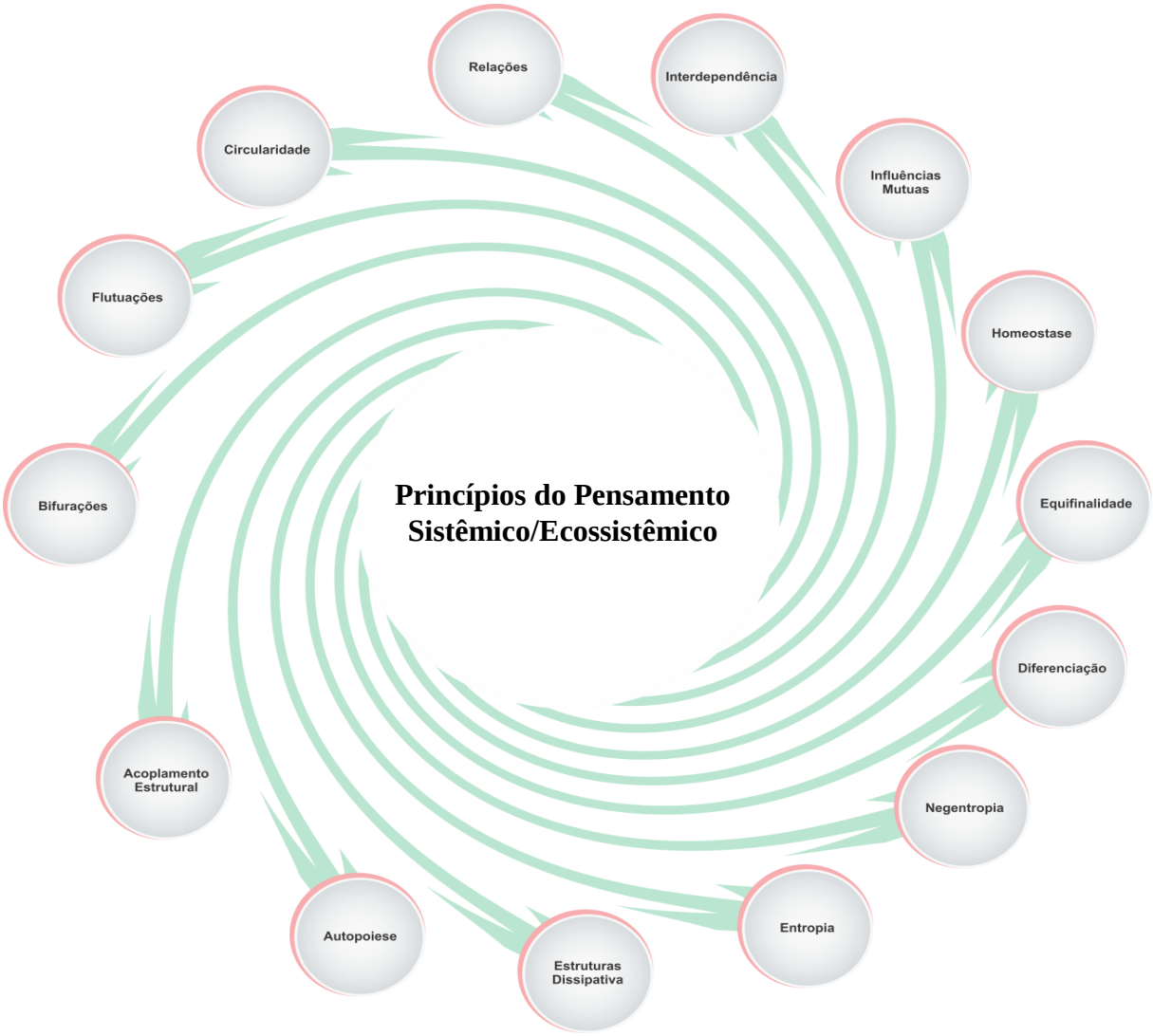


FIGURA 2 – Princípios Sistêmico/Ecossistêmicos
Fonte: Bertalanffy (2008), Capra (2006; 2012) Prigogine (1996, 2009); Maturana e Varela, 2011), adaptado pelas autoras

A auto-organização pode ser vista como uma forma de inter-relação existente no interior do organismo vivo que, além de mantê-lo vivo e capaz de estruturá-lo, não depende da natureza física de seus componentes. Nos sistemas em contínua mudança estrutural, a auto-

organização se realiza tanto como resultado de sua dinâmica interna, como também em função das interações desencadeadas pelas circunstâncias ambientais que se encontram em contínua transformação (MATURANA; VARELA, 2011). Assim, entende-se que o ser humano vive num meio ambiente dinâmico, que afeta seu organismo de várias maneiras e que o obriga a se ajustar continuamente, de modo manter um equilíbrio dinâmico.

Os sistemas vivos, sejam indivíduos ou organizações, são analisados como **Sistemas abertos** – caracterizados por um processo infinito de intercâmbios com o seu ambiente para trocar energia e informação. Esse processo é conhecido como metabolismo – permite que o sistema permaneça num estado de não equilíbrio, no qual está sempre em atividade (CAPRA, 2006).

Os processos metabólicos encadeiam-se numa rede química, o que significa que o padrão em rede é comum a todas as formas de vida. As redes vivas criam ou recriam a si mesmas continuamente – dinâmica da autogeração – **Autopoiese** = autocriação, diretamente ligada à própria concepção de vida, da distinção entre sistemas vivos e não vivos e da auto-organização (MATURANA; VARELA, 2011). Assim, a definição do sistema vivo como uma rede autopoética significa que o fenômeno da vida tem de ser compreendido como uma propriedade do sistema como um todo.

Pelo princípio da **Autonomia** os seres vivos são autônomos, mas são interdependentes do meio externo. O organismo humano não é nenhuma entidade isolada, autossuficiente (MATURANA; VARELA, 2011). Cada um nasce, vive e morre de modo inseparável dos grandes contextos das influências biofísicas, socioculturais, espirituais e ambientais (CAPRA, 2006). Assim, a autonomia dos sistemas vivos é gerada pela sua auto-organização a partir de processos autopoiéticos. Portanto, energia, matéria e informação armazenada é o que permite que o sistema desenvolva sua autonomia de ser e existir.

A interação do sistema com o meio que vai além da renovação, desencadeadora de mudanças de estrutura, é denominada de **acoplamento estrutural**. Essa relação de interação que os sistemas vivos estabelecem entre si e com o ambiente em que vivem mostra que tanto influenciam e são influenciados, e dessa dinâmica resultam sua autorregulação e auto-organização. A alteração da estrutura ocorre tanto para renovação de si mesmo quanto para a criação de novas conexões em rede. Portanto, é próprio dos sistemas autopoiéticos a preservação da sua organização, alterando a sua estrutura para adequar-se ao ambiente (MATURANA; VARELA, 2011).

Os conceitos aqui abordados são importantes para entender os princípios e as características dos sitemas, na perspectiva dos pressupostos de uma visão não linear e uma

nova compreensão do ser humano. Sob essa ótica, o ser humano revela-se um sistema de inter-relações, não podendo ser fragmentado em partes independentes.

FIGURA 3 – Características de Organização de um Sistêma/Ecossitêma
Fonte: Bertalanffy (2008), Capra (2006; 2012) Prigogine (1996, 2009); Maturana e Varela, 2011), adaptado pelas autoras

Para compreender o processo dessa dinâmica inter-relacional, é necessário definirmos o **ecossistema** como um espaço/ambiente composto por uma comunidade de organismos, bióticos e abióticos, que se inter-relacionam e interagem entre si. Sob este olhar sistêmico, o ser humano compõe um dos elementos integrantes dessa comunidade. Do mesmo modo, o conjunto de elementos que constituem e estruturam os ecossistemas, no contexto da enfermagem/saúde, formam redes de cooperação, circularidade e interconexão, otimizam o cuidado de enfermagem na UTI e, com isso, corroboram para ações em saúde, de modo a viabilizar a sustentabilidade (SANTOS; SIQUEIRA; SILVA, 2009).

Com base nessa perspectiva, a circularidade no processo do cuidado exibe uma configuração na constituição de seus componentes, que são inter-relacionados e mutuamente interdependentes. Entende-se as inter-relações entre sujeito e objeto em uma relação de interconexão que ocorre no espaço e no tempo, por isso a importância de se estabelecer o cuidado de enfermagem na UTI sob enfoque ecossistêmico.

Os ecossistemas estão sempre estruturados no tempo e no espaço. O tempo físico-químico, construído por Prigogine (1996), em sua *termodinâmica generalizada*, atribui as características de não linearidade e não determinismo. É um tempo dos elementos, das coisas, dos outros seres biológicos, mas também é tempo humano. O próprio envelhecimento humano diz da irreversibilidade do tempo (PRIGOGINE; STENGERS, 1997). O nascimento do tempo, para Prigogine, transcende o universo, mas o tempo é irreversível, porque

> Cada ser complexo é constituído por uma pluralidade de tempos, ramificados uns nos outros segundo articulações sutis e múltiplas. A história, seja a de um ser vivo ou de uma sociedade, não poderá nunca ser reduzida à simplicidade monótona de um tempo único, quer esse tempo cunhe uma invariância, quer trace os caminhos de um progresso ou de uma degradação (PRIGOGINE; STENGERS, 1997, p. 211)

Na concepção prigoginiana, o tempo é construção e admite a necessidade de uma visão globalizante. Isso implica em considerar as incertezas, as probabilidade e as imprevisibilidades. É desse modo que sua termodinâmica generalizada está fundamentada na complexidade que envolve e conecta tudo, os seres humanos, a natureza, o ecossistema e cosmo.

O ecossistema do cuidado de enfermagem na UTI, estruturado no espaço, pode entendido como o lugar marcado pelas vivências, pelas possibilidades/oportunidades espaciais das relações de trabalho e pelo vivenciar o cuidado na ordem do seu potencial de força/energia para demarcação e utilização desse espaço. É o lugar delimitado pela rede dinâmica que se interliga para produzir saúde. Portanto, o espaço/ambiente do cuidado, num contexto de flutuações, instabilidades e incertezas, envolve todos os elementos necessários para manter a dinâmica interativa/relacional deste sistema.

Para produzir saúde, qualquer intervenção na rede de cuidados envolve energia. A energia, no campo das vibrações/ondulações, objeto do estudo da Física Quântica, está presente em todos os seres vivos, sendo estes um sistema gerador e consumidor de energia. Nessa rede dinâmica, a energia não está localizada no espaço-tempo, sendo descrita como bem mais abrangente, estendo-se em todas as direções como um campo de vibrações que fluem pelo corpo humano, com diferentes intensidades e movimentos/ondulações.

Para entender o ser humano como campos de energia, multidimensionais, que se afetam de forma sistêmica, é necessário saber que a nossa realidade física, o lugar onde a vida acontece, não se encontra no vazio. É um campo energético e vibracional de diferentes frequências, moldado pelas relações, intenções, decisões e consciência daqueles que o

habitam (CHOPRA, 2009). Assim também são o ecossistema, o ambiente da UTI ou qualquer outro ambiente social e cultural em que vivemos.

As fontes de energia são variadas e, nas inter-relações do cuidado ao ser humano, podem ser identificadas como energia física, energia psíquica, energia afetiva/social (COLLIÉRE, 1999) e energia espiritual. As trocas energéticas, materiais e informações que ocorrem entre o organismo humano e o ambiente permitem que ele internalize tudo o que necessita para que possa manter a sua organização e estrutura em funcionamento.

Para Chopra (2009), o ser humano internaliza informação, diversidade material e energética que podem ser traduzidas em tudo aquilo que necessita para manter-se vivo. Assim, percebe-se, que o ser humano é um conjunto multiforme de energias. Por meio de seu pensamento e sentimentos possui a capacidade de gerar e emanar energia – energia vital, em todas as suas dimensões – biofísicas, psiquicas, socioculturais e espirituais, exercendo influências no seu processo de saúde/doença.

No processo de restabelecimento do equilíbrio dinâmico, o ser humano se retroalimenta "de energia vital – alguma espécie de substância que flui através do organismo e passa de um organismo para outro [...] energização do organismo [...] devemos nos concentrar nos conceitos de fluxo, flutuação, vibração, ritmo, sincronia e ressonância" (CAPRA, 2006, p. 333). Essas metáforas descrevem os padrões dinâmicos de auto-organização, compatíveis com a concepção sistêmica da vida.

A metáfora do fluxo utilizada pela biologia e pela física quântica, além de indicar a existência de uma interatividade energética e material constante entre sistema vivo e meio, sinaliza também que o ser humano é capaz de desenvolver novas estruturas e, assim, indica a ocorrência de mudanças contínuas no metabolismo que envolve milhares de substâncias químicas. Biólogos e físicos sinalizam que o estado de fluxo caracteriza o estado da vida e que na base dos processos de mudança e de transformação presentes na natureza existe um fluxo energético onde "a energia é o princípio da mudança, é o princípio causativo de qualquer processo de transformação" (SHELDRAKE, 1990, p.56). Assim, no processo de adoecimento humano é necessário estabelecer fluxos energéticos – **energização**, capazes de atingir novos níveis de saúde e bem-estar, alcançáveis pelo processo dos componentes integrantes do sistema no qual vive e interage, pois toda realidade faz parte de um sistema maior que influencia e sofre influências.

Diferentemente do pensamento cartesiano, a teoria sistêmica/ecossistêmica requer que sejam restabelecidas as relações e interações entre os elementos que, de forma interconectada, configuram-se numa rede dinâmica, integrada e realimentada pelas trocas/informações que

envolvem os diferentes processos e permitem a auto-organização do sistema como um todo. Neste estudo, os princípios e característica dos sistemas têm como base teórica e filosófica os conceitos de Bertalanffy (2008), Prigogine (1996, 2009), Capra (2006) e Maturana e Varela (2011), confome a conformação de rede (Figura 4, p.43).

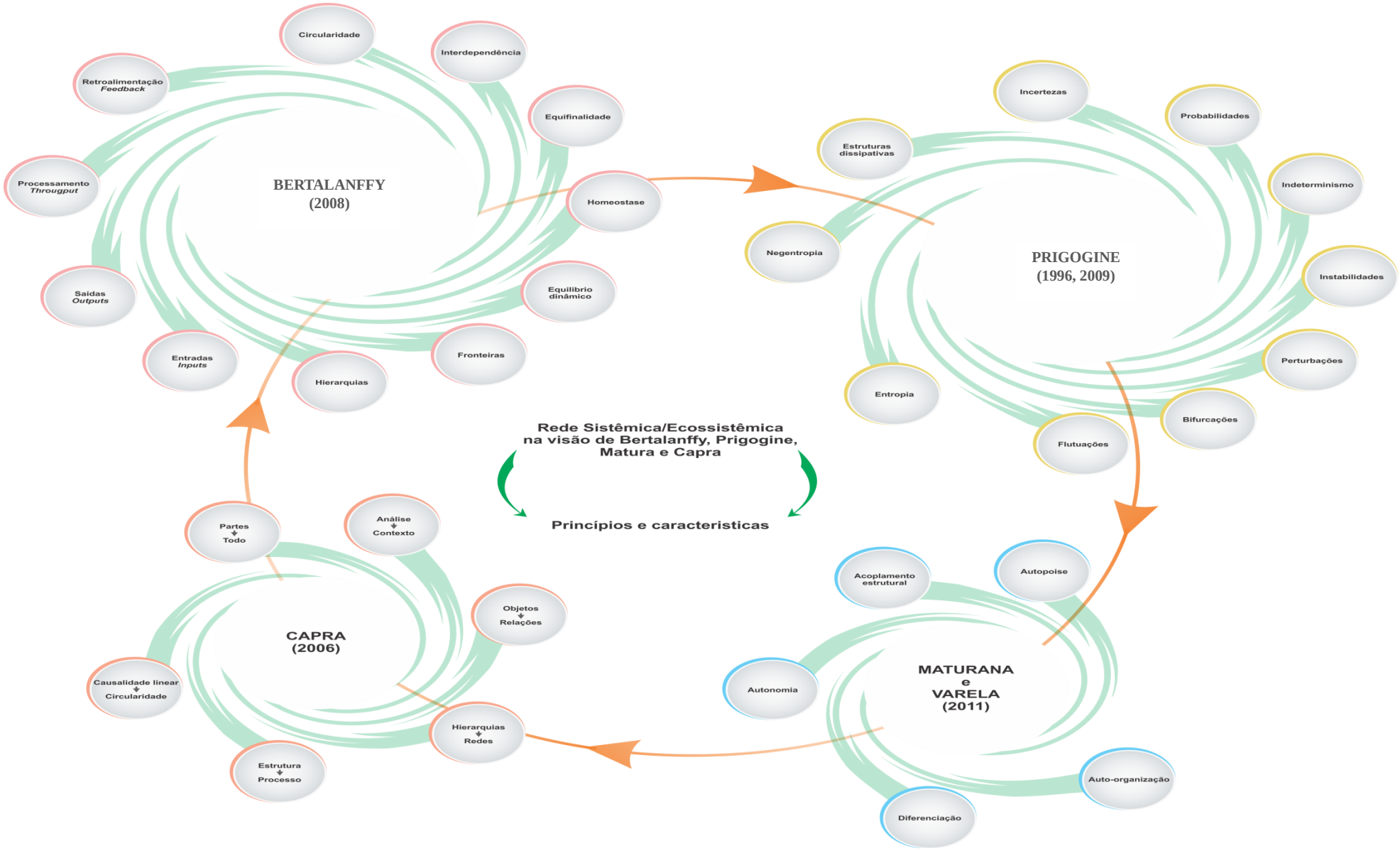


FIGURA 4 – Teoria Sistêmica: Princípios e características que configuram a rede
Fonte: Elaboração das autoras, com base teórico filosófico em Capra (2006), Bertalanffy (2008), Prigogine (2009) e Maturana; Varela (2011).

2.2 Unidade de terapia intensiva sob o enfoque ecossistêmico

Florence Nightingale (1820-1920), durante a Guerra da Crimeia, foi a pioneira em instituir um dos princípios básicos da moderna terapia intensiva, separando os soldados mais graves e colocando-os em uma situação que favorecia o cuidado, por meio da observação constante. Essa necessidade de se reservar uma área específica, na qual os soldados britânicos seriamente feridos eram agrupados e isolados, como medida preventiva para evitar infecções e epidemias, mostrou-se resolutiva e marcante na redução da mortalidade entre os combatentes. Nesse cenário, Florence, torna-se profissional importante e respeitável pela sua forma de atuação, tomada de decisões na organização e melhoria das condições sanitárias dos hospitais militares nos campos de batalha (SILVA; ARAÚJO; PUGGINA, 2010).

No contexto histórico, a primeira UTI de seis leitos foi criada em 1926 na cidade de Boston pelo médico Valter Dandy. As UTIs surgiram como resposta ao problema do tratamento dos pacientes graves concomitantemente com a evolução dos avanços tecnológicos, alcançados pela medicina moderna. No Brasil, as primeiras UTIs foram criadas na década de 60 (LINO, SILVA, 2001; KNOBEL, 2006; GOMES, 2011).

Atualmente, a existência de UTI é obrigatória nos hospitais secundários ou terciários com 100 (cem) ou mais leitos para internação (KNOBEL, 2006; GOMES, 2011). A exigência do Leito-UTI tem ultrapassado as normas iniciais da Organização Mundial da Saúde – OMS, que preconizava em torno de 4 a 6% do total leitos mantidos em hospitais, hoje previsto já em 10%. Nos grandes centros urbanos, com hospitais de alta complexidade podem representar até 25% dos leitos. A alta demanda ocorre em virtude da evolução tecnológica que já admite recém-nascidos com peso de 300 g, idosos portadores de doenças crônicas e degenerativas com necessidade de assistência intensiva, e jovens vítimas de traumatismo em virtude da violência social e da modernidade tecnológica (FERRARI, 2007).

Entretanto, o controle e a disponibilização assistencial desses leitos, muitas vezes, foge das reais necessidades da população que deles precisa e que tem o direito à recuperação da sua saúde, garantido pela Lei nº. 8.080/90 (BRASIL, 1990). Além disso, várias outras questões têm sido deixadas para um segundo plano, como: os critérios de admissão e alta dos pacientes, as disponibilidades assistenciais específicas, a avaliação dos resultados, a resolutilidade, os custos diretos e indiretos e a relação custo-benefício da assistência, entre outros, motivo pelo qual o Ministério da Saúde instituiu a Política Nacional de Atenção ao Paciente Crítico, que estabelece a necessidade da adoção de uma perspectiva sistêmica no atendimento em terapia intensiva, integrada ao ambiente hospitalar e aos demais serviços de

atenção à saúde, acompanhada de qualificação progressiva em seus diferentes aspectos, tanto físicos, técnicos e tecnológicos, como organizacionais e humanizadores (BRASIL, 2005).

O Ministério da Saúde (BRASIL, 1998) define a UTI como sendo o lugar/espaço/ambiente onde existe um conjunto de elementos funcionalmente agrupados, destinado ao atendimento de clientes graves ou de risco, que apresentem instabilidades fisio-orgânicas, que necessitem assistência médica e de enfermagem ininterruptas, além de recursos tecnológicos e humanos especializados. Em consonância com o Ministério da Saúde, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA complementa que a UTI é uma área crítica destinada à internação de clientes em estado crítico, que necessitem de monitorização contínua, múltiplas terapias e uso de tecnologias para auxiliar no diagnóstico e tratamento ao cliente grave, e redução da morbidade e mortalidade (BRASIL, 2010).

Na ótica ecossistêmica a UTI é constituída por um conjunto de elementos bióticos/vivos e abióticos/não vivos que se inter-relacionam de forma interdependente (SANTOS; SIQUEIRA; SILVA, 2009). Parte-se da ideia de integralidade, que reside no fato de se conceber a articulação, a identidade e a diferença entre todos esses elementos, para dar conta da totalidade que lhes é própria. Entre os elementos constituintes do espaço/ambiente da UTI surgem as interconexões, as inter-relações, interdependências e influências mútuas e criam-se as bifurcações que se (re)criam formando uma teia (CAPRA, 2006; PRIGOGGINE, 2009).

Nessa teia, o ser humano é percebido nas suas diversas dimensões e múltiplas inter-relações sistêmicas, fazendo parte integrante da totalidade dos elementos da UTI. Dessa forma, o assistir/cuidar ao cliente crítico demanda discussões multi e interdisciplinares que abrangem desde os aspectos estruturais/organizacionais, arquitetônicos até as ações ecossistêmicas do cuidado de enfermagem destinadas ao usuário/cliente e seus familiares. Esses elementos no espaço/ambiente da UTI estão inter-relacionados entre si por meio da rede de cuidados terapêuticos e solidários, que dependem do equilíbrio dinâmico de todos os elementos integrantes desse ecossistema; em suma, da sustentabilidade de cada um dos seus componentes (ZAMBERLAM, et al., 2010).

A perspectiva funcional da Unidade de Terapia Intensiva (UTI) consiste na possibilidade de reversão da evolução de uma doença grave não terminal, tendo como objetivo a prevenção da morte. Além disso, tem por objetivo operacional restaurar o equilíbrio dos sistemas vitais para seu estado de saúde anterior, considerando os aspectos biofísico e psicológicos, passíveis de serem influenciados se mantidas as funções básicas de vida (KNOBEL, 2006). Acrescenta-se que não se pode esquecer as dimensões sociais e espirituais

do ser humano com doença grave. As dimensões desse conjunto, ao se inter-relacionarem, são capazes de possibilitar produtos favoráveis ao equilíbrio dinâmico dos sistemas orgânicos. Diante das flutuações e instabilidades fisiopatológicas, novas bifurcações poderão influenciar de forma positiva na produção de um ambiente terapêutico com possibilidades de potencializar as energias humanas vitais, para um viver melhor e saudável (CAPRA, 2006; PRIGOGINE, 2009).

A UTI, como parte de uma organização/empresa hospitalar estruturada em serviços, pode ser percebida como um subsistema dentro de um sistema maior. Cada subsistema deve manter uma inter-relação com o todo de forma interconectada/integrativa e interdependente (SIQUEIRA, 2001). Nessa concepção, é importante entender alguns princípios ecossistêmicos, como o fluxo de recursos, a cooperação, a parceria, a flexibilidade, a diversidade, entre outros, com possibilidade de adaptações constantes às perturbações e flutuações nos ecossistemas, permitindo a auto-organização e a sobrevivência na busca por sustentabilidade (CAPRA, 2006; PRIGOGINE, 2009; SVALDI, 2011).

Os princípios do pensamento ecossistêmico são complementares e interdependentes entre si, auxiliam na compreensão do ser, viver e conviver em um sistema, ou num ambiente de cuidados, possibilitado pelas múltiplas relações e interações. Esses princípios, compreendem um novo modo de pensar e romper com o determinismo, com o equilíbrio com a equivalência. Para Prigogine (1996), a descoberta de novas propriedades da matéria associadas ao não equilíbrio identifica um mundo dinâmico baseado em sistemas instáveis, onde a *desordem*, ao contrário do que se pensa, tem um papel construtivo no processo de auto-organização.

A abordagem ecossistêmica, de uma forma geral, requer uma nova forma de percepção da realidade e do próprio ser humano, capaz de auto-organizar a vida no ambiente de cuidado. Florence Nightingale já exercia o cuidado em várias dimensões e valorizava o ambiente e os fatores ambientais como influentes no comportamento humano. O modelo nightingaleano difundiu-se e influenciou os cuidados dispensados pela Enfermagem em inúmeros países, inclusive no Brasil. Diversos referenciais emergiram e se consolidaram, colocando o cuidado como essência e/ou objeto focal da enfermagem.

Nessa perspectiva, o cuidado de enfermagem, na atualidade, aponta alguns desafios em relação à complementaridade das ações de forma ampla e integradora. Assim, observa-se que os profissionais de saúde envolvidos na prestação desses cuidados deparam-se cada vez mais com o crescente grau de exigência técnico, científico, afetivo, integrativo e social necessário à promoção e à manutenção da saúde e ao atendimento de situações críticas e

emergenciais. A relação profissional, no ambiente da UTI, em muitas instituições de saúde, ainda perpassa a organização do trabalho mecanicista, hierárquico e fragmentado e tem sido ponto de instabilidade entre autores que vislumbram uma relação mais flexível, dinâmica e cooperativa, pautada no diálogo e na construção coletiva, buscando satisfazer os interesses e necessidades de todos que fazem parte daquele contexto (SIQUEIRA, 2001; MEDEIROS, 2007; CORREA; CRUZ; SILVA, 2011).

Para Siqueira (2001, p 36), por meio "das relações de trabalho, podem surgir modificações e estas, novamente, na medida em que vão sendo exercidas, podem introduzir novos conhecimentos e mudanças, adequando-se às exigências quanto ao espaço/tempo". Como fundamento básico da integração dos elementos numa totalidade, o todo encontra-se inter-relacionado, em movimento dinâmico, à busca de novas bifurcações que possibilitem moldar-se às perspectivas e expectativas que as instabilidades e incertezas, de forma sistêmica, imprimem ao ambiente da terapia intensiva (SIQUEIRA, 2001; PRIGOGINE, 2009).

O ambiente da UTI é caracterizado por instabilidades. Os plantões, por vezes, envolvem um clima de agitação, o que determina a necessidade de atenção e cuidado criterioso de todos os membros da equipe de saúde. Neste cenário, as situações que envolvem as ações do cuidado podem ser vivenciadas de forma favorável, assim como desfavorável, tornando este ambiente bastante instável e conflituoso diante das flutuações e das constantes incertezas (LEITE; VILA, 2005; PRIGOGINE, 2009). Frente às instabilidades do ambiente de UTI, as atividades práticas no atendimento nem sempre ocorrem com qualidade, de forma segura e isentas de falhas, seja pela gravidade das situações ou por condições inadequadas de infraestrutura, capacitação dos profissionais, gestão imprópria, precariedade de recursos humanos, materiais e equipamentos, podendo colocar em risco o êxito do atendimento e, como consequência, a vida do cliente. Para Silva e Brito (2011), tal constatação leva a pressupor que falta de conhecimento e habilidade dos profissionais, falhas na organização do atendimento, provisão insuficiente de materiais e equipamentos necessários para a realização do cuidado, assim como a planta física inadequada, comprometem a qualidade da assistência à saúde dos clientes.

Nas UTIs os clientes encontram-se com suas capacidades funcionais alteradas, com suas vidas, muitas vezes, mantidas artificialmente por meio de recursos tecnológicos de última geração e recebendo cuidados de uma equipe composta por diversos profissionais de saúde altamente especializada. Essa situação pode provocar intensas perturbações nas suas

atividades cotidianas e nos cuidados pessoais. Adaptar-se à experiência de estar internado em uma UTI implica em ajustes no seu equilíbrio dinâmico.

O cliente, ao relacionar os "aspectos biológicos da doença com as condições físicas e psicológicas gerais do organismo humano e o seu meio ambiente", segundo Capra (2006, p. 133), é possível perceber as mudanças súbitas em sua condição de saúde e dos efeitos da doença como, por exemplo, alterações que afetam a autoimagem, as percepções, os sentimentos e os conceitos sobre vida e morte, o certo e o incerto e sobre o que é necessário ou não para viver.

No âmbito físico e psicoemocional trata-se de uma experiência que, se não for bem interpretada e conduzida pelos profissionais de saúde, pode influenciar e diminuir a capacidade de enfrentamento do ser humano ao lidar com essas alterações que fazem parte, neste momento, da sua condição de saúde/doença. No ambiente de cuidados intensivos, a necessidade de intubação, alterações no ritmo do sono, dor, falta de autonomia, limitação de movimentos das mãos ou dos braços devido aos acessos venosos, gravidade das condições de saúde, não receber explicações sobre o seu tratamento são elementos que podem causar danos e originar instabilidade física, emocional, social e ou espiritual. Desse modo, o "estresse e a ansiedade podem causar manifestações físicas pelo desequilíbrio no sistema nervoso autônomo liberando catecolaminas, que afetam suas funções cardiovasculares, metabólicas e renais" (PETTENGILL; SOUZA, 2011, p. 88).

O processo de ajustamento físico, psicoemocional e espaço-temporal "são expressões das características de personalidade do cliente, porém, esses processos também são gerados e/ou fortemente influenciados por condições clínicas, comprometimento dos órgãos e sistemas, tratamento administrado, sedação e rotinas de tratamento" (ANDREOLI et al., 2006, p. 2010). Para compreender e assistir esses clientes de forma multidimensional, devem-se considerar as diversas inter-relações entre as características do cliente, história prévia e manifestações ecossistêmicas decorrentes do processo de adoecimento.

No ambiente de UTI, o processo de adoecimento e internação do cliente pode desencadear um estado de perturbação aguda – que em analogia pode ser denominado de *caos – ordem/desordem* (PRIGOGINE, 2009), que se configura em determinadas situações em que o cliente percebe as instabilidades fisiopatológicas e não consegue atender as suas necessidades de equilíbrio dinâmico. Há como resposta a esse processo de perturbação, um período de desequilíbrio, incertezas e instabilidades que emergem e inundam o imaginário de todos os envolvidos nesse contexto.

Em um sistema instável, uma perturbação pode ser amplificada e levar o sistema para um novo estado de ordem e desordem (PRIGOGINE, 2009). Nesse processo, a auto-organização possibilita ao sistema atingir a estabilidade dinâmica, ou seja, as perturbações e flutuações regridem e tendem a estabilizar-se. Para Capra (2006, p. 266), "quando ocorre alguma perturbação, o organismo tende a regressar ao seu estado de origem, e o faz adaptando-se de várias maneiras às mudanças ambientais. As flutuações desempenham um papel central na dinâmica da auto-organização do sistema vivo".

O cuidado de enfermagem no ambiente da UTI, com base nas instabilidades, flutuações e bifurcações, envolve múltiplos domínios e facetas interativas, significados, valores, crenças, emoções, que norteiam o modo de ser e agir dos profissionais/enfermeiros. Considera-se, também, que o *caos* é um ponto de transição que possibilita o desenvolvimento de processos auto-organizadores nos sistemas humanos capaz de restaurar a estabilidade energética, afetiva e inter-relacional.

Dessa maneira, dentro do escopo de intervenções assistenciais, educativas e gerenciais da enfermagem para o cliente grave em UTI, as relações interativas e relacionais centradas no cliente, equipe e familiares favorecem a construção de um ambiente terapêutico, possibilitando a integração dos elementos que fazem parte desse ambiente (SIQUEIRA, 2001; PRIGOGINE, 2009). Nesse sentido, "o ambiente de cuidados deve propiciar segurança, conforto e relações harmônicas com o meio ambiente e deve ser o mais natural possível, para que não venha a desencadear o estresse e/ou outros agravos à saúde" (BACKES, 2011, p. 43).

Nas ações do cuidado, o foco das intervenções é possibilitar condições de vida ativa e saudável, por meio de esclarecimentos ao cliente de suas possibilidades, limites e condições necessárias à manutenção da saúde, bem como a identificação das instabilidades fisiopatológicas e bio-psico-emocionais capazes de prejudicar o seu prognóstico e sua qualidade de vida na vigência da doença. A conduta estabelecida deve ser capaz de favorecer a adaptação funcional do cliente à sua nova condição de saúde, baseando-se na forma de entender, vivenciar e participar do seu adoecer e tratamento. Nesta fase, a compreensão das variáveis fisiopatológicas do cliente e de suas instabilidades e flutuações, diante do diagnóstico e terapêutica , possibilita aos enfermeiros o planejamento dos cuidados e facilita a comunicação entre equipe de enfermagem-cliente-família, visando à melhoria das práticas do cuidado.

Cuidado este que deve ser prestado de forma humana e ecossistêmica, envolvendo a multidimensionalidade do ser humano e demais elementos que integram o ambiente da UTI, vislumbrando uma assistência de qualidade. Ao cuidar do ser humano, é necessário

desenvolver uma visão global do processo, observando o ambiente com o intuito de promover uma assistência segura e de qualidade. No entanto, diante das instabilidades, flutuações e incertezas inerentes a esse ambiente de cuidado, nas UTIs depara-se com normas, rotinas e procedimentos técnicos e intitucionais que, muitas vezes, levam a descuidar de importantes necessidades dos clientes, que necessitam de uma abordagem sensível, afetuosa, criativa, dinâmica e compreensível para atender a totalidade das dimensões humanas (ORIÁ; MORAES; VICTOR, 2004; MARTINS; NASCIMENTO, 2005; PRIGOGINE, 2009).

O cuidado de enfermagem, originário da experiência pessoal e subjetiva entre o ser cuidado e o ser cuidador, é aquele capaz de diferenciar o olhar e ver que, por trás da alta complexidade clínica e tecnológica existentes para a manutenção da vida na UTI, encontra-se o ser humano que necessita de cuidados. Pensar de forma reflexiva/crítica para responder à complexidade e diversidade do cuidado na UTI, torna-se uma exigência crucial ao desempenho, habilidade e competência dos enfermeiros, frente às demandas do ambiente, à clientela assistida e às relações/interações humanas, interconectados à rede de cuidados e preservação da vida e da saúde.

Em situações críticas, as instabilidades fisiopatológicas e ecossistêmicas do cliente, em analogia, podem equivaler-se às "estruturas dissipativas" (PRIGOGINE, 2007), pois são sistemas abertos que se caracterizam pelas complexidades organizacionais, sem ou quase sem equilíbrio e próprios dos sistemas vivos, cuja evolução ocorre por flutuação de energia desencadeada espontaneamente levando a reações em cadeias/infinitas (PRIGOGINE, 2007). Moraes (2008, p. 188) considera que "a auto-organização e a evolução dos sistemas estão ligadas por uma causalidade circular recursiva ou retroativa". Esse entrelaçamento circular e de influências mútuas no ambiente biótico da UTI resulta em redes de retroalimentação e auto-organização, constituindo-se, portanto, em fluxo de energia e de interações no ambiente social, estrutural, organizacional. Dessa forma, o enfermeiro na UTI é responsável pela rede de cuidados sistêmicos, capazes de manter o equilíbrio dinâmico, contínuo e intensivo para os clientes nas 24 horas, pelo apoio aos familiares, pela gerência do cuidado e pela organização de recursos humanos, materiais e do ambiente como um todo.

Entre as várias inter-relações merecem destaque as relações que se estabelecem entre o enfermeiro, o cliente e o ambiente de cuidado. Essa função relacional, quando bem trabalhada, por meio dos conhecimentos, atitudes e comportamentos do enfermeiro junto ao cliente, torna as instabilidades mais aceitáveis e com maior probabilidade de efeitos terapêuticos satisfatórios. Nessa conectividade, a vida humana depende do fluxo de energia

que se estabelece, se conserva, se renova e se transforma por meio da interatividade dos elementos que fazem parte do ambiente terapêutico da UTI.

Outro aspecto que não pode ser esquecido ao tratar com o usuário/cliente de UTI é a sua família. A família pode ser considerada o ambiente em que a pessoa recebe todo o apoio afetivo, psicológico, respeito aos valores humanos e éticos, além de outros aspectos necessários para seu pleno desenvolvimento físico e mental. Os eventos do cotidiano são fatores que exercem forte influência na manutenção do equilíbrio dinâmico familiar. Por isso, no momento em que um de seus membros vivencia algum evento adverso, alheio às suas experiências, pode ocasionar o *caos* no sistema familiar como um todo e também no membro que se encontra enfermo.

O ambiente familiar é uma unidade social, compreende um complexo sistema de relações/interações humanas, nas quais o ser humano se cria, se humaniza, se desenvolve, se vincula e aprende a interagir com outros seres humanos. Mesmo que na UTI exista um maior contato dos profissionais com clientes, é importante considerar a família como uma unidade integrada ao cuidado terapêutico, vista a partir de uma perspectiva ética, humanística e ecossistêmica de atenção à saúde (PINHO; SANTOS, 2008).

A humanização e os aspectos éticos e legais vêm sendo discutidos, criando modelos, normas e até mesmo alterações na legislação. Humanizar a relação com o cliente/família realmente exige que os profissionais de saúde/enfermagem valorizem a afetividade e a sensibilidade como elementos necessários ao cuidado; encontro entre sujeitos/seres humanos, que podem construir uma relação saudável, compartilhando as experiência/vivências. Levando-se em conta, ainda, a sensibilidade à escuta e o diálogo, as relações éticas e solidárias, promovendo um aprendizado permanente e vivencial, construídos nas relações com o outro no cotidiano (CASETE; CORRÊA, 2005).

A Política Nacional de Humanização – PNH foi criada em 2003 com o objetivo de deflagrar um movimento no sistema e instituições de saúde para a realização de mudanças nos modos de gestão e nos modos de cuidar em saúde, em consonância com os pressupostos da humanização explicitados nos princípios, diretrizes e métodos da PHN (BRASIL, 2010a).

De acordo com a PNH, a ambiência na saúde compreende o espaço físico, social, profissional e de relações interpessoais que deve estar em sintonia com um projeto de saúde voltado para a atenção acolhedora, resolutiva e humana. A PNH tem como uma de suas diretrizes a valorização da ambiência, com organização de espaços saudáveis e acolhedores de trabalho. Fundamenta-se na ideia de transversalidade e indissociabilidade da atenção e gestão, de projetos cogeridos de ambiência como um dispositivo, para contribuir na mudança das

relações de trabalho. Essa compreensão de ambiência como diretriz da PNH é norteada por três eixos principais: o ambiente que visa ao conforto; o espaço como ferramenta facilitadora do processo de trabalho; e a ambiência como espaço de encontros entre os sujeitos (BRASIL, 2010b).

Para promover o cuidado seguro, é importante conceber ambiências confortáveis e acolhedoras, de modo a favorecer a privacidade e individualidade dos usuários do serviço e trabalhadores que usam o espaço; valorizando a utilização dos elementos componentes do ambiente que interagem com as pessoas, em especial, a cor, a luz, as texturas, os sons, os cheiros e a inclusão da arte nas suas mais diferentes formas de expressão. Esses elementos atuam como qualificadores e modificadores do espaço, estimulando a percepção ambiental e, quando utilizados com equilíbrio e harmonia, criam ambiências acolhedoras que podem contribuir no processo de produção de saúde e de espaços saudáveis (BRASIL, 2010b).

A ambiência isoladamente não altera o processo de trabalho, mas pode ser usada como uma tecnologia capaz de contribuir para as mudanças, através da coprodução dos espaços aspirados pelos profissionais de saúde e pelos usuários, com funcionalidade, possibilidades de flexibilidade, garantia de biossegurança relativa à infecção hospitalar, prevenção de acidentes biológicos e com arranjos que favoreçam o processo de trabalho.

Na UTI, a ambiência é marcada tanto pelos recursos tecnológicos ali presentes quanto por outros componentes estéticos ou sensíveis captados pelo olhar, pelo olfato e pela audição, como, por exemplo, a luminosidade e os ruídos do ambiente, a temperatura, entre outros aspectos que se inter-relacionam com o componente afetivo da ambiência expresso na forma de acolhimento, na atenção dispensada e nas interações entre profissionais de saúde, clientes e familiares (BRASIL, 2010b; PETTENGILL; SOUZA, 2011).

Ressalta-se a importância de as unidades críticas serem planejadas, organizadas e providas de todos os recursos necessários para uma adequada assistência ecossistêmica ao cliente. O Ministério da Saúde – Portaria nº 3.432 de 12/08/1998, e a ANVISA – Resolução nº 7, de 24/02/2010, propõem requisitos mínimos de funcionamento e classificação das UTIs, nos quais são abordados itens como área física e infraestrutura, recursos tecnológicos, como equipamentos e mobiliário, recursos humanos com profissionais especializados e outros aspectos relacionados à humanização, como a iluminação natural, visitas diárias e informações (BRASIL, 1998; BRASIL, 2010).

Percebe-se, ainda, que os elementos constituintes do ambiente das UTIs(,) nem sempre permitem uma sequência ordenada a ser observada no cuidado ao cliente. Essas peculiaridades devem fazer parte da qualificação dos trabalhadores de enfermagem que

desempenham suas atividades nesse ambiente. Eles necessitam estar atentos de forma contínua em relação à gravidade dos clientes, cuja situação pode variar repentinamente, à disponibilidade e uso adequado e racional dos recursos materiais e tecnológicos, e especialmente vigilantes em relação às situações que envolvem a vida e a morte. Percebe-se que o ser humano cuidado em UTI vivencia situações de extremo desgaste bio-psico-emocional necessitando, também, de cuidados de enfermagem, no sentido de mobilizar forças internas – *energia vita*, e externas – *ambiente*, para potencializar a energia positiva, que o auxiliará na recuperação da condição de ser saudável.

Olhando nessa perspectiva, a enfermagem é um dos serviços que integra a totalidade dos recursos humanos, podendo influenciar e ser influenciada pelo ambiente e sistemas de saúde. Para Silva e Britto (2011, p. 127), " é possível afirmar que todas as esferas de atuação do enfermeiro, seja assistencial ou educativa, junto ao cliente e a seus familiares, seja administrativamente, junto as esferas decisórias da instituição, têm impacto na qualidade da assistência". Dessa forma, cabe aos profissionais de enfermagem trabalhar a abordagem ecossistêmica em saúde de maneira a integralizar e mobilizar novos saberes e práticas na melhoria, segurança e qualidade do cuidado ao cliente assistido na UTI.

Os enfermeiros necessitam reconhecer as complexas respostas e as relações entre as dimensões psicológica, biológica, social e espiritual do cliente, buscando a integração e o domínio desses aspectos para proporcionar um processo assistencial efetivo. Para a ação do cuidado, os enfermeiros como líderes da equipe de enfermagem, exercem uma função fundamental na organização de um trabalho coletivo, observando um sistema dinâmico, eles coordenam atividades que reúnem o conhecimento e as habilidades técnicas, tanto suas como dos demais profissionais da enfermagem, a fim de alcançar os objetivos assistenciais desejáveis, em consonância com os objetivos da terapia intensiva (MEDEIROS, 2007).

O enfermeiro em cuidados intensivos se encontra cercado por tecnologias, normas, rotinas e procedimentos de alta complexidade que passam a exigir o aprimoramento contínuo do conhecimento técnico-científico e da atenção às necessidades da clientela, sem perder a centralidade no cliente e a sensibilidade das ações do cuidado.

Por meio da dinamicidade que ocorre no cotidiano das atividades práticas, a enfermagem em cuidados intensivos requer a capacidade de lidar com as situações de instabilidades e flutuações dos sistemas fisiopatológicos dos clientes graves, atuando com dinamismo, segurança, precisão e estimulando a participação do cliente na sua recuperação. Essas habilidades requerem competência na integração de informação, capacidade de julgamento e estabelecimento de prioridades. Assim, o enfermeiro de UTI tem a tomada de

decisão e a intervenção qualificada como instrumentos primordiais de trabalho, independentemente do ambiente ou da necessidade de recursos tecnológicos. “A percepção exata e as habilidades de pensamento crítico, raciocínio clínico e pensamento lógico e rápido para julgamentos complexos são competências necessárias para a assistência ao cliente que apresente grave instabilidade de sistemas corpóreos” (CORREA; CRUZ; SILVA, 2011, p. 1106).

Nas ações do cuidado, é necessário reorganizar o serviço de modo a confrontar o modelo biomédico atual, fazendo com que o cliente e a família se sintam seguros, confortáveis e amparados pela instituição. Dessa forma, o cuidado exige respeito aos direitos individuais, a autonomia, a cidadania e ao direito de expressão (SCHNEIDER, et al., 2008). Esta abordagem propõe (re)pensar o modelo clínico de atenção à saúde, alicerçado na recuperação do corpo biológico do indivíduo, onde prevalece o diagnóstico, a terapêutica biomédica, seus cuidados diretos com ênfase na doença.

2.3 Políticas Públicas e a UTI

Entende-se por Políticas Públicas o conjunto de ações coletivas voltadas para a garantia dos direitos sociais, configurando um compromisso público que visa dar conta de determinada demanda, em diversas áreas. Na área da saúde, “uma análise integrada e contextualizada de problemas de saúde e ambiente pressupõe uma produção compartilhada de conhecimentos que integre diferentes saberes e práticas na análise e solução de problemas” (FREITAS; PORTO, 2006, p. 32).

A Constituição Federal Brasileira confere à União a competência para elaborar e executar políticas nacionais para o desenvolvimento econômico e social. As Políticas públicas configuram decisões de caráter geral que apontam rumos e linhas estratégicas de atuação governamental. Assim, objetivam reduzir os efeitos da descontinuidade administrativa e potencializar os recursos disponíveis ao tornarem públicas, expressas e acessíveis à população e aos formadores de opinião as intenções do governo no planejamento de programas, projetos e atividades (BRASIL, 2009a).

No âmbito do Ministério da Saúde, a formulação de políticas desenvolve-se mediante a adoção de metodologia apropriada, baseada num processo que favoreça a construção de propostas de forma participativa, e não em um modelo único e acabado. Esse processo está representado, em especial, pela coleta e sistematização de subsídios básicos, interna e externamente ao Ministério, a partir das quais é estruturado um documento inicial, com

embasamento teórico-filosófico e organizativo destinado a servir de matéria-prima para discussões em diferentes instâncias. Paralelamente, deve-se ressaltar que a operacionalização das políticas formuladas exige o desenvolvimento de processo voltado à elaboração ou à reorientação de planos, projetos e atividades capazes de dar consequência prática às políticas (BRASIL, 2009a). Além disso, define as normas para regular o acesso e o fluxo das pessoas em diferentes níveis de assistência, com destaque para a utilização de protocolos técnico-assistenciais.

Nessa proposta, a legitimação e a institucionalização das abordagens de atenção à saúde começaram a partir dos anos de 1980, principalmente após a criação do Sistema Único de Saúde – SUS. Com a descentralização e a participação popular, os estados e municípios ganharam maior autonomia na definição de suas políticas e ações em saúde, vindo a implantar experiências pioneiras (BRASIL, 2009a). Essas políticas propõem a publicação de instrumentos normativos – *portarias,* pelo gestor federal, que integram diversas normas esparsas anteriormente existentes, buscando criar uniformidade nas áreas abordadas, a fim de oferecer condições mais favoráveis para a organização de redes assistenciais integradas.

Essa condição favorece uma definição mais clara das responsabilidades que cabem a cada serviço – devidamente caracterizado quanto às suas funções e objetivos, e também melhor articulação intersetorial para intervenção em determinantes de saúde por meio de integração com outras políticas públicas.

A modelagem visa articular a cooperação e a solidariedade entre os profissionais/trabalhadores e instituições/organizações de saúde, além de oferecer melhores condições para a construção de vínculos e corresponsabilização entre profissionais e usuários, deve instituir redes de cuidado levando em conta a singularidade de suas demandas e necessidades (OMS, 2008; MENDES, 2009; SILVA, 2011).

A integração da saúde, com a constituição de redes regionalizadas e integradas de atenção, é condição indispensável para a qualificação e a continuidade do cuidado à saúde e tem grande importância nas lacunas assistenciais e sistêmicas na racionalização e otimização dos recursos assistenciais disponíveis (SILVA, 2011). Para o autor, propostas de integração e constituição de redes "de atenção à saúde no SUS terão chances reduzidas de avanço se utilizarem modelos prescritivos sem considerar esses elementos contextuais e as estratégias necessárias para que as mudanças aconteçam" (SILVA, 2011, p.2760).

As estratégias, os caminhos/bifurcações associadas aos processos produtivos, à maior flexibilidade, integração e interdependências entre os elementos que compõem o sistema de saúde como um todo, necessitam ser abordados de forma ecossistêmica. Ou seja, as redes de

atenção à saúde não devem ser restritas ao setor de saúde, mas precisam incluir políticas de outros setores relacionados aos determinantes do processo saúde-doença-cuidado.

Entende-se que, a partir do trabalho coletivamente planejado e do aprofundamento das interconexidades, inter-relações, interdependências e influências mútuas dos elementos constituintes dos espaços/ambiente dos contextos, é possível oferecer condições mais favoráveis para a organização de redes assistenciais integradas (SIQUEIRA, 2001; PRIGOGINE, 2009 CAPRA, 2006; SILVA, 2011; SVALDI, 2011).

Nesse sentido, o pensamento sistêmico/ecossistêmico é, essencialmente, um pensamento de modelagem, pois considera que todos os conceitos, teorias e modelos mentais são probabilidades, ou seja, aproximações ou limitações, que se deslocam à busca de simetrias, de modelos que permitam fazer escolhas e gerar incertezas.

Para Prigogine (2009, p. 43-64),

> Pensar o incerto significa também tentar elaborar modelos correspondentes às diferentes soluções que possamos visualizar [...] implica acentuar o irracional e, desse modo progredir [...] o que vemos hoje é a instabilidade, as flutuações, a irreversibilidade em todos os níveis.

Ao utilizar a permanente compreensão desse pensamento, é possível acender um indício para a transformação/mudança positiva e, por conseguinte, nortear a ação (re)construtiva do equilíbrio dinâmico nos processos/redes-sistemas de saúde, entendido como sustentabilidade (SIQUEIRA, 2001; CAPRA, 2006; SVALDI, 2011). As interações entre os elementos que compõem o campo das políticas públicas o transformam num espaço vivo e complexo com características autopoiéticas ou autogeradoras, segundo Maturana e Varela (2011), fruto da dimensão interna dos sistemas vivos que o compõem.

Sob esse ponto de vista, é possível fazer uma breve apresentação das Políticas Públicas que ampliaram o acesso e a qualificação à atenção dos cuidados em terapia intensiva aos clientes do Sistema único de Saúde – SUS. Nessa proposta, a UTI deve se inserir no processo assistencial em conformidade com os princípios de integralidade, equidade e universalidade assistencial, tanto no âmbito hospitalar quanto do próprio sistema de saúde (BRASIL, 2005).

Frente a essas questões, é emergente a estruturação de Políticas Públicas em UTI que substituam a concepção determinística e segmentada, por uma configuração de rede assistencial organizada, que incorpore a linha de cuidado integral e a humanização na atenção ao cliente crítico. Nessa acepção, o pensamento sistêmico é um pensamento de processo, que considera a natureza dinâmica da realidade, a integração, as noções de complexidade, fluxos e redes (CAPRA, 2006; FREITAS; PORTO, 2010). A estruturação em rede é intrinsecamente

dinâmica e a estrutura rígida cede, dando lugar a manifestações flexíveis, pois favorece o entendimento do fenômeno de forma aproximada e não determinístico-incisiva, possibilitando amplitude de ações, soluções e resultados maiores na eficiência do processo (SIQUEIRA, 2001; SVALDI, 2011).

As UTIs, de um modo geral, são avaliadas e credenciadas por características tecnológicas, de engenharia, pela conformação de sua equipe assistencial, pelo número de leitos, pela disponibilização de equipamentos, entre outros. Assim, a unidade de terapia intensiva exige que se amplie a discussão ao atendimento do cliente crítico em todos os seus momentos e ambientes assistenciais (BRASIL, 2005). Para entender as possibilidades e as limitações desse processo é necessário uma revisão contextual a respeito das *Portarias Ministeriais* que possuem aderência e servem de apoio ao presente estudo, no que diz respeito ao teor técnico-filosófico e organizativo desses documentos.

Os Serviços de Tratamento Intensivo possuem várias modalidades e estão divididos segundo a faixa etária dos pacientes atendidos, assim denominados: Unidade de Terapia Intensiva Adulto, Unidade de Terapia Intensiva Especializada – cardiológica, coronariana, neurológica, respiratória, trauma, queimados, dentre outras, Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica, Unidade de Terapia Intensiva Neonatal, Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica Mista. Denomina-se Centro de Terapia Intensiva – CTI o agrupamento de duas ou mais UTIs, numa mesma área física, incluindo, quando existentes, as Unidades de Tratamento Semi-Intensivo (BRASIL, 1998; BRASIL, 2010).

Além dessas diferentes modalidades de UTIs, os Serviços de Tratamento Intensivo também contam com o Serviço de Tratamento Intensivo Móvel, que compreende uma frota de veículos devidamente projetados e equipados, além de um conjunto de elementos funcionalmente agrupados, com a finalidade de garantir suporte avançado de vida durante o transporte de pacientes graves ou de risco, tanto no atendimento de emergência pré-hospitalar, como no transporte inter-hospitalar (BRASIL, 1998).

De forma sistêmica, o Ministério da Saúde determinou que a terapia intensiva deve se inserir no processo assistencial em conformidade com os princípios de integralidade, equidade e universalidade assistencial, tanto no âmbito do ambiente hospitalar quanto do próprio sistema de saúde como um todo. Nesse sentido, a Portaria 1071/2005 designa:

- que o sistema de atenção ao cliente crítico exige a conformação de uma rede assistencial – hospitalar e extra-hospitalar – organizada que incorpore a linha de cuidado integral e a humanização assistencial;

- a necessidade de disponibilizar ao sistema de atenção aos clientes críticos unidades de tratamento intensivo qualificadas e humanizadas, unidades de cuidados intermediários e enfermarias hospitalares qualificadas;
- as estruturas e equipamentos de atendimento ao paciente crítico devem conformar sua equipe de atenção à saúde dentro dos princípios da interdisciplinaridade e da humanização, com enfoque nas necessidades do usuário, na integralidade assistencial e no respeito à participação efetiva dos diferentes profissionais envolvidos na atenção ao paciente crítico;
- que a política de formação e qualificação de recursos humanos para a atenção ao paciente crítico deve ultrapassar a tradicional preocupação técnica e tecnológica, incorporada aos referenciais conceituais e organizacionais do SUS;
- as estratégias adotadas pelo Sistema Único de Saúde para a formação e desenvolvimento de trabalhadores em saúde incorporada à Política Nacional de Educação Permanente em Saúde instituída pelo Ato Portaria número 198/GM de 13 de fevereiro de 2004;
- o financiamento e o investimento devem contemplar estruturas hospitalares com processos assistenciais comprovadamente integrados e pactuados no ambiente intra e extra-hospitalar; a necessidade de elaborar e implementar o Plano Estadual de Atenção ao Paciente Crítico interfaceado ao Plano Estadual de Atendimento às Urgências e Emergências de que tratava a Portaria nº 2048/GM de 5 de novembro de 2002;
- a obrigatoriedade das instituições hospitalares em implantar e implementar as Comissões Hospitalares de Organização e Qualificação da Atenção ao Paciente Crítico, bem como estabelecer mecanismos de regulação, fiscalização, controle e avaliação da assistência prestada aos usuários do SUS e pelos referenciais conceituais e operacionais explicitados em anexo àquela Portaria (BRASIL, 2005).

A Política Nacional de Atenção aos Clientes Críticos, na sistematização das bases conceituais e operacionais, contempla a atenção em cuidados intermediários adulto, pediátrico e neonatal; promove a inserção e incorporação de mecanismos regulatórios na assistência em terapia intensiva, envolvendo o pré-hospitalar móvel e não móvel, estruturas de assistências pré-UTI e pós-UTI; define que os hospitais deverão instituir Comissão de Organização e Qualificação da Atenção ao Cliente Crítico; insere qualificação sistemática em Terapia Intensiva nos Polos de Capacitação Permanente em Saúde e especifica a Rede hierarquizada

de atenção ao cliente em terapia intensiva composta por: Unidade de Tratamento Intensivo, nas modalidades Adulto, Pediátrico, Neonatal e Infantil (BRASIL, 2005).

O novo regulamento traz parâmetros tanto para a estrutura, a organização e processos de trabalho, quanto para a obtenção e monitoramento de indicadores de saúde que retratem o perfil assistencial da unidade. Entre os indicadores a serem monitorados estão, por exemplo, os de densidade de incidência de infecção primária da corrente sanguínea relacionada ao acesso vascular central e os de pneumonia associada à ventilação mecânica.

A operacionalização dessa Resolução ao cliente da UTI abre novas possibilidades e bifurcações estratégicas de gestão capazes de mobilizar redes de cuidado, com vistas a compreender a diversidade e circularidade das relações, interações e interdependências que movem e preservam o fio condutor da teia da vida nas suas diferentes expressões e manifestações (PRIGOGINE, 2009; SVALDI; SIQUEIRA, 2010; CAPRA, 2012).

No que se refere ao provimento dos recursos humanos, recursos assistenciais, normas, rotinas, protocolos assistenciais e a estrutura organizacional da UTI, a RDC/ANVISA nº 7, de 24 de fevereiro de 2010, estabelece os critérios necessários ao funcionamento da unidade, os quais devem estar em conformidade com essa Resolução (BRASIL, 2010).

A RDC, no que tange aos recursos humanos na UTI Adulto, determina que devem ser, formalmente, designados um Responsável Técnico – com título de especialista em Medicina Intensiva para atuação em UTI Adulto, um médico coordenador da equipe médica, um enfermeiro coordenador da equipe de enfermagem e um fisioterapeuta coordenador da equipe de fisioterapia, assim como seus respectivos substitutos (BRASIL, 2010).

Ao analisar as questões relacionadas aos recursos humanos em UTI, é importante salientar o papel da enfermagem na equipe de saúde e, em especial, do enfermeiro, a quem por lei compete, privativamente, prestar cuidados diretos de enfermagem a clientes graves, com risco de vida. Assim, para possibilitar uma assistência de enfermagem segura e com qualidade, é essencial não só uma qualificação específica, mas também uma equipe capacitada, colaborativa e integrada para garantir um padrão satisfatório de assistência (COFEN, 2004; SILVA; BRITO, 2011).

Nesse sentido, as atribuições e as responsabilidades de todos os profissionais que atuam na unidade devem estar formalmente designadas, descritas e divulgadas aos profissionais que atuam na UTI. Além disso, deve ser denominada uma equipe multiprofissional, legalmente habilitada, para atuar exclusivamente na unidade (BRASIL, 2010).

No acesso aos recursos assistenciais, garantidos, por meios próprios ou terceirizados, à beira do leito, os seguintes serviços: assistência social, nutricional, farmacêutica, fonoaudiológica, psicológica e odontológica. Nesta inter-relação, forma-se uma rede de suporte e apoio interdisciplinar para assegurar as possibilidades de recuperação do cliente com qualidade de assistência (BRASIL, 2010). Portanto, com o objetivo de obter a integração e cooperação de todos os profissionais atuantes no ambiente de cuidados em UTI, é importante considerá-los como profissionais/trabalhadores de assistência, com responsabilidades comuns e atribuições distintas, em um processo dinâmico de trabalho que deve convergir para a segurança e eficácia dos serviços prestados.

Considera-se que o ambiente do cuidado em UTI envolve múltiplas dimensões e abrange um conjunto de elementos que o integram, e precisa levar em conta o todo que envolve e compreende as partes. Além disso, esse ambiente precisa ser favorável e acolhedor para todos os envolvidos nesse contexto. Assim, clientes, familiares, profissionais e integrantes da rede e/ou serviços de apoio encontram-se inter-ligados pelos princípios ecossistêmicos da circularidade, interdependência, cooperação e influências mútuas (CAPRA, 2006; ZAMBERLAM et al., 2010).

Diante dessas questões, o nível mínimo de recursos se amplia de acordo com as possibilidades da instituição e gravidade dos clientes atendidos. Nessa dimensão, o espaço/ambiente da UTI agrega tecnologias, das mais simples até os complexos e sofisticados métodos computadorizados de diagnóstico e tratamento. Os recursos tecnológicos constituem-se em um dos fatores responsáveis pelos elevados custos das UTIs, portanto, qualquer aquisição de tecnologias ou de produtos deve considerar obrigatoriamente a sua qualidade, preço, manutenção, assistência técnica, enfim, a relação custo-efetividade e, principalmente, o impacto desses recursos no resultado final do tratamento do cliente em termos de morbimortalidade (KNOBEL, 2006).

As tecnologias incluem a aplicação de conhecimentos gerados continuamente, a prestação de serviços de atendimento aos clientes, a utilização de recursos tecnológicos, procedimentos, métodos e processos inovadores para a organização das diferentes atividades humanas em busca da promoção da saúde e da produção de cuidado (PADILHA, et al., 2010; VIANA et al., 2011).

O termo “recursos tecnológicos” nos remete, frequentemente, ao aspecto trabalho-intervenção-produção-equipamentos. Entretanto, necessita ser entendido na lógica das interações humanas e nos processos produtivos (KOERICH et al., 2006). Dessa forma,

entende-se que os recursos tecnológicos são utilizados como ferramentas físicas-materiais, que auxiliam na produção do cuidado ao usuário da UTI.

De acordo com a Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA (BRASIL, 2010b), os recursos tecnológicos em saúde são formados por um universo amplo com diferentes níveis de complexidade: incluem desde uma simples lâmpada de infravermelho até equipamento de ressonância magnética; de uma compressa de gaze a uma prótese de quadril; e de um meio de cultura até um *kit* de reagente para detecção de sorologias. Trata-se, portanto, de recursos utilizados na realização de procedimentos médicos, de enfermagem, odontológicos e fisioterápicos, bem como no diagnóstico, tratamento, reabilitação ou monitoração de clientes. Incluem-se nessa classificação equipamentos e materiais de uso em saúde ou *produtos correlatos*, que são aparelhos, materiais ou acessórios cujo uso ou aplicação esteja ligado à defesa e proteção da saúde individual ou coletiva. De acordo com a faixa etária e biótipo dos clientes, a UTI Adulto necessita dispor de materiais e equipamentos que atendam às exigências legais em consonância as necessidades dos clientes.

A estrutura hospitalar à qual a UTI pertence deve dispor de serviços diagnósticos e terapêuticos, como centro cirúrgico, serviço radiológico convencional e serviço de ecodopplercardiografia. Além disso, deve ser garantido acesso aos serviços de cirurgia cardiovascular, cirurgia vascular, cirurgia neurológica, cirurgia ortopédica, cirurgia urológica, cirurgia buco-maxilo-facial, radiologia intervencionista, ressonância magnética, tomografia computadorizada, anatomia patológica e exame comprobatório de fluxo sanguíneo encefálico (BRASIL, 2010).

No ambiente da UTI, os recursos tecnológicos devem estar interligados ao cuidado ao cliente grave e dependem da interatividade entre o ser cuidado e o ser cuidador à beira do leito, capazes de potencializar as energias humanas vitais. Assim, os recursos tecnológicos deverão proporcionar facilidades e interface amigável, a fim de tornar simples o seu manuseio e aplicação terapêutica, para que possibilitem segurança e condições favoráveis para o restabelecimento da saúde e o conforto dos clientes.

Na gestão do cuidado de enfermagem na UTI, é essencial a sustentabilidade dos elementos que compõem a infraestrutura física, o mobiliário e os recursos tecnológicos, dentre outros que configuram de forma sistêmica a produção de saúde. Dessa maneira, pode-se dizer que a UTI, se adequadamente planejada e organizada, é um ambiente de cuidados integrados capazes de possibilitar o equilíbrio dinâmico para que os clientes/usuários, dependentes dos cuidados intensivos, possam recuperar a sua saúde com um nível aceitável de qualidade de vida.

As propostas para a área de Terapia Intensiva vêm sendo construídas de forma a responder às dificuldades históricas que envolvem a realidade da saúde, quais sejam: superlotação dos prontos-socorros, insuficiência de leitos de retaguarda para pós-operatório, falta de alternativa de internação hospitalar para pacientes semicríticos, precariedade da regulação de leitos, carência de recursos humanos qualificados e, ainda, processo assistencial - padronização, controle e avaliação das ações, sem a devida incorporação à prática cotidiana nessas unidades (BRASIL, 2005). Nesse sentido, tem-se necessidade da elaboração de uma Política Nacional de Atenção ao Cliente Crítico, alicerçada na visão sistêmica da terapia intensiva, integrada e multifacetada ao ambiente hospitalar e às demais áreas de atenção à saúde. Essa forma integrativa entre os serviços de saúde e suas unidades representa os desafios para o equilíbrio entre oferta de serviços e uso racional de recursos em saúde em âmbito local, regional e nacional.

A compreensão do ambiente de cuidados em UTI, como um todo, exige dos profissionais de enfermagem uma prática competente, consciente e responsável como possibilidade de congregar novas tecnologias, visando o bem-estar, o uso racional dos recursos tecnológicos, a qualidade de vida do ser humano e da coletividade, a busca do equilíbrio/sustentabilidade de todos os elementos participantes dessa totalidade. Assim, a configuração de um modelo de gestão no cuidado de enfermagem ao cliente da UTI envolve múltiplas interações, significados, valores, crenças, emoções, instabilidades, flutuações e bifurcações que norteiam o modo de ser e agir dos profissionais/enfermeiros.

O estudo ancorado nas políticas públicas a nas inter-relação entre os componentes que compõem o ambiente da UTI como um todo, abordado de forma sistêmica, é capaz de possibilitar o aprofundamento dos conhecimentos em torno da temática, prover subsídios para novos trabalhos de pesquisa e facilitar a elaboração de um modelo de gestão com aplicabilidade aos cuidados de enfermagem ao cliente crítico. Entende-se que a investigação sobre a temática é apropriada para conhecer as instabilidades e analisar as bifurcações e flutuações que se manifestam na interação dos elementos da UTI, possibilitando, também, subsidiar a tomada de decisão acerca da escolha do modo de gestão, numa tentativa de modificar as práticas de cuidado no ambiente da UTI em benefício da clientela.

2.4 Gestão do cuidado de enfermagem na UTI na perspectiva ecossistêmica

Etimologicamente **gestão** origina-se do latim *gestione* – ato de gerenciar, administrar, e define-se como um conjunto de ações inter-relacionadas, capaz de gerenciar recursos quer

sejam humanos, financeiros, materiais, tecnológicos, entre outros, a fim de garantir e sustentar os resultados da organização (JORGE, et al., 2007). Assim, a gestão pode ser entendida como um processo dinâmico, de organização, análise, planejamento e avaliação, que integra a convergência de propósitos e a sinergia de esforços na organização, por meio de estratégias, ações e negociações.

Nos serviços de saúde, o atendimento das necessidades e das expectativas dos clientes, de maneira resolutiva, eficiente e eficaz, é uma das questões norteadoras dos pressupostos filosóficos e das bases metodológicas que vêm orientando as ações das organizações. A gestão das práticas de saúde configura-se em políticas e estratégias articuladas com os movimentos das estruturas e propriedades do sistema de saúde. Portanto, a gerência se constitui um importante instrumento para a efetivação de políticas de saúde, pois incorpora um caráter articular e integrativo, em que a ação gerencial é determinada e determinante do processo de organização dos serviços de saúde (FERNANDES, et al., 2011).

No âmbito do Sistema único de Saúde – SUS, o processo de descentralização amplia a responsabilidade do processo de trabalho da gerência e da gestão nos serviços de saúde. Diante disso, não basta apenas promover reformas administrativas, é preciso, sobretudo, a adoção de políticas administrativas e gerenciais mais flexíveis e com maior poder de decisão, com bases estruturais ramificadas que possam favorecer a visão do todo e suas inter-relações na dinâmica desse processo.

No entender de Siqueira (2001), o enfoque gerencial na saúde gera repercussões no pensar e agir, como possibilidades de inter-relacionar a perspectiva ecossistêmica às necessidades de saúde da clientela, integrada ao ambiente hospitalar interconectando todos os seus serviços de atenção à saúde (SIQUEIRA, 2001). A gerência, como instrumento de trabalho na organização de serviços de saúde, implica no planejamento estratégico e na tomada de decisões que afetam a estrutura, o processo de produção e o produto de um sistema, de modo a viabilizar meios para a prestação da assistência ao cliente com resolutividade segurança e qualidade.

No contexto histórico, a gerência dos serviços de saúde se configurou com um referencial normativo e tradicional que pode ser exemplificado com a caracterização de Mishima

> [...] a gerência como uma atividade extremamente burocrática, no sentido de manipular papéis, sendo um trabalho rotinizado, pré-determinado, com poucas chances de criação, onde se tem intensa padronização e alta dose de inflexibilidade frente as normas colocadas. Este quadro se contrapõe ao

> desejo de desenvolver um trabalho mais amplo. O perfil que surge na prática é estritamente burocrático, não sendo a princípio, necessária nenhuma atuação nas questões técnicas ou relacionais à política de saúde (MISHIMA, 1995, p.318).

Essa forma gerencial tradicional deve ceder espaço para uma modalidade que permita flexibilização, centrando os esforços no coletivo e permitindo a participação nas discussões e na tomada das decisões. Portanto, sugere-se uma adoção dinâmica com base nos princípios e estratégias da teoria sistêmica/ecossistêmica.

O gerenciamento dos serviços foi predominantemente embasado na Teoria Geral de Administração – TGA, que influenciou a organização do trabalho da enfermagem, especialmente a teoria clássica, cuja característica marcante de controle e centralidade das ações de gerência na supervisão e controle das atividades desenvolvidas produziu reflexos sobre a prática profissional (SPAGNOL; FERRAZ, 2002).

Na atualidade, a organização do trabalho e o gerenciamento dos serviços de saúde, especialmente no ambiente hospitalar, ainda permanece condicionado a forte influência do modelo taylorista/fordista, da administração clássica – fundamentada na aplicação de métodos da ciência positiva, racional e metódica aos problemas administrativos, a fim de alcançar a máxima produtividade. Esse modelo, trouxe contribuições e limitações para a gestão e organização do trabalho em saúde, suscitando debates em diversas áreas, e também na enfermagem no sentido de desapropriar

> os efeitos negativos da organização do trabalho taylorista/fordista sobre os trabalhadores destacando-se: a fragmentação do trabalho com separação entre concepção e execução, que associada ao controle gerencial do processo e à hierarquia rígida tem levando a desmotivação e alienação de trabalhadores, bem como a desequilíbrios nas cargas de trabalho (PIRES; MATOS, 2006, p. 509).

Pela herança dos modelos capitalistas de produção e das teorias clássicas taylorista/fordista, ainda presente em nossas organizações/instituições de saúde, é necessário que os profissionais/enfermeiros (re)dimencionem as suas práticas, o seu modo de pensar e agir, para um fazer mais democrático, integrativo, participativo e flexível. Ao resgatar esses aspectos, que geram demandas gerenciais diferenciadas e exigem mudanças na organização e na gestão do trabalho, abre-se possibilidades de romper com o caráter fragmentado, tecnicista e mecanicista arraigado na visão cartesiana.

Com a abordagem sistêmica, a visão cartesiana de dividir, segmentar e separar foi substituída por uma nova maneira de organizar o trabalho. No âmbito da Administração, a

abordagem de sistemas – a partir da Teoria Geral dos Sistemas, elaborada e publicada por Bertalanffy em 1968, permitiu uma visão mais ampla e integrada dos sistemas. Seus estudos em relação às peculiaridades dos fenômenos biológicos e suas diferenças em relação aos fenômenos físicos propuseram identificar os princípios gerais do funcionamento de todos os sistemas.

A Teoria Geral dos Sistemas é interdisciplinar, isto é, pode ser utilizada para fenômenos investigados nos diversos ramos tradicionais da pesquisa científica, tendo aplicabilidade a todo e qualquer sistema constituído por componentes em interação (BERTALANFFY, 2008). Para Capra (2006), significa abandonar a visão linear, determinística dos fatos e voltar o pensamento para as relações estabelecidas entre todos os elementos da totalidade, que agem de forma interdependente e inter-relacionada, exercendo e recebendo influência de todos.

As ações em saúde se processam por meio da dinâmica relacional entre sistemas e subsistemas em processos retroalimentados por matéria, energia e informações, tendo por finalidade atender as necessidades de saúde do cliente (SILVA; ERDMANN; CARDOSO, 2008). Dessa forma, a gestão do cuidado de enfermagem "é um processo que se materializa por meio de um conjunto de práticas/atividades que são interdependentes e complementares entre si" (SANTOS, et al. 2013).

Nessa linha de pensamento, a gestão do cuidado interfere nas váriáves críticas da atenção de enfermagem: acesso, oportunidade, humanização, segurança, qualidade e redução de custos para alcançar resultados efetivos e satisfatórios (ALVES; MELLO, 2006; WILLIG, LENARDT; TRENTINI, 2006; MILOS; LARRAIN; SIMONETTI, 2009).

Segundo Spagnol (2005), nos diversos serviços de saúde, especificamente no âmbito hospitalar, a gerência em enfermagem tem assumido fundamental importância na articulação entre os vários profissionais da equipe, além de organizar o processo de trabalho da enfermagem, buscando concretizar as ações a serem realizadas junto aos usuários, que buscam estes serviços para atender às suas necessidades de saúde-doença-cuidado.

Apesar da importância da gerência do enfermeiro nos serviços de saúde, a literatura aponta para o fato de que o conhecimento dos enfermeiros sobre o processo de trabalho gerencial é ainda incipiente, diante de sua importância e complexidade (SANCHES, CRISTOVAM; SILVINO, 2006).

De modo a contribuir para o processo de construção de novas formas de gerenciar em enfermagem, o estudo de Lopes et al. (2009), sobre políticas e tecnologias de gestão nos serviços de saúde e de enfermagem, analisou 11 referências completas, no período de 2003 a

2007, e identificou que o foco principal desta abordagem “se dá quase que exclusivamente na Gestão da Técnica do Cuidado, em detrimento da Gestão do Sistema e das Políticas de Saúde” (LOPES et al., 2009, p. 825).

Na sistematização das técnicas e dos procedimentos de enfermagem, as ações de gerência do cuidado caracterizam-se por ações “expressivas e instrumentais de cuidado direto e indireto, a articulação e a interface dos aspectos técnicos, políticos e da politicidade, social, comunicativo, de desenvolvimento da cidadania e organizacionais, que envolvem a práxis da enfermeira em cenários hospitalares” (CHRISTOVAM; PORTO; OLIVEIRA, 2012, p.739). Estas ações inter-relacionadas possibilitam a configuração da gestão e propiciam estratégias de ações capazes de subsidiar a organização e a execução do cuidado de enfermagem na prática profissional.

Nesse sentido, considera-se que gerenciar é utilizar os diversos recursos organizacionais - humanos, materiais, financeiros, de informação e tecnologia, para alcançar os objetivos e atingir as metas estabelecidas. Portanto, envolve o processo de planejar, organizar, dirigir e controlar o uso dos recursos organizacionais para alcançar determinados objetivos de maneira eficiente e eficaz (KURCANT, 2010).

Nos serviços de saúde, a gerência do cuidado de enfermagem

> mobiliza ações nas relações, interações e associações entre as pessoas as pessoas como seres humanos complexos e que vivenciam a organicidade do sistema de cuidado [...] constituída por equipes de enfermagem e saúde com competências/aptidões/potências gerenciais próprias ou inerentes às atividades profissionais dos enfermeiros (SANTOS et al., 2013).

No Chile, a reforma da saúde, ocorrida em 2004, estabeleceu que a “gestão do cuidado” é uma competência exclusiva dos enfermeiros, que para isso devem utilizar ferramentas de planejamento, organização e controle, a fim de garantir a continuidade dos cuidados adequados, seguros e integrais, sustentados por base política e institucional. Tal reforma foi considerada um avanço, pois estabeleceu a gestão do cuidado como um elemento-chave para a qualidade da assistência prestada e reafirmou que, como a maior parte dos cuidados prestados ao paciente é de enfermagem, cabe aos enfermeiros esta função de gerenciador dos cuidados (MILOS; BORQUEZ; LARRAIN, 2010).

No Brasil, o conceito de gerência do cuidado em cenários hospitalares foi definido pela enfermeira Bárbara Pompeu Christovam, em sua tese de doutorado (2009), como:

> [...] atividade na qual a enfermeira realiza ações instrumentais e expressivas voltadas à organização, coordenação e sistematização do cuidado direto, através da implementação de ações de cuidado indireto, tais como a gestão de pessoas, materiais e do ambiente terapêutico, considerando as

> necessidades individuais e coletivas dos clientes, da equipe de enfermagem e os objetivos da instituição hospitalar (CHRISTOVAM, 2009, p. 24).

A autora aponta como possibilidades de ampliação desses conceitos: a melhoria da qualidade da assistência prestada; otimização do custo-benefício do cuidado de enfermagem em instituições hospitalares; estímulo para qualificação dos enfermeiros frente às novas demandas do mercado; ampliação do debate acerca do processo ensino-aprendizagem de gerência baseada em competências; parâmetro para ações do enfermeiro no contexto hospitalar; estímulo à produção de novos saberes sobre a gerência do cuidado em cenários hospitalares e dentre outros de prática profissional. Aborda, também, a composição das subáreas de conhecimento da enfermagem, no que se refere à área de Administração em Enfermagem (CHRISTOVAM, 2009).

Dessa forma, com as novas demandas exigidas pelo exercício de cuidar do ser humano, a estruturação organizativa do Sistema Único de Saúde e as transformações no mundo do trabalho intensificam o debate acerca das transformações necessárias na gestão/gerência e organização do trabalho em enfermagem/saúde (SANTOS, 2010; SANTOS et al., 2013). Portanto, em decorrência dessas demandas, faz-se necessária uma reorientação do gerenciamento do enfermeiro para o foco no usuário, numa perspectiva de construção coletiva, ampliada e apoiada nas políticas públicas em saúde (MASSARO; CHAVES, 2009).

Assim, para se configurar a gestão do cuidado de enfermagem na UTI, sob enfoque ecossistêmico, articulada com as políticas públicas, é necessário, segundo Siqueira (2001), Capra (1997, 2006), Prigogine (1996, 2002, 2009), Bertalanffy (2008) e Maturana e Varela (2011), utilizar os princípios sistêmicos da autonomia, interdependência, fluxo de recursos, cooperação, parceria, flexibilidade, *feedback*, diversidade, equilíbrio dinâmico, entre outros que sustentam o pensamento ecossistêmico.

A gestão do cuidado de enfermagem, sob o enfoque ecossistêmico, pressupõe abandonar a visão linear, determinística dos elementos isolados e voltar o pensamento para as relações estabelecidas entre todos os elementos da totalidade, que agem de forma interdependente e interconectada, exercendo e recebendo influências nas interações dinâmicas entre o todo/partes. Sob essa ótica, a gestão como um sistema dinâmico é capaz de explorar novas estruturas e tipos de organização espaço-temporais, que se denominam como estruturas dissipativas, ou seja são capazes de percorrer novas trajetórias e, com isso, corroborar com a otimização do trabalho da enfermagem na produção em saúde (CAPRA, 2006; PROGOGINE, 2009; ZAMBERLAN, et al., 2013).

Nessa linha de pensamento, a gestão pressupõe a ideia de participação, de atividades integradas e coordenadas por profissionais/trabalhadores, interagindo em determinados contextos, analisando processos e situações em busca de soluções. Assim, nesta dinâmica interativa e relacional, diante das perturbações/instabilidades do processo com um todo, é possível decidir, no coletivo, sobre os caminhos/bifurcações que possam reunir elementos capazes de manter a sustentabilidade do sistema organizacional. Nessa perspectiva, entende-se que a configuração da gestão do cuidado de enfermagem na UTI, frente às instabilidades e incertezas desse espaço/ambiente, poderá alcançar a sua auto-organização, por meio de uma rede estruturada e interconectada aos aspectos técnicos, organizacionais, tecnológicos e humanizadores envolvidos no processo de produção do cuidado.

Um sistema sustentável desenvolve processos de produção e de transformação que colaboram para a sua auto-organização e equilíbrio dinâmico em relação a tudo o que está ao seu redor. Esse entrelaçamento circular, em relação à saúde, ambiente e sustentabilidade "pressupõe a capacidade de responder ou se adaptar ao ambiente, em todas as suas dimensões, em transformação, o que inclui uma certa noção de equilíbrio e harmonia" (FREITAS; PORTO, 2010, p. 112), para gerir processos com efetividade, segurança e qualidade.

Com base no exposto, a prática gerencial do enfermeiro vem evoluindo e sofrendo transformações na tentativa de se adaptar às novas exigências apresentadas de acordo com cada contexto histórico, social político e econômico. A enfermagem, como uma das profissões que integra o cenário da saúde, visto como um sistema de organização complexo e que apresenta múltiplas conexões e inter-relações entre os seres humanos, dirigentes, políticos, profissionais, clientes e familiares, caracteriza-se pelo conhecimento próprio e suas ações interativas com o ser cuidado.

O enfermeiro tem o cuidado como objeto de conhecer, ser e fazer, através das atividades de assistência, ensino/educação, pesquisa e extensão e das atividades de gerenciamento, as quais podem ser desenvolvidas de forma integrada e inter-relacional, e aliadas à construção de novos conhecimentos, caminhos/bifurcações emergidos pelos modos de pensar e agir (SIQUEIRA, 2001; BACKES, et al., 2008). Cabe salientar que o cuidado de enfermagem se encontra inter-relacionado com diversos serviços e ações da própria instituição, exige conhecer o cliente na sua multidimensionalidade e reconhecer a capacidade, atitudes e comportamentos do próprio profissional/trabalhador de enfermagem.

O conhecimento e a prática assistencial fazem do profissional/enfermeiro um sujeito diferenciado no contexto gerencial. Para Siqueira (2001), o conhecimento não é elaborado em linha graduada de valores, do qual o enfermeiro poderá apoderar-se para exercer as suas ações

profissionais na medida em que os fatos se apresentam, mas necessita de capacidade criadora, habilidades e competências específicas, ou seja um *know-how* profissional próprio para gerenciar os fatos que se apresentam de forma díspar no cotidiano do seu trabalho.

A competência gerencial é considerada dinâmica, visto que requer envolvimento de várias categorias de competência e o exercício das dimensões destas competências, ou seja, conhecimentos, habilidades e atitudes, para que possam ser percebidas em todas as suas possibilidades e inter-relações (LOURENÇÃO; BENITO, 2010). Dentre as competências instituídas pelas Diretrizes Curriculares Nacionais, necessárias para o exercício da enfermagem, destaca-se: a atenção à saúde, tomada de decisões, comunicação, administração e gerenciamento, educação permanente e liderança (PERES; CIAMPONE, 2006).

A visão sistêmica da gestão, com os princípios da interdependência, inter-relação e complementaridade, inclui compreender as complexas dimensões que envolvem os interesses das diferentes partes que compõem a rede de produção em saúde. Assim, para obter os resultados esperados é necessário entender que um serviço depende de outros, influencia e sofre influências, mostrando a importância da integração setorial, multiprofissional e interdisciplinar (SIQUEIRA, 2001).

Para identificar algumas necessidades do cliente, a Fundação Nacional da Qualidade – FNQ (2008), expressa conceitos que se configuram em novas práticas gerenciais. Essa abordagem estabelece uma orientação integrada e interdependente para gerir as organizações/instituições, assim identificadas: pensamento sistêmico, aprendizado organizacional, cultura de inovação, liderança e constância de propósito, orientação por processos e informações, visão de futuro, geração de valor, valorização das pessoas, conhecimento sobre o cliente e o mercado, desenvolvimento de parcerias e de responsabilidade social.

Do ponto de vista sistêmico, as organizações/instituições são sistemas vivos, integrantes de ecossistemas complexos, com os quais interagem, trocam energia e se influenciam mutuamente. "A excelência em uma organização depende, fundamentalmente, de sua capacidade de perseguir seus propósitos em completa harmonia com seu ecossistema" (FNQ, 2008, p. 6). Esses fundamentos da excelência, quando aplicados, possibilitam melhorias para os processos de gestão, no sentido de orientar novos caminhos/bifurcações e estratégias integradas.

Os princípios que norteiam a gerência não são estáticos, neutros, absolutamente racionais ou simplesmente técnicos, ao contrário, são dinâmicos, interdependentes e adaptáveis ao espaço/tempo que configura o processo gerencial. Para Mishima (1997), a

atividade gerencial é extremamente dinâmica, e possibilita que as dimensões técnica, política e comunicativa estejam em permanente interação. A tomada de decisões, diante das flutuações, perturbações/instabilidades, exige constante reformulações a partir da retroalimentação/*feedback*.

Para Mishina (1997), a **dimensão técnica** é definida como sendo o conjunto de instrumentos, conhecimentos e habilidades necessários para atingir os objetivos de um determinado projeto, tais como o planejamento, coordenação, supervisão, controle, avaliação e, ainda, o conjunto de saberes estruturados em várias outras áreas do saber – interdisciplinar. A **dimensão política** é aquela que articula trabalho gerencial ao projeto assistencial que se propõe a executar. A **dimensão comunicativa** evidencia as relações de trabalho da equipe de saúde, visando à cooperação para o alcance dos objetivos para a construção de um projeto coletivo.

Nesse sentido, a gestão do cuidado de enfermagem na UTI na perspectiva ecossistêmica, com base nas novas abordagens gerenciais, configura-se numa proposta de **gestão participativa**, que preconiza, dentre outras, a descentralização das decisões e aproximação de todos os integrantes da equipe de trabalho. Essa metodologia oferece oportunidades de participação dos profissionais/trabalhadores na discussão, na tomada de decisões e no aperfeiçoamento constante do processo de trabalho (MEDEIROS et al., 2010).

Para produzir mudanças no gerenciamento do processo de trabalho, é necessário refletir coletivamente sobre a prática, permitindo a abertura de novos espaços aos profissionais/trabalhadores na organização. Essa maneira estruturante envolve o trabalho em equipe, a tomada de decisões por consenso e a comunicação, como a principal ferramenta para a implementação/aplicação do cuidado.

Nesse sentido, avaliar, planejar e comunicar são processos presentes no cotidiano de trabalho na UTI, necessários para qualquer ação ou decisão. Por conseguinte, a informação, além de ser uma ferramenta para o planejamento e avaliação em saúde, é também considerada uma estratégia para a análise das ações, na busca de novas possibilidades do pensar e agir em saúde (SIQUEIRA, 2001; MEDEIROS, 2007). A análise do ambiente envolve o mapeamento das relações internas desse sistema – entrada/*input*, processamento/*throughput*, saída/*output* e retroalimentação/*feedback*, de onde são retirados os insumos e colocados seus produtos e serviços.

Ao configurar um sistema de cuidado, perpassando a noção de suas interconexões e no seu processos auto-organizador, pode-se inferir que:

- A função de entrada/*input* pode ser processada de acordo os elementos constituintes do ambiente organizacional que compreende: infraestrutura física, recursos materiais/ recursos humanos, clientes e familiares, informação/comunicação, políticas e legislação vigentes.
- O processamento/*throughput* pode ser definido de acordo com a finalidade pela qual os elementos se agrupam para produzir o cuidado de enfermagem na UTI.
- Os resultados desse processo estabelecem as saídas/*outpts*: produção em saúde, bem-estar humano, segurança e qualidade de vida.
- A retroalimentação/*feedback*, como o processo de avaliar, informar, reforçar ou corrigir o desempenho dessas ações no planejamento e no desenvolvimento das atividades na prestação do cuidado.

Com base num sistema de cuidado, com entrada, processos internos, saídas e retroalimentação, a gestão do cuidado de enfermagem na UTI pode ser configurada (Figura 5, p. 71).

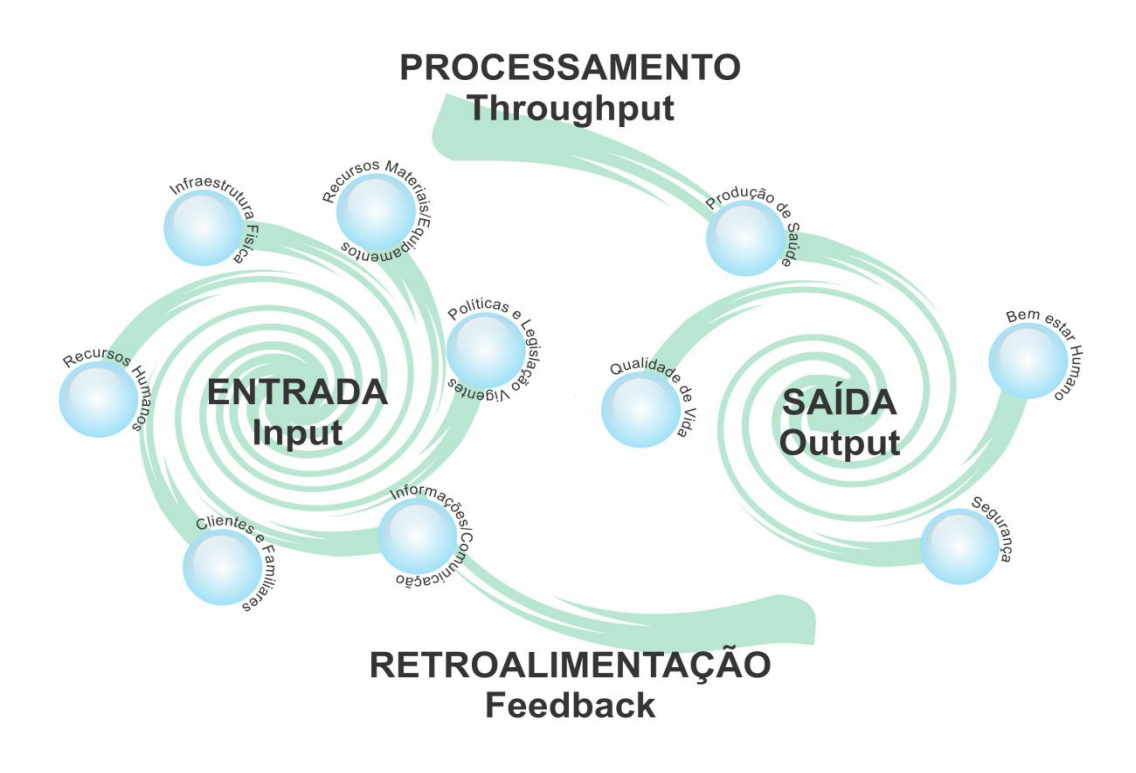


Figura 5 – Sistema de cuidado em UTI
Fonte: Bertalanffy (2008), adaptado pelas autoras

Para planejar, é necessário desenvolver ou potencializar habilidades, tais como a capacidade de discutir e compreender o contexto, dialogar e produzir acordos. É(,) também(,)

importante mediar conflitos, assegurar a articulação entre os objetivos e as metas, bem como avaliar/realizar *feedback*, sistematicamente, das ações e dos resultados alcançados (MEDEIROS, 2007).

A visão sistêmica da gestão é um fator determinante no planejamento das ações. Para tanto, o profissional/enfermeiro deve ter a visão do todo e das inter-relações entre seus elementos. Assim, para o exercício eficaz da gestão, o enfermeiro deve compreender as interações dos fatores macro e microestruturais da organização. Para Fernandes et al. (2011, p. 134), "não existe hoje metodologia que faça essa abordagem ampla de gestão em UTI. A busca por conhecimento em outras áreas do conhecimento humano pode gerar ideias que, adaptadas à gestão em saúde, podem suprir essa necessidade". Entretanto, considera-se que o paradigma ecossistêmico possui as condições ideais para suprir essa deficiência apontada.

Nesse entendimento, a configuração, com enfoque ecossistêmico, da gestão do cuidado de enfermagem na UTI, deve evidenciar a necessidade de agregar a fundamentação teórico-filosófica e organizativa das Políticas Públicas, levando em conta os princípios da teoria ecossistêmica.

Nessa perspectiva, a configuração de gestão, com enfoque ecossistêmico, desafia os profissionais/trabalhadores à criação e ao uso de recursos dialógicos para a produção de saúde no coletivo e, assim, possibilita mais flexibilidade à composição entre distintos interesses e necessidades, capazes de produzir liberdade e autonomia no processo de gestão. Esses efeitos, estendem-se para além do local de trabalho, causando perturbações/instabilidades às demais esferas da vida, incidindo sobre o conjunto das relações socioafetivas (BRASIL, 2011b).

A gestão do cuidado de enfermagem na UTI, como uma rede que move a dinâmica do sistema como um todo, necessita estabelecer a ordem/desordem/organização que retroalimenta as inter-relações, interdependências e influências desse processo. A gestão, ao negociar com as incertezas do ambiente organizacional, certamente, encontrará perturbações/instabilidades à busca da energização necessária para dialogar com as contradições e adversidades. Assim, para atingir o equilíbrio dinâmico, deverá adotar estratégias, caminhos/bifurcações, capazes de instaurar a auto-organização do sistema de cuidados e promover a sustentabilidade do viver humano em suas múltiplas dimensões.

3 PERCURSO METODOLÓGICO

A metodologia abrange as etapas a serem desenvolvidas no trabalho de pesquisa, devendo, por isso, ser explicada de forma detalhada. O presente capítulo compreende a Caracterização do Estudo, Seleção dos Documentos, Coleta de Dados e Análise Documental: primeira etapa – Análise preliminar do documento; segunda etapa – análise em relação ao conteúdo do documento; e a terceira etapa – análise quanto aos pontos-chave do documento relacionados com a Tese e Análise dos Dados.

3.1 Caracterização do estudo

A pesquisa realizada é **descritiva** e **exploratória** quanto aos objetivos, **qualitativa** quanto à abordagem, e utiliza a **pesquisa documental** como principal procedimento metodológico. A abordagem qualitativa destaca a importância das informações que podem ser geradas a partir de um exame cuidadoso e crítico das fontes documentais. Assim sendo, acredita-se que a metodologia adotada torna-se adequada à compreensão das possibilidades de configurar, com enfoque ecossistêmico, a gestão do cuidado de enfermagem na UTI a partir da fundamentação teórico-filosófica e organizativa presente nos documentos das políticas públicas e da compreensão dos elementos que compõem esse ambiente.

A pesquisa documental, como exploratória, exige, desde o início, um esforço firme e inventivo, quanto ao reconhecimento das fontes potenciais de informação, e isto não apenas em função do objeto de pesquisa, mas também em função do questionamento (CELLARD, 2008, p. 298). Neste estudo, o caráter exploratório buscou investigar o conteúdo dos documentos, aprofundar sua análise nos limites de uma realidade específica e, assim, os aspectos metodológicos, técnicos e analíticos da pesquisa documental foram capazes de fornecer dados significativos com aderência à Tese e aos objetivos da pesquisa.

Como método científico, a pesquisa documental tem o documento como objeto de investigação. Caracteriza-se pela busca de informações em documentos que ainda não receberam nenhum tratamento analítico (CELLARD, 2008). Dessa forma, a descrição dos fatos e fenômenos de determinada realidade possibilita a compreensão das dimensões, das variações e dos significados que possam constituir-se em elementos de análise documental.

A riqueza das informações que podem ser extraídas dos documentos reforça o seu uso

em várias áreas das Ciências Humanas e Sociais, possibilitando ampliar o entendimento de objetos cuja contextualização histórica e sociocultural se faz necessária e imprescindível. Assim, os documentos imprimem a dimensão do tempo e permitem a compreensão do social, favorecendo a observação do processo de maturação ou de evolução de indivíduos, grupos, conceitos, conhecimentos, comportamentos, mentalidades, práticas, entre outros (CELLARD, 2008).

Nesse sentido, é impossível transformar um documento, é preciso aceitá-lo tal como ele se apresenta, às vezes, incompleto, parcial ou impreciso. Portanto, torna-se essencial saber compor as bases documentais, mesmo as mais pobres, pois elas são geralmente as únicas fontes que podem esclarecer determinada situação (CELLARD, 2008). Dessa forma, é fundamental usar de cautela e avaliar adequadamente, com um olhar crítico, a documentação que se pretende analisar.

3.2 Seleção dos documentos

Na pesquisa documental, os documentos são utilizados como fonte de informações, indicações e esclarecimentos que trazem seu conteúdo para elucidar determinadas questões e servir de prova para outras, de acordo com o interesse do pesquisador (CELLARD, 2008).

Neste estudo, a partir de intensa busca, foi encontrado um grande número de documentos que tratavam das Políticas Públicas de Saúde no Brasil, porém, ao realizar uma análise preliminar, focando a questão norteadora, o objeto da pesquisa e a tese, capturaram-se sete documentos oficiais do Ministério da Saúde – MS, disponibilizados no Portal da Saúde – Saúde *Legis*, e com acesso pela Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde – BVS/MS: http://www.saude.gov.br/bvs.

A análise preliminar dos documentos das Políticas Públicas em Saúde teve por finalidade identificar a existência de princípios teórico-filosóficos e organizativos capazes de configurar, com enfoque ecossistêmico, a gestão do cuidado de enfermagem na UTI e verificar o seu enquadramento aos critérios de inclusão:

- Ser documento/arquivo oficial do Ministério da Saúde no período de 1998 a 2013;
- Contemplar o tema de pesquisa;
- Estar disponível *on line* na rede mundial de computadores.

Justifica-se a opção pelo período de 1998 a 2013 por contemplar as mais recentes definições oficiais referentes ao tema.

A partir dessa análise, e por atenderem os critérios de inclusão, foram capturados sete

documentos que formam a fonte básica da pesquisa e, por se constituírem de **fontes primárias,** "podem ser exploradas e não criadas" (CELLARD, 2008, p. 297):

Documento 1 – Portaria nº 3.432, de 12 de agosto de 1998 (BRASIL, 1998); **Documento 2** – Resolução/RDC nº 50, de 21 de fevereiro de 2002 – Dispõe sobre o Regulamento Técnico para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde; **Documento 3** – Política Nacional de Humanização. – A Humanização como Eixo Norteador das Práticas de Atenção e Gestão em Todas as Instâncias do SUS (BRASIL, 2004); **Documento 4** – Portaria MS 1071 de 04 de julho de 2005 – Política Nacional de Atenção ao Paciente Crítico (BRASIL, 2005); **Documento 5** – Portaria nº 2.690, de 5 de novembro de 2009 – Política Nacional de Gestão de Tecnologias em Saúde (BRASIL, 2009); **Documento 6** – Resolução – RDC nº 7, de 24 de fevereiro de 2010 (BRASIL, 2010); **Documento 7** – Portaria nº 529, de 1º de abril de 2013 – Programa Nacional de Segurança do Paciente – PNSP (BRASIL, 2013).

Os documentos capturados na base eletrônica da BVS/MS foram reproduzidos e impressos em *"Portable Document Format"* – PDF e, posteriormente, arquivados em ordem cronológica de publicação.

O trabalho foi demorado e intenso, mas, ao mesmo tempo, compensador pelas descobertas e possibilidades de análise de conteúdo dos documentos. Para maior segurança, a fim de não incorrer no erro da precipitação e preparar os documentos para a coleta dos dados, seguiram-se as orientações metodológicas de Cellard (2008), conforme descritas na análise documental.

3.3 Análise documental

A análise documental é "o momento de reunir todas as partes – elementos da problemática ou do quadro teórico, contexto, autores, interesses, confiabilidade, natureza do texto, conceitos-chave" (CELLARD, 2008, p. 303), a fim de inter-relacionar a questão de pesquisa e a fonte documental. Assim, quando os documentos são estudados e analisados de forma meticulosa, um amplo e complexo conjunto de dados pode alcançar melhores resultados no processo de análise crítica do material coletado.

No processo de análise, o pesquisador desconstrói e reconstrói os dados, com vistas a responder ao questionamento inicial e, por isso, deve interpretá-los, sintetizar as informações, determinar tendências e, na medida do possível, fazer inferências – procurar o que está além do escrito, para que se possa chegar à interpretação das informações. Essa rede de ligações

“entre a problemática do pesquisador e as diversas observações extraídas de sua documentação, [...] possibilita formular explicações plausíveis, produzir uma interpretação coerente, e realizar uma reconstrução” (CELLARD, 2008, p. 304). Assim, configura-se como etapa de grande relevância da pesquisa documental, pois nessa etapa os documentos são estudados e analisados de forma minuciosa.

Nesse sentido, é preciso ter claro que os documentos não existem isoladamente, por isso necessitam estar situados em uma estrutura teórica para que seu conteúdo seja entendido. Assim, as informações devem ser interpretadas e sintetizadas, “o exame minucioso de alguns documentos ou bases de arquivos abre, às vezes, inúmeros caminhos de pesquisa e leva à formulação de interpretações novas, ou mesmo à modificação de alguns pressupostos iniciais” (CELLARD, 2008, p. 298). Portanto, é necessário realizar um **inventário exaustivo**, uma **seleção rigorosa** das informações obtidas dos documentos, esgotando todas as pistas capazes de fornecer informações que possibilitem dar conta das dimensões sistêmicas da pesquisa e produzir novos conhecimentos.

A **qualidade e a validade** de uma pesquisa, geralmente, resulta da qualidade das informações, da diversidade das fontes, das corroborações e das intersecções, que levam à profundidade, à riqueza e ao refinamento da análise de conteúdo, “capazes de levar a uma reconstrução admissível e confiável dos dados” (CELLARD, 2008, p. 304). Esta permite extrair significados temáticos por meio dos elementos contidos no texto, sendo uma dentre as diferentes formas de interpretar o conteúdo existente em um texto/documento.

Ao considerar a posição teórica e ideológica do pesquisador, Cellard (2008)(,) alerta para a necessidade de reflexão contínua e de maturação das ideias/hipóteses, para formular explicações aceitáveis a partir de um ***corpus* documental**. Assim, a partir das leituras repetidas do conteúdo documental, foi possível constituir configurações e extrair os elementos pertinentes do texto que constituíram o *corpus* de análise.

Na composição do estudo, os documentos escolhidos para a análise documental são considerados como um marco legal das Políticas Públicas em Saúde e estabelecem definições e orientações para as Unidades de Terapia Intensiva. Portanto, para compreender as diretrizes dos programas, das portarias e das resoluções, em seus possíveis percursos de execução, foi necessário analisar os documentos oficiais e procurar no seu conteúdo a fundamentação teórico-filosófica e organizativa que configura as normas técnicas e operacionais desta área específica.

Para realizar a análise de conteúdo dos documentos, procedeu-se à leitura preliminar, seguida de uma leitura seletiva, objetivando capturar os **conceitos-chave** destacados nos

documentos oficiais. Em continuidade, realizou-se a leitura crítica, correlacionando os principais pontos e sua aderência e/ou antagonismo em relação ao objetivo desta pesquisa e proposta da tese.

Neste estudo, com base em Celllard (2008), a análise documental foi abordada em três etapas:

3.3.1 Primeira etapa – análise crítica do documento

Na análise documental, a primeira etapa é a avaliação crítica do documento, sobre a qual se apoia nas cinco dimensões descritas por Cellard (2008):

1ª Dimensão – Exame em relação ao contexto: No primeiro momento é necessário examinar o contexto social global/sistêmico em que o autor se baseou ao elaborar o documento. Nesse momento alguns questionamentos se fazem presente: Os eventos ocorreram em um passado distante ou recente? Os enunciados são claros, exatos, ambíguos, polêmicos? Para a análise do contexto, o pesquisador deve colocar-se em condições propícias para compreender as particularidades da estrutura, organização e conteúdo do documento, sem contudo emitir julgamento (CELLARD, 2008).

Da averiguação do contexto que serviu de base para cada um dos seis documentos, segue-se a síntese:

Documento 1 – Portaria nº 3.432, de 12 de agosto de 1998 – Dispõe sobre critérios de classificação para Unidades de Terapia Intensiva (BRASIL, 1998) – Identifica a importância na assistência, das unidades que realizam tratamento intensivo, nos hospitais do país, e a necessidade de estabelecer critérios de classificação entre as Unidades de Tratamento Intensivo, de acordo com a incorporação de tecnologia, a especialização dos recursos humanos e área física disponível.

Documento 2 – Resolução/RDC nº 50, de 21 de fevereiro de 2002 – Dispõe sobre o Regulamento Técnico para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de Estabelecimentos Assistenciais de Saúde – EAS. As normas como instrumento para o planejamento e avaliação de projetos físicos em saúde devem estar adequadas às novas tecnologias e aos princípios de regionalização, hierarquização, acessibilidade e qualidade da assistência prestada à população.

Documento 3 – Política Nacional de Humanização. A Humanização como Eixo Norteador das Práticas de Atenção e Gestão em Todas as Instâncias do SUS (BRASIL, 2004) – Mostra a necessidade de adotar a Humanização como uma política que opere

transversalmente em toda a rede SUS – entendida como um conjunto de princípios e diretrizes que se traduzem em ações nos diversos serviços, nas práticas de saúde e nas instâncias do sistema, caracterizando uma construção coletiva.

Documento 4 – Portaria MS 1071 de 4 de julho de 2005 – Política Nacional de Atenção ao Paciente Crítico (BRASIL, 2005) – Apresenta a necessidade de a terapia intensiva se inserir no processo assistencial em conformidade com os princípios de integridade, equidade e universalidade assistencial, tanto no âmbito hospitalar quanto do próprio sistema se saúde. Nesse sentido, a Portaria GM/MS nº 1.071, de 4 de julho de 2005, em seu Art. 1º, submete à Consulta Pública a minuta da Política Nacional de Atenção ao Paciente Crítico, constante do anexo deste ato.

Documento 5 – Portaria nº 2.690, de 5 de novembro de 2009 – Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Política Nacional de Gestão de Tecnologias em Saúde (BRASIL, 2009) – Expõe a relevância pública de normatizar a dinâmica do processo de avaliação, incorporação e gestão de tecnologias no Sistema Único de Saúde, de forma a compatibilizá-la com o perfil epidemiológico, as necessidades sociais em saúde da população e os princípios normativos que regulam o sistema de saúde brasileiro.

Documento 6 – Resolução, RDC nº 7, de 24 de fevereiro de 2010 – Dispõe sobre os requisitos mínimos para funcionamento de Unidades de Terapia Intensiva e dá outras providências (BRASIL, 2010) – Estabelece parâmetros tanto para estrutura, organização e processos de trabalho quanto para a obtenção e monitoramento de indicadores de saúde que retratem o perfil assistencial da unidade. Tem como objetivo a redução de riscos aos pacientes, visitantes e meio ambiente.

Documento 7 – Portaria nº 529, de 1º de abril de 2013 – Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente – PNSP (BRASIL, 2013) – Divulga a relevância e magnitude que os Eventos Adversos (EA) têm em nosso país. Considerando a prioridade dada à segurança do paciente em serviços de saúde na agenda política dos Estados-Membros da Organização Mundial da Saúde (OMS) e na Resolução aprovada durante a 57ª Assembleia Mundial da Saúde (2002), recomendou aos países atenção ao tema Segurança do Paciente.

2ª Dimensão – Busca dos autores dos documentos: Ao interpretar um texto, deve-se, previamente, ter uma boa identificação da pessoa que se expressa, de seus interesses e dos motivos que a levaram a escrever. Situar a autoria do texto é indispensável no momento da análise. Saber das razões, dos interesses e a quem a fala está dirigida, se em proveito próprio ou do coletivo. A identificação do autor possibilita avaliar melhor a credibilidade do texto, a interpretação que é dada de alguns fatos, a tomada de posição que transparece de uma

descrição, as deformações que puderam sobrevir na reconstituição de um acontecimento fornecem pistas para uma posterior análise e até mesmo para auxiliar na coleta do documento para constituir-se em objeto da pesquisa (CELLARD, 2008).

Em relação aos documentos pesquisados, de autoria do Ministério da Saúde, o conteúdo expressa informações e normas técnicas das Políticas Públicas em Saúde, identificando como autores: **Documento 1** – produzido pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 1998) e publicado no Diário Oficial da União, Imprensa Nacional, nº 154 – DOU de 13/08/1998 – Seção 1 – p.109. Ministério da Saúde. República Federativa do Brasil, Brasília – DF. **Documento 2** – produzido pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2002) e publicado no Diário Oficial da União, Imprensa Nacional, nº 54 – DOU de 20/03/2002 – Seção 1 – p.39-75. Ministério da Saúde. República Federativa do Brasil, Brasília – DF. **Documento 3** – produzido e publicado pelo Ministério da Saúde, Secretaria Executiva, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização – Brasília: Ministério da Saúde, 2004. 20 p.: il. – Série B. Textos Básicos de Saúde (BRASIL, 2004). **Documento 4** – produzido pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2005) e publicado no Diário Oficial da União, Imprensa Nacional, nº 130 – DOU de 08/07/2005 – Seção 1 – p. 41-8 Ministério da Saúde. República Federativa do Brasil, Brasília – DF. **Documento 5**– produzido pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2009) e publicado no Diário Oficial da União, Imprensa Nacional, nº 212 – DOU de 06/11/2009 – Seção 1 – p.61. Ministério da Saúde. República Federativa do Brasil, Brasília – DF. **Documento 6** – produzido pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2010) e publicado no Diário Oficial da União, Imprensa Nacional, nº 37 – DOU de 25/02/2010 – Seção 1 – p.48. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. República Federativa do Brasil, Brasília – DF. **Documento 7** – produzido pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2013) e publicado no Diário Oficial da União, Imprensa Nacional, nº 62 – DOU de 02/04/2013 – Seção 1 – p.43-4. Ministério da Saúde. República Federativa do Brasil, Brasília – DF.

3ª Dimensão – Autenticidade e confiabilidade do documento – É importante assegurar-se da qualidade da informação transmitida, observando-se a procedência e autenticidade, além da origem social, ideológica ou de interesse dos autores (CELLARD, 2008).

Os documentos investigados, de autoria do MS, compõem um texto público e de acesso na base eletrônica da BVS/MS. A autenticidade encontra-se inerente ao órgão que o criou e editou – o MS. Além disso, como se trata da transcrição do conteúdo, na íntegra, do documento, pode-se aferir confiabilidade ao mesmo.

Em relação ao tempo transcorrido entre a publicação e a análise do documento, observaram-se as seguintes variações: documento 1 – quinze anos; documento 2 – onze anos; documento 3 – nove anos; documento 4 – oito anos; documento 5 – quatro anos; documento 6 – três anos; documento 7 – dois dias.

A investigação do documento, quanto às possibilidades de erros de transmissão, enganos e dúvidas, evidenciou que os sete documentos apresentam-se claros, objetivos e sem margens para ambiguidades.

4ª Dimensão – Natureza do texto: Depende do contexto no qual ele é redigido. Ao pesquisador cabe, portanto, certo grau de iniciação no contexto específico de produção do texto que analisa, além do conhecimento da dimensão normativa do mesmo, o que exige uma compreensão das regras de funcionamento. A estrutura de um texto pode revelar, de acordo com o contexto em que foi escrito, as particularidades e o grau de iniciação no campo social onde foi situada sua produção, de modo a fazer sentido para o leitor (CELLARD, 2008).

As Políticas, como instrumento normativo, por meio de *portarias* e *resoluções* presentes nos documentos deste estudo, são de natureza, essencialmente, do campo das Políticas Públicas em Saúde. Dessa forma, ao analisar a estruturação do texto se faz necessário o conhecimento dessa área, pois, no âmbito do Ministério da Saúde, a formulação de políticas desenvolve-se mediante a adoção de metodologias, com embasamento teórico-filosófico e organizativo, destinado a servir de matéria-prima para discussões em diferentes áreas.

Na análise, a estrutura dos documentos segue as normas operacionais editadas pelo MS, conforme constatado a seguir: **documento 1** – estabelece os critérios de classificação entre as diferentes Unidades de Tratamento Intensivo – UTI tipo I, II E III, bem como as disposições gerais e os requisitos exigidos para o seu credenciamento e funcionamento; **documento 2** – institui norma técnica para o planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de Estabelecimentos Assistenciais de Saúde – EAS; **documento 3** – mostra os Princípios norteadores da Política de Humanização e suas Diretrizes específicas por nível de atenção; **documento 4** – apresenta a sistematização das bases conceituais e operacionais de organização e qualificação da atenção aos paciente nas UTIs, como proposta para uma Política Nacional de Atenção ao Paciente Crítico; **documento 5** – expõe e define as ações estabelecidas pela Política Nacional de Gestão de Tecnologias em Saúde, por meio de seus princípios e diretrizes, para subsidiar a gestão e as demandas de tecnologias em saúde; **documento 6** – determina as disposições comuns a todas as unidades de terapia intensiva, tais como a organização, infraestrutura física, recursos humanos, assistenciais, materiais/equipamentos, dentre outros relacionados à assistência em saúde e específicos para

unidades de terapia intensiva adulto; **documento 7** – divulga e institui Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), tendo como objetivo geral contribuir para a qualificação do cuidado em saúde em todos os estabelecimentos de saúde do território nacional. Tendo como finalidade promover ações que visem à melhoria da segurança do cuidado em saúde através de processo de construção consensual entre os diversos atores que dele participam.

A partir do exposto, pela natureza do texto, os sete documentos selecionados do MS apresentam dados presumíveis de análise e inter-relação com referencial teórico e objetivos da pesquisa.

5ª Dimensão – Conceitos-chave e a lógica interna do texto: Se faz necessário delimitar adequadamente o sentido das palavras e dos conceitos presentes em um texto, bem como avaliar a sua importância e seu sentido no contexto em que são empregados. Ao examinar a lógica interna, é importante conhecer o esquema ou o plano do texto, como um argumento se desenvolveu e quais são as partes principais da argumentação. Essa contextualização pode ser um apoio muito importante, ao realizar a comparação entre documentos da mesma natureza (CELLARD, 2008). Os conceitos-chave constituíram os dados/informações do conteúdo dos documentos.

3.4 Coleta de dados

A coleta de dados apresenta-se como importante fase da pesquisa documental, exigindo do pesquisador alguns cuidados e procedimentos técnicos acerca da dimensão do tempo para a compreensão do social, diante da diversidade de informações que se pode extrair dos documentos e, assim, ampliar o entendimento do objeto de pesquisa (CELLARD, 2008).

Para explorar o conteúdo dos documentos e coletar os dados, bem como a respectiva página de cada parágrafo selecionado, foram realizadas a busca e cópia no **Diário Oficial da União** dos documentos 1, 3, 4, 5, 6, 7 e no **Ministério da Saúde** o documento 2.

Para capturar os dados, utilizou-se um **instrumento de pesquisa documental**, (Apêndice A), organizado por Svaldi e Siqueira (2010), com base nas cinco dimensões da análise documental de Cellard (2008) e adaptado para esta pesquisa. Nesse processamento, para facilitar o registro, ordenação sistemática, controle e manuseio do conteúdo documental, foram construídos oito **Quadros** (Apêndices B, C, D, E, F, G, H, I), como forma de sintetizar e organizar os dados da pesquisa.

A formulação dos dados, por meio da leitura e releitura dos documentos, seguiu a ordem cronológica de publicação, assinalando os aspectos mais relevantes, temas e conceitos que poderiam ter relação com o objetivo da pesquisa e proposta da tese. Para manter a lógica interna do texto, realizou-se o mapeamento e numeração dos parágrafos assinalados, bem como seus respectivos itens e subitens, em cada documento.

Para cada documento foi criado um quadro contendo a transcrição dos parágrafos extraídos do texto. Os quadros 2, 3, 4 e 5, seguindo a cronologia das respectivas publicações, sintetizam a classificação dos documentos, em relação ao **contexto** dos documentos 1 e 2 (Apêndice B), do documento 3 (Apêndice C), dos documentos 4 e 5 (Apêndice D) e dos documentos 6 e 7 (Apêndice E). Os quadros 6, 7, 8 e 9 foram constituídos a partir dos dados levantados em relação ao **conteúdo** dos documentos (Apêndices F, G, H, I). Os quadros 2, 3, 4, 5, 6, 7 e 8 contemplam os principais pontos destacados nos documentos e sua **aderência** e/ou **antagonismo** em relação **ao objetivo** desta pesquisa e proposta da Tese; representando os **dados da pesquisa para análise e discussão** – formam propriamente os dados da pesquisa.

Dessa forma, para compor as informações e coletar os dados, a análise de conteúdo do documento se processa na etapa a seguir.

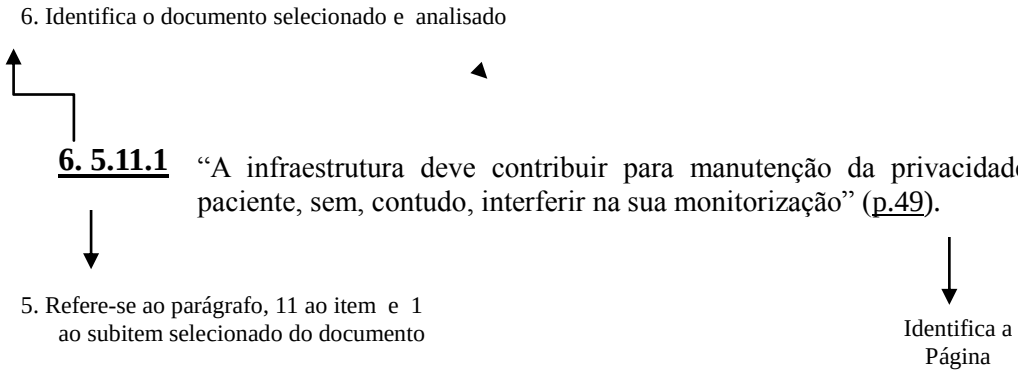
3.4.1 Segunda etapa em relação à coleta – análise do conteúdo

À medida que o processo de análise progride, o pesquisador precisa manter a objetividade – que fornece uma interpretação coerente e imparcial em relação à informação da fonte documental, e a sensibilidade – que permite a criatividade para perceber os significados dos dados e reconhecer as possíveis conexões entre os conceitos (CELLARD, 2008).

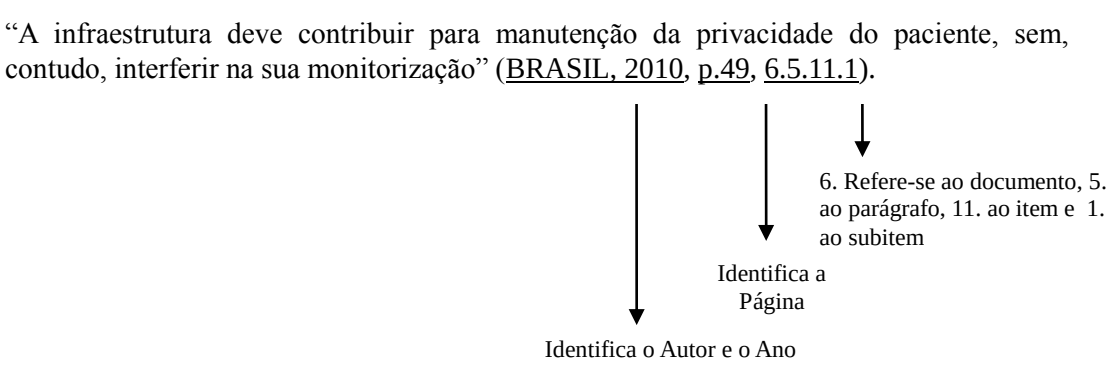
Nessa perspectiva, o exame e crítica do documento, a partir das cinco dimensões descritas por Cellard (2008), deram início ao processo de decomposição e recomposição do texto, no intuito de possibilitar novas compreensões sobre o contexto pesquisado. Assim, procedeu-se à separação do conteúdo dos documentos em **Unidades de Análise** – seleção de segmentos específicos do conteúdo documental, para possível análise dos dados. Essa decomposição suscitou o intenso envolvimento e impregnação com o conteúdo coletado dos documentos, a fim de selecionar as informações, em seus pormenores, mediante o objetivo da pesquisa. O Quadro 1 exemplifica a composição de uma unidade de análise.

Quadro 1 - Exemplo de identificação da Unidade de Análise

Os parágrafos e respectivos itens, nos quadros 10, 11, 12, 13, 14, 15 e 16, foram identificados conforme exemplo abaixo:



Os parágrafos e respectivos itens, na análise dos dados, foram identificados conforme exemplo abaixo:



Fonte: Dados da pesquisa organizados pelas autoras

Para essa seleção, foram grifados no texto os conceitos que mostravam e/ou definiam informações relevantes para a questão de pesquisa. Esta etapa compreendeu o exame detalhado de cada documento, ou seja, leitura linha por linha, frase por frase e parágrafo por parágrafo, separando os informes em partes distintas, comparando-os entre si, em busca de similaridades e diferenças, para identificar as possíveis unidades. Assim, entende-se que a exploração do conteúdo documental, para descobrir as ligações entre os elementos de informação que aparecem no texto – uma palavra, uma frase, um parágrafo ou um determinado item do documento em sua forma integral, estabelece as unidades de análise.

Uma vez constituídas as unidades de análise, a sua descrição foi realizada a partir da releitura, do exame e reorganização do conjunto de informações que tinham um significado completo em si mesmas. Portanto, considera-se importante retornar ao contexto de onde cada unidade de análise provém, para assim poder explorar de forma mais completa todo seu significado.

Dessa forma, “as combinações possíveis entre os diferentes elementos contidos nas fontes estabelecem-se em relação ao contexto, à problemática e/ou ao quadro teórico” (CELLARD, 2008, p. 304). Assim, a análise de conteúdo possibilitou apreender, decompor e relacionar as frases e/ou parágrafos dos documentos que constituíram os dados da pesquisa. A decomposição do conteúdo do documento em partes mais simples teve como objetivo recompor os pontos conceituais dos mesmos e encontrar os com aderência e/ou antagonismo em relação à pesquisa. Para uma visualização mais objetiva, utilizaram-se cores distintas para identificar as unidades de análise e foram criados três quadros: 8, 9 e 10.

3.4.2 Terceira etapa quanto à coleta – análise quanto aos pontos-chave do documento em relação à Tese

A construção do banco de dados, com as informações coletadas e descritas nos quadros (Apêndices B, C, D, E, F, G, H, I) e dos principais pontos destacados nos documentos do Ministério da Saúde (Quadros 9, 10, 11 e 12), permitiu identificar, nos documentos capturados, a existência de pontos convergentes e/ou antagônicos capazes de auxiliar na configuração da gestão no cuidado de enfermagem na UTI, com enfoque ecossistêmico. Em consonância com a questão norteadora e os objetivos da tese, os pontos foram considerados como Unidades de Análise – dados da pesquisa, capazes de agrupamento para formar as categorias.

As **categorias**, segundo Sá-Silva, Almeida e Guindani (2009), devem considerar o material a ser analisado e os objetivos da investigação, procurando delimitar e decompor o conteúdo do documento em **elementos de análise**. Assim, a categorização constitui-se como um processo de classificação dos dados.

O conjunto preliminar de categorias pode ser modificado ao longo do estudo, num processo dinâmico, flexível e inter-relacional, o que irá gerar novas conexões emergentes, e, por consequência, uma visão global sobre o objeto e o interesse do investigador. A busca é pela abrangência e delimitação, com a finalidade de obter **categorias homogêneas**, ou seja, coerentes e integradas, que poderão ampliar o campo de informações, identificando os elementos emergentes que precisam ser mais aprofundados (SÁ-SILVA, ALMEIDA & GUINDANI, 2009).

4 RESULTADOS

Nesta pesquisa, com fundamento teórico-filosófico na Portaria MS 1071 de 04 de julho de 2005, as categorias foram pré-estabelecidos com base nos objetivos da Política Nacional de Atenção ao Paciente Crítico, constituindo os objetivos e o embasamento da tese. As unidades de análise permitiram relacioná-las às quatro categorias pré-estabelecidas com base na Portaria MS 1071 de 4 de julho de 2005: 1ª categoria – Dimensão Técnica; categoria; 2ª categoria – Dimensão Organizacional; 3ª categoria – Dimensão Tecnológica; e 4ª categoria – Dimensão Humanizadora.

A definição dessas categorias permitiu que os dados pudessem ser confrontados e, posteriormente, analisados. Esse confronto possibilitou identificar, expor e confirmar de forma clara, objetiva e concisa o conteúdo do documento, tornando-o isento de interpretações eminentemente subjetivas.

Os dados capturados nos sete documentos foram registrados em sete quadros (Quadros 2, 3, 4, 5, 6, 7 e 8) e abordam os principais pontos destacados nos documentos oficiais do Ministério da Saúde, sua relação e aderência ao objetivo da pesquisa e proposta da tese – utilizados com fundamentação teórico-filosófica. Esses dados foram organizados na seguinte ordem: Quadro 2 – documento 1: Portaria nº 3.432, de 12 de agosto de 1998; Quadro 3 – documento 2: Resolução/RDC nº 50, de 21 de fevereiro de 2002; Quadro 4 – documento 3: Política Nacional de Humanização e a Humanização como Eixo Norteador das Práticas de Atenção e Gestão em Todas as Instâncias do SUS (BRASIL, 2004); Quadro 5 – documento 4: Portaria MS 1071 de 4 de julho de 2005; Quadro 6 – documento 5: Portaria nº 2.690, de 5 de novembro de 2009; Quadro 7 – documento 6: Resolução – RDC nº 7, de 24 de fevereiro de 2010; Quadro 8 – Portaria nº 529, de 1º de abril de 2013.

Após leitura detalhada desses dados, buscou-se identificar o seu sentido e, para facilitar a sua visualização, utilizaram-se quatro cores diferentes para agrupá-los conforme as quatro categorias pré-estabelecidas, observando a legenda conforme se segue:

- Categoria 1- Dimensão Técnica – cor verde;
- Categoria 2- Dimensão Organizacional – cor amarela;
- Categoria 3- Dimensão Tecnológica – cor azul;
- Categoria 4- Dimensão Humanizadora – cor laranja

Quadro 2 – Principais pontos destacados no documento oficial nº 1 do Ministério da Saúde e sua **aderência** e/ou **antagonismo** e sua **relação com o objetivo** desta pesquisa e proposta da tese – utilizados com fundamentação teórico-filosófica

Documento 1. Portaria nº 3.432, de 12 de agosto de 1998 – Dispõe sobre critérios de classificação para Unidades de Terapia Intensiva
7.2 (UTIs).“São unidades hospitalares destinadas ao atendimento de pacientes graves ou de risco que dispõem de assistência médica e de enfermagem ininterruptas, com equipamentos específicos próprios, recursos humanos especializados e que tenham acesso a outras tecnologias destinadas a diagnósticos e terapêutica” (p. 109). 7.3.“Estas unidades podem atender grupos etários; a saber: Neonatal - atendem pacientes de 0 a 28 anos; Pediátrico - atendem pacientes de 28 dias a 14 ou 18 anos de acordo com as rotinas hospitalares internas; Adulto - atendem pacientes maiores de 14 ou 18 anos de acordo com as rotinas hospitalares internas; Especializada - voltada para pacientes atendidos por determinada especialidade ou pertencentes a grupo específico de doenças” (p.109). 8.“Todo hospital de nível terciário, com capacidade instalada igual ou superior a 100 leitos, deve dispor de leitos de tratamento intensivo correspondente a no mínimo 6% dos leitos totais” (p.109). 9.“Todo hospital que atenda gestante de alto risco deve dispor de leitos de tratamento intensivo adulto e neonatal” (p.109). b.1. “A necessidade de estabelecer critérios de classificação entre as Unidades de Tratamento Intensivo, de acordo com a incorporação de tecnologia, a especialização dos recursos humanos e a área física disponível” (p.109). 10. “Das Unidades de Tratamento Intensivo do tipo II” (p.109): 10.1. “Deve contar com equipe básica composta por: um responsável técnico com título de especialista em medicina intensiva ou com habilitação em medicina intensiva pediátrica; um médico diarista com título de especialista em medicina intensiva ou com habilitação em medicina intensiva pediátrica para cada 10 leitos ou fração, nos turnos da manhã e da tarde; um médico plantonista exclusivo para até 10 pacientes ou fração; um enfermeiro coordenador, exclusivo da unidade, responsável pela área de enfermagem; um enfermeiro, exclusivo da unidade, para cada 10 leitos ou fração , por turno de trabalho; um fisioterapeuta para cada 10 leitos ou fração no turno da manhã e da tarde; um auxiliar ou técnico de enfermagem para cada 2 leitos ou fração, por turno de trabalho; um funcionário exclusivo responsável pelo serviço de limpeza; acesso a cirurgião geral (ou pediátrico), torácico, cardiovascular, neurocirurgião e ortopedista” (p.109). 10.2. “O hospital deve contar com: Laboratórios de análises clínicas disponível nas 24 horas do dia; agência transfusional disponível nas 24 horas do dia; hemogasômetro; ultra-sonógrafo; eco-doppler-cardiógrafo; laboratório de microbiologia; terapia renal substitutiva; aparelho de raios-x móvel; serviço de Nutrição Parenteral e enteral; serviço Social; serviço de Psicologia. O hospital deve contar com acesso a: estudo hemodinâmico; angiografia seletiva;endoscopia digestiva; fibrobroncoscopia; eletroencefalografia” (p. 109). 10.3 “O hospital deve contar com acesso a: Estudo hemodinâmico; Angiografia seletiva; Endoscopia digestiva; Fibrobroncoscopia; Eletroencefalografia” (p.109). 10.4. “Materiais e Equipamentos necessários: Cama de Fawler, com grades laterais e rodízio, uma por paciente; Monitor de beira de leito com visoscópio, um para cada leito; Carro ressuscitador com monitor, desfibrilador, cardioversor e material para intubação endotraqueal, dois para cada 10 leitos ou fração; Ventilador pulmonar com misturador tipo blender , um para cada dois leitos, devendo 1/3 dos mesmos ser do tipo microprocessado; Oxímetro de pulso, um para cada dois leitos; Bomba de infusão, duas bombas por leito; Conjunto de nebulização, em máscara, um para cada leito; Conjunto padronizado de beira de leito, contendo: termômetro (eletrônico, portátil, no caso de UTI neonatal), esfigmomanômetro, estetoscópio, ambu com máscara (ressuscitador manual), um para cada leito; Bandejas para procedimentos de: diálise peritoneal, drenagem torácica, toracotomia, punção pericárdica, curativos, flebotomia, acesso venoso profundo, punção lombar, sondagem vesical e traqueostomia; Um monitor de pressão invasiva; Marcapasso cardíaco externo, eletrodos e gerador na unidade, Eletrocardiógrafo portátil, dois de uso exclusivo da unidade; Maca para transporte com cilindro de oxigênio, régua tripla com saída para ventilador pulmonar e ventilador pulmonar para transporte; Máscaras de venturi que permita diferentes concentrações de gases; Aspirador portátil; Negatoscópio; Oftalmoscópio; Otoscópio; Pontos de oxigênio e ar comprimido medicinal com válvulas reguladoras de pressão e pontos de vácuo para cada leito; Conjunto CPAP nasal mais umidificador aquecido, um para cada quatro leitos, no caso de UTI neonatal, um para cada dois leitos; - Capacete para oxigenioterapia para UTIs pediátrica e neonatal; Fototerapia, um para cada três leitos de UTI neonatal; Incubadora com parede dupla, uma por paciente de UTI neonatal; Balança eletrônica, uma para cada dez leitos na UTI neonatal” (p.109). 10.5 “Humanização: Climatização; Iluminação natural; Divisórias entre os leitos; Relógios visíveis para todos os leitos; Garantia de visitas diárias dos familiares, à beira do leito; Garantia de informações da evolução diária dos pacientes aos familiares por meio de boletins” (p.109). 11. “Unidades de Tratamento Intensivo do tipo III - devem, além dos requisitos exigidos paras as UTI tipo II, contar com” (p.109): 11.1. “Espaço mínimo individual por leito de $9m^2$, sendo para UTI Neonatal o espaço de $6m^2$ por leito” (p.109). 11.3 “Além da equipe básica exigida pela a UTI tipo II, devem contar com: um médico plantonista para cada dez pacientes, sendo que pelo menos metade da equipe deve ter título de especialista em medicina intensiva reconhecido pela Associação de Medicina Intensiva Brasileira (AMIB); - enfermeiro exclusivo da unidade para cada cinco leitos por turno de trabalho; fisioterapeuta exclusivo da UTI; acesso a serviço de reabilitação” (p.109-10). 12. “Além dos requisitos exigidos para as UTI tipo II, o hospital deve possuir condições de realizar os exames de: Tomografia axial computadorizada; Anatomia patológica; Estudo hemodinâmico, Angiografia seletiva, Fibrobroncoscopia; Ultra-sonografia portátil” (p.110).

13. “Além dos materiais e equipamentos necessários para as UTI tipo II, o hospital deve contar com: Metade dos ventiladores do tipo microprocessado, ou um terço, no caso de UTI neonatal; Monitor de pressão invasiva, um para cada cinco leitos; Equipamento para ventilação pulmonar não invasiva; Capnógrafo; Equipamento para fototerapia para UTI Neonatal, um para cada dois leitos; Marcapasso transcutâneo” (p.110).

Fonte: Portaria nº 3.432, de 12 de agosto de 1998 (BRASIL, 1998)

Quadro 3 – Principais pontos destacados no documento oficial nº 2 do Ministério da Saúde e sua **aderência** e/ou **antagonismo** e sua **relação com o objetivo** desta pesquisa e proposta da tese – utilizados com fundamentação teórico-filosófica

Documento 2 – Resolução/RDC nº 50, de 21 de fevereiro de 2002 – Dispõe sobre o Regulamento Técnico para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde
3. “O ambiente dos estabelecimentos assistenciais de saúde é entendido nesta norma como o espaço fisicamente determinado e especializado para o desenvolvimento de determinada(s) atividade(s), caracterizado por dimensões e instalações diferenciadas”(p.42).
3.1. (UTI) “é obrigatória a existência em hospitais terciários e em hospitais secundários com capacidade 100 leitos, bem como nos especializados que atendam pacientes graves ou de risco e em EAS que atendam gravidez /parto de alto risco. Neste último caso o EAS deve dispor de UTIs adulto e neonatal” (p.48).
3.2. [...] “posto de enfermagem/área de serviços de enfermagem: 1 para cada área coletiva ou conjunto de quartos, independente do nº de leitos. Ao menos um dos postos (quando houver mais de um) deve possuir 6,0m^{2}” (p.48). [...] o posto de enfermagem deve estar instalado de forma a permitir observação visual direta ou eletrônica dos leitos. No caso de observação visual por meio eletrônico, deverá dispor de uma central de monitores. 3.3. “Dimensão da área para prescrição médica: 1,5m^{2}” (p.48). 3.4. [...] “quarto – isolamento ou não: Mínimo de 5 leitos podendo existir quartos ou áreas coletivas, ou ambos a critério do EAS. O nº de leitos de UTI deve corresponder a no mínimo 6% do total de leitos do EAS. Deve ser previsto um quarto de isolamento para cada 10 leitos de UTI, ou fração. 10 m^{2} com distância de 1m entre paredes e leito, exceto cabeceira e pé do leito” (p.48). [...] “Os boxes das áreas coletivas de tratamento devem possuir dispositivos que permitam a privacidade dos pacientes quando necessário” (p.49). 3.5. “Quantificação e dimensão da área coletiva de tratamento - deve ser previsto um quarto de isolamento para cada 10 leitos de UTI, ou fração” (p.48). 3.6. “Quantificação e dimensão da sala de higienização e preparo de equipamentos/material – dispensável se esta atividade ocorrer na Central de Material Esterilizado - CME” (p.48). 3.7. “Dimensão da sala de reuniões/entrevistas: 6,0m^{2}” (p.48). 3.8. “Ambientes de apoio: sala de utilidades, quarto de plantão, rouparia, depósito de equipamentos e materiais, banheiro para quarto de plantão, sanitários com vestuário para funcionários (mas. e fem.), sanitários para pacientes (geral), sala de espera para acompanhantes e visitantes (anexo à unidade ou não), sala administrativa (secretaria), depósito de material de limpeza e copa. 3.9. “Ambientes de apoio não obrigatórios: área de estar para a equipe de saúde e sanitário para o público” (p.48 e 49). 3.10 “A sala de espera pode ser compartilhada com setores afins do hospital, desde que seja dimensionada de forma a atender à demanda das unidades a que se destina” (p.49).

Fonte: Resolução/RDC nº 50, de 21 de fevereiro de 2002 (BRASIL, 2002)

Quadro 4 – Principais pontos destacados no documento oficial nº 3 do Ministério da Saúde e sua **aderência** e/ou **antagonismo** e sua **relação com o objetivo** desta pesquisa e proposta da tese – utilizados com fundamentação teórico-filosófica

Documento 3 – Política Nacional de Humanização. A Humanização como Eixo Norteador das Práticas de Atenção e Gestão em Todas as Instâncias do SUS (BRASIL, 2004)
a. Marco teórico-político
2. [...] “a fragmentação e a verticalização dos processos de trabalho esgarçam as relações entre os diferentes profissionais da saúde e entre estes e os usuários; o trabalho em equipe, assim como o preparo para lidar com as dimensões sociais e subjetivas presentes nas práticas de atenção, fica fragilizado” (p.5).
8. [...] “a humanização da assistência abre, assim, questões fundamentais que podem orientar a construção das políticas em saúde. Humanizar é, então, ofertar atendimento de qualidade articulando os avanços tecnológicos com acolhimento, com melhoria dos ambientes de cuidado e das condições de trabalho dos profissionais” (p.6).
11. “a Humanização como política transversal, entendida como um conjunto de princípios e diretrizes que se traduzem em ações nos diversos serviços, nas práticas de saúde e nas instâncias do sistema, caracterizando uma construção coletiva” (p.7)
12. “A Humanização, como uma política transversal, supõe necessariamente que sejam ultrapassadas as fronteiras, muitas vezes rígidas, dos diferentes núcleos de saber/poder que se ocupam da produção da saúde” (p.7).

14. “Como política, a Humanização deve, portanto, traduzir princípios e modos de operar no conjunto das relações entre os profissionais, os usuários e as diversas unidades e serviços de saúde que constituem o SUS. O confronto de idéias, o planejamento, os mecanismos de decisão, as estratégias de implementação e de avaliação, mas principalmente o modo como tais processos se dão, devem confluir para a construção de trocas solidárias e comprometidas com a produção de saúde” (p.7).
15. “É neste ponto indissociável que a Humanização se define: aumentar o grau de co-responsabilidade dos diferentes atores que constituem a rede SUS, na produção da saúde, implica mudança na cultura da atenção dos
usuários e da gestão dos processos de trabalho” (p.7).
20. “A Humanização, como um conjunto de estratégias para alcançar a qualificação da atenção e da gestão em saúde no SUS, estabelece-se, portanto, como a construção/ativação de atitudes ético-estético-políticas em sintonia com um projeto de co-responsabilidade e qualificação dos vínculos interprofissionais e entre estes e os usuários na produção de saúde. Éticas porque tomam a defesa da vida como eixo de suas ações. Estéticas porque estão voltadas para a invenção das normas que regulam a vida, para os processos de criação que constituem o mais específico do homem em relação aos demais seres vivos. Políticas porque é na pólis, na relação entre os homens que as relações sociais e de poder se operam, que o mundo se faz” (p.8).
21. “Construir tal política impõe, mais do que nunca, que o SUS seja tomado em sua perspectiva de rede. Como tal, o SUS deve ser contagiado por esta atitude humanizadora, e, para isso, todas as demais políticas deverão se articular por meio desse eixo. Trata-se, sobretudo, de destacar os aspectos subjetivos e sociais presentes em qualquer prática de saúde” (p.8).
23.“Como em toda rede, a característica da conectividade é a que mais se destaca. Estar conectado em rede implica exatamente esses processos de troca, de interferência, de contágio que queremos. Uma rede comprometida com a defesa da vida. Uma rede humanizada porque lidando com a complexidade sempre diferenciadora do viver. Nessa rede estão todos os sujeitos: gestores, trabalhadores de saúde, usuários, todos os cidadãos” (p.9).

b. Príncipios norteadores da política de humanização

27.1. “Valorização da dimensão subjetiva e social em todas as práticas de atenção e gestão, fortalecendo/estimulando processos integradores e promotores de compromissos/responsabilização” (p.9).
27.3. “Fortalecimento de trabalho em equipe multiprofissional, estimulando a transdisciplinaridade e a grupalidade” (p.10).
27.4. “Atuação em rede com alta conectividade, de modo cooperativo e solidário, em conformidade com as diretrizes do SUS” (p.10).
27.5. “Utilização da informação, da comunicação, da educação permanente e dos espaços da gestão na construção de autonomia e protagonismo de sujeitos e coletivos” (p.10).
29.2 “No eixo da gestão do trabalho, propõe-se a promoção de ações que assegurem a participação dos trabalhadores nos processos de discussão e decisão, reconhecendo, fortalecendo e valorizando seu compromisso com o processo de produção de saúde e seu crescimento profissional” (p.11).

c. Diretrizes gerais para a implementação da PNH nos diferentes níveis de atenção

31.1. “Ampliar o diálogo entre os profissionais e a população, entre os profissionais e a administração, promovendo a gestão participativa” (p.12).
31.3. “Estimular práticas resolutivas, racionalizar e adequar o uso de medicamentos, eliminando ações intervencionistas desnecessárias” (p.12).
31.4. “Reforçar o conceito de clínica ampliada: compromisso com o sujeito e seu coletivo, estímulo a diferentes práticas terapêuticas e co-responsabilidade de gestores, trabalhadores e usuários no processo de produção de saúde” (p.12).
31.6. “Adequar os serviços ao ambiente e à cultura local, respeitando a privacidade e promovendo uma ambiência acolhedora e confortável” (p.12).
31.8. “Implementar um sistema de comunicação e de informação que promova o autodesenvolvimento e amplie o compromisso social dos trabalhadores de saúde” (p.12).
31.9. “Promover ações de incentivo e valorização [...] do trabalho em equipe e da participação em processos de educação permanente que qualifiquem a ação e a inserção dos trabalhadores na rede SUS” (p.12).
34.4. “ Definir protocolos clínicos, garantindo a eliminação de intervenções desnecessárias e respeitando as diferenças e as necessidades do sujeito” (p.12).

d. A gestão da política de humanização

37.”A dimensão transversal da Política de Humanização da Atenção e da Gestão em Saúde no SUS implica, necessariamente, para sua efetuação, um construir coletivo” (p.16).
39. “[...] afirmar a Humanização como eixo norteador das práticas em saúde supõe uma indissociabilidade com o próprio método de sua construção. Para a política ser transversal é necessário que seu modo de operar também o seja” (p16).
40. “[...]integrar as contribuições das áreas da saúde, assim como de programas e projetos, na construção da Política de Humanização. Seu caráter, portanto, é de abertura, significando que outras experiências e propostas a ela se agregarão” (p.16).

e. O campo da humanização

47. “Enquanto núcleo específico, a PNH se propõe a: construir metodologias de trabalho para implantação de projetos de humanização nos diversos âmbitos da rede SUS, seja por meio da concepção de dispositivos de suporte ao desenvolvimento de ações voltadas para os usuários no âmbito da atenção, seja no que concerne às condições de trabalho dos profissionais e dos modelos de gestão do processo de trabalho em saúde no âmbito da gestão, seja na contribuição nos processos de formação propondo a inclusão da PNH nos diversos âmbitos da formação em saúde; seja, ainda, na relação com a cultura, a sociedade na perspectiva do fortalecimento da participação dos cidadãos na construção de um SUS humanizado; fortalecer, ampliar e integrar a Rede Nacional de Humanização estruturada em dimensão presencial e eletrônica” (p.18).
48. “Para a implantação de uma PNH efetivamente transversal às demais ações e políticas de saúde, é necessário combinar a atuação descentralizada dos diversos atores que constituem o SUS, com a articulação e a coordenação necessárias à construção de sinergia e ao acúmulo de experiências” (p.18).

Fonte: Política Nacional de Humanização. A Humanização como Eixo Norteador das Práticas de Atenção e Gestão em Todas as Instâncias do SUS (BRASIL, 2004)

Quadro 5 – Principais pontos destacados no documento oficial nº 4 do Ministério da Saúde e sua **aderência e/ou antagonismo** e sua **relação com o objetivo** desta pesquisa e proposta da tese – utilizados com fundamentação teórico-filosófica

Documento 4 – Portaria MS 1071 de 04 de julho de 2005 – Política Nacional de Atenção ao Paciente Crítico (BRASIL, 2005)
Política Nacional de Atenção ao Paciente Crítico 43.“A terapia intensiva exige que se discuta o atendimento ao paciente crítico ou potencialmente crítico em todos os seus momentos e espaços assistenciais. Esta é a única maneira de se propor uma real política de atendimento ao paciente crítico, de se discutir o aperfeiçoamento da atuação das unidades de tratamento intensivo e de seus profissionais, de se concretizar a desejada qualificação assistencial da terapia intensiva dentro de uma lógica compatível com a realidade de nossa estrutura de saúde, entendendo sua qualificação como um processo e sua atuação como uma peça desta mesma assistência, que é sistêmica e globalizante, que é integral e universal, que é hierarquizada e referenciada, que é pactuada e regulada de acordo com o princípio da equidade assistencial” (p. 42). **a. Objetivo** 46. “Elaboração de uma Política Nacional de Atenção ao Paciente Crítico, alicerçada na necessidade de incorporação de uma perspectiva sistêmica da terapia intensiva, integrada e multifacetada ao ambiente hospitalar e às demais áreas de atenção à saúde, bem como sua progressiva qualificação sob aspectos técnicos, tecnológicos, organizacionais e humaniza-dores” (p.41). **b. Sistematização das bases conceituais e operacionais** 47.1. ”O Sistema de Atenção à Saúde deve contemplar a integralidade da necessidade do usuário/cidadão, garantindo a responsabilidade deste sistema sobre o processo assistencial como um todo” (p.42) 47.3.“[...] um sistema de atenção ao paciente crítico/potencialmente crítico exige a conformação de uma rede assistencial (hospitalar e extra-hospitalar) que atue de forma organizada, pactuada e regulada no sentido de oferecer ao usuário uma atenção qualificada e humanizada compatível com sua real necessidade, incorporando o princípio da complexidade progressiva e da linha de cuidado integral” (p. 42). 47.5.“A conformação de uma real rede assistencial e de uma linha de cuidado integral exige a pactuação prévia das responsabilidades assistenciais de todos os seus componentes, bem como as interfaces entre os mesmos” (p.42). 47.8 “A introdução de novos elementos organizacionais e equipamentos hospitalares somados às estruturas de terapia intensiva hoje existentes mostra-se fundamental na incorporação de redes assistenciais de complexidade progressiva para o atendimento de pacientes críticos/potencialmente críticos” (p.42). 47.12.“As estruturas/equipamentos relacionadas no item [47.8] deverão estruturar sua equipe de atenção à saúde dentro dos princípios da linha de cuidado integral, da interdisciplinaridade e da humanização, com enfoque nas necessidades do usuário, na integralidade assistencial e no respeito à participação efetiva dos diferentes profissionais envolvidos na atenção ao paciente crítico/potencialmente crítico”(p.42). 47.13. “A política de formação e qualificação de recursos humanos para a atenção ao paciente crítico/potencialmente crítico deverá ultrapassar a tradicional preocupação técnica/tecnológica, incorporando os referenciais conceituais e organizacionais” (p.42). 47.14 “Da mesma forma, deverá esta formação e qualificação se vincular à política global de recursos humanos para a saúde incorporando, se necessário, vertentes específicas para a atenção ao paciente crítico/potencialmente crítico junto aos já previstos Pólos de Educação Permanente em Saúde para o SUS, espaços operacionais da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, inserindo processos qualificadores sistemáticos em Terapia Intensiva dentro das perspectivas e referenciais do SUS” (p.42). 47.15. “A atenção interdisciplinar e transdisciplinar necessária ao atendimento integral das necessidades do paciente crítico/potencialmente crítico deve compreender minimamente a participação efetiva e partilhada de profissionais da área médica, de enfermagem, psicologia, nutrição, terapia ocupacional, fisioterapia, fonoaudiologia e assistência social” (p.42). 47.16. “A estrutura física destas estruturas/equipamentos deverá contemplar os princípios de humanização assistencial e a necessária interface com os elementos de atenção à saúde disponíveis nas instituições” (p.42). 47.17. “Os recursos tecnológicos deverão ser proporcionais à complexidade/necessidade dos usuários albergados nas áreas assistenciais disponíveis” (p.42). **d. Do plano hospitalar de atenção ao paciente crítico** 54.2 “Descrever pormenorizadamente as estruturas hospitalares de atendimento ao paciente crítico [UTI] relacionando a estrutura física, tecnológica e humana disponível” (p.43). 54.3. “Explicitar claramente a atuação da equipe interdisciplinar no atendimento aos pacientes, relatando o trabalho dos profissionais de forma individualizada e em equipe (atribuições gerais e específicas, momentos de interlocução técnica, discussão de casos, round, prontuário único, incorporação de conhecimento, iniciativas de aprimoramento, etc...” (p.43). 54.4. “Descrever as rotinas/normas/regulamentos/protocolos de funcionamento das unidades assistenciais em terapia intensiva, suas interfaces com outras unidades assistenciais do hospital, estabelecendo de forma clara os fluxos assistenciais, os critérios de alta e internação e, por conseqüência, de transferência de pacientes de uma unidade para outra” (p.43). 54.5 “Detalhar as formas definidas pela instituição para acompanhamento dos resultados operacionais de sua estrutura de atenção ao paciente crítico (indicadores de resultado, médias de permanência, índices prognósticos, taxas de ocupação, custos/despesas, taxa de mortalidade, satisfação dos usuários, entre outros)” (p.43). 54.6. “Descrever o plano hospitalar de capacitação e qualificação de recursos humanos para atendimento de pacientes críticos/potencialmente críticos” (p.43). 54.6.3. “Instrumentalização e atualização no manejo da tecnologia utilizada no atendimento de pacientes

críticos/potencialmente críticos" (p.43).
54.6.4. "Conhecimento das rotinas operacionais da unidade assistencial bem como da instituição de saúde como um todo, entendendo a importância deste conhecimento para a qualificação e agilização do processo assistencial intra-hospitalar ao paciente crítico/potencialmente crítico" (p.43).

f. Das unidades assistenciais para adultos

Recursos Humanos:

61.1."Composição mínima da equipe: Um responsável técnico com título de especialista em terapia intensiva; Um médico diarista (rotineiro) para o turno da manhã e um à tarde com título de especialista em terapia intensiva para cada 10 leitos ou fração; Um médico plantonista por turno exclusivo da unidade para cada 10 leitos ou fração; Um enfermeiro coordenador responsável pela área de enfermagem; Um enfermeiro assistencial por turno, exclusivo da unidade, para cada 10 leitos/fração; Um fisioterapeuta para cada 10 leitos/fração no turno da manhã, da tarde e noite; Um fonoaudiólogo e/ou terapeuta ocupacional disponível para a unidade; Um psicólogo disponível para a unidade; Um técnico de enfermagem para cada 2 leitos/fração por turno; Um funcionário exclusivo responsável pelo serviço de limpeza" (p. 46).

Avaliação e Capacitação de Recursos Humanos:

61.3 "As Instituições Hospitalares serão responsáveis pela incorporação de atividades de avaliação e capacitação de recursos humanos próprias, as quais deverão versar sobre a totalidade da equipe assistencial, estando descritas detalhadamente no Plano Hospitalar de Atenção ao Paciente Crítico" (p.46).
61.4. "A equipe multiprofissional deverá participar das atividades definidas pelos Pólos de Educação Permanente em Saúde da região de abrangência do estabelecimento de saúde, tanto como capacitadores quanto capacitandos, seguindo o estabelecido pelo Ato Portaria número 198/GM de 13 de fevereiro de 2004" (p.46).

Recursos Físicos

61.5."Deverá seguir a Resolução RDC nº 307, de 14 de novembro de 2002 da ANVISA" (p.46).

Recursos Materiais/equipamentos

59.6. "Carro ressuscitador, 01 para cada 10 leitos/fração; Camas de Fawler com grades laterais e rodízios, 01 por leito; Maca para transporte com cilindro de 0xigênio; Conjunto completo para intubação endotraqueal, 01 para cada 05 leitos/fração; Monitor de beira de leito com visoscópio, um para cada leito; Ventilador pulmonar com misturador tipo blender, 01 para cada 02 leitos, do tipo microprocessado; Equipamento para ventilação pulmonar não invasiva; Máscaras de Venturi que permitam diferentes concentrações, 01 para cada 5 leitos/fração; Oxímetro de pulso, 01 para cada 2 leitos; Monitor de pressão não invasiva, 01 para cada 05 leitos/fração; Monitor de pressão invasiva, 01 para cada 05 leitos/fração; Monitor de débito cardíaco, 01 por unidade; Marcapasso cardíaco externo, eletrodos e gerador na unidade, 01 para cada 10 leitos/fração; Capnógrafo, 01 para cada 10 leitos/fração; Bomba de infusão, 02 bombas por leito; Conjunto de nebulização, em máscara, 01 para cada leito; Conjunto padronizado de beira de leito contendo: termômetro, estetoscópio, esfigmo-manômetro, ambu com máscara (ressuscitador manual), 01 para cada leito; Bandejas para procedimentos de: diálise peritoneal, drenagem torácica, punção pericárdica, curativos, flebotomia, acesso venoso profundo, punção lombar, sondagem vesical e traqueotomia;· Eletrocardiógrafo portátil; Aspira-dor portátil; Negatoscópio; Oftalmoscópio; Otoscópio; Pontos de oxigênio e ar comprimido medicinal com válvulas reguladoras de pressão e pontos de vácuo para cada leito; Cilindro de Oxigênio e ar comprimido, disponíveis no hospital" (p. 46).

Recursos Assistenciais disponíveis na estrutura hospitalar:

61.7"Agência Transfusional 24 horas/dia; Laboratório de Análises Clínicas com hemogasometria 24 horas/dia; Laboratório de Microbiologia; Ultra-sonografia (inclusive a beira do leito); Ecodopplercardiografia; Terapia Renal Substitutiva; Serviço Social; Serviço de Suporte Nutricional; Exames radiológicos convencio-nais a beira do leito (RX móvel); Tomografia Computadorizada; Fibrobroncoscopia; Endoscopia Digestiva" (p. 46).

Recursos Assistenciais disponíveis por acesso formalizado

61.8."Serviço de Cirurgia Cardiovascular; Serviço de Cardiologia Intervencionista; Serviço de Laboratório de Eletrofisiologia; Serviço de Cirurgia Vascular; Eletroence-falografia; Anatomia Patológica" (p.46).

Humanização

61.9. "Controle de ruído; Controle de iluminação; Climatização; Iluminação natural; Relógios visíveis para todos os leitos; Acompanhamento sistemático da equipe de psicologia; Divisórias entre os leitos; Garantia de visitas diárias programadas dos familiares (mínimo de três); Garantia de informações da evolução dos pacientes aos familiares Equipe médica: 1 momento (mínimo) Boletins: 3 momentos (mínimo)" (p.46).

Fonte: Portaria MS 1071 de 04 de julho de 2005 – Política Nacional de Atenção ao Paciente Crítico (BRASIL, 2005) e Gestão de Tecnologias em Saúde (BRASIL, 2009).

Quadro 6 – Principais pontos destacados no documento oficial nº 5 do Ministério da Saúde e sua **aderência e/ou antagonismo** e sua **relação com o objetivo** desta pesquisa e proposta da tese – utilizados com fundamentação teórico-filosófica

Documento 5 – Portaria nº 2.690, de 5 de novembro de 2009 - Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Política Nacional de Gestão de Tecnologias em Saúde.

a. Define gestão de tecnologias em saúde

10."como o conjunto de atividades gestoras relacionadas com os processos de avaliação, incorporação, difusão, gerenciamento da utilização e retirada de tecnologias do sistema de saúde" (p.61).

b. Objetivo da Política Nacional de Gestão de Tecnologias de Saúde

11."maximizar os benefícios de saúde a serem obtidos com os recursos disponíveis, assegurando o acesso da população a tecnologias efetivas e seguras, em condições de equidade"(p.61).

11.1. “orientar os processos de incorporação de tecnologias nos sistemas e serviços de saúde” (p.61).
11.3. “promover o uso do conhecimento técnico-científico atualizado no processo de gestão de tecnologias em saúde” (p.61).
11.4. “sensibilizar os profissionais de saúde e a sociedade em geral para a importância das consequências econômicas e sociais do uso inapropriado de tecnologias nos sistemas e serviços de saúde” (p.61).
11.5. “fortalecer o uso de critérios e processos de priorização da incorporação de tecnologias, considerando aspectos de efetividade, necessidade, segurança, eficiência e equidade” (p.61).
c. **As ações estabelecidas na Política Nacional de Gestão de Tecnologias em Saúde serão orientadas pelos seguintes princípios**
12.1. “a gestão de tecnologias deve utilizar as evidências científicas e considerar os atributos de segurança, eficácia, efetividade, eficiência e impactos econômicos, éticos, sociais e ambientais da tecnologia em questão” (p.61).
12.4. “o processo de incorporação de tecnologias no sistema deve envolver diferentes atores da sociedade, adotar o Princípio da Precaução e considerar a universalidade do acesso, a equidade, e a sustentabilidade das tecnologias” (p.61).
12.5.“o conhecimento sobre as tecnologias efetivas e seguras na atenção à saúde deverá ser disseminado de forma transparente e contínua aos profissionais de saúde e à população” (p.61).
12.6.“a ética em pesquisa envolvendo seres humanos será considerada para comprovação de boas práticas no processo de avaliação de tecnologias. Os aspectos bioéticos envolvidos na garantia da equidade e da aplicação de recursos públicos serão analisados para a incorporação tecnológica no sistema de saúde” (p.61).
d. A Política Nacional de Gestão de Tecnologias em Saúde obedecerá as seguintes diretrizes:
13.1. “utilização de evidências científicas para subsidiar a gestão por meio da avaliação de tecnologias em saúde” (p.61).
13.2. “ aprimoramento do processo de incorporação de tecnologias” (p.61).
13.3. “racionalização da utilização de tecnologias” (p.61).
13.4. “apoio ao fortalecimento do ensino e pesquisa em gestão de tecnologias em saúde” (p.61).
13.5. “sistematização e disseminação de informações” (p.61).
13.6. “fortalecimento das estruturas governamentais” (p.61).
13.7. “articulação político-institucional e interssetorial” (p.61).

Fonte: Gestão de Tecnologias em Saúde (BRASIL, 2009).

Quadro 7 – Principais pontos destacados no documento oficial nº 6 do Ministério da Saúde e sua **aderência** e/ou **antagonismo** e sua **relação com o objetivo** desta pesquisa e proposta da tese – utilizados com fundamentação teórico-filosófica

Documento 6 – Resolução – RDC nº 7, de 24 de fevereiro de 2010 – Dispõe sobre os requisitos mínimos para funcionamento de Unidades de Terapia Intensiva e dá outras providências
a. Das disposições iniciais:
a.1.Objetivo
3. “Esta Resolução possui o objetivo de estabelecer padrões mínimos para o funcionamento das Unidades de Terapia Intensiva, visando à redução de riscos aos pacientes, visitantes, profissionais e meio ambiente” (p.48).
a.2. Abrangência
4.“Esta Resolução se aplica a todas as Unidades de Terapia Intensiva gerais do país, sejam públicas, privadas ou filantrópicas; civis ou militares” (p.48).
b. Definições:
5.2. “Área crítica: área na qual existe risco aumentado para desenvolvimento de infecções relacionadas à assistência à saúde, seja pela execução de processos envolvendo artigos críticos ou material biológico, pela realização de procedimentos invasivos ou pela presença de pacientes com susceptibilidade aumentada aos agentes infecciosos ou portadores de microrganismos de importância epidemiológica” (p.48).
5.6 “Evento adverso: qualquer ocorrência inesperada e indesejável, associado ao uso de produtos submetidos ao controle e fiscalização sanitária, sem necessariamente possuir uma relação causal com a intervenção” (p.48).
5.7 “Gerenciamento de risco: é a tomada de decisões relativas aos riscos ou a ação para a redução das conseqüências ou probabilidade de ocorrência” (p.48).
5.8 “Hospital: estabelecimento de saúde dotado de internação, meios diagnósticos e terapêuticos, com o objetivo de prestar assistência médica curativa e de reabilitação, podendo dispor de atividades de prevenção, assistência ambulatorial, atendimento de urgência/ emergência e de ensino/pesquisa” (p.48).
5.9 “Humanização da atenção à saúde: valorização da dimensão subjetiva e social, em todas as práticas de atenção e de gestão da saúde, fortalecendo o compromisso com os direitos do cidadão, destacando-se o respeito às questões de gênero, etnia, raça, religião, cultura, orientação sexual e às populações específicas” (p.48).
5.15. “Norma: preceito, regra; aquilo que se estabelece como base a ser seguida” (p.48).
5.16. “Paciente grave: paciente com comprometimento de um ou mais dos principais sistemas fisiológicos, com perda de sua autoregulação, necessitando de assistência contínua” (p.48).
5.21. “Risco: combinação da probabilidade de ocorrência de um dano e a gravidade de tal dano” (p.48).
5.22. “Rotina: compreende a descrição dos passos dados para a realização de uma atividade ou operação, envolvendo, geralmente, mais de um agente. Favorece o planejamento e racionalização da atividade, evitam improvisações, na medida em que definem com antecedência os agentes que serão envolvidos, propiciando- lhes treinar suas ações, desta forma eliminando ou minimizando os erros. Permite a continuidade das ações desenvolvidas, além de fornecer subsídios para a avaliação de cada uma em particular. As rotinas são peculiares a cada local” (p.48).
5.23. “Sistema de Classificação de Necessidades de Cuidados de Enfermagem: índice de carga de trabalho que auxilia a

avaliação quantitativa e qualitativa dos recursos humanos de enfermagem necessários para o cuidado" (p.48).
5.26. "Unidade de Terapia Intensiva (UTI): área crítica destinada à internação de pacientes graves, que requerem atenção profissional especializada de forma contínua, materiais específicos e tecnologias necessárias ao diagnóstico, monitorização e terapia" (p.48).
5.27. "Unidade de Terapia Intensiva - Adulto (UTI-A): UTI destinada à assistência de pacientes com idade igual ou superior a 18 anos, podendo admitir pacientes de 15 a 17 anos, se definido nas normas da instituição" (p.49).
5.28. "Unidade de Terapia Intensiva Especializada: UTI destinada à assistência a pacientes selecionados por tipo de doença ou intervenção, como cardiopatas, neurológicos, cirúrgicos, entre outras" (p.49).
5.29. "Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTI-N): UTI destinada à assistência a pacientes admitidos com idade entre 0 e 28 dias" (p.49).
5.30. "Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica (UTI-P): UTI destinada à assistência a pacientes com idade de 29 dias a 14 ou 18 anos, sendo este limite definido de acordo com as rotinas da instituição" (p.49).

c. Das Disposições comuns a todas as Unidades de Terapia Intensiva:

c.1. Organização

6. "A Unidade de Terapia Intensiva deve estar localizada em um hospital regularizado junto ao órgão de vigilância sanitária municipal ou estadual" (p.4).
8. "A direção do hospital onde a UTI está inserida deve garantir" (p.49):
8.1."O provimento dos recursos humanos e materiais necessários ao funcionamento da unidade e à continuidade da atenção, em conformidade com as disposições desta RDC" (p.49).
8.2. "A segurança e a proteção de pacientes, profissionais e visitantes, inclusive fornecendo equipamentos de proteção individual e coletiva" (p.49).
9. "A unidade deve dispor de registro das normas institucionais e das rotinas dos procedimentos assistenciais e administrativos realizados na unidade, as quais devem ser" (p.49):
9.1. " elaboradas em conjunto com os setores envolvidos na assistência ao paciente grave, no que for pertinente, em especial com a Comissão de Controle de Infecção Hospitalar" (p.49).
10. "A unidade deve dispor de registro das normas institucionais e das rotinas relacionadas a biossegurança, contemplando, no mínimo, os seguintes itens" (p.49):
10.1. "condutas de segurança biológica, química, física, ocupacional e ambiental" (p.49).

c.2. Infraestrutura Física:

11. "Devem ser seguidos os requisitos estabelecidos na RDC/Anvisa n. 50, de 21 de fevereiro de 2002" (p.49).
11.1. "A infraestrutura deve contribuir para manutenção da privacidade do paciente, sem, contudo, interferir na sua monitorização" (p.49).

c.3. Recursos Humanos:

13. "As atribuições e as responsabilidades de todos os profissionais que atuam na unidade devem estar formalmente designadas, descritas e divulgadas aos profissionais que atuam na UTI" (p.49).
14. "Deve ser formalmente designado um Responsável Técnico médico, um enfermeiro coordenador da equipe de enfermagem e um fisioterapeuta coordenador da equipe de fisioterapia, assim como seus respectivos substitutos" (p.49).
14.1. "O Responsável Técnico deve ter título de especialista em Medicina Intensiva para responder por UTI Adulto; habilitação em Medicina Intensiva Pediátrica, para responder por UTI Pediátrica; título de especialista em Pediatria com área de atuação em Neonatologia, para responder por UTI Neonatal" (p.49).
14.2. "Os coordenadores de enfermagem e de fisioterapia devem ser especialistas em terapia intensiva ou em outra especialidade
relacionada à assistência ao paciente grave, específica para a modalidade de atuação (adulto, pediátrica ou neonatal" (p.49).
14.3. "É permitido assumir responsabilidade técnica ou coordenação em, no máximo, 02 (duas) UTI" (p.49).
15. " Além do disposto no Artigo desta RDC, deve ser designada uma equipe multiprofissional, legalmente habilitada, a qual deve ser dimensionada, quantitativa e qualitativamente, de acordo com o perfil assistencial, a demanda da unidade e legislação vigente, contendo, para atuação exclusiva na unidade, no mínimo, os seguintes profissionais" (p.49):
15.1. " Médico diarista/rotineiro: 01 (um) para cada 10 (dez) leitos ou fração, nos turnos matutino e vespertino, com título de especialista em Medicina Intensiva para atuação em UTI Adulto; habilitação em Medicina Intensiva Pediátrica para atuação em UTI Pediátrica; título de especialista em Pediatria com área de atuação em Neonatologia para atuação em UTI Neonatal" (p.49).
15.2. "Médicos plantonistas: no mínimo 01 (um) para cada 10 (dez) leitos ou fração, em cada turno" (p.49).
15.3. "Enfermeiros assistenciais: no mínimo 01 (um) para cada 08 (oito) leitos ou fração, em cada turno" (p.49).
15.4. " Fisioterapeutas: no mínimo 01 (um) para cada 10 (dez) leitos ou fração, nos turnos matutino, vespertino e noturno, perfazendo um total de 18 horas diárias de atuação" (p.49).
15.5. "Técnicos de enfermagem: no mínimo 01 (um) para cada 02 (dois) leitos em cada turno, além de 1 (um) técnico de enfermagem por UTI para serviços de apoio assistencial em cada turno" (p.49).
15.6. " Auxiliares administrativos: no mínimo 01 (um) exclusivo da unidade" (p.49).
15.7. "Funcionários exclusivos para serviço de limpeza da unidade, em cada turno" (p.49).
16. "Médicos plantonistas, enfermeiros assistenciais, fisioterapeutas e técnicos de enfermagem devem estar disponíveis em tempo integral para assistência aos pacientes internados na UTI, durante o horário em que estão escalados para atuação na UTI" (p.49).
18. "A equipe da UTI deve participar de um programa de educação continuada, contemplando, no mínimo: normas e rotinas técnicas desenvolvidas na unidade; incorporação de novas tecnologias; gerenciamento dos riscos inerentes às atividades desenvolvidas na unidade e segurança de pacientes e profissionais; prevenção e controle de infecções relacionadas à assistência à saúde" (p.49).

c.4. Acesso a Recursos Assistenciais:

19. “Devem ser garantidos, por meios próprios ou terceirizados, os seguintes serviços à beira do leito: assistência nutricional; terapia nutricional (enteral e parenteral); assistência farmacêutica; assistência fonoaudiológica; assistência psicológica; assistência odontológica; assistência social; assistência clínica vascular; assistência de terapia ocupacional para UTI Adulto e Pediátrica; assistência clínica cardiovascular, com especialidade pediátrica nas UTI Pediátricas e Neonatais; assistência clínica neurológica; assistência clínica ortopédica; assistência clínica urológica; assistência clínica gastroenterológica; assistência clínica nefrológica, incluindo hemodiálise; assistência clínica hematológica; assistência hemoterápica; assistência oftalmológica; assistência de otorrinolaringológica; assistência clínica de infectologia; assistência clínica ginecológica; assistência cirúrgica geral em caso de UTI Adulto e cirurgia pediátrica, em caso de UTI Neonatal ou UTI Pediátrica; serviço de laboratório clínico, incluindo microbiologia e hemogasometria; serviço de radiografia móvel; serviço de ultrassonografia portátil; serviço de endoscopia digestiva alta e baixa; serviço de fibrobroncoscopia; serviço de diagnóstico clínico e notificação compulsória de morte encefálica” (p.49).
20. “O hospital em que a UTI está inserida deve dispor, na própria estrutura hospitalar, dos seguintes serviços diagnósticos e Terapêuticos: centro cirúrgico, serviço radiológico convencional e serviço de ecodopplercardiografia. Além disso, deve ser garantido acesso aos serviços diagnósticos e terapêuticos, no hospital onde a UTI está inserida ou em outro estabelecimento, através de acesso formalizado, no que se refere à cirurgia cardiovascular, cirurgia vascular, cirurgia neurológica, cirurgia ortopédica, cirurgia urológica, cirurgia buco-maxilo-facial, radiologia intervencionista, ressonância magnética, 64 tomografia computadorizada, anatomia patológica e exame comprobatório de fluxo sanguíneo encefálico” (p.49).

c.5. Processos de Trabalho:

21. “Todo paciente internado em UTI deve receber assistência integral e interdisciplinar” (p.49).
22. “A evolução do estado clínico, as intercorrências e os cuidados prestados devem ser registrados pelas equipes médica, de enfermagem e de fisioterapia no prontuário do paciente, em cada turno, e atendendo as regulamentações dos respectivos conselhos de classe profissional e normas institucionais” (p.49).
23. “As assistências farmacêutica, psicológica, fonoaudiológica, social, odontológica, nutricional, de terapia nutricional enteral e parenteral e de terapia ocupacional devem estar integradas às demais atividades assistenciais prestadas ao paciente, sendo discutidas conjuntamente pela equipe multiprofissional” (p.49).
24. “Devem ser assegurados, por todos os profissionais que atuam na UTI, os seguintes itens” (p49):
24.1. “preservação da identidade e da privacidade do paciente, assegurando um ambiente de respeito e dignidade” (p.49).
24.2. “fornecimento de orientações aos familiares e aos pacientes, quando couber, em linguagem clara, sobre o estado de saúde e a assistência a ser prestada desde a admissão até a alta” (p.49).
24.3. “ações de humanização da atenção à saúde” (p.49).
24.4. “promoção de ambiência acolhedora” (p.49).
24.5. “incentivo à participação da família na atenção ao paciente, quando pertinente” (p.49).
25. “A presença de acompanhantes em UTI deve ser normatizada pela instituição, com base na legislação vigente” (p.49).
26. “O paciente consciente deve ser informado quanto aos procedimentos a que será submetido e sobre os cuidados requeridos para execução dos mesmos” (p.49).
26.1. “O responsável legal pelo paciente deve ser informado sobre as condutas clínicas e procedimentos a que o mesmo será submetido” (p.49).
27. “Os critérios para admissão e alta de pacientes na UTI devem ser registrados, assinados pelo Responsável Técnico e divulgados para toda a instituição, além de seguir legislação e normas institucionais vigentes” (p.49).

c.6. Transporte de Pacientes:

29. “Todo paciente grave deve ser transportado com o acompanhamento contínuo, no mínimo, de um médico e de um enfermeiro, ambos com habilidade comprovada para o atendimento de urgência e emergência” (p.49).
32.1. “O relatório de transferência deve conter, no mínimo: dados referentes ao motivo de internação na UTI e diagnósticos de base; dados referentes ao período de internação na UTI, incluindo realização de procedimentos invasivos, intercorrências, infecções, transfusões de sangue e hemoderivados, tempo de permanência em assistência ventilatória mecânica invasiva e não-invasiva, realização de diálise e exames diagnósticos; dados referentes à alta e ao preparatório para a transferência, incluindo prescrições médica e de enfermagem do dia, especificando aprazamento de horários e cuidados administrados antes da transferência; perfil de monitorização hemodinâmica, equilíbrioácido-básico, balanço hídrico e sinais vitais das últimas 24 horas” (p.49).

b.7. Gerenciamento de Riscos e Notificação de Eventos Adversos:

33. “Deve ser realizado gerenciamento dos riscos inerentes às atividades realizadas na unidade, bem como aos produtos submetidos ao controle e fiscalização sanitária” (p.49).
34. “O estabelecimento de saúde deve buscar a redução e minimização da ocorrência dos eventos adversos relacionados a: procedimentos de prevenção, diagnóstico, tratamento ou reabilitação do paciente; medicamentos e insumos farmacêuticos; produtos para saúde, incluindo equipamentos; uso de sangue e hemocomponentes; saneantes; outros produtos submetidos ao controle e fiscalização sanitária utilizados na unidade” (p.49)
35. “Na monitorização e no gerenciamento de risco, a equipe da UTI deve” (p.49):
35.1.”definir e monitorar indicadores de avaliação da prevenção ou redução dos eventos adversos pertinentes à unidade” (p.49).
36. Os eventos adversos relacionados aos itens [35] dispostos desta RDC devem ser notificados à gerência de risco ou outro setor definido pela instituição, de acordo com as normas institucionais” (p.50).

c.8. Prevenção e Controle de Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde:

37. “Devem ser cumpridas as medidas de prevenção e controle de infecções relacionadas à assistência à saúde (IRAS) definidas pelo Programa de Controle de Infecção do hospital” (p.50).
38. “As equipes da UTI e da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar - CCIH - são responsáveis pelas ações de prevenção e controle de IRAS” (p.50).
39. “A CCIH deve estruturar uma metodologia de busca ativa das infecções relacionadas a dispositivos invasivos, dos

microrganismos multirresistentes e outros microrganismos de importância clínico-epidemiológica, além de identificação precoce de surtos" (p.50).
40. "A equipe da UTI deve colaborar com a CCIH na vigilância epidemiológica das IRAS e com o monitoramento de microrganismos multirresistentes na unidade" (p.50).
42. "As ações de prevenção e controle de IRAS devem ser baseadas na avaliação dos indicadores da unidade" (p.50).
44. " A equipe da UTI deve orientar visitantes e acompanhantes quanto às ações que visam a prevenção e o controle de infecções, baseadas nas recomendações da CCIH" (p.50).

47. "O Responsável Técnico e os coordenadores de enfermagem e de fisioterapia devem estimular a adesão às práticas de higienização das mãos pelos profissionais e visitantes " (p.50).

c.9. Avaliação

48. "Devem ser monitorados e mantidos registros de avaliações do desempenho e do padrão de funcionamento global da UTI, assim como de eventos que possam indicar necessidade de melhoria da qualidade da assistência, com o objetivo de estabelecer medidas de controle ou redução dos mesmos (p.50).
49. "Os pacientes internados na UTI devem ser avaliados por meio de um Sistema de Classificação de Necessidades de Cuidados de Enfermagem recomendado por literatura científica especializada" (p.50).

c.10. Recursos Materiais:

50. "A UTI deve dispor de materiais e equipamentos de acordo com a complexidade do serviço e necessários ao atendimento de sua demanda" (p.50).
52. "Devem ser mantidas na unidade instruções escritas referentes à utilização dos equipamentos e materiais, que podem ser substituídas ou complementadas por manuais do fabricante em língua portuguesa" (p.50).
55. "Devem ser realizadas manutenções preventivas e corretivas nos equipamentos em uso e em reserva operacional, de acordo com periodicidade estabelecida pelo fabricante ou pelo serviço de engenharia clínica da instituição" (p.50).

d. Dos requisitos específicos para Unidades de Terapia Intensiva Adulto:

d.1.Recursos Materiais

56. "Devem estar disponíveis, para uso exclusivo da UTI Adulto, materiais e equipamentos de acordo com a faixa etária e biotipo do paciente' (p.50).
57. "Cada leito deve ter, no mínimo, os seguintes equipamentos e materiais: cama hospitalar com ajuste de posição, grades laterais e rodízios; equipamento para ressuscitação manual do tipo balão auto-inflável, com reservatório e máscara facial: 01(um) por leito, com reserva operacional de 01 (um) para cada 02 (dois) leitos; estetoscópio; conjunto para nebulização; quatro (04) equipamentos para infusão contínua e controlada de fluidos (bomba de infusão), com reserva operacional de 01 (um) equipamento para cada 03 (três) leitos: fita métrica; equipamentos e materiais que permitam monitorização contínua de: freqüência respiratória; oximetria de pulso; freqüência cardíaca; cardioscopia; temperatura; pressão arterial não-invasiva" (p.50).
58. "Cada UTI Adulto deve dispor, no mínimo, de: materiais para punção lombar; materiais para drenagem liquórica em sistema fechado; oftalmoscópio; otoscópio; negatoscópio; máscara facial que permite diferentes concentrações de oxigênio: 01 (uma para cada 02 (dois) leitos; materiais para aspiração traqueal em sistema aberto e fechado; aspirador a vácuo portátil; equipamento para mensurar pressão de tubo/cânula endotraqueal (cuffômetro); ventilômetro portátil; capnógrafo: 01 (um) para cada 10 (dez) leitos; ventilador pulmonar mecânico microprocessado: 01 (um) para cada 02 (dois) leitos, com reserva operacional de 01 (um) equipamento para cada 05 (cinco) leitos, devendo dispor, cada equipamento de, no mínimo, 02 (dois) circuitos completos, equipamento para ventilação pulmonar mecânica não invasiva: 01(um) para cada 10 (dez) leitos, quando o ventilador pulmonar mecânico microprocessado não possuir recursos para realizar a modalidade de ventilação não invasiva; materiais de interface facial para ventilação pulmonar não invasiva 01 (um) conjunto para cada o5 (cinco) leitos; materiais para drenagem torácica em sistema fechado; matérias para traqueostomia; foco cirúrgico portátil; materiais para acesso venoso profundo; materiais para flebotomia; materiais para monitorização de pressão venosa central; materiais e equipamento para monitorização de pressão arterial invasiva: 01 (um) equipamento para cada 05 (cinco) leitos, com reserva operacional de 01 (um) equipamento para cada 10 (dez) leitos; materiais para punção pericárdica; monitor de débito cardíaco; eletrocardiógrafo portátil: 01 (um) equipamento para cada 10 (dez) leitos;
kit (carrinho) contendo medicamentos e materiais para atendimento às emergências: 01 (um) para cada 05 (cinco) leitos ou fração; equipamento desfi-brilador e cardioversor, com bateria: 01 (um) para cada 05 (cinco) leitos; marcapasso car-díaco temporário, eletrodos e gerador: 01 (um) equipamento para cada 10 (dez) leitos; equipamento para aferição de glicemia capilar, específico para uso hospitalar: 01 (um) para cada 05 (cinco); leitos; materiais para curativos; materiais para cateterismo vesical de demora em sistema fechado; dispositivo
Para elevar, transpor e pesar o paciente; poltrona com revestimento impermeável, destinada à as-sistência aos pacientes: 01 (uma) para cada 05 leitos ou fração.
maca para transporte, com grades laterais, suporte para soluções parenterais e suporte para cilindro de oxigênio: 1 (uma) para cada 10 (dez) leitos ou fração; equipamentos para monitorização contínua de múltiplos parâmetros (oximetria de pulso, pressão arterial não-invasiva; cardioscopia; frequência respiratória) específico(s) para transporte, com bateria: 1 (um) para cada 10 (dez) leitos ou fração; ventilador mecânico específico para transporte, com bateria: 1(um) para cada 10 (dez) leitos ou fração; kit (maleta) para acompanhar o transporte de pacientes graves, contendo medicamentos e materiais para atendimento às emergências: 01 (um) para cada 10 (dez) leitos ou fração;
cilindro transportável de oxigênio; relógios e calendários posicionados de forma a permitir visualização em todos os leitos; refrigerador, com temperatura interna de 2 a 8°C, de uso exclusivo para guarda de medicamentos, com monitorização e registro de temperatura" (p.50).

Fonte: Resolução – RDC nº 7, de 24 de fevereiro de 2010 (BRASIL, 2010)

Quadro 8 – Principais pontos destacados no documento oficial nº 7 do Ministério da Saúde e sua **aderência** e/ou **antagonismo** e sua **relação com o objetivo** desta pesquisa e proposta da tese – utilizados com fundamentação teórico-filosófica

Documento 7 – Portaria nº 529, de 1º de abril de 2013 - Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP).
Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) 8. [Instituir o PNSP] "Considerando a relevância e magnitude que os Eventos Adversos (EA) têm em nosso país" (p.43). 9. " Considerando a prioridade dada à segurança do paciente em serviços de saúde na agenda política dos Estados-Membros da Organização Mundial da Saúde (OMS) e na Resolução aprovada durante a 57ª Assembleia Mundial da Saúde, que recomendou aos países atenção ao tema Segurança do Paciente" (p.43). 11. " Considerando que a gestão de riscos voltada para a qualidade e segurança do paciente engloba princípios e diretrizes, tais como a criação de cultura de segurança; a execução sistemática e estruturada dos processos de gerenciamento de risco; a integração com todos processos de cuidado e articulação com os processos organizacionais do serviços de saúde; as melhores evidências disponíveis; a transparência, a inclusão, a responsabilização e a sensibilização e capacidade de reagir a mudanças" (p.43). 14. " O PNSP tem como objetivo geral contribuir para a qualidade do cuidado em saúde em todos os estabelecimentos de saúde do território nacional " (p.43). a. Objetivos Específicos 15.1."Promover e apoiar a implementação de iniciativas voltadas à segurança do paciente em diferentes áreas da atenção, organização e gestão de serviços de saúde, por meio da implantação da gestão de risco e de Núcleos de Segurança do Paciente nos estabelecimentos de saúde" (p. 43). 15.2."Envolver os pacientes e familiares nas ações de segurança do paciente" (p. 43). 15.4. "Produzir, sistematizar e difundir conhecimentos sobre segurança do paciente" (p.43). 15.5. "Fomentar a inclusão do tema segurança do paciente no ensino técnico e de graduação e pós-graduação na área da saúde" (p.43). b. Definições: 16.1. "Segurança do Paciente - redução, a um mínimo aceitável, do risco de dano desnecessário associado ao cuidado de saúde" (p.43). 16.2. "Dano - comprometimento da estrutura ou função do corpo e/ou qualquer efeito dele oriundo, incluindo-se doenças, lesão, sofrimento, morte, incapacidade ou disfunção, podendo, assim, ser físico, social ou psicológico" (p.43). 16.3."Incidente - evento ou circunstância que poderia ter resultado, ou resultou, em dano desnecessário ao paciente (p.43). 16.4. "Evento adverso - incidente que resulta em dano ao paciente" (p. 43). 16.5. "Cultura de Segurança - configura-se a partir de cinco características operacionalizadas pela gestão de segurança da organização" (p.43). 1) cultura na qual todos os trabalhadores, incluindo profissionais envolvidos no cuidado e gestores, assumem responsabilidade pela sua própria segurança, pela segurança de seus colegas, pacientes e familiares" (p.43). 2)" cultura que prioriza a segurança acima de metas financeiras e operacionais" (p.43). 3) "cultura que encoraja e recompensa a identificação, a notificação e a resolução dos problemas relacionados à segurança" (p.43). 4) 'cultura que, a partir da ocorrência de incidentes, promove o aprendizado organizacional" (p.43). 5) cultura que proporciona recursos, estrutura e responsabilização para a manutenção efetiva da segurança" (p.43). 16.6 "Gestão de risco - aplicação sistêmica e contínua de iniciativas, procedimentos, condutas e recursos na avaliação e controle de riscos e eventos adversos que afetam a segurança, a saúde humana, a integridade profissional, o meio ambiente e a imagem institucional" (p.43). c. Estratégias de implementação do PNSP 17.1. "Elaboração e apoio à implementação de protocolos, guias e manuais de segurança do paciente" (p.43). 17.2."Promoção de processos de capacitação de gerentes, profissionais e equipes de saúde em segurança do paciente" (p.43). 17.3. "Inclusão, nos processos de contratualização e avaliação de serviços, de metas, indicadores e padrões de conformidade relativos à segurança do paciente" (p. 43). 17.4. "Implementação de campanha de comunicação social sobre segurança do paciente, voltada aos profissionais, gestores e usuários de saúde e sociedade" (p.43). 17.5. "Implementação de sistemática de vigilância e monitoramento de incidentes na assistência à saúde, com garantia de retorno às unidades notificantes" (p.43). 17.6 "Promoção da cultura de segurança com ênfase no aprendizado e aprimoramento organizacional, engajamento dos profissionais e dos pacientes na prevenção de incidentes, com ênfase em sistemas seguros, evitando-se os processos de responsabilização individual" (p.43).

Fonte: Portaria nº 529, de 1º de abril de 2013 - Programa Nacional de Segurança do Paciente (BRASIL, 2013)

No tratamento dos dados, os aspectos metodológicos, técnicos e analíticos da pesquisa documental foram capazes de fornecer dados significativos com aderência à Tese e aos

objetivos da pesquisa. A descrição desses aspectos configura as Unidades de Análise, e as categorias e subcategorias possibilitaram sintetizar as informações e representam os dados da pesquisa para a discussão dos dados em consonância ao referencial teórico, questão de pesquisa, objetivos e, especificamente, da Tese.

5 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Neste capítulo, a apresentação e discussão dos resultados capturados nos sete documentos oficiais do MS observam os passos indicados por Cellard (2008). Os dados capturados nos sete documentos foram registrados em quatro quadros (9, 10, 11 e 12) e abordam os principais pontos destacados nos documentos oficiais do Ministério da Saúde, sua relação e aderência ao objetivo da pesquisa e proposta da tese, utilizados com fundamentação teórico-filosófica, conforme apresentados e discutidos em cada uma das quatro categorias.

5.1 Dimensão técnica

No presente estudo, a dimensão técnica compreende as ações/atividades a serem desempenhadas pelos profissionais/trabalhadores da UTI, as instalações físicas, os procedimentos técnicos e operacionais realizáveis e sua interconexão com os equipamentos/instrumentos utilizados para o processamento da assistência aos clientes da UTI.

O Quadro 9 apresenta a **Categoria: Dimensão Técnica**, as subcategorias e respectivas unidades de análise que a constituíram.

Quadro 9 – Resultados da Análise de Conteúdo e os principais pontos destacados nos documentos oficiais do Ministério da Saúde e sua **aderência** e/ou **antagonismo** e sua **relação com o objetivo** dessa pesquisa e proposta da Tese

Categoria: Dimensão Técnica	
Subcategorias	**Unidades de Análise**
Infraestrutura física	2.2.3. " O ambiente dos estabelecimentos assistenciais de saúde é entendido nesta norma como o espaço fisicamente determinado e especializado para o desenvolvimento de determinada(s) atividade(s), caracterizado por dimensões e instalações diferenciadas"(BRASIL, 2002, p.42). 5.11.1. "A infraestrutura deve contribuir para manutenção da privacidade do paciente, sem, contudo, interferir na sua monitorização" (BRASIL, 2010, p.49).
Recursos humanos	4.47.15. "[...] interdisciplinar e transdisciplinar necessária ao atendimento integral das necessidades do paciente crítico/potencialmente crítico deve compreender minimamente a participação efetiva e partilhada de profissionais da área médica, de enfermagem, psicologia, nutrição, terapia ocupacional, fisioterapia, fonoaudiologia e assistência social" (p.42). 6.3.15. " Além do disposto no Artigo desta RDC, deve ser designada uma equipe multiprofissional, legalmente habilitada, a qual deve ser dimensionada, quantitativa e qualitativamente, de acordo com o perfil assistencial, a demanda da unidade e legislação vigente, contendo, para atuação exclusiva na unidade, no mínimo, os seguintes profissionais" (p.49). 6.14. "deve ser formalmente designado um responsável técnico médico, um enfermeiro coordenador da equipe de enfermagem e um fisioterapeuta coordenador da equipe de fisioterapia, assim como seus

	respectivos substitutos" (p.49).
O profissional enfermeiro	6.14. (Responsável Técnico) "um enfermeiro coordenador da equipe de enfermagem" (p.49). 6.14.2. "Os coordenadores de enfermagem e de fisioterapia devem ser especialistas em terapia intensiva ou em outra especialidade relacionada à assistência ao paciente grave, específica para a modalidade de atuação - adulto, pediátrica ou neonatal" (p.49). 6.15.3. "Enfermeiros assistenciais: no mínimo 01 (um) para cada 08 (oito) leitos ou fração, em cada turno" (p.49).
Recursos materiais equipamentos	6.50. "A UTI deve dispor de materiais e equipamentos de acordo com a complexidade do serviço e necessários ao atendimento de sua demanda" (p.50). 6.52. "Devem ser mantidas na unidade instruções escritas referentes à utilização dos equipamentos e materiais, que podem ser substituídas ou complementadas por manuais do fabricante em língua portuguesa" (p.50). 6.55. "Devem ser realizadas manutenções preventivas e corretivas nos equipamentos em uso e em reserva operacional, de acordo com periodicidade estabelecida pelo fabricante ou pelo serviço de engenharia clínica da instituição" (p.50). 6.56. "Devem estar disponíveis, para uso exclusivo da UTI Adulto, materiais e equipamentos de acordo com a faixa etária e biotipo do paciente" (p.50).

Fonte: Dados da pesquisa

5.1.1 Infraestrutura física da UTI

A infraestrutura física do ambiente deve seguir os requisitos estabelecidos pela RDC/ANVISA nº 7, de 24 de fevereiro de 2010 (BRASIL, 2010), considerando o Regulamento Técnico para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde, instituído pela RDC/ANVISA nº 50, de 21 de fevereiro de 2002 (BRASIL, 2002). O "ambiente de estabelecimentos assistenciais de saúde é entendido nesta norma como o espaço fisicamente determinado e especializado para o desenvolvimento de determinada(s) atividade(s), caracterizado por dimensões e instalações diferenciadas" (BRASIL, 2002, p.42, 2.2.3).

As UTIs devem obedecer os requisitos quanto à estrutura física previstos no Regulamento Técnico – RDC/ANVISA nº 50, além de estar em conformidade com os critérios de circulações internas e externas, de instalações prediais ordinárias e especiais – hidrossanitárias, elétricas e eletrônicas, fluído-mecânicas, de oxigênio e ar comprimido, de condições ambientais de conforto, de condições de controle de infecções e de condições contra incêndio (BRASIL, 2002).

Conforme o regulamento de organização e estrutura física da UTI, essa unidade deve proporcionar condições de internação aos clientes críticos em ambientes individuais ou coletivos, conforme o grau de risco, faixa etária, patologia e requisitos de privacidade, garantir recursos diagnósticos, laboratoriais, de imagem, cirúrgicos, farmacológicos e de suprimento de materiais durante 24 horas. Ao mesmo tempo, manter estrutura adequada para o trabalho da equipe multiprofissional e área destinada ao acolhimento de visitantes e familiares (BRASIL, 2002; BRASIL, 2010).

O Ministério da Saúde recomenda um espaço para adultos com dimensão mínima de 12 (doze) metros quadrados por leito, com distância de 1 (um) metro entre as paredes e o leito. A área coletiva deve ter dimensões mínimas de 10 (dez) metros quadrados, distância de 1 (um) metro entre as paredes e 2 (dois) metros entre os leitos, com dispositivos que permitam a privacidade dos pacientes, quando necessário. Também é necessário ter 1(um) quarto de isolamento para cada 10 (dez) leitos, para casos específicos (BRASIL, 2002). Todas as áreas onde estão localizados os leitos de UTI devem dispor de iluminação natural e relógio posicionado de forma que possa ser observado pelo cliente (BRASIL, 1998). Na prática, se observa que essa área é bastante limitada para abrigar todos os equipamentos de suporte e monitorização do cliente.

Em comparação a outros centros de excelência, Knobell (2006) refere que as UTIs, nos Estados Unidos, dispõem de uma infraestrutura funcional, com metragem superior a 50 m² por leito, para atender à demanda dos cuidados, tanto nos aspectos materiais/equipamentos, quanto nos aspectos humanizadores do ambiente para o cliente e seus familiares.

De acordo com a RDC/ANVISA, todos os ambientes de UTIs devem ser projetados e adequados, de modo a estabelecer padrões mínimos para o funcionamento, visando à redução de riscos aos clientes, visitantes, profissionais e ambiente. Assim, a "infraestrutura deve contribuir para manutenção da privacidade do paciente, sem, contudo, interferir na sua monitorização" (BRASIL, 2010, p.49, 5.11.1).

Para Backes (2011, p. 54), "o ambiente físico compreende a estrutura física e suas instalações, que precisam ser adequadas, incluindo materiais e equipamentos em quantidade suficiente e com condições para o uso, de forma segura". Desse modo, a estrutura físico-funcional das UTIs deve possibilitar a manipulação segura dos recursos materiais e equipamentos utilizados para dar suporte à vida dos clientes, considerando-se as normas operacionais destes, tanto em relação à clientela, quanto em relação aos próprios profissionais de saúde, que os adotam como tecnologias indispensáveis para o desenvolvimento das atividades/ações no cuidado, com potencial de efetividade e segurança para melhores resultados (SILVA, BRITO, 2011).

A sobrevivência dos clientes nesses ambientes pode vir a depender não só da disponibilidade da infraestrutura necessária aos procedimentos, como de sua correta localização na rede hospitalar, já que desse ambiente estrutural e funcional depende, muitas vezes, a rapidez com que são oferecidos os primeiros cuidados aos clientes em estado mais grave. Dessa forma, a UTI deve localizar-se em um espaço exclusivo e reservado, próximo a

outros serviços de apoio e com acesso facilitado às Unidades de Urgência/Emergência, Centro Cirúrgico, Centro Diagnóstico e demais unidades correlacionadas (BRASIL, 1998; BRASIL, 2002; BRASIL, 2010).

Além disso, o projeto físico de uma UTI pode aumentar ou reduzir a capacidade de prestar um tratamento intensivo moderno e seguro, por mais comprometida que seja a equipe de trabalho (KNOBEL, 2006). Nesse ambiente tecnológico de cuidados, os seres humanos sobrevivem em *ambientes criados*, e a sustentabilidade está sujeita à coordenação e controle humano (GUIDDENS, 1991).

Ao considerar os desafios na obtenção de sustentabilidade dos elementos que compõem o projeto arquitetônico da UTI, a infraestrutura necessita de acomodações para a equipe de trabalho, calculada de acordo com a dimensão dos profissionais/trabalhadores da unidade. O mínimo necessário é uma área de estar e de refeições, quartos para repouso e banheiros com sanitários e chuveiro. Atualmente é obrigatória a existência de um espaço/ambiente privativo e adequado para pesquisa eletrônica de dados, conectividade por *e-mail*, acesso a recursos de Internet e teleconferência; área administrativa – situada anexa ao ambiente de tratamento dos clientes, copa, depósito de equipamentos, depósito de materiais, coleta de lixo, armazenamento de material de limpeza, sala de limpeza de materiais, rouparia, sala de espera, sala de funcionários, vestiário, ventilação e controle de temperatura da UTI, secretaria, entre outros (BRASIL, 2010).

No ambiente do cuidado, a iluminação e a aeração podem ser naturais e/ou artificiais e envolvem tecnologias e técnicas para a sua manutenção e funcionamento. O ar condicionado torna o ambiente refrigerado, podendo provocar choques términos e adaptações bruscas, que podem interferir no desempenho biofísico normal. Outra questão que deve ser considerada é o alto nível de ruído ambiental nas UTIs, percebidos pelos clientes e, muitas vezes, negligenciados pelos profissionais da saúde (SALES, 2010).

A dinâmica da UTI impõe certa poluição sonora, podendo gerar estressores físicos, psicológicos e sociais para o cliente (AKANSEL; KAYMAKCI, 2008; STUMM et al., 2008; BACKES, 2011). Assim, percebe-se que a presença constante de ruídos, nesse ambiente de cuidados, ocasionados pela conversação entre os profissionais, a movimentação da equipe de trabalho, e os alarmes dos equipamentos, podem causar perturbações e instabilidades e, por conseqüência, influenciar no bem-estar dos clientes.

Quanto à sonoridade, é preciso considerar os equipamentos tecnológicos que produzem sons, como os equipamentos eletrônicos conectados aos pacientes em situação de risco, os respiradores mecânicos, as bombas de infusão e cardioscópios, que provocam ruídos

excessivos e podem causar desconforto, tanto para os pacientes, quanto para a equipe de saúde. Assim, como possibilidade para amenizar barulhos e ruídos oriundos, principalmente, dos aparelhos ligados aos pacientes numa UTI, é aconselhável a presença da música suave que proporciona relaxamento e conforto ao cliente, e também pode amenizar o estresse da equipe de saúde (SILVA, ARAÚJO, PUGGINA, 2010).

Na planta física, interconectados ao ambiente de UTI como um todo, ainda devem ser contemplados eletricidade, água, vácuo clínico, oxigênio e ar comprimido, os quais devem cumprir as normas mínimas. Para energia elétrica, fazem-se necessários geradores automáticos de emergência, para garantir o suprimento em casos de ausência de energia (BRASIL, 2010; SILVA, BRITO, 2011).

Associado às peculiaridades da estrutura física, o posto de enfermagem é uma área para controle e manipulação da medicação. A correta disposição e o dimensionamento das partes que integram o posto de enfermagem – localização central e permitir visão dos clientes, são cuidados importantes para otimizar seu funcionamento. Nesse sentido, o Ministério da Saúde recomenda uma área mínima de 16 m² com as seguintes características e componentes: local adequado para preparo e armazenamento de medicamentos e artigos descartáveis, possuir pia e refrigerador; ter fácil acesso ao prontuário do paciente; manter central de monitorização – disposta de maneira visível a toda equipe; terminais telefônicos e de computador com impressora silenciosa; local adequado para evolução e prescrição médica e facilidade de acesso a outros serviços de apoio da instituição (BRASIL,1998; BRASIL, 2002).

De acordo com a RDC/ANVISA nº 50, os ambientes de apoio devem dispor de área específica para a prescrição médica, sala de utilidades, quarto de plantão, banheiro para o quarto de plantão, sala administrativa, área de estar para a equipe de saúde, copa, rouparia, depósito de material de limpeza, depósito de equipamentos e materiais, sanitários com vestiários para funcionários, tanto masculinos como femininos, sanitário geral para os pacientes, que pode ser substituído quando se fizer uso de quartos individuais, por equipamento ou bancada, contendo lavatório e bacia sanitária; sala de espera para acompanhantes e visitantes, com sanitário, que poderá ser compartilhada com outros setores afins do hospital (BRASIL, 2002).

A adequação da infraestrutura física, interconectada aos ambientes de apoio, assim como a provisão de recursos materiais, equipamentos e recursos humanos especializados compõem a complexa rede que envolve o sistema de saúde. Assim, entende-se que a estrutura físico-funcional das UTIs deve ser planejada no sentido de dar suporte à vida dos clientes e

também favorecer a criação de ambientes mais acolhedores na produção dos cuidados em saúde.

5.1.2 Recursos humanos

Na produção em saúde é possível observar uma auto-organização estrutural das UTIs, tanto na composição do ambiente, como na área de recursos humanos, formada por equipes multiprofissionais especializadas, que, integrada aos avanços tecnológicos, possibilita melhorar a qualidade e a segurança da assistência prestada. No entanto, a qualidade do cuidado não está garantida somente pela qualificação de seus profissionais, mas também pela quantificação destes para o desenvolvimento das atividades legalmente previstas.

Em relação aos recursos humanos, a composição da equipe na UTI Adulto vem sendo discutida e ampliada por meio das propostas apresentadas pela Portaria MS 1071 de 4 de julho de 2005 – Política Nacional de Atenção ao Paciente Crítico, e Resolução – RDC/ANVISA nº 7, de 24 de fevereiro de 2010, revogando a composição da equipe básica determinada pela Portaria nº 3432, de 12 de agosto de 1998.

Esse Regulamento estabelece a composição de uma equipe multiprofissional, legalmente habilitada, a qual deve ser dimensionada, quantitativa e qualitativamente, de acordo com o perfil assistencial, a demanda da unidade e legislação vigente, contendo, para atuação exclusiva na unidade, no mínimo, os profissionais a seguir. Médico diarista/rotineiro: 1 (um) para cada 10 (dez) leitos ou fração, nos turnos matutino e vespertino, com título de especialista em Medicina Intensiva para atuação em UTI Adulto; habilitação em Medicina Intensiva Pediátrica para atuação em UTI Pediátrica; título de especialista em Pediatria com área de atuação em Neonatologia para atuação em UTI Neonatal. Médicos plantonistas: no mínimo 1 (um) para cada 10 (dez) leitos ou fração, em cada turno. Enfermeiros assistenciais: no mínimo 1 (um) para cada 8 (oito) leitos ou fração, em cada turno. Fisioterapeutas: no mínimo 1 (um) para cada 10 (dez) leitos ou fração, nos turnos matutino, vespertino e noturno, perfazendo um total de 18 horas diárias de atuação. Técnicos de enfermagem: no mínimo 1 (um) para cada 2 (dois) leitos em cada turno, além de 1 (um) técnico de enfermagem por UTI para serviços de apoio assistencial em cada turno. Auxiliares administrativos: no mínimo 1 (um) exclusivo da unidade. Funcionários exclusivos para serviço de limpeza da unidade, em cada turno (BRASIL, 2005; 2010).

De acordo com a normativa, o número de Enfermeiros Assistenciais seria de no mínimo um enfermeiro para cada oito leitos ou fração, em cada turno. Essa proporção, de um

para oito, apesar de não ser o ideal, foi acordada entre o Conselho Federal de Enfermagem - COFEN, a Associação Brasileira de Enfermagem – ABEn e os Conselhos Regionais de Enfermagem – CORENs, junto à ANVISA, que outorgou a Resolução nº 7, de 24 de fevereiro de 2010. Esta também designava um Técnico de Enfermagem para cada dois leitos em cada turno, além de um Técnico de Enfermagem por UTI para serviços de apoio assistencial (BRASIL, 2010).

Entretanto, de maneira unilateral, sem qualquer participação das entidades públicas e representantes da categoria, a ANVISA, por meio da Resolução - RDC nº 26 de 11 de maio de 2012, alterou a Resolução RDC nº 7, de 24 de fevereiro de 2010, aumentando a relação de no mínimo um enfermeiro cada dez leitos ou fração, em cada turno, além de suprimir a exigência de um técnico de enfermagem por UTI para serviços de apoio assistencial por turno de trabalho (BRASIL, 2010; BRASIL, 2012). De acordo com o COFEN, COREN, ABEn Associação Brasileira de Enfermagem em Terapia Intensiva – ABENTI, o redimensionamento trata-se de um retrocesso, resultante da pressão que as instituições hospitalares têm exercido sobre o governo para reduzir os seus custos.

A RDC 26/2012 inviabiliza questões importantes relacionadas ao dimensionamento da equipe de enfermagem. Na razão enfermeiro paciente de 1/10 o enfermeiro é pressionado a deslocar-se para uma posição de supervisão ao invés de exercer a sua atividade principal que é de cuidados diretos ao paciente crítico. Essa Resolução também tem implicações sobre a legislação da Enfermagem, tais como a lei do exercício profissional – Lei nº 7.498/86 e a Resolução COFEN nº 293/2004, que abordam a questão de quantitativo de enfermagem (MENEGUETI, et al., 2013).

Pesquisas realizadas no âmbito nacional e internacional mostram que o dimensionamento da equipe de enfermagem subestimado repercute em sérios riscos para o cliente, comprometendo sua segurança. Além disso, não só o cliente sofre com as flutuações e perturbações, consequência da alta carga de trabalho da equipe, como também os próprios profissionais. O estresse, *burnout*, fadiga, insatisfação profissional são fatores associados à elevada carga de trabalho de enfermagem em UTI (ANDOLHE; PADILHA, 2012).

De acordo com estudos, o tempo exigido dos profissionais para o cuidado do cliente está associado diretamente à sua segurança. Pesquisa realizada em UTI de quatro hospitais americanos revelou que o acréscimo de 0,1% na razão enfermeiro/cliente representa aumento de 28% de eventos adversos. Nessa direção, outro estudo constatou aumento de 0,7% no risco de morte para cada cliente adicional por enfermeiro. O mesmo estudo demonstrou que um cliente na UTI recebe todos os dias aproximadamente 180 intervenções por parte dos

profissionais e, quanto menor o número de profissionais de enfermagem, maiores são as chances de ocorrerem erros na assistência prestada (ANDOLHE; PADILHA, 2012; GONCALVES, et al., 2012; MENEGUETI, et al., 2013).

No Brasil, estudo realizado em três hospitais de ensino evidenciou a incidência de eventos adversos de 7,6%, dos quais 66,7% foram considerados evitáveis (MENDES et al., 2009). Na área da enfermagem, pesquisas diversas em UTI "foram realizadas com o objetivo de explorar eventos específicos relacionados à medicação, ventilação mecânica, queda e úlcera por pressão" (TOFFOLETTO; SILVA; PADILHA, 2011, p. 1180).

No sentido de minimizar e/ou neutralizar os possíveis riscos aos clientes da UTI, entende-se que o adequado quantitativo de profissionais/enfermeiros pode favorecer um ambiente saudável, reduzir a sobrecarga de trabalho e, consequentemente, melhorar a qualidade do cuidado, garantida, não somente pela qualificação de seus profissionais, mas também pela quantificação destes para o desenvolvimento das atividades.

Na perspectiva de valorização da qualidade da assistência, a política nacional de atenção ao paciente crítico reconhece o atendimento com abordagem

> [...] interdisciplinar e transdisciplinar necessária ao atendimento integral das necessidades do paciente crítico/potencialmente crítico deve compreender minimamente a participação efetiva e partilhada de profissionais da área médica, de enfermagem, psicologia, nutrição, terapia ocupacional, fisioterapia, fonoaudiologia e assistência social (BRASIL, 2005, p.42, 4.47.15).

Dentro dos princípios do cuidado integral, da interdisciplinaridade e da humanização, com enfoque nas necessidades dos clientes, a assistência compreende todos os elementos do ambiente de cuidado, mediado pelas relações humanas que envolvem o ser cuidado, o ser cuidador, os familiares, a equipe multidisciplinar e o próprio ambiente como um todo.

A equipe multidisciplinar, de atuação exclusiva na unidade, é constituída por profissionais das áreas médica, de enfermagem, psicologia, nutrição, terapia ocupacional, fisioterapia, fonoaudiologia, assistência social e, ainda, não prevê a participação do profissional farmacêutico (BRASIL, 2010; OLIVEIRA, 2012).

A incorporação do farmacêutico à equipe de cuidado ao cliente da UTI, segundo Oliveira (2012), se faz necessária, pois "o farmacêutico deve compartilhar decisões e responsabilidades nos desfechos, não apenas ofertando serviços básicos de dispensação e informação sobre medicamentos, mas solucionando problemas [...] participando da tomada de decisão e acompanhando a prescrição, o monitoramento e o ajuste de medicamentos" (OLIVEIRA, 2012, p.141). Dentro de um modelo de atenção e cuidado multidisciplinar,

entende-se que a assistência farmacêutica na UTI pode melhorar a qualidade e segurança do cuidado, no que diz respeito à indicação e avaliação farmacoterapêutica, eventuais reações adversas e problemas relacionados a medicamentos.

Na UTI, o acesso aos recursos assistenciais deve garantir, por meios próprios ou terceirizados, os serviços de assistência social, nutricional, farmacêutica, fonoaudiológica, psicológica e odontológica. Essa inter-relação abre possibilidades para a conformação de uma rede de suporte e apoio interdisciplinar, assegurando a qualidade dos cuidados (BRASIL, 2010a). Portanto, com o objetivo de obter a integração e cooperação de todos os profissionais atuantes no ambiente de cuidados em UTI, é importante considerá-los como profissionais/trabalhadores de assistência, com responsabilidades comuns e atribuições distintas, em um processo dinâmico de trabalho que deve convergir para a segurança e eficácia dos serviços prestados.

No que diz respeito às responsabilidades, a Resolução determina que "deve ser formalmente designado um responsável técnico médico, um enfermeiro coordenador da equipe de enfermagem e um fisioterapeuta coordenador da equipe de fisioterapia, assim como seus respectivos substitutos" (BRASIL, 2010, p.49, 6.14). Os responsáveis técnicos devem possuir título de especialista em Terapia Intensiva para responder por UTI Adulto, pediátrica ou neonatal. As atribuições e as responsabilidades de todos os profissionais que atuam na unidade devem estar formalmente designadas, descritas e divulgadas aos profissionais que atuam na UTI (BRASIL, 2010). A responsabilidade técnica, do ponto de vista ético-legal do exercício profissional, requer uma postura livre e autônoma por parte do profissional, considerando o conhecimento técnico-científico de sua área de atuação e os processos de trabalho. Assim, a responsabilidade é um instrumento relevante para nortear a tomada de decisão no processo assistencial e gerencial do enfermeiro, considerando as possibilidades de riscos e benefícios atrelados à assistência, a fim de evitar as ações prejudiciais e promover intervenções seguras e resolutivas acerca do cuidado.

No cenário da prática em saúde, entende-se que o cuidado de enfermagem na UTI compreende uma rede formada por um conjunto de profissionais/trabalhadores que trabalham de forma sistêmica e integrada, no intuito de proporcionar uma assistência segura e de qualidade. Nessa perspectiva, a dimensão técnica envolve a conjugação de esforços produzidos por meio do trabalho de vários profissionais que atuam no coletivo para produzir saúde na UTI. Trata-se de um produto complexo alcançável por uma equipe multiprofissional que atua de maneira inter-relacionada para manter o equilíbrio dinâmico das relações e das decisões – a sustentabilidade do trabalho em equipe. Ao executar as intervenções necessárias

para alcançar o produto saúde, cada membro da equipe multiprofissional deve estabelecer processos de comunicação e respeitar a autonomia de seus integrantes (SIQUEIRA; MEDEIROS, 2009).

Na produção em saúde, a dimensão técnica caracteriza e identifica os diversos profissionais da saúde, desde a sua formação até a sua atuação profissional. A partir das ideias nucleadoras que emergiram da dimensão técnica aqui apresentadas, construiu-se a Figura 6 como possibilidade de visualizar as inter-relações presentes nessa dimensão.

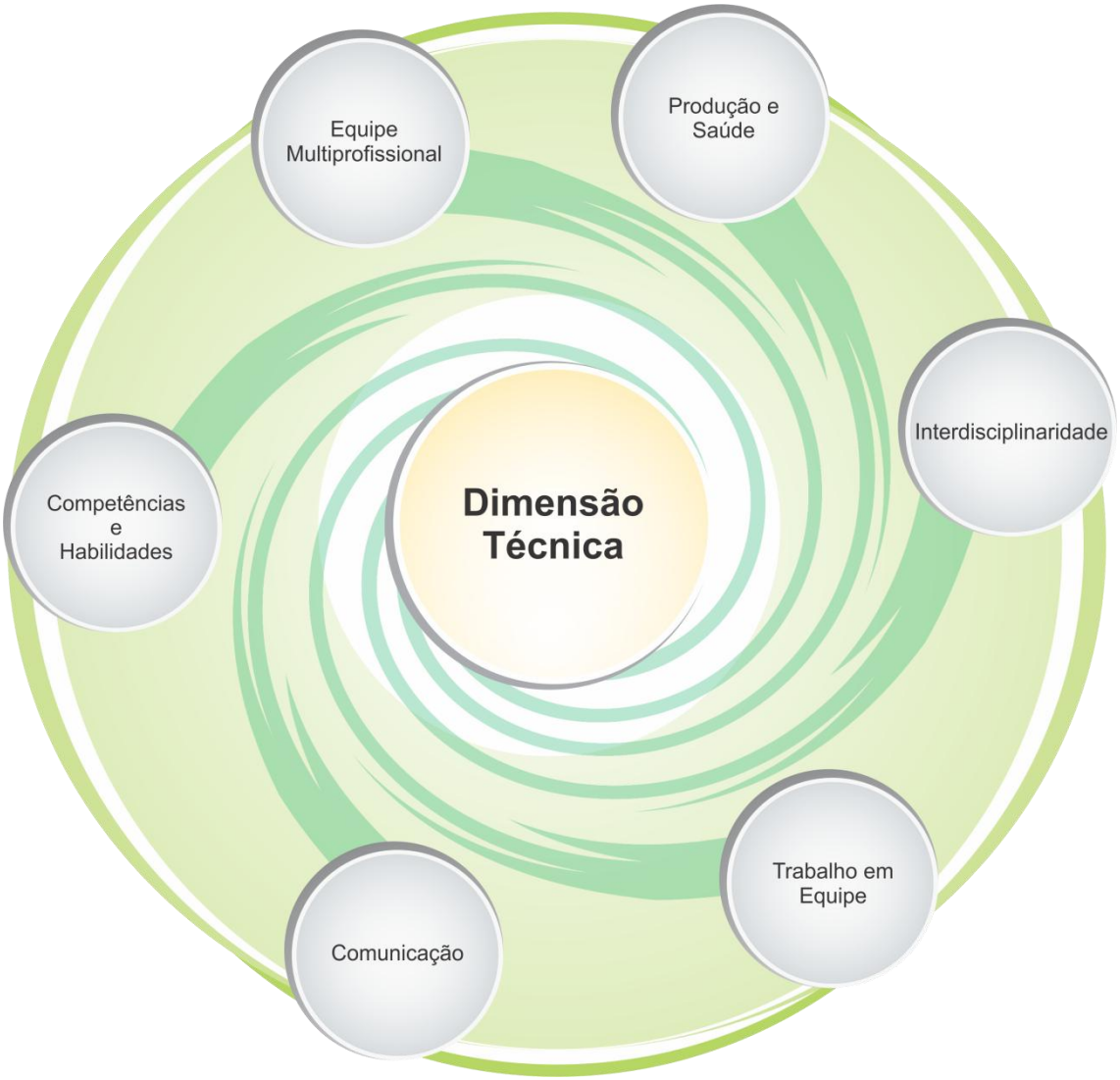


Figura 6 – Dimensão Técnica: elementos e suas inter-relações na gestão do cuidado de Enfermagem na UTI
Fonte: Dados de pesquisa, organizados pelas autoras

No aspecto multiprofissional, um dos direcionamentos mais importantes refere-se ao respeito às especificidades e atribuições profissionais de cada área. Portanto, o objetivo principal é desenvolver um trabalho integrativo em diversas especialidades, concentrando

todos os esforços de forma a garantir um atendimento humanizado, de qualidade e resolutivo ao cliente da UTI.

Como um *locus* de assistência multidisciplinar, a UTI pode ser considerada, por excelência, uma unidade complexa no que diz respeito aos procedimentos realizados por médicos e enfermeiros, além de fisioterapeutas, nutricionistas, psicólogos, entre outros. "Cada uma dessas áreas do conhecimento propõe ações de intervenções acerca do cuidado, da terapêutica e da prevenção/minimização de riscos e complicações físicas e/ou psicológicas de seus clientes" (FREITAS; OGUISSO, 2010, p. 1219).

Sob enfoque da multidisciplinaridade nas ações de cuidado, com ênfase em cada uma dessas áreas do conhecimento, o trabalho em equipe deve considerar a diversidade técnica e as especificidades entre as áreas e profissões, "as quais dizem respeito às especializações dos saberes e das intervenções, que se apresentam como múltiplas possibilidades de contribuição para a qualificação das respostas técnicas e dos serviços prestados" (BRASIL, 2011b, p. 44).

Para Pettengill e Souza (2011), é fundamental entender a equipe de trabalho de modo interdisciplinar, potencializando as ações e respeitando a competência técnica de cada um. É importante que a equipe esteja atenta e colabore para o trabalho interativo/relacional, contribuindo para o saber interdisciplinar, facilitando sempre o processo de comunicação.

A interdisciplinaridade é uma chamada para a complexidade, ao restabelecer as interdependências e inter-relações entre processos de diferentes ordens de materialidade e racionalidade. Ela tem sido definida como uma estratégia que busca a união de diferentes disciplinas para tratar um problema comum. A interdisciplinaridade pode ser vista como um processo de recomposição do saber fracionado, com a qual se postula o conhecimento ecossistêmico, sem limites para a sua completude, diante das incertezas, instabilidades, flutuações, probabilidades e possibilidades de seu potencial aplicativo às diversas áreas do saber (PHILIPPI; TUCCI; NAVEGANTES, 2000; PRIGOGINE, 2009).

Na saúde, Freitas e Porto (2006, p. 31) identificam que "a abordagem interdisciplinar é recomendada para a análise de problemas complexos com múltiplas e irredutíveis dimensões". Sob o enfoque sistêmico, "a saúde pública poderia melhor considerar as interações que continuam a ser ignoradas em várias visões e políticas de saúde orientadas pelo paradigma biomédico ou por uma visão ecológica reducionista" (FREITAS; PORTO, 2006, p. 33). Embora o paradigma cartesiano seja importante e necessário frente às práticas de cuidar em UTI, é preciso adotar também novos referenciais que concebem a saúde-doença-cuidado como algo que transcende a função biológica, indo além dos órgãos e sistemas afetados, para cuidar do cliente como um todo.

Na ação profissional, “a prática em saúde é sempre interdisciplinar, o que lhe confere uma característica integradora de conhecimento e habilidades de distintas áreas disciplinares” (BURGATTI, et al., 2013, p. 282). Nessa linha de pensamento, o trabalho da equipe multidisciplinar pode ser considerado como uma rede de suporte e apoio, que se tece de maneira interconectada possuindo como ponto centralizador o cliente, para o qual convergem todas as ações do cuidado na UTI. Por conseguinte, os profissionais/trabalhadores da UTI devem estar capacitados e qualificados para realizar um trabalho colaborativo, participativo e integrativo, em consonância aos objetivos da terapia intensiva. Assim, a partir de um modelo sistêmico de assistência interconectado com as dimensões que integram o cuidado ao cliente da UTI pode ser possível, estrategicamente, abrir espaços – social, profissional, de relações e interações, para a atuação da equipe multidisciplinar no mobilizar, potencializar energias e compartilhar ações para a produção do cuidado.

5.1.3 O enfermeiro no cuidado de enfermagem na UTI

O enfermeiro ocupa uma função importante na assistência ao cliente de alta complexidade, configura-se como ponto de apoio para a equipe nas diversas ações do cuidado e nas suas possíveis inter-relações assistenciais, gerenciais e educativas. Sua atuação também representa a interface entre as relações humanas e os recursos tecnológicos. Dessa forma, as ações envolvem elementos específicos de sua formação, competência e habilidade profissional.

Na UTI, a RDC/ANVISA nº 7 designa “um enfermeiro coordenador da equipe de enfermagem” (BRASIL, 2010, p.49, 6.14). “Os coordenadores de enfermagem e de fisioterapia devem ser especialistas em terapia intensiva ou em outra especialidade relacionada à assistência ao paciente grave, específica para a modalidade de atuação – adulto, pediátrica ou neonatal” (BRASIL, 2010, p.49, 6.14.2). A composição de “enfermeiros assistenciais: no mínimo 01 (um) para cada 08 (oito) leitos ou fração, em cada turno” (BRASIL, 2010, p.49, 6.15.3). A atuação profissional requer do enfermeiro o aprimoramento técnico-científico e a humanização no ambiente do cuidado – extensiva aos clientes, familiares e equipe, além das competência gerenciais, assistenciais e educacionais, intrinsecamente relacionadas à organização do trabalho e à produção em saúde (CHAVES; LAUS; CAMELO, 2012).

Nos cuidados intensivos, em vista da complexidade e gravidade do cliente assistido, a avaliação realizada de forma sistêmica e dinâmica por parte do enfermeiro assume

fundamental importância. Tem como objetivo verificar as instabilidades do estado de saúde dos clientes e o diagnóstico das suas necessidades de cuidados como base para a formulação de um plano assistencial direcionado às necessidades específicas de cada cliente. A função do enfermeiro intensivista é dinâmica e abrange uma rede de relações, interações e significados. O cuidado orientado pelos avanços tecnológicos requer o enfrentamento dos desafios impostos pela "necessidade de ter uma base de conhecimento técnico, científico, afetivo e social, que o capacite a perceber e refletir sobre uma grande variedade de questões, assim, como lidar de maneira eficiente com dados complexos e específicos" (CORREA; CRUZ; SILVA, 2010, p. 1106).

Para o estabelecimento de uma terapêutica adequada e imediata, o enfermeiro intensivista tem a tomada de decisão e a intervenção qualificada como instrumentos primordiais de trabalho, independentemente do ambiente ou da necessidade de equipamentos especiais. Nesse cenário, o enfermeiro tem uma função basilar e, portanto, necessita de um processo de trabalho organizado de forma sistêmica, pois é responsável pelos cuidados contínuos e intensivos aos pacientes nas 24 horas, pelo apoio aos familiares, pela gerência do cuidado e pela organização de recursos humanos, materiais e tecnológicos. Dessa forma, deve ser capaz de planejar, implementar e avaliar a qualidade dos cuidados de enfermagem e de coordenar e supervisionar o trabalho da equipe de enfermagem sob sua responsabilidade.

Pela dinâmica das ações e suas inter-relações, os enfermeiros, como líderes da equipe de enfermagem, exercem diversificadas funções na organização de um trabalho coletivo. Eles coordenam atividades que reúnem o conhecimento e as habilidades técnicas, tanto suas como dos demais profissionais de enfermagem, a fim de alcançar os objetivos assistenciais desejáveis, em consonância com os objetivos da terapia intensiva. Portanto, a enfermagem participa na assistência ao cliente crítico, desenvolvendo desde ações/atividades simples e rotineiras até atividades complexas e de auxílio à equipe multiprofissional.

5.1.4 Recursos materiais e equipamentos

A gestão de recursos materiais e equipamentos nos hospitais tem recebido maior atenção, pois junto com a infraestrutura física, recursos humanos e recursos financeiros formam a base de sustentação dos serviços hospitalares. Trata-se de um ciclo contínuo de operações correlatas e interdependentes que se constituem desde a previsão, aquisição, transporte, recebimento, armazenamento, distribuição, conservação, avaliação e controle de inventários, o que assegura ao hospital o reabastecimento racional dos materiais e

equipamentos necessários à manutenção de seu ciclo operacional (CASTILHO; GONÇALVES, 2005).

Em relação a custos hospitalares, estudo realizado por Castilho e Gonçalves (2005), identifica que o crescimento exponencial desses custos está diretamente relacionado a uma série de fatores, tais como o emprego de novas tecnologias, o crescimento da demanda, a escassez de mão de obra qualificada, acarretando baixa produtividade, a inadequada gestão das organizações, devido à incapacidade administrativa dos profissionais de saúde, à não implantação de sistemas de controle e aos desperdícios na cadeia produtiva, entre outros.

Diante da complexidade e diversidade de materiais e equipamentos utilizados na UTI, é indispensável a participação das áreas afins, como a enfermagem, a farmácia e o laboratório, entre outras, no gerenciamento dos recursos materiais, monitorando e assessorando a área administrativa nos aspectos técnicos. Assim, é possível entender todo o processo, que se inicia com a classificação, padronização, especificação técnica e a previsão desses recursos. Segundo Castilho e Gonçalves (2005), os materiais possuem diferentes **classificações**, sendo a mais comum por finalidade, tais como medicamentos, materiais médico-hospitalares, informática, higiene, entre outros. Os materiais médico-hospitalares podem ser também denominados materiais de consumo ou assistenciais.

A **padronização** de materiais é essencial dada a variedade de bens e produtos que têm a mesma finalidade técnica e indicações de uso, consistindo na determinação do produto específico para procedimentos, com o objetivo de normatizar e diminuir a diversidade de itens similares. Na padronização, devem ser considerados os aspectos relacionados aos riscos e impactos da utilização do material para os clientes, profissionais/trabalhadores e, ainda, para o ambiente. Como exemplo, podem-se citar os cateteres venosos utilizados pela enfermagem, que diferem em características, como biocompatibilidade, tempo de permanência, custo e segurança para o cliente (CASTILHO; GONÇALVES, 2005).

A **especificação técnica** compreende uma descrição minunciosa do material, pois representa, com prescisão, aquilo que se deseja adquirir. Nas instituições públicas, em vista das licitações de compra, impõe-se uma rigorosa análise do produto no que se refere às características de fabricação, utilização e desempenho técnico. Para esse detalhamento é necessário consultar os órgãos que normatizam e fazem recomendações quanto à fabricação, esterilização e uso desses materiais, tais como a ANVISA e o Ministério da Saúde (CASTILHO; GONÇALVES, 2005).

A **previsão** de materiais, ou seja, a quantidade a ser requisitada pelas unidades, pode ser determinada pelo perfil de consumo, estabelecendo-se uma cota de materiais que represente uma estimativa racional de uso (CASTILHO; GONÇALVES, 2005).

No sentido de aprimorar os sistemas de gerenciamento desses recursos, no ambiente da UTI, cabe aos profissionais de saúde, em especial ao enfermeiro, gerenciar e administrar os recursos materiais e equipamentos. De acordo com a RDC/ANVISA nº 7, "a UTI deve dispor de materiais e equipamentos de acordo com a complexidade do serviço e necessários ao atendimento de sua demanda" (BRASIL, 2010, p.50, 6.50). Dessa forma, entende-se que é de suma importância que os enfermeiros participem do processo de seleção e compra desses recursos, pois é necessário avaliar se a quantidade e a qualidade do produto condizem com as demandas da unidade e necessidades da clientela.

Dentre os equipamentos mais comuns em UTI, incluem-se os ventiladores volumétricos, que auxiliam na respiração através de um tubo endotraqueal ou traqueostomia, equipamentos de hemofiltração, de monitorização cardiovascular – eletrocardiograma, oxigenação, pressão arterial invasiva e não invasiva, temperatura e capnografia, monitorização hemodinamica invasiva – cateter de Swan-Ganz, desfibrilador, cardioversor, bombas de infusão e uma grande variedade de drogas, incluindo as drogas vasoativas, dentre outras.

Nas questões de segurança e operacionalidades dos materiais e equipamentos "devem ser mantidas na unidade instruções escritas referentes à utilização dos equipamentos e materiais, que podem ser substituídas ou complementadas por manuais do fabricante em língua portuguesa" (BRASIL, 2010, p.50, 6.52). Nesse processo, considera-se importante a participação da equipe de trabalho, a fim de conhecer os materiais e equipamentos, o manuseio correto, a identificação de problemas técnicos e operacionais, evitando desperdícios e, por extensão, o aumento do custo hospitalar, por uso indevido desses materiais.

Nesse sentido, "devem ser realizadas manutenções preventivas e corretivas nos equipamentos em uso e em reserva operacional, de acordo com periodicidade estabelecida pelo fabricante ou pelo serviço de engenharia clínica da instituição" (BRASIL, 2010, p.50, 6.55). Dessa forma, são necessários o devido controle, avaliação e normatização técnica desses recursos que estão diretamente interligados ao cuidado na UTI, com a finalidade de garantir a segurança e qualidade da assistência de enfermagem.

Pelo Regulamento Técnico "devem estar disponíveis, para uso exclusivo da UTI Adulto, materiais e equipamentos de acordo com a faixa etária e biotipo do paciente" (BRASIL, 2010, p.50, 6.56). Assim, esses recursos devem proporcionar facilidades e

interface amigável, a fim de tornar simples o seu manuseio e aplicação terapêutica, para que os mesmos possibilitem segurança, conforto e condições favoráveis para o restabelecimento da saúde e o conforto dos clientes.

5.2 Dimensão Organizacional

Organizar refere-se ao ato de reunir elementos numa configuração metodológica e funcional (HIGGINS; STEINBRUG, 2010). Dessa forma, a dimensão organizacional na UTI, frente às instabilidades, flutuações e incertezas do ambiente, envolve a auto-organização dos elementos que constituem a rede produtiva em saúde, que em conjunto buscam alcançar a eficiência, segurança e qualidade nas ações/atividades do cuidado ao cliente.

A **categoria: Dimensão Organizacional**, com as subcategorias e respectivas unidades de análise estão representadas no Quadro 10.

Quadro 10 – Resultados da Análise de Conteúdo e os principais pontos destacados nos documentos oficiais do Ministério da Saúde e sua **aderência** e/ou **antagonismo** e sua **relação com o objetivo** desta pesquisa e proposta da Tese

Categoria: Dimensão Organizacional	
Subcategorias	**Unidades de Análise**
Sistema Organizacional da UTI	4.45. (Política de Atenção ao Paciente Crítico) "estabelecer determinantes estruturais e estruturantes que sirvam como referenciais conceituais para uma real política de qualificação progressiva do atendimento prestado ao paciente crítico. São tais referenciais que normatizarão as bases de nossas estratégias de implementação e operacionalização de ações qualificadoras" (p. 42). 4.47.25. "[...]definindo metas a serem alcançadas e reorganizando o processo assistencial na busca de sua qualificação" (p. 42).
Rede Produtiva de saúde na UTI	4.47.3."[...] exige a conformação de uma rede assistencial [...] no sentido de oferecer ao usuário uma atenção qualificada e humanizada compatível com sua real necessidade, incorporando o princípio da complexidade progressiva e da linha de cuidado integral" (p. 42). 4.47.5. "a conformação de uma real rede assistencial e de uma linha de cuidado integral exige a pactuação prévia das responsabilidades assistenciais de todos os seus componentes, bem como as interfaces entre os mesmos" (p.42). 4.47.8 "introdução de novos elementos organizacionais [...] mostra-se fundamental na incorporação de redes assistenciais de complexidade progressiva para o atendimento de pacientes críticos" (p.42). 6.35.1. (Monitorização e gerenciamento de risco - a equipe da UTI deve) "definir e monitorar indicadores de avaliação da prevenção ou redução dos eventos adversos pertinentes à unidade" (p.49). 7.11. (Gestão de risco) "voltada para a qualidade e segurança do paciente engloba princípios e diretrizes, tais como a criação de cultura de segurança [...] a integração com todos os processos de cuidado e articulação com os processos organizacionais" (p.43).
Processamento das ações/atividades na UTI	3.34.4."definir protocolos clínicos, garantindo a eliminação de intervenções desnecessárias e respeitando as diferenças e as necessidades do sujeito" (p.12). 4.54.6.4. "Conhecimento das rotinas operacionais da unidade assistencial bem como da instituição de saúde como um todo, entendendo a importância deste conhecimento para a qualificação e agilização do processo assistencial intra-hospitalar ao paciente crítico/potencialmente crítico" (p.43). 4.54.4. "Descrever as rotinas/normas/regulamentos/protocolos de funcionamento das unidades assistenciais em terapia intensiva, suas interfaces com outras unidades assistenciais do hospital, estabelecendo de forma clara os fluxos assistenciais" (p.43).

	6.9. “A unidade deve dispor de registro das normas institucionais e das rotinas dos procedimentos assistenciais e administrativos realizados na unidade” (p.49): 6.49. “Os pacientes internados na UTI devem ser avaliados por meio de um Sistema de Classificação de Necessidades de Cuidados de Enfermagem recomendado por literatura científica especializada” (p.50).

Fonte: Dados da pesquisa

5.2.1 Sistema organizacional da UTI

O sistema organizacional envolve todas as atividades/serviços e tem como objetivo o alcance da missão institucional. A **Missão** representa um campo de atuação definido, os serviços/setores, tanto os atuais como os potenciais, são representados pelos propósitos. Assim, a Missão organizacional identifica o foco fundamental de sua atividade e abrange o compromisso, o encargo e o dever a cumprir (SIQUEIRA, 2001).

Para Knobel (2006, p.1921), “a missão organizacional representa uma afirmação que resume a razão de existir da organização e a sua função principal no atendimento das necessidades de uma determinada clientela”. Nesse sentido, a missão da UTI é prestar cuidados de excelência, visando à recuperação do cliente grave, por meio da monitorização constante e de recursos humanos, materiais e tecnológicos adequados, numa perspectiva sistêmica e multidimencional, ao ser humano no processo saúde-doença-cuidado.

Nessa perspectiva,“o que é mais significativo para a organização não se refere às ações individuais de um o outro serviço, mas a sua relação, a sua interconecção/integração, dentro de uma abordagem da totalidade e interdependência” (SIQUEIRA, 2001, p. 105). Assim, nos serviços de saúde existe uma multiplicidade de redes operando em conexões, em diversas direções e sentidos, construindo linhas de produção do cuidado.

As linhas do cuidado podem ser entendidas como uma forma de articulação de recursos e das práticas de produção de saúde, “orientadas por diretrizes clínicas, entre as unidades de atenção de uma dada região de saúde, para a condução oportuna, ágil e singular, dos usuários pelas possibilidades de diagnóstico e terapia, em resposta às necessidades epidemiológicas de maior relevância” (BRASIL, 2010, p. 18).

Nessa linha de pensamento, a Política de Atenção ao Paciente Crítico procura “estabelecer determinantes estruturais e estruturantes que sirvam como referenciais conceituais para uma real política de qualificação progressiva [...] tais referenciais normatizarão as bases de nossas estratégias de implementação e operacionalização de ações qualificadoras” (BRASIL, 2005, p. 42, 4.45). Dessa forma, entende-se que esse processo envolve o compromisso dos profissionais/trabalhadores com os clientes, por meio da missão,

visão, valores, descrição de procedimentos, rotinas, ações preventivas, corretivas e de melhorias contínuas.

O conjunto das ações dos diferentes grupos, norteados pela missão da Instituição Hospitalar, ao ser cumprida de "maneira interrelacionada, pode constituir-se numa verdadeira teia na qual, mutuamente, um apóia o outro e em conjunto, de maneira cooperativa e participativa, facilitam as relações e as atividades intra e inter-grupos e, assim, procuram cumprir o trabalho Institucional" (SIQUEIRA, 2001, p. 25). Para tal alinhamento é fundamental a compreensão clara da rede de valores da organização/instituição e suas relações.

Para Knobel (2006, p. 1922), "nossos valores irão modular as políticas e diretrizes que balizam os programas e projetos desenvolvidos no plano operacional da instituição". Assim, entende-se que os valores indicam a filosofia organizacional e especificam os princípios norteadores de suas ações.

Os **valores no cuidado de enfermagem na UTI** envolvem a excelência e a humanização nas relações que se estabelecem com os clientes, familiares e profissionais. Desse modo, destaca-se que o trabalho em equipe multidisciplinar, articulado entre áreas e serviços, agrega valor e produz uma assistência diferenciada. Portanto, os valores devem guiar a forma pela qual se cumpre a missão e o modo pelo qual é possível atingir a visão pretendida.

Como desdobramentos da visão de futuro do serviço e de acordo com a missão e seus valores, é possível estabelecer os objetivos estratégicos e os planos de ação. Para Knobel (2006), os objetivos estratégicos definem de maneira global e sistêmica o direcionamento do serviço, e os planos de ação especificam cada atividade operacional necessária para o alcance dos objetivos. Dessa forma, a **Visão** representa aquilo que a organização deseja alcançar no futuro. E, para conseguir seus objetivos, é necessário estar alinhada à filosofia, à cultura e aos valores, pessoais e institucionais. Assim, na definição de Siqueira (2001), as delimitações/fronteiras entre a missão e a visão são bastante difíceis de serem estabelecidas, por encontrarem-se intimamente conectadas.

Ao constituir a rede de cuidado aos clientes críticos, a visão na organização do trabalho do enfermeiro na UTI deve focalizar suas ações/atividades não somente no tratamento de doenças, mas no cuidar do ser humano e, assim, criar possibilidades para atender as demandas de prevenção, promoção, diagnóstico e reabilitação da saúde. Para atender as necessidades do cliente, a configuração de rede, na dimensão organizacional, pode ser representada, conforme os elementos da Figura 7.

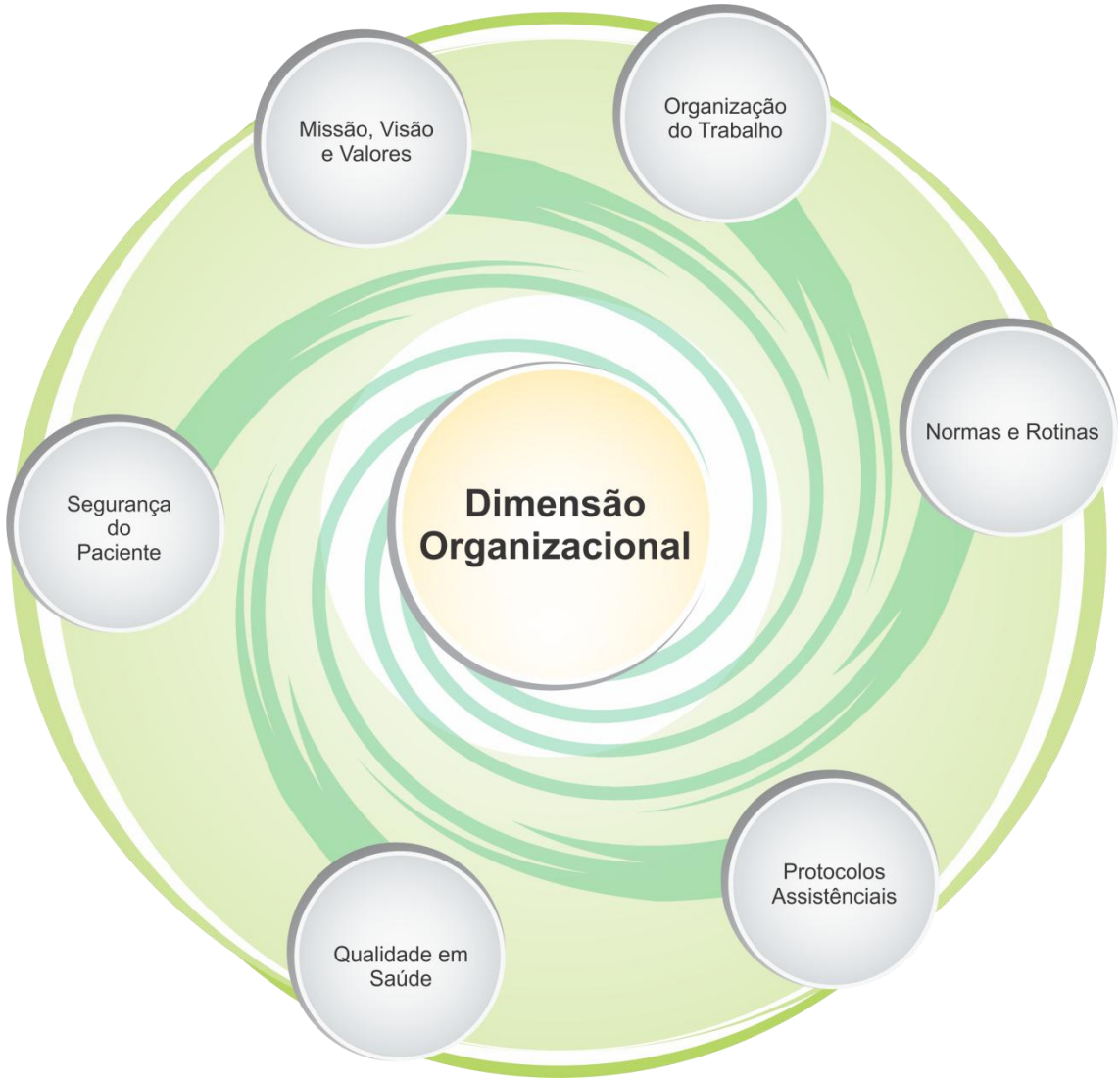


Figura 7 – Dimensão Organizacional: elementos e suas inter-relações na gestão do cuidado de Enfermagem na UTI
Fonte: Dados de pesquisa, organizados pelas autoras

Nessa óptica, a visão sistêmica possibilita compreender a organização na sua totalidade, de forma interconectada/integrada, e com todos os esforços convergindo para o mesmo sentido, "[...] definindo metas a serem alcançadas e reorganizando o processo assistencial na busca de sua qualificação" (BRASIL, 2004, p.42.4.47). Assim, o sistema organizacional se constitui como uma rede, alicerçada nos Valores, representada pela sua Missão e projetada numa Visão em busca de possibilidades.

A estrutura ou desenho organizacional exerce um papel importante na definição do processo decisório, das relações de comando e subordinação e principalmente na orientação do serviço para o atendimento das necessidades específicas de sua clientela. Segundo Knobel (2006), essa estrutura pode ser definida de duas formas, conforme os objetivos que se pretende alcançar:

- Estrutura administrativa – Visa estabelecer as relações hierárquicas entre os diversos cargos do serviço. Serve como orientação para o processo decisório, uma vez que define os instrumentos de comando e de decisão no nível operacional e estratégico.
- Estrutura funcional – O objetivo principal é estabelecer como as diversas funções – administrativas, técnicas e gerenciais – se relacionam de forma a garantir a operação adequada do serviço, orientada para atender as necessidades específicas dos clientes.

Ao definir a estrutura organizacional na UTI é importante considerar o enfoque multiprofissional como a base para a atividade assistencial. Isso reforça a importância da participação de diferentes profissionais na concepção e implantação dos processos assistenciais. Dentre os diversos benefícios da atuação interdisciplinar, podem-se destacar: maior participação e melhor integração entre os profissionais de saúde; melhor compreensão dos problemas *in loco*, prioridades e resoluções; maior eficiência e efetividade nas decisões clínicas; condições para o desenvolvimento de novas habilidades e competências por meio de discussões científicas, protocolos e guias de condutas; melhor definição dos indicadores de desempenho e o atendimento às diversas necessidades específicas dos clientes (KNOBEL, 2006).

Dentro desse mesmo raciocínio, o sistema de gestão na UTI deve ser sistêmico e respeitar diversos fundamentos, como qualidade centrada no cliente, foco nos resultados, comprometimento da alta administração, visão de futuro, valorização dos profissionais/trabalhadores, ação pró-ativa e aprendizado permanente (KNOBELL, 2006).

Dessa forma, é possível analisar e compreender a organização/instituição como um sistema integrado, ou seja, um conjunto de elementos conectados de modo a formar um todo organizado, voltado para a geração de resultados. Essa conformação, ancorada nas organizações de aprendizagem – *Learning Organizations,* tem o conhecimento como principal recurso estratégico e a aprendizagem como principal processo de aquisição e produção de novos conhecimentos na organização (SENGE, 2009).

Para se tornar uma organização em permanente processo de aprendizagem, segundo Senge (2009), é necessário compreender e trabalhar com as cinco disciplinas. A primeira diz respeito ao **domínio pessoal** – significa aprender a expandir as capacidades pessoais para obter os resultados desejados e criar ambientes que estimulem os profissionais/trabalhadores a alcançar os objetivos estabelecidas. A segunda são os **modelos mentais** – consiste em refletir, esclarecer e melhorar a imagem que cada um tem do seu contexto, a fim de moldar

seus atos e decisões. A terceira é a **visão compartilhada** – permite o engajamento do grupo em relação ao futuro que se procura criar e elaborar os princípios e as diretrizes que permitirão que esse futuro seja alcançado. A quarta é o **aprendizado em equipe** – capaz de transformar as aptidões coletivas ligadas ao pensamento e à comunicação, de maneira que grupos de pessoas possam desenvolver inteligência e capacidades maiores do que a soma dos talentos individuais. E a quinta o **pensamento sistêmico** – possibilita um novo modo de pensar, descrever, compreender e analisar as forças/energias e inter-relações que norteiam o comportamento dos sistemas, permitindo uma maior eficácia e um agir coerente com os processos do contexto natural, social, cultural, econômico, político e organizacional (SENGE, 2009).

De acordo com os princípios das cinco disciplinas, é necessário investir nos trabalhadores/clientes internos, maior bem da organização, oportunizando uma aprendizagem contínua, para que possam satisfazer as suas necessidades pessoais e profissionais, traçando as melhores estratégias no coletivo para encontrar as soluções que venham ao encontro das necessidades dos clientes e profissionais/trabalhadores (SIQUEIRA, 2001; SENGE, 2009).

Dessa forma, as organizações/instituições, cada vez mais conscientes de que seu sucesso é determinado pela capacitação e qualificação de seus profissionais/trabalhadores, passaram a atribuir maior relevância à gestão participativa como estratégias de aprendizagem (MEDEIROS, et al., 2010). Essa configuração gerencial busca promover não somente a atualização e transmissão de novos conhecimentos, mas orienta a sua ação em direção à mobilização do potencial criativo dos sujeitos na busca de um fazer diferente, criativo e inovador/transformador, capaz de operar novos saberes/conhecimentos no cotidiano de trabalho elaborados no coletivo.

Nessa direção, a dimensão organizacional do cuidado exige a incorporação nos processos gerenciais de conhecimentos, atitudes e ações tanto de cunho racional como do sensível para alcançar resultados efetivos e satisfatórios (HAUSMANN; PEDUZZI, 2009).

A partir dessas concepções, para gerenciar o cuidado na UTI, os enfermeiros necessitam criar possibilidades de um fazer diferente, que pode ser partilhado, corresponsabilizado e descentralizado. Do mesmo modo, a forma participativa de gerenciar requer dos mesmos uma visão ampliada e flexível, constituindo-se, assim, em um estilo dinâmico, interativo e aberto que gera oportunidades, libera potencialidades, cria iniciativa pessoal e coletiva do grupo de trabalho nas ações do cuidado (MEDEIROS, et al., 2010).

Portanto, o pensar, o planejar e o gerenciar resultam de um processo interativo, e as estratégias de gestão são ações que criam possibilidades de gerenciar os processos de trabalho

em saúde em novas direções, inovadoras e democráticas, num todo interdependente, interconectado. Assim, a gestão do trabalho em saúde não pode ser considerada, simplesmente, uma questão técnica e organizacional, já que envolve mudanças nas relações, nos processos, nos atos de saúde e, principalmente, nas pessoas.

No ambiente da UTI, diante da complexidade, instabilidades, flutuações e incertezas, que se processam de maneira constantes e dinâmicas, as disciplinas apontadas por Senge são capazes de auxiliar na organização do processo assistencial como um todo interconectado/integrado. Essa forma de pensar possibilita compreender a auto-organização das ações/atividades, dos profissionais/trabalhadores, interligados à rede sistêmica de produção em saúde.

5.2.2 Rede produtiva de saúde na UTI

No campo das políticas públicas, comprometidas em oferecer acesso equânime ao conjunto de ações e serviços de saúde, a organização do sistema em rede possibilita a construção de vínculos de solidariedade e cooperação. Nesse processo, o desenvolvimento das Redes de Atenção à Saúde é reafirmado como estratégia de reestruturação do sistema de saúde tanto no que se refere à sua organização, quanto na qualidade e impacto da atenção prestada, e representa o acúmulo e o aperfeiçoamento da política de saúde com aprofundamento de ações efetivas para a consolidação do SUS como política pública voltada para a garantia de direitos constitucionais de cidadania (BRASIL, 2010c). Portanto, um dos objetivos do Ministério da Saúde é garantir a atenção à saúde da população de forma equitativa, integral, humanizada e de qualidade por meio da formulação e implementação de políticas de saúde.

As Redes de Atenção à Saúde são definidas como arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que, integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado (BRASIL, 2010c). Nesse sentido, o "Sistema de Atenção à Saúde deve contemplar a integralidade da necessidade do usuário/cidadão, garantindo a responsabilidade deste sistema sobre o processo assistencial como um todo" (BRASIL, 2005, p. 42, 4.47.1). Assim, entende-se que o processo assistencial pressupõe uma resposta global dos profissionais/trabalhadores envolvidos no cuidado, superando as respostas fragmentadas. Portanto, o conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, deve abranger a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde.

Nessa lógica, a proposta para a área de Terapia Intensiva vem sendo construída de forma a responder às dificuldades históricas, quais sejam

> superlotação dos prontos-socorros, insuficiência de leitos de retaguarda para pós-operatório, falta de alternativa de internação hospitalar para pacientes semi-críticos, precariedade da regulação de leitos, carência de recursos humanos qualificados e, ainda, processo assistencial – padronização, acompanhamento e avaliação das ações, sem a devida incorporação à prática cotidiana nessas unidades (BRASIL, 2003).

Frente a essas questões, o envelhecimento populacional, os clientes que sobrevivem a doenças previamente fatais que se tornam crônicos e gravemente enfermos são desafios para a sustentabilidade entre oferta de serviços e uso racional de recursos (FERNANDES, et al., 2011). Além disso, os motivos envolvidos com a internação dos clientes em UTI, tais como doenças degenerativas, doenças neurológicas, cardíacas e renais, acidentes automobilísticos, violência, entre outros, apresentam relação direta com o ecossistema no qual os mesmos encontram-se inseridos.

Segundo a Organização Mundial da Saúde – OMS, cerca de um quarto de todas as doenças e mortes que ocorrem no mundo pode ser atribuído a fatores relacionados ao ambiente. Os que interferem no processo saúde/doença podem ser atribuídos à água imprópria para consumo, ao saneamento e higiene deficientes, à poluição do ar em espaços abertos e fechados, aos riscos ocupacionais, aos acidentes automobilísticos, às mudança climática, às perversas práticas de uso do solo e de gestão dos recursos do ecossistema (OMS, 2008).

No processo saúde/doença, as flutuações, instabilidades e desequilíbrios nos ecossistemas, ocasionados por diversos fatores, podem gerar mudanças no contexto social, biológico, psicológico e espiritual do viver humano, e, assim, repercutir em padrões de adoecimento, caracterizando o elevado índice de algumas morbimortalidades (ZAMBERLAM et al., 2010).

Esse pensamento vem ao encontro da visão hipocrática, que apresenta a saúde como um estado de equilíbrio dinâmico inter-relacionado às influências do ambiente, modos de vida e vários componentes da natureza humana. Assim, diante das flutuações e instabilidades do viver humano, evidencia-se a necessidade de os serviços de saúde e seus profissionais/trabalhadores acompanharem as transformações que ocorrem no ambiente e que podem interferir/perturbar a saúde do ser humano, considerando que o modo de viver e suas características próprias influenciam e são influenciados pelos seus aspectos constituintes. Esses aspectos encontram-se interligados pelos princípios ecossistêmicos da circularidade,

interdependência, cooperação e influência mútua entre as partes que compõem o todo entre si.

Ao se retomar o conceito de saúde apresentado na introdução deste trabalho, alicerçado na VIII Conferência Nacional de Saúde (BRASIL, 1986), que apresenta um conceito de saúde sistêmico, entendido como produto de múltiplos determinantes, tais como educação, trabalho, meio ambiente, habitação, alimentação, acesso aos serviços de saúde, dentre outros promotores de saúde, surge o seguinte questionamento:

O que fazer para minimizar a ocorrência dos agravos à saúde do ser humano, ao invés de maiores investimentos em leitos de UTI e, ainda, sujeitá-lo a tecnologias, procedimentos e terapêuticas cada vez mais invasivas e agressivas?

As políticas de saúde, por sua vez, tendem a buscar alternativas para enfrentar e responder a esses desafios, "considerando o aumento da complexidade do atendimento das afecções orgânicas, o aumento do custo do atendimento relacionado ao avanço da tecnologia, a necessidade de controle da qualidade dos serviços oferecidos, os dilemas éticos complexos e o acesso aos serviços de saúde" (CORREA; CRUZ; SILVA, 2010, p. 1105-06).

Por outro lado, o Ministério da Saúde, a partir de uma perspectiva sistêmica de atenção à saúde, vem discutindo a importância de assistir os clientes agudamente enfermos não apenas nas UTIs, mas também em outras unidades e serviços hospitalares. Dessa forma, ao integrar as demandas vinculadas direta ou indiretamente ao atendimento desses clientes, na rede de cuidados, necessita incluir outros serviços e unidades de atenção à saúde, tais como as unidades de urgência/emergência, os serviços de apoio e as demais unidades correlacionadas do hospital – como as enfermarias, o centro obstétrico, centro cirúrgico, sala de recuperação pós-anestésica, dentre outras unidades e serviços, capazes de responder de forma rápida, qualificada e integrada às ações do processo assistencial em seus diferentes níveis de complexidade (BRASIL, 2005).

Nessa perspectiva, o sistema de atenção ao cliente da UTI "[...] exige a conformação de uma rede assistencial [...] no sentido de oferecer ao usuário uma atenção qualificada e humanizada compatível com sua real necessidade, incorporando o princípio da complexidade progressiva e da linha de cuidado integral" (BRASIL, 2005, p. 42, 4.47.3). Nessa linha de pensamento, o cuidado integral, qualificado e humanizado, que envolve a incorporação de tecnologias e a especialização técnica dos profissionais/trabalhadores, necessita superar o modelo biomédico nas ações de saúde, cujo enfoque está na doença. É preciso transcender a função biologicista linear e fragmentada desse processo, indo além dos sistemas afetados

pelas perturbações e instabilidades biofisiológicas, para cuidar do cliente como um todo interligado e interdependente.

Para dar conta das múltiplas dimensões do cuidado "a conformação de uma real rede assistencial e de uma linha de cuidado integral exige a pactuação prévia das responsabilidades assistenciais de todos os seus componentes, bem como as interfaces entre os mesmos" (BRASIL, 2005, p.42, 4.47.5). Assim, considera-se que a visão sistêmica do ambiente da UTI possibilita compreender essa rede de assistência e cuidado como um conjunto de elementos interconectados (SIQUEIRA, 2001, CAPRA, 2006). Nessa perspectiva, é possível distinguir a inter-relação de todos os elementos integrantes dessa rede produtiva – os profissionais/trabalhadores, os clientes, os familiares, os serviços de apoio e as demais conexões que constituem o sistema de saúde.

No processo produtivo, a "introdução de novos elementos organizacionais [...] mostra-se fundamental na incorporação de redes assistenciais de complexidade progressiva para o atendimento de pacientes críticos" (BRASIL, 2005, p.42, 4.47.8). Na UTI, a rede produtiva pode ser configurada pelos elementos físicos – área física, recursos materiais, equipamentos, fluxogramas de processos de trabalho, metodologias, sistemas de informações, e pelos elementos sociais – equipes multiprofissionais, conhecimento, informação e comunicação, que, de forma interdependente, se inter-relacionam e buscam produzir saúde (SVALDI; SIQUEIRA, 2010).

Sendo a UTI um ambiente complexo de cuidados e de intenso dinamismo, que congrega as ações/atividades de diferentes profissionais, há necessidade de uma estrutura organizacional adequada para o desenvolvimento de uma assistência especializada e segura ao cliente. Nesse sentido, a gestão de risco "voltada para a qualidade e segurança do paciente engloba princípios e diretrizes, tais como a criação de cultura de segurança [...] a integração com todos os processos de cuidado e articulação com os processos organizacionais" (BRASIL, 2013, p.43, 7.11).

O termo "segurança do paciente" foi definido por Zambon, Daud-Gallotti, Novaes (2010) como redução dos atos inseguros nos processos assistenciais e o uso de melhores práticas de forma a alcançar os melhores resultados possíveis para o paciente. A Portaria nº 529 (BRASIL, 2013), que institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente – PNSP, preconiza os seguintes conceitos:

- **Segurança do Paciente** – redução, a um mínimo aceitável, do risco de dano desnecessário associado ao cuidado de saúde.

- **Dano** – comprometimento da estrutura ou função do corpo e/ou qualquer efeito dele oriundo, incluindo-se doenças, lesão, sofrimento, morte, incapacidade ou disfunção, podendo, assim, ser físico, social ou psicológico.
- **Incidente** – evento ou circunstância que poderia ter resultado, ou resultou, em dano desnecessário ao paciente.
- **Evento adverso** – incidente que resulta em dano ao paciente.
- **Cultura de Segurança** – configura-se a partir de cinco características operacionalizadas pela gestão de segurança da organização: 1) cultura na qual todos os trabalhadores, incluindo profissionais envolvidos no cuidado e gestores, assumem responsabilidade pela sua própria segurança, pela segurança de seus colegas, pacientes e familiares; 2) cultura que prioriza a segurança acima de metas financeiras e operacionais; 3) cultura que encoraja e recompensa a identificação, a notificação e a resolução dos problemas relacionados à segurança; 4) cultura que, a partir da ocorrência de incidentes, promove o aprendizado organizacional; 5) cultura que proporciona recursos, estrutura e responsabilização para a manutenção efetiva da segurança.
- **Gestão de risco** – aplicação sistêmica e contínua de iniciativas, procedimentos, condutas e recursos na avaliação e controle de riscos e eventos adversos que afetam a segurança, a saúde humana, a integridade profissional, o meio ambiente e a imagem institucional.

Embora a preocupação com a segurança do paciente não seja recente, o enfoque vem se modificando e incluindo novos desafios na redução dos riscos e aumento da segurança dos pacientes e, também, dos profissionais/trabalhadores nas instituições de cuidados à saúde.

No atendimento à saúde,

> embora as intervenções terapêuticas seja realizadas no intuito de melhorar as condições de saúde e aliviar o sofrimento dos pacientes, o fato é que a natureza complexa do atendimento e do sistema em que ocorre pode causar ou tem o potencial de causar danos, além daqueles gerados pela própria doença (TOFFOLETTO; SILVA; PADILHA, 2010, p. 1174).

A segurança do cliente na UTI é indissociável do processo de trabalho desenvolvido na unidade, alinhado ao adequado dimensionamento e alocação dos recursos humanos, dos processos de capacitação profissional, do uso de protocolos assistenciais, dos indicadores de qualidade, que integram a rede de produção em saúde. A análise desses processos pode apontar a existência de falhas nas barreiras de proteção que podem extrapolar o profissional diretamente envolvido na assistência à beira do leito. Portanto, a revisão sistemática do

processo assistencial e a identificação de problemas permite diagnosticar as fragilidades e direcionar medidas proativas de prevenção de riscos.

As questões relacionadas ao risco e à segurança dos clientes, sejam elas por erro dos profissionais de saúde, negligência, imprudência e/ou imperícia, demandam que as instituições/organizações identifiquem as ocorrências de eventos adversos à clientela, por meio de instrumentos avaliativos, visando a melhorias nos processos operacionais (OLIVEIRA, 2011).

Diante das responsabilidades técnicas, éticas e legais dos profissionais envolvidos, a segurança do cliente tem sido preocupação mundial, para minimizar os eventos que possam prejudicá-lo. A compreensão de que os sistemas falham e permitem que as falhas dos profissionais se propaguem, atingindo os clientes e causando eventos adversos, permite à instituição hospitalar rever os seus processos, estudar e reforçar suas barreiras de defesa e as falhas latentes, que estão presentes nos locais de trabalho e que tornam o sistema flutuante, instável e suscetível a erros (TOFFOLETTO; SILVA; PADILHA, 2010).

Na avaliação da estrutura e do processo, a **acreditação hospitalar** é uma atividade que contribui para o aumento da segurança das instituições de saúde. Grande parte dos padrões dos manuais de acreditação está diretamente relacionada com a segurança, abordando questões como o uso racional de medicamentos, controle de infecção hospitalar, cirurgia e anestesia seguras, controle de reações transfusionais, avaliação da contenção e do isolamento, avaliação das competências dos profissionais, segurança contra incêndio, manutenção de equipamentos médicos, gestão de emergências e segurança. Esses padrões incluem também a avaliação de eventos adversos, a prevenção de danos acidentais, bem como a análise e redesenho de sistemas vulneráveis nas instituições de cuidado de saúde (OLIVEIRA, 2011).

Com base nos princípios de Donabedian (2003) a avaliação da qualidade do cuidado configura-se em três eixos. Na **estrutura** estão as alterações decorrentes de processos de acreditação nos hospitais, onde vários padrões incidem sobre a segurança do ambiente, a padronização de procedimentos, com consequente alteração na organização do trabalho dos profissionais de saúde – protocolos, a criação de comitês de qualidade e gerenciamento de risco, entre outras. No **processo**, as ações incluem a adoção de diretrizes clínicas, contribuindo para segurança na tomada de decisão. As diversas ações implementadas na estrutura e no processo influenciam diretamente os **resultados** aumentando a efetividade.

Como atributos da qualidade, nos serviços de saúde, a *Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations* – JCAHO (2001) preconiza como valores: adequação da assistência e do tempo de atendimento às necessidades do cliente, planejamento

organizacional, continuidade da assistência e respeito aos valores individuais e sociais, assim como a segurança dos pacientes, familiares e profissionais de saúde.

Ao considerar o conceito de qualidade em saúde, Donabedian (2003) descreve os sete pilares da qualidade: 1) a **eficácia** diz respeito ao oferecimento do melhor em saúde, sob as condições mais favoráveis; 2) a efetividade é o resultado de melhora alcançada; 3) a **eficiência** é a capacidade de se obter o máximo de melhora, levando em consideração o menor custo; 4) a otimização diz respeito ao custo-benefício; 5) a **aceitabilidade** refere-se à adaptação do cliente ao cuidado, e está relacionada com as variáveis de acesso, relação profissional-cliente, comodidade do tratamento, preferências do cliente em relação à efetividade do tratamento e custo do cuidado; 6) a **legitimidade** é relativa ao nível social, que interfere na percepção individual sobre o cuidado; 7) a **equidade** é o fator que determina a distribuição de cuidados de acordo com as necessidades da clientela.

Assim, percebe-se que qualidade é um processo dinâmico, interligado aos vários componentes que ultrapassam as demandas de recursos humanos, materiais, organizacionais e processuais. Portanto, como valor subjetivo, a qualidade se concretiza por meio das relações e das atitudes dos profissionais, passando a exigir destes criticidade, comprometimento e responsabilidade profissional, não apenas no seu fazer, mas no gerir resultados produtivos.

Em busca de uma assistência de qualidade, no gerenciamento de risco, a equipe da UTI deve "definir e monitorar indicadores de avaliação da prevenção ou redução dos eventos adversos pertinentes à unidade" (BRASIL, 2010, p.49, 6.35.1). Os indicadores, definidos como unidade de medida de uma atividade, medem aspectos quantitativos e qualitativos relacionados à estrutura, ao processo e aos resultados dos serviços de saúde, podendo ser utilizados como guia para monitorizar e avaliar a qualidade dos serviços prestados aos clientes e das atividades dos serviços de apoio (TOFFOLETTO; SILVA; PADILHA, 2010).

Existem vários indicadores de qualidade preconizados por diferentes organizações que avaliam a qualidade do cuidado de enfermagem, e levam em consideração a estrutura, processo e resultados. A American Nurses Association – ANA (2008) define os seguintes indicadores: queda de pacientes, queda de pacientes com consequências, grau de consequências da queda, índice de úlceras por pressão na admissão, índice de úlceras por pressão adquiridas durante a hospitalização, satisfação da equipe de enfermagem com o trabalho, horas por paciente/dia – carga de trabalho, satisfação do paciente com o gerenciamento da dor, horas de treinamento, flebite relacionada a acesso venoso periférico.

Na enfermagem, a Resolução 293/2004 (COFEN, 2004) refere os seguintes indicadores de qualidade: sistematização da assistência de enfermagem – SAE, taxa de

ocorrência de incidentes – iatrogenias e eventos adversos, anotações de enfermagem quantificando e qualificando as ocorrências, taxa de absenteísmo, a existência de normas e padrões de assistência, entre outros.

Para Venturi (2009), dentre os critérios para a escolha dos indicadores de qualidade, na avaliação do cuidado de enfermagem, deve-se levar em conta a realidade a ser avaliada, bem como a facilidade do desenvolvimento de indicadores que respondam às falhas percebidas pela equipe, que interferem direta ou indiretamente nos resultados do cuidado. Esses instrumentos devem ser passíveis de comparação, permitindo o estabelecimento de metas e intervenções para alcance da excelência do cuidado de enfermagem.

Em relação à avaliação, a RDC/ANVISA nº 7 determina que devem ser monitorizados, no mínimo, os seguintes indicadores: taxa de mortalidade absoluta e estimada; tempo de permanência na UTI; taxa de reinternação em 24 horas; densidade de incidência de pneumonia associada à ventilação mecânica; taxa de utilização de ventilação mecânica; densidade de incidência de infecção primária da corrente sanguínea relacionada ao acesso vascular central e taxa de incidência de infecções do trato urinário, relacionada ao cateter vesical (BRASIL, 2010).

Assim, entende-se que a utilização de indicadores no cuidado ao cliente da UTI(,) é capaz de monitorar os eventos adversos, identificando a prevalência de infecções relacionadas à assistência à saúde – IRAS. Portanto, o uso de diferentes indicadores, como instrumentos de gestão no cuidado de enfermagem na UTI, possibilita a avaliação do processo assistencial, podendo contribuir para a implementação de ações preventivas e corretivas que possam garantir assistência segura e de qualidade ao cliente.

5.2.3 Processamento das ações operacionais na UTI

O processo assistencial em saúde diz respeito ao modo como são organizadas as ações de atenção à saúde, envolvendo os aspectos técnicos, normativos e assistenciais. Configura-se como uma forma de organização e articulação entre os diversos recursos físicos, tecnológicos e humanos disponíveis para enfrentar e resolver os problemas de saúde de um determinado contexto (BRASIL, 2010c).

No processo assistencial, o referencial biomédico serve de base para a compreensão dos aspectos biológicos do adoecer, mas essa visão deve ser complementada com referenciais próprios da enfermagem, tais como necessidades e respostas humanas. Assim, a complexidade do processo saúde/doença deve ser compreendida a partir da visão sistêmica e

multidimensional do ser humano como um todo, e não apenas no sentido da doença ou problema de saúde.

A prática do enfermeiro envolve a aplicação do conhecimento técnico-científico e sua interface com as variáveis que afetam a situação de saúde do cliente e a complexidade do cuidado. Assim, o processo assistencial pode ser configurado de acordo com as características do serviço, da clientela e da equipe de trabalho. E, como instrumento gerencial, auxilia no planejamento e sistematização das ações da equipe de enfermagem, contribuindo, também, para a credibilidade e visibilidade da enfermagem.

Nesse sentido, o enfermeiro deve buscar novos instrumentos para organização do trabalho, de modo a promover a qualidade da assistência de enfermagem, além de favorecer a utilização adequada de recursos humanos e materiais para atender as necessidades apresentadas pela clientela. O processo assistencial, com base no enfoque multiprofissional e interdisciplinar, exige do profissional de enfermagem o domínio de saberes intercomplementares, tais como anatomia, fisiologia, farmacologia, biossegurança, dentre outros. E agrega saberes relacionados com agravos à saúde do cliente, avanços tecnológicos do cuidado, peculiaridades do grupo etário assistido, bem como domínio teórico e prático específicos da profissão de enfermagem em sua área de atuação.

De acordo com a RDC/ANVISA nº 7, os clientes internados em UTI devem receber assistência integral e interdisciplinar. Esse processo necessita avaliar as condições clínicas do cliente, bem como descrever os procedimentos e protocolos implementados no seu tratamento. Dessa forma, a evolução do estado clínico, as intercorrências e os cuidados prestados devem ser registrados pelas equipes médica, de enfermagem e de fisioterapia, atendendo as regulamentações dos respectivos conselhos de classe profissional e normas institucionais. Essa normatização também se aplica às demais atividades assistenciais, prestadas por outros profissionais da equipe multidisciplinar, tais como a nutrição, farmácia, psicologia, fonoaudiologia, odontologia, terapia ocupacional, dentre outras (BRASIL, 2010).

A estrutura normativa visa “descrever as rotinas/normas/regulamentos/protocolos de funcionamento das unidades assistenciais em terapia intensiva, suas interfaces com outras unidades assistenciais do hospital, estabelecendo de forma clara os fluxos assistenciais” (BRASIL, 2005, p.43, 54.4). Na UTI, a importância de criar rotinas e desenvolver protocolos está em diminuir a variabilidade na execução das atividades, aumentar sua eficiência, facilitar sua compreensão por toda a equipe e, assim, permitir que os resultados possam ser alcançados, avaliados e, continuamente, melhorados (RÉA-NETO et al., 2010).

Pela RDC/ANVISA nº 7, a UTI "deve dispor de registro das normas institucionais e das rotinas dos procedimentos assistenciais e administrativos realizados na unidade" (BRASIL, 2010, p.49, 6.9.). Essa Resolução determina que essa padronização deve ser elaborada em conjunto com os setores envolvidos na assistência ao paciente grave, no que for pertinente, em especial com a Comissão de Controle de Infecção Hospitalar –CCIH. Designa que sua efetivação necessita da aprovação e assinatura do Responsável Técnico pela UTI, bem como dos coordenadores de enfermagem e de fisioterapia. A revisão deverá ser anual e sempre que houver a incorporação de novas tecnologias. A normatização deve ser disponibilizada para todos os profissionais da unidade (BRASIL, 2010).

A normatização na UTI pode ser entendida como um processo que serve para orientar a assistência de enfermagem. Assim, a finalidade das normas, rotinas e protocolos é melhorar a qualidade de execução do trabalho desenvolvido na parte assistencial, mantendo um padrão técnico-operacional, realizado diariamente pelos profissionais de enfermagem.

A padronização das atividades gerenciais e assistenciais nos serviços de saúde é uma exigência legal da ANVISA, o que a torna uma obrigatoriedade, além de uma necessidade institucional. A sua implantação garante a padronização e uniformidade das atividades, objetivando garantir índices de segurança e qualidade de práticas assistenciais e gerenciais no atendimento ao cliente e no desempenho profissional, não só do serviço de enfermagem, mas de todos os serviços de saúde (BRASIL, 2010). Além disso, as conformidades/desvios eventuais têm condições de serem corrigidos/adequados ao padrão usual, pois minimizam a ocorrência de desvios na execução dos procedimentos, propiciando o aumento da previsibilidade de seus resultados e diminuindo as variações causadas por imperícia ou adaptações aleatórias

Para compreender a estrutura normativa do trabalho de enfermagem na UTI, de acordo com a RDC/ANVISA nº 7 (BRASIL, 2010), consideram-se os seguintes elementos:

Normas – são entendidas como princípios de ação, preceitos e regras que se estabelecem como base a ser seguida. Assim, na UTI, o sistema normativo define o conjunto de regras ou instruções para fixar procedimentos e métodos que são utilizados no desenvolvimento das ações/atividades da equipe de enfermagem.

Rotinas – compreendem a descrição metodológica para a realização de uma atividade ou operação, envolvendo, geralmente, mais de um profissional. Essa forma operacional(,) favorece o planejamento e racionalização da atividade, evita improvisações, na medida em que define com antecedência os profissionais envolvidos no processo, propiciando-lhes capacitar suas ações/atividades e eliminar ou minimizar os erros. Na UTI, permite a

continuidade das ações desenvolvidas pela equipe de enfermagem, além de fornecer subsídios para a avaliação no plano de cuidados.

Procedimento – descrição detalhada e sequencial de como uma atividade deve ser realizada. O procedimento, ao contrário da rotina, geralmente é uniforme para toda a organização, pois está baseado em princípios científicos e, assim, não se modifica, independentemente de quem o realiza.

Dessa forma, o **Procedimento Operacional Padrão** – POP é uma descrição detalhada de todas as operações necessárias para a realização de uma atividade. Eles são desenvolvidos para descrever cada passo crítico e sequencial, de modo a garantir o resultado esperado de um mesmo cuidado realizado por diferentes profissionais. Um POP se diferencia de uma rotina convencional, pois deve apresentar um estrutura mínima, composta por: objetivo, responsabilidade, procedimento técnico, material necessário, ação corretiva e cuidados especiais (GUERRERO; BECCARIA; TREVIZAN, 2008).

Na assistência de enfermagem na UTI, os POPs têm como finalidade padronizar e minimizar a ocorrência de desvios na execução de procedimentos fundamentais na prática diária, possibilitam melhorar a qualidade da assistência e servem como um instrumento para a Sistematização da Assistência de Enfermagem – SAE.

Protocolo – é um plano exato e detalhado para o estudo de um problema de saúde humana, para a implementação de esquema terapêutico resultando na sistematização da assistência, maximizando o potencial humano e reduzindo os custos. Os protocolos clínicos são recursos de tecnologia em saúde classificados como lógicos ao lado dos recursos humanos, físicos ou materiais.

O protocolo é uma forma consensual de realizar as ações/atividades. Assim, pode ser usado para padronizar tanto as ações administrativas quanto clínicas, estas, por exemplo, podem ser desde um protocolo de admissão e alta da UTI até um protocolo de desmame da ventilação mecânica (RÉA-NETO et al., 2010).

De acordo com uma das diretrizes para a implementação da PNH, nos diferentes níveis de atenção, é necessário "definir protocolos clínicos, garantindo a eliminação de intervenções desnecessárias e respeitando as diferenças e as necessidades do sujeito" (BRASIL, 2004, p.12, 3.34.4). Assim, o uso de protocolos pelos profissionais/trabalhadores da saúde possibilita sistematizar a assistência de forma organizada, visando o alcance de resultados eficazes as necessidades da clientela.

Dessa forma, entende-se que o uso de protocolos na UTI envolve uma remodelagem, uma nova forma de pensar e agir sem *engessar* o cuidado de enfermagem, pois, frente aos

agravos da doença, os clientes são singulares, e o restabelecimento de sua saúde é resultante de diversos processos que envolvem o ser humano, em suas múltiplas dimensões. Portanto, é importante permitir que pequenos ajustes e adaptações possam ser feitas, dependendo da avaliação das necessidades de saúde do cliente.

Nesse processo, a organização do trabalho na UTI encontra-se cercada por tecnologias, normas, rotinas e procedimentos de alta complexidade que passam a exigir dos profissionais/trabalhadores, e em especial do enfermeiro, o aprimoramento contínuo do conhecimento técnico-científico e da atenção às necessidades da clientela, sem perder a centralidade e a sensibilidade das ações do cuidado (MEDEIROS, 2007). Assim, entende-se que a descrição padronizada das condutas na UTI orienta o processo assistencial em direção aos princípios de ação e amplia o sistema de informações.

Nesse sentido, avaliar, planejar e comunicar são processos presentes no cotidiano de trabalho na UTI, necessários para qualquer ação ou decisão. Por conseguinte, a informação, além de ser uma ferramenta para o planejamento e avaliação em saúde, é também considerada uma estratégia para a análise das ações na organização do trabalho (MEDEIROS, et al., 2010).

Como metodologia para a organização, planejamento e avaliação do cuidado de enfermagem, a Sistematização da Assistência de Enfermagem – SAE é um processo dinâmico, que demanda raciocínio clínico para analisar, avaliar e tomar decisões acerca das condutas. O processo abrange todo o planejamento registrado da assistência, desde a criação e implementação do manual de normas e rotinas, até a adoção do Processo de Enfermagem – PE. Assim,

> organiza o trabalho profissional quanto ao método, pessoal e instrumentos, tornando possível a operacionalização do Processo de Enfermagem; enquanto que o Processo de Enfermagem (PE) é um instrumento metodológico que orienta o cuidado profissional de Enfermagem e a documentação da prática profissional (COFEN, 2009, p.1).

A Resolução COFEN 358 preconiza o cumprimento legal do dever do enfermeiro e também do direito do cliente de ter seus problemas de enfermagem identificados, com a intervenção de enfermagem sistematizada, avaliada e organizada por quem possui as bases científicas de um campo específico de conhecimentos (COFEN, 2009). Dessa forma, a SAE possibilita o desempenho de um fazer ético, com competência técnica e científica, através da qual o enfermeiro pode exercer sua autonomia e obter mais satisfação profissional para si, a equipe e também para o cliente.

Como uma importante ferramenta gerencial, a SAE pode ser utilizada para o planejamento, a execução, o controle e a avaliação das ações de cuidado direto e indireto aos clientes. Esse instrumento oferece uma estrutura dinâmica, interativa e flexível para a atuação do enfermeiro. Assim, envolve a organização do trabalho, o planejamento e a tomada de decisão, entre outras competências gerenciais, objetivando o alcance de resultados possíveis e desejáveis às ações do cuidado (CORREA; CRUZ; SILVA, 2010).

Para efetivar o cuidado de forma individualizada e contextualizada, o processo de enfermagem segue as etapas do método lógico de resolução de problemas que incluem investigação ou coleta de dados, o diagnóstico, o planejamento, a implementação das ações e a avaliação de resultados (CORREA; CRUZ; SILVA, 2010). Essas etapas são dinâmicas e interdependentes, sem perder de vista a expressão das ações de enfermagem que ocorrem por meio das relações e interações entre o profissional, cliente e família.

Dessa forma, a implementação do processo de enfermagem requer que o enfermeiro proceda a uma avaliação clínica rigorosa das necessidades do cliente. Assim, "os pacientes internados na UTI devem ser avaliados por meio de um Sistema de Classificação de Necessidades de Cuidados de Enfermagem recomendado por literatura científica especializada" (BRASIL, 2010, p.50, 6.49). Portanto, o cuidado de enfermagem ao cliente em estado crítico deve estar centrado na identificação de suas necessidades e, quanto mais abrangente essa visão, melhores serão os resultados nas ações do cuidar.

Segundo a RDC/ANVISA nº 7, clientes em estado crítico são definidos como aqueles que possuem comprometimento de um ou mais dos principais sistemas fisiológicos, com perda de sua autorregulação, necessitando de substituição artificial das funções e assistência contínua. E são considerados clientes graves aqueles que apresentam estabilidade clínica, com potencial de risco e agravamento do quadro e que necessitam de cuidados contínuos (BRASIL, 2010).

O índice de gravidade ou índice prognóstico é o valor que reflete o grau de disfunção orgânica de um paciente (BRASIL, 2010). Dessa forma, os índices de gravidade em UTI têm como objetivo a descrição quantitativa do grau de disfunção do cliente gravemente enfermo. Como valor prognóstico, os índices de gravidade "são definidos por uma classificação numérica relacionada a determinadas características apresentadas pelos pacientes e que proporcionam meios para avaliar as probabilidades de mortalidade e morbidade resultantes de um quadro patológico" (SILVA; GONÇALVES, 2011, p. 1148). Assim, esses instrumentos permitem estratificar os clientes de acordo com a gravidade de sua doença e prognóstico. E,

embora utilizem critérios diferentes, ou seja, fisiológicos, clínicos ou terapêuticos, eles trazem contribuições significativas para a avaliação dos clientes.

Dentre os índices de gravidade mais conhecidos estão o *Acute Physiology and Chronic Health Evaluation* – APACHE, o *Mortality Prediction Model* – MPM e os escores específicos de trauma e Sepse são menos aplicados. Além desses, também voltado à avaliação da gravidade do cliente, existe o *Therapeutic Interventation Scoring System* – TISS e suas versões revisadas e simplificadas (SILVA; GONÇALVES, 2011).

A literatura internacional aponta vários instrumentos voltados à mensuração da carga de trabalho de enfermagem na UTI. Dentre eles, o TISS merece destaque por ter sido um dos precursores e por ser mundialmente reconhecido pelos intensivistas (CULLEN; NEMESKAL; ZASLAVSKY, 1994). Esse índice mede a gravidade da doença pela quantificação das intervenções terapêuticas, além de proporcionar estudos sobre a utilização dos recursos na UTI, a proporção requerida de enfermagem/cliente na unidade e o número necessário de leitos de cuidados intensivos.

Na versão simplificada do TISS-28, o sistema é composto por sete grandes categorias que incluem atividades básicas, suporte ventilatório, suporte cardiovascular, suporte neurológico, suporte metabólico, suporte renal e intervenções específicas. O TISS-28 é aplicado retrospectivamente utilizando-se as informações do paciente referentes às últimas 24 horas de internação na UTI. O escore final permite não só identificar as intervenções realizadas no cliente, como também dimensionar a carga de trabalho de assistência da enfermagem (TRANQUITELLI; PADILHA, 2007; SILVA; GONÇALVES, 2011).

Os fatores associados à carga de trabalho da equipe de enfermagem em UTI estão associados à gravidade do cliente, idade e tipo de internação, sendo necessária a adequação de pessoal para assegurar o uso racional dos recursos dessa unidade. Para atender à alta complexidade dos clientes e à elevada demanda de cuidados de enfermagem, a equipe deve ser suficiente para prestar uma assistência eficaz, sendo necessário realizar avaliação do nível de cuidados para cada cliente de acordo com a gravidade do mesmo (SOUSA, et al. 2008; BECCARIA, et al. 2010).

A qualidade no cuidado de enfermagem na UTI, por sua vez, pode ser determinada pela filosofia, pelos objetivos e pelo processo assistencial como um todo. Nessa direção, o dimensionamento de pessoal da enfermagem, com vistas a adequar, de forma quantitativa e qualitativa, o quadro de enfermagem ao atendimento das necessidades dos clientes e da organização/instituição, torna-se um instrumento gerencial para a excelência no cuidado e qualidade assistencial.

Nesse sentido, o conceito de Sistema de Classificação de Pacientes – SCP, por complexidade assistencial, surgiu da necessidade das organizações/instituições de saúde de racionalizar o trabalho e, como consequência, os recursos humanos e materiais. Assim,

> a aplicação desse índices deve ser estimulada e praticada, uma vez que representa um aspecto obrigatório da avaliação do cuidado intensivo, possibilitando, entre outras finalidades, a avaliação da utilização das UTIs, a adequação do número de leitos e a definição do grau de cuidado existente (SILVA; GONÇALVES, 2011, p. 1146).

Esse sistema de classificação facilita a avaliação das condições clínicas e de cuidados dos clientes, e também auxilia no estabelecimento de critérios de admissão e alta dos mesmos. Sua implementação possibilita estimar a demanda da força de trabalho da enfermagem e, assim, garantir uma assistência qualificada aos clientes críticos.

O SCP é considerado um método essencial da prática administrativa e organizacional do trabalho da enfermagem em UTI. Esse sistema proporciona informações para o processo de tomada de decisão quanto à alocação de recursos humanos, à monitorização da produtividade, aos custos da assistência, à organização dos serviços, ao planejamento do cuidado e ao conhecimento do perfil assistencial dos clientes (SILVA; GONÇALVES, 2011).

Na UTI, os instrumentos de medida de gravidade e de demanda de trabalho de enfermagem aparecem como recursos tanto assistenciais como gerenciais voltados à classificação dos clientes e também auxiliam no equacionamento do uso de recursos no âmbito do processo assistencial como um todo.

5.3 Dimensão Tecnológica

A tecnologia não pode ser vista apenas como um produto, mas como um processo, que consiste em conhecimentos e instrumentos interligados e complementares entre si, possibilitando contribuições diretas na qualidade, efetividade e segurança do cuidado de enfermagem. Como um processo envolve diferentes saberes, habilidades, técnicas, recursos físicos, materiais e humanos, entre outros, com o objetivo de aumentar a eficiência do fazer nas mais variadas esferas (SÁ NETO; RODRIGUES, 2010; SALVADOR et al., 2012).

Como processo, na gestão do cuidado de enfermagem na UTI, a tecnologia se configura na aplicação do conhecimento que, a partir do processamento/*throughput* dos elementos de informação, matéria e energia, regula as entradas/*inputs* e saídas/*outpts* no sistema como um todo. Os *inputs,* em condições favoráveis, possibilitam ao conjunto de

técnicas, ferramentas e saberes, aplicados às ações de enfermagem, atingir as metas e os resultados esperados. No entanto, entende-se que o resultado só poderá ser alcançado mediante a interação e convergência de todos os elementos que fazem parte desse processo.

Para alcançar uma melhor qualidade no cuidado de enfermagem, a retroalimentação/*feedback* permite trocas constantes de energia e informações entre o sistema e seu ambiente e, assim, torna-se um instrumento importante de avaliação, controle da assistência prestada e melhoria dos resultados.

A tecnologia em enfermagem, como resultado do processo assistencial, envolve um conjunto de ações, que tem como finalidade suprir as necessidades dos clientes nos cuidados em saúde. Dessa forma, considera-se que a gestão do cuidado de enfermagem na UTI possibilita o planejamento e a tomada de decisão, no uso e aplicação dessas tecnologias, em favor da eficiência, racionalidade e melhoria da qualidade do cuidado. Além disso, a tecnologia interativa e relacional possibilita a criação de novas formas de cuidar, utilizando-se da intencionalidade, criatividade, sensibilidade e humanização das práticas.

Com base na visão sistêmica, entende-se a tecnologia interativa e relacional como um instrumento do cuidado, capaz de criar espaços relacionais e de intervenções que priorizem a escuta, o acolhimento, a responsabilização e a criação de vínculos, ou seja, uma ação solidária e integradora entre os profissionais de saúde e o ser humano. Portanto, essas tecnologias possibilitam novas perspectivas de participação direta e/ou indireta na produção do cuidado, na busca de melhor qualidade assistencial e, também, da qualidade de vida do ser cuidado e do ser cuidador.

Na enfermagem, essas tecnologias integram as ações/atividades do cuidado, relacionadas às interações entre os profissionais/trabalhadores da saúde, o cliente e familiares, expressas por meio das relações interpessoais. Nessa concepção, a interação influencia e sofre influências relacionais, pois, nesse processo, estão presentes os sentimentos, as emoções, as crenças e os valores dos sujeitos. Assim, é possível concluir que as tecnologias em enfermagem são relacionais e dinâmicas, preservando os elementos humanitários do processo de trabalho em saúde, com enfoque nas múltiplas dimensões do cuidado.

A **categoria: Dimensão Tecnológica**, com as subcategorias e respectivas unidades de análise estão representadas no Quadro 11.

Quadro 11 – Resultados da Análise de Conteúdo e os principais pontos destacados nos documentos oficiais do Ministério da Saúde e sua **aderência** e/ou **antagonismo** e sua **relação com o objetivo** desta pesquisa e proposta da Tese

Categoria: Dimensão Tecnológica	
Subcategorias	**Unidades de Análise**
Tecnologias no cuidado de enfermagem na UTI	4.47.17. "Os recursos tecnológicos deverão ser proporcionais à complexidade/necessidade dos usuários albergados nas áreas assistenciais disponíveis" (p.42). 4.54.5 "[...] resultados operacionais de sua estrutura de atenção ao paciente crítico - indicadores de resultado, médias de permanência, índices prognósticos, taxas de ocupação, custos/despesas, taxa de mortalidade, satisfação dos usuários, entre outros" (p.43). 4.54.6.3. "Instrumentalização e atualização no manejo da tecnologia utilizada no atendimento de pacientes críticos/potencialmente críticos" (p.43). 5.11."maximizar os benefícios de saúde a serem obtidos com os recursos disponíveis, assegurando o acesso da população a tecnologias efetivas e seguras, em condições de equidade"(p.61). 5.11.1. "orientar os processos de incorporação de tecnologias nos sistemas e serviços de saúde" (p.61). 5.11.3. "promover o uso do conhecimento técnico-científico atualizado no processo de gestão de tecnologias em saúde" (p.61). 5.12.1. (Gestão de tecnologias) "deve utilizar as evidências científicas e considerar os atributos de segurança, eficácia, efetividade, eficiência e impactos econômicos, éticos, sociais e ambientais da tecnologia em questão" (p.61). 6.34. "[...] redução e minimização da ocorrência dos eventos adversos relacionados a: procedimentos de prevenção, diagnóstico, tratamento ou reabilitação do paciente; medicamentos e insumos farmacêuticos; produtos para saúde, incluindo equipamentos" (p.49).
Competências como tecnologias no cuidado de enfermagem na UTI	4.54.6. "Conhecimento das rotinas operacionais da unidade assistencial bem como da instituição de saúde como um todo, entendendo a importância deste conhecimento para a qualificação e agilização do processo assistencial intra-hospitalar ao paciente crítico/potencialmente crítico" (p.43). 3.31.9. "Promover ações de incentivo e valorização [...] do trabalho em equipe e da participação em processos de educação permanente que qualifiquem a ação e a inserção dos trabalhadores na rede SUS" (p.12). 5.12.5."o conhecimento sobre as tecnologias efetivas e seguras na atenção à saúde deverá ser disseminado de forma transparente e contínua aos profissionais de saúde e à população" (p.61). 5.13.1. "utilização de evidências científicas para subsidiar a gestão [...] de tecnologias em saúde" (p.61).
Capacitação dos recursos humanos	4.47.13. "A política de formação e qualificação de recursos humanos para a atenção ao paciente crítico/potencialmente crítico deverá ultrapassar a tradicional preocupação técnica/tecnológica, incorporando os referenciais conceituais e organizacionais" (BRASIL, 2005, p.42). 4.47.14. [...]"esta formação e qualificação se vincula à política global de recursos humanos para a saúde incorporando [...] espaços operacionais da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, inserindo processos qualificadores sistemáticos em Terapia Intensiva dentro das perspectivas e referenciais do SUS" (BRASIL, 2005, p.42).
Sistema de informações na UTI	3.31.8. "Implementar um sistema de comunicação e de informação que promova o autodesenvolvimento e amplie o compromisso social dos trabalhadores de saúde" (p.12). 5.13.5. "sistematização e disseminação de informações" (p.61). 7.15.4. "Produzir, sistematizar e difundir conhecimentos sobre segurança do paciente" (p.43).

Fonte: Dados da pesquisa organizados pelas pesquisadoras

5.3.1 Tecnologias no cuidado de enfermagem na UTI

No cuidado de enfermagem na UTI, a tecnologia pode ser definida como o conhecimento aplicado na execução das ações/atividades dos profissionais de saúde, para obter o processamento/*throughput* de entradas/*inputs* em saídas/*outpts*. Nesse processo, a entrada ou insumo – *input* – constitui-se em força motriz que impulsiona o sistema e fornece energia ou informações para a operacionalidade do sistema. A dinamicidade é

retroalimentada pelos insumos, matérias-primas, informações, recursos humanos, materiais e equipamentos (SIQUEIRA, 2001; GOMES, 2011a). Esse sistema operacional é responsável por gerar determinadas saídas que devem estar em sintonia com os objetivos estabelecidos, conforme elementos destacados na Figura 8.

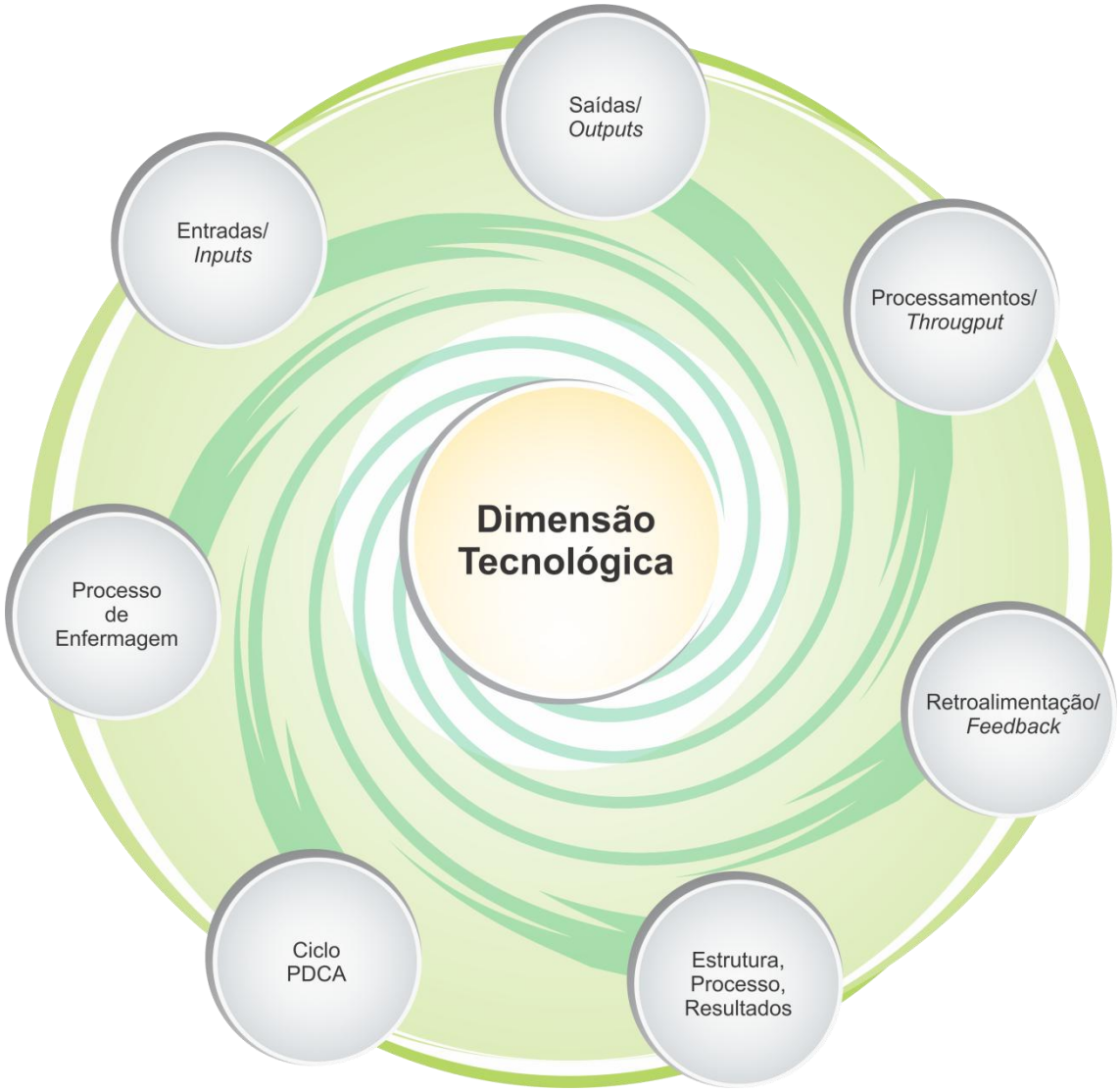


Figura 8 – Dimensão Tecnológica: elementos e suas inter-relações na gestão do cuidado de Enfermagem na UTI
Fonte: Dados de pesquisa, organizados pelas autoras

O processamento e/ou transformação/*throughput* representa o mecanismo de conversão das entradas em saídas e o seu empenho está centrado na produção de resultados (SIQUEIRA, 2001; GOMES, 2011a). Fazem parte desse processo as habilidades e competências dos profissionais/trabalhadores, os procedimentos operacionais padrão, o sistema de gerenciamento da qualidade, o sistema de informações, o processo de enfermagem,

a sistematização da assistência de enfermagem, entre outros utilizados no processamento do cuidado na UTI.

A saída/*outpt* é o resultado do processamento das ações/atividades desenvolvidas pelo agrupamento dos elementos que mantêm relações com o sistema. Por meio dessas inter-relações, intercâmbio de energia e informações é possível alcançar os objetivos, ou seja o resultado assistencial em saúde – a produção do cuidado de enfermagem ao cliente da UTI.

A retroação, retroalimentação, retroinformação/*feedback* tem como finalidade a reintrodução de uma saída sob forma de informações pré-processo, interprocesso e pós-processo, em razão das diferenças e variações existentes entre o resultado esperado e aquele realmente atingido. Assim, sua função no sistema é de avaliação qualitativa ou quantitativa dos resultados da atividade organizacional e do grau de atendimento às necessidades que se pretende satisfazer. Como produto, o cuidado de enfermagem na UTI deve atender, simultaneamente, às necessidades e expectativas do cliente, da família, da equipe de enfermagem e aos padrões de excelência e qualidade.

De acordo com as políticas do MS, "os recursos tecnológicos deverão ser proporcionais à complexidade/necessidade dos usuários albergados nas áreas assistenciais disponíveis" (BRASIL, 2004, p.42, 4.47.17). Para tanto, a racionalização dos recursos, reestruturação do sistema de saúde e implantação de diferentes iniciativas de qualidade deverão estar articuladas com as ações da Política Nacional de Gestão de Tecnologias em Saúde e com a implementação da Agenda Nacional de Prioridades de Pesquisa em Saúde (BRASIL, 2008). Tal iniciativa busca "maximizar os benefícios de saúde a serem obtidos com os recursos disponíveis, assegurando o acesso da população a tecnologias efetivas e seguras, em condições de equidade" (BRASIL, 2009, p.61, 5.11). Cabe, portanto, articular essas prioridades e recursos na identificação das causalidades e das multiplicidades de fatores que incidem no processo saúde-doença-cuidado, bem como na qualidade de vida da população.

Nessa linha de pensamento, a **efetividade** pode ser definida como a probabilidade de indivíduos, de uma população definida, obterem um benefício a partir da aplicação de uma tecnologia a um determinado problema em condições normais de uso. A **segurança** como sendo o risco aceitável em uma situação específica. E o **risco** pode ser mensurado como a probabilidade de um efeito adverso ou indesejado e, como consequência, a gravidade desse efeito à saúde pode estar associada ao uso de uma tecnologia aplicada em condições específicas de uso (BRASIL, 2009). Ao englobar esses aspectos, a gestão de tecnologias "deve utilizar as evidências científicas e considerar os atributos de segurança, eficácia, efetividade, eficiência e impactos econômicos, éticos, sociais e ambientais da tecnologia em

questão" (BRASIL, 2005, p.61, 5.12.1). Dessa forma, a tecnologia utilizada nos sistemas de atenção à saúde é capaz de influenciar na sua adequação ou inadequação ao processo de troca de matéria, energia e informações nas ações de prevenção, diagnóstico, tratamento e realibilitação.

Os efeitos das tecnologias em saúde não se limitam às ações curativas e/ou ao conforto da clientela, eles incidem nos diversos aspectos da vida humana e suas relações com a família, o trabalho e a sociedade. Os possíveis efeitos a serem avaliados no uso de uma tecnologia em saúde devem priorizar a "[...] redução e minimização da ocorrência dos eventos adversos relacionados a procedimentos de prevenção, diagnóstico, tratamento ou reabilitação do paciente; medicamentos e insumos farmacêuticos; produtos para saúde, incluindo equipamentos" (BRASIL, 2010, p.49, 6.34). Portanto, entende-se que o processo de avaliação corresponde à análise crítica da aplicação das tecnologias em saúde e de seus efeitos na melhoria dos resultados de saúde.

Assim, consideram-se Tecnologias em Saúde todas as formas de conhecimento que podem ser aplicadas à resolução e/ou redução dos problemas de saúde de indivíduos ou populações. Portanto, vão além dos medicamentos, equipamentos e procedimentos usados na assistência à saúde (BRASIL, 2009). Na UTI, a tecnologia como aplicação sistemática do conhecimento é uma ferramenta capaz de orientar a organização do trabalho, tendo como princípio básico e orientador da prática o cuidado de enfermagem.

Segundo Fernades et al. (2011), processos são ações/atividades organizadas de forma a tornarem-se interligadas, utilizando recursos da instituição para gerar resultados e objetivos definidos. Assim, todos os processos possuem entradas, que são operacionalizadas para produzir saídas. Na UTI, as saídas devem contemplar a produção do cuidado de enfermagem e garantir o melhor padrão de qualidade possível.

O conceito de qualidade, assim como as metodologias associadas à qualidade, foram disseminadas a partir da indústria, por autores como Deming, Juran ou Ishikawa, e adaptadas à saúde, particularmente por Donabedian. No entanto, a preocupação com a qualidade dos cuidados de saúde atravessa toda a história da Medicina, desde Hipócrates, passando por Florence Nightingale e Ernest Codman.

Na indústria, a qualidade de um produto ou serviço foi definida como a aptidão para o uso (JURAN, 1995) ou como a satisfação dos requisitos dos consumidores desse produto ou serviço (ISHIKAWA, 1997); em todos os casos existe uma noção de adequação às expectativas de quem compra um produto ou utiliza um serviço. Em saúde, apesar de a definição de qualidade estar sempre dependente da perspectiva e valores de quem a define, é

importante escolher uma formulação que sirva de referência. De acordo com a OMS, a qualidade é definida como o conjunto de atributos que inclui um alto nível de excelência profissional, um uso eficiente de recursos, um mínimo de riscos para os clientes e um alto grau de satisfação por parte da clientela (GILMORE; NOVAES, 1997).

Donabedian (2003) salienta que o conceito de qualidade em saúde se constitui em diversos componentes, que podem ser agrupados em sete atributos, a saber:

- **Eficácia** – é a capacidade da asistência em atingir seus melhores resultados, como melhoria da saúde e bem-estar. A estratégia considerada eficaz estabelece o limite máximo do que se pode alcançar, sendo a fronteira tecnológica.
- **Efetividade** – é o grau que define melhorias possíveis na saúde atingidas na prática do dia a dia, que são identificadas a partir das estratégias mais eficazes.
- **Eficiência** – está centrada na capacidade de se obter a melhor assistência com menores custos. Se duas estratégias de cuidado possuírem o mesmo grau de efetividade, a de menor custo será a mais eficiente.
- **Otimização** – representa o esforço para se obter o nível ótimo de investimento no cuidado assistencial, considerando o benefício para a saúde e o custo da assistência, representado pelo ponto máximo em que os benefícios da assistência são vantajosos em relação ao acréscimo nos custos.
- **Aceitabilidade da assistência** – é o grau de conformidade da assistência com os desejos, expectativas e valores dos clientes e familiares. Tais expectativas incluem o acesso, a relação equipe de saúde-cliente, o conforto das instalações, as preferências do cliente em relação às estratégias de cuidado e os custos da assistência.
- **Legitimidade** – é a conformidade da assistência com as necessidades de bem-estar da sociedade ou comunidade.
- **Equidade** – está relacionada à justiça na distribuição da assistência prestada e de seus benefícios em função das necessidades de uma determinada população.

Na prestação dos cuidados em UTI, conforme Silva (2010), a qualidade consiste em três processos básicos: planejamento, controle e melhoria contínua. E, por meio da análise dos componentes **estrutura**, **processo** e **resultado,** é possível avaliar a qualidade dos serviços de saúde (DONABEDIAN, 2003). Nesse contexto, a interconexão desses componentes, considerados uma tríade, corresponde às noções de um sistema, ou seja, *input-throughput-output.*

A **estrutura** denota atributos para que o cuidado ocorra e corresponde ao *input* relacionado à atenção à saúde. Abrange características organizacionais – instrumental normativo e administrativo, e os recursos disponíveis – recursos humanos, materiais, equipamentos. Pressupõe que uma estrutura adequada deverá oferecer condições para o bom desempenho nas áreas de processo e resultado (DONABEDIAN, 2003).

O **processo** envolve todos os procedimentos utilizados para a prestação de serviços. O *throughput* interliga as diversas ações/atividades entre os profissionais de saúde e os clientes, com base em padrões pré-estabelecidos, e cuja análise pode ser orientada sob o ponto de vista técnico, administrativo e relacional. É deste componente que se retiram as bases para a valoração da qualidade (DONABEDIAN, 2003).

O **resultado** corresponde ao *output* da assistência, ou seja, o efeito do cuidado no estado de saúde do cliente. Em síntese, o resultado é a conexão entre as ações/atividades dos profissionais e a melhoria do nível de saúde dos clientes (DONABEDIAN, 2003).

No cuidado de enfermagem na UTI, além desses componentes utilizados por Donabedian para sustentar a qualidade dos serviços, também é importante salientar o uso de tecnologia adequada capaz de possibilitar a identificação de problemas, revisão de procedimentos e implantação de novos protocolos no intuito de fornecer uma assistência segura e de qualidade.

Na literatura, algumas ferramentas são citadas como tecnologias de melhoria da qualidade e avaliação periódica de processos (SILVA, 2010; FERNANDES, et al., 2011). Dentre as ferramentas de qualidade, o ciclo PDCA – *plan-do-check-action* foi desenvolvido por Shewart e adaptado por Deming (1990) para contemplar as etapas essenciais de todo o processo de melhoria da qualidade (Figura 9, p. 137).

Conforme Silva (2010) e Fernandes et al. (2011), o ciclo PDCA dentro de um sistema de gestão é aplicado para atingir os resultados esperados, e suas etapas inter-relacionadas são:

- **Planejar/*Plan*** – estabelecer metas sobre os elementos de controle e determinar o método para alcançar as metas. Na prática, o planejamento envolve a identificação de um problema e a configuração de um plano metodológico para resolvê-lo. Assim, é necessário delinear o processo detalhadamente e definir metas que deverão ser atingidas num determinado intervalo de tempo.
- **Executar/*Do*** – conduzir as ações/atividades exatamente como previstas na fase anterior, bem como coletar dados para retroalimentar o processo. Nesta

etapa são fundamentais a educação, a capacitação e o comprometimento de toda a equipe no processo.

- **Verificação/*Check*** – comparar os resultados atingidos com a meta prevista, a partir dos dados coletados na execução. Esta etapa permite identificar os desvios na meta e/ou no método e, também, verificar se o executado está conforme o planejamento.
- **Ação corretiva/*Action*** – identificar eventuais desvios na meta e/ou no plano no intuito de corrigir o problema e eliminar suas causas.

O ciclo PDCA na gestão do cuidado de enfermagem na UTI pode ser utilizado para análise e acompanhamento de indicadores de qualidade. Sua implantação pode trazer resultados eficazes e confiáveis nas ações/atividades organizacionais, tanto em termos operacionais quanto administrativos. Sua grande vantagem está na fácil compreensão e uso pela equipe e por possibilitar uma visão sistêmica do processo de melhoria contínua, desde a identificação do problema até a padronização da melhoria e os resultados obtidos (SILVA, 2010; Fernandes, et al., 2011). Assim, o sincronismo entre os diferentes processos e etapas, que se relacionam entre si, pode garantir a auto-organização do processo assistencial em padrões de desempenho e qualidade.

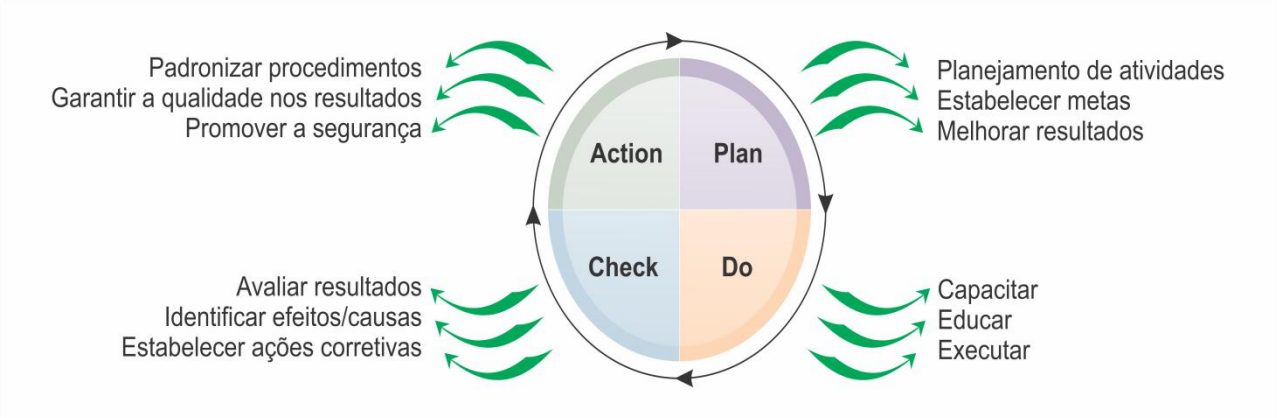


Figura 9 – Ciclo PDC como tecnologia de melhoria da qualidade
Fonte: Silva (2010), adaptado peãs autoras para essa pesquisa

Para tanto, devem ser "monitorados e mantidos registros de avaliações do desempenho e do padrão de funcionamento global da UTI, assim como de eventos que possam indicar necessidade de melhoria da qualidade da assistência, com o objetivo de estabelecer medidas de controle ou redução dos mesmos" (BRASIL, 2006, p.50, 6.48).

Na UTI, a seleção e monitorização dos "[...] resultados operacionais de sua estrutura de atenção ao paciente crítico – indicadores de resultado, médias de permanência, índices prognósticos, taxas de ocupação, custos/despesas, taxa de mortalidade, satisfação dos usuários, entre outros" (BRASIL, 2004, p.43, 4.54.5), que advêm dos registros sistematizados, são atividades assistenciais que podem assegurar a qualidade do cuidado. Da mesma forma, pode-se considerar que a gestão do cuidado de enfermagem tem como pressupostos básicos o desenvolvimento de atitudes pró-ativas de prevenção de riscos e a melhoria contínua do processo assistencial.

Nesse sentido, o cuidado de enfermagem na UTI se processa por meio do planejamento, organização, coordenação, integração, controle, avaliação e reajuste – *feedback*, entre as trocas de matéria, energia e informações que norteiam as ações/atividades do sistema de produção.

O **planejamento** da assistência de enfermagem como uma ação de gerência do cuidado ocorre por meio de um exercício contínuo de fazer escolhas e elaborar planos para realizar ou colocar uma determinada ação em prática. Esse processo envolve a avaliação das condições de saúde dos clientes e, assim, o direcionamento das ações terapêuticas que serão empreendidas, bem como a delegação de atividades para a equipe de enfermagem. Também(,) compreende a auto-organização dos sistemas de previsão e provisão dos recursos que serão utilizados no processo assistencial (HAUSMANN; PEDUZZI, 2009; SANTOS, et al., 2013).

A **organização** do trabalho da Enfermagem na UTI se sustenta por políticas gerenciais instituídas e consolidadas na prática administrativa hospitalar, que podem ser visualizadas no seu processo auto-organizador. Os processos auto-organizadores/adaptativos da Enfermagem estão voltados para os produtos do cuidado, numa dinâmica contínua de conhecimentos e ações interdependentes, orientada por normas, rotinas, protocolos dentre outros padrões normativos, que se efetivam na flexibilidade da ordem e desordem característica do ambiente de incertezas/instabilidades (SILVA; ERDMANN; CARDOSO, 2008).

A atividade de **coordenar** a realização do cuidado provém da participação do enfermeiro em todas as etapas do processo assistencial. Essa ação envolve a orientação, a supervisão e o controle. Esses elementos, como meios de garantir os recursos necessários na assistência, interligam todas as ações do cuidado realizadas pelo conjunto dos profissionais de saúde e enfermagem (HAUSMANN; PEDUZZI, 2009; SANTOS, et al., 2013).

Na gestão do cuidado de enfermagem, a **avaliação** do resultado possibilita ponderar a respeito dos efeitos obtidos, e daqueles realmente desejados e planejados na assistência. Esse processo, além de analisar todas as etapas do processo assistencial, deve avaliar se os

resultados estão em consonância com a visão, a missão, os valores da organização e, principalmente, se atendem às demandas e necessidades dos cliente. Assim, a partir do processo de avaliação é possível elaborar estratégias para redimensionar as ações de enfermagem e/ou mesmo solucionar problemas que emergem durante o processo de trabalho (HAUSMANN; PEDUZZI, 2009; SANTOS, et al., 2013).

A partir da descrição dos elementos que norteiam as ações/atividades realizadas pelos enfermeiros no processo assistencial, pode-se concluir que a gestão do cuidado de enfermagem na UTI se configura por meio de um conjunto de tecnologias que são interdependentes e complementares entre si.

O conhecimento produzido pela Enfermagem é uma tecnologia nas ações do cuidado. Dessa forma, o Processo de Enfermagem – PE é um método aplicado à prática da profissão. Como instrumento metodológico do trabalho, suas etapas contemplam a resolução de problemas que incluem a investigação/coleta de dados, o diagnóstico, o planejamento, a implementação das ações e a avaliação de resultados. Essas etapas são contínuas, dinâmicas e interdependentes. Assim, entende-se que o PE é um modo de pensar as ações/atividades de enfermagem relacionadas ao ser humano no seu processo saúde-doença-cuidado, considerando suas necessidades (CORREA; CRUZ; SILVA, 2010).

Como atividade intelectual, o PE utiliza-se de recursos materiais e lógicos, que incluem o espaço, tempo, profissionais capacitados e instrumentos de registro das atividades. Os profissionais envolvidos devem estar conscientes das suas respectivas funções, além de possuir conhecimentos e competências necessárias para "dar conteúdo e vida ao cuidado de enfermagem, sem perder de vista que a mais legítima expressão das ações de enfermagem ocorre na intimidade de cada interação entre o profissional e o paciente e sua família" (CORREA; CRUZ; SILVA, 2010, p. 1109).

Como um sistema, o PE sofre modificações constantes que se configuram a partir das influências, adaptações e/ou necessidades de cuidados dos clientes. O *input* para o sistema tem origem nos dados de análise do cliente, por exemplo: como ele interage com o ambiente. O *output* retorna para o sistema como *feedback*, por exemplo: a resposta do cliente às intervenções de enfermagem no processo saúde-doença-cuidado.

A implementação do PE na UTI requer que o enfermeiro proceda à avaliação clínica, sistematizada, necessária à tomada de decisão imediata e adequada às necessidades do cliente grave. No PE a relação entre avaliação, diagnóstico, intervenção e resultado pode ser visualizado na Figura 10.

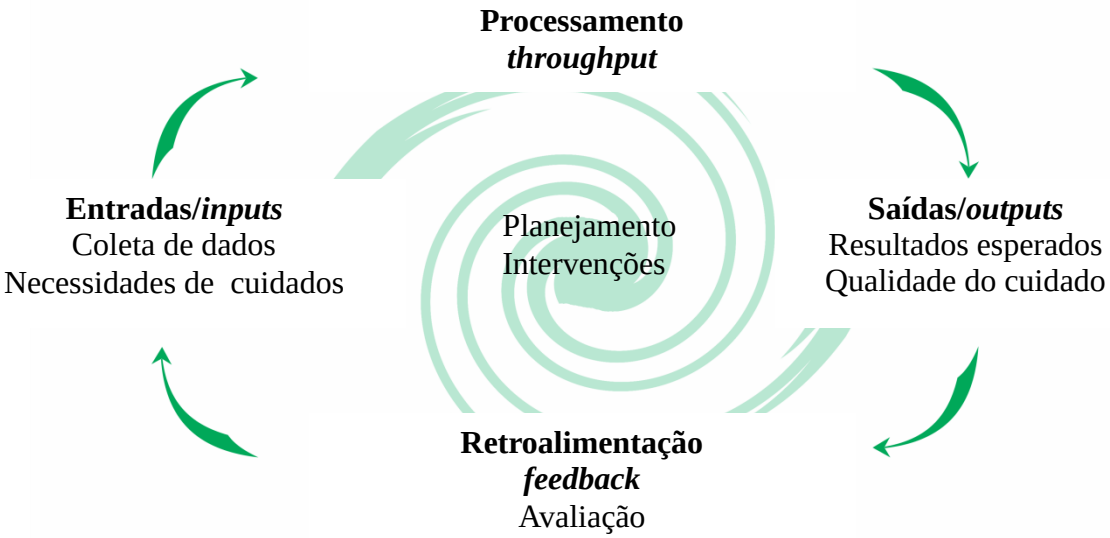


Figura 10 – Processo de Enfermagem
Fonte: Organizado pelas autoras

Na UTI, diante da complexidade e da gravidade do cliente assistido, o objetivo do cuidado de enfermagem é a manutenção das funções vitais. Dessa forma, as etapas de diagnósticos, intervenções e resultados constituem redes de informações dinâmicas, capazes de subsidiar o planejamento do cuidado, implementar intervenções adequadas e, por fim, avaliar os resultados obtidos. Esse processo exige do enfermeiro a capacidade de observação, sensibilidade, conhecimento técnico-científico e experiência, a fim de identificar e controlar precocemente qualquer instabilidade fisiológica.

A avaliação do cliente crítico tem como objetivo verificar o estado de saúde dos clientes e o diagnóstico de suas necessidades de cuidados. Os dados obtidos a partir dessa avaliação servem como base para a formulação de um plano de cuidados direcionado às necessidades específicas de cada cliente, e sua efetividade deve ser analisada diariamente e sempre que for necessário. Fazem parte da avaliação do cliente grave a entrevista e o exame físico como componentes básicos do histórico de enfermagem. Esses componentes encontram-se interligados às etapas de diagnóstico, prescrição e evolução do cliente (DUCCI et al., 2010).

As etapas do PE são interdependentes entre si, se inter-relacionam, influenciam e sofrem influências, partilham uma finalidade comum e, de maneira integrada, formam um todo. Como um sistema dinâmico, as características de cada uma das etapas do PE devem ser

conhecidas pelos enfermeiros para sua implementação eficiente e eficaz. Assim, o domínio teórico é essencial para que sua operacionalização ocorra de modo coerente e resulte em assistência de qualidade. Para Moraes (2008) toda ação, uma vez iniciada entra no sistema operacional como interações e retroações, fazendo com que qualquer ação possa ser desviada, corrigida e/ou adaptada no percurso do processo – em termos de finalidade, objetivos ou intencionalidade.

Nesse sentido, a **avaliação** de enfermagem constitui a etapa de levantamento de dados pertinentes ao ser humano, por meio da entrevista e exame físico, o que permite conhecê-lo em todas as suas dimensões, identificar as necessidades de saúde afetadas e adotar condutas frente aos problemas levantados, de maneira direcionada e sistematizada (CORREA; CRUZ; SILVA, 2010).

O **diagnóstico** representa a conclusão do levantamento de dados, tendo como finalidade identificar as necessidades de cuidados. Assim, o diagnóstico é uma maneira de expressar situações do ser humano que necessitam de intervenções, o que demonstra que não pode ser encarado como uma fase isolada de todo o PE, mas que promove a integração da coleta de dados com o planejamento das ações (CORREA, CRUZ, SILVA, 2010).

Segundo a North American Nursing Diagnosis Association – NANDA (2008), **diagnóstico de enfermagem** é o julgamento clínico das respostas do indivíduo, da família ou da comunidade, aos processos vitais ou aos problemas de saúde/doença atuais ou potenciais, o que subsidia a seleção das prescrições de enfermagem para alcançar resultados pelos quais o enfermeiro é responsável.

A **intervenção** constitui a etapa do PE na qual o enfermeiro decide sobre quais cuidados são necessários para satisfazer as necessidades do ser humano, sendo, portanto um processo de tomada de decisão. A intervenção de enfermagem tem como finalidade proporcionar uma assistência individualizada, segura e de qualidade (CORREA; CRUZ, SILVA; 2010).

A **evolução** representa o registro feito exclusivamente pelo enfermeiro, após a avaliação do estado geral do ser humano, no qual constam os resultados das prescrições de enfermagem, isto é, as respostas apresentadas pelos indivíduos às condutas implementadas. Portanto, a evolução representa a avaliação da prescrição executada (CORREA; CRUZ; SILVA, 2010).

Com vistas à sistematização do cuidado e aplicação técnico-científica do conhecimento, a enfermagem tem o desafio de buscar a “instrumentalização e atualização no manejo da tecnologia utilizada no atendimento de pacientes críticos/potencialmente

críticos" (BRASIL, 2004, p.43, 4.54.6.3). Essa demanda de conhecimento, por parte do profissional de enfermagem, deve "orientar os processos de incorporação de tecnologias nos sistemas e serviços de saúde" (BRASIL, 2005, p.61, 5.11.1). E, consequentemente, "promover o uso do conhecimento técnico-científico atualizado no processo de gestão de tecnologias em saúde" (BRASIL, 2005, p.61, 5.11.3). Portanto, o conhecimento produzido é capaz de auto-organizar, transformar e inovar o cuidado de enfermagem e, assim, encontrar caminhos/bifurcações que sustentem a prática profissional.

O PE, como uma tecnologia no cuidado de enfermagem na UTI, oferece uma estrutura lógica que, além da sistematização da assistência, subsidia informações para o planejamento, organização e avaliação das ações. Como todo e qualquer processo, este também requer continuidade e revisão permanente das etapas que o compõem, uma vez que possibilita resolutividade no atendimento das respostas do ser humano em seu processo saúde-doença-cuidado.

O ser humano – indivíduo, família e comunidade, é parte integrante do ecossistema e como tal está sujeito a todos os princípios que o regem, no tempo e no espaço. No processo saúde-doença-cuidado o ser humano encontra-se em constante interação com o meio circundante – trocam energia entre si e sofrem influências mútuas, originando estados de instabilidades e equilíbrio dinâmico. Na dinamicidade do sistema, o cuidado de enfermagem na UTI se ocupa em manter o equilíbrio dinâmico, prevenir desequilíbrios e reverter instabilidades de sistemas específicos. Portanto, com base no PE, é possível se efetuar os intercâmbios entre matéria, energia e informações, que possibilitam ao enfermeiro individualizar o cuidado e gerar resultados positivos na prática assistencial.

5.3.2 Competências como tecnologias no cuidado de enfermagem na UTI

No ambiente da UTI, as possibilidades de atuação do enfermeiro, frente às diversas e complexas atividades, mostram a necessidade de se identificarem as competências desses profissionais, contribuindo para análise crítica quanto ao desenvolvimento de suas atividades. Nessa perspectiva, o enfermeiro que atua em UTI necessita, além de qualificação adequada, mobilizar competências profissionais específicas, durante a execução do seu trabalho, que lhe permitam desenvolver suas funções de forma eficaz e resolutiva, aliando conhecimento técnico-científico, domínio da tecnologia, humanização, individualização do cuidado e, consequentemente, estratégias que favoreçam a organização do trabalho e excelência no cuidado (CAMELO, 2012).

Nas ações do cuidado de enfermagem, a capacidade de agir de forma rápida e eficaz em um determinado tipo de situação envolve o "conhecimento das rotinas operacionais da unidade assistencial bem como da instituição de saúde como um todo, entendendo a importância deste conhecimento para a qualificação e agilização do processo assistencial intra-hospitalar ao paciente crítico/potencialmente crítico" (BRASIL, 2005, p.43, 4.54.6). Assim, compreende-se a competência profissional como a capacidade de integrar e mobilizar conhecimentos, habilidades e atitudes para enfrentar e resolver determinada situação.

Nesse sentido, as Diretrizes Curriculares Nacionais – DCNs, para os Cursos de Graduação em Enfermagem, orientam para as competências a serem alcançadas pelo futuro enfermeiro, como a atenção à saúde, a tomada de decisão, a comunicação, liderança, administração e gerenciamento e educação permanente. As DCNs consideram que cabe ao enfermeiro a coordenação do processo de cuidar em enfermagem, levando em conta os contextos e as demandas de saúde (BRASIL, 2001).

A capacidade gerencial, segundo Motta (2001), envolve quatro dimensões básicas: cognitiva, analítica, comportamental e habilidade de ação:

- C**ognitiva** – abrange a apreensão de conhecimentos disponíveis sobre administração, definição de objetivos, formulações de políticas, estruturas, processos, competências gerenciais em face dos paradigmas da formação e da atenção em saúde, técnicas e comportamento organizacional.
- **Analítica** – significa aprender a identificar e a diagnosticar problemas administrativos, estabelecendo relações entre diferentes fatores organizacionais, bem como identificar a potencialidade de técnicas e instrumentos administrativos a serem utilizados em diferentes situações na busca alternativas viáveis para sua solução.
- **Comportamental** – envolve novas maneiras de interação humana, dentro dos padrões alternativos conhecidos e validados socialmente, como novas formas de comunicação, de interação ou de lidar com o poder e a autoridade.
- **Habilidade de ação** – requer a capacidade de interferir intencionalmente no sistema organizacional, ou seja, de transformar conhecimentos em alternativas comportamentais em formas efetivas de ação. Envolve autoconhecimento, os objetivos organizacionais, o comprometimento com a missão, visão e valores institucionais.

O caráter dinâmico e inter-relacional, entre os elementos que compõem essas quatro dimensões – cognitiva, analítica, comportamental e habilidade de ação, evidencia a complexidade da competência gerencial do enfermeiro na sua área de atuação. O exercício prático dessas dimensões possibilita o alcance das competências necessárias para mediar conflitos, enfrentar problemas, negociar, dialogar, argumentar, propor e alcançar mudanças no ambiente do cuidado.

Diante dessas considerações, a noção de competência aplica-se à capacidade de mobilizar e aplicar conhecimentos em determinada situação. Para que haja competência, torna-se necessária a ação de vários recursos, como conhecimentos, capacidades cognitiva, capacidades integrativas, capacidades relacionais, dentre outros. Assim, destaca-se que o enfermeiro que atua em UTI necessita, além de qualificação adequada, mobilizar competências profissionais específicas, durante a execução do seu trabalho, que permita desenvolver suas funções de forma eficaz, aliando conhecimento técnico-científico, domínio da tecnologia, humanização, individualização do cuidado e, consequentemente, qualidade na assistência prestada.

5.3.3 Capacitação dos Recursos Humanos

A introdução de modernas tecnologias de produção em saúde vêm gerando transformações e impulsionando novas configurações à organização do trabalho na UTI. Dessa forma, a "política de formação e qualificação de recursos humanos para a atenção ao paciente crítico/potencialmente crítico deverá ultrapassar a tradicional preocupação técnica/tecnológica, incorporando os referenciais conceituais e organizacionais" (BRASIL, 2005, p.42, 4.47.13). Assim, entende-se a formação e a qualificação como processos dinâmicos, de apropriação do saber, em contextos interativos, tornando o conhecimento socialmente construído.

No âmbito da produção do cuidado,

> [...] esta formação e qualificação se vincula à política global de recursos humanos para a saúde incorporando [...] espaços operacionais da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, inserindo processos qualificadores sistemáticos em Terapia Intensiva dentro das perspectivas e referenciais do SUS (BRASIL, 2005, p.42, 4.47.14).

Nessa perspectiva, a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde é apresentada pelo Ministério da Saúde, como estratégia de reestruturação dos serviços, a partir da formação e do desenvolvimento de novos conhecimentos, oportuniza conhecer e

reconhecer o valor de cada trabalhador na produção de ações de saúde e, dessa forma, construir novos significados para o trabalho de cada profissional (BRASIL, 2004). Portanto, as possibilidades de inovação e transformação das concepções e práticas de saúde dentro das organizações dependem da ruptura com a alienação do trabalho, do resgate da possibilidade de produzir conhecimento a partir das práticas e da democratização da gestão dos processos de trabalho.

A Educação Permanente em Saúde – EPS tem como filosofia a educação **no**, **pelo** e **para o trabalho**, cuja operacionalização se processa a partir da reflexão sobre o próprio trabalho, considerado uma atividade ou ato produtivo útil para a transformação da realidade social. Os princípios da EPS compreendem a democratização institucional, o desenvolvimento da capacidade de aprendizagem, o enfrentamento criativo das situações de saúde, o trabalho em equipe, a melhoria permanente da qualidade do cuidado à saúde e a constituição de práticas tecnológicas, éticas e humanísticas (BRASIL, 2004). Essa metodologia permite(,) aos profissionais de saúde articular gestão, atenção, formação e qualificação para o enfrentamento dos problemas nas áreas de atuação.

Assim, a EPS constitui-se em estratégia de gestão para a transformações do processo de trabalho, tornando-se *locus* de atuação crítica, reflexiva e propositiva (CECCIM, 2005). Para Siqueira (2001, p. 37) estratégia é "um conjunto de ações, de atitudes obtidas através da reflexão dialógica dos trabalhadores da organização/empresa que visa o alcance dos seus propósitos". Portanto, a estratégia pode ser entendida como uma ferramenta de gestão que pode nortear a construção e condução das políticas públicas de saúde.

Os enfermeiros no seu cotidiano de trabalho se deparam com situações referentes ao processo de ensino-aprendizagem, desde o momento do cuidado direto aos clientes até a contribuição efetiva para a formação de futuros profissionais da área da saúde (FURUKAWA; CUNHA, 2011). Nesse sentido, o trabalho do enfermeiro, em relação ao ensino-aprendizagem, faz parte do processo de gestão e se inter-relaciona com as questões de formação, desenvolvimento e qualificação dos profissionais de enfermagem. Assim, o trabalho gerencial do Enfermeiro, como instrumento para a implantação das políticas públicas de saúde, coloca em evidência o compromisso que esses profissionais têm na condução da EPS, como estratégia de transformação das práticas do cuidado, reorganização dos serviços e ações de saúde no contexto do SUS (BRASIL, 2004; SANNA, 2007; MEDEIROS, 2007).

Na prática do cuidado em saúde, os princípios para formação e desenvolvimento de recursos humanos necessitam incorporar valores de um sistema de saúde solidário, público, universal e equitativo que propicie mudanças de práticas de saúde e do processo de trabalho.

Dessa forma, configuram-se novos perfis ocupacionais e profissionais dos trabalhadores e das equipes no ambiente de trabalho e no contexto do SUS (BRASIL, 2007).

A UTI, como uma rede de serviços de alta complexidade, pode ser definida como o conjunto de procedimentos que, no contexto do SUS, envolve alta tecnologia e alto custo – com materiais, equipamentos e recursos humanos especializados. Tem como objetivo propiciar aos clientes, que necessitam de respostas individuais e complexas, o atendimento das suas necessidades, o acesso a serviços qualificados e integrados aos demais sistemas de atenção à saúde (BRASIL, 2007). No entanto, para que as mudanças qualificadoras sejam discutidas e implementadas,

> a terapia intensiva exige que se discuta o atendimento ao paciente crítico ou potencialmente crítico em todos os seus momentos e espaços assistenciais. [...] de se concretizar a desejada qualificação assistencial da terapia intensiva dentro de uma lógica compatível com a realidade de nossa estrutura de saúde, entendendo sua qualificação como um processo e sua atuação como uma peça desta mesma assistência, que é sistêmica e globalizante, que é integral e universal (BRASIL, 2005, p. 42, 43).

Como uma rede sistêmica de cuidados, a UTI destina-se a assistir clientes graves e instáveis, tendo por objetivo contribuir com a recuperação da sua saúde, bem-estar e um nível aceitável de qualidade de vida. Além disso, indica a necessidade de maior capacitação dos seus trabalhadores, com ênfase no conhecimento técnico-científico e nos atributos de qualificação profissional.

Os profissionais/trabalhadores, ao serem admitidos na UTI, devem receber um curso de capacitação para atuar no ambiente de cuidados. Desse modo, a RDC/ANVISA nº 7 preconiza que a equipe de saúde da UTI deve participar de um programa de educação em serviço, que contemple no mínimo as normas, rotinas técnicas e os protocolos desenvolvidos na unidade, a incorporação de novas tecnologias, o gerenciamento dos riscos inerentes às atividades e a segurança de clientes, familiares e profissionais, a prevenção e controle de infecções relacionadas à assistência à saúde (BRASIL, 2010). Assim, considera-se que a atualização e a capacitação permanente dos profissionais/trabalhadores, em conexão com a incorporação de novas tecnologias, e sua interface com a assistência, ensino e pesquisa são fundamentais a todos os processos de trabalho desenvolvidos na UTI.

Os recursos humanos em saúde constituem uma variável potencial na questão da qualidade em saúde. Desse modo, é necessário investir em capacitação, considerando a valorização pessoal, a autonomia decisória, a descentralização do poder, a socialização do

saber e a reorganização do processo de trabalho (KURCGANT; TRONCHIN; MELLEIRO, 2006). Portanto, entende-se que a produção de novos conhecimentos, construídos no coletivo, por meio da reflexão sobre a própria prática do trabalho, possibilita a compreensão do processo de trabalho – fins, meios e relações sociais – em saúde e, na medida de seu progressivo desenvolvimento, indica novos caminhos/bifurcações necessários para sua qualificação.

O exercício da enfermagem em UTI requer, além de uma atenção altamente especializada dos profissionais de saúde, um constante processo reflexivo acerca das dimensões éticas, políticas e humanísticas da profissão. O comprometimento com o cuidado ao cliente, em circunstâncias de maior gravidade e vulnerabilidade, deve orientar a prática assistencial, sem perder de vista a "importância da vida, como um valor, porém não se limitando ao cuidado corpóreo, ou seja valorizando a dimensão relacional ou atitudinal, na qual se valoriza a percepção do outro" (FREITAS; OGUISSO, 2012, p.1221). Portanto, do ponto de vista sistêmico, não basta que as ações profissionais supervalorizem a patologia, o diagnóstico, a terapêutica e os cuidados altamente especializados em detrimento da integralidade, respeito, dignidade e direitos inerentes à condição de ser humano.

Nesse contexto, a formação de recursos humanos vincula-se à premissa do atendimento integral na promoção, proteção e recuperação da saúde e na melhoria do cuidado. Para este propósito, a formação deve assegurar ao enfermeiro competência na assistência de enfermagem, de forma inter-relacional, no âmbito técnico-científico, educativo, gerencial, administrativo, ético e político.

5.3.4 Sistemas de informações na UTI

Estudos apontam que os profissionais de saúde têm manuseado e armazenado um grande volume de dados sem, necessariamente, gerar informação. Assim, nos serviços de saúde, os dados armazenados, frequentemente, são subutilizados ou se perdem, são desatualizados, de difícil recuperação e geram indicadores não fidedignos. Em geral, a informação torna-se precária para nortear o planejamento e o processo decisório nas ações em saúde (BRASIL, 2004; BAKKER, 2007; ANDERSON 2007; CAVALCANTI, et al., 2009). Dessa forma, evidencia-se que, ao contrário de outras áreas dos conhecimento, a áreas da saúde ainda não consegue fazer uso apropriado e extensivo de sistemas de informações.

Com vistas a minimizar os problemas relacionados à geração da informação, é necessário "implementar um sistema de comunicação e de informação que promova o auto-

desenvolvimento e amplie o compromisso social dos trabalhadores de saúde" (BRASIL, 2004 p.12, 3.31.8). Assim, a estrutura tradicional e arcaica de armazenamento de dados nos serviços de saúde precisa ser superada e substituída por inovações tecnológicas que sejam capazes de gerenciar dados e informações de forma ágil e segura (CAVALCANTI, et al., 2009). Portanto, a informação em saúde é pouco estruturada e causa entraves e barreiras na gestão em saúde, seja no sentido administrativo e/ou no sentido de qualidade e resolutividade do atendimento.

A "sistematização e disseminação de informações" (BRASIL, 2009, p.61, 5.13.5) centrada no cliente deve ser capaz de acomodar informações de outras instituições de saúde, de sistemas de administração hospitalar, de sistemas de equipamentos biomédicos e de prestadores de serviços em saúde. E, para atender a relevância desse nível de integração, é essencial a identificação do cliente, mediante um conjunto de dados capazes de identificar o mesmo cliente em sistemas de informações distintos. Pelo SUS, o Ministério da Saúde vem implantando o Cartão Nacional de Saúde, visando acompanhar o cliente/usuário ao longo do seu trajeto no sistema de saúde público.

O uso de tecnologias da informação na saúde é bastante amplo e, assim, podem-se destacar nesse campo do conhecimento as seguintes atividades: o desenvolvimento dos sistemas de informação hospitalar, as redes de comunicação digital, as aplicações voltadas para a saúde comunitária, os sistemas de apoio à decisão, o processamento de imagens e sinais biológicos, a avaliação e o controle de qualidade dos serviços de saúde, a telemedicina, as aplicações voltadas para a área educacional e, finalmente, integrando todos os esforços, o registro eletrônico de saúde, núcleo de toda a informação em saúde. Além disso, os sistemas de informação estão sendo mais amplamente usados no apoio à saúde da população e nas atividades de saúde pública relacionadas à prevenção e promoção de saúde, controle de doenças, vigilância e monitoramento (HANNAH; BALL; EDWARDS, 2009; PINOCHET, 2011).

Na área hospitalar, o sistema de informação deve atender dois perfis básicos de necessidades: **atividades administrativas** – abrangem as ações/atividades de gestão financeira, gestão de recursos humanos, materiais e medicamentos, entre outras. E as **atividades clínicas** – compreendem aquelas voltadas diretamente para a atividade-fim, ou seja as ações do cuidado, e incluem atividades como a prescrição de medicamentos, registro dos dados de atendimento do cliente, controle de infecção, gestão dos leitos e, quando se trata de sistemas informatizados, de mecanismos de alerta que auxiliem o profissional de saúde a tomar decisões mais adequadas e de mecanismos de avaliação que possibilitem ao gestor

avaliação da qualidade, produtividade e resolutividade dos serviços prestados (KENNEDY; DADONNA, 2006).

Para a sustentabilidade desse sistema de informação, as atividades administrativas, gerenciais e clínicas devem estar integradas e garantir uma visão sistêmica do processo assistencial em saúde como um todo. As UTIs, segundo Kennedy e Dadonna (2006), constituem-se num ambientes extremamente propícios para a implantação de sistemas de informações, pois concentram os clientes mais graves, os equipamentos mais sofisticados, os profissionais especializados e os fluxos de trabalho mais complexos. Na UTI, a maioria dos dados coletados tem como base científica e metodológica os consensos, guias clínicos e protocolos, o que facilita as ações gerenciais, administrativas e clínicas.

A integração de dados na UTI é mandatória para o controle e qualidade dos sistemas de informações em saúde e, também, para "produzir, sistematizar e difundir conhecimentos sobre segurança do paciente" (BRASIL, 2013, p.43, 7.15.4). Os elementos que compõem o sistema de informações em terapia intensiva estão interligados aos sistemas de relatórios de dados clínicos, os quais fornecem informações e laudos de dados laboratoriais, radiológicos e farmacêuticos que integram o processo de controle e análise dos dados dentro de uma UTI.

No entanto, a estocagem dessa grande quantidade de dados de modo não sistematizado tem pouco valor se não estiver integrada a outras informações que permitam interpretação clínica. A experiência mostra que dados fisiológicos só apresentam valor prático quando interpretados em conjunto com a prescrição, com os procedimentos e o conhecimento dos diagnósticos e doenças prévias (KENNEDY; DADONNA, 2006).

Estudos sugerem que sistemas de alerta de dados críticos podem melhorar a segurança e a sobrevivência do cliente, além de reduzir erros, tempo de exposição a situações críticas e custo de hospitalização (CAVALCANTI, et al., 2009; PINOCHET, 2011). Nas UTIs, um sistema de alerta pode monitorar sistematicamente os dados num sistema de informações para a ocorrência de eventos críticos. Os tipos mais comuns de dados usados pelos algoritmos de alerta incluem: pressão arterial, frequência cardíaca, ritmo cardíaco, pressão capilar pulmonar, débito urinário, ventilação mecânica, escores de coma, presença e/ou ausência de cateteres, exames laboratoriais, gasometria arterial, medicações, dosagem sérica de drogas e readmissões.

O cliente em UTI produz um grande volume de dados, seja sob a forma de variáveis de sinais vitais, de exames laboratoriais, de imagem ou a partir do exame físico realizado pelo enfermeiro. A partir desses dados, a enfermagem em UTI utiliza, em sua prática, o julgamento clínico para planejar e prestar o cuidado. Ao "pensar no agrupamento e no processamento dos

dados em informação, pode-se considerar a importância da tecnologia no gerenciamento desta, que é central à prática da enfermagem" (BARBOSA; SASSO, 2011, p. 130).

Dentre as aplicações da tecnologia da informação em terapia intensiva, os estudos de Kennedy e Dadonna (2006) e Parente e McCullough (2009) destacam:

- Processamento, armazenamento e integração de informações fisiológicas e diagnósticas de várias fontes interligadas ao registro eletrônico do cliente;
- Apresentação de alteração de limites previamente definidos, por meio de alarme ou alerta;
- Armazenamento da documentação do cuidado prestado ao cliente;
- Tendência dos dados em uma apresentação gráfica;
- Redução das taxas de infecções;
- Fornecimento de suporte à decisão clínica por meio de alertas, alarmes e protocolos;
- Avaliação comparativa de clientes para análise de resultados;
- Apresentação de dados clínicos organizados por problemas do cliente ou por sistema.

O acompanhamento da evolução e do quadro clínico dos clientes e o resultado das intervenções de enfermagem são dados que contribuem para a análise dos indicadores de qualidade, que também podem ser processados eletronicamente (BARBOSA; SASSO, 2011). Dessa forma, o sistema de informação configura-se como um recurso estratégico que pode contribuir para o planejamento e a tomada de decisão no processo de trabalho da enfermagem na UTI.

5.4 Dimensão Humanizadora

A dimensão humanizadora pode ser entendida como resultado da atuação sobre os processos de trabalho no cotidiano dos serviços de saúde, no sentido de melhorar a qualidade da assistência prestada, com ênfase na criação de ambientes de trabalho que valorizem a dignidade dos profissionais/trabalhadores e da clientela assistida. Para isso, tanto o "processo de formação quanto o de construção das políticas de atenção à saúde precisam reconhecer e aceitar não só os valores, crenças, cultura, necessidade de auto-estima e valorização, mas também os desejos, emoções e sentimentos dos trabalhadores e usuários" (MARTINS e ALBUQUERQUE, 2007, p. 351).

Nessa direção, a qualidade assistencial precisa integrar mudanças em diversos âmbitos, abarcando desde a organização e as relações institucionais de trabalho até as características e condições da prestação de serviços e/ou produtos oferecidos à população (SANTOS FILHO, 2009).

Para produzir novos modos de cuidar e gerir, a Política Nacional de Humanização – PNH, criada em 2003, tem como objetivo deflagrar um movimento no sistema e instituições de saúde para a realização de mudanças, em consonância com os pressupostos da humanização. Ao explicitar os fundamentos desta política e seus modos de fazer, é possível criar novos caminhos/bifurcações para a construção de novas práticas de gestão e de cuidado (BRASIL, 2011b).

Ao considerar a humanização como um valor do cuidado e da gestão em saúde, evidencia-se que a gestão do cuidado de enfermagem na UTI necessita estar interligada aos valores éticos da profissão, como a dignidade, a responsabilidade, a sensibilidade e a solidariedade. Pressupõe aliar a competência e o conhecimento técnico-científico, como elementos inter-relacionados, em conexão com todas as dimensões do cuidado – ao cliente, seus familiares e na interação com a equipe, para uma prática de enfermagem ética, segura e humanizadora.

Para configurar a gestão do cuidado de enfermagem na UTI, centrada nas efetivas necessidades de saúde do cliente crítico, a **categoria: Dimensão Humanizadora**, com as subcategorias e respectivas unidades de análise estão representadas no Quadro 12.

Quadro 12 – Resultados da Análise de Conteúdo e os principais pontos destacados nos documentos oficiais do Ministério da Saúde e sua **aderência** e/ou **antagonismo** e sua **relação com o objetivo** desta pesquisa e proposta da Tese

Categoria: Dimensão Humanizadora	
Subcategorias	**Unidades de Análise**
Processos integradores e promotores de humanização	3.8. [...] “a humanização da assistência abre, assim, questões fundamentais que podem orientar a construção das políticas em saúde. Humanizar é, então, ofertar atendimento de qualidade articulando os avanços tecnológicos com acolhimento, com melhoria dos ambientes de cuidado e das condições de trabalho dos profissionais” (p.6). 3.11. “a humanização como política transversal, entendida como um conjunto de princípios e diretrizes que se traduzem em ações nos diversos serviços, nas práticas de saúde e nas instâncias do sistema, caracterizando uma construção coletiva” (p.7). 3.14. (Como política), “a humanização deve, portanto, traduzir princípios e modos de operar no conjunto das relações entre os profissionais, os usuários e as diversas unidades e serviços de saúde que constituem o SUS. O confronto de idéias, o planejamento, os mecanismos de decisão, as estratégias de implementação e de avaliação, mas principalmente o modo como tais processos se dão, devem confluir para a construção de trocas solidárias e comprometidas com a produção de saúde” (p.7). 3.20. “A Humanização, como um conjunto de estratégias para alcançar a qualificação da atenção e da gestão em saúde no SUS, estabelece-se, portanto, como a construção/ativação de atitudes ético-estético-políticas em sintonia com um projeto de co-responsabilidade e qualificação dos vínculos

	interprofissionais e entre estes e os usuários na produção de saúde. Éticas porque tomam a defesa da vida como eixo de suas ações. Estéticas porque estão voltadas para a invenção das normas que regulam a vida, para os processos de criação que constituem o mais específico do homem em relação aos demais seres vivos. Políticas porque é na pólis, na relação entre os homens que as relações sociais e de poder se operam, que o mundo se faz" (p.8).
Humanização na Gestão do cuidado de enfermagem na UTI	3.27.1. "Valorização da dimensão subjetiva e social em todas as práticas de atenção e gestão, fortalecendo/estimulando processos integradores e promotores de compromissos/responsabilização" (p.9). 3.29.2 "No eixo da gestão do trabalho, propõe-se a promoção de ações que assegurem a participação dos trabalhadores nos processos de discussão e decisão, reconhecendo, fortalecendo e valorizando seu compromisso com o processo de produção de saúde" (p.11). 1.10.5 [...] "Garantia de visitas diárias dos familiares, a beira do leito; Garantia de informações da evolução diária dos pacientes aos familiares por meio de boletins" (p.109). 3.31.6. "Adequar os serviços ao ambiente e à cultura local, respeitando a privacidade e promovendo uma ambiência acolhedora e confortável" (p.12). 6.24.4. "promoção de ambiência acolhedora" (p.49).

Fonte: Dados da pesquisa

5.4.1 Processos integradores e promotores de humanização

Com a finalidade de criar uma cultura de humanização, o governo federal regulamentou o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar – PNHAH, que não se restringe às UTIs, mas contempla todo o sistema de saúde brasileiro, visando o respeito, a solidariedade e o desenvolvimento de autonomia e de cidadania dos profissionais da saúde e usuários. O programa tem como objetivo melhorar o atendimento ao cliente, capacitando os trabalhadores, estimulando o trabalho em equipe multiprofissional e a gestão desses como cuidadores (BRASIL, 2011b).

Nessa proposta, "a humanização da assistência abre, assim, questões fundamentais que podem orientar a construção das políticas em saúde. Humanizar é, então, ofertar atendimento de qualidade articulando os avanços tecnológicos com acolhimento, com melhoria dos ambientes de cuidado e das condições de trabalho dos profissionais" (BRASIL, 2004, p.6, 3.8). Essa iniciativa promove e incentiva a interação entre os profissionais/trabalhadores de saúde, clientes e familiares. Destaca, ainda, a importância da interconexão entre as dimensões técnicas, tecnológicas, organizativas e humanizadoras para a melhoria da qualidade assistencial e gerencial do cuidado (Figura 11, p. 156).

Em 2004, com o objetivo de dar um caráter transversal à cultura de humanização, para abranger todos os níveis de atenção à saúde, o Ministério da Saúde estabeleceu a Política Nacional de Humanização – PNH, conhecida como Humaniza SUS. Assim, "a humanização como política transversal, entendida como um conjunto de princípios e diretrizes que se traduzem em ações nos diversos serviços, nas práticas de saúde e nas instâncias do sistema, caracterizando uma construção coletiva" (BRASIL, 2004, p.7, 3.11).

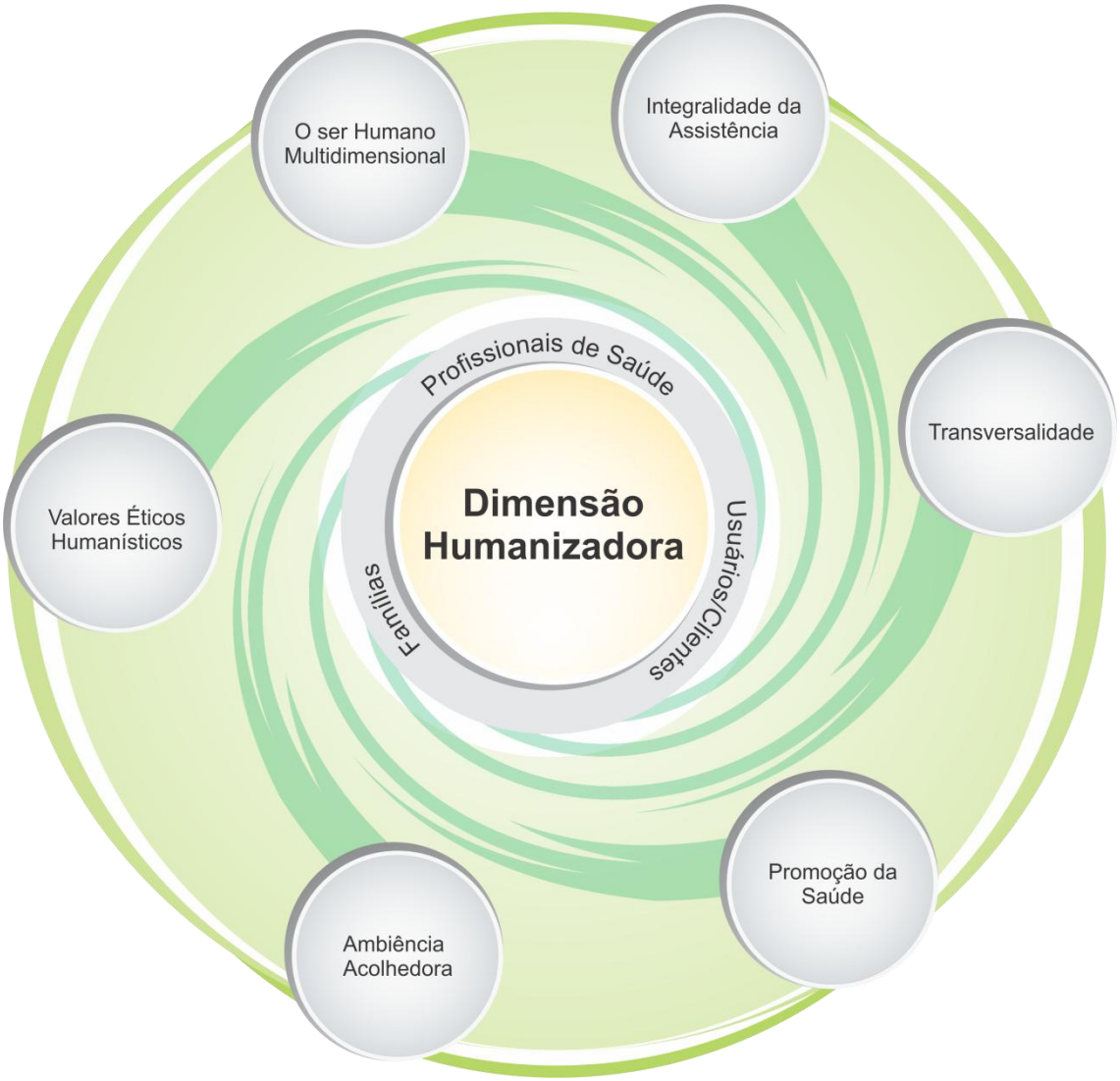


Figura 11 – Dimensão Humanizadora: elementos e suas inter-relações na gestão do cuidado de Enfermagem na UTI
Fonte: Dados de pesquisa, organizados pelas autoras

Nesse sentido, a humanização como política transversal implica em ações que traduzam os princípios do SUS adequadamente aos diferentes modos de prática e sujeitos da rede de saúde; que construam trocas solidárias e sejam comprometidas com a dupla função de produção de saúde e produção de sujeitos; que ofereçam um eixo articulador das práticas em saúde, destacando o aspecto subjetivo nelas presentes; que contagiem por atitudes e ações humanizadoras a rede SUS incluindo gestores, trabalhadores de saúde e usuários (BRASIL, 2004).

Como política,

> a humanização deve, portanto, traduzir princípios e modos de operar no conjunto das relações entre os profissionais, os usuários e as diversas unidades e serviços de saúde que constituem o SUS. O confronto de idéias, o

> planejamento, os mecanismos de decisão, as estratégias de implementação e de avaliação, mas principalmente o modo como tais processos se dão, devem confluir para a construção de trocas solidárias e comprometidas com a produção de saúde" (BRASIL, 2004, p.7, 3.14).

Para a promoção de ações que visem à humanização, a política complementa e aprimora o programa anterior, agregando a necessidade de melhorar os aspectos organizacionais do atendimento aos usuários/clientes, além de estabelecer estratégias e diretrizes para a implementação da cultura de humanização nas instituições, por nível de atenção (BRASIL, 2004).

Nos níveis de atenção hospitalar e especializada, em que se incluem as UTIs, algumas diretrizes da PNH, podem ser visualizadas:

- Garantia de visita aberta, por meio da presença do acompanhante e sua rede social, respeitando a dinâmica de cada unidade hospitalar e as peculiaridades das necessidades do acompanhante;
- Estratégias de recepção em acolhimento aos usuários/clientes;
- Estratégias de escuta para os usuários/clientes, familiares e profissionais/trabalhadores;
- Garantia de continuidade da assistência;
- Definição de protocolos clínicos, garantindo a eliminação de intervenções desnecessárias e respeitando as diferenças e as necessidades dos usuários/clientes;
- Equipe multiprofissional de atenção à saúde, com horário pactuado para atendimento à família e/ou à sua rede social;
- Existência de Grupos de Trabalho de Humanização, com um plano de trabalho definido.

A humanização das UTIs traduz o dever moral, ético e legal dos profissionais de saúde. O Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem, quanto aos princípios fundamentais da profissão, em seu art. 3º, norteia a prática profissional para o respeito à vida, à dignidade e aos direitos do ser humano, em todas as suas dimensões (COFEN, 2007). Considerando as dimensões do cuidado: o cliente, a família e a equipe, em seus aspectos biológico, emocional, espiritual e social, a "discussão ética e, consequentemente, legal deve ser ampliada e constar como tema transversal em todas as questões pertinentes ao contexto da saúde" (VARGAS; AZEREDO, 2011, p. 102).

Nessa perspectiva, percebe-se a necessidade de mudança de paradigma de atenção, que abandona o modelo biologicista, linear e mecanicista, centrado no processo saúde/doença,

para desenvolver uma nova configuração de cuidado em saúde, que busca o compreender o ser humano em sua totalidade, corpo e mente, subjetividade, valores e crenças pessoais e familiares.

A humanização,

> como um conjunto de estratégias para alcançar a qualificação da atenção e da gestão em saúde no SUS, estabelece-se, portanto, como a construção/ativação de atitudes ético-estético-políticas em sintonia com um projeto de co-responsabilidade e qualificação dos vínculos interprofissionais e entre estes e os usuários na produção de saúde. **Éticas** porque tomam a defesa da vida como eixo de suas ações. **Estéticas** porque estão voltadas para a invenção das normas que regulam a vida, para os processos de criação que constituem o mais específico do homem em relação aos demais seres vivos. **Políticas** porque é na pólis, na relação entre os homens que as relações sociais e de poder se operam, que o mundo se faz (BRASIL, 2004, p.8, 3.20).

Assim, a dimensão humanizadora do cuidado de enfermagem desafia o profissional/enfermeiro a repensar sua postura profissional, sendo imprescindível a criação de um espaço dialógico, interativo e relacional para a partilha, a convivência e o estreitamento do vínculo afetivo entre o cliente, família e equipe.

De acordo com a PNH, **acolhimento** é a promoção de comunicação entre o cliente, família e equipe, e o **vínculo** na rede de cuidados em saúde significa compartilhar experiências e estabelecer relações efetivas e afetivas, em uma convivência de ajuda, interação e influências mútuas (BRASIL, 2011b).

A partir dessas inter-relações, os princípios norteadores da Política Nacional de Humanização – PNH destacam a valorização da dimensão subjetiva e social das práticas de atenção e gestão, o fortalecimento do trabalho em equipe, o apoio à construção de redes cooperativas e solidárias, a construção de autonomia e protagonismos de sujeitos e coletivos com corresponsabilidade, a participação e o fortalecimento do controle social e a democratização das relações de trabalho (BRASIL, 2005; 2006; 2011c). Diante desses princípios, fica o desafio de experimentar novas formas de gerir as práticas do cuidado, onde haja compromisso das equipes com a *produção de saúde*, com uma cultura organizacional mais pública e solidária. Para tanto, é imprescindível o enfoque interdisciplinar, com participação na gestão, articulada às demais dimensões – políticas, administrativas e subjetivas, que compõem a humanização.

Humanizar a assistência nas UTIs,

> é integrar, ao conhecimento técnico-científico, a responsabilidade, a sensibilidade, a ética e a solidariedade no cuidado ao cliente e seus familiares e na interação com a equipe. Pressupõe aliviar a dor e o sofrimento do outro; compaixão, ou seja, empatia traduzida em ação solidária concreta; respeito a dignidade e autonomia do outro; compreensão do significado da vida, em seus aspectos éticos, culturais, econômicos, sociais e educacionais; e valorização da dimensão humana do cliente em detrimento de sua patologia (SILVA; ARAÚJO; PUGGINA, 2010, p. 1328).

Sob esse enfoque, as propostas de humanização em saúde também envolvem repensar o processo de formação dos profissionais de saúde, ainda centrado, predominantemente, no aprendizado técnico, racional e individualizado, com tentativas muitas vezes isoladas de exercício da crítica, criatividade e sensibilidade. Com base na Política Nacional de Atenção ao Cliente Crítico é necessário buscar formas efetivas para humanizar as práticas em saúde; isso implica em aproximação crítica que permita compreender a temática para além de seus componentes técnicos, tecnológicos e organizacionais, envolvendo, essencialmente, as suas dimensões político-filosóficas que lhe imprimem um sentido ético, solidário e humanizado.

Para Backes (2004, p.31), "a humanização comporta necessariamente a compreensão do humano, da pessoa humana em todas as dimensões e a existência de um clima institucional favorável para o processo de humanização". No ambiente da UTI, para que haja interação, equilíbrio dinâmico e energia vital nas dimensões humanizadoras, são necessárias ações integradas que visem a mudanças graduais no modo de pensar e agir dos profissionais de saúde.

Sob esse enfoque, a dimensão humanizadora, no ambiente da UTI, diante das múltiplas possibilidades implica em criar um ambiente físico, social, profissional e interativo-relacional entre as pessoas, capaz de ser acolhedor, solidário, resolutivo, saudável e sustentável. Assim, os elementos que compõem essa dimensão podem propiciar um ambiente terapêutico favorável às práticas do cuidado.

5.4.2 Humanização na Gestão do cuidado de enfermagem na UTI

A proposta de humanizar as práticas de gestão no cuidado, pela Política Nacional de Atenção ao Cliente Crítico (BRASIL, 2005), em consonância com os princípios da PNH (BRASIL, 2004), tem como base teórico-filosófica conformar a humanização como um valor do cuidado e da gestão em saúde. Esta deve estar comprometida com um projeto terapêutico que contemple a humanização das relações de trabalho, da assistência e do ambiente de trabalho. Portanto, trata-se de uma abordagem inovadora para o planejamento, a tomada de

decisão e a avaliação do cuidado em saúde, construída com base integrada com as necessidade dos clientes, familiares e profissionais de saúde.

Nas relações de trabalho, a criação de redes interativas, participativas e solidárias busca identificar as necessidades de saúde, bem como a transformação das práticas no processo saúde-doença-cuidado. Além disso, considera a necessidade de "valorização da dimensão subjetiva e social em todas as práticas de atenção e gestão, fortalecendo/estimulando processos integradores e promotores de compromissos/responsabilização" (BRASIL, 2004, p.9,3.27.1).

Para que os profissionais de saúde possam exercer a sua profissão com dignidade, compromisso e respeito à condição humana do outro, o trabalho em equipe multiprofissional é um pressuposto orientador para a auto-organização do processo de trabalho nos serviços de saúde. Dessa forma, a partir de uma maior interação entre os profissionais e as ações que desenvolvem, é possível buscar transformações nas formas de agir sobre os fatores que interferem no processo saúde-doença-cuidado da população (COSTA; ENDERS; MENEZES, 2008).

Ao enfocar a equipe multiprofissional, sob a lente da humanização, percebe-se a necessidade de desenvolver um trabalho comum em diferentes especialidades. Desse modo, é possível concentrar todos os esforços em prol das ações do cuidado, terapêutica, segurança e busca do equilíbrio dinâmico da qualidade de vida da clientela assistida.

Segundo Marques e Souza (2010), a equipe deve estar preparada para entender as instabilidades e acolher as adversidades que ocorrem no cotidiano, estabelecendo a ordem e previsibilidade no ambiente de trabalho; orientação antecipada entre os membros da equipe; desenvolvimento de comportamentos flexíveis, inclusão do cliente e dos familiares nas decisões e o fornecimento de informações e explicações sempre que for necessário. Portanto, no processo de humanização, além das reações produzidas, é fundamental entender a equipe de modo interdisciplinar, respeitando as formas de expressão e autonomia, que resultam das relações, em permanente processo de construção.

Humanizar as práticas de atenção e de gestão é assumir o desafio da construção de uma política que se faça pública e coletiva. Implica em reconhecer que o comportamento de um sistema influencia e é influenciado pelo comportamento do outro. A existência de interações, "no eixo da gestão do trabalho, propõe-se à promoção de ações que assegurem a participação dos trabalhadores nos processos de discussão e decisão, fortalecendo e valorizando seu compromisso com o processo de produção de saúde" (BRASIL, 2004, p.11, 3.29.2). Portanto, reconhecer e valorizar os saberes construídos no cotidiano de trabalho(,)

possibilita entender que não existem ações isoladas, mas, sim, ações em rede que se constroem, se tecem e se complementam de forma relacional, energética, informacional e/ou material entre sistemas vivos e seu ecossistema, nos mais diferentes níveis.

A existência de interações "compreende a existência de interconexões entre os objetos da natureza, implicando o reconhecimento de inter-relações que ocorrem entre sujeito e sujeito e contexto/ambiente onde o sistema está inserido" (MORAES, 2008, p.176). Essa visão permite perceber que a relação causa-efeito não é determinística, mas, sim, probabilística, em que o todo se apresenta interligado pelas partes com possibilidade de influenciar e ser influenciado através das inter-relações (SIQUEIRA, 2001).

Nessa linha de pensamento, as mudanças da gestão nas organizações de saúde não seriam motivadas apenas para *conformar* sujeitos mais aptos e eficazes à produção do cuidado, mas também por orientação técnico-ético-política, que configura a gestão como um espaço importante para a produção de novos sujeitos mais livres, criativos, solidários e capazes de suportar a existência em contextos mais heterogêneos, onde a expressão do humano como força social e política é diversa e complexa (BRASIL, 2011c**)**. Essas questões apontam para a necessidade de se produzir mudanças na gestão e novos modos de se organizar o trabalho, alterando-se tanto sua dinâmica interna de funcionamento, como sua inter-relação com os demais elementos que compõem o ambiente do cuidado.

Sendo o cliente o foco do cuidado de enfermagem na UTI, os estudos de Maruiti e Galdeano (2007) identificam que as necessidades dos familiares, muitas vezes, são desconhecidas e/ou negligenciadas pela equipe de saúde. Destacam, ainda, que a sensibilidade do enfermeiro em perceber as necessidades da família pode resultar na implementação de novas políticas, mais solidárias e de respeito à dignidade e autonomia do outro.

No ambiente da UTI, as políticas têm assegurado a "garantia de visitas diárias dos familiares a beira do leito; garantia de informações da evolução diária dos pacientes aos familiares por meio de boletins" (BRASIL, 1998, p.109, 1.10.5). Dessa forma, observa-se uma preocupação, que não é recente, em propiciar horário de visitas mais flexíveis, maior proximidade da equipe de enfermagem e maior facilidade na obtenção de informações.

A gestão do cuidado de enfermagem na UTI, de acordo com a PNH (2011a), como processo de melhor atendimento às necessidades do cliente e seus familiares necessita:

- Acolher a família em ambiente neutro que assegure diálogo entre a equipe e a família, dando tempo a esta para desabafar emoções, sentimentos e questionamentos, iniciando o processo de formação de vínculo com a equipe;
- Ouvir e respeitar escolhas, expectativas e perspectivas do cliente e da família;

- Incorporar, ao planejamento e à prestação do cuidado o conhecimento, os valores, as crenças, a cultura, a capacidade e as habilidades do cliente e da família;
- Acompanhar a entrada da família pela primeira vez na unidade, designando um profissional da equipe que lhe explique com atenção e calma a situação do cliente e o funcionamento da unidade;
- Prezar por eficiência, gentileza, interesse, atenção, compreensão das necessidades da família e privacidade no atendimento;
- Oferecer informações à família, de acordo com seu tempo, minimizando o estresse do desconhecido, por meio de folhetos explicativos sobre as normas de funcionamento da unidade, sobre os profissionais que atuam, suas funções e responsabilidades, sobre os equipamentos, medicamentos, serviços de apoio e de conforto disponíveis;
- Adotar estratégias de comunicação que facilitem o diálogo entre a equipe, o cliente e sua família, utilizando-se de tecnologias para favorecer a compreensão da situação, de modo que a família receba informações, no momento oportuno, a fim de efetivar sua participação no cuidado e na tomada de decisão;
- Promover oportunidades para favorecer as relações intrafamiliares e entre a família e a equipe de saúde.

Ao considerar as necessidades do cliente e seus familiares, além da responsabilidade ética e profissional, entende-se que o comportamento e atitude dos profissionais de saúde dependem, principalmente, do compromisso individual de cada pessoa. Portanto, para atender a essas necessidades se faz necessário uma mudança de atitude na relação com o outro e, de forma sistêmica, é necessário atentar para todas as dimensões do cuidado – o cliente, a família e a equipe, em seus aspectos biológico, emocional, espiritual e social.

Na gestão do cuidado de enfermagem na UTI, outro aspecto que deve ser discutido e repensado é a função da família nesse contexto, pois ela não é visita, é permanente na vida do cliente, e como tal deve ser compreendida na rede de cuidados. Essa forma de pensar busca oferecer aos familiares o direito de participação no planejamento e execução de cuidados, em uma prática integrativa e colaborativa. Nessa rede, interligada pela participação ativa e criativa entre sujeitos, saberes e instituições, voltada para o enfrentamento de problemas, que nascem e/ou se expressam em uma dimensão humana de fronteira, é necessário articular a

representação subjetiva com a prática objetiva (BRASIL, 2011a). E, assim, é necessário "adequar os serviços ao ambiente e à cultura local, respeitando a privacidade e promovendo uma ambiência acolhedora e confortável" (BRASIL, 2004, p.12, 3.31.6).

De acordo com a PNH, a **ambiência** é o ambiente físico, social, profissional e de relações interpessoais que deve estar relacionado a um projeto de saúde voltado para a atenção acolhedora, resolutiva e humana (BRASIL, 2011b). Na UTI, os elementos que compõem a ambiência podem estar interligados às tecnologias interativas e relacionais ali presentes, quanto por outros componentes estéticos, ou sensíveis apreendidos pelo olhar, olfato, audição, como, por exemplo, a luminosidade, os ruídos do ambiente, a temperatura, entre outros aspectos.

A ambiência, em seu aspecto interativo, relacional e afetivo, expresso na forma de acolhimento e atenção em saúde, configura-se por meio dos componentes estruturais do ambiente, os quais determinam (BRASIL, 2011b):

- Designar um membro da equipe para ficar próximo à família, explicando os procedimentos e ouvindo-a em sua dúvidas e questionamentos.
- Incentivar a presença de outro membro da família próximo, a fim de oferecer suporte intrafamiliar e partilha de experiência.
- Realizar a sinalização das áreas e dos serviços, permitindo que a família possa ter livre acesso aos locais de descanso, higiene e alimentação, evitando aglomerações nas áreas de locomoção na UTI.
- Realizar medidas de controle de ruídos e de luminosidade, como equipamentos que produzam níveis de ruídos dentro dos estabelecidos pelas normas de segurança. Para tanto, se faz necessário o uso de alarmes visuais, instalações com controle de ruídos e incentivo ao uso de música no ambiente da UTI, quando apropriado, respeitando sua indicação.
- Planejar as ações do cuidado, a fim de propiciar descanso tanto do cliente quanto da família, garantindo-lhes horários de sono durante os turnos.
- Garantir local reservado para reuniões com a família, assegurando sua privacidade.
- Propiciar móveis adequados, que garantam conforto, qualidade e segurança ao cliente e familiares.

Assim, entende-se que, para a "promoção de ambiência acolhedora" (BRASIL, 2010, p.49, 6.24.4), a gestão do cuidado de enfermagem na UTI requer o planejamento de ações

para a humanização das relações entre a equipe de saúde/enfermagem e o núcleo do cliente e família. Para tal, considera-se que a inclusão da família na assistência ao cliente grave poderá contribuir para maior segurança e inteiração e, ainda, colaborar para que o impacto da hospitalização, ansiedade, instabilidades e incertezas possa encontrar caminhos/bifurcações capazes de minimizar e/ou auto-organizar as fragilidades do sistema como um todo.

Nas ações do cuidado de enfermagem na UTI, de acordo com as diretrizes da PNH, a gestão poderá configurar-se a partir da sensibilidade do enfermeiro para (re)pensar e (re)conhecer a singularidade, a fragilidade emocional, física e psíquica do ser humano diante da complexidade que envolve as inter-relações no processo saúde-doença-cuidado. Esse mesmo processo, em seu acoplamento estrutural, ao se auto-organizar, traz possibilidades para que a enfermagem, como ciência, possa planejar, criar e desenvolver as ações de cuidado capazes de produzir avanços profissionais significativos, articuladas às demais dimensões – técnicas, organizacionais, tecnológicas e humanizadoras da produção em saúde.

Ao retomar alguns resultados obtidos com a análise dos documentos, construíram-se três artigos científicos. O primeiro artigo, intitulado "**Gestão do cuidado ecossistêmico de enfermagem na UTI: enfoque nas políticas públicas**", teve como objetivo analisar os elementos que compõem a dimensão tecnológica da gestão do cuidado de enfermagem na UTI, com enfoque ecossistêmico. Este artigo foi formatado conforme as normas da *Revista Texto & Contexto – Enfermagem*, disponíveis no *site* textoecontexto@nfr.ufsc.br.

O segundo artigo, intitulado: "**Integralidade e humanização na gestão do cuidado de enfermagem na Unidade de Terapia Intensiva**", objetivou identificar os elementos que compõem a dimensão humanizadora, a partir da fundamentação teórico-filosófica e organizativa presente nos documentos das políticas públicas, capaz de promover a integralidade e humanização na gestão do cuidado de enfermagem na Unidade de Terapia Intensiva. Este artigo foi organizado segundo as normas da *Revista Brasileira de Enfermagem – REBEn* – para a qual será encaminhado. As normas podem ser encontradas no *site* http://www.scielo.br/reben/.

O terceiro artigo, denominado "**Gestão do cuidado ecossistêmico de enfermagem na Unidade de Terapia Intensiva: ênfase na dimensão organizacional**", teve como objetivo analisar os elementos que compõem a dimensão organizacional, com base na fundamentação teórico-filosófica e organizativa presente nos documentos das políticas públicas, capaz de subsidiar a configuração da gestão do cuidado de enfermagem na UTI, com enfoque ecossistêmico. Este artigo foi formatado conforme as normas da *Revista Texto & Contexto – Enfermagem*, disponíveis no *site* textoecontexto@nfr.ufsc.br.

5.5 ARTIGO 1

GESTÃO DO CUIDADO ECOSSISTÊMICO DE ENFERMAGEM NA UTI: ENFOQUE NAS POLÍTICAS PÚBLICAS

Adriane Calvetti de Medeiros[1]; Hedi Crecencia Heckler de Siqueira[2]

RESUMO

Objetivo: Analisar os elementos que compõem a dimensão tecnológica da gestão do cuidado de enfermagem na UTI, com enfoque ecossistêmico. **Método:** Análise documental, descritiva, exploratória, de abordagem qualitativa, com base nos documentos oficiais das Políticas Públicas, no período de 1998 a 2013. **Resultados:** A gestão de tecnologias no cuidado de enfermagem na UTI configura-se em diversas formas de aplicação do conhecimento, levando à resolução e/ou redução dos problemas de saúde dos usuários. A formação e capacitação dos recursos humanos vincula-se à premissa do atendimento integral na promoção, proteção e recuperação da saúde e na melhoria do cuidado – nos âmbitos técnico-científico, ético e humanístico. **Conclusão:** As relações dinâmicas entre os segmentos da UTI levam a novas possibilidades da prática gerencial do enfermeiro, que necessitam de criatividade e inovação capazes de sustentar e fortalecer a ciência da Enfermagem, em constante evolução e transformação.

Descritores: Gestão em Saúde; Cuidados de Enfermagem; Ecossistema; Unidade de Terapia Intensiva; Políticas Públicas.

ECOSYSTEMIC CARE MANAGEMENT IN ICU NURSING: FOCUS ON PUBLIC POLICIES

ABSTRACT

Objective: To analyze the elements that make up the technological dimension of the management of nursing care in the ICU with ecosystemic approach. **Method**: documentary, descriptive, exploratory analysis, a qualitative approach, based on official documents of Public Policy, from 1998 to 2013. **Results**: The management of technology in nursing care in the ICU is set up in various forms of application of knowledge leading to the resolution and / or reduction of the health problems of users. The education and training of human resources is linked to the premise of comprehensive care in the promotion, protection and recovery of health and improving of care - in the technical-scientific, ethical and humanistic scopes. **Conclusion**: The dynamic relations among the segments of the ICU lead to new possibilities of management practice of the nurse, requiring creativity and innovation capable of sustaining and strengthening the science of nursing, in constant evolution and transformation.

Key words: Health Management; Nursing Care; Ecosystem; Intensive Care Units; Public Policies.

[1] Universidade Federal do Rio Grande, Escola de Enfermagem, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (Doutoranda). Rio Grande/RS, Brasil. E-mail: adrianecalvetti@gmail.com

[2]Enfermeira e administradora Hospitalar.Especialista em metodologia da pesquisa. Mestre e Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Docente do Programa de Pós-Graduação do Curso de Mestrado e Doutorado em Enfermagem da Fundação Universidade Federal do Rio Grande – FURG. Docente da Faculdade Anhanguera Pelotas/RS. Membro líder do Grupo de Estudo e Pesquisa: Gerenciamento Ecossistêmico em Enfermagem/Saúde (GEES). Professora Emérita da FURG. E-mail: hedihs@terra.com.br

RESUMEN
Objetivo: Analizar los elementos que componen la dimensión tecnológica de la gestión de los cuidados de enfermería en la UCI con enfoque ecosistémico. **Método**: análisis documental, descriptivo, exploratorio, con enfoque cualitativo, basado en documentos oficiales de la Política Pública, de 1998 a 2013. **Resultados**: La gestión de la tecnología en la atención de enfermería en la UCI configuranse en distintas formas de aplicación de los conocimientos llevando a la resolución y / o reducción de los problemas de salud de los usuarios. La educación y la formación de los recursos humanos estan vinculados a la premisa de la atención integral en la promoción, protección y recuperación de la salud y la mejora de la atención - en el marco técnico-científico, ético y humanístico. **Conclusión**: Las relaciones dinámicas entre los segmentos de la UCI llevan a nuevas posibilidades de la práctica de la gestión del enfermero, que requieren creatividad e innovación capaces de sostener y fortalecer la ciencia de la enfermería, en constante evolución y transformación.
Palabras clave: Enfermería, Gestión de la Salud; Ecosistema; Personal de Enfermería; Instituciones Especializadas de Atención de Enfermería

Introdução

A prática gerencial do enfermeiro, ao adaptar-se às exigências do processo produtivo em saúde e configurar-se de acordo com as demandas e especificidades do contexto histórico, social, político e econômico, vem evoluindo e sofrendo transformações. Essas transformações introduzem desafios no processo de gestão do cuidado de enfermagem na UTI, ao emergirem novas possibilidades para uma prática gerencial do enfermeiro exercida de forma dinâmica, criativa e inovadora capaz de sustentar e fortalecer a ciência da Enfermagem.

Para entender as possibilidades e as limitações desse processo foi realizada uma revisão contextual a respeito das políticas públicas em saúde a fim de encontrar as que possuem aderência e oferecem suporte teórico filosófico ao presente estudo, no que diz respeito aos princípios técnicos, tecnológicos, organizativos e humanizadores contidos nos documentos selecionados e em estudo.

Assinala-se que a produção de saúde, com base nas necessidades e expectativas dos usuários, de maneira resolutiva, eficiente e eficaz, são questões norteadoras dos pressupostos filosóficos e das bases metodológicas, expressas nos documentos das Políticas Públicas, que vêm orientando as ações das organizações de saúde[1,2]. Nesse viés, a gestão das práticas de saúde precisa interconectar-se de forma articulada com todos os elementos que constituem o espaço/ambiente, aqui da UTI, para em conjunto, de maneira interdependente escolher os caminhos que, impulsionados pelas relações, se bifurcam constante e rapidamente e para encontrar as melhores soluções de saúde ao usuário crítico como um todo[3,4,5].

Nesse sentido, a Política Nacional de Atenção ao Paciente Crítico[6] fundamenta-se na incorporação de uma perspectiva sistêmica da terapia intensiva, integrada ao ambiente hospitalar e às demais áreas de atenção à saúde, envolvendo progressivamente a qualificação das dimensões técnicas, tecnológicas, organizacionais e humanizadoras, referenciadas e que normatizam as bases e as estratégias de implementação e operacionalização de ações qualificadoras na UTI. Essas dimensões formam um sistema integrado de ações, com parâmetros tanto para a estrutura, processo e resultados, quanto para a obtenção e monitoramento de indicadores de controle e avaliação de saúde[7], retratando o perfil da gestão do cuidado ecossistêmico de enfermagem na UTI.

Esse tipo de gerência implica em abandonar a visão linear, cartesiana, determinística que enfatiza as partes em detrimento da totalidade. É preciso voltar o pensamento para as relações que se formam entre todos os elementos da totalidade que agem de forma interdependente e interconectada, exercendo e recebendo influências por meio das interações dinâmicas exercidas entre o todo/partes[4,5,8]. Em analogia, a gestão como um sistema/ecossistema, pelas relações é dinâmico, capaz de explorar novas estruturas dissipativas e tipos organizativos no espaço-tempo em que se encontra, percorrer novas trajetórias e, com isso, corroborar com a otimização do trabalho da enfermagem na produção em saúde[2,4,5,8].

Sob essa perspectiva, o constructo ecossistêmico pode ser compreendido como um espaço/território/ambiente, formado de organismos/elementos que constituem um todo, cujos componentes são interdependentes, interagem entre si, influenciam-se mutuamente e concebem o ser humano como um elemento integrante desse espaço[1,2,3,5,9,10]. Nesse viés, o enfoque gerencial ecossistêmico no cuidado de enfermagem na UTI gera modificações no **pensar e agir** do enfermeiro, ao considerar as multifacetadas possibilidades que emergem por meio das relações dos elementos constituintes da UTI, sendo o processo gerencial do cuidado ao usuário crítico um dos elementos desse ecossistema[3] que constantemente precisa observar as peculiaridades introduzidas pelas relações do processo dinâmico.

Nesse contexto, a gestão abarca um conjunto de processos utilizados para planejar, construir, equipar, avaliar e manter a confiabilidade de espaços/ambientes e tecnologias. No que concerne à gestão dos serviços de saúde, incluindo-se os de enfermagem, na maioria das unidades de saúde no Brasil ainda são poucos os exemplos formais de gestão de espaços e tecnologias, como também são raros os serviços de saúde onde há pelo menos um profissional de enfermagem que tem consciência sobre o assunto e faz uso de metodologia do que seja esse tipo de gerenciamento[11].

Em consonância aos processos, a gerência do cuidado de enfermagem deve ser entendida como um instrumento que contribui, significativamente, para que o cuidado de enfermagem se torne um modelo de produção em saúde. Compreende-se, ainda, que o enfoque ecossistêmico na gestão do cuidado de enfermagem forma uma rede complexa de interações com princípios universais aplicáveis de forma integrada ao sistêmica de saúde, capaz de impactar, positivamente, a qualidade de vida dos usuários, propondo, construindo, avaliando e pactuando políticas específicas para inovar com novas tecnologias.

Na enfermagem, essas tecnologias integram as ações/atividades do cuidado, relacionadas às interações entre os profissionais/trabalhadores da saúde, dentre eles o enfermeiro, o usuário e familiares, expressas no cuidado por meio das relações interpessoais. Nessa concepção, a interação influencia e sofre influências relacionais, pois, nesse processo, estão presentes os sentimentos, as emoções, as crenças e os valores dos sujeitos. Assim, é possível afirmar que as tecnologias em enfermagem são dinâmicas e relacionais, preservando os elementos humanitários do processo de trabalho em saúde, com enfoque nas múltiplas dimensões do cuidado[12].

O estudo, ancorado nas políticas públicas em relação à UTI e no novo paradigma ecossistêmico, é capaz de possibilitar o aprofundamento do conhecimento em torno da temática, prover subsídios para novos trabalhos de pesquisa e facilitar a elaboração de uma configuração de gestão do cuidado de enfermagem na UTI com aplicabilidade prática. Entende-se que essa investigação é apropriada para conhecer as instabilidades e analisar as bifurcações/caminhos e flutuações que se manifestam na interação dos elementos da UTI e encontrar possibilidades para subsidiar a tomada de decisão alicerçada nas múltiplas ações da gestão, modificando as práticas do cuidado de enfermagem em benefício do usuário da UTI.

Diante ao exposto, o presente artigo tem como objetivo analisar os elementos que compõem a dimensão tecnológica capaz de subsidiar a configuração da gestão do cuidado de enfermagem na UTI, com enfoque ecossistêmico.

Método

O estudo resultou de um processo de pesquisa documental, de característica descritiva, exploratória e com abordagem qualitativa. Como método científico, a pesquisa documental tem o documento como objeto de investigação. Caracteriza-se pela busca de informações em documentos que ainda não receberam nenhum tratamento analítico [13]. Dessa forma, a descrição dos fatos e fenômenos de determinada realidade possibilita a compreensão

das dimensões, das variações e dos significados que possam constituir-se em elementos de análise.

A partir de intensa busca, foi encontrado um grande número de documentos que tratavam das Políticas Públicas de Saúde no Brasil, porém, ao realizar uma análise inicial, focando a questão norteadora, o objeto da pesquisa e a tese, capturaram-se sete documentos oficiais do Ministério da Saúde (MS), disponibilizados no Portal da Saúde – Saúde *Legis*, e com acesso pela Biblioteca Virtual em Saúde do MS – BVS/MS.

A análise preliminar dos documentos das Políticas Públicas em Saúde teve por finalidade identificar a existência de princípios teórico-filosóficos e organizativos capazes de configurar, com enfoque ecossistêmico, a gestão do cuidado de enfermagem na UTI, e verificar o seu enquadramento aos critérios de inclusão: ser documento/arquivo oficial do MS no período de 1998 a 2013; contemplar o tema de pesquisa; estar disponível *on line* na rede mundial de computadores. Justifica-se a opção do período de 1998 a 2013 por contemplar as mais recentes definições oficiais referentes ao tema.

A partir dessa análise, e por atenderem os critérios de inclusão, foram capturados sete documentos: Documento 1 – Portaria nº 3.432, de 12 de agosto de 1998 – Estabelece o Regulamento Técnico para o funcionamento dos Serviços de Tratamento Intensivo e sua respectiva classificação de acordo com o grau de complexidade, capacidade de atendimento e grau de risco inerente ao tipo de atendimento prestado[14]; Documento 2 – Resolução/RDC nº 50, de 21 de fevereiro de 2002 – Dispõe sobre o Regulamento Técnico para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde[15]; Documento 3 – Política Nacional de Humanização (2004) – Apresenta a Humanização como Eixo Norteador das Práticas de Atenção e Gestão em Todas as Instâncias do SUS[16]; Documento 4 – Portaria MS 1071 de 4 de julho de 2005 – Determina que a Secretaria de Atenção à Saúde submeta à consulta pública a minuta da Política Nacional de Atenção ao Paciente Crítico[6]; Documento 5 – Portaria nº 2.690, de 5 de novembro de 2009 – Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Política Nacional de Gestão de Tecnologias em Saúde[17]; Documento 6 – Resolução – RDC nº 7, de 24 de fevereiro de 2010 – Dispõe sobre os requisitos mínimos para funcionamento de Unidades de Terapia Intensiva, visando à redução de riscos aos pacientes, visitantes, profissionais e meio ambiente[18]; Documento 7 – Portaria nº 529, de 1º de abril de 2013 – Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente – PNSP[19].

Na composição do estudo, os documentos escolhidos para a análise documental são considerados como um marco legal das Políticas Públicas em Saúde e estabelecem definições

e orientações para as Unidades de Terapia Intensiva. Portanto, para compreender as diretrizes dos programas, das portarias e das resoluções, em seus possíveis percursos de execução, foi necessário analisar os documentos oficiais e procurar no seu conteúdo a fundamentação teórico-filosófica e organizativa que configuram as normas técnicas e operacionais desta área específica.

Nessa análise de conteúdo dos documentos, procedeu-se à leitura preliminar, seguida de uma leitura seletiva, objetivando capturar os conceitos-chave destacados nos documentos oficiais. Em continuidade, realizou-se a leitura crítica, correlacionando os principais pontos e sua aderência e/ou antagonismo em relação ao objetivo desta pesquisa e proposta da tese. A análise documental, propriamente dita, foi abordada em três etapas: Primeira etapa – análise crítica do documento, sobre a qual se apoiam as cinco dimensões descritas por Cellard[13]: 1ª Dimensão – Exame em relação ao contexto; 2ª Dimensão – Busca dos autores dos documentos; 3ª Dimensão – Autenticidade e confiabilidade do documento; 4ª Dimensão – Natureza do texto; 5ª Dimensão – Conceitos-chave e a lógica interna do texto. Na sequência, realizou-se a segunda etapa em relação à coleta – análise do conteúdo e a terceira etapa quanto à coleta – análise em relação aos pontos-chave do documento com a Tese. Para cada documento, foi aplicado um instrumento de pesquisa documental, elaborado e estruturado, especificamente, para tal finalidade.

Os dados capturados foram registrados em Unidades de Análise e, em seguida, agrupados em categorias de análise, possibilitando a realização da análise documental e a interpretação dos dados. O agrupamento permitiu evidenciar as categorias: Dimensão Técnica, Dimensão Organizacional, Dimensão Tecnológica e Dimensão Humanizadora. Neste artigo serão apresentados e discutidos os resultados em relação à Dimensão Tecnológica.

Resultados

Os resultados da Categoria Dimensão Tecnológica são apresentados em duas subcategorias: gestão de tecnologias no cuidado de enfermagem na UTI e capacitação dos recursos humanos no cuidado de enfermagem na UTI.

Gestão de tecnologias no cuidado de enfermagem na UTI

A gestão de tecnologias no cuidado de enfermagem na UTI se configura em diversas formas de aplicação do conhecimento à resolução e/ou redução dos problemas de saúde dos usuários, à na medida em que estes necessitam de condições de atendimento adequado às

demandas do processo saúde-doença-cuidado, conforme um dos pontos evidenciados no documento:

"Os recursos tecnológicos deverão ser proporcionais à complexidade/necessidade dos usuários albergados nas áreas assistenciais disponíveis"[6:42].

Para tanto, na organização do trabalho dos enfermeiros na UTI, é necessário contemplar a racionalização dos recursos tecnológicos e a implantação de diferentes iniciativas de qualidade, que precisam estar articuladas às políticas públicas aptas a redimensionar as ações de enfermagem e/ou mesmo solucionar problemas que emergem durante o processo de trabalho, como, por exemplo, a seleção e monitorização dos "resultados operacionais de sua estrutura de atenção ao paciente crítico – indicadores de resultado, médias de permanência, índices prognósticos, taxas de ocupação, custos/despesas, taxa de mortalidade, satisfação dos usuários, entre outros"[6:43].

Nesse sentido, a gestão de tecnologias no cuidado de enfermagem na UTI tem o desafio de buscar a "instrumentalização e atualização no manejo da tecnologia utilizada no atendimento de pacientes críticos/potencialmente críticos"[6:43]. Essa demanda de conhecimento, por parte do profissional de enfermagem, deve "orientar os processos de incorporação de tecnologias nos sistemas e serviços de saúde"[18:61]. E, consequentemente, "maximizar os benefícios de saúde a serem obtidos com os recursos disponíveis, assegurando o acesso da população a tecnologias efetivas e seguras, em condições de **equidade**"[18:61].

O cuidado de enfermagem ao ser humano em UTI precisa ir além dos recursos físicos, tecnológicos e organizativos para encontrar formas mais favoráveis de sentir, refletir e cuidar. Nesse sentido, é necessário incluir no cuidado os aspectos subjetivos – dimensão íntima, redes de relações – dimensão interativa, políticas públicas – dimensão social, matéria e energia – dimensão biofísica. Essas dimensões encontram-se interligadas à geração de resultados satisfatórios ou não da produção do cuidado. Elas se influenciam mutuamente, levando o ser humano, inserido no seu ecossistema, a um equilíbrio dinâmico, em que todas as dimensões são interdependentes, sem perder sua identidade e características próprias[20]. Portanto, entende-se a necessidade de atender e aplicar essas dimensões no cuidado de enfermagem, como possibilidades de construir relações interativas que possam resultar num "olhar sensível" às necessidades mais abrangentes dos usuários da UTI.

Dessa forma, a gestão de tecnologias no cuidado de enfermagem é capaz de subsidiar o planejamento do cuidado, implementar intervenções adequadas e, por fim, avaliar os resultados obtidos. Para tanto é necessário:

“promover o uso do conhecimento técnico-científico atualizado no processo de gestão de tecnologias em saúde”[18:61].

“utilizar as evidências científicas e considerar os atributos de segurança, eficácia, efetividade, eficiência e impactos econômicos, éticos, sociais e ambientais da tecnologia em questão”[18:61].

Da mesma forma, pode-se considerar que a gestão de tecnologias no cuidado de enfermagem na UTI tem como pressupostos básicos o desenvolvimento de atitudes pró-ativas de prevenção de riscos e a melhoria contínua do processo assistencial:

“redução e minimização da ocorrência dos eventos adversos relacionados a: procedimentos de prevenção, diagnóstico, tratamento ou reabilitação do paciente; medicamentos e insumos farmacêuticos; produtos para saúde, incluindo equipamentos”[18:49].

Capacitação dos recursos humanos no cuidado de enfermagem na UTI

A introdução de modernas tecnologias de produção em saúde vem gerando transformações e impulsionando novas configurações à organização do trabalho na UTI e, assim, conforme a descrição do documento:

“A política de formação e qualificação de recursos humanos para a atenção ao paciente crítico/potencialmente crítico deverá ultrapassar a tradicional preocupação técnica/tecnológica, incorporando os referenciais conceituais e organizacionais”[6:42].

No âmbito da produção do cuidado, os profissionais devem ser capazes de aprender continuamente, tanto na sua formação, quanto na sua prática. Nessa direção, “esta formação e qualificação se vincula à política global de recursos humanos para a saúde incorporando [...] espaços operacionais da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, inserindo processos qualificadores sistemáticos em Terapia Intensiva dentro das perspectivas e referenciais do SUS” [6:42].

O trabalho do enfermeiro, em relação ao ensino-aprendizagem, faz parte do processo de gestão e se inter-relaciona com as questões de formação, desenvolvimento e qualificação dos profissionais de enfermagem. O trabalho gerencial do Enfermeiro, como instrumento para a implantação das políticas públicas de saúde, coloca em evidência o compromisso que estes profissionais têm na condução da Educação Permanente em Saúde (EPS), como estratégia de transformação das práticas do cuidado, reorganização dos serviços e ações de saúde no contexto do SUS.

No entanto, para que as mudanças qualificadoras sejam discutidas e implementadas,

“a terapia intensiva exige que se discuta o atendimento ao paciente crítico ou potencialmente crítico em todos os seus momentos e espaços assistenciais. [...] de se concretizar a desejada qualificação assistencial da terapia intensiva dentro de uma lógica compatível com a realidade de nossa estrutura de saúde, entendendo sua qualificação como um **processo** e sua atuação como uma peça desta mesma assistência, que é **sistêmica e globalizante**, que é integral e universal[6:42], cujo conjunto pode ser considerado uma rede sistêmica.

Como uma rede sistêmica de cuidados, a UTI destina-se a assistir usuários graves e instáveis, os profissionais/trabalhadores, ao serem admitidos na UTI, devem receber um curso de capacitação para atuar no ambiente de cuidados, conforme preconizado na RDC/ANVISA: “A equipe da UTI deve participar de um programa de educação continuada, contemplando, no mínimo: normas e rotinas técnicas desenvolvidas na unidade; incorporação de novas tecnologias; gerenciamento dos riscos inerentes às atividades desenvolvidas na unidade e segurança de pacientes e profissionais; prevenção e controle de infecções relacionadas à assistência à saúde”[18:49].

A formação de recursos humanos vincula-se à premissa do atendimento integral na promoção, proteção e recuperação da saúde e na melhoria do cuidado. Para este propósito, a formação deve:

“[...] estruturar sua equipe de atenção à saúde dentro dos princípios da linha de cuidado integral, da interdisciplinaridade e da humanização, com enfoque nas necessidades do usuário, na integralidade assistencial e no respeito à participação efetiva dos diferentes profissionais envolvidos na atenção ao paciente crítico/potencialmente crítico”[6:42].

Discussão

A gestão de tecnologias no cuidado de enfermagem na UTI não pode ser vista apenas como um produto, mas como um processo, que consiste em conhecimentos e instrumentos interligados e complementares entre si, possibilitando contribuições diretas na qualidade, efetividade e segurança do cuidado de enfermagem. Como um processo envolve diferentes saberes, habilidades, técnicas, recursos físicos, matérias e humanos, entre outros, com o objetivo de aumentar a eficiência do fazer nas mais variadas esferas[21-22].

Em relação aos recursos tecnológicos, proporcionais à complexidade do cuidado e adequado às necessidades dos usuários na UTI, estudos, em consonância com as políticas de saúde, apontam para a importância da manipulação segura desses recursos – materiais/equipamentos utilizados para dar suporte à vida dos usuários. Nesse sentido, é necessário considerar as normas operacionais desses recursos, bem como a sua interface

interativa e relacional, tanto em sinergia com a clientela, quanto com os próprios profissionais de saúde, que os adotam como tecnologias indispensáveis para o desenvolvimento das atividades/ações no cuidado, com potencial de efetividade e segurança para melhores resultados[23].

O cuidado de enfermagem na UTI, orientado pelos recursos tecnológicos, requer do enfermeiro o enfrentamento dos desafios impostos pela "necessidade de ter uma base de conhecimento técnico, científico, afetivo e social, que o capacite a perceber e refletir sobre uma grande variedade de questões, assim, como lidar de maneira eficiente com dados complexos e específicos" [24:1106].

Na gestão do cuidado de enfermagem na UTI, a seleção e monitorização dos resultados podem ser avaliadas de acordo com os seguintes indicadores: taxa de mortalidade absoluta e estimada; tempo de permanência na UTI; taxa de reinternação em 24 horas; densidade de incidência de pneumonia associada à ventilação mecânica; taxa de utilização de ventilação mecânica; densidade de incidência de infecção primária da corrente sanguínea relacionada ao acesso vascular central e taxa de utilização de incidência de infecções do trato urinário, relacionada ao cateter vesical[18].

Entende-se que a utilização de indicadores no cuidado ao usuário da UTI é capaz de monitorar os eventos adversos, identificando a prevalência de infecções relacionadas à assistência à saúde (IRAS). Portanto, o uso de diferentes indicadores, como instrumentos de gestão no cuidado de enfermagem na UTI, possibilita a avaliação do processo assistencial, podendo contribuir para a implementação de ações preventivas e corretivas que possam garantir assistência segura e de qualidade ao usuário.

Como forma de organização e articulação entre os diversos recursos físicos, tecnológicos e humanos disponíveis para enfrentar e resolver os problemas de saúde de um determinado contexto, o processo assistencial se configura no modo como são organizadas as ações de atenção à saúde, envolvendo os aspectos de instrumentalização e atualização no manejo de tecnologias no processo saúde-doença-cuidado ao usuário da UTI.

Nesse sentido, o enfermeiro deve buscar novos instrumentos para organização do trabalho, de modo a promover a qualidade da assistência de enfermagem, além de favorecer a utilização adequada de recursos tecnológicos, materiais e humanos para atender às necessidades apresentadas pelos usuários. Portanto, o conhecimento produzido é capaz de auto-organizar, transformar e inovar o cuidado de enfermagem de forma sistêmica/ecossistêmica e, consequentemente, encontrar caminhos/bifurcações que sustentem a prática profissional.

Para maximizar os benefícios de saúde, orientar os processos de incorporação de tecnologias e promover o uso do conhecimento técnico-científico no processo de gestão de tecnologias no cuidado de enfermagem na UTI, considera-se a necessidade de utilizar as evidência científicas e os aspectos de efetividade, segurança e qualidade. Ao resgatar essas dimensões, que geram demandas gerenciais diferenciadas e exigem mudanças na organização e na gestão do trabalho, abre-se possibilidades de romper com o caráter fragmentado, tecnicista e mecanicista arraigado na visão cartesiana e inserir uma visão sistêmica/ecossistêmica em que o todo é maior que a soma das suas partes [3,4,8].

Esses saberes, como ferramentas específicas, sob o olhar sistêmico/ecossistêmico, na gestão do cuidado de enfermagem na UTI, pressupõem um processo dinâmico, interdependente de normas e padrões de assistência de enfermagem, protocolos, processo de enfermagem, indicadores de qualidade, dentre outros. Portanto, esses saberes, como tecnologias, envolvem vários processos em constante sinergismo, não de maneira hierarquisada e nem dicotomizados, mas interconectados e funcionalmente complementares em sua dinâmica e convergência entre os elementos constituintes, formando uma rede interativa e relacional[12].

Na gestão do cuidado de enfermagem na UTI, a EPS, baseada no aprendizado contínuo, é condição necessária para auto-organização do trabalho dos enfermeiros na UTI, no que tange ao seu autodesenvolvimento e aprimoramento profissional, direcionado à busca da competência pessoal, profissional e social. Como uma tecnologia para implementar mudanças e qualificar o cuidado de enfermagem na UTI, a EPS é uma ferramenta de gestão capaz de fortalecer o trabalho em equipe e estimular o compromisso com a democratização das relações de trabalho[24]. Considera-se a formação e a qualificação como processos dinâmicos, de apropriação do saber, em contextos interativos, tornando o conhecimento socialmente construído em benefício do desenvolvimento intelectual, autônomo e permanente do profissional/enfermeiro.

Nessa perspectiva, a EPS é apresentada pelo MS como estratégia de reestruturação dos serviços, a partir da formação e do desenvolvimento de novos conhecimentos, oportuniza conhecer e reconhecer o valor de cada trabalhador na produção de ações de saúde e, dessa forma, construir novos significados para o trabalho de cada profissional[26,27]. Portanto, as possibilidades de inovação e transformação das concepções e práticas de saúde necessitam ultrapassar a tradicional preocupação técnica/tecnológica, incorporando os referenciais conceituais e organizacionais ao produzir conhecimento a partir das práticas e da democratização da gestão dos processos de trabalho[6].

No âmbito das políticas públicas, esse processo amplia a responsabilidade da organização de trabalho e da gestão nos serviços de saúde. Diante disso, não basta apenas promover diretrizes assistenciais, é preciso, sobretudo, a adoção de políticas administrativas e gerenciais mais democráticas e flexíveis. Entre as possíveis estratégias gerenciais, a gestão participativa e os programas de qualidade preconizam, dentre outras, a descentralização das decisões e aproximação de todos os integrantes da equipe de trabalho. Essa abordagem oferece oportunidades de participação do trabalhador na discussão, na tomada de decisões e no aperfeiçoamento constante do processo de trabalho, tendo como base norteadora a EPS[13,19].

Os desafios traçados pela EPS, na formação e qualificação de recursos humanos na política global de recursos humanos na saúde, exige que se discuta o atendimento ao usuário crítico em todos os seus momentos e espaços assistenciais[6]. Nessa ótica, a visão ecossistêmica da gestão, com os princípios da interdependência, inter-relação e complementaridade, inclui as complexas dimensões que envolvem os interesses das diferentes partes que compõem a rede de produção em saúde. Para obter os resultados esperados, é preciso trabalhar em conjunto, e entender que esse sistema produtivo depende de todos que dele participam e que influenciam e sofrem influências, tanto dos elementos bióticos como abióticos[1,2,3,4].

Dessa forma, existe a possibilidade de articular a gestão, a formação e a qualificação para o enfrentamento criativo das situações de saúde, bem como a melhoria da qualidade do cuidado à saúde e a constituição de práticas tecnológicas, éticas e humanísticas. Nessa linha de pensamento, torna-se evidente a necessidade de uma gestão ecossistêmica no cuidado de enfermagem na UTI, com profissionais de enfermagem capacitados/qualificados, bem como a otimização de recursos físicos, materiais e humanos adequados, de modo a auxiliar a auto-organização do ambiente do cuidado como um todo.

Cabe salientar que o trabalho gerencial do Enfermeiro, como instrumento para a implantação das políticas públicas de saúde, coloca em evidência o compromisso que estes profissionais têm na condução da EPS, como estratégia de transformação das práticas do cuidado, com enfoque nas necessidades do usuário, na integralidade assistencial e no respeito à participação efetiva dos diferentes profissionais envolvidos na produção do cuidado ao usuário da UTI.

Sob esse aspecto, a dimensão tecnológica exige a incorporação de saberes, atitudes e ações, tanto de cunho racional como do sensível para alcançar resultados efetivos e satisfatórios na gestão ecossistêmica do cuidado de enfermagem na UTI[28]. Com base na

visão sistêmica e global, significa lidar e conviver com a ordem/desordem/auto-organização que, de forma dinâmica, retroalimentam as relações e interações humanas e profissionais[29].

Portanto, o estudo ancorado nos princípios do paradigma ecossistêmico e no aporte teórico-filosófico e organizativo presente nos documentos das políticas públicas, evidencia as preocupações e necessidades de se configurar a gestão do cuidado de enfermagem na UTI, no sentido de favorecer e sustentar a incorporação de novas tecnologias interativas e relacionais aplicadas ao processo saúde-doença-cuidado e, assim, possibilitar práticas resolutivas seguras e com qualidade no atendimento das necessidades do usuário da UTI.

Conclusão

A dimensão tecnológica, na gestão do cuidado de enfermagem na UTI, como processo envolve um conjunto de ações, que tem como finalidade suprir as necessidades dos usuários em seu processo saúde-doença-cuidado. Dessa forma, considera-se que a gestão do cuidado de enfermagem na UTI possibilita o planejamento e a tomada de decisão, no uso e aplicação dessas tecnologias, em favor da eficiência, racionalidade e melhoria da qualidade do cuidado. A tecnologia interativa e relacional possibilita a criação de novas formas de cuidar, utilizando-se da intencionalidade, criatividade, sensibilidade e humanização nas práticas de enfermagem.

Com base na Política Nacional de Atenção ao Cliente Crítico é necessário buscar formas efetivas para humanizar as práticas em saúde. Isso implica em possibilidades de configurar a gestão do cuidado de enfermagem na UTI, além de seus componentes técnicos, organizacionais e tecnológicos, envolvendo, essencialmente, as suas dimensões político-filosóficas que lhe imprimem um sentido ético, solidário e humanizado.

Para dar conta das múltiplas dimensões do cuidado, considera-se que a atualização e a capacitação permanente dos profissionais/trabalhadores, em conexão com a incorporação de novas tecnologias, e sua interface com a assistência, ensino e pesquisa, são fundamentais a todos os processos de trabalho desenvolvidos na UTI.

Nessa perspectiva, entende-se que a configuração da gestão ecossistêmica do cuidado de enfermagem na UTI, frente às instabilidades e incertezas desse processo, poderá alcançar a sua auto-organização, a negentropia/sobrevivência e sustentabilidade/equilíbrio dinâmico por meio de uma rede estruturada e interconectada aos elementos de infraestrutura física, recursos materiais, equipamentos e recursos humanos, especializados/capacitados, em quantidade e qualidade apropriadas à produção do cuidado.

O estudo realizado não buscou responder a todas as questões levantadas na dimensão tecnológica, mas procurou evidenciar os elementos que subsidiam a gestão do cuidado de enfermagem na UTI, com base nas políticas públicas. Dessa forma, entende-se que não existem ações isoladas, mas, sim, ações em rede que se constroem, se tecem e se complementam de forma interativa, relacional, energética, informacional e/ou material entre os elementos que constituem a gestão do cuidado ecossistêmico de enfermagem na UTI. Destaca-se também a necessidade de novos estudos e ações inovadoras na prática gerencial dos enfermeiros em UTI, capazes de mobilizar e fomentar processos interativos para a produção do cuidado em enfermagem/saúde.

Referências

1. Svaldi JSD, Siqueira HCH de. Ambiente hospitalar saudável e sustentável na perspectiva ecossistêmica: contribuições da enfermagem. Esc. Anna Nery [online]. 2010, vol.14, n.3, pp. 599-604.

2. Zamberlan C, Calvetti A, Svaldi JSD, Siqueira HCH.de. Ambiente, saúde e enfermagem no contexto ecossistêmico. Rev Bras Enferm, Brasilia 2013 jul-ago; 66(4):603-6.

3. Siqueira HCH. As interconexões dos serviços no trabalho hospitalar: um novo modo de pensar e agir. Florianópolis. Tese [Doutorado em Enfermagem] - Universidade Federal de Santa Catarina; 2001.

4. Capra F. A teia da vida. São Paulo: Cultrix, 2006

5. Prigogine I. Ciência, razão e paixão. 2ª. ed. São Paulo: Livraria da Física; 2009.

6. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria no. 1.071 de 4 de julho de 2005. Dispõe sobre a Política Nacional de Atenção ao Paciente Crítico. Publicação no Diário Oficial da União de nº. 130 de 8 de julho de 2005. http://dtr2001.saude.gov.br/sas/gab05/gabjul05.htm >. Acesso em: 25 de abr. 2011.

7. Donabedian A. An introduction to quality assurance in health care. New York: Oxford University Press, 2003.

8. Bertalanffy L. Teoria geral dos sitemas: fundamentos, desenvolvimento e aplicações. Petrópolis: Editora Vozes, 2009.

9. Santos MC dos, Siqueira HCH de, Silva JR de. Saúde Coletiva na perspectiva ecossistêmica: uma possibilidade de ações do enfermeiro. Rev. Gaucha de Enferm. v.30 set/2009 p. 437-444.

10. Zamberlan C, Calvetti A, Svaldi JSD, Siqueira HCH de. Qualidade de Vida, Saúde e Enfermagem na Perspectiva Ecossistêmica. Enfermería Global. nº20, p.1-7, octubre 2010.

11. Lopes MMB, Carvalho JN, Backes MTS, Erdmann AL, Meirelles BHS. Políticas e tecnologias de gestão em serviços de saúde e de enfermagem. Acta paul. enferm. [online]. 2009, vol.22, n.6, pp. 819-827.

12. Medeiros AC de. A enfermagem na construção de estratégias de gestão na unidade de terapia intensiva: sob a perspectiva da concretude da educação permanente em saúde. Mestrado em enfermagem [Dissertação]. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Fundação Universidade do Rio Grande, 2007. Orientadora: Hedi Crecência Heckler de Siqueira.

13. Cellard A. A análise documental. In: Poupart, J. et al. A pesquisa qualitativa: enfoques epistemológicos e metodológicos. Petrópolis (RJ): Vozes; 2008. p. 295-316.

14. Brasil. Ministério da Saúde. Lei nº. 3.432, de 12 de agosto de 1998. Dispõe sobre critérios de classificação para as unidades de tratamento intensivo. Brasília: Ministério da Saúde; 1998. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pesquisa saúde. pdf >. Acesso em: 16 mar. 2011.

15. Brasil. Ministério da Saúde. RDC nº 50, de 21 de fevereiro de 2002. Dispõe sobre o Regulamento Técnico para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde. Diário Oficial da República Federativa do Brasil. Brasília, 20 de mar. de 2002. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pesquisa saúde. pdf >. Acesso em: 20 abr. 2011.

16. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. HumanizaSUS: política nacional de humanização: documento base para gestores e trabalhadores do SUS / Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva,Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. – 2. Ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004. http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizaSus_doc_base.pdf >. Acesso em : 18 de jan. 2011.

17. Brasil. Portaria nº 2.690, de 5 de novembro de 2009 - Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Política Nacional de Gestão de Tecnologias em Saúde. http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pesquisa saúde. pdf >. Acesso em: 25 de jan. 2011.

18. Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução – RDC/ANVISA nº 7 de 24 de fevereiro de 2010. Dispõe sobre os requisitos mínimos para o funcionamento de Unidades de Terapia Intensiva e dá outras providências. Diário Oficial da União nº 37, quinta-feira, 25 de fevereiro de 2010. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pesquisa saúde. pdf >. Acesso em : 20 de mar. 2011.

19. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 529, de 1º de abril de 2013. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). Diário Oficial da União 2013; 2 abr. Disponível em : http://www.ans.gov.br/index.php/legislacao/busca-de-legislacao. pdf >. Acesso em: 07 de abr. 2013.

20. Pilon AF. Construindo um Mundo Melhor. Abordagem Ecossistêmica da Qualidade de Vida Revista Brasileira em Promoção da Saúde (19) 2, 2006: 100-112.

21. Sá Neto JA, Rodrigues, BMRD. Tecnologia como fundamento do cuidar em neonatologia. Texto contexto - enferm. [Scielo-Scientific Electronic Library Online] 2010 [citado em 8 julho 2013]. 19:372-7. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/tce/v19n2/20.pdf.

22. Salvador PTCO, Oliveira RKM, Costa TD, Santos VEP,,Tourinho FSV. Tecnologia e inovação para o cuidado em enfermagem. Rev. enferm. UERJ, Rio de Janeiro, 2012 jan/mar; 20(1):111-7.

23. Silva SC, Brito CM. Análise da influência de recursos humanos e materiais e da planta física na UTI: implicações na assistência. In: Viana, RAPP.; Whitaker, IY. [et al.]. Enfermagem em terapia intensiva: práticas e vivências. Porto Alegre: Artmed, 2011. p. 121-36.

24. Correa CG, Cruz DALM, Silva TCG. Processo de enfermagem em UTI. In: Padilha, KG..; Vattimo, MFF.; Silva, SCS.; Kimura, M. (org.). Enfermagem na UTI: Cuidando do paciente crítico. Barueri, SP: Manole, 2010. p. 1105-36.

25. Medeiros AC, Pereira QLC, Siqueira, HCH, Cecagno D, Moraes CL. Gestão participativa na educação permanente em saúde: olhar das enfermeiras. Rev. bras. enferm. [online]. 2010, vol.63, n.1, pp. 38-42. ISSN 0034-7167.

26. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 198/GM/MS. Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor. Brasília: MS, 2004.

27. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde 2007. Política de educação e desenvolvimento para o SUS: caminhos para a educação permanente em saúde – Pólos de Educação Permanente em Saúde. Brasília: MS, 2007.

28. Hausmann M, Peduzzi M. Articulação entre as dimensões gerencial e assistencial do processo de trabalho do enfermeiro. Texto Contexto Enferm 2009; 18(2):258-65.

29. Backes MTS, Backes DS, Erdmann, AL. Relações e interações no ambiente de cuidados em Unidade de Terapia Intensiva. Acta paul. enferm. [online]. 2012, v.25, n.5, pp. 679-685. ISSN 1982-0194.

5.6 ARTIGO 2

INTEGRALIDADE E HUMANIZAÇÃO NA GESTÃO DO CUIDADO DE ENFERMAGEM NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA

Adriane Calvetti de Medeiros[1], Hedi Crecencia Heckler de Siqueira[2]

RESUMO

Objetiva-se identificar os elementos que compõem a dimensão humanizadora, a partir da fundamentação teórico-filosófica e organizativa presente nos documentos das políticas públicas, capazes de promover a integralidade e humanização na gestão do cuidado de enfermagem na Unidade de Terapia Intensiva, com enfoque ecossistêmico. O método utilizado foi a análise documental, descritiva, exploratória, de abordagem qualitativa, com base nos documentos oficiais das Políticas Públicas, no período de 1998 a 2013. Os resultados foram apresentados em três subcategorias: integralidade nas ações do cuidado, processos integradores e promotores de humanização, ambiência e promoção do cuidado seguro, os quais permitiram compreender que a integralidade e a humanização na gestão no cuidado de enfermagem na UTI, traz implicações e desafios nos modos de gerir os processos de trabalho em saúde, bem como na ampliação de ações voltadas para as múltiplas dimensões do ser humano, o que possibilita uma compreensão ecossistêmica do processo saúde-doença-cuidado.

Descritores: Gestão em Saúde; Cuidados de Enfermagem; Unidade de Terapia Intensiva; Políticas Públicas de Saúde; Ecossistema.

COMPLETENESS AND HUMANIZATION IN THE MANAGEMENT IN NURSING CARE IN THE INTENSIVE CARE UNIT

ABSTRACT

The objective is to identify the elements that make up the humanizing dimension, from the theoretical-philosophical and organizational foundation found in the documents of public policies, capable of promoting integrity and humane management of nursing care in the Intensive Care Unit, with an ecosystem approach. The method used was a documentary, descriptive, exploratory analysis, with a qualitative approach, based on official documents of Public Policy, from 1998 to 2013. The results were presented in three sub-categories: completeness in the actions of care, integrating and promoting processes of humanization, ambience and promotion of safe care, which allowed us to understand that the integrity and humanization in managing in nursing care in the ICU has implications and challenges in the ways of managing work processes in health, as well as in the expansion of actions for the

[1] Universidade Federal do Rio Grande, Escola de Enfermagem, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (Doutoranda). Rio Grande/RS, Brasil. E-mail: adrianecalvetti@gmail.com.

[2] Enfermeira e administradora Hospitalar. Especialista em metodologia da pesquisa. Mestre e Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Docente do Programa de Pós-Graduação do Curso de Mestrado e Doutorado em Enfermagem da Fundação Universidade Federal do Rio Grande – FURG. Docente da Faculdade Anhanguera Pelotas/RS. Membro líder do Grupo de Estudo e Pesquisa: Gerenciamento Ecossistêmico em Enfermagem/Saúde (GEES). Professora Emérita da FURG. E-mail: hedihs@terra.com.br

multiple dimensions of the human being, which enables an ecosystem understanding of the health-disease-care processes.
Key words: Health Management, Nursing, Intensive Care Unit,, Public Health Policy; Ecosystem.

INTEGRIDAD Y HUMANIZACION EN LA GESTIÓN EN CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

RESUMEN
El objetivo es identificar los elementos que componen la dimensión humanizadora, desde la fundamentación teórico-filosófica y organizativa que se encuentran en los documentos de políticas públicas, capaz de promover la integridad y la humanización en la gestión de la atención de enfermería en la Unidad de Cuidados Intensivos con enfoque ecosistémico. El método utilizado fue el análisis documental, descriptivo, exploratorio, de enfoque cualitativo, basado en documentos oficiales de la Política Pública, de 1998 a 2013. Los resultados fueron presentados en tres subcategorías: completud en las acciones de cuidado , procesos integradores y desarrolladores de humanización, ambiencia y promoción de la atención segura, lo que nos permitió entender que la integridad y la humanización de la gestión en la atención de enfermería en la UCI tiene implicaciones y desafíos en las formas de gestionar los procesos de trabajo en salud, así como en la expansión de las acciones hacia las múltiples dimensiones del ser humano, lo que permite una comprensión ecosistémica del proceso salud -enfermedad-atención.
Palavra clave: Gestión de la Salud, Enfermería, Unidad de Cuidados Intensivos, Política de Salud Pública; Ecosistema.

INTRODUÇÃO

A integralidade, como princípio doutrinário, constitucional e fundamental do Sistema Único de Saúde – SUS, constitui-se num processo de construção, implantação e consolidação de um modelo assistencial que tem sua base e suas diretrizes focadas na promoção, prevenção, tratamento e reabilitação. Tem como objetivo produzir saúde como um valor social e de cidadania. Assim sendo, a integralidade constitui um elemento central para a consolidação de um modelo de saúde que incorpore, de forma mais efetiva, as três diretrizes básicas do SUS: a descentralização das ações, integralidade da assistência, promoção da equidade e participação social[(1)].

Nessa ótica, as Políticas de Saúde no Brasil foram regulamentadas para sustentar e direcionar as práticas do cuidado em suas perspectivas complexas e emergentes, mediante as necessidades e demandas dos usuários. Por sua vez, a integralidade nas ações do cuidado traz implicações e desafios nos modos de gerir os processos de trabalho em saúde, bem como na ampliação de ações voltadas para as múltiplas dimensões do ser humano, entendidas e percebidas a partir das inter-relações, o que possibilita aos profissionais de saúde uma

compreensão ampliada do processo saúde-doença-cuidado e da necessidade de intervenções que vão além de práticas centradas na dimensão biológica/curativa[2].

Essa reconfiguração, com vistas a contemplar os aspectos epidemiológicos, biológicos, psíquicos, culturais e sociais dos problemas dos usuários, compreende um novo modo de pensar e agir para a obtenção de soluções às questões emergentes na produção do cuidado[3]. As ações do cuidado devem ser aproximadas, interconectadas, interdependentes e contextualizadas, para serem coerentemente compreendidas em todas as dimensões do ser humano e seus distintos modos de viver[2]. Além disso, os inúmeros aspectos do viver humano se inter-relacionam com o ambiente onde os sujeitos estão inseridos e necessitam de atenção, no intuito de permitir o equilíbrio e a sustentabilidade de todos os que participam desta totalidade[4].

A gestão do cuidado de enfermagem tem por base a totalidade e as especificidades dos elementos integrantes do ecossistema da Unidade de Terapia Intensiva – UTI, entendido como espaço/ambiente do cuidado, o qual envolve, de forma inter-relacionada e interdependente, a estrutura física, os aspectos técnicos, organizativos, tecnológicos e humanizadores da produção em saúde. Nesse processo, todos os elementos disponíveis para à produção do cuidado, com enfoque nas necessidades dos usuários, devem estar em consonância com as políticas públicas e os princípios da integralidade assistencial e da humanização, respeitando a participação efetiva dos diferentes profissionais envolvidos nos cuidados ao usuário crítico[5]. Dessa forma, as ações do cuidado se configuram numa rede dinâmica que se interliga para promover a produção em saúde.

Para produzir novos modos de cuidar e gerir, a Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão em Saúde no SUS – HumanizaSUS, tem como objetivos: resgatar a qualidade na atenção à saúde, incluindo resolutividade, eficácia e efetividade da atenção à saúde; redução dos riscos à saúde; presteza e conforto no atendimento ao usuário; motivação dos profissionais de saúde; controle social na atenção e organização do sistema de saúde; humanização das relações em todos os níveis. Os princípios norteadores da política são transversalidade, indissocialilidade da atenção e da gestão e produção de sujeitos autônomos, protagonistas e corresponsáveis pelo processo de produção de saúde[6]. Como política inclusiva e resolutiva propõe inovações nas práticas gerenciais e nas práticas de produção em saúde.

Nessa perspectiva, para atingir o objetivo da integralidade e da humanização na gestão do cuidado de enfermagem na UTI, numa configuração ecossistêmica, devem-se respeitar o planejamento do ambiente e o desenvolvimento de esforços coordenados e

integrados para a melhoria da assistência e da segurança, implicando também no atendimento das necessidades e na superação das expectativas dos usuários, profissionais e familiares. Compreender essas interconexões significa abranger a multiplicidade e circularidade das relações, interações e interdependências que movem e preservam o fio condutor da teia da vida nas suas diferentes expressões e manifestações[3,7].

Frente a essas questões, é emergente a estruturação de Políticas Públicas em UTI que substituam a concepção determinística e segmentada, por uma adequação de rede assistencial organizada, que incorpore a linha de cuidado integral e a humanização na atenção ao usuário crítico. Portanto, constitui um desafio introduzir a integralidade e humanização na gestão do cuidado de enfermagem na UTI, a qual requer pluralidade de saberes para lidar com a complexidade, tendo em vista a produção do cuidado.

Considerando essas questões, o presente artigo tem como objetivo identificar os elementos que compõem a dimensão humanizadora, a partir da fundamentação teórico-filosófica e organizativa presente nos documentos das políticas públicas, capazes de promover a integralidade e humanização na gestão do cuidado de enfermagem na Unidade de Terapia Intensiva, com enfoque ecossistêmico.

MÉTODOS

O estudo resultou de um processo de pesquisa documental, de característica descritiva, exploratória e com abordagem qualitativa. Como método científico, a pesquisa documental tem o documento como objeto de investigação. Caracteriza-se pela busca de informações em documentos que ainda não receberam nenhum tratamento analítico [8]. Dessa forma, a descrição dos fatos e fenômenos de determinada realidade possibilita a compreensão das dimensões, das variações e dos significados que possam constituir-se em elementos de análise.

A partir de intensa busca, foi encontrado um grande número de documentos que tratavam das Políticas Públicas de Saúde no Brasil. Porém, ao realizar uma análise inicial, focando a questão norteadora, o objeto da pesquisa e a tese, capturaram-se sete documentos oficiais do Ministério da Saúde (MS), disponibilizados no Portal da Saúde – Saúde *Legis*, e com acesso pela Biblioteca Virtual em Saúde do MS – BVS/MS.

A análise preliminar dos documentos das Políticas Públicas em Saúde teve por finalidade identificar a existência de princípios teórico-filosóficos e organizativos capazes de configurar, com enfoque ecossistêmico, a gestão do cuidado de enfermagem na UTI e

verificar o seu enquadramento aos critérios de inclusão: ser documento/arquivo oficial do MS no período de 1998 a 2013; contemplar o tema de pesquisa; estar disponível *on line* na rede mundial de computadores. Justifica-se a opção do período de 1998 a 2013 por contemplar as mais recentes definições oficiais referentes ao tema.

A partir dessa análise, e por atenderem aos critérios de inclusão, foram capturados sete documentos: Documento 1 – Portaria nº 3.432, de 12 de agosto de 1998– Estabelece o Regulamento Técnico para o funcionamento dos Serviços de Tratamento Intensivo e sua respectiva classificação de acordo com o grau de complexidade, capacidade de atendimento e grau de risco inerente ao tipo de atendimento prestado[9]; Documento 2 – Resolução/RDC nº 50, de 21 de fevereiro de 2002 – Dispõe sobre o Regulamento Técnico para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde[10]; Documento 3 – HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização – Apresenta a Humanização como Eixo Norteador das Práticas de Atenção e Gestão em Todas as Instâncias do SUS[6]; Documento 4 – Portaria MS 1071 de 4 de julho de 2005 – Determina que a Secretaria de Atenção à Saúde submeta à consulta pública a minuta da Política Nacional de Atenção ao Paciente Crítico[5]; Documento 5 – Portaria nº 2.690, de 5 de novembro de 2009 – Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Política Nacional de Gestão de Tecnologias em Saúde[11]; Documento 6 – Resolução – RDC nº 7, de 24 de fevereiro de 2010 – Dispõe sobre os requisitos mínimos para funcionamento de Unidades de Terapia Intensiva, visando à redução de riscos aos pacientes, visitantes, profissionais e meio ambiente[12]; Documento 7 – Portaria nº 529, de 1º de abril de 2013 – Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente – PNSP[13].

Na composição do estudo, os documentos escolhidos para a análise documental são considerados como um marco legal das Políticas Públicas em Saúde e estabelecem definições e orientações para as Unidades de Terapia Intensiva. Portanto, para compreender as diretrizes dos programas, das portarias e das resoluções, em seus possíveis percursos de execução, foi necessário analisar os documentos oficiais e procurar no seu conteúdo a fundamentação teórico-filosófica e organizativa que configura as normas técnicas e operacionais desta área específica.

Nessa análise de conteúdo dos documentos, procedeu-se à leitura preliminar, seguida de uma leitura seletiva, objetivando capturar os conceitos-chave destacados nos documentos oficiais. Em continuidade, realizou-se a leitura crítica, correlacionando os principais pontos e sua aderência e/ou antagonismo em relação ao objetivo desta pesquisa e proposta da tese. A análise documental, propriamente dita, foi abordada em três etapas: Primeira etapa – análise

crítica do documento, sobre a qual se apoiam as cinco dimensões descritas por Cellard[8]: 1ª Dimensão – Exame em relação ao contexto; 2ª Dimensão – Busca dos autores dos documentos; 3ª Dimensão – Autenticidade e confiabilidade do documento; 4ª Dimensão – Natureza do texto; 5ª Dimensão – Conceitos-chave e a lógica interna do texto. Na sequência, realizou-se a segunda etapa em relação à coleta – análise do conteúdo, e a terceira etapa quanto à coleta – análise dos pontos-chave do documento em relação com a Tese. Para cada documento, foi aplicado um instrumento de pesquisa documental, elaborado e estruturado, especificamente, para tal finalidade.

Os dados capturados foram registrados em Unidades de Análise e, em seguida, agrupados em categorias de análise, possibilitando a realização da análise documental e a interpretação dos dados. O agrupamento permitiu evidenciar as categorias: Dimensão Técnica, Dimensão Organizacional, Dimensão Tecnológica e Dimensão Humanizadora. Neste artigo serão apresentados e discutidos os resultados em relação a Dimensão Humanizadora.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados da Categoria Dimensão Humanizadora são apresentados em três subcategorias: integralidade nas ações do cuidado, processos integradores e promotores de humanização, ambiência e promoção do cuidado seguro.

A dimensão humanizadora pode ser entendida como resultado da atuação sobre os processos de trabalho no cotidiano dos serviços de saúde, no sentido de melhorar a qualidade da assistência prestada, tendo com base a criação de ambientes de trabalho que valorizem a prática cotidiana dos profissionais/trabalhadores, com ênfase nas tecnologias relacionais, como a escuta, acolhimento diálogo e negociação para a produção e gestão do cuidado. Para isso, tanto o "processo de formação quanto o de construção das políticas de atenção à saúde precisam reconhecer e aceitar não só os valores, crenças, cultura, necessidade de auto-estima e valorização, mas também os desejos, emoções e sentimentos dos trabalhadores e usuários"[14:351].

Integralidade nas ações do cuidado

A integralidade nas ações do cuidado pode ser entendida como princípio, diretriz política, estratégia e/ou uma "ação social de interação democrática entre sujeitos no cuidado, em qualquer nível de Serviços de Saúde"[15:1]. Como ação integral, pela perspectiva dos usuários, tem sido associada ao tratamento digno, respeitoso, com qualidade, acolhimento e

vínculo. "No eixo da atenção, propõe uma política incentivadora do protagonismo dos sujeitos, da democratização da gestão dos serviços e da ampliação integral da saúde" [6:11].

De acordo com a Política Nacional de Humanização – PNH, o *acolhimento* é a promoção de comunicação entre o usuário, família e equipe, e o *vínculo* na rede de cuidados em saúde significa compartilhar experiências e estabelecer relações efetivas e afetivas, em uma convivência de ajuda, interação e influências mútuas[6].

Esses sentidos expressam a diversidade de elementos que imprimem significados em torno da integralidade, conforme identifica um dos documentos:

> princípios e modos de operar no conjunto das relações entre os profissionais, os usuários e as diversas unidades e serviços de saúde que constituem o SUS. O confronto de idéias, o planejamento, os mecanismos de decisão, as estratégias de implementação e de avaliação, mas principalmente o modo como tais processos se dão, devem confluir para a construção de trocas solidárias e comprometidas com a produção de saúde[6:7].

Esses constructos na produção do cuidado transcendem as dimensões técnica, organizativa, tecnológica e humanizadora do atendimento e/ou do nível de atenção em saúde. Dessa forma, "o cuidado representa a materialidade das relações interpessoais que se estabelecem no ato ou na atitude [...] essa apreensão de cuidado articula-se intimamente à noção de integralidade, pois impõe um olhar ampliado sobre o homem, sua saúde e seu cuidado"[16:124].

Nas ações do cuidado é necessário considerar as inter-relações que se estabelecem no cuidar, considerando a "[...] troca de saberes – incluindo os dos pacientes e familiares, diálogo entre os profissionais e modos de trabalhar em equipe"[6:8]. Ao considerar integralidade como um valor do cuidado e da gestão em saúde, evidencia-se que a gestão do cuidado de enfermagem na UTI necessita estar interligada aos valores éticos da profissão, como a dignidade, a responsabilidade, a sensibilidade e a solidariedade. Pressupõe aliar a competência e o conhecimento técnico-científico, como elementos inter-relacionados, em conexão com todas as dimensões do cuidado – ao cliente, seus familiares e na interação com a equipe, para uma prática de enfermagem ética, segura e humanizadora.

Nessa proposta, "a humanização da assistência abre, assim, questões fundamentais que podem orientar a construção das políticas em saúde. Humanizar é, então, ofertar atendimento de qualidade articulando os avanços tecnológicos com acolhimento, com melhoria dos ambientes de cuidado e das condições de trabalho dos profissionais" [6:6]. Essa

iniciativa na gestão do cuidado de enfermagem na UTI é capaz de promover e incentivar a interação entre os profissionais/trabalhadores de saúde, usuários e familiares.

Assim, a humanização como "política transversal, entendida como um conjunto de princípios e diretrizes que se traduzem em ações nos diversos serviços, nas práticas de saúde e nas instâncias do sistema, caracterizando uma construção coletiva"[6:7]. Nessa perspectiva, percebe-se a necessidade de mudança de paradigma de atenção, que abandona o modelo biologicista, linear e mecanicista, centrado no processo saúde/doença, para desenvolver uma nova configuração de cuidado em saúde, que busca o compreender o ser humano em sua totalidade, corpo e mente, subjetividade, valores e crenças pessoais e familiares.

A integralidade e a humanização,

> como um conjunto de estratégias para alcançar a qualificação da atenção e da gestão em saúde no SUS, estabelece-se, portanto, como a construção/ativação de atitudes ético-estético-políticas em sintonia com um projeto de co-responsabilidade e qualificação dos vínculos interprofissionais e entre estes e os usuários na produção de saúde. *Ética*s porque tomam a defesa da vida como eixo de suas ações. *Estéticas* porque estão voltadas para a invenção das normas que regulam a vida, para os processos de criação que constituem o mais específico do homem em relação aos demais seres vivos. *Políticas* porque é na pólis, na relação entre os homens que as relações sociais e de poder se operam, que o mundo se faz[6:8].

Nesse sentido, a integralidade não se resume a ações humanitárias, mas, sim, se apresenta " como estratégia de interferência no processo de produção de saúde, levando-se em conta que sujeitos sociais quando mobilizados são capazes de transformar realidades, transformando-se a si próprios nesse processo"[6:8]. A partir desse entendimento, a UTI pode ser vista como um espaço/ambiente de cuidados terapêuticos complexos ao usuário grave e, diante das instabilidades fisiopatológicas, flutuações e perturbações que influenciam no processo saúde/doença, esse ambiente pode ser capaz de possibilitar a auto-organização do sistema como um todo e possibilitar melhores condições para a energização e equilíbrio dinâmico das funções vitais do ser humano cuidado.

Assim, a integralidade e humanização na gestão do cuidado de enfermagem na UTI desafiam o profissional/enfermeiro a repensar sua postura profissional, sendo imprescindível a criação de um espaço dialógico, interativo e relacional para a partilha, a convivência e o estreitamento do vínculo afetivo entre o usuário, família e equipe.

Processos integradores e promotores de humanização

O espaço/ambiente da UTI em que se desenvolve o cuidado de enfermagem aos usuários em estado grave tem por finalidade facilitar e auxiliar na auto-organização do seu

equilíbrio dinâmico e estado de saúde, visando à manutenção da qualidade de vida e a recuperação da sua saúde. Sob esse ponto de vista, a saúde "é uma experiência de bem-estar resultante de um equilíbrio dinâmico que envolve os aspectos físicos e psicológicos do organismo, assim como suas interações com o ambiente natural e social"[17:117]. Portanto, há necessidade de interconectar os elementos constituintes desse ecossistema – entendido(,) como espaço/ambiente do cuidado, criando possibilidades para um viver mais saudável e de melhor qualidade de vida, que pode ser alcançado pelo produto das interações desse ambiente[2,4,7,17].

Como processo integrador e promotor de humanização na gestão do cuidado de enfermagem na UTI, se faz necessário

> integrar, ao conhecimento técnico-científico, a responsabilidade, a sensibilidade, a ética e a solidariedade no cuidado ao cliente e seus familiares e na interação com a equipe. Pressupõe aliviar a dor e o sofrimento do outro; compaixão, ou seja, empatia traduzida em ação solidária concreta; respeito a dignidade e autonomia do outro; compreensão do significado da vida, em seus aspectos éticos, culturais, econômicos, sociais e educacionais; e valorização da dimensão humana do cliente em detrimento de sua patologia[18:1328].

Sob esse enfoque, as propostas de humanização em saúde também envolvem repensar o processo de formação dos profissionais de saúde, ainda centrado, predominantemente, no aprendizado técnico, racional e individualizado, com tentativas muitas vezes isoladas de exercício da crítica, criatividade e sensibilidade. Com base na Política Nacional de Atenção ao Cliente Crítico[5] é necessário buscar formas efetivas para humanizar as práticas em saúde. Isso implica em aproximação crítica que permita compreender a temática para além de seus componentes técnicos, tecnológicos e organizacionais, envolvendo, essencialmente, as suas dimensões político-filosóficas que lhe imprimem um sentido ético, solidário e humanizado.

As relações de trabalho, tendo em vista o cuidado de enfermagem complexo, abrangente e desafiador na UTI, a criação de redes interativas, participativas e solidárias, busca identificar as necessidades de saúde, bem como a transformação das práticas no processo saúde-doença-cuidado. Além disso, considera a necessidade de "valorização da dimensão subjetiva e social em todas as práticas de atenção e gestão, fortalecendo/estimulando processos integradores e promotores de compromissos/responsabilização"[6:9].

Para que os profissionais de saúde possam exercer a sua profissão com dignidade, compromisso e respeito à condição humana do outro, o trabalho em equipe multiprofissional é um pressuposto orientador para a auto-organização do processo de trabalho nos serviços de

saúde. Dessa forma, a partir de uma maior interação entre os profissionais e as ações que desenvolvem, é possível buscar transformações nas formas de agir sobre os fatores que interferem na produção do cuidado[19].

Ao enfocar a equipe multiprofissional, sob a lente da humanização, percebe-se a necessidade de desenvolver um trabalho comum em diferentes especialidades. Desse modo, é possível concentrar todos os esforços em prol das ações do cuidado, terapêutica, segurança e busca do equilíbrio dinâmico da qualidade de vida dos usuários. Assim, é necessário "estímulo a processos comprometidos com a produção de saúde e com a produção de sujeitos"[6:10]. Dessa forma, é possível potencializar o "fortalecimento de trabalho em equipe multiprofissional, estimulando a transdiciplinaridade e a grupalidade"[6:10].

Esse processo, na gestão do cuidado de enfermagem na UTI, possibilita a construção de ações integradas que visem a mudanças, graduais e sistêmicas, no modo de pensar e agir dos profissionais de saúde. De forma sistêmica, a "atuação em rede com alta conectividade, de modo cooperativo e solidário"[6:10] implica em criar um espaço/ambiente físico, social, profissional e interativo-relacional entre o usuário, família e equipe, capaz de ser acolhedor, solidário, resolutivo e sustentável. Portanto, no processo de humanização, além das reações produzidas, é fundamental entender a equipe de modo interdisciplinar, respeitando as formas de expressão e autonomia, que resultam das relações, em permanente processo de construção.

Humanizar as práticas de atenção e de gestão é assumir o desafio da construção de uma política que se faça pública e coletiva. Implica em reconhecer que o comportamento de um sistema influencia e é influenciado pelo comportamento do outro. Com a existência de interações "no eixo da gestão do trabalho, propõe-se a promoção de ações que assegurem a participação dos trabalhadores nos processos de discussão e decisão, fortalecendo e valorizando seu compromisso com o processo de produção de saúde"[6:11]. Assim, é importante reconhecer e valorizar os saberes construídos pelos profissionais de saúde no cotidiano de trabalho, "[...] de modo a aumentar o grau de co-responsabilidade, e com a rede de apoio profissional, visando a maior eficácia na atenção em saúde"[6:13].

Nessa perspectiva, entende-se que não existem ações isoladas, mas, sim, ações em rede que se constroem, se tecem e se complementam de forma relacional, energética, informacional e/ou material entre sistemas vivos e seu ecossistema. Estas questões apontam para a necessidade de se produzir mudanças na gestão e novos modos de se organizar o trabalho, alterando-se tanto sua dinâmica interna de funcionamento, como sua inter-relação com os demais elementos que compõem o ambiente do cuidado de enfermagem na UTI.

Ambiência e promoção do cuidado seguro

De acordo com a PNH, a *ambiência* é o ambiente físico, social, profissional e de relações interpessoais que deve estar integrado a um projeto de saúde voltado para a atenção acolhedora, resolutiva e humana[20]. Na UTI, os elementos que compõe a ambiência podem estar interligados às tecnologias interativas e relacionais em conexão a outros componentes físicos, estéticos e sensíveis apreendidos pelo olhar, olfato e audição – como, por exemplo, a luminosidade, os ruídos do ambiente, a temperatura, entre outros aspectos.

Estudos identificam que "o ambiente físico compreende a estrutura física e suas instalações, que precisam ser adequadas, incluindo materiais e equipamentos em quantidade suficiente e com condições para o uso, de forma segura"[21:54]. Desse modo, a estrutura físico-funcional das UTIs deve possibilitar a manipulação segura dos recursos materiais e equipamentos utilizados para dar suporte à vida dos usuários, considerando-se as normas operacionais destes, tanto em relação ao cuidado técnico/operacional destinado aos usuário, quanto em relação aos próprios profissionais de saúde, que os adotam como tecnologias indispensáveis para o desenvolvimento das atividades/ações no cuidado, com potencial de efetividade e segurança para melhores resultados.

A ambiência, em seu aspecto interativo, relacional e afetivo, expresso na forma de acolhimento e atenção em saúde, configura-se por meio dos componentes estruturais do ambiente, os quais determinam[20]: Designar um membro da equipe para ficar próximo à família, explicando os procedimentos e ouvindo-a em sua dúvidas e questionamentos; Incentivar a presença de outro membro da família próximo, a fim de oferecer suporte intrafamiliar e partilha de experiência; Realizar a sinalização das áreas e dos serviços, permitindo que a família possa ter livre acesso aos locais de descanso, higiene e alimentação, evitando aglomerações nas áreas de locomoção na UTI; Possibilitar medidas de controle de ruídos e de luminosidade, como equipamentos que produzam níveis de ruídos dentro dos estabelecidos pelas normas de segurança, e, para tanto, se faz necessário o uso de alarmes visuais, instalações com controle de ruídos e incentivo ao uso de música no ambiente da UTI, quando apropriado, respeitando sua indicação; Planejar as ações do cuidado, a fim de propiciar descanso tanto do cliente quanto da família, garantindo-lhes horários de sono durante os turnos; Garantir local reservado para reuniões com a família, assegurando sua privacidade; Propiciar móveis adequados, que garantam conforto, qualidade e segurança ao usuário e familiares.

Assim, entende-se que, para a "promoção de ambiência acolhedora"[12:49], a gestão do cuidado de enfermagem na UTI requer o planejamento de ações para a humanização das relações entre a equipe de saúde/enfermagem e o núcleo familiar do usuário. Para tal, considera-se que a inclusão da família na assistência ao cliente grave poderá contribuir para maior segurança e interação e, ainda, colaborar para que o impacto da hospitalização, ansiedade, instabilidades e incertezas possam encontrar caminhos/bifurcações capazes de minimizar e/ou auto-organizar as fragilidades do sistema como um todo.

No espaço/ambiente da UTI, as políticas em saúde têm assegurado a "garantia de visitas diárias dos familiares à beira do leito; garantia de informações da evolução diária dos pacientes aos familiares por meio de boletins"[9:109]. Dessa forma, observa-se uma preocupação, que não é recente, em propiciar horário de visitas mais flexíveis, maior proximidade da equipe de enfermagem e maior facilidade na obtenção de informações.

A gestão do cuidado de enfermagem na UTI, como processo de melhor atendimento às necessidades do usuário e seus familiares, necessita acolher a família em espaços/ambientes que assegurem o diálogo e a troca de informações. Essa dinâmica interativa e relacional minimiza o estresse do desconhecido sobre os equipamentos, medicamentos, serviços de apoio e de conforto disponíveis. Assim, é necessário adotar estratégias de comunicação que facilitem o diálogo entre a equipe, o usuário e sua família, utilizando-se de tecnologias relacionais para favorecer a compreensão da situação, de modo que a família receba informações, no momento oportuno, a fim de efetivar sua participação no cuidado e na tomada de decisão.

Ao considerar essas necessidades, além da responsabilidade ética e profissional, entende-se que o comportamento e atitude dos profissionais de saúde dependem, principalmente, do compromisso individual de cada pessoa. Portanto, para atender a essas demandas e "ofertar atendimento de qualidade articulando os avanços tecnológicos com acolhimento, com melhoria dos ambientes de cuidado e das condições de trabalho dos profissionais"[6:6], se faz necessária uma mudança de comportamento e atitude na relação com o outro e, de forma sistêmica, é preciso olhar para todas as dimensões do cuidado.

Na gestão do cuidado de enfermagem na UTI, um dos aspectos que deve ser discutido e repensado é a função da família nesse espaço/ambiente, pois a família não deve ser vista somente como visita, pois ela faz é parte integrante do convívio do usuário e, como tal, deve ser compreendida na rede de cuidados. Essa forma de pensar busca oferecer aos familiares o direito de participação no planejamento e execução de cuidados, em uma prática integrativa e colaborativa. E, assim, é preciso "adequar os serviços ao ambiente e à cultura local,

respeitando a privacidade e promovendo uma ambiência acolhedora e confortável"[6:12]. Ao olhar essa questão sob este ângulo, devem ser considerados, além de fatores inerentes ao ser humano, o ambiente onde os sujeitos estão inseridos e fazem parte dessa unidade/totalidade[2].

Nessa rede, interligada pela participação ativa e criativa entre sujeitos, saberes e instituições, voltada para o enfrentamento de problemas, que se originam e/ou se expressam em uma dimensão humana de fronteira, é necessário articular a representação subjetiva com a prática objetiva[20]. Nas ações do cuidado de enfermagem na UTI, de acordo com as diretrizes da PNH, a gestão poderá configurar-se a partir da sensibilidade do enfermeiro para (re)pensar e (re)conhecer a singularidade, a fragilidade emocional, física e psíquica do ser humano diante da complexidade que envolve as inter-relações no processo saúde-doença-cuidado. Esse mesmo processo, em seu acoplamento estrutural, ao se auto-organizar, traz possibilidades para que a enfermagem, como ciência, possa planejar, criar e desenvolver as ações de cuidado, capazes de produzir avanços profissionais significativos, articuladas às demais dimensões – técnicas, organizacionais, tecnológicas e humanizadoras da produção em saúde.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao repensar o modelo de gestão dos cuidados de enfermagem na UTI, em consonância com as políticas públicas e sob o enfoque da integralidade e humanização, considera-se a importância de resgatar as singularidades e complexidades dos usuários – os quais são seres humanos únicos e necessitam ser atendidos nas suas multidimensionalidades. Na esfera ecossistêmica, torna-se pertinente compreender o processo saúde-doença-cuidado como um todo que, diante do percurso – de instabilidades, flutuações e bifurcações/caminhos, que ocorrem no ambiente da UTI, é capaz de ampliar as possibilidades para que as ações de enfermagem aconteçam de forma efetiva, segura e de qualidade na produção do cuidado.

Diante dessa realidade, fica o desafio de experimentar novas formas de gerir as práticas do cuidado, onde haja compromisso dos profissionais/trabalhadores com a produção de saúde, incluindo todos os segmentos que compõem a UTI. Sob esse enfoque, a formulação de políticas públicas necessita implementar ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, em conformidade com as necessidades do usuário, abrangendo a promoção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento e a reabilitação. Para tanto, considera-se imprescindível o enfoque interdisciplinar no processo de gestão, articulado às demais

dimensões – técnica, organizacional, tecnológica e humanizadora, que compõem a rede que configura a integralidade e humanização na gestão do cuidado de enfermagem na UTI.

Nessa perspectiva, a gestão do cuidado de enfermagem na UTI aponta alguns desafios em relação à complementaridade das ações de forma ampla e integradora. Para tanto, percebe-se a necessidade de produzir ações que qualifiquem o trabalho dos profissionais/enfermeiros, no sentido de ultrapassar a organização do trabalho mecanicista, hierárquico e fragmentado. Nessa ótica, é emergente a criação de estratégias gerenciais criativas e inovadoras, capazes de integrar na prática processos mais flexíveis, dinâmicos e cooperativos, pautados no diálogo e na construção coletiva, bem como em resultados mais favoráveis à produção do cuidado, incluindo o usuário e a família nesse processo.

A partir desse entendimento, os profissionais de enfermagem/saúde que realizam suas atividades profissionais diretamente com a vida humana, no espaço de UTI, têm necessidade de desenvolver competências técnicas, interpessoais/comunicativas, organizacionais, sociopolíticas entre outras, com vistas a realizar uma assistência integral e de qualidade. Portanto, é emergente entender que essa dinâmica inter-relacional constitui a complexidade do cuidado, sendo capaz de contribuir para a integralidade e humanização na gestão do cuidado de enfermagem na UTI.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde.Política Nacional de Promoção da Saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. – 3. ed. – Brasília : Ministério da Saúde, 2010c.

2. Zamberlan C, Calvetti A, Svaldi JSD, Siqueira HCH.de. Ambiente, saúde e enfermagem no contexto ecossistêmico. Rev Bras Enferm, Brasilia 2013 jul-ago; 66(4):603-6.

3. Siqueira HCH. As interconexões dos serviços no trabalho hospitalar: um novo modo de pensar e agir. Florianópolis. Tese [Doutorado em Enfermagem] - Universidade Federal de Santa Catarina; 2001.

4. Zamberlan C, Calvetti A, Svaldi JSD, Siqueira HCH de. Qualidade de Vida, Saúde e Enfermagem na Perspectiva Ecossistêmica. Enfermería Global. nº20, p.1-7, octubre 2010.

5. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria no. 1.071 de 4 de julho de 2005. Dispõe sobre a Política Nacional de Atenção ao Paciente Crítico. Publicação no Diário Oficial da União de nº. 130 de 8 de julho de 2005. http://dtr2001.saude.gov.br/sas/gab05/gabjul05.htm >. Acesso em: 25 de abr. 2011.

6. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. HumanizaSUS: política nacional de humanização: documento base para

gestores e trabalhadores do SUS / Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva,Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. – 2. Ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004. http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizaSus_doc_base.pdf >. Acesso em : 18 de jan. 2011.

7. Capra F. A teia da vida. São Paulo: Cultrix, 2006.

8. Cellard A. A análise documental. In: Poupart, J. et al. A pesquisa qualitativa: enfoques epistemológicos e metodológicos. Petrópolis (RJ): Vozes; 2008. p. 295-316.

9. Brasil. Ministério da Saúde. Lei nº. 3.432, de 12 de agosto de 1998. Dispõe sobre critérios de classificação para as unidades de tratamento intensivo. Brasília: Ministério da Saúde; 1998. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pesquisa saúde. pdf >. Acesso em: 16 mar. 2011.

10. Brasil. Ministério da Saúde. RDC nº 50, de 21 de fevereiro de 2002. Dispõe sobre o Regulamento Técnico para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde. Diário Oficial da República Federativa do Brasil. Brasília, 20 de mar. de 2002. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pesquisa saúde. pdf >. Acesso em: 20 abr. 2011.

11. Brasil. Portaria nº 2.690, de 5 de novembro de 2009 - Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Política Nacional de Gestão de Tecnologias em Saúde. http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pesquisa saúde. pdf >. Acesso em: 25 de jan. 2011.

12. Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução – RDC/ANVISA nº 7 de 24 de fevereiro de 2010. Dispõe sobre os requisitos mínimos para o funcionamento de Unidades de Terapia Intensiva e dá outras providências. Diário Oficial da União nº 37, quinta-feira, 25 de fevereiro de 2010. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pesquisa saúde. pdf >. Acesso em : 20 de mar. 2011.

13. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 529, de 1º de abril de 2013. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). Diário Oficial da União 2013; 2 abr. Disponível em : http://www.ans.gov.br/index.php/legislacao/busca-de-legislacao. pdf >. Acesso em: 07 de abr. 2013.

14. Martins JJ, Albuquerque GL. A utilização de tecnologias relacionais como estratégia para humanização do processo de trabalho em saúde. Cienc Cuid Saúde 2007; Jul/Set; 63: 351-356.

15. Pinheiro R. Boletin Integralidade em Saúde. Entrevista. LAPPIS. 2007. 02 p. Disponível em: <http://www.lappis.org.br> Acesso em 01/10/11/2013.

16. Viegas SMF. A integralidade no cotidiano da estratégia saúde da família em municípios do Vale do Jequitinhonha - Minas Gerais [Tese]. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte, 2010.

17. Santos MC dos, Siqueira HCH de, Silva JR de. Saúde Coletiva na perspectiva ecossistêmica: uma possibilidade de ações do enfermeiro. Rev. Gaucha de Enferm. v.30 set/2009 p. 437-444.

18. Silva MJP, Araújo MMT, Puggina AC. Humanização em UTI. In. Padilha KG, Vattimo MFF, Silva SC, Kimura M (Orgs.). Enfermagem em UTI: cuidando do paciente crítico. Baueri, SP: Manole, 2010. p. 1324-66.

19. Costa RKS, Enders BC, Menezes RMP. Trabalho em equipe de saúde: uma análise contextual. Ciência & Saúde Coletiva, v. 7, n. 4, p. 530-536, 2008.

20. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Ambiência / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. – 2. ed. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2010a. http://bvsms.**saude**.gov.br/bvs/.../**humanizasus**_documento gestores trabalhadores. sus. pdf. Acesso em : 05 de abr. 2011.

21. Backes MTS. A sustentação da vida no ambiente complexo de cuidados em Unidade de Terapia Intensiva. [Tese]. Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Santa Catarina, 2011. Orientadora, Alacoque Lorenzini Erdmann.

5.7 ARTIGO 3

GESTÃO DO CUIDADO ECOSSISTÊMICO DE ENFERMAGEM NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA: ÊNFASE NA DIMENSÃO ORGANIZACIONAL*

Adriane Calvetti de Medeiros[1], Hedi Crecencia Heckler de Siqueira[2]

RESUMO

O estudo teve como objetivo analisar os elementos que compõem a dimensão organizacional, com base na fundamentação teórico-filosófica e organizativa presente nos documentos das políticas públicas, capaz de subsidiar a configuração da gestão do cuidado de enfermagem na UTI, com enfoque ecossistêmico. Trata-se de uma pesquisa de análise documental, descritiva, exploratória, de abordagem qualitativa, com base nos documentos oficiais das Políticas Públicas, no período de 1998 a 2013. Os resultados foram apresentados em duas subcategorias: sistema organizacional da UTI e rede produtiva de saúde na UTI. Assim, identifica-se que o sistema organizacional possibilita melhorias nos processos de gestão, no sentido de orientar novos caminhos/bifurcações e estratégias integradas à Missão, Visão e Valores que norteiam o cuidado de enfermagem na UTI. Os princípios de interdependência, inter-relação e complementaridade, com base no processo assistencial para o alcance de resultados, incluem compreender as complexas dimensões que compõem a rede de produção em saúde.

Descritores: Gestão em Saúde; Cuidados de Enfermagem; Ecossistema; Unidade de Terapia Intensiva, Políticas Públicas de Saúde.

ECOSYSTEMIC CARE MANAGEMENT OF NURSING IN THE INTENSIVE CARE UNIT: EMPHASIS ON ORGANIZATIONAL DIMENSION

ABSTRACT

The study aimed to analyze the elements that make up the organizational dimension, based on the theoretical-philosophical and organizational grounds found in the documents of public policies, able to support the configuration of management of nursing care in the ICU with ecosystemic approach. This is a documental analysis, descriptive, exploratory research, with qualitative approach, based on official documents of Public Policy, from 1998 to 2013. The results were presented in two sub-categories: organizational system of the ICU and productive health network in the ICU. Thus, it is identified that the organizational system enables improvements in management processes, in order to guide new paths / forks and strategies integrated to the Mission, Vision and Values that guide nursing care in the ICU. The principles of interdependence, interrelation and complementarity, based on the care process to achieve

[1] Universidade Federal do Rio Grande, Escola de Enfermagem, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (Doutoranda). Rio Grande/RS, Brasil. E-mail: adrianecalvetti@gmail.com.

[2] Enfermeira e administradora Hospitalar. Especialista em metodologia da pesquisa. Mestre e Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Docente do Programa de Pós-Graduação do Curso de Mestrado e Doutorado em Enfermagem da Fundação Universidade Federal do Rio Grande – FURG. Docente da Faculdade Anhanguera Pelotas/RS. Membro líder do Grupo de Estudo e Pesquisa: Gerenciamento Ecossistêmico em Enfermagem/Saúde (GEES). .Professora Emérita da FURG. E-mail: hedihs@terra.com.br

results, include understanding the complex dimensions that make up the network of production in health.
Key words: Health Management; Nursing; Ecosystem; Intensive Care Unit, Public Health Policies

GESTIÓN DE CUIDADO ECOSISTEMICO DE ENFERMERÍA EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS: ÉNFASIS EN DIMENSIÓN ORGANIZATIVA

RESUMEN
El estudio tuvo como objetivo analizar los elementos que componen la dimensión organizativa, basada en la fundamentación teórico-filosófica y organizativa que se encuentra en los documentos de políticas públicas, capaz de apoyar la configuración de la gestión de la atención de enfermería en la UCI con enfoque ecosistémico. Se trata de una investigación de análisis documental, descriptiva, exploratoria, de enfoque cualitativo, basada en documentos oficiales de la Política Pública, de 1998 a 2013. Los resultados fueron presentados en dos subcategorías: sistema de organización de la UCI y del sistema productivo de salud en la UCI. De este modo, se identifica que el sistema organizativo permite mejoras en los procesos de gestión, con el fin de orientar a los nuevos caminos / horquillas y la estrategias integradas a la Misión, Visión y Valores que orientan la atención de enfermería en la UCI. Los principios de interdependencia, interrelación y complementariedad, con base en el proceso de atención para lograr resultados, incluyen la comprensión de las complejas dimensiones que conforman la red de producción en salud.
Palavras clave: Gestión de la Salud; Enfermería; Ecosistema; Unidad de Cuidado Intensivo, Públicas Políticas de Salud.

INTRODUÇÃO

A gestão do cuidado ecossistêmico de enfermagem tem por base a totalidade e a particularidade dos elementos integrantes do espaço/ambiente da UTI, os quais encontram-se inter-relacionados, e envolvem desde a adequação do projeto arquitetônico, a estrutura física, os aspectos técnicos, organizativos, tecnológicos, bem como os humanizadores. Todos esses elementos estruturais disponíveis para o atendimento na UTI devem estar em consonância com as políticas públicas e os princípios da integralidade, equidade e universalidade assistencial, com enfoque nas necessidades dos usuários[1].

Sob essa perspectiva sistêmica/ecossistêmica, os elementos que constituem o espaço/ambiente da UTI abarcam elementos bióticos/vivos e os abióticos/físicos, que, em busca do desenvolvimento sustentável, harmonioso e saudável, constroem redes[2]. O conjunto desses elementos forma um todo integrado que se retroalimenta pelas trocas de matéria, energia e informações. Além disso, a gestão do cuidado de enfermagem na UTI, sob o ponto de vista ecossistêmico, deve proporcionar um espaço/ambiente seguro, funcional e operacional para os usuários, familiares e profissionais/trabalhadores[1,3,4].

Para atingir o objetivo da gestão do cuidado de enfermagem, numa configuração ecossistêmica, devem-se respeitar o planejamento do espaço/ambiente e o desenvolvimento de esforços coordenados e integrados para a melhoria da assistência e da segurança, implicando também no atendimento das necessidades e na superação das expectativas dos usuários, profissionais e familiares[5]. Destarte, o espaço/ambiente de UTI precisa ser acolhedor, integrador e estimulador para todos os envolvidos no processo saúde-doença-cuidado e, assim, estruturar redes de relações e interações dinâmicas, dialógicas e sensíveis às necessidades do usuário[6].

Nesse sentido, percebe-se que o cuidado de enfermagem, sob enfoque ecossistêmico, deve buscar não apenas a competência técnica para alcançar resultados no processo saúde-doença-cuidado, mas a qualificação dos profissionais/trabalhadores para lidar de maneira mais humana com os usuários e familiares, a fim de possibilitar um cuidado seguro, responsável e ético, diante de um contexto relacional em constantes flutuações, instabilidades e incertezas[7].

Na gestão do cuidado de enfermagem na UTI, os elementos estruturais decorrentes da infraestrutura e sua interdependência entre os serviços, assim como a provisão de materiais, equipamentos e recursos humanos especializados, compõem a complexa rede de assistência ao usuário em situações agudas e críticas. Nesse sentido, para obter os resultados esperados é necessário entender que um serviço depende de outros, influencia e sofre influências, mostrando a importância da integração setorial, multiprofissional e interdisciplinar[5]. Essa inter-relação abre possibilidades para a conformação de uma rede de suporte e apoio que possa assegurar e sustentar a qualidade do cuidado. Portanto, a gestão do cuidado de enfermagem na UTI não pode ser considerada, simplesmente, uma questão técnica e organizacional, já que envolve mudanças nas relações, nos processos, nos atos de saúde e, principalmente, na qualificação dos profissionais/trabalhadores.

Pautado nesta perspectiva, o presente estudo tem como objetivo analisar os elementos que compõem a dimensão organizacional, com base na fundamentação teórico-filosófica e organizativa presente nos documentos das políticas públicas, capaz de subsidiar a configuração da gestão do cuidado de enfermagem na UTI, com enfoque ecossistêmico.

MÉTODOS

O estudo resultou de um processo de pesquisa documental, de característica descritiva, exploratória e com abordagem qualitativa. Como método científico, a pesquisa documental tem o documento como objeto de investigação. Caracteriza-se pela busca de informações em documentos que ainda não receberam nenhum tratamento analítico [8]. Dessa

forma, a descrição dos fatos e fenômenos de determinada realidade possibilita a compreensão das dimensões, das variações e dos significados que possam constituir-se em elementos de análise.

A partir de intensa busca, foi encontrado um grande número de documentos que tratavam das Políticas Públicas de Saúde no Brasil, porém, ao realizar uma análise inicial, focando a questão norteadora, o objeto da pesquisa e a tese, capturaram-se sete documentos oficiais do Ministério da Saúde (MS), disponibilizados no Portal da Saúde – Saúde *Legis*, e com acesso pela Biblioteca Virtual em Saúde do MS – BVS/MS.

A análise preliminar dos documentos das Políticas Públicas em Saúde teve por finalidade identificar a existência de princípios teórico-filosóficos e organizativos capazes de configurar, com enfoque ecossistêmico, a gestão do cuidado de enfermagem na UTI e verificar o seu enquadramento aos critérios de inclusão: ser documento/arquivo oficial do MS no período de 1998 a 2013; contemplar o tema de pesquisa; estar disponível *on line* na rede mundial de computadores. Justifica-se a opção do período de 1998 a 2013 por contemplar as mais recentes definições oficiais referentes ao tema.

A partir dessa análise, e por atenderem aos critérios de inclusão, foram capturados sete documentos: Documento 1 – Portaria nº 3.432, de 12 de agosto de 1998 – Estabelece o Regulamento Técnico para o funcionamento dos Serviços de Tratamento Intensivo e sua respectiva classificação de acordo com o grau de complexidade, capacidade de atendimento e grau de risco inerente ao tipo de atendimento prestado[9]; Documento 2 – Resolução/RDC nº 50, de 21 de fevereiro de 2002 – Dispõe sobre o Regulamento Técnico para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde[10]; Documento 3 – HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização – Apresenta a Humanização como Eixo Norteador das Práticas de Atenção e Gestão em Todas as Instâncias do SUS[11]; Documento 4 – Portaria MS 1071 de 4 de julho de 2005 – Determina que a Secretaria de Atenção à Saúde submeta à consulta pública a minuta da Política Nacional de Atenção ao Paciente Crítico[1]; Documento 5 – Portaria nº 2.690, de 5 de novembro de 2009 – Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Política Nacional de Gestão de Tecnologias em Saúde[12]; Documento 6 – Resolução – RDC nº 7, de 24 de fevereiro de 2010 – Dispõe sobre os requisitos mínimos para funcionamento de Unidades de Terapia Intensiva, visando à redução de riscos aos pacientes, visitantes, profissionais e meio ambiente[13]; Documento 7 – Portaria nº 529, de 1º de abril de 2013 – Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente – PNSP[14].

Na composição do estudo, os documentos escolhidos para a análise documental são considerados como um marco legal das Políticas Públicas em Saúde e estabelecem definições e orientações para as Unidades de Terapia Intensiva. Portanto, para compreender as diretrizes dos programas, das portarias e das resoluções, em seus possíveis percursos de execução, foi necessário analisar os documentos oficiais e procurar no seu conteúdo a fundamentação teórico-filosófica e organizativa que configura as normas técnicas e operacionais desta área específica.

Nessa análise de conteúdo dos documentos, procedeu-se à leitura preliminar, seguida de uma leitura seletiva, objetivando capturar os conceitos-chave destacados nos documentos oficiais. Em continuidade, realizou-se a leitura crítica, correlacionando os principais pontos e sua aderência e/ou antagonismo em relação ao objetivo desta pesquisa e proposta da tese. A análise documental, propriamente dita, foi abordada em três etapas: Primeira etapa – análise crítica do documento, sobre a qual se apoiam as cinco dimensões descritas por Cellard[8] : 1ª Dimensão – Exame em relação ao contexto; 2ª Dimensão – Busca dos autores dos documentos; 3ª Dimensão – Autenticidade e confiabilidade do documento; 4ª Dimensão – Natureza do texto; 5ª Dimensão – Conceitos-chave e a lógica interna do texto. Na sequência, realizou-se a segunda etapa em relação à coleta – análise do conteúdo, e a terceira etapa quanto à coleta – análise dos pontos-chave do documento relacionados com a Tese. Para cada documento, foi aplicado um instrumento de pesquisa documental, elaborado e estruturado, especificamente, para tal finalidade.

Os dados capturados foram registrados em Unidades de Análise e, em seguida, agrupados em categorias de análise, possibilitando a realização da análise documental e a interpretação dos dados. O agrupamento permitiu evidenciar as categorias: Dimensão Técnica, Dimensão Organizacional, Dimensão Tecnológica e Dimensão Humanizadora, com base teórica-filosófica na Portaria MS 1071 de 4 de julho de 2005[1], capazes de subsidiar a configuração da gestão do cuidado de enfermagem na UTI, com enfoque ecossistêmico.

Neste artigo serão apresentados e discutidos os resultados em relação à Dimensão Organizacional.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Organizar refere-se ao ato de reunir elementos numa configuração metodológica e funcional[15]. Dessa forma, a dimensão organizacional na UTI, frente às instabilidades, flutuações e incertezas do ambiente, envolve a auto-organização dos elementos que

constituem a rede produtiva em saúde, que em conjunto buscam alcançar a eficiência, segurança e qualidade nas ações/atividades do cuidado ao usuário.

Os resultados da Categoria Dimensão Organizacional são apresentados em duas subcategorias: sistema organizacional da UTI e rede produtiva de saúde na UTI.

Sistema organizacional da UTI

A Política de Atenção ao Paciente Crítico procura "estabelecer determinantes estruturais e estruturantes que sirvam como referenciais conceituais para uma real política de qualificação progressiva [...] tais referenciais normatizarão as bases de nossas estratégias de implementação e operacionalização de ações qualificadoras"[1:42].

Segundo a RDC/ANVISA, usuários em estado crítico são definidos como aqueles que possuem comprometimento de um ou mais dos principais sistemas fisiológicos, com perda de sua autorregulação, necessitando de substituição artificial das funções e assistência contínua. E são considerados usuários graves aqueles que apresentam alguma condição potencialmente determinante de instabilidades em algum de seus sistema orgânicos[14].

No processo de cuidar, o profissional/enfermeiro utiliza o conhecimento teórico-prático e os instrumentos, métodos e processos específicos da gestão no planejamento e na implementação do cuidado de enfermagem, buscando a excelência de suas ações/atividades, bem como as de sua equipe de trabalho[16].

As imbricações e contribuições na estruturação de todo processo produtivo, tendo como base o sistema organizacional, envolve todas as ações/atividades/serviços e tem como objetivo o alcance da missão institucional. A **Missão** representa um campo de atuação definido, as ações/atividades/serviços, tanto os atuais como os potenciais, que são representados pelos propósitos. Assim, a Missão organizacional identifica o foco fundamental de sua atividade e abrange o compromisso, o encargo e o dever a cumprir[5]. Portanto, "o que é mais significativo para a organização não se refere às ações individuais de um ou outro serviço, mas a sua relação, a sua interconecção/integração, dentro de uma abordagem da totalidade e interdependência"[5:105].

Nesse sentido, a missão da UTI é prestar cuidados de excelência, visando à recuperação do usuário crítico, por meio da monitorização constante e de recursos humanos, materiais e tecnológicos adequados, numa perspectiva sistêmica e multidimencional, ao ser humano no processo saúde-doença-cuidado. Dessa forma, entende-se que esse processo envolve o compromisso dos profissionais/trabalhadores de saúde com os usuários,

especialmente dos enfermeiros, com base na missão, visão, valores, descrição de procedimentos, rotinas, ações preventivas, corretivas e de melhorias contínuas para o usuário em estado grave de saúde.

Com base nessa perspectiva, o conjunto das ações/atividades dos diferentes profissionais/trabalhadores, norteados pelo cuidado de enfermagem na UTI, ao ser desenvolvido de "maneira inter-relacionada, pode constituir-se numa verdadeira teia na qual, mutuamente, um apóia o outro e em conjunto, de maneira cooperativa e participativa, facilitam as relações e as atividades intra e inter-equipes de trabalho"[(5:25)]. Para tal configuração é fundamental a compreensão clara da rede de valores que permeiam as relações de trabalho dos profissionais/trabalhadores na UTI. Assim, entende-se que os valores indicam a filosofia organizacional, especificam os princípios norteadores das ações, como também devem ser incluídos os valores profissionais e respeitados os do usuário.

Os valores no cuidado de enfermagem na UTI envolvem a excelência e a humanização nas relações que se estabelecem com os usuários, familiares e profissionais. Desse modo, destaca-se que o trabalho em equipe multidisciplinar, articulado entre áreas e serviços, agrega valor e produz uma assistência diferenciada. Portanto, os valores devem guiar a forma pela qual se cumpre a missão e o modo pelo qual é possível atingir a visão pretendida. Portanto, implica em promover mudanças na forma de pensar e agir dos profissionais/trabalhadores de saúde[(5)], como possibilidades de inter-relacionar às necessidades de saúde do usuário, integrada aos elementos que fazem parte desse sistema como um todo.

Como desdobramentos da visão organizacional do espaço/ambiente da UTI e de acordo com a missão e seus valores, é possível estabelecer os objetivos estratégicos e os planos de ação. Nesse processo, os objetivos estratégicos definem de maneira global e sistêmica o direcionamento das ações/atividades, e os planos de ação especificam cada atividade operacional necessária para o alcance dos objetivos. Dessa forma, a **Visão** representa aquilo que a organização deseja alcançar no futuro. E, para conseguir seus objetivos, é necessário estar alinhada à filosofia, à cultura e aos valores, pessoais e institucionais. Assim, na definição de Siqueira[(5)], as delimitações/fronteiras entre a missão e a visão são bastante difíceis de serem estabelecidas, por se encontrarem intimamente conectadas.

Nessa óptica, a visão sistêmica possibilita compreender a organização na sua totalidade, de forma interconectada/integrada, e com todos os esforços convergindo para o mesmo sentido, "definindo metas a serem alcançadas e reorganizando o processo assistencial na busca de sua qualificação"[(12:42)]. Assim, o sistema organizacional da UTI se constitui como

uma rede, alicerçada nos Valores, representada pela sua Missão e projetada numa Visão em busca de possibilidades.

A estrutura ou desenho organizacional no espaço/ambiente de cuidados de enfermagem na UTI exerce uma função importante na definição do processo decisório interligado às áreas técnicas, organizacionais, tecnológicas e humanizadoras de forma a garantir a operacionalização dos processos, orientada para atender as necessidades específicas dos usuários. Portanto, ao definir a configuração da gestão é importante considerar o enfoque multiprofissional como a base para a atividade assistencial. Isso reforça a importância da participação de diferentes profissionais na concepção e implantação dos processos assistenciais para o alcance de resultados efetivos e satisfatórios.

O processo assistencial diz respeito ao modo como são organizadas as ações de atenção à saúde, envolvendo os aspectos técnicos, normativos, assistenciais e humanizadores. Assim, o "conhecimento das rotinas operacionais da unidade assistencial bem como da instituição de saúde como um todo, entendendo a importância deste conhecimento para a qualificação e agilização do processo assistencial intra-hospitalar ao paciente crítico/potencialmente crítico"[(12:42)], precisa estar organizado e articulado com os diversos recursos físicos, tecnológicos e humanos disponíveis para enfrentar e resolver os problemas de saúde dos usuários.

Ressalta-se que as ações de saúde, regidas pela criação de um novo modelo – o biopsicossocial, deixam claras as limitações do modelo biomédico, onde suas explicações voltadas para o paradigma linear de causa-efeito inibem a percepção de outros fatores subjacentes ao processo saúde/doença. Nesse sentido, é necessário ampliar a compreensão do modelo sistêmico em saúde com referenciais próprios da enfermagem, consolidados em bases científicas e tecnológicas próprias de cuidado, com potencial de inovação e transformação das práticas – promotoras, restauradoras e energizadoras das funções e/ou sistemas orgânicos. Portanto, a complexidade do processo saúde-doença-cuidado deve ser compreendida a partir da visão sistêmica e multidimensional do ser humano como um todo, e não apenas no sentido da doença e/ou problema de saúde.

Nessa linha de pensamento, o cuidado integral, qualificado e humanizado, que envolve a incorporação de tecnologias e a especialização técnica dos profissionais/trabalhadores, necessita superar o modelo biomédico nas ações de saúde, cujo enfoque está na doença. É preciso transcender a função biologicista linear e fragmentada desse processo, indo além dos sistemas afetados pelas perturbações e instabilidades biofisiológicas, para cuidar do usuário como um todo interligado e interdependente.

De acordo com a RDC/ANVISA, os usuários internados em UTI devem receber assistência integral e interdisciplinar. Esse processo necessita avaliar as condições clínicas do cliente, bem como descrever os procedimentos e protocolos implementados no seu tratamento. Dessa forma, a evolução do estado clínico, as intercorrências e os cuidados prestados devem ser registrados pelas equipes médica, de enfermagem e de fisioterapia, atendendo às regulamentações dos respectivos conselhos de classe profissional e normas institucionais. Essa normatização também se aplica às demais atividades assistenciais, prestadas por outras áreas profissionais da equipe multidisciplinar, tais como a nutrição, farmácia, psicologia, fonoaudiologia, odontologia, terapia ocupacional, dentre outras[14].

A estrutura normativa visa "descrever as rotinas/normas/regulamentos/protocolos de funcionamento das unidades assistenciais em terapia intensiva, suas interfaces com outras unidades assistenciais do hospital, estabelecendo de forma clara os fluxos assistenciais" [12:43]. Na UTI, a importância de criar rotinas e desenvolver protocolos está em diminuir a variabilidade na execução das atividades, aumentar sua eficiência, facilitar sua compreensão por toda a equipe e, assim, permitir que os resultados possam ser alcançados, avaliados e, continuamente, melhorados[17].

Em seus aspectos organizativos, a UTI "deve dispor de registro das normas institucionais e das rotinas dos procedimentos assistenciais e administrativos realizados na unidade"[14:49]. Essa Resolução determina que essa padronização deve ser elaborada em conjunto com os setores envolvidos na assistência ao usuário crítico, no que for pertinente, em especial com a Comissão de Controle de Infecção Hospitalar – CCIH. Designa, ainda, que sua efetivação necessita da aprovação e assinatura do Responsável Técnico pela UTI, bem como dos coordenadores de enfermagem e de fisioterapia. A revisão deverá ser anual e sempre que houver a incorporação de novas tecnologias. A normatização deve ser disponibilizada para todos os profissionais/trabalhadores da unidade[14].

A normatização das atividades gerenciais e assistenciais nos serviços de saúde é uma exigência legal da ANVISA, o que a torna uma obrigatoriedade além de uma necessidade institucional. A sua implantação garante a padronização e uniformidade das atividades, objetivando garantir índices de segurança e qualidade de práticas assistenciais e gerenciais no atendimento ao usuário e no desempenho profissional, não só do serviço de enfermagem, mas de todos os serviços de saúde[14].

Na gestão do cuidado de enfermagem na UTI, a finalidade das normas, rotinas e protocolos é melhorar a qualidade de execução do trabalho desenvolvido no processo assistencial e, assim, manter um padrão técnico-operacional nas ações/atividades realizadas

pelos profissionais de enfermagem/saúde. Isso pressupõe superar as respostas fragmentadas, interligando o conjunto de ações integradas, no âmbito individual e coletivo, capaz de abranger a promoção, proteção, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e a manutenção da saúde[14,18,19].

Nesse processo, a organização do trabalho na UTI encontra-se cercada por tecnologias, normas, rotinas e procedimentos de alta complexidade que passam a exigir dos profissionais/trabalhadores, e em especial do enfermeiro, o aprimoramento contínuo do conhecimento técnico-científico e da atenção às necessidades dos usuários, sem perder a centralidade e a sensibilidade das ações do cuidado[18]. Assim, entende-se que o sistema organizacional orienta o processo assistencial em direção aos princípios de ação e possibilita avanços à prática profissional, por meio de sua aplicação na gestão do cuidado de enfermagem aos usuários da UTI.

Sob esse aspecto, o sistema organizacional da UTI não pode estar desconectado dos demais elementos estruturais do espaço/ambiente – sejam eles técnicos, organizativos, tecnológicos e humanizadores. Portanto, no processo de gestão do cuidado de enfermagem na UTI, há necessidade de se romper com o determinismo, linearidade e, dessa forma, explorar novas possibilidades estruturais e novas configurações espaço-temporais, conhecidas como estruturas dissipativas, ou seja que não se referem mais a certezas, e sim a probabilidades de produção do cuidado em enfermagem/saúde[5,7,18].

Rede produtiva de saúde na UTI

As políticas públicas, a partir de uma perspectiva sistêmica de atenção à saúde, vêm discutindo a importância de assistir os usuários agudamente enfermos não apenas nas UTIs, mas também em outras unidades e serviços hospitalares. Dessa forma, ao integrar as demandas vinculadas direta ou indiretamente ao atendimento dos usuários, na rede produtiva de cuidados, necessita incluir outros serviços e unidades de atenção à saúde. Destarte, a gravidade e as constantes instabilidades do estado de saúde desses usuários reforçam a importância de interconectar as unidades de urgência/emergência, os serviços de apoio e as demais unidades correlacionadas do sistema de saúde, capazes de responder de forma rápida, qualificada e integrada às ações do processo assistencial em seus diferentes níveis de complexidade[5,12].

Pautado sob estas novas perspectivas, o sistema de atenção ao usuário da UTI " exige a conformação de uma rede assistencial [...] no sentido de oferecer ao usuário uma atenção

qualificada e humanizada compatível com sua real necessidade, incorporando o princípio da complexidade progressiva e da linha de cuidado integral”[12:42].

Para dar conta das múltiplas dimensões do cuidado, “a conformação de uma real rede assistencial e de uma linha de cuidado integral exige a pactuação prévia das responsabilidades assistenciais de todos os seus componentes, bem como as interfaces entre os mesmos”[12:42]. Assim, considera-se que a visão sistêmica do espaço/ambiente da UTI possibilita compreender essa rede de assistência e cuidado como um conjunto de elementos interconectados[3,5]. Nessa perspectiva, é possível distinguir a inter-relação de todos os elementos integrantes dessa rede produtiva – os profissionais/trabalhadores, os usuários, os familiares, os serviços de apoio e as demais conexões que se inter-relacionam à produção do cuidado.

Alguns fragmentos da políticas públicas vêm ao encontro desses conceitos, destarte a “introdução de novos elementos organizacionais [...] mostra-se fundamental na incorporação de redes assistenciais de complexidade progressiva para o atendimento de pacientes críticos”[12:42]. Na UTI, a rede produtiva pode ser configurada pelos elementos físicos – área física, recursos materiais, equipamentos, fluxogramas de processos de trabalho, metodologias, sistemas de informações, e pelos elementos sociais – equipes multiprofissionais, conhecimento, informação e comunicação, que, de forma interdependente, se inter-relacionam e buscam produzir saúde[19].

Sendo a UTI um ambiente complexo de cuidados e de intenso dinamismo, que congrega as ações/atividades de diferentes profissionais, há necessidade de uma estrutura organizacional adequada para o desenvolvimento de uma assistência especializada e segura ao cliente. Nesse sentido, a gestão de risco “voltada para a qualidade e segurança do paciente engloba princípios e diretrizes, tais como a criação de cultura de segurança [...] a integração com todos os processos de cuidado e articulação com os processos organizacionais”[15:43]. Portanto, entende-se que a segurança do usuário é indissociável do processo de trabalho desenvolvido na unidade, alinhado ao adequado dimensionamento e alocação dos recursos humanos, dos processos de capacitação profissional, do uso de protocolos assistenciais, dos indicadores de qualidade, que integram a rede de produção em saúde (Figura 1).

No cuidado de enfermagem na UTI, essa rede de produção é responsável por gerar determinadas saídas que devem estar em sintonia com os objetivos estabelecidos. Dessa forma, o processamento e/ou transformação/*throughput* representa o mecanismo de conversão das entradas/*inputs* em saídas/*outpus*, e o seu empenho está centrado na produção de resultados[4,5]. Fazem parte desse processo as habilidades e competências dos

profissionais/trabalhadores, os procedimentos operacionais padrão, o sistema de gerenciamento da qualidade, o sistema de informações, o processo de enfermagem, a sistematização da assistência de enfermagem, entre outros utilizados no processamento do cuidado na UTI.

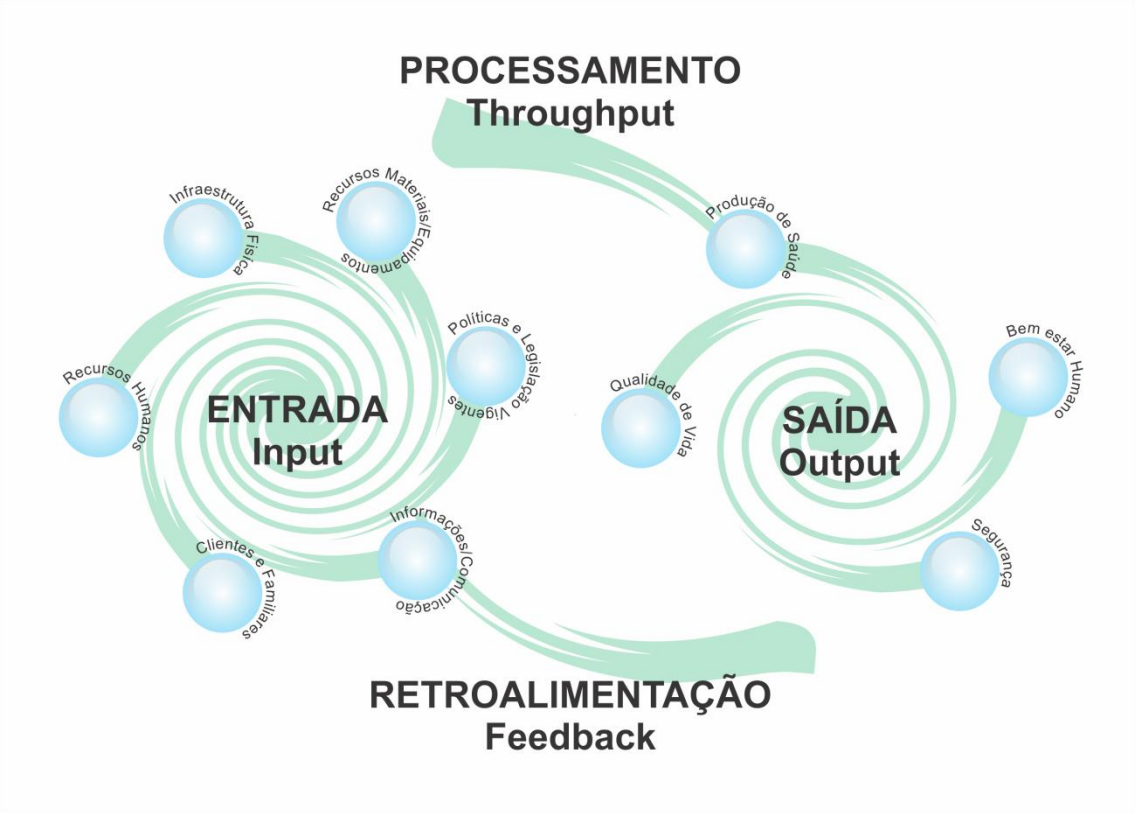


Figura 1 – Sistema de cuidado em UTI
Fonte: Bertalanffy (2008), adaptado pelas autoras

Nesse processo, a entrada ou insumo – *input* constitui-se em força motriz que impulsiona o sistema e fornece energia ou informações para a operacionalidade do sistema como um todo. A dinamicidade é retroalimentada pelos insumos, matérias-primas, informações, recursos humanos, matérias e equipamentos[4,5]. A saída/*outpt* é o resultado do processamento das ações/atividades desenvolvidas pelo agrupamento dos elementos que mantêm relações com o sistema. Por meio dessas inter-relações, intercâmbio de energia e informações é possível alcançar os objetivos, as metas programadas, ou seja, o resultado assistencial em saúde, conforme metas delineadas – a produção do cuidado de enfermagem ao usuário da UTI.

A retroalimentação/*feedback* tem como finalidade a reintrodução de uma saída sob forma de informações em todas as fases do processo. Assim, sua função no sistema é de avaliação qualitativa ou quantitativa dos resultados da atividade organizacional e do grau de

atendimento às necessidades que se pretende satisfazer[4,5]. Como produto, o cuidado de enfermagem na UTI deve atender, simultaneamente, às necessidades e expectativas dos usuários, da família, da equipe de enfermagem e dos padrões de excelência e qualidade delineados.

Para assegurar a qualidade e segurança nas ações do cuidado, a monitorização e gerenciamento de risco devem "definir e monitorar indicadores de avaliação da prevenção ou redução dos eventos adversos pertinentes à unidade"[14:49]. A análise desses processos pode apontar a existência de falhas nas barreiras de proteção que podem extrapolar o profissional diretamente envolvido na assistência à beira do leito. Dessa forma, a utilização de protocolos assistenciais, *checklists* e a educação permanente da equipe também podem ser consideradas instrumentos de gestão, que visam melhorar as ações do profissional, tornando-se estratégias de segurança. Portanto, a revisão sistemática do processo assistencial e a identificação de problemas permite diagnosticar as fragilidades e direcionar medidas proativas de prevenção de riscos.

As questões relacionadas ao risco e à segurança aos usuários, sejam elas por erro dos profissionais de saúde – negligência, imprudência e/ou imperícia, bem como os problemas estruturais, físicos e materiais, demandam que as instituições/organizações identifiquem as ocorrências de eventos adversos à clientela, por meio de instrumentos avaliativos, visando a melhorias nos processos gerenciais[20].

Em relação à avaliação, a RDC/ANVISA determina que devem ser monitorizados, no mínimo, os seguintes indicadores: taxa de mortalidade absoluta e estimada; tempo de permanência na UTI; taxa de reinternação em 24 horas; densidade de incidência de pneumonia associada à ventilação mecânica; taxa de utilização de ventilação mecânica; densidade de incidência de infecção primária da corrente sanguínea relacionada ao acesso vascular central e taxa de utilização de incidência de infecções do trato urinário, relacionada ao cateter vesical[14]. Assim sendo, o uso de diferentes indicadores, como instrumentos de gestão no cuidado de enfermagem na UTI, possibilita a avaliação do processo assistencial, podendo contribuir para a implementação de ações preventivas e corretivas que possam garantir assistência segura e de qualidade ao usuário.

Frente a essas questões, é emergente a estruturação de Políticas Públicas em UTI que substituam a concepção determinística e segmentada, por uma configuração de rede assistencial organizada, que incorpore a linha de cuidado integral e a humanização na atenção ao usuário crítico. Nessa acepção, o pensamento sistêmico é um pensamento de processo, que considera a natureza dinâmica da realidade, a integração, as noções de complexidade, fluxos e

redes[3]. No processo saúde-doença-cuidado, seus componentes agem de maneira integrada e sob influência mútua. Consequentemente, os fatores interligados ao processo como um todo não são lineares, pois cada elemento desse sistema sustenta o outro, formando uma rede com princípios de cooperação, interdependências, circularidade, equilíbrio dinâmico e auto-organização, entre outros[3,7].

A estruturação em rede é intrinsecamente dinâmica e a estrutura rígida cede, dando lugar a manifestações flexíveis, pois favorece o entendimento do fenômeno de forma aproximada e não determinístico-incisiva, possibilitando amplitude de ações, soluções e resultados maiores na eficiência do processo[19]. Nessa acepção, o cuidado de enfermagem se configura numa rede dinâmica que se interliga para promover a produção em saúde e a sustentabilidade dos elementos que compõem a dimensão organizacional.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A gestão do cuidado ecossistêmico de enfermagem na UTI envolve a aplicação do conhecimento técnico-científico e sua interface com as variáveis que afetam o processo saúde/doença do usuário e a complexidade do cuidado. Dessa forma, o processo gerencial deve ser entendido como um instrumento que contribui, significativamente, para que o cuidado de enfermagem se torne um modelo de produção em saúde.

Os elementos decorrentes da infraestrutura e sua interdependência entre os serviços, assim como a provisão de materiais, equipamentos e recursos humanos especializados, compõem a complexa rede de assistência ao usuário em situações agudas e críticas. Dessa forma, entende-se que a interligação dos elementos estruturais na gestão do cuidado de enfermagem na UTI e suas inter-relações com os demais elementos que compõem o processo produtivo em saúde como um todo compreendem a troca de matéria, energia e informações que determinam o equilíbrio dinâmico entre as entradas/*inputs,* o processamento/*throughput*, as saídas/*outputs* e retroação/*feedback* que, de forma dinâmica, retroalimentam o sistema para promover a produção do cuidado.

Portanto, o estudo ancorado nas políticas públicas e na inter-relação entre os elementos que compõem a dimensão organizacional, no espaço/ambiente da UTI, é capaz de possibilitar o aprofundamento dos conhecimentos em torno da temática, prover subsídios para novos trabalhos de pesquisa, bem como configurar a gestão do cuidado ecossistêmico de enfermagem, com base nos aspectos técnicos, organizacionais, tecnológicos e humanizadores.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria no. 1.071 de 4 de julho de 2005. Dispõe sobre a Política Nacional de Atenção ao Paciente Crítico. Publicação no Diário Oficial da União de nº. 130 de 8 de julho de 2005. http://dtr2001.saude.gov.br/sas/gab05/gabjul05.htm >. Acesso em: 25 de abr. 2011.

2. Santos MC dos, Siqueira HCH de, Silva JR de. Saúde Coletiva na perspectiva ecossistêmica: uma possibilidade de ações do enfermeiro. Rev. Gaucha de Enferm. v.30 set/2009 p. 437-444.

3. Capra F. A teia da vida. São Paulo: Cultrix, 2006.

4. Bertalanffy L. Teoria geral dos sitemas: fundamentos, desenvolvimento e aplicações. Petrópolis: Editora Vozes, 2009.

5. Siqueira HCH. As interconexões dos serviços no trabalho hospitalar: um novo modo de pensar e agir. Florianópolis. Tese [Doutorado em Enfermagem] - Universidade Federal de Santa Catarina; 2001.

6. Backes MTS, Erdmann AL. Relações e interações no ambiente de cuidados em Unidade de Terapia Intensiva. Acta Paul Enferm. 2012;25(5):679-85.

7. Prigogine I. Ciência, razão e paixão. São Paulo: Livraria da Física; 2009.

8. Cellard A. A análise documental. In: Poupart, J. et al. A pesquisa qualitativa: enfoques epistemológicos e metodológicos. Petrópolis (RJ): Vozes; 2008. p. 295-316.

9. Brasil. Ministério da Saúde. Lei nº. 3.432, de 12 de agosto de 1998. Dispõe sobre critérios de classificação para as unidades de tratamento intensivo. Brasília: Ministério da Saúde; 1998. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pesquisa saúde. pdf >. Acesso em: 16 mar. 2011.

10. Brasil. Ministério da Saúde. RDC nº 50, de 21 de fevereiro de 2002. Dispõe sobre o Regulamento Técnico para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde. Diário Oficial da República Federativa do Brasil. Brasília, 20 de mar. de 2002. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pesquisa saúde. pdf >. Acesso em: 20 abr. 2011.

11. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. HumanizaSUS: política nacional de humanização: documento base para gestores e trabalhadores do SUS / Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva,Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. – 2. Ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004. http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizaSus_doc_base.pdf >. Acesso em : 18 de jan. 2011.

12. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria no. 1.071 de 4 de julho de 2005. Dispõe sobre a Política Nacional de Atenção ao Paciente Crítico. Publicação no Diário Oficial da União de nº. 130 de 8 de julho de 2005. http://dtr2001.saude.gov.br/sas/gab05/gabjul05.htm >. Acesso em: 25 de abr. 2011.

13. Brasil. Portaria nº 2.690, de 5 de novembro de 2009 - Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Política Nacional de Gestão de Tecnologias em Saúde. http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pesquisa saúde. pdf >. Acesso em: 25 de jan. 2011.

14. Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução – RDC/ANVISA nº 7 de 24 de fevereiro de 2010. Dispõe sobre os requisitos mínimos para o funcionamento de Unidades de Terapia Intensiva e dá outras providências. Diário Oficial da União nº 37, quinta-feira, 25 de fevereiro de 2010. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pesquisa saúde. pdf >. Acesso em : 20 de mar. 2011.

15. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 529, de 1º de abril de 2013. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). Diário Oficial da União 2013; 2 abr. Disponível em : http://www.ans.gov.br/index.php/legislacao/busca-de-legislacao. pdf >. Acesso em: 07 de abr. 2013.

16. Medeiros AC, Pereira QLC, Siqueira, HCH, Cecagno D, Moraes CL. Gestão participativa na educação permanente em saúde: olhar das enfermeiras. Rev. bras. enferm. [online]. 2010, vol.63, n.1, pp. 38-42. ISSN 0034-7167.

17. Higgins T, Steinbrug JS. Organização e gerenciamento da unidade de tratamento intensivo. In: Irwin R, Rippe J, (editores). Terapia Intensiva. 6ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2010. p. 1989-95.

18. Zamberlan C, Calvetti A, Svaldi JSD, Siqueira HCH de. Qualidade de Vida, Saúde e Enfermagem na Perspectiva Ecossistêmica. Enfermería Global. nº20, p.1-7, octubre 2010.

19. Svaldi JSD, Siqueira HCH de. Ambiente hospitalar saudável e sustentável na perspectiva ecossistêmica: contribuições da enfermagem. Esc. Anna Nery [online]. 2010, vol.14, n.3, pp. 599-604.

20. Toffoletto MC, Silva SC, Padilha, KG. Segurança do paciente e prevenção de eventos adversos na UTI. In: Padilha KG, Vattimo MFF, Silva SCS, Kimura M. (org.). *Enfermagem na UTI: Cuidando do paciente crítico*. Barueri, SP: Manole, 2010. p. 1171-89.

6 CONFIGURAÇÃO DA GESTÃO DO CUIDADO ECOSSITÊMICO DE ENFERMAGEM NA UTI: SÍNTESE REFLEXIVA

A teoria dos sistemas pensa nos princípios de organização.

Em vez de fragmentar as coisas, ela olha para os sistemas vivos como um todo.

[...] Um cartesiano olharia para a árvore e a dissecaria, mas ele jamais entenderia a natureza da árvore.

Um pensador de sistemas veria as trocas sazonais entre a árvore e a terra e entre a terra e o céu. Ele veria o ciclo anual que é como uma gigantesca respiração que a terra realiza com suas florestas, dando-lhes o oxigênio, o sopro da vida ligando a terra ao céu e nós ao universo.

Um pensador de sistemas veria a vida da árvore em relação à vida de toda a floresta. Ele veria a árvore como o habitat de pássaros, o lar dos insetos.

Se você tentar entender a árvore como algo isolado, ficaria intrigado com os milhões de frutos que produz na vida, pois só uma ou duas árvores resultarão deles.

Mas se você vir a árvore como um membro de um sistema vivo maior, tal abundância de frutos fará sentido, pois centenas de animais e aves sobreviverão graças a eles.

Interdependência.

A árvore também não sobrevive sozinha. Para tirar a água do solo precisa dos fungos que crescem na raiz.

O fungo precisa da raiz e a raiz precisa do fungo.

Se um morrer, o outro morre também.

Há milhões de relações como esta no mundo, cada uma envolvendo uma interdependência.

A teoria dos sistemas reconhece esta teia de relações como a essência de todas as coisas vivas

CAPRA - Texto extraído do filme "O Ponto de Mutação" (1992).

O pensamento ecossistêmico pode ser configurado pela teia da vida, porque esta é a sua própria essência. É um pensamento contextual, pois a ciência sistêmica "mostra que os sistemas vivos não podem ser compreendidos pela análise. As propriedades das partes não são propriedades intrínsecas, mas só podem ser entendidas dentro do contexto do todo maior" (CAPRA, 2006, p.46). Esses aspectos revelam que todas as propriedades de um sistema fluem de suas inter-relações e estas são dinâmicas e complexas.

Dessa forma, o pensamento ecossistêmico propõe que, para se obter soluções para as questões/fenômenos, elas devem ser aproximadas, contextualizadas, interconectadas e, pela complexidade, ser entendidas e solucionadas com base na compreensão: das partes para o todo, da análise para o contexto, dos objetos para as relações, das hierarquias para as redes, da

estrutura para o processo e da causalidade linear para a circularidade (CAPRA, 2006). Esse paradigma instiga a abandonar a visão linear, determinística dos fatos e voltar o pensamento para as relações e interações estabelecidas entre todos os elementos da totalidade, que agem de forma interdependente e inter-relacionada, exercendo e recebendo influência de todos.

Por sua vez, o sistema é definido como um conjunto de elementos que se encontram interconectados entre si, mantêm uma organização e uma estrutura. A organização define a identidade do sistema e expressa sua configuração por meio das características essenciais de suas partes. A estrutura de um sistema é dinâmica, em contínua troca de matéria, energia e informações com o espaço/ambiente e é definida pela forma como as partes se relacionam e se influenciam. Um sistema autopoiético recompõe-se, continuamente, processando a sua reorganização (BERTALANFFY, 2008; MATURANA; VARELA, 2011).

Para compreender a configuração da gestão do cuidado de enfermagem na UTI, sob enfoque ecossistêmico, realizou-se a sua articulação com as políticas públicas e os princípios ecossistêmicos. Esse proceder metodológico foi capaz de conhecer os elementos que compõem a gestão do cuidado de enfermagem na UTI como um todo, compreender como se entrelaçam em busca da sustentabilidade da complexa rede delineada a prestar o cuidado para o usuário com grave dado de saúde. A gestão vista como um sistema/ecossistema dinâmico é capaz de explorar novas estruturas dissipativas e configurações no espaço-tempo em que se encontra, delinear e percorrer novas trajetórias e, com isso, criar novos caminhos/bifurcações para a otimização do trabalho da enfermagem na produção em saúde (CAPRA, 2006; PRIGOGINE, 2009; ZAMBERLAM et al., 2010).

Nessa linha de pensamento, a gestão pressupõe a ideia de participação, dos elementos (físicos e biológicos) que integram o espaço e desenvolvem atividades integradas e coordenadas por profissionais/trabalhadores, interagindo em determinados contextos, analisando processos e situações em busca de soluções flexíveis e adaptáveis às necessidades do usuário, do familiar e do trabalhador de enfermagem. Assim, nesta dinâmica interativa e relacional, diante das perturbações/instabilidades do processo com um todo, é possível decidir, no coletivo, sobre os caminhos/bifurcações que possam reunir elementos apropriados para manter a sustentabilidade da gestão do cuidado e do sistema organizacional.

Com base no exposto, a prática gerencial do enfermeiro vem evoluindo e sofrendo transformações na tentativa de se adaptar às novas exigências apresentadas de acordo com cada contexto histórico, social político e econômico. A enfermagem, como uma das profissões que integra o cenário da saúde, vista como um sistema de organização complexo e que apresenta múltiplas conexões e inter-relações entre os seres humanos, dirigentes,

políticos, profissionais, clientes e familiares, caracteriza-se pelo conhecimento próprio e suas ações cuidativas relacionais e interativas com o ser cuidado, a família e a sociedade como um todo.

O enfermeiro, ao assumir o cuidado como objeto de ser, fazer e conhecer, precisa direcionar as ações/atividades de assistência, ensino/educação, pesquisa, extensão e de gerenciamento como uma totalidade a ser desenvolvida de forma integrada e inter-relacional, aliada à construção de novos conhecimentos, considerando a possibilidade de emergir de novos caminhos/bifurcações pelos modos de pensar e agir (SIQUEIRA, 2001; BACKES, et al., 2008). Cabe salientar que o cuidado de enfermagem em UTI, visto nessa perspectiva, encontra-se interconectado aos diversos serviços e ações da própria instituição, pois o sistema conecta-o a outros formando verdadeiras redes.

A visão sistêmica da gestão, com base nos princípios da interdependência, inter-relação e complementaridade, inclui compreender as complexos elementos que envolvem as dimensões técnica, organizacional, tecnológica e humanizadora que, em conexão com os demais sistemas, compõem a rede de produção em saúde. Assim, para obter os resultados esperados é necessário entender que um sistema/serviço depende de outros, influencia e sofre influências, mostrando a importância da integração setorial, multiprofissional e interdisciplinar (SIQUEIRA, 2001). Portanto, os princípios de cooperação, interdependência, circularidade, influências mútuas, entre outros que norteiam a gestão não são estáticos, nem neutros, absolutamente racionais ou simplesmente técnicos, ao contrário, são dinâmicos, inter-relacionais e adaptáveis ao espaço/tempo no qual se configura o processo gerencial.

Nesse sentido, avaliar, planejar e comunicar são processos presentes no cotidiano de trabalho na UTI, necessários para qualquer ação ou decisão. Por conseguinte, a informação, além de ser uma ferramenta para o planejamento e avaliação em saúde, é também considerada uma estratégia para a análise das ações, na busca de novas possibilidades do pensar e agir em saúde (SIQUEIRA, 2001; MEDEIROS, 2007). A análise do ambiente envolve o mapeamento das relações internas desse sistema – entrada/*input*, processamento/*throughput*, saída/*output* e retroalimentação/*feedback*, de onde são retirados os insumos, realizado o processamento e colocados seus produtos e serviços que, pela retroalimentação, ingressam novamente no processo, certamente mais qualificados e prontos a exercer a função de sustentabilidade do processo.

Nessa ótica, o cuidado, como uma tecnologia do conhecimento científico e da prática do profissional/enfermeiro, se configura como ações/atividades com probabilidades terapêuticas, de promoção e manutenção do equilíbrio dinâmico do estado de saúde do

usuário da UTI. Sob esse enfoque, deve superar o modelo biomédico que adota estratégias de ação centradas nas doenças, nos diagnósticos e nas medidas curativas.

Enfatiza-se que é emergente o resgate da compreensão do processo saúde-doença-cuidado como um todo integrado, abrangendo os aspectos biofísicos, psíquicos, sociais e espirituais do ser humano cuidado, com vistas à manutenção da qualidade de vida e da promoção da saúde. Todos esses aspectos encontram-se interligados pelos princípios sistêmicos que influenciam no processo saúde-doença-cuidado, causando instabilidades e perturbações, de forma dinâmica e constante, levando o processo à sua auto-organização (CAPRA, 2006; PRIGOGINE, 2009).

Portanto, há necessidade de interconectar os elementos constituintes desse processo como um todo, possibilitando um viver mais saudável e de melhor qualidade de vida alcançado pelo produto das interações desse espaço/ambiente (SILVA; ERDMANN, 2002; VARGAS, 2003; ZAMBERLAM et al., 2010; BACKES, 2011; SVALDI, SIQUEIRA, 2010). Do mesmo modo, o conjunto de elementos que constitui e estrutura, o processo e os resultados no cuidado de enfermagem na UTI forma redes de cooperação e de interligação, que otimizam o trabalho da enfermagem e, com isso, direcionam para ações coletivas em saúde, de modo a viabilizar a produção em saúde e a sustentabilidade das ações (SANTOS; SIQUEIRA; SILVA, 2009).

O conhecimento e a prática assistencial fazem do profissional/enfermeiro um sujeito diferenciado no contexto gerencial. Para Siqueira (2001), o conhecimento não é elaborado em linha graduada de valores da qual o enfermeiro poderá apoderar-se para exercer as suas ações profissionais na medida em que os fatos se apresentem, mas necessita de capacidade criadora, habilidades e competências específicas, ou seja um *know-how* profissional próprio para gerenciar os fatos que se apresentam de forma díspar no cotidiano do seu trabalho.

A competência gerencial é considerada dinâmica, visto que requer envolvimento de várias categorias de competências e o exercício das dimensões dessas competências, ou seja, conhecimentos, habilidades e atitudes, para que possam ser percebidas em todas as suas possibilidades e inter-relações (LOURENÇÃO, 2008).

A Tese formulada: Há possibilidades de configurar, com enfoque ecossistêmico, a gestão do cuidado de enfermagem na UTI a partir da fundamentação teórico-filosófica e organizativa presente nos documentos das políticas públicas e da compreensão dos elementos que compõem esse ambiente, encontrou base de sustentação, tanto no embasamento teórico das políticas públicas, como também no pensamento sistêmico/ecossistêmico ao nortear o caminho a ser seguido durante todo o processo da elaboração do trabalho.

A trajetória metodológica adotada permitiu, por meio da pesquisa documental, utilizar estratégias teórico-filosóficas e organizativas capazes de conduzir de forma flexível, adaptável, mas com cunho científico, todo o desenvolvimento da pesquisa. Dessa forma, o percurso metodológico escolhido possibilitou o suporte teórico elucidativo e conseguiu apoiar e subsidiar toda a trajetória. Para selecionar os dados, foi utilizado um instrumento de pesquisa documental próprio construído para essa finalidade. Ao estruturá-lo em três etapas, contemplou os aspectos fundamentais e alguns componentes subsidiários, considerados importantes e capazes de abranger o escopo da proposta. O método da pesquisa documental facilitou a busca, a seleção e o desencadeamento de todo o processo de pesquisa. Além disso, a Análise de Conteúdo possibilitou a compreensão e formulação dos principais pontos destacados nos documentos oficiais do MS e sua aderência e/ou antagonismo em relação ao objetivo desta pesquisa e proposta da Tese.

Na composição do estudo, os documentos escolhidos para a análise documental representam um marco legal das Políticas Públicas em Saúde e estabelecem definições e orientações para as UTIs tanto em relação às dimensões técnica, tecnológica, organizativa como também humanizadora. Assim, para compreender as diretrizes dos programas, das portarias e das resoluções, em seus possíveis percursos de execução, foi necessário analisar os documentos oficiais e procurar no seu conteúdo a fundamentação teórico-filosófica e organizativa que configura as normas técnicas e operacionais desta área específica.

Nesse sentido, o presente estudo, ao ancorar-se nos documento oficiais do MS em relação à UTI, sob o enfoque sistêmico/ecossistêmico, permitiu compreender a fundamentação teórico-filosófica e organizativa adotada pelas Políticas Públicas em Saúde, capaz de possibilitar o aprofundamento do conhecimento em torno da temática e facilitar a elaboração de uma configuração de gestão do cuidado de enfermagem na UTI com aplicabilidade prática.

Os resultados encontrados neste estudo e a configuração da gestão do cuidado ecossistêmico de enfermagem na UTI se entrelaçam, por meio da fundamentação teórico-filosófica e organizativa das políticas públicas de saúde, em consonância aos princípios do SUS. Esses princípios ético-políticos são estruturados pelos aspectos da Universalidade do acesso aos serviços de saúde, da Integralidade da atenção, da Equidade e Participação social. Os organizativos se reportam à Intersetorialidade, à Descentralização político-administrativa, à Hierarquização e regionalização e à Transversalidade (BRASIL, 2005). No sistema/serviços de saúde, esses elementos estruturais e organizativos, vistos sob a ótica sistêmica/ecossistêmica se inter-relacionam, interagem e tramam uma verdadeira rede

dinâmica de interdependência, circularidade, influências mútuas, flutuações, perturbações e bifurcações que influenciam e auxiliam a sua auto-organização.

Diante do exposto, pressupõe-se, igualmente, que a compreensão dos elementos do espaço/ambiente da UTI e suas interconexões com base nas políticas públicas em saúde e os princípios do SUS tem a possibilidade de fornecer aos enfermeiros as estatégias necessárias para a configuração da gestão do cuidado de enfermagem, com enfoque sistêmico/ecossistêmico.

A pesquisa permitiu identificar, a partir dos documentos selecionados, elementos capazes de configurar a gestão do cuidado ecossistêmico de enfermagem na UTI. Os documentos eleitos permitiram conhecer o aporte teórico-filosófico e organizacional referente às políticas públicas aplicadas às UTIs. Salienta-se que os documentos analisados contemplam os objetivos desta pesquisa e proposta da Tese. Em conformidade a essas questões, os resultados da análise de conteúdo e os principais pontos destacados nos documentos oficiais do MS permitiram delimitar e analisar as quatro **categorias** pré-estabelecidas: Dimensão Técnica; Dimensão Organizacional; Dimensão Tecnológica e Dimensão Humanizadora.

A primeira categoria – **Dimensão Técnica**, compreendeu as subcategorias: Infraestrutura física; Recursos humanos; O profissional enfermeiro; Recursos materiais e equipamentos. Essa dimensão, e suas inter-relações com os demais elementos que compõem o espaço/ambiente da UTI, envolve o processo produtivo, a incorporação de tecnologias, os aspectos físicos, materiais e humanos que se inter-relacionam para conformar um sistema dinâmico. Portanto, a dimensão técnica, como um todo, abarca funções de um sistema, com suas entradas/*inputs*, processamento/*throughput* de matéria, energia e/ou informações, bem como as saídas/*outputs* e a retroalimentação/f*eedback*, que auxiliam nas tomadas de decisões quanto à produção em saúde.

Essa dimensão caracteriza-se pela integração dos elementos estruturais que dizem respeito às estratégias de ação e interação dos profissionais envolvidos no cuidado em UTI. Portanto, a construção de relações horizontais, articuladas às ações/atividades que envolvem a produção do cuidado, no espaço/ambiente de trabalho, precisa gerar oportunidades de trocas de matéria, energia e informações entre os profissionais de saúde, bem como a criação de espaços para a autonomia e participação ativa de enfermeiros, equipe, clientes e familiares, como elementos integrantes e construtores desse sistema/ecossistema.

Defende-se que este novo olhar para a dimensãos técnica, na gestão do cuidado de enfermagem na UTI, com base na perspectiva ecossistêmica, pode nortear suas práticas e

aproximar os sujeitos em seu espaço/ambiente de trabalho, a fim de que os mesmos se sensibilizem para a importância da criação de sistemas em redes de cooperação, interligados entre si, no intuito de otimizar o trabalho da enfermagem e, com isso, corroborar para a produção em saúde.

Esse sistema, com seus contornos, relações e interconexões entre as partes, apresenta características de auto-organização, não linearidade, flutuações, perturbações, instabilidades, incertezas, flexibilidade e adaptação, entre outras, que ao serem aplicadas ao sistema de saúde podem construir resultados expressivos e benéficos ao processo produtivo (SIQUEIRA, 2001; CAPRA, 2006, 2012; PRIGOGINE, 2002, 2009; BERTALANFFY, 2008; MATURANA, VARELA, 2011). Dessa forma, foi possível a configuração em rede entre os elementos apresentados na Figura 12.

Figura 12 – Configuração da gestão do cuidado ecossistêmico de enfermagem na UTI e suas inter-relações com a dimensão técnica, organizativa, tecnológica e humanizadora e os princípios sistêmicos.
Fonte: com base nos princípios de Prigogine (2002;2009), organizado pelas autoras

Entende-se que a configuração da gestão do cuidado de enfermagem na UTI, frente às instabilidades e incertezas desse espaço/ambiente, poderá alcançar a sua auto-organização, a negentropia/sobrevivência e sustentabilidade/equilíbrio dinâmico por meio de uma rede estruturada e interconectada aos seguintes elementos da dimensão técnica: infraestrutura física, recursos materiais e equipamentos adequados, recursos humanos especializados e capacitados em quantidade e qualidade no exercício de suas funções e competências específicas.

A terceira categoria – **Dimensão Organizacional**, foi delineada com as subcategorias: Sistema organizacional da UTI; Rede produtiva de saúde na UTI e Processamento das ações/atividades na UTI. Assim, esta dimensão, no espaço/ambiente da UTI, frente às instabilidades, flutuações e incertezas do espaço/ambiente, envolve a auto-organização dos elementos que constituem o processo produtivo em saúde, que em conjunto buscam alcançar a eficiência, segurança e qualidade nas ações/atividades do cuidado ao cliente. A conformação em rede, além dos elementos construtores do processo organizativo do trabalho – com normas, rotinas, protocolos assistenciais, entre outros, possibilita as condições necessárias para o desenvolvimento de estratégias/atitudes norteadas pela Missão, Visão e Valores no cuidado de enfermagem na UTI.

Nessa direção, a dimensão organizacional do cuidado exige a incorporação nos processos gerenciais de conhecimentos, atitudes e ações tanto de cunho racional como do sensível para alcançar resultados efetivos e satisfatórios (HAUSMANN; PEDUZZI, 2009). Assim, entende-se que a gestão do cuidado de enfermagem influencia e sofre influências das instabilidades críticas do planejamento e da tomada de decisões na organização do trabalho.

Ao constituir a rede de cuidado aos clientes críticos, a organização do trabalho do enfermeiro na UTI precisa focalizar suas ações/atividades não somente no tratamento de doenças, mas no cuidar do ser humano de forma integral e, assim, criar possibilidades para atender às suas demandas de prevenção, promoção, diagnóstico e reabilitação da saúde, em suas múltiplas dimensões. Nesse processo, a visão sistêmica possibilita compreender a organização na sua totalidade, de forma interconectada/integrada, e com todos os esforços convergindo para o alcance de resultados para a produção em saúde.

À terceira categoria, denominada de **Dimensão Tecnológica**, foram atribuídas as seguintes subcategorias: Gestão de tecnologias no cuidado de enfermagem na UTI; Competências como tecnologias no cuidado de enfermagem na UTI; Capacitação dos recursos humano; e Sistema de informações na UTI. Na gestão do cuidado de enfermagem na UTI,

esta dimensão abrange as diversas formas de conhecimento aplicadas na execução das ações/atividades dos profissionais de saúde, para obter o processamento/*throughput* de entradas/*inputs* em saídas/*outpts,* conforme metas programadas como de qualidade do cuidado prestado.

Nesse processo, a entrada ou insumo – *input*, constitui-se em força motriz que impulsiona o sistema e fornece energia ou informações para a operacionalidade do sistema. A dinamicidade é retroalimentada pelos insumos, matérias-primas, informações, recursos humanos e equipamentos (SIQUEIRA, 2001; GOMES, 2011). Esse sistema operacional é responsável por gerar determinadas saídas que devem estar em sintonia com os objetivos estabelecidos e metas elaboradas.

Na UTI, a tecnologia como aplicação sistemática do conhecimento é uma ferramenta capaz de orientar a organização do trabalho, tendo como princípio básico e orientador da prática o cuidado de enfermagem. Dessa forma, a tecnologia utilizada no processamento do cuidado é capaz de influenciar na sua adequação ou inadequação ao processo de troca de matéria, energia e informações nas ações de prevenção, diagnóstico, tratamento e realibilitação.

A dimensão tecnológica como um processo envolve um conjunto de ações, que tem como finalidade suprir as necessidades dos usuários em seu processo saúde-doença-cuidado. Dessa forma, possibilita o planejamento e a tomada de decisão, no uso e aplicação dessas tecnologias, em favor da eficiência, racionalidade e melhoria da qualidade do cuidado.

A quarta categoria – **Dimensão Humanizadora**, abrange as subcategorias: Integralidade nas ações do cuidado; Processos integradores e promotores de humanização; e Ambiência e promoção do cuidado seguro. Esses aspectos evidenciam que a gestão do cuidado de enfermagem na UTI necessita estar interligada aos valores éticos da profissão, como a dignidade, a responsabilidade, a sensibilidade e a solidariedade. Pressupõe aliar a competência e o conhecimento técnico-científico, como elementos inter-relacionados, em conexão com todas as dimensões do cuidado – ao cliente, seus familiares e na interação com a equipe, para uma prática de enfermagem ética, segura e humanizadora.

Para Backes (2004, p.31), "a humanização comporta necessariamente a compreensão do humano, da pessoa humana em todas as dimensões e a existência de um clima institucional favorável para o processo de humanização". No espaço/ambiente da UTI, para que haja interação, equilíbrio dinâmico e energia vital favorável ao cuidado humanizado, são necessárias ações integradas que visem mudanças graduais no modo de pensar e agir dos profissionais de saúde (SIQUEIRA, 2001). Portanto, reconhecer e valorizar os saberes

construídos no cotidiano de trabalho possibilita entender que não existem ações isoladas, mas, sim, ações em rede que se constroem, se tecem e se complementam de forma relacional, energética, informacional e/ou material entre sistemas vivos e seu ecossistema, nos mais diferentes níveis.

Nessa perspectiva, percebe-se a necessidade de mudança de paradigma de atenção, que abandona o modelo biologicista, linear e mecanicista, centrado na doença, para desenvolver uma nova configuração de cuidado em saúde, que busca compreender o ser humano em sua multidimensionalidade, sua totalidade, subjetividade, valores e crenças pessoais e familiares.

Cada uma dessas dimensões atua de forma interdependente, trocando entre si matéria, energia e informações e, assim, se organizam em rede caracterizada pela dinâmica do sistema e, ao mesmo tempo, influenciam e sofrem influências dos elementos que retroalimentam, proporcionam sustentabilidade ao sistema como um todo. Dessa forma, compreende-se que a gestão do cuidado ecossistêmico de enfermagem na UTI pode ser configurada a partir das inter-relações dos elementos que constituem essas dimensões, conformando redes de conexões dinâmicas e caracterizadoras dos mais diferentes processos.

Avançando nessa perspectiva, na gestão do cuidado de enfermagem na UTI, contemplando as dimensões técnica, organizacional, tecnológica e humanizadora, ao se interligarem, formam um sistema dinâmico, em que seus componentes, em diferentes níveis, interagem entre si, de tal modo que essa interação tem como finalidade primeira a própria manuntenção e sustentação da rede produtiva do cuidado. Numa releitura sistêmica e por analogia pode ser afirmado que o todo dessas dimensões é maior que a soma de suas partes.

Essas dimensões da gestão do cuidado, vistas como uma tecnologia interativa e relacional, para serem colocadas em prática no espaço/ambiente da UTI, sugerem aos enfermeiros o aproveitamento de oportunidades formais e informais para reunir-se com a equipe, a fim de pensar e planejar o processo assistencial com um todo integrado e interconectado aos demais sistemas que formam a rede produtiva de saúde. Diante disso, destaca-se que a gestão como processo é capaz de organizar o conjunto de ações/atividades do cuidado de enfermagem, em seus espaços produtivos, obtendo-se, assim, estratégias que possam gerar resultados e melhorar a qualidade e excelência do cuidado ao ser humano (SIQUEIRA, 2001; MEDEIROS, 2007).

A partir do exposto, tem-se a expectativa que este estudo possa contribuir para a construção de outros trabalhos de pesquisa, com o intuito de continuar a encontrar novos conhecimentos capazes de cooperar para reconfigurar a gestão do cuidado de enfermagem na

UTI. A ciência precisa continuar a avançar para entender os espaços nos quais se presta o cuidado ao ser humano. Entender esse espaço/ambiente, centrado nas necessidades do usuário crítico, significa buscar fazer as adaptações necessárias às perturbações, flutuações que se manifestam e optar pela ramificação/caminho possível da sustentabilidade de todos dos elementos participantes desse processo dinâmico. Esse processo, em seu acoplamento estrutural, ao se auto-organizar, traz possibilidades para que a enfermagem, como ciência, possa planejar, criar e desenvolver as ações de cuidado.

Enfatiza-se que a conformação interna da gestão é influenciada por padrões externos interligados a outros processos que delimitam as fronteiras da produção em saúde. Para tanto, torna-se imprescindível inserir no processo assistencial profissionais/enfermeiros conscientes da importância das políticas públicas e de sua aplicabilidade na prática, em consonância aos princípios do Sistema Único de Saúde. Nesse sentido, é necessário conhecer e compartilhar das políticas públicas, discutindo e buscando melhorar os aspectos que não contribuem para a melhoria da qualidade de vida da população e incrementado os que conseguem atendem às demandas de saúde da sociedade.

Entende-se que o conhecimento em torno dessas dimensões, no processo gerencial do enfermeiro, possa gerar impacto nas ações do cuidar, gerenciar, educar e pesquisar/produzir em Enfermagem/Saúde. Assim, o aporte teórico-filosófico e organizativo, presente nos documentos das políticas públicas, foi capaz de produzir bases fortalecidas e seguras para a configuração da gestão do cuidado ecossistêmico de enfermagem na UTI, principalmente ao proporcionar articulações entre as dimensões técnicas, organizacionais, tecnológicas e humanizadoras, em busca da produção em saúde.

Reafirmo que as dimensões técnica, tecnológica, organizativa e humanizadora são indispensáveis na gestão do cidado de enfermagem na UTI e que seu conjunto, ao interconectar-se formando redes de cuidado é capaz de potencializar o cuidado de enfermagem em benefício do usuário, família, comunidade, trabalhadores e da instituição.

O conhecimento construído com este trabalho deixou marcas significativas no meu ser e fazer enfermagem tanto em relação à dimensão pessoal como profissional. Entretanto, penso que, atualmente, essa forma de ver a gestão do cuidado de enfermagem na UTI ainda é uma utopia, mas o estudo demonstrou que pode tornar-se uma realidade. Ao falar em utopia valho-me do pensamento para parafrasear Einstein: **“Se a princípio uma ideia não parecer absurda então não existe futuro para ela”**. Concluo afirmando: então este trabalho valeu, porque existe futuro para o conhecimento construído.

REFERÊNCIAS

ALVES, M.; MELLO, R.A. Trabalho em equipe entre profissionais da enfermagem em um centro de terapia intensiva. **Cienc Cuid Saúde** 2006;5(3):299-308.

AMERICAN NURSES ASSOCIATION - ANA. **Nursing Quality Indicators**: definitions and implications. 2008. Disponível em: http://www.nursingworld.org. Acesso em: 28/01/2013.

AMMENWERTH E, ILLER C, MAHLER C. IT-adoption and the interaction of task, technology and individuals: a fitframework and a case study. **BMC Med Inform Decis Mak** [PUBMED-National Library of Medicine] 2006 [citado em 08 julho 2013]. 9:1-13. Disponível em: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1352353/pdf/1472-6947-6-3.pdf.

ANDOLHE, R.; PADILHA, K.G. **Reflexões sobre carga de trabalho de enfermagem e segurança do paciente em Unidades de Terapia Intensiva**. AMIB. Associação de Medicina Intensiva Brasileira. Disponível em: http://www.amib.org.br/detalhe/noticia/ reflexoes-sobre-carga-de-trabalho-de-enfermagem - e - seguranca - do - paciente - em-unidades-de-terapia-intensiva/. Publicada em 23/05/2012. Acesso em: 14 jun. 2013.

ANDERSON, J,G. Social, ethical and legal barriers to e-health. **Int J Med Inf**. 2007 dez; 76(14):480-3.

ANDREOLI, P.BA.; CAIUBY, A.V.S.; ERLICHMAN, MR..; KNOBEL, E. Aspectos psicológicos no paciente grave. In: KNOBEL, K. **Condutas no paciente grave**. 3ª ed. V.2. São Paulo: Editora Atheneu, 2006. p. 2009-21.

BACKES, D.S. **A construção de um espaço dialógico-reflexivo com vistas à humanização do ambiente hospitalar**. Dirce Stein Backes. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Rio Grande: FURG / Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, 2004.

BACKES, D.S.; BACKES, M.S.; SOUZA, F.G.M.; ERDMANN, A.L. O papel do enfermeiro no contexto hospital: a visão de profissionais de saúde. **Ciência Cuidado e Saúde**, v.7, n.3, p.319-326, 2008.

BACKES, M.T.S. **A sustentação da vida no ambiente complexo de cuidados em Unidade de Terapia Intensiva**. 2011. 390f. Tese. (Doutorado em Enfermagem). Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Orientadora, Alacoque Lorenzini Erdmann.

BACKES, M.T.S.; BACKES, D.S.; ERDMANN, A.L. Relações e interações no ambiente de cuidados em Unidade de Terapia Intensiva. **Acta paul. enferm.** [online]. 2012, vol.25, n.5, pp. 679-685. ISSN 1982-0194.

BAKKEN S.; STONE, P.W.; LARSON, E.L. A nursing informatics research agenda for 2008-18: contextual influences and key components. **Nurs Outlook** [PUBMED-National Library of Medicine] 2008 [citado em 8 de julho 2013]. 56:206-14. Disponível em: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2613178/pdf/nihms71554.pdf.

BAKKER AR. The need to know the history of the use of digital patient data, in particular the HER. **Int J Med Inf**. 2007; 14(3):438-41.

BARRA, D.C.C.; NASCIMENTO, E.P.; MARTINS, J.J.; ALBUQUERQUE, G.L.; ERDMANN, A.L. Evolução histórica e impacto da tecnologia na área de saúde e da enfermagem. **Rev Eletrônica Enferm** 2006; 8(3): 422-30.

BECCARIA, L.M.; MELARA, V.G.; PEREIRA, R.A.M.; CALIL, Â.S.G.; TREVISAN, M.A. Horas de cuidados de enfermagem em UTI: utilização do sistema de pontuação de intervenções terapêutica. **Arq Ciênc Saúde** 2010 jan-mar; 17(1):48-53.

BERTALANFFY, L. **Teoria Geral dos Sistemas**: fundamentos, desenvolvimento e aplicações. Petropolis, RJ: Vozes, 2008.

BRASIL. Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 20 de set. 1990. p. 18055.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Lei nº. 3.432, de 12 de agosto de 1998**. Dispõe sobre critérios de classificação para as unidades de tratamento intensivo. Brasília: Ministério da Saúde; 1998. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pesquisa saúde. pdf >. Acesso em: 16 mar. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **RDC nº 50, de 21 de fevereiro de 2002.** Dispõe sobre o Regulamento Técnico para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde. Diário Oficial da República Federativa do Brasil. Brasília, 20 de mar. de 2002. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pesquisa saúde. pdf >. Acesso em: 20 abr. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS: documento base para gestores e trabalhadores do SUS**. Brasília Ministério da Saúde, 2003. http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizaSus_doc_base.pdf >. Acesso em : 10 de jan. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS: política nacional de humanização: documento base para gestores e trabalhadores do SUS** / Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva,Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. – 2. Ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004. http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizaSus_doc_base.pdf >. Acesso em : 18 de jan. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Consulta Pública nº 3, de 7 de julho de 2005**. Diário Oficial da União. 2005 jul 08; nº130. Available from: http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2005/PT-03-CONS.htm

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria no. 1.071 de 4 de julho de 2005**. Dispõe sobre a Política Nacional de Atenção ao Paciente Crítico. Publicação no Diário Oficial da União de

nº. 130 de 8 de julho de 2005. http://dtr2001.saude.gov.br/sas/gab05/gabjul05.htm >. Acesso em : 25 de abr. 2011.

BRASIL. **Portaria nº 2.690, de 5 de novembro de 2009** - Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Política Nacional de Gestão de Tecnologias em Saúde. http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pesquisa saúde. pdf >. Acesso em: 25 de jan. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Subsecretaria de Planejamento e Orçamento. **Sistema de planejamento do SUS: uma construção coletiva: formulação de políticas específicas de saúde**. Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Subsecretaria de Planejamento e Orçamento. – Brasília : Ministério da Saúde, 2009a. 28 p. : il. – (Série B. Textos Básicos de Saúde) (Série Cadernos de Planejamento ; v. 7) http://bvsms.**saude**.gov.br/bvs/.../Sistemas_planejamento_sus._v7.pdf >. Acesso em: 15 de mar. 2010.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Resolução – RDC/ANVISA nº 7 de 24 de fevereiro de 2010**. Dispõe sobre os requisitos mínimos para o funcionamento de Unidades de Terapia Intensiva e dá outras providências. Diário Oficial da União nº 37, quinta-feira, 25 de fevereiro de 2010. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pesquisa saúde. pdf >. Acesso em : 20 de mar. 2011.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Resolução – RDC/ANVISA nº 7 de 24 de fevereiro de 2010**. Dispõe sobre os requisitos mínimos para o funcionamento de Unidades de Terapia Intensiva e dá outras providências. Diário Oficial da União nº 37, quinta-feira, 25 de fevereiro de 2010. Disponível em: http:// www.amib.org.br/pdf/RDC-07-2010.pdf >. Acesso em : 20 de mar. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Ambiência** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. – 2. ed. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2010a. http://bvsms.**saude**.gov.br/bvs/.../**humanizasus**_documento gestores trabalhadores. sus. pdf. Acesso em : 05 de abr. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Manual de Tecnovigilância: abordagens de vigilância sanitária de produtos para a saúde comercializados no Brasil**. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Brasília: Ministério da Saúde, 2010b.

BRASILl. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde** / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. – 3. ed. – Brasília : Ministério da Saúde, 2010c.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Assistência de Média e Alta Complexidade no SUS** / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília : CONASS, 2011. 223 p. (Coleção Para Entender a Gestão do SUS 2011, 4).

BRASIL**.** Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Departamento de Economia da Saúde e Desenvolvimento. **Programação Arquitetônica de Unidades Funcionais de Saúde** / Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Departamento de Economia da Saúde e

Desenvolvimento. – Brasília: Ministério da Saúde, 2011a. 145 p. : il. – (Série C. Projetos, Programas e Relatórios). V. 1. Atendimento Ambulatorial e Atendimento Imediato. http://bvsms.**saude**.gov.br/bvs/.../ programação_arquitetonica_somasus_v1.pdf >. Acesso em: 17 de abr. 2010.

BRASIL.**.** Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Atenção hospitalar** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas.–Brasília: Ministério da Saúde, 2011b. http://bvsms.**saude**.gov.br/bvs/.../ cadernos_humanizasus_atencao_hospitalar.pdf >. Acesso em : 17 de abr. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Agência Nacional de Vigilância Sanitária RDC nº 26, de 11 de maio de 2012**. Dispõe sobre os requisitos mínimos para funcionamento de Unidades de Terapia Intensiva e dá outras providências. 2012. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2012/rdc0026_11_05_2012.html. Acesso em: 10 de jun. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 529, de 1º de abril de 2013**. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). Diário Oficial da União 2013; 2 abr. Disponível em : http://www.ans.gov.br/index.php/legislacao/busca-de-legislacao. pdf >. Acesso em: 07 de abr. 2013.

BURGATTI, J.C.; LEONELLO, V.M.; BRACIALLI, L.A.D.; OLIVEIRA, M.A.C. Estratégias pedagógicas para o desenvolvimento da competência ético-política na formação inicial em Enfermagem. **Rev Bras Enferm**, Brasília 2013 mar-abr; 66(2): 282-6.

CABRAL, I.E; TYRREL, M.A.R. Pesquisa em enfermagem nas Américas. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 63, n.1, p. 104-10, jan-fev, 2010.

CASATE, J.C.; CORRÊA, A.K. Humanização do atendimento em saúde: conhecimento veiculado na literatura brasileira de enfermagem. **Rev Latino-am Enfermagem**, 2005 janeiro-fevereiro; 13(1):105-11.

CAPRA, F. **Teia da vida**: uma nova compreensão científica dos sistemas vivos. São Paulo: Cultrix, 2006.

CAPRA, F. **O ponto de mutação**. A ciência, a sociedade e a cultura emergente. 30ª edição. São Paulo: Cultrix, 2012

CAMELO, S.H.H.. Competência profissional do enfermeiro para atuar em Unidades de Terapia Intensiva: uma revisão integrativa**. Rev. Latino-Am. Enfermagem** [online]. 2012, vol.20, n.1, pp. 192-200. ISSN 0104-1169.

CAVALCANTI, RB.; BRITO, MJM.; EVORA, YDM.; VERIDIANO, AG. Sistema de informação em saúde e o cotidiano de trabalho de profissionais de unidades de terapia intensiva de um hospital privado de belo horizonte. **Rev. Min. Enferm**.;13(4): 467-473, out./dez., 2009

CHAVES, L.D.P.; LAUS, A.M.; CAMELO, S.H. **Rev. Eletr. Enf**. [Internet]. 2012 jul/sep;14(3):671-8. Available from: http://www.fen.ufg.br/revista/v14/n3/v14n3a25.htm.

CHOPRA, D. **Saúde perfeita – um guia para integrar corpo e mente com o poder da cura quântica**. 4 ed. Rio de Janeiro: Best Seller, 2009.

CELLARD, A. A análise documental. In: POUPART, J. et al. ***A pesquisa qualitativa: enfoques epistemológicos e metodológicos***. Petrópolis (RJ): Vozes; 2008. p. 295-316.

COFEN. **Resolução 293, de 21 de setembro de 2004**. Fixa e estabelece parâmetros para o Dimensionamento do Quadro de Profissionais de Enfermagem nas unidades assistenciais das instituições de saúde e assemelhados. COFEN; 2004. Disponível em: http://www.corensp.org.br. Acesso em: 20 de abr. 2010.

COFEN. **Resolução nº 358, de 15 de outubro de 2009**. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de enfermagem, e dá outras providências. [Internet]. Disponível em: http://site.portalcofen.gov.br/node/4384. Acesso em: 15 de abr. 2010.

COLLIÈRE, M.F. **Promover a vida: da prática da mulher de virtude aos cuidados de enfermagem.** 4ª ed. Coimbra (Po): Ledil; 1999.

CORREA, C.G.; CRUZ, D.A.L.M.; SILVA, T.C.G. Processo de enfermagem em UTI. In: PADILHA, K.G..; VATTIMO, M.F.F.; SILVA, S. C..S.; KIMURA, M. (org.). **Enfermagem na UTI: Cuidando do paciente crítico**. Barueri, SP: Manole, 2010. p. 1105-36.

COSTA, R.K.S.; ENDERS, B.C.; MENEZES, R.M.P. Trabalho em equipe de saúde: uma análise contextual. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 7, n. 4, p. 530-536, 2008.

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

CUBAS MR. Instrumentos de inovação tecnológica e política no trabalho em saúde e em Enfermagem - a experiência da CIPE® e CIPESC®. **Rev Bras Enferm**. [Scielo- Scientific Electronic Library Online] 2009 [citado em 8 julho 2011]. 62:745-7. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/reben/v62n5/16.pdf.

CULLEN, D.J.; NEMESKAL, A.R.; ZASLAVSKY, A.M. Intermediate TISS: a new therapeutic intervention scoring system for non-ICU patients. **Crit Care Med** 1994; 22:1406-11.

DESLAURIERS, JP. KÉRISIT, M. O delineamento de pesquisa qualitativa. In: POUPART, J. et al. **A pesquisa qualitativa: enfoques epistemológicos e metodológicos**. Petrópolis (RJ): Vozes; 2008. p.127-53.

DONABEDIAN, A. **An introduction to quality assurance in health care**. New York: Oxford University Press, 2003.

ERDMANN, A.L.; SOUZA, F.G.M.; BACKES, D.S.; MELLO, A.L.S.F. Compreendendo o sistema de cuidados sob o olhar da complexidade. **Revista Panamericana de Enfermería**, v.3, n.2, p.108-113, 2006.

FERNANDES, H.S.; SILVA, E.; NETO, A.C.; KNOBEL, L.A.P. Gestão em terapia intensiva: conceitos e inovações. **Rev Bras Clin Med**. São Paulo, 2011 mar-abr;9(2):129-37.

FERRARI, D. Política de atenção ao paciente crítico. ***Revista Intensiva***: editorial – mai 2007 - volume ix.

FREITAS C.M.; PORTO, M.F. **Saúde, ambiente e sustentabilidade**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2006. (Coleções Temas em Saúde).

FREITAS, G.F.; OGUISSO, T. Aspectos éticos e legais da Assistência de enfermagem em UTI. In: PADILHA, K.G..; VATTIMO, M.F.F.; SILVA, S. C..S.; KIMURA, M. (org.). **Enfermagem na UTI: Cuidando do paciente crítico**. Barueri, SP: Manole, 2010. p. 1217-39.

FUNDAÇÃO NACIONAL DA QUALIDADE. **Cadernos Rumo à Excelência®: Introdução ao Modelo de Excelência da Gestão®** (MEG) / Fundação Nacional da Qualidade. - São Paulo: Fundação Nacional da Qualidade, 2008. – (Série Cadernos Rumo à Excelência)

GUERRERO, G.P.; BECCARIA, L.M..; TREVIZAN, M.A. Standard operating procedure: use in nursing care in hospital services. **Rev. Latino-Am. Enfermagem** [online]. 2008, vol.16, n.6, pp. 966-972. ISSN 0104-1169.

GOMES, S.F. **Fatores ecossistêmicos na interface com o cuidado/trabalho da equipe de enfermagem em um Serviço de Pronto Atendimento**. Dissertação (mestrado) – Universidade Federal do Rio Grande, Escola de Enfermagem, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Rio Grande, 2011. Oientadora: Hedi Crecencia Heckler de Siqueira

GOMES, A.M. Desenvolvimento histórico da prática assistencial em cuidados intensivos no Brasil. In: VIANA, R.A.P.P.; WHITAKER, I.Y... [et al.]. **Enfermagem em terapia intensiva: práticas e vivências**. Porto Alegre: Artmed, 2011. p. 21-26.

GONCALVES, L.A. et al. Alocação da equipe de enfermagem e ocorrência de eventos adversos/incidentes em unidade de terapia intensiva**. Rev. esc. enferm.** USP [online]. 2012, vol.46, n.spe, pp. 71-77.

GIDDENS, A. **As consequências da modernidade**. São Paulo (SP): Unesp; 1991.

GOLDSMITH D, BOOMHOWER M, LANCASTER D.R, ANTONELLI M, KENYON MAM, BENOIT A et al. Development of a nursinghandoff tool: a web-based application to enhance patient safety. **AMIA Annu Symp Proc**. 2010 [PUBMED-National Library of Medicine]. 2010 [citado em 8 julho 2013]. 256-60. Disponível em: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3041387/pdf/amia-2010_sympproc_0256.pdf.

GRECO, R.M. As Funções Administrativas e o Planejamento em Enfermagem. **Material Instrucional elaborado para a Disciplina Administração em Enfermagem I**. Curso de

Graduação em Enfermagem. Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Juiz de Fora,2010.

HANNAH KJ.; BALL JM.; EDWARDS MJA. **Introdução à informática em enfermagem**. 3a ed. Porto Alegre: Artmed; 2009.

HAUSMANN, M.; PEDUZZI, M. Articulação entre as dimensões gerencial e assistencial do processo de trabalho do enfermeiro. **Texto Contexto Enferm** 2009; 18(2):258-65.

HIGGINS, T.; STEINBRUG, J.S. **Organização e gerenciamento da unidade de tratamento intensivo**. In: Irwin R, Rippe J, (editores). Terapia Intensiva. 6ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2010. p. 1989-95

HUDAK, C.M.; GALLO, B.M. **Cuidados Intensivos de Enfermagem: uma abordagem holística**. 8. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2007.

KOERICH, M.S.; BACKES, D.S.; SCORTEGAGNA, H.M.; WALL, M.L.; VERONESE, A.M.; ZEFERINO, M.T. et al. Tecnologias de cuidado em saúde e enfermagem e suas perspectivas filosóficas. **Texto Contexto Enferm**. 2006; 15(Esp):178-85.

KNOBEL, E. **Condutas no paciente grave**. 3. ed. São Paulo: Atheneu, 2006. V. 2.

KURCGANT, P.; TRONCHIN, D. M. R.; MELLEIRO, M. M. A construção de indicadores de qualidade para a avaliação de recursos humanos nos serviços de enfermagem: pressupostos teóricos. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 19, n. 1, p. 88-91, 2006.

JORGE, M.S.B.; FREITAS, C.H.A.; NÓBREGA, M.F.B.; QUEIROZ, M.V.O. Gerenciamento em Enfermagem: um olhar crítico sobre o conhecimento produzido em periódicos brasileiros (2000-2004). **Rev. bras. enferm**., Brasília, v. 60, n. 1, fev. 2007 .

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

LEITE, M.A.; VILA, V.S.C. Dificuldades vivenciadas pela equipe multiprofissional na unidade de terapia intensiva. **Rev. Latino-am Enfermagem**, 2005. Março-Abril; 13(2): 145-50.

LINO, M. M.; SILVA, S. C. Enfermagem na Unidade de Terapia Intensiva: a história como explicação de uma prática. **Rev. Nursing**, São Paulo, p.25-29, out. 2001.

LOPES, L.M.M.; SANTOS, S.M.P. Florence Nightingale: Apontamentos sobre a fundadora da Enfermagem Moderna. **Revista de Enfermagem Referência**, 2010, vol. 3, no. 2, p. 181-189.

LOPES, M.M.B.; CARVALHO, J,N.; BACKES, M.T.S.; ERDMANN, A.L.; MEIRELLES, B.H.S. Políticas e tecnologias de gestão em serviços de saúde e de enfermagem. **Acta paul. enferm**. [online]. 2009, vol.22, n.6, pp. 819-827.

LOURENÇÃO, D.C.A.; BENITO, G.A.V. Competências gerenciais na formação do enfermeiro. **Rev Bras Enferm**, Brasília. 2010;63(1):91-7.

MARQUES, I.R.; SOUZA, A.R. Tecnologia e humanização em ambientes intensivos. **Rev. bras. enferm**. [online]. 2010, vol.63, n.1, pp. 141-144. ISSN 0034-7167.

MARQUES, J.R.; MACIEL, FILHO R.; AUGUST, P.N. Overcoming health inequity: potential benefits of a patient-centered open-source public health infostructure. **Cad Saúde Pública** [Scielo-Scientific Electronic Library Online] 2008 [citado em 08 julho 2013]. 24:527-57. Disponível em: http://www.scielosp.org/pdf/csp/v24n3/08.pdf.

MARTINI, J. G. O papel social da pesquisa em enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 63, n. 3, p. 40, 2009.

MARTINS, J.J.; ALBUQUERQUE, G.L. A utilização de tecnologias relacionais como estratégia para humanização do processo de trabalho em saúde. **Cienc Cuid Saúde** 2007 Jul/Set; 63: 351-356.

MARTINS. J.J.; NASCIMENTO, E.R.P. A tecnologia e a organização do trabalho da Enfermagem em UTI. **Arq Catarinenses Med** 2005; 34(4): 23-7.

MARTINS CR, DAL SASSO GTM. Tecnologia: definições e reflexões para a prática em saúde e enfermagem. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis. [on-line]. 2008 jan-mar. [citado em 8 julho 2013]; 17(1): 11-2. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/tce/v17n1/01.pdf

MASSARO, M.; CHAVES, L. D. P. A produção científica sobre gerenciamento em enfermagem hospitalar: uma pesquisa bibliográfica. **Cogitare Enferm**., v. 14, n. 1, p.150-158, 2009.

MATURANA, H.R.; VARELA, F.J. ***A árvore do conhecimento: as bases biológicas da compreensão humana.*** São Paulo: Palas Athenas, 9ª Edição, 2011.

MEDEIROS, A.C de. **A enfermagem na construção de estratégias de gestão na unidade de terapia intensiva: sob a perspectiva da concretude da educação permanente em saúde. Mestrado em enfermagem** [Dissertação]. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Fundação Universidade do Rio Grande, 2007. Orientadora: Hedi Crecência Heckler de Siqueira.

MEDEIROS, A.C.; PEREIRA, Q.L.C.; SIQUEIRA, H.C.H.; CECAGNO, D.; MORAES, C.L. Gestão participativa na educação permanente em saúde: olhar das enfermeiras. **Rev. bras. enferm**. [online]. 2010, vol.63, n.1, pp. 38-42. ISSN 0034-7167.

MENDES, EV. **As redes de atenção à saúde no SUS**. Belo Horizonte: ESP-MG; 2009.

MENDES, W.; MARTINS, M.; ROZENFELD, S.; TRAVASSOS, C. The assessment of adverse events in hospitals in Brazil. **International Journal for Quality in Health Care**. v. 2009; 21(4):279-84.

MENEGUETI, M.G. et. al. Dimensionamento de pessoal de enfermagem nos serviços hospitalares: revisão integrativa da literatura. **Rev. Eletr. Enf.** [Internet]. 2013 abr/jun;15(2):551-63. Disponível em: http://dx.doi.org/10.5216/ree.v15i2.18559.

MILOS, P.; LARRAIN, A.I.; SIMONETTI, M. Categorización de servicios de enfermería: propuesta para asegurar una atención de calidad en tiempos de escasez de enfermeras. **Cienc Enferm** 2009;15(1):17-24.

MILOS, H.P.; BÓRQUEZ, P.B.; LARRAÍN, S.A. [The concept of "management of care" in Chilean law: interpretation and scope]. **Cienc Enferm**. 2010;16(1):17-29. Spanish.

MISHIMA, S.M. **Constituição do gerenciamento local na rede básica de saúde em Ribeirão Preto**. 1995. 383 f. [Tese]– Universidade de São Paulo. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. Ribeirão Preto, 1995.

MISHIMA, S. M., et al. Organização do processo gerencial no trabalho em saúde pública. In: ALMEIDA, M. C. P., ROCHA, S. M. N., organizadoras. **O trabalho de enfermagem**. São Paulo (SP): Cortez, 1997. P.251-96.

MIYADAHIRA, A.M.K. **Enfermagem na UTI: Cuidando do paciente crítico.** In: PADILHA, K.G..; VATTIMO, M.F.F.; SILVA, S. C..S.; KIMURA, M. (org.). Barueri, SP: Manole, 2010.

MORAES, M.C. **O paradigma educacional emergente**. Campinas, Papirus, 2008.

MORRIS, J.R.; ABRAMOWITZ, P.W.; CARMEN, L.; WALLIS, A.B. "Nurses Don't Hate Change" — survey of nurses in a neonatal intensive care unit regarding the implementation, use and effectiveness of a bar code medication administration system. **Healthcare Quarterly** [PUBMEDNational Library of Medicine] 2009 [citado em 8 julho 2013]. 12:135-40. Disponível em: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19667791.

NASCIMENTO, M.A.L.; FIGUEIREDO, N.M.A.; HANDEM, P.C.; ROCHA, R.G. O ambiente e a saúde do corpo. In.: FIGUEIREDO, N.M.A.; VIANA, D.L. (Org.). **Fundamentos do uso de tecnologias na enfermagem**. São Caetano do Sul (SP): Yendis, 2006. 487p. p.19-58.

NIETSCHE, E.A.; BACKES, V.M.; COLOMÉ, C.L.M.; CERATTI, R.N.; FERRAZ, F. Tecnologias Educacionais, Assistenciais e Gerenciais: uma Reflexão a partir da Concepção dos Docentes de Enfermagem. **Rev Latino-am Enfermagem**, 2005. Mai-Jun; 13(3):344-53.

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

OLIVEIRA, L.M. Farmácia Clínica na terapia intensiva. In: VIANA, R.A.P.P.;WHITAKER, I.Y... [et al.]. **Enfermagem em terapia intensiva: práticas e vivências**. Porto Alegre: Artmed, 2011. p. 87-100.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE - OMS. **Relatório Mundial da Saúde 2008: Cuidados de Saúde Primários - Agora mais que nunca.** Genebra: OMS, 2008.

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE LA SALUD - OPAS. **Redes integradas de servicios de Salud: conceptos, opciones de política y hoja de ruta par su implementación em las Américas**. Washington: HSS, Organização Panamericana de La Salud, OMS; 2008 (Série La Renovación de La Atención Primaria de Salud em las Americas).

ORIÁ, M.O.B.; MORAES, L.M.P.; VICTOR, J.F. - A comunicação como instrumento do enfermeiro para o cuidado emocional do cliente hospitalizado. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 06, n. 02, 2004. http:// www.revistas.ufg.br/index.php/fen pdf >. Acesso em : 17 de abr. 2011.

PADILHA, K.G..; VATTIMO, M.F.F.; SILVA, S. C..S.; KIMURA, M. (orgs.). **Enfermagem na UTI: Cuidando do paciente crítico**. Barueri, SP: Manole, 2010. p. 1217-39.

PAIM, L.; MARTINS, C,R.; PAESE, F.; BRESCIANI, H.R.; CALLEGARO, G.D. Demarcação histórica da enfermagem na dimensão tecnológica. **Texto & contexto enferm**. 2009;18(3):542-48.

PERES, A.M.; CIAMPONE, M.H.T. Gerência e competências gerais do enfermeiro. **Texto Contexto Enferm**. 2006;15(3):492-9.

PETTENGILL, M.A.M.; SOUZA, R.P. A humanização e o suporte emocional: equipe, familiares e pacientes. In: VIANA, R.A.P.P.;WHITAKER, I.Y... [et al.]. **Enfermagem em terapia intensiva: práticas e vivências**. Porto Alegre: Artmed, 2011. p. 87-100.

PILON, A.F. Construindo um Mundo Melhor. Abordagem Ecossistêmica da Qualidade de Vida. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde** (19) 2, 2006: 100-112.

PHILIPPI JR. A.; TUCCI, C. E. M.; HOGAN, D. J. e NAVEGANTES, R. (Org.) **Interdisciplinaridade em ciências ambientais**. São Paulo: Signus Editora, 2000.

PINHEIRO R. **Boletin Integralidade em Saúde**. Entrevista. LAPPIS. 2007. 02 p. Disponível em: <http://www.lappis.org.br> Acesso em 01/10/11/2013.

PINHO, L.B.; SANTOS, S.M.A. Dialética do cuidado humanizado na UTI:Contradições entre o discurso e a Prática profissional do enfermeiro. **Rev Esc Enferm** USP 2008; 42(1):66-72.

PIRES, D.; MATOS, E. Teorias administrativas e organização do trabalho: de Taylor aos dias atuais, influências no setor saúde e na enfermagem. **Texto Contexto Enferm**. 2006 Jul-Set; 15(3):508-14.

PONTES, A.C.; LEITÃO, I.M.T.A.; RAMOS, I.C. Comunicação terapêutica em Enfermagem: instrumento essencial do cuidado. **Rev. Bras. Enferm**., Brasília, v. 61, n. 3, p. 312-318, maio/jun. 2008.

PRADO, M.L; BACKES, V.M.S.; REIBNITZ, K.S.; CARTANA, M.H.F.; ABE, K.L.; ROCHA, P.K, et al. Produções tecnológicas em enfermagem em um curso de mestrado. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, 2009 Jul-Set; 18(3): 475-81.

PRIGOGINE I. **O fim das certezas**. São Paulo: UNESP; 1996.

PRIGOGINE, I.; STENGERS, I. **A nova aliança: metamorfose da ciência**. Tradução de Miguel Faria e Maria Joaquina Machado Trincheira. Brasília: Editora da Universidade de Brasília, 1997.

PRIGOGGINE, I. **As Leis do Caos**. São Paulo: UNESP; 2007.

PRIGOGINE I. **Ciência, razão e paixão**. São Paulo: Livraria da Física; 2009.

SÁ-SILVA, J.R.; ALMEIDA, C.D.; GUINDANI, J.F. Pesquisa documental: pistas teóricas e metodológicas. **Revista Brasileira de História & Ciências Sociais**. Ano I - Número I - Julho de 2009, p, 1-15.

SÁ NETO, J.A.; RODRIGUES, B.M.R.D. Tecnologia como fundamento do cuidar em neonatologia. **Texto contexto - enferm.** [Scielo-Scientific Electronic Library Online] 2010 [citado em 8 julho 2013]. 19:372-7. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/tce/v19n2/20.pdf.

SALES, P.R. Gestão do ambiente e segurança. In. PADILHA, K. G.; VATTIMO, M.F.F.; SILVA, S.C..; KIMURA, M (Orgs.). **Enfermagem em UTI: cuidando do paciente crítico**. Org. Baueri, SP: Manole, 2010. p. 1240-68.

SALVADOR, P.T.C.O.; OLIVEIRA, R.K.M.; COSTA, T.D.; SANTOS, V.E.P.; TOURINHO, F.S.V. Tecnologia e inovação para o cuidado em enfermagem. **Rev. enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, 2012 jan/mar; 20(1):111-7.

SANCHES V. F.; CHRISTOVAM B. P.; SILVINO Z.R.; Processo de trabalho do gerente de enfermagem em unidade hospitalar - uma visão dos enfermeiros. **Escola Anna Nery Revista Enfermagem**. 2006 Ago; 10(2):214-20.

SANTOS, J.L.G. **A dimensão gerencial do trabalho do enfermeiro em um serviço hospitalar de emergência.** Porto Alegre. Dissertação [Mestrado em Enfermagem] - Escola de Enfermagem , Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2010.

SANTOS, J.L.G. et al. Práticas de enfermeiros na gerência do cuidado em enfermagem e saúde: revisão integrativa. **Rev. bras. enferm**. [online]. 2013, vol.66, n.2, pp. 257-263. ISSN 0034-7167.

SANTOS, M.C.; SIQUEIRA, H.C.H.; SILVA, J.R. Saúde coletiva na perspectiva ecossistêmica: uma possibilidade de ação do enfermeiro. **Rev Gaúcha Enferm.** 2009;30: 437-44.

SECOLI, S.R. Incompatibilidade de medicamentos no âmbito da UTI. In: PADILHA, K.G..; VATTIMO, M.F.F.; SILVA, S. C..S.; KIMURA, M. (org.). **Enfermagem em UTI: cuidando do paciente crítico**. Baueri, SP: Manole, 2010. p. 944-59.

SECOLI SR, PADILHA KG, LEITE RCBO. Avanços tecnológicos em oncologia: reflexões para a prática de Enfermagem. **Rev Bras de Cancerologia** [LILACS-Sistema Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde] 2005 [citado em 8 julho 2013]. 51:331-7. Disponível em: http://www.inca.gov.br/rbc/n_51/v04/pdf/revisao4.pdf.

SENGE, P. M. **A Quinta Disciplina**. 25ª. ed. Rio de Janeiro: Best Seller, 2009.

SCHNEIDER, D.G.; MANSCHEIN, A.M.M.; AUSEN, M.A.B.; MARTINS, J.J.; ALBUQUERQUE, G.L. Acolhimento ao paciente e família na unidade coronariana. **Texto & Contexto Enfermagem**. 2008;17(1):81-9.

SHELDRAKE, R. **La nueva ciencia de la vida**. Barcelona: Kairós, 1990

SILVA, M.J.P.; .ARAÚJO, M.M.T.; PUGGINA, A.C. Humanização em UTI. In. PADILHA, K. G.; VATTIMO, M.F.F.; SILVA, S.C..; KIMURA, M (Orgs.). **Enfermagem em UTI: cuidando do paciente crítico**. Org. Baueri, SP: Manole, 2010. p. 1324-66.

SILVA, R.F.; ERDMANN, A.L. Ambiente do cuidador: Dimensão Ecológica. **Texto Contexto Enfermagem**, 2002; 11(3):72-82.

SILVA, C.R.L.; PORTO, I.S.; MEIRELES, I.B.; FIGUEIREDO, N.M.A.; SILVA, R.C.L. Unidade de terapia intensiva – UTI. In.: FIGUEIREDO, N.M.A.; SILVA, C.R.L.; SILVA, R.C.L. **CTI: atuação, intervenção e cuidados de enfermagem.** 2. ed. Revisada e atualizada, São Caetano do Sul (SP): Yendis, 2009. 332p. p.1-42.

SILVA, D.C, ALVIM, N.A.T.; FIGUEIREDO, P.A. Tecnologias leves em saúde e sua relação com o cuidado de Enfermagem hospitalar. **Esc Anna Nery** [BDENF-Banco de Dados em Enfermagem] 2008 [citado em 8 julho 2013]. 12:291-8. Disponível em: http://www.eean.ufrj.br/revista_enf/20082/16ARTIGO12.pdf.

SILVA, M. A.; ERDMANN, A. L.; CARDOSO, R. S. O sistema de enfermagem hospitalar: visualizando o cenário das políticas gerenciais. **Rev Eletr Enf** [on-line], v.10, n.2, p. 448-459, 2008. Disponível em: http://www.fen.ufg.br/revista/v10/n2/v10n2a16.htm. Acesso em: 20 set. 2012.

SILVA, S.C.; GONÇALVES, L.A. Sistema de classificação de paciente críticos. In: PADILHA, K.G..; VATTIMO, M.F.F.; SILVA, S. C..S.; KIMURA, M. (org.). **Enfermagem na UTI: Cuidando do paciente crítico**. Barueri, SP: Manole, 2010. p. 1171-89.

SILVA, S.C.; PADILHA, K.G. Segurança do paciente e as ocorrências iatrogênicas em Unidade de Terapia Intensiva. In: Calil A.M.; Paranhos, W.Y. **Enfermagem no Trauma**. São Paulo: Loyola, 2007.

SILVA, F.S. Organização de redes regionalizadas e integradas de atenção à saúde: desafios do Sistema Único de Saúde (Brasil). **Revista Ciência & Saúde Coletiva**. ABRASCO - Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. v.16, nº 6. Junho, 2011. p. 2753-62.

SILVA, S.C.; BRITO, C.M. Análise da influência de recursos humanos e materiais e da planta física na UTI: implicações na assistência. In: VIANA, R.A.P.P.;WHITAKER, I.Y. [et al.]. **Enfermagem em terapia intensiva: práticas e vivências.** Porto Alegre: Artmed, 2011. p. 121-36.

SILVA, R.C.; FERREIRA, M.A. A dimensão da ação nas representações sociais da tecnologia no cuidado de enfermagem. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, 2011 jan-mar; vol. 15 (1):140-148

SIQUEIRA, H.C.H. **As interconexões dos serviços no trabalho hospitalar: um novo modo de pensar e agir.** [tese] Florianópolis (SC): Departamento de Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina; 2001.

SIQUEIRA, HC.H.; CECAGNO, D; GALLO, C.M.C.; SILVA, J.R.S. O ser humano e o trabalho na equipe multiprofissional de saúde. In: SIQUEIRA, H.C.H.; PEREIRA, Q.L.C.; CECAGNO, D. (Org.). **Equipe multiprofissional de saúde: ações inter-relacionadas**. Pelotas: Editora Universitária / UFPEL, 2009. p.17-37.

SIQUEIRA, HC.H.; MEDEIROS, A.C. Serviços de apoio na saúde: sua interface com a equipe multiprofissional de saúde. In: SIQUEIRA, H.C.H.; PEREIRA, Q.L.C.; CECAGNO, D. (Org.). **Equipe multiprofissional de saúde: ações inter-relacionadas**. Pelotas: Editora Universitária / UFPEL, 2009. p.245-60.

SOUSA, C.R.; GONÇALVES, L.A.; TOFFOLETO, M.C.; LEÃO, K.; PADILHA, K.G. Predictors of nursing workload in elderly patients admitted to intensive care units. **Rev Latinoam Enferm** 2008;16(2):218-23.

SOUSA, P.A.F.; FRADE, M.H.L.B.C.; MENDONÇA, D.M.M.V. Um modelo de organização e partilha de informação de enfermagem entre hospital e centro de saúde: estudo delphi. Acta Paul Enferm. [Scielo-Scientific Electronic Library Online] 2005 [citado em 8 julho 2013]. 18:368-81. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/ape/v18n4/a05v18n4.pdf.

SMUTS, J. C. (1996). **Holism and evolution**. New York: The Gestalt Journal Press (Original de 1926).

STUMM, E,M,F.; KUHN, D.T.; HILDEBRANDT, L.M.; KIRCHNER, R.M. Estressores vivenciados por pacientes em uma UTI. **Cogitare Enferm** 2008 Out/Dez; 13 (4): 499-506.

SCHWONKE, C.R.G.B.; FILHO W.D.L.; LUNARDI, V,L.; SANTOS, S.S.C.; BARLEM, E.L.D. Perspectivas filosóficas do uso da tecnologia no cuidado de enfermagem em terapia intensiva. **Rev bras enferm**. 2011;64(1):189-92.

SPAGNOL, C.A.; FERRAZ, C.A. Tendências e perspectivas da administração em enfermagem: um estudo na Santa Casa de Belo Horizonte-MG. **Rev Latino-amEnferm**. 2002 Jan-Fev; 10(1):15-20.

SPAGNOL, C. A.- (Re)pensando a gerência em enfermagem a partir de conceitos utilizados no campo da Saúde Coletiva. **Ciência & Saúde Coletiva**, 10(1):119-127, 2005.

SVALDI, J.S.D.; SIQUEIRA, H. C. H. Ambiente Hospitalar Saudável e Sustentável na Perspectiva Ecossistêmica: Contribuições da Enfermagem. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, 2010, p. 599-604.

SVALDI, J.S.D. **Rede Ecossistêmica de Pesquisa em Enfermagem /Saúde no SUS: Possibilidades de Delineamento nos Hospitais Universitários Federais**.

2011. 203f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande – FURG, Rio Grande. Orientadora: Profª Drª Hedi Crecencia Heckler de Siqueira.

TOFFOLETTO, M.C.; SILVA, S.C.; PADILHA, K.G. Segurança do paciente e prevenção de eventos adversos na UTI. In: PADILHA, K.G..; VATTIMO, M.F.F.; SILVA, S. C..S.; KIMURA, M. (org.). **Enfermagem na UTI: Cuidando do paciente crítico**. Barueri, SP: Manole, 2010. p. 1171-89.

TRANQUITELLI A.M; PADILHA K.G. Sistemas de classificação de pacientes como instrumentos de gestão em unidades de terapia intensiva. **Rev Esc Enferm** USP. 41(1):141-6. 2007.

VARGAS, L.A. Enfermagem e a questão ambiental. In.: FIGUEIREDO, N.M.A. (Org.). **Práticas de enfermagem: ensinando a cuidar em saúde pública.** São Paulo: Difusão Enfermagem, 2003. 528p. p11-23.

VIANA, R.A.P.P.; WHITAKER, I.Y. [et al.]. **Enfermagem em terapia intensiva: práticas e vivências.** Porto Alegre: Artmed, 2011. p. 121-36.

VIANA, R.A.P.P. O real cenários das UTIs Brasileiras: Mudanças que nos preocupam. AMIB. **Revista de Terapia Intensiva**. Disponível em: http://www.amib.org.br/detalhe/noticia/o-real-cenários-das-UTIs-mudanças-que-nos-reocupam/. Publicada em 25/05/2012. Acesso em: 14 jun. 2013.

VIEGAS, S.M.F. **A integralidade no cotidiano da estratégia saúde da família em municípios do Vale do Jequitinhonha - Minas Gerais.** [Tese]. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte, 2010.

WILLIG, M.H.; LENARDT, M.H.; TRENTINI, M. Gerenciamento e cuidado em unidades de hemodiálise. **Rev Bras Enferm** 2006;59(2):177-82.

ZAMBERLAN, C.; CALVETTI, A.; DEISVALDI, J.; SIQUEIRA, H.C.H. Qualidade de vida, salud y enfermería em la perpsectiva ecosistémica. **Enfermería Global**, 2010 v.10 p 1-7.

ZAMBERLAN, C.; CALVETTI, A.; DEI SVALDI, J.; SIQUEIRA, H.C.H.de. Ambiente, saúde e enfermagem no contexto ecossistêmico. **Rev Bras Enferm, Brasilia** 2013 jul-ago; 66(4):603-6.

ZAMBON, L.S.; DAUD-GALLOTTI, R.; NOVAES, H.M.D. **Introdução a segurança do paciente**. Disponível em: http://pesquisa.proqualis.net/resources/000000484. Acesso em 01/03/2011.

ZIMMER, L. Qualitative meta-synthesis: a question of dialoging with texts. **J Adv Nurs**. 2006 Feb; 53(3):311-18.

APÊNDICE A

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
DOUTORADO EM ENFERMAGEM

INSTRUMENTO DE PESQUISA DOCUMENTAL:

Levantamento de dados, com base nas etapas de Cellard (2008) e instrumento de pesquisa elaborado por Svald e Siqueira (2011)

1 – INVESTIGAÇÃO EM RELAÇÃO AO DOCUMENTO

1.1 - Tipos de arquivo/documento

1.2 - Origem

1.3 - Data da captura

1.4 - Instrumento utilizado para a captura

1.5 - Autenticidade do arquivo/documento

1.6 - Originalidade do arquivo/documento

1.7 - Data de sua publicação

1.8 - Contexto social que serviu de base para a sua publicação

1.9 - Autor(res) do arquivo/documento

1.10 - Tempo transcorrido entre a publicação e a análise do arquivo/documento

1.11 - O arquivo/documento é passível de erros, enganos, dúvida? Quais?

1.12 - Qual a natureza do texto?

1.13 - Qual a estrutura do arquivo/documento?

1.14 - Apresenta dados presumíveis de análise?

2 – INVESTIGAÇÃO EM RELAÇÃO AO CONTEÚDO DO DOCUMENTO

2.1 – Pontos principais abordados no documento.

2.2 – Como cada um desses pontos-chave do documento foi enunciado pelo(s) autor(es)?

2.3 - Qual argumentação utilizada em cada um dos pontos desenvolvidos?

2.4 – Qual o sentido de cada um dos pontos-chave do documento?

3 – RELAÇÃO DOS PONTOS-CHAVE DO DOCUMENTO COM A TESE

3.1 - Descrever os pontos capturados (dados) dos documentos que possuem aderência com a tese.

3.2 - Pontos contrários.

3.3 - Constituir as possíveis relações de cada um dos pontos-chave levantados (dados) com a tese.

APÊNDICE B

Quadro 13: INVESTIGAÇÃO EM RELAÇÃO AO CONTEXTO DOS DOCUMENTOS 1 e 2

	Documento 1 – Portaria nº 3.432, de 12 de agosto de 1998 – Dispõe sobre critérios de classificação para Unidades de Terapia Intensiva	**Documento 2 – Resolução – RDC nº 50, de 21 de fevereiro de 2002 – Dispõe sobre o Regulamento Técnico para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde**
1.1. Tipo de documento	Primário	Primário
1.2. Origem	Portal da Saúde – SAÚDE LEGIS	Portal da Saúde – SAÚDE LEGIS
1.3. Data da captura	16.03.2011	20.04.2011
1.4. Instrumento utilizado para a captura	Conexão Web	Conexão Web
1.5. Autenticidade do documento	html	html
1.6. Originalidade do documento	MS, GM	MS, ANVISA
1.7. Data de sua publicação	1998	2002
1.8. Contexto social que serviu de base para a sua publicação	A importância na assistência das unidades que realizam tratamento intensivo nos hospitais do país e a necessidade de estabelecer critérios de classificação entre as Unidades de Tratamento Intensivo, de acordo com a incorporação de tecnologia, a especialização dos recursos humanos e área física disponível.	A necessidade de atualizar as normas existentes na área de infra-estrutura física em saúde [...] de dotar o País de instrumento norteador das novas construções, reformas e ampliações, instalações e funcionamento de Estabelecimentos Assistenciais de Saúde que atenda aos princípios de regionalização, hierarquização, acessibilidade e qualidade da assistência prestada à população.
1.9 Autor(res) do documento	Diário Oficial da União, Imprensa Nacional, nº 154 – DOU de 13/08/1998 – Seção 1 – p.109. Ministério da Saúde. República Federativa do Brasil, Brasília – DF.	Diário Oficial da União, Imprensa Nacional, nº 54 – DOU de 20/03/2002 – Seção 1 – p. 39-75. Ministério da Saúde. República Federativa do Brasil, Brasília – DF
1.10 Tempo transcorrido entre a publicação e a análise do documento	15 anos	11 anos
1.11 O documento possui erros transmissão, enganos, dúvida? Quais?	Apresenta-se objetivo, claro e sem margem de ambiguidades.	Apresenta-se objetivo e sem margem de ambiguidades.
1.12 Qual a natureza do texto?	Refere-se ao estabelecimento de critérios de classificação entre as diferentes Unidades de Tratamento Intensivo – UTI.	Regulamento técnico destinado ao planejamento, programação, elaboração, avaliação e aprovação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde.
1.13 Qual a estrutura do documento?	Apresentação – Art. 1º - Estabelecer critérios de classificação entre as diferentes Unidades de Tratamento Intensivo – UTI; Art. 2º - Para as	Apresentação – Regulamento técnico para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos

	finalidades desta Portaria, as Unidades de tratamento Intensivo serão classificadas em tipo I, II e III; Art. 3º - A partir da data de publicação desta Portaria, serão cadastradas somente unidades do tipo II ou III; Art. 4º - Fica revogada a Portaria GM/MS/Nº 2918, de 9 de junho de 1998, publicada no DOU nº 111, de 15 de junho de 1998, e as demais disposições em contrário; Art 5º - Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação. ANEXO: 1. Disposições Gerais; 2 - Das Unidades de Tratamento Intensivo do tipo II; 3. As Unidades de Tratamento Intensivo do tipo III, devem, além dos requisitos exigidos paras as UTI tipo II, contar com:.	assistenciais de saúde. Anexo a esta Resolução: Parte I: projetos de estabelecimentos assistenciais de saúde; Parte II: programação físico-funcional dos estabelecimentos assistenciais de saúde; Parte III: critérios para projetos de estabelecimentos assistenciais de saúde.
1.14 Apresenta dados presumíveis de análise?	Sim	Sim

Fonte: Portaria nº 3.432, de 12 de agosto de 1998 (BRASIL, 1998) e Resolução – RDC nº 50, de 21 de fevereiro de 2002 (BRASIL, 2002)

APÊNDICE C

Quadro 14: INVESTIGAÇÃO EM RELAÇÃO AO CONTEXTO DO DOCUMENTO 3

	Documento 2 – Política Nacional de Humanização. A Humanização como Eixo Norteador das Práticas de Atenção e Gestão em Todas as Instâncias do SUS
1.9. Tipo de documento	Primário
1.10. Origem	Portal da Saúde – SAÚDE LEGIS
1.11. Data da captura	20.03.2011
1.12. Instrumento utilizado para a captura	Conexão Web
1.13. Autenticidade do documento	HTML
1.14. Originalidade do documento	MS
1.15. Data de sua publicação	2004
1.16. Contexto social que serviu de base para a sua publicação	A necessidade de adotar a Humanização como uma política que opere transversalmente em toda a rede SUS - entendida como um conjunto de princípios e diretrizes que se traduzem em ações nos diversos serviços, nas práticas de saúde e nas instâncias do sistema, caracterizando uma construção coletiva.
1.14 Autor(res) do documento	Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS / Ministério da Saúde, SecretariaExecutiva, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004. 20 p.: il. – (Série B. Textos Básicos de Saúde)
1.15 Tempo transcorrido entre a publicação e a análise do documento	9 anos
1.16 O documento possui erros transmissão, enganos, dúvida? Quais?	Apresenta-se objetivo e bem estruturado em relação a fundamentação teórica da Política.
1.17 Qual a natureza do texto?	Documento para a implantação de uma PNH efetivamente transversal às demais ações e políticas de saúde.
1.18 Qual a estrutura do documento?	Apresentação: Marco teórico-político; Princípios norteadores da Política de Humanização; Marcas/prioridades; Estratégias gerais; Orientações estratégicas para a implementação da PNH; Diretrizes gerais para a implementação da PNH nos diferentes níveis de atenção; Diretrizes específicas por nível de atenção: na atenção básica; na urgência e emergência, nos pronto-socorros, nos pronto-atendimentos, na assistência pré-hospitalar e outros; na atenção especializada; na atenção hospitalar; parâmetros para o nível B; parâmetros para o nível A. A gestão da Política de Humanização; O campo da humanização; Assim, na construção do campo da humanização, a PNH assume o compromisso de; Enquanto núcleo específico, a PNH se propõe a; Implantação e funcionamento da PNH.
1.14 Apresenta dados presumíveis de análise?	Sim

Fonte: Política Nacional de Humanização. A Humanização como Eixo Norteador das Práticas de Atenção e Gestão em Todas as Instâncias do SUS (BRASIL, 2004)

APÊNDICE D

Quadro 15: INVESTIGAÇÃO EM RELAÇÃO AO CONTEXTO DOS DOCUMENTOS 4 e 5

	Documento 3 – Portaria MS 1071 de 04 de julho de 2005 – Política Nacional de Atenção ao Paciente Crítico	**Documento 4 - Portaria nº 2.690, de 5 de novembro de 2009 - Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Política Nacional de Gestão de Tecnologias em Saúde.**
1.1. Tipo de documento	Primário	Primário
1.2. Origem	Portal da Saúde – SAÚDE LEGIS	Portal da Saúde – SAÚDE LEGIS
1.3. Data da captura	25.04.2011	10.04.2013
1.4. Instrumento utilizado para a captura	Conexão Web	Conexão Web
1.5. Autenticidade do documento	html	html
1.6. Originalidade do documento	MS, GM	MS
1.7. Data de sua publicação	2005	2009
1.8. Contexto social que serviu de base para a sua publicação	A terapia intensiva deve se inserir no processo assistencial em conformidade com os princípios de integridade, equidade e universalidade assistencial, tanto no âmbito hospitalar quanto do próprio sistema se saúde, a Portaria GM/MS nº 1.071,de 04 de julho de 2005 - Art. 1º - Submete à Consulta Pública a minuta da Política Nacional de Atenção ao Paciente Crítico, constante do anexo deste ato.	A relevância pública em normatizar a dinâmica do processo de avaliação, incorporação e gestão de tecnologias no Sistema Único de Saúde, de forma a compatibilizá-la com o perfil epidemiológico, as necessidades sociais em saúde da população e os princípios normativos que regulam o sistema de saúde brasileiro.
1.19 Autor(res) do documento	Diário Oficial da União, Imprensa Nacional, nº 130 – DOU de 08/07/2005 – Seção 1 – p. 41-8 Ministério da Saúde. República Federativa do Brasil, Brasília – DF.	Diário Oficial da União, Imprensa Nacional, nº 212 – DOU de 06/11/2009 – Seção 1 – p.61. Ministério da Saúde. República Federativa do Brasil, Brasília – DF.
1.20 Tempo transcorrido entre a publicação e a análise do documento	8 anos	4 anos
1.21 O documento possui erros transmissão, enganos, dúvida? Quais?	Apresenta-se objetivo, claro e sem margem de ambiguidades.	Apresenta-se com clareza e objetividade aos termos da Portaria.
1.22 Qual a natureza do texto?	A elaboração de uma nova Política Nacional de Atenção ao Paciente Crítico está alicerçada na necessidade de incorporação de uma perspectiva sistêmica da terapia intensiva, integrada e multifacetada ao ambiente hospitalar e às demais áreas de atenção à saúde, bem como sua progressiva qualificação sob aspectos técnicos, tecnológicos, organizacionais e humanizadores.	No Sistema Único de Saúde, a Política Nacional de Gestão de Tecnologias de Saúde será implementada à luz dos princípios de universalidade, equidade e integralidade.

1.23 Qual a estrutura do documento?	Apresentação – Portaria Ministe-rial: Anexo I – Política Nacional de Atenção ao Paciente Crítico: Introdução; Objetivo; Sistematização da bases conceituais e operacionais. Anexo II – Da comissão hospitalar de organização e qualificação da atenção ao paciente crítico; Do plano hospitalar de atenção ao paciente crítico. Anexo IV – Do plano estadual de atenção ao paciente crítico. Anexo V – Das unidades assistenciais em neonatologia. Anexo VI – Das unidades assistenciais em pediatria; Anexo VII – Das unidades assistenciai para adultos. Anexo VIII – Unidade de tratamento intensivo infantil.	Apresentação - Art. 1º Instituir a Política Nacional de Gestão de Tecnologias em Saúde; Art. 2º Para fins desta Política, define-se gestão de tecnologias em saúde; Art. 3º É objetivo geral da Política Nacional de Gestão de Tecnologias de Saúde; Art. 4º As ações estabelecidas na Política Nacional de Gestão de Tecnologias em Saúde serão orientadas pelos seguintes princípios; Art. 5º A Política Nacional de Gestão de Tecnologias em Saúde obedecerá as seguintes diretrizes; Art. 6º A Política Nacional de Gestão de Tecnologias de Saúde será implantada pelos órgãos e instituições sob gestão federal, respeitadas as competências institucionais; Art. 7º Na implantação da Política Nacional de Gestão de Tecnologias em Saúde, caberá ao Ministério da Saúde, por meio do Departamento de Ciência e Tecnologia (DECIT), da Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos (SCTIE), coordenar, em âmbito nacional, as ações de avaliação de tecnologias em saúde; Art. 8º Os Municípios, os Estados e o Distrito Federal poderão complementar o objeto desta Portaria para atender às necessidades e peculiaridades locais e regionais; Art. 9º Compete à Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos (SCTIE) a adoção das medidas necessárias à estruturação da Política Nacional de Gestão de Tecnologias em Saúde; Art. 10. Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.
1.19 Apresenta dados presumíveis de análise?	Sim	Sim

Fonte: Portaria MS 1071 de 04 de julho de 2005 – Política Nacional de Atenção ao Paciente Crítico (BRASIL, 2005) e Portaria nº 2.690, de 5 de novembro de 2009 - Política Nacional de Gestão de Tecnologias em Saúde (BRASIL, 2009).

APÊNDICE E

Quadro 16: INVESTIGAÇÃO EM RELAÇÃO AO CONTEXTO DOS DOCUMENTOS 6 e 7

	Documento 6 – Resolução – RDC nº 7, de 24 de fevereiro de 2010 – Dispõe sobre os requisitos mínimos para funcionamento de Unidades de Terapia Intensiva e dá outras providências	**Documento 7 – Portaria nº 529, de 1º de abril de 2013 - Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP).**
1.17. Tipo de documento	Primário	Primário
1.18. Origem	Portal da Saúde – SAÚDE LEGIS	Portal da Saúde – SAÚDE LEGIS
1.19. Data da captura	20.03.2011	06.04.2013
1.20. Instrumento utilizado para a captura	Conexão Web	Conexão Web
1.21. Autenticidade do documento	HTML	HTML
1.22. Originalidade do documento	MS, ANVISA	MS, GM
1.23. Data de sua publicação	2010	2013
1.24. Contexto social que serviu de base para a sua publicação	Essa Resolução possui o objetivo de estabelecer padrões mínimos para o funcionamento das Unidades de Terapia Intensiva, visando à redução de riscos aos pacientes, visitantes e meio ambiente.	A relevância e magnitude que os Eventos Adversos (EA) têm em nosso país. Considerando a prioridade dada à segurança do paciente em serviços de saúde na agenda política dos Estados-Membros da Organização Mundial da Saúde (OMS) e na Resolução aprovada durante a 57a Assembleia Mundial da Saúde, recomendou aos países atenção ao tema "Segurança do Paciente"
1.24 Autor(res) do documento	Diário Oficial da União, Imprensa Nacional, nº 37 – DOU de 25/02/2010 – Seção 1 – p.48. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. República Federativa do Brasil, Brasília – DF.	Diário Oficial da União, Imprensa Nacional, nº 62 – DOU de 02/04/2013 – Seção 1 – p.43-4. Ministério da Saúde. República Federativa do Brasil, Brasília – DF.
1.25 Tempo transcorrido entre a publicação e a análise do documento	3 anos	4 dias
1.26 O documento possui erros transmissão, enganos, dúvida? Quais?	Apresenta-se com clareza e objetividade aos termos da Resolução.	Apresenta-se com clareza e objetividade aos termos da Portaria.
1.27 Qual a natureza do texto?	Refere-se a aplicação da Resolução a todas as Unidades de Terapia Intensiva do País, sejam públicas, privadas ou filantrópicas; civis ou militares. A nova regra traz parâmetros tanto para a estrutura, organização e processos de trabalho quanto para a obtenção e monitoramento de indicadores de saúde que retratem o perfil assistencial da	A portaria considera que a gestão de riscos voltada para a qualidade e segurança do paciente englobam princípios e diretrizes, tais como a criação de cultura de segurança; a execução sistemática e estruturada dos processos de gerenciamento de risco; a integração com todos processos de cuidado e articulação com os processos

	unidade.	organizacionais do serviços de saúde; as melhores evidências disponíveis; a transparência, a inclusão, a responsabilização e a sensibilização e capacidade de reagir a mudanças.
1.28 Qual a estrutura do documento?	Apresentação – Capítulo I: Das disposições iniciais: Seção I: Objetivo; Seção II: Abrangência; Seção III: Definições. Capítulo II: Das disposições comuns a todas as unidades de terapia intensiva: Seção I: Organização; Seção II: Infraestrutura Física; Seção III: Recursos Humanos; Seção IV: Acesso a Recursos Assistenciais; Seção V: Processos de trabalho; Seção VI: Transporte de Pacientes; Seção VII: Gerenciamento de Riscos e Notificação de Eventos Adversos; Seção VIII: Prevenção e Controle de Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde; Seção IX: Avaliação; Seção X: Recursos Materiais. Capítulo III: Dos requisitos específicos para unidades de terapia intensiva adulto: Seção I: Recursos Materiais. Capítulo IV: Dos requisitos específicos para unidades de terapia intensiva pediátricas: Seção I: Recursos Materiais; Seção II: UTI pediátrica mista. Capítulo V: Dos requisitos específicos para unidades de terapia intensiva neonatais: Seção I: Recursos Materiais. Capítulo VI: Das disponibilidades finais e transitórias.	Apresentação - Art. 1º Fica instituído o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP); Art. 2º O PNSP tem por objetivo geral contribuir para a qualificação do cuidado em saúde em todos os estabelecimentos de saúde do território nacional;Art. 3º Constituem-se objetivos específicos do PNSP; Art. 4º Para fins desta Portaria, são adotadas as seguintes definições; Art. 5º Constituem-se estratégias de implementação do PNSP; Art. 6º Fica instituído, no âmbito do Ministério da Saúde, Comitê de Implementação do Programa Nacional de Segurança do Paciente (CIPNSP), instância colegiada, de caráter consultivo, com a finalidade de promover ações que visem à melhoria da segurança do cuidado em saúde através de processo de construção consensual entre os diversos atores que dele participam; Art. 7º Compete ao CIPNSP; Art. 8º O CIPNSP instituições é composto por representantes, titular e suplentes, dos seguintes órgãos e entidades; Art. 9º As funções dos membros do CIPNSP não serão remuneradas e seu exercício será considerado de relevante interesse público; Art. 10. O Ministério da Saúde instituirá incentivos financeiros para a execução de ações e atividades no âmbito do PNSP, conforme normatização específica, mediante prévia pactuação na Comissão Intergestores Tripartite (CIT); Art. 11. Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.
1.14 Apresenta dados presumíveis de análise?	Sim	Sim

Fonte: Resolução – RDC nº 7, de 24 de fevereiro de 2010 (BRASIL, 2010) e Portaria nº 529, de 1º de abril de 2013 - Programa Nacional de Segurança do Paciente (BRASIL, 2013)

APÊNDICE F

Quadro 17: INVESTIGAÇÃO EM RELAÇÃO AO CONTEÚDO DOS DOCUMENTOS 1 e 2

	Documento 1 – Portaria nº 3.432, de 12 de agosto de 1998 – Dispõe sobre critérios de classificação para Unidades de Terapia Intensiva	**Documento 2 – Resolução – RDC nº 50, de 21 de fevereiro de 2002 – Dispõe sobre o Regulamento Técnico para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde**
2.1. Pontos principais abordados no documento:	a. "A importância na assistência das unidades que realizam tratamento intensivo nos hospitais do país" (p.109). b. "A necessidade de estabelecer critérios de classificação entre as Unidades de Tratamento Intensivo, de acordo com a incorporação de tecnologia, a especialização dos recursos humanos e a área física disponível" (p.109). c. "Para as finalidades desta Portaria, as Unidades de Tratamento Intensivo serão classificadas em tipo I,II e III" (p.109). d. "As Unidades de Tratamento Intensivo devem atender às disposições da Portaria GM/MS n.° 1884, de 11 de novembro de 1994, publicada no D.O n°237, de 15 de dezembro de 1994" (p.109).	**"Parte II - programação físico-funcional dos estabelecimentos assistenciais de saúde- EAS"** (p. 42): 3. "Ambiente de estabelecimentos assistenciais de saúde" (p.42 e 48). 3.1. "Quantificação internação intensiva – UTI" (p.48). 3.2. "Quantificação e dimensão do posto de enfermagem/área de serviços de enfermagem" (p.48). 3.3. "Dimensão da área para prescrição médica" (p.48). 3.4. "Quantificação e dimensão do quarto – isolamento ou não" (p.48). 3.5. "Quantificação e dimensão da área coletiva de tratamento" (p.48). 3.6. "Quantificação e dimensão da sala de higienização e preparo de euipamentos/material" (p.48). 3.7. "Dimensão da sala de entrevistas" (p.48). 3.8. "ambientes de apoio" (p.48)
2.2. Como cada um desse postos chaves do documento foi enunciado pelos autor(es)?	a.1. **"Importância na assistência das unidades que realizam tratamento intensivo nos hospitais do país"** (p.109). 7.2."São unidades hospitalares destinadas ao atendimento de pacientes graves ou de risco que dispõem de assistência médica e de enfermagem ininterruptas, com equipamentos específicos próprios, recursos humanos especializados e que tenham acesso a outras tecnologias destinadas a diagnósticos e terapêutica" (p. 109). 7.3."Estas unidades podem atender grupos etários; a saber: Neonatal - atendem pacientes de 0 a 28 anos; Pediátrico - atendem pacientes de 28 dias a 14 ou 18 anos de acordo com as rotinas hospitalares internas; Adulto - atendem pacientes maiores de 14 ou 18 anos de acordo com as rotinas hospitalares internas; Especializada - voltada para pacientes atendidos por determinada especialidade ou pertencentes a grupo específico de	**"Parte II - programação físico-funcional dos estabelecimentos assistenciais de saúde- EAS"** (p. 42): 3. " O ambiente de estabelecimentos assistenciais de saúde é entendido nesta norma como o espaço fisicamente determinado e especializado para o desenvolvimento de determinada(s) atividade(s), caracterizado por dimensões e instalações diferenciadas"(p.42 e 48). 3.1. "Internação intensiva – UTI: é obrigatória a existência em hospitais terciários e em hospitais secundários com capacidade 100 leitos, bem como nos especializados que atendam pacientes graves ou de risco e em EAS que atendam gravidez /parto de alto risco. Neste último caso o EAS deve dispor de UTIs adulto e neonatal" (p.48). 3.2. [...] "posto de enfermagem/área de serviços de enfermagem: 1 para cada

	doenças" (p.109). 8."Todo hospital de nível terciário, com capacidade instalada igual ou superior a 100 leitos, deve dispor de leitos de tratamento intensivo correspondente a no mínimo 6% dos leitos totais" (p.109). 9."Todo hospital que atenda gestante de alto risco deve dispor de leitos de tratamento intensivo adulto e neonatal" (p.109). b.1. "**A necessidade de estabelecer critérios de classificação entre as Unidades de Tratamento Intensivo, de acordo com a incorporação de tecnologia, a especialização dos recursos humanos e a área física disponível**" (p.109). 10. **"Das Unidades de Tratamento Intensivo do tipo II"** (p.109): 10.1. "Deve contar com equipe básica composta por: um responsável técnico com título de especialista em medicina intensiva ou com habilitação em medicina intensiva pediátrica; um médico diarista com título de especialista em medicina intensiva ou com habilitação em medicina intensiva pediátrica para cada 10 leitos ou fração, nos turnos da manhã e da tarde; um médico plantonista exclusivo para até 10 pacientes ou fração; um enfermeiro coordenador, exclusivo da unidade, responsável pela área de enfermagem; um enfermeiro, exclusivo da unidade, para cada 10 leitos ou fração , por turno de trabalho; um fisioterapeuta para cada 10 leitos ou fração no turno da manhã e da tarde; um auxiliar ou técnico de enfermagem para cada 2 leitos ou fração, por turno de trabalho; um funcionário exclusivo responsável pelo serviço de limpeza; acesso a cirurgião geral (ou pediátrico), torácico, cardiovascular, neurocirurgião e ortopedista" (p.109). 10.2. "O hospital deve contar com: Laboratórios de análises clínicas disponível nas 24 horas do dia; agência transfusional disponível nas 24 horas do dia; hemogasômetro; ultra-sonógrafo; - eco-doppler-cardiógrafo; laboratório de microbiologia; terapia renal substitutiva; aparelho de raios-x móvel; serviço de Nutrição Parenteral e enteral; serviço Social; serviço de Psicologia. O hospital deve contar com acesso a: estudo hemodinâmico; angiografia seletiva;endoscopia	área coletiva ou conjunto de quartos, independente do nº de leitos. Ao menos um dos postos (quando houver mais de um) deve possuir 6,0m^2," (p.48). [...] o posto de enfermagem deve estar instalado de forma a permitir observação visual direta ou eletrônica dos leitos. No caso de observação visual por meio eletrônico, deverá dispor de uma central de monitores. 3.3. "Dimensão da área para prescrição médica: 1,5m^2" (p.48). 3.4. [...] "quarto – isolamento ou não: Mínimo de 5 leitos podendo existir quartos ou áreas coletivas, ou ambos a critério do EAS. O nº de leitos de UTI deve corresponder a no mínimo 6% do total de leitos do EAS. Deve ser previsto um quarto de isolamento para cada 10 leitos de UTI, ou fração. 10 m^2 com distância de 1m entre paredes e leito, exceto cabeceira e pé do leito" (p.48). [...] "Os boxes das áreas coletiva de tratamento devem possuir dispositivos que permitam a privacidade dos pacientes quando necessário" (p.49). 3.5. "Quantificação e dimensão da área coletiva de tratamento - deve ser previsto um quarto de isolamento para cada 10 leitos de UTI, ou fração" (p.48). 3.6. "Quantificação e dimensão da sala de higienização e preparo de euipamentos/material – dispensável se esta atividade ocorrer na Central de Material Esterilizado - CME" (p.48). 3.7. "Dimensão da sala de entrevistas: 6,0m^2" (p.48). 3.8. "ambientes de apoio: sala de utilidades, quarto de plantão, rouparia, depósito de equipamentos e materiais, banheiro para quarto de plantão, sanitários com vestuário para funcionários (mas. e fem.), sanitários para pacientes (geral), sala de espera para acompanhantes e visitantes (anexo à unidade ou não), sala administrativa (secretaria), depósito de material de limpeza, copa e (ambientes de apoio não obrigatórios) área de estar para a equipe de saúde e sanitário para o público" (p.48 e 49). "A sala de espera pode ser compartilhada com setores afins do

	digestiva; fibrobroncoscopia; eletroencefa-lografia" (p. 109). 10.3 "O hospital deve contar com acesso a: Estudo hemodinâmico; Angiografia seletiva; Endoscopia digestiva; Fibrobroncoscopia; Eletroencefalografia" (p.109). 10.4. "Materiais e Equipamentos necessários: Cama de Fawler, com grades laterais e rodízio, uma por paciente; Monitor de beira de leito com visoscópio, um para cada leito; Carro ressuscitador com monitor, desfibrilador, cardioversor e material para intubação endotraqueal, dois para cada 10 leitos ou fração; Ventilador pulmonar com misturador tipo blender , um para cada dois leitos, devendo 1/3 dos mesmos ser do tipo microprocessado; Oxímetro de pulso, um para cada dois leitos; Bomba de infusão, duas bombas por leito; Conjunto de nebulização, em máscara, um para cada leito; Conjunto padronizado de beira de leito, contendo: termômetro (eletrônico, portátil, no caso de UTI neonatal), esfigmomanômetro, estetoscópio, ambu com máscara (ressuscitador manual), um para cada leito; Bandejas para procedimentos de: diálise peritoneal, drenagem torácica, toracotomia, punção pericárdica, curativos, flebotomia, acesso venoso profundo, punção lombar, sondagem vesical e traqueostomia; Um monitor de pressão invasiva; Marcapasso cardíaco externo, eletrodos e gerador na unidade, Eletrocardiógrafo portátil, dois de uso exclusivo da unidade; Maca para transporte com cilindro de oxigênio, régua tripla com saída para ventilador pulmonar e ventilador pulmonar para transporte; Máscaras de venturi que permita diferentes concentrações de gases; Aspirador portátil; Negatoscópio; Oftalmoscópio; Otoscópio; Pontos de oxigênio e ar comprimido medicinal com válvulas reguladoras de pressão e pontos de vácuo para cada leito; Conjunto CPAP nasal mais umidificador aquecido, um para cada quatro leitos, no caso de UTI neonatal, um para cada dois leitos; - Capacete para oxigenioterapia para UTIs pediátrica e neonatal; Fototerapia, um para cada três leitos de UTI neonatal; Incubadora com parede dupla, uma por	hospital, desde que seja dimensionada de forma a atender à demanda das unidades a que se destina" (p.49).

	paciente de UTI neonatal; Balança eletrônica, uma para cada dez leitos na UTI neonatal" (p.109). 10.5 "Humanização: Climatização; Iluminação natural; Divisórias entre os leitos; Relógios visíveis para todos os leitos; Garantia de visitas diárias dos familiares, a beira do leito; Garantia de informações da evolução diária dos pacientes aos familiares por meio de boletins" (p.109). **11. "Unidades de Tratamento Intensivo do tipo III -** devem, além dos requisitos exigidos paras as UTI tipo II, contar com" (p.109): 11.1. "Espaço mínimo individual por leito de $9m^2$, sendo para UTI Neonatal o espaço de $6m^2$ por leito" (p.109). 11.2. "Avaliação através do APACHE II se for UTI Adulto, o PRISM II se UTI Pediátrica e o PSI modificado se UTI Neonatal" p.109) 11.3 "Além da equipe básica exigida pela a UTI tipo II, devem contar com: um médico plantonista para cada dez pacientes, sendo que pelo menos metade da equipe deve ter título de especialista em medicina intensiva reconhecido pela Associação de Medicina Intensiva Brasileira (AMIB); - enfermeiro exclusivo da unidade para cada cinco leitos por turno de trabalho; fisioterapeuta exclusivo da UTI; acesso a serviço de reabilitação" (p.109-10). 12. "Além dos requisitos exigidos para as UTI tipo II, o hospital deve possuir condições de realizar os exames de: Tomografia axial computadorizada; Anatomia patológica; Estudo hemodinâmico, Angiografia seletiva, Fibrobroncoscopia; Ultra-sonografia portátil" (p.110). 13. "Além dos materiais e equipamentos necessários para as UTI tipo II, o hospital deve contar com: Metade dos ventiladores do tipo microprocessado, ou um terço, no caso de UTI neonatal; Monitor de pressão invasiva, um para cada cinco leitos; Equipamento para ventilação pulmonar não invasiva; Capnógrafo; Equipamento para fototerapia para UTI Neonatal, um para cada dois leitos; Marcapasso transcutâneo" (p.110)	
2.3. Qual argumentação utilizada em cada um dos pontos desenvolvidos?	3.1. "As unidades [...] cadastradas pelo SUS, a partir da vigência desta Portaria, serão classificadas como tipo I, e deverão se adequar aos critérios dessa portaria para serem credenciadas	[...] os projetos de estabelecimentos assistenciais de saúde - EAS devem, obrigatoriamente, ser elaborados em conformidade com as disposições desse Regulamento Técnico. Devem, ainda,

	como tipo II ou tipo III, conforme as especificidades das unidades" (p.109). 3.2. "As unidades que comprovarem o cumprimento das especificações do anexo desta Portaria, poderão ser credenciadas pelo gestor nos tipos II ou III, de acordo com a necessidade de assistência da localidade onde estão inseridas" (p.109). 4. "A partir da publicação desta Portaria, serão cadastradas somente unidades do tipo II ou III" (p.109).	atender a todas outras prescrições pertinentes ao objeto desta norma estabelecidas em códigos, leis, decretos, portarias e normas federais, estaduais e municipais, inclusive normas de concessionárias de serviços públicos" (p.39)
2.4 – Qual o sentido dos pontos chaves do documento?	A Portaria regulamenta as atividades desenvolvidas nas Unidades de Terapia Intensiva. Para isso, baseia-se em critérios de complexidade de atendimento e estabelece a classificação das Unidades de Terapia Intensiva em tipo I, II e III de acordo com a incorporação de tecnologia, especialização dos recursos humanos e área física disponível.	O Regulamento Técnico destina-se ao planejamento, programação, elaboração, avaliação e aprovação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde, em todo território nacional, na área pública e privada.

Fonte: Portaria nº 3.432, de 12 de agosto de 1998 (BRASIL, 1998) e Resolução – RDC nº 50, de 21 de fevereiro de 2002 (BRASIL, 2002)

APÊNDICE G

Quadro 18: INVESTIGAÇÃO EM RELAÇÃO AO CONTEÚDO DO DOCUMENTO 3

	Documento 3 – Política Nacional de Humanização. A Humanização como Eixo Norteador das Práticas de Atenção e Gestão em Todas as Instâncias do SUS (BRASIL, 2004)
2.1. Pontos principais abordados no documento:	**Política Nacional de Humanização da Atenção e da Gestão da Saúde** a. Marco teórico-político b. Príncipios norteadores da política de humanização c. Diretrizes gerais para a implementação da PNH nos diferentes níveis de atenção d. A gestão da política de humanização e. O campo da humanização
2.2. Como cada um desse postos chaves do documento foi enunciado pelos autor(es)?	**a. Marco teórico-político** 2. [...] "a fragmentação e a verticalização dos processos de trabalho esgarçam as relações entre os diferentes profissionais da saúde e entre estes e os usuários; o trabalho em equipe, assim como o preparo para lidar com as dimensões sociais e subjetivas presentes nas práticas de atenção, fica fragilizado" (p.5). 3. [...] "O quadro se complexifica quando também verificamos que o modelo de formação dos profissionais de saúde mantém-se distante do debate e da formulação das políticas públicas de saúde" (p.5). 8. [...] "a humanização da assistência abre, assim, questões fundamentais que podem orientar a construção das políticas em saúde. Humanizar é, então, ofertar atendimento de qualidade articulando os avanços tecnológicos com acolhimento, com melhoria dos ambientes de cuidado e das condições de trabalho dos profissionais" (p.6). 10."O risco de tomarmos a Humanização como mais um programa seria o de aprofundar relações verticais em que são estabelecidas normativas que devem ser aplicadas e operacionalizadas, o que significa, grande parte das vezes, efetuação burocrática, descontextualizada e dispersiva, por meio de ações pautadas em índices a serem cumpridos e em metas a serem alcançadas independentemente de sua resolutividade e qualidade" (p.6). 11. "a Humanização como política transversal, entendida como um conjunto de princípios e diretrizes que se traduzem em ações nos diversos serviços, nas práticas de saúde e nas instâncias do sistema, caracterizando uma construção coletiva" (p.7) 12. "A Humanização, como uma política transversal, supõe necessariamente que sejam ultrapassadas as fronteiras, muitas vezes rígidas, dos diferentes núcleos de saber/poder que se ocupam da produção da saúde" (p.7). 14. "Como política, a Humanização deve, portanto, traduzir princípios e modos de operar no conjunto das relações entre profissionais e usuários, entre os diferentes profissionais, entre as diversas unidades e serviços de saúde e entre as instâncias que constituem o SUS. O confronto de idéias, o planejamento, os mecanismos de decisão, as estratégias de implementação e de avaliação, mas principalmente o modo como tais processos se dão, devem confluir para a construção de trocas solidárias e comprometidas com a produção de saúde, tarefa primeira da qual não podemos nos furtar. De fato, nossa tarefa se apresenta dupla e inequívoca, qual seja, a da produção de saúde e a da produção de sujeitos" (p.7). 15. "É neste ponto indissociável que a Humanização se define: aumentar o grau de co-responsabilidade dos diferentes atores que constituem a rede SUS, na produção da saúde, implica mudança na cultura da atenção dos usuários e da gestão dos processos de trabalho. Tomar a saúde como valor de uso é ter como padrão na atenção o vínculo com os usuários, é garantir os direitos dos usuários e seus familiares, é estimular a que eles se coloquem como atores do sistema de saúde por meio de sua ação de controle social, mas é também ter melhores condições para que os profissionais efetuem seu trabalho de modo digno e criador de novas ações e que possam participar como co-gestores de seu

	processo de trabalho" (p.7). 20. "A Humanização, como um conjunto de estratégias para alcançar a qualificação da atenção e da gestão em saúde no SUS, estabelece-se, portanto, como a construção/ativação de atitudes ético-estético-políticas em sintonia com um projeto de co-responsabilidade e qualificação dos vínculos interprofissionais e entre estes e os usuários na produção de saúde. Éticas porque tomam a defesa da vida como eixo de suas ações. Estéticas porque estão voltadas para a invenção das normas que regulam a vida, para os processos de criação que constituem o mais específico do homem em relação aos demais seres vivos. Políticas porque é na pólis, na relação entre os homens que as relações sociais e de poder se operam, que o mundo se faz" (p.8). 21. "Construir tal política impõe, mais do que nunca, que o SUS seja tomado em sua perspectiva de rede. Como tal, o SUS deve ser contagiado por esta atitude humanizadora, e, para isso, todas as demais políticas deverão se articular por meio desse eixo. Trata-se, sobretudo, de destacar os aspectos subjetivos e sociais presentes em qualquer prática de saúde" (p.8). 23."Como em toda rede, a característica da conectividade é a que mais se destaca. Estar conectado em rede implica exatamente esses processos de troca, de interferência, de contágio que queremos. Uma rede comprometida com a defesa da vida. Uma rede humanizada porque lidando com a complexidade sempre diferenciadora do viver. Nessa rede estão todos os sujeitos: gestores, trabalhadores de saúde, usuários, todos os cidadãos" (p.9). 26."Humanizar a atenção e a gestão em saúde no SUS se coloca, dessa forma, como estratégia inequívoca para tais fins, contribuindo efetivamente para a qualificação da atenção e da gestão, ou seja, atenção integral, equânime com responsabilização e vínculo, para a valorização dos trabalhadores e para o avanço da democratização da gestão e do controle social participativo" (p.9). **b. Príncipios norteadores da política de humanização** 27.1. "Valorização da dimensão subjetiva e social em todas as práticas de atenção e gestão, fortalecendo/estimulando processos integradores e promotores de compromissos/responsabilização" (p.9). 27.2 "Estímulo a processos comprometidos com a produção de saúde e com a produção de sujeitos" (p.10). 27.3. "Fortalecimento de trabalho em equipe multiprofissional, estimulando a transdisciplinaridade e a grupalidade" (p.10). 27.4. "Atuação em rede com alta conectividade, de modo cooperativo e solidário, em conformidade com as diretrizes do SUS" (p.10). 27.5. "Utilização da informação, da comunicação, da educação permanente e dos espaços da gestão na construção de autonomia e protagonismo de sujeitos e coletivos" (p.10). 29.2 "No eixo da gestão do trabalho, propõe-se a promoção de ações que assegurem a participação dos trabalhadores nos processos de discussão e decisão, reconhecendo, fortalecendo e valorizando seu compromisso com o processo de produção de saúde e seu crescimento profissional" (p.11). 29.7. ". No eixo da gestão da PNH, indica-se a pactuação com as instâncias intergestoras e de controle social do SUS, o acompanhamento, o monitoramento e a avaliação sistemáticos das ações realizadas, de modo integrado às demais políticas de saúde, estimulando a pesquisa relacionada às necessidades do SUS na perspectiva da Humanização" (p.11). **c. Diretrizes gerais para a implementação da PNH nos diferentes níveis de atenção** 31.1. "Ampliar o diálogo entre os profissionais, entre os profissionais e a população, entre os profissionais e a administração, promovendo a gestão participativa" (p.12). 31.2. "Implantar, estimular e fortalecer Grupos de Trabalho de Humanização com plano de trabalho definido" (p.12). 31.3. "Estimular práticas resolutivas, racionalizar e adequar o uso de medicamentos, eliminando ações intervencionistas desnecessárias" (p.12). 31.4. "Reforçar o conceito de clínica ampliada: compromisso com o sujeito e seu

	coletivo, estímulo a diferentes práticas terapêuticas e co-responsabilidade de gestores, trabalhadores e usuários no processo de produção de saúde" (p.12). 31.6. "Adequar os serviços ao ambiente e à cultura local, respeitando a privacidade e promovendo uma ambiência acolhedora e confortável" (p.12). 31.7. "Viabilizar a participação dos trabalhadores nas unidades de saúde por meio de colegiados gestores" (p.12). 31.8. "Implementar um sistema de comunicação e de informação que promova o autodesenvolvimento e amplie o compromisso social dos trabalhadores de saúde" (p.12). 31.9. "Promover ações de incentivo e valorização da jornada integral ao SUS, do trabalho em equipe e da participação em processos de educação permanente que qualifiquem a ação e a inserção dos trabalhadores na rede SUS" (p.12). 34.4. " Definir protocolos clínicos, garantindo a eliminação de intervenções desnecessárias e respeitando as diferenças e as necessidades do sujeito" (p.12). **d. A gestão da política de humanização** 37."A dimensão transversal da Política de Humanização da Atenção e da Gestão em Saúde no SUS implica, necessariamente, para sua efetuação, um construir coletivo. Isso significa processos de pactuação no âmbito do Ministério da Saúde, assim como nas diversas instâncias do SUS" (p.16). 38. "Mapear programas, projetos e iniciativas de humanização já existentes, articulá-los e, a partir daí, propor diretrizes, traçar objetivos e definir estratégias de ação na composição da PNH, num constante diálogo com as especificidades das áreas da saúde, são tarefas das quais não podemos abrir mão se, de fato, queremos operar transversalmente" (p.16). 39. "[...] afirmar a Humanização como eixo norteador das práticas em saúde supõe uma indissociabilidade com o próprio método de sua construção. Para a política ser transversal é necessário que seu modo de operar também o seja" (p16). 40. "[...]integrar as contribuições das áreas da saúde, assim como de programas e projetos, na construção da Política de Humanização. Seu caráter, portanto, é de abertura, significando que outras experiências e propostas a ela se agregarão" (p.16). **e. O campo da humanização** 44. "A criação do campo da humanização se fará pela intercessão nas diferentes políticas de saúde. Nesse caso, a PNH trabalhará em ações decididas com as áreas de modo a integrá-las, além de facilitar contatos e interagir com as instâncias do SUS onde tais políticas se efetuam" (p.17) 47. "Enquanto núcleo específico, a PNH se propõe a: construir metodologias de trabalho para implantação de projetos de humanização nos diversos âmbitos da rede SUS, seja por meio da concepção de dispositivos de suporte ao desenvolvimento de ações voltadas para os usuários no âmbito da atenção, seja no que concerne às condições de trabalho dos profissionais e dos modelos de gestão do processo de trabalho em saúde no âmbito da gestão, seja na contribuição nos processos de formação propondo a inclusão da PNH nos diversos âmbitos da formação em saúde; seja, ainda, na relação com a cultura, a sociedade na perspectiva do fortalecimento da participação dos cidadãos na construção de um SUS humanizado; fortalecer, ampliar e integrar a Rede Nacional de Humanização estruturada em dimensão presencial e eletrônica" (p.18). 48. "Para a implantação de uma PNH efetivamente transversal às demais ações e políticas de saúde, é necessário combinar a atuação descentralizada dos diversos atores que constituem o SUS, com a articulação e a coordenação necessárias à construção de sinergia e ao acúmulo de experiências" (p.18).
2.3. Qual argumentação utilizada em cada um dos pontos desenvolvidos?	**a. Marco teórico-político** 4. "O debate sobre os modelos de gestão e de atenção, aliados aos de formação dos profissionais de saúde e aos modos com que o controle social vem se exercendo, é, portanto, necessário e urgente. Necessário para que possamos garantir o direito constitucional à saúde para todos, e urgente porque tal debate é uma condição para viabilizar uma saúde digna para todos, com profissionais

	comprometidos com a ética da saúde e com a defesa da vida" (p.5) 5. "É por isso que propomos uma Política Nacional de Humanização da Atenção e da Gestão da Saúde (p.6). **b. Príncipios norteadores da política de humanização** 11. [...] "estamos nos referindo à necessidade de adotar a Humanização como política transversal, entendida como um conjunto de princípios e diretrizes que se traduzem em ações nos diversos serviços, nas práticas de saúde e nas instâncias do sistema, caracterizando uma construção coletiva" (p.7). **c. Diretrizes gerais para a implementação da PNH nos diferentes níveis de atenção** 41. [...] "as diretrizes pactuadas expressam compromissos do Ministério da Saúde em qualificar os princípios do SUS, impondo a todos a tarefa de definirem seus núcleos de responsabilidades e competências. É nesse sentido que se torna importante definir um modo de gestão da PNH" (p. 17). **d. A gestão da política de humanização** 14. [...] "O confronto de idéias, o planejamento, os mecanismos de decisão, as estratégias de implementação e de avaliação, mas principalmente o modo como tais processos se dão,devem confluir para a construção de trocas solidárias e comprometidas com a produção de saúde" (p.7). **d. O campo da humanização** 13."Acreditamos que a Humanização deva caminhar, cada vez mais, para se constituir como vertente orgânica do SUS" (p. 7). 45. "Suas funções de núcleo de humanização definem-se por garantir, estrategicamente, a especificidade da Política de Humanização e, nesse sentido, fará ofertas de conteúdos e de metodologias a serem trabalhados sobre processos e prioridades considerados essenciais para cada área da atenção. Além disso, estabelecerá linhas de implantação, integração, pactuação e difusão da PNH" (p. 17).
2.4 – Qual o sentido dos pontos chaves do documento?	Como política, a Humanização se traduz em princípios e modos de operar no conjunto das relações, tendo como desafio superar obstáculos enfrentados no processo de construção do SUS ao problematizar a gestão dos serviços de saúde e, ao mesmo tempo, a prática dos profissionais/trabalhadores.

Fonte: Política Nacional de Humanização. A Humanização como Eixo Norteador das Práticas de Atenção e Gestão em Todas as Instâncias do SUS (BRASIL, 2004)

APÊNDICE H

Quadro 19: INVESTIGAÇÃO EM RELAÇÃO AO CONTEÚDO DOS DOCUMENTOS 4 e 5

	Documento 4 – Portaria MS 1071 de 04 de julho de 2005 – Política Nacional de Atenção ao Paciente Crítico	**Documento 5 - Portaria nº 2.690, de 5 de novembro de 2009 - Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Política Nacional de Gestão de Tecnologias em Saúde.**
2.1. Pontos principais abordados no documento:	**Política Nacional de Atenção ao paciente Crítico** a. Objetivo b. Sistematização das bases conceituais e operacionais c. Da comissão hospitalar de organização e qualificação da atenção ao paciente crítico d. Do plano hospitalar de atenção ao paciente crítico e. Do plano estadual de atenção ao paciente crítico f. Das unidades assistenciais para adultos	**Política Nacional de Gestão de Tecnologias em Saúde** a. Define-se gestão de tecnologias em saúde b. Objetivo da Política Nacional de Gestão de Tecnologias de Saúde c. As ações estabelecidas na Política Nacional de Gestão de Tecnologias em Saúde serão orientadas pelos seguintes princípios d. A Política Nacional de Gestão de Tecnologias em Saúde obedecerá as seguintes diretrizes
2.2. Como cada um desse postos chaves do documento foi enunciado pelos autor(es)?	**Política Nacional de Atenção ao Paciente Crítico** 26. "A Terapia Intensiva pode ser considerada uma especialidade jovem ou recente. Seu processo de implantação e implementação em nível nacional foi lento e substanciado de forma mais consistente pelas práticas americanas na área da atenção à saúde. A alta tecnologia e capacitação necessariamente diferenciada desta área assistencial chamaram a atenção de grupos farmacêuticos, fornecedores de tecnologia médico-hospitalar e grupos hospitalares" (p.41). 43."A terapia intensiva exige que se discuta o atendimento ao paciente crítico ou potencialmente crítico em todos os seus momentos e espaços assistenciais. Esta é a única maneira de se propor uma real política de atendimento ao paciente crítico, de se discutir o aperfeiçoamento da atuação das unidades de tratamento intensivo e de seus profissionais, de se concretizar a desejada qualificação assistencial da terapia intensiva dentro de uma lógica compatível com a realidade de nossa estrutura de saúde, entendendo sua qualificação como um processo e sua atuação como uma peça desta mesma assistência, que é sistêmica e globalizante, que é integral e universal, que é hierarquizada e referenciada, que é pactuada e regulada de acordo com o	**Política Nacional de Gestão de Tecnologias em Saúde** **a. Define-se gestão de tecnologias em saúde** 10."como o conjunto de atividades gestoras relacionadas com os processos de avaliação, incorporação, difusão, gerenciamento da utilização e retirada de tecnologias do sistema de saúde" (p.61). **b. Objetivo da Política Nacional de Gestão de Tecnologias de Saúde** 11."maximizar os benefícios de saúde a serem obtidos com os recursos disponíveis, assegurando o acesso da população a tecnologias efetivas e seguras, em condições de equidade"(p.61). 11.1. "orientar os processos de incorporação de tecnologias nos sistemas e serviços de saúde" (p.61). 11.2 " nortear a institucionalização dos processos de avaliação e de incorporação de tecnologias baseados na análise das consequências e dos custos para o sistema de saúde e para a população" (p.61). 11.3. "promover o uso do conhecimento técnico-científico atualizado no processo de gestão de tecnologias em saúde" (p.61). 11.4. "sensibilizar os profissionais de saúde e a sociedade em geral para a importância das consequências

	princípio da equidade assistencial" (p. 42). **a. Objetivo** 46. "Elaboração de uma Política Nacional de Atenção ao Paciente Crítico, alicerçada na necessidade de incorporação de uma perspectiva sistêmica da terapia intensiva, integrada e multifacetada ao ambiente hospitalar e às demais áreas de atenção à saúde, bem como sua progressiva qualificação sob aspectos técnicos, tecnológicos, organizacionais e humaniza-dores" (p.41). **b. Sistematização das bases conceituais e operacionais** 47.1. "O Sistema de Atenção à Saúde deve contemplar a integralidade da necessidade do usuário/cidadão, garantindo a responsabilidade deste sistema sobre o processo assistencial como um todo" (p.42) 47.2. " A definição, implantação e implementação de uma política de atenção ao paciente crítico contempla o referencial conceitual de integralidade, equidade e universalidade assistencial, entendendo ser fundamental uma real inserção desta área assistencial no âmbito hospitalar e do próprio sistema de saúde" (p.42). 47.3."[...] um sistema de atenção ao paciente crítico/potencialmente crítico exige a conformação de uma rede assistencial (hospitalar e extra-hospitalar) que atue de forma organizada, pactuada e regulada no sentido de oferecer ao usuário uma atenção qualificada e humanizada compatível com sua real necessidade, incorporando o princípio da complexidade progressiva e da linha de cuidado integral" (p. 42). 47.5."A conformação de uma real rede assistencial e de uma linha de cuidado integral exige a pactuação prévia das responsabilidades assistenciais de todos os seus componentes, bem como as interfaces entre os mesmos" (p.42). 47.8 "A introdução de novos elementos organizacionais e equipamentos hospitalares somados às estruturas de terapia intensiva hoje existentes mostra-se fundamental na incorporação de redes assistenciais de complexidade progressiva para o atendimento de pacientes críticos/potencialmente críticos" (p.42). 47.12. "As estruturas/equipamentos relacionadas no item [47] 8 deverão	econômicas e sociais do uso inapropriado de tecnologias nos sistemas e serviços de saúde" (p.61). 11.5. "fortalecer o uso de critérios e processos de priorização da incorporação de tecnologias, considerando aspectos de efetividade, necessidade, segurança, eficiência e equidade" (p.61). c. **As ações estabelecidas na Política Nacional de Gestão de Tecnologias em Saúde serão orientadas pelos seguintes princípios** 12.1. "a gestão de tecnologias deve utilizar as evidências científicas e considerar os atributos de segurança, eficácia, efetividade, eficiência e impactos econômicos, éticos, sociais e ambientais da tecnologia em questão" (p.61). 12.2. "a produção e a difusão de informações relativas à avaliação de tecnologias deverão levar em conta o tipo da análise, o público-alvo, a linguagem adequada, o tempo disponível e a transparência, além de explicitar os eventuais conflitos de interesse" (p.61). 12.3. "os processos de avaliação promovidos e as decisões de incorporação tomadas pelos gestores de saúde devem ocorrer de modo crítico, permanente e independente" (p.61). 12.4. "o processo de incorporação de tecnologias no sistema deve envolver diferentes atores da sociedade, adotar o Princípio da Precaução e considerar a universalidade do acesso, a equidade, e a sustentabilidade das tecnologias" (p.61). 12.5."o conhecimento sobre as tecnologias efetivas e seguras na atenção à saúde deverá ser disseminado de forma transparente e contínua aos profissionais de saúde e à população" (p.61). 12.6."a ética em pesquisa envolvendo seres humanos será considerada para comprovação de boas práticas no processo de avaliação de tecnologias. Os aspectos bioéticos envolvidos na garantia da equidade e da aplicação de recursos públicos serão analisados para incorporação tecnológica no sistema de saúde" (p.61). 12.7. "os processos de incorporação de tecnologias no sistema de saúde deverão incluir atores representativos da sociedade" (p.61).

	estruturar sua equipe de atenção à saúde dentro dos princípios da linha de cuidado integral, da interdisciplinaridade e da humanização, com enfoque nas necessidades do usuário, na integralidade assistencial e no respeito à participação efetiva dos diferentes profissionais envolvidos na atenção ao paciente crítico/potencialmente crítico"(p.42). 47.13. "A política de formação e qualificação de recursos humanos para a atenção ao paciente crítico/potencialmente crítico deverá ultrapassar a tradicional preocupação técnica/tecnológica, incorporando os referenciais conceituais e organizacionais" (p.42). 47.14 "Da mesma forma, deverá esta formação e qualificação se vincular à política global de recursos humanos para a saúde incorporando, se necessário, vertentes específicas para a atenção ao paciente crítico/potencialmente crítico junto aos já previstos Pólos de Educação Permanente em Saúde para o SUS, espaços operacionais da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, inserindo processos qualificadores sistemáticos em Terapia Intensiva dentro das perspectivas e referenciais do SUS" (p.42). 47.15. "A atenção interdisciplinar e transdisciplinar necessária ao atendimento integral das necessidades do paciente crítico/potencialmente crítico deve compreender minimamente a participação efetiva e partilhada de profissionais da área médica, de enfermagem, psicologia, nutrição, terapia ocupacional, fisioterapia, fonoaudiologia e assistência social" (p.42). 47.16. "A estrutura física destas estruturas/equipamentos deverá contemplar os princípios de humanização assistencial e a necessária interface com os elementos de atenção à saúde disponíveis nas instituições" (p.42). 47.17. "Os recursos tecnológicos deverão ser proporcionais à complexidade/necessidade dos usuários albergados nas áreas assistenciais disponíveis" (p.42). **c. Da comissão hospitalar de organização e qualificação da atenção ao paciente crítico -**	**d. A Política Nacional de Gestão de Tecnologias em Saúde obedecerá as seguintes diretrizes** 13.1. "utilização de evidências científicas para subsidiar a gestão por meio da avaliação de tecnologias em saúde" (p.61). 13.2. " aprimoramento do processo de incorporação de tecnologias" (p.61). 12.3. "racionalização da utilização de tecnologias" (p.61). 12.4. "apoio ao fortalecimento do ensino e pesquisa em gestão de tecnologias em saúde" (p.61). 12.5. "sistematização e disseminação de informações" (p.61). 12.6. "fortalecimento das estruturas governamentais" (p.61). 12.7. "articulação político-institucional e interssetorial" (p.61).

	COHPAC 48.4.“No ambiente intra-hospitalar o objetivo principal das COHPAC está vinculado à implementação de processos que permitam o acompanhamento sistemático do paciente crítico ou potencialmente crítico junto aos diversos equipamentos hospitalares de atenção ao paciente de acordo com suas necessidades. Desta forma, deverão tais comissões implantar e implementar a linha de cuidados integral em terapia intensiva” (p.43). **d. Do plano hospitalar de atenção ao paciente crítico** 54.2 “Descrever pormenorizada-mente as estruturas hospitalares de atendimento ao paciente crítico [UTI...] relacionando a estrutura física, tecnológica e humana disponível” (p.43). 54.3. “Explicitar claramente a atuação da equipe interdisciplinar no atendimento aos pacientes, relatando o trabalho dos profissionais de forma individualizada e em equipe (atribuições gerais e específicas, momentos de interlocução técnica, discussão de casos, round, prontuário único, incorporação de conhecimento, iniciativas de aprimoramento, etc...” (p.43). 54.4. “Descrever as rotinas/nor-mas/regulamentos/protocolos de funcionamento das unidades assistenciais em terapia intensiva, suas interfaces com outras unidades assistenciais do hospital, estabelecendo de forma clara os fluxos assistenciais, os critérios de alta e internação e, por conseqüência, de transferência de pacientes de uma unidade para outra” (p.43). 54.5 “Detalhar as formas definidas pela instituição para acompanhamento dos resultados operacionais de sua estrutura de atenção ao paciente crítico (indicadores de resultado, médias de permanência, índices prognósticos, taxas de ocupação, custos/despesas, taxa de mortalidade, satisfação dos usuários, entre outros)” (p.43). 54.6. “Descrever o plano hospitalar de capacitação e qualificação de recursos humanos para atendimento de pacientes críticos/potencialmen-te críticos” (p.43). 54.6.3. “Instrumentalização e atualização no manejo da tecnologia	

	utilizada no atendimento de pacientes críticos/potencialmente críticos" (p.43). 54.6.4. "Conhecimento das rotinas operacionais da unidade assistencial bem como da instituição de saúde como um todo, entendendo a importância deste conhecimento para a qualificação e agilização do processo assistencial intra-hospitalar ao paciente crítico/potencialmente crítico" (p.43). **e. Do plano estadual de atenção ao paciente crítico** 57"A elaboração e implementação do Plano Estadual de Atenção ao Paciente Crítico são de responsabilidade das Secretarias Estaduais, do Distrito Federal e Municipais de Saúde e é obrigatório para o credenciamento e recredenciamento de Unidades Assistenciais em Terapia Intensiva" (p. 43). **f. Das unidades assistenciais para adultos** **Recursos Humanos:** 61.1."Composição mínima da equipe: Um responsável técnico com título de especialista em terapia intensiva; Um médico diarista (rotineiro) para o turno da manhã e um à tarde com título de especialista em terapia intensiva para cada 10 leitos ou fração; Um médico plantonista por turno exclusivo da unidade para cada 10 leitos ou fração; Um enfermeiro coordenador responsável pela área de enfermagem; Um enfermeiro assistencial por turno, exclusivo da unidade, para cada 10 leitos/fração; Um fisioterapeuta para cada 10 leitos/fração no turno da manhã, da tarde e noite; Um fonoaudiólogo e/ou terapeuta ocupacional disponível para a unidade; Um psicólogo disponível para a unidade; Um técnico de enfermagem para cada 2 leitos/fração por turno; Um funcionário exclusivo responsável pelo serviço de limpeza" (p. 46). **Avaliações médicas especializadas no hospital minimamente disponíveis nas áreas de:** 61.2 "Nefrologia; Neurologia/Neurocirurgia; Cirurgia Geral; Cardiologia; Traumato-Ortopedia; Gastroenterologia; Hematologia;· Pneumologia; Cirurgia Vascular; Cirurgia Torácica; Urologia" (p. 46). **Avaliação e Capacitação de Recursos Humanos**: 61.3 "As Instituições Hospitalares serão responsáveis pela incorporação	

	de atividades de avaliação e capacitação de recursos humanos próprias, as quais deverão versar sobre a totalidade da equipe assistencial, estando descritas detalhadamente no Plano Hospitalar de Atenção ao Paciente Crítico" (p.46). 61.4. "A equipe multiprofissional deverá participar das atividades definidas pelos Pólos de Educação Permanente em Saúde da região de abrangência do estabelecimento de saúde, tanto como capacitadores quanto capacitandos, seguindo o estabelecido pelo Ato Portaria número 198/GM de 13 de fevereiro de 2004" (p.46). **Recursos Físicos** 61.5."Deverá seguir a Resolução RDC nº 307, de 14 de novembro de 2002 da ANVISA" (p.46). **Recursos Materiais/equipamentos** 59.6. "Carro ressuscitador, 01 para cada 10 leitos/fração; Camas de Fawler com grades laterais e rodízios, 01 por leito; Maca para transporte com cilindro de 0xigênio; Conjunto completo para intubação endotraqueal, 01 para cada 05 leitos/fração; Monitor de beira de leito com visoscópio, um para cada leito; Ventilador pulmonar com misturador tipo blender, 01 para cada 02 leitos, do tipo microprocessado; Equipamento para ventilação pulmonar não invasiva; Máscaras de Venturi que permitam diferentes concentrações, 01 para cada 5 leitos/fração; Oxímetro de pulso, 01 para cada 2 leitos; Monitor de pressão não invasiva, 01 para cada 05 leitos/fração; Monitor de pressão invasiva, 01 para cada 05 leitos/fração; Monitor de débito cardíaco, 01 por unidade; Marcapasso cardíaco externo, eletrodos e gerador na unidade, 01 para cada 10 leitos/fração; Capnógrafo, 01 para cada 10 leitos/fração; Bomba de infusão, 02 bombas por leito; Conjunto de nebulização, em máscara, 01 para cada leito; Conjunto padronizado de beira de leito contendo: termômetro, estetoscópio, esfigmo-manômetro, ambu com máscara (ressuscitador manual), 01 para cada leito; Bandejas para procedimentos de: diálise peritoneal, drenagem torácica, punção pericárdica, curativos, flebotomia, acesso venoso profundo, punção lombar, sondagem vesical e traqueotomia;· Eletrocardiógrafo portátil; Aspira-dor portátil;	

	Negatoscópio; Oftalmoscópio; Otoscópio; Pontos de oxigênio e ar comprimido medicinal com válvulas reguladoras de pressão e pontos de vácuo para cada leito; Cilindro de Oxigênio e ar comprimido, disponíveis no hospital" (p. 46). **Recursos Assistenciais disponíveis na estrutura hospitalar:** 61.7"Agência Transfusional 24 horas/dia; Laboratório de Análises Clínicas com hemogasometria 24 horas/dia; Laboratório de Microbiologia; Ultra-sonografia (inclusive a beira do leito); Ecodopplercardiografia; Terapia Renal Substitutiva; Serviço Social; Serviço de Suporte Nutricional; Exames radiológicos convencio-nais a beira do leito (RX móvel); Tomografia Computadorizada; Fibrobroncoscopia; Endoscopia Digestiva" (p. 46). **Recursos Assistenciais disponíveis por acesso formalizado** 61.8."Serviço de Cirurgia Cardiovascular; Serviço de Cardiologia Intervencionista; Serviço de Laboratório de Eletrofisiologia; Serviço de Cirurgia Vascular; Eletroence-falografia; Anatomia Patológica" (p.46). **Humanização** 61.9. "Controle de ruído; Controle de iluminação; Climatização; Iluminação natural; Relógios visíveis para todos os leitos; Acompanhamento sistemático da equipe de psicologia; Divisórias entre os leitos; Garantia de visitas diárias programadas dos familiares (mínimo de três); Garantia de informações da evolução dos pacientes aos familiares Equipe médica: 1 momento (mínimo) Boletins: 3 momentos (mínimo)" (p.46).	
2.3. Qual argumentação utilizada em cada um dos pontos desenvolvidos?	**Política Nacional de Atenção ao Paciente Crítico** 45. "A introdução de uma Política de Atenção ao Paciente Crítico procura estabelecer determinantes estruturais e estruturantes que sirvam como referenciais conceituais para uma real política de qualificação progressiva do atendimento prestado ao paciente crítico. São tais referenciais que normatizarão as bases de nossas estratégias de implementação e operacionalização de ações qualificadoras. Serão estes os	**Política Nacional de Gestão de Tecnologias em Saúde** **a. Define-se gestão de tecnologias em saúde** 4."o conjunto de atividades gestoras relacionadas com os processos de avaliação, incorporação, difusão, gerenciamento da utilização e retirada de tecnologias do sistema de saúde" (p.61). **b. Objetivo da Política Nacional de Gestão de Tecnologias de Saúde** 11."maximizar os benefícios de saúde a serem obtidos com os recursos

	balizadores de nossas ações, de nossas táticas de controle e avaliação e de nossos investimentos operacionais" (p. 42). **a. Objetivo** "Elaboração de uma Política Nacional de Atenção ao Paciente Crítico, alicerçada na necessidade de incorporação de uma perspectiva sistêmica da terapia intensiva, integrada e multifacetada ao ambiente hospitalar e às demais áreas de atenção à saúde, bem como sua progressiva qualificação sob aspectos técnicos, tecnológicos, organizacionais e humanizadores" (p.42). **b. Sistematização das bases conceituais e operacionais** 47.2."A definição, implantação e implementação de uma política de atenção ao paciente crítico contempla o referencial conceitual de integralidade, equidade e universalidade assistencial, entendendo ser fundamental uma real inserção desta área assistencial no âmbito hospitalar e do próprio sistema de saúde" (p.42). **c. Da comissão hospitalar de organização e qualificação da atenção ao paciente crítico** "A efetiva atuação das COHPAC determinará, em nível de instituições hospitalares, o credenciamento e recredencia-mento, a inserção no processo assistencial e a disponibilização de recursos de investimentos pelo poder público a estruturas hospitalares de atendimento a pacientes críticos" p. 6. **d. Do plano hospitalar de atenção ao paciente crítico** "A elaboração e implementação do Plano Hospitalar de Atenção a o Paciente Crítico é obrigatória junto aos Estabelecimentos de Saúde detentores de Unidades Assistenciais em Terapia Intensiva" p. 7. **e. Do plano estadual de atenção ao paciente crítico** 48.1."A implantação e implementação da Comissão Hospitalar de Organização e Qualificação da Atenção ao Paciente Crítico (COHPAC) é obrigatória junto a Estabelecimentos de Saúde detentores de Unidades Assistenciais em Terapia Intensiva (p.43). **f. Das unidades assistenciais para adultos:** **Recursos Humanos**	disponíveis, assegurando o acesso da população a tecnologias efetivas e seguras, em condições de equidade"(p.61). c. **As ações estabelecidas na Política Nacional de Gestão de Tecnologias em Saúde serão orientadas pelos seguintes princípios** 12.4. "o processo de incorporação de tecnologias no sistema deve envolver diferentes atores da sociedade, adotar o Princípio da Precaução e considerar a universalidade do acesso, a equidade, e a sustentabilidade das tecnologias" (p.61). **d. A Política Nacional de Gestão de Tecnologias em Saúde obedecerá as seguintes diretrizes** 9.2. "No Sistema Único de Saúde, a Política Nacional de Gestão de Tecnologias de Saúde será implantada à luz dos princípios de universalidade, equidade e integralidade" (p.61).

	61.1. “A atenção interdisciplinar e transdisciplinar necessária ao atendimento integral das necessidades do paciente crítico/potencialmente crítico deve compreender minimamente a participação efetiva e partilhada de profissionais da área médica, de enfermagem, psicologia, nutrição, terapia ocupacional, fisioterapia, fonoaudiologia e assistência social” (p.46). **Avaliações médicas especializadas no hospital minimamente disponíveis nas áreas de:** 40. “[...] determina necessariamente que recursos assistenciais de maior complexidade sejam destinados a pacientes/usuários que realmente os necessitam para o atendimento de suas necessidades” (p.42). **Avaliação e Capacitação de Recursos Humanos**: 61.3 “ As Instituições Hospitalares serão responsáveis pela incorporação de atividades de avaliação e capacitação de recursos humanos próprias, as quais deverão versar sobre a totalidade da equipe assistencial, estando descritas detalhadamente no Plano Hospitalar de Atenção ao Paciente Crítico” (p.46) **Recursos Físicos** 61.5.“Deverá seguir a Resolução RDC nº 307, de 14 de novembro de 2002 da ANVISA” (p.46). **Recursos materiais/equipamentos** 47.8 “A introdução de novos elementos organizacionais e equipamentos hospitalares somados às estruturas de terapia intensiva hoje existentes mostra-se fundamental na incorporação de redes assistenciais de complexidade progressiva para o atendimento de pacientes críticos/potencialmente críticos” (p.42). **Recursos Assistenciais disponíveis na estrutura hospitalar** 47.17“Os recursos tecnológicos deverão ser proporcionais à complexidade/necessidade dos usuários albergados nas áreas assistenciais disponíveis” (p. 42). **Recursos Assistenciais disponíveis por acesso formalizado** 47.20“ A contratualização de estruturas assistenciais de atenção a pacientes críticos deverá estar vinculada à determinação da responsabilidade assistencial destas estruturas junto ao	

	sistema de atenção à saúde, estabelecida do ponto de vista geográfico, demanda populacional e áreas assistenciais" (p.42). **Humanização** 20.3.5."Respeitar os critérios determinados pela Política Nacional de Humanização" (p.41).	
2.4 – Qual o sentido dos pontos chaves do documento?	A Portaria, determina que a Secretaria de Atenção à Saúde submeta à Consulta Pública a minuta da Política Nacional de Atenção ao Paciente Crítico - Considera que a terapia intensiva deva se inserir no processo assistencial em conformidade com os princípios de integralidade, equidade e universalidade assistencial, tanto no âmbito do ambiente hospitalar quanto do próprio sistema de saúde.	A Política Nacional de Gestão de Tecnologias em Saúde, identifica o conjunto de atividades gestoras relacionadas com os processos de avaliação, incorporação, difusão, gerenciamento da utilização e retirada de tecnologias do sistema de saúde.

Fonte: Portaria MS 1071 de 04 de julho de 2005 – Política Nacional de Atenção ao Paciente Crítico (BRASIL, 2005) e Portaria nº 2.690, de 5 de novembro de 2009 - Política Nacional de Gestão de Tecnologias em Saúde (BRASIL, 2009).

APÊNDICE I

Quadro 20: INVESTIGAÇÃO EM RELAÇÃO AO CONTEÚDO DOS DOCUMENTOS 6 e 7

	Documento 6 – Resolução – RDC nº 7, de 24 de fevereiro de 2010 – Dispõe sobre os requisitos mínimos para funcionamento de Unidades de Terapia Intensiva e dá outras providências	**Documento 7 – Portaria nº 529, de 1º de abril de 2013 - Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP).**
2.1. Pontos principais abordados no documento:	**a. Das disposições iniciais:** a.1Objetivo a.2 Abrangência **b. Definições:** **c. Das Disposições comuns a todas as Unidades de Terapia Intensiva:** c.1.Organização c.2. Infraestrutura Física c.3. Recursos Humanos c.4. Acesso a Recursos Assistenciais c.5. Processos de Trabalho c.6. Transporte de Pacientes c.7. Gerenciamento de Riscos e Notificação de Eventos Adversos c.8. Prevenção e Controle de Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde c.9. Avaliação c.10. Recursos Materiais **d. Capítulo III – Dos requisitos específicos para Unidades de Terapia Intensiva Adulto:** c.1. Recursos Materiais	**Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP)** a. Objetivos Específicos b. Definições c. Estratégias de implementação do PNSP d. Comitê de Implementação do Programa Nacional de Segurança do Paciente (CIPNSP) e. Compete ao CIPNSP
2.2. Como cada um desse postos chaves do documento foi enunciado pelos autor(es)?	**a. Das disposições iniciais:** a.1.Objetivo 3. "Esta Resolução possui o objetivo de estabelecer padrões mínimos para o funcionamento das Unidades de Terapia Intensiva, visando à redução de riscos aos pacientes, visitantes, profissionais e meio ambiente" (p.48). a.2. Abrangência 4."Esta Resolução se aplica a todas as Unidades de Terapia Intensiva gerais do país, sejam públicas, privadas ou filantrópicas; civis ou militares" (p.48). **b. Definições:** 5.2. "Área crítica: área na qual existe risco aumentado para desenvolvimento de infecções relacionadas à assistência à saúde, seja pela execução de processos envolvendo artigos críticos ou material biológico, pela realização de procedimentos invasivos ou pela presença de pacientes com susceptibilidade aumentada aos agentes infecciosos ou portadores de microrganismos de importância epidemiológica" (p.48). 5.6 "Evento adverso: qualquer	**Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP)** 8. [Instituir o PNSP] "Considerando a relevância e magnitude que os Eventos Adversos (EA) têm em nosso país" (p.43). 9. " Considerando a prioridade dada à segurança do paciente em serviços de saúde na agenda política dos Estados-Membros da Organização Mundial da Saúde (OMS) e na Resolução aprovada durante a 57a Assembleia Mundial da Saúde, que recomendou aos países atenção ao tema Segurança do Paciente" (p.43). 11. " Considerando que a gestão de riscos voltada para a qualidade e segurança do paciente engloba princípios e diretrizes, tais como a criação de cultura de segurança; a execução sistemática e estruturada dos processos de gerenciamento de risco; a integração com todos processos de cuidado e articulação com os processos organizacionais do serviços de saúde; as melhores evidências disponíveis; a transparência,

	ocorrência inesperada e indesejável, associado ao uso de produtos submetidos ao controle e fiscalização sanitária, sem necessariamente possuir uma relação causal com a intervenção" (p.48). 5.7 "Gerenciamento de risco: é a tomada de decisões relativas aos riscos ou a ação para a redução das conseqüências ou probabilidade de ocorrência" (p.48). 5.8 "Hospital: estabelecimento de saúde dotado de internação, meios diagnósticos e terapêuticos, com o objetivo de prestar assistência médica curativa e de reabilitação, podendo dispor de atividades de prevenção, assistência ambulatorial, atendimento de urgência/ emergência e de ensino/pesquisa" (p.48). 5.9 "Humanização da atenção à saúde: valorização da dimensão subjetiva e social, em todas as práticas de atenção e de gestão da saúde, fortalecendo o compromisso com os direitos do cidadão, destacando-se o respeito às questões de gênero, etnia, raça, religião, cultura, orientação sexual e às populações específicas" (p.48). 5.10."Índice de gravidade ou Índice prognóstico: valor que reflete o grau de disfunção orgânica de um paciente" (p.48). 5.11. "Médico diarista/rotineiro: profissional médico, legalmente habilitado, responsável pela garantia da continuidade do plano assistencial e pelo acompanhamento diário de cada paciente" (p.48). 5.12. "Médico plantonista: profissional médico, legalmente habilitado, com atuação em regime de plantões" (p.48). 5.13. Microrganismos multir-resistentes: microrganismos, pre-dominantemente bactérias, que são resistentes a uma ou mais classes de agentes amtimicrobianos. Apesar das denominações de alguns microrganismos descreverem resistência a apenas algum agente (exemplo MRSA - Staphylococcus aureus resistente à Oxacilina; VRE - Enterococo Resistente à Vancomicina), esses patógenos frequentemente são resistentes à maioria dos agentes antimicrobianos disponíveis" (p.48). 5.15. "Norma: preceito, regra; aquilo que se estabelece como base a ser seguida" (p.48). 5.16. "Paciente grave: paciente com	a inclusão, a responsabilização e a sensibilização e capacidade de reagir a mudanças" (p.43). 14. " O PNSP tem como objetivo geral contribuir para a qualidade do cuidado em saúde em todos os estabelecimentos de saúde do território nacional " (p.43). **a. Objetivos Específicos** 15.1."Promover e apoiar a implementação de iniciativas voltadas à segurança do paciente em diferentes áreas da atenção, organização e gestão de serviços de saúde, por meio da implantação da gestão de risco e de Núcleos de Segurança do Paciente nos estabelecimentos de saúde" (p. 43). 15.2."Envolver os pacientes e familiares nas ações de segurança do paciente" (p. 43). 15.3. " ampliar o acesso da sociedade às informações relativas à segurança do paciente" (p.43). 15.4. "Produzir, sistematizar e difundir conhecimentos sobre segurança do paciente" (p.43). 15.5. "Fomentar a inclusão do tema segurança do paciente no ensino técnico e de graduação e pós-graduação na área da saúde" (p.43). **b. Definições:** 16.1. "Segurança do Paciente - redução, a um mínimo aceitável, do risco de dano desnecessário associado ao cuidado de saúde" (p.43). 16.2. "Dano - comprometimento da estrutura ou função do corpo e/ou qualquer efeito dele oriundo, incluindo-se doenças, lesão, sofrimento, morte, incapacidade ou disfunção, podendo, assim, ser físico, social ou psicológico" (p.43). 16.3."Incidente - evento ou circunstância que poderia ter resultado, ou resultou, em dano desnecessário ao paciente (p.43). 16.4. "Evento adverso - incidente que resulta em dano ao paciente" (p. 43). 16.5. "Cultura de Segurança - configura-se a partir de cinco características operacionalizadas pela gestão de segurança da organização" (p.43). 1) cultura na qual todos os trabalhadores, incluindo profissionais envolvidos no cuidado e gestores, assumem responsabilidade pela sua própria segurança, pela segurança de seus colegas, pacientes e familiares" (p.43).

	comprometimento de um ou mais dos principais sistemas fisiológicos, com perda de sua autoregulação, necessitando de assistência contínua" (p.48). 5.21. "Risco: combinação da probabilidade de ocorrência de um dano e a gravidade de tal dano" (p.48). 5.22. "Rotina: compreende a descrição dos passos dados para a realização de uma atividade ou operação, envolvendo, geralmente, mais de um agente. Favorece o planejamento e racionalização da atividade, evitam improvisações, na medida em que definem com antecedência os agentes que serão envolvidos, propiciando- lhes treinar suas ações, desta forma eliminando ou minimizando os erros. Permite a continuidade das ações desenvolvidas, além de fornecer subsídios para a avaliação de cada uma em particular. As rotinas são peculiares a cada local" (p.48). 5.23. "Sistema de Classificação de Necessidades de Cuidados de Enfermagem: índice de carga de trabalho que auxilia a avaliação quantitativa e qualitativa dos recursos humanos de enfermagem necessários para o cuidado" (p.48). 5.24. "Sistema de Classificação de Severidade da Doença: sistema que permite auxiliar na identificação de pacientes graves por meio de indicadores e índices de gravidade calculados a partir de dados colhidos dos pacientes (p.48). 5.26. "Unidade de Terapia Intensiva (UTI): área crítica destinada à internação de pacientes graves, que requerem atenção profissional especializada de forma contínua, materiais específicos e tecnologias necessárias ao diagnóstico, monitorização e terapia" (p.48). 5.27. "Unidade de Terapia Intensiva - Adulto (UTI-A): UTI destinada à assistência de pacientes com idade igual ou superior a 18 anos, podendo admitir pacientes de 15 a 17 anos, se definido nas normas da instituição" (p.49). 5.28. "Unidade de Terapia Intensiva Especializada: UTI destinada à assistência a pacientes selecionados por tipo de doença ou intervenção, como cardiopatas, neurológicos, cirúrgicos, entre outras" (p.49). 5.29. "Unidade de Terapia Intensiva	2)" cultura que prioriza a segurança acima de metas financeiras e operacionais" (p.43). 3) "cultura que encoraja e recompensa a identificação, a notificação e a resolução dos problemas relacionados à segurança" (p.43). 4) 'cultura que, a partir da ocorrência de incidentes, promove o aprendizado organizacional; e 5) cultura que proporciona recursos, estrutura e responsabilização para a manutenção efetiva da segurança" (p.43). 16.6 "Gestão de risco - aplicação sistêmica e contínua de iniciativas, procedimentos, condutas e recursos na avaliação e controle de riscos e eventos adversos que afetam a segurança, a saúde humana, a integridade profissional, o meio ambiente e a imagem institucional" (p.43). **c. Estratégias de implementação do PNSP** 17.1. "Elaboração e apoio à implementação de protocolos, guias e manuais de segurança do paciente" (p.43). 17.2."Promoção de processos de capacitação de gerentes, profissionais e equipes de saúde em segurança do paciente" (p.43). 17.3. "Inclusão, nos processos de contratualização e avaliação de serviços, de metas, indicadores e padrões de conformidade relativosà segurança do paciente" (p. 43). 17.4. "Implementação de campanha de comunicação social sobre segurança do paciente, voltada aos profissionais, gestores e usuários de saúde e sociedade" (p.43). 17.5. "Implementação de siste-mática de vigilância e monitoramento de incidentes na assistência à saúde, com garantia de retorno às unidades notificantes" (p.43). 17.6 "Promoção da cultura de segurança com ênfase no aprendizado e aprimoramento organizacional, engajamento dos profissionais e dos pacientes na prevenção de incidentes, com ênfase em sistemas seguros, evitando-se os processos de responsabilização individual" (p.43). 17.7. "Articulação, com o Ministério da Educação e com o Conselho Nacional de Educação, para inclusão do tema segurança do paciente nos currículos dos cursos de formação em saúde de

	Neonatal (UTI-N): UTI destinada à assistência a pacientes admitidos com idade entre 0 e 28 dias" (p.49). 5.30. "Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica (UTI-P): UTI destinada à assistência a pacientes com idade de 29 dias a 14 ou 18 anos, sendo este limite definido de acordo com as rotinas da instituição" (p.49). **c. Das Disposições comuns a todas as Unidades de Terapia Intensiva:** c.1. Organização 6. "A Unidade de Terapia Intensiva deve estar localizada em um hospital regularizado junto ao órgão de vigilância sanitária municipal ou estadual" (p.49). 6.1. "A regularização perante o órgão de vigilância sanitária local se dá mediante a emissão e renovação de alvará de licenciamento sanitário, salvo exceções previstas em lei, e é condicionada ao cumprimento das disposições especificadas nesta Resolução e outras normas sanitárias vigentes" (p.49). 7. "O hospital no qual a Unidade de Terapia Intensiva está localizada deve estar cadastrado e manter atualizadas as informações referentes a esta Unidade no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES)" (p.49). 8. "A direção do hospital onde a UTI está inserida deve garantir" (p.49): 8.1."O provimento dos recursos humanos e materiais necessários ao funcionamento da unidade e à continuidade da atenção, em conformidade com as disposições desta RDC" (p.49). 8.2. "A segurança e a proteção de pacientes, profissionais e visitantes, inclusive fornecendo equipamentos de proteção individual e coletiva" (p.49). 9. "A unidade deve dispor de registro das normas institucionais e das rotinas dos procedimentos assistenciais e administrativos realizados na unidade, as quais devem ser" (p.49): 9.1. " elaboradas em conjunto com os setores envolvidos na assistência ao paciente grave, no que for pertinente, em especial com a Comissão de Controle de Infecção Hospitalar" (p.49). 9.2. "aprovadas e assinadas pelo Responsável Técnico e pelos coordenadores de enfermagem e de fisioterapia" (p.49).	nível técnico, superior e de pós-graduação" (p43). **d. Comitê de Implementação do Programa Nacional de Segurança do Paciente (CIPNSP)** 18. "Instância colegiada, de caráter consultivo, com a finalidade de promover ações que visem à melhoria da segurança do cuidado em saúde através de processo de construção consensual entre os diversos atores que dele participam" (p.43). **e. Compete ao CIPNSP** 19.1"Propor e validar protocolos, guias e manuais voltados à segurança do paciente em diferentes áreas, tais como" (p. 43): 19.2. "Infecções relacionadas à assistência à saúde" (p.43). 19.3. " Procedimentos cirúrgicos e de anestesiologia" (p.43). 19.4. "Prescrição, transcrição, dispensação e administração de medicamentos, sangue e hemoderivados" (p.43). 19.5. "Processos de identificação de pacientes" (p.43). 19.6. "Comunicação no ambiente dos serviços de saúde" (p.43). 19.7. "Prevenção de quedas" (p.43) 19.8. "Úlceras por pressão" (p.43). 19.9. "Transferência de pacientes entre pontos de cuidado" (p.43). 19.10. "Uso seguro de equipamentos e materiais" (p.43). 19.11. "Aprovar o Documento de Referência do PNSP" (p.43). 19.12. "Incentivar e difundir inovações técnicas e operacionais que visem à segurança do paciente" (p.43). 19.13. " Propor e validar projetos de capacitação em Segurança do Paciente (p.43). 19.14."analisar quadrimestralmente os dados do Sistema de Monitoramento incidentes no cuidado de saúde e propor ações de melhoria" (p.43). 19.15. "Recomendar estudos e pesquisas relacionados à segurança do paciente" (p.43). 19.16. "Avaliar periodicamente o desempenho do PNSP" (p.43). 19.17. "Elaborar seu regimento interno e submetê-lo à aprovação do Ministro de Estado da Saúde" (p.43).

	9.3. “revisadas anualmente ou sempre que houver a incorporação de novas tecnologias” (p.49). 9.4. “ disponibilizadas para todos os profissionais da unidade” (p.49). 10. “A unidade deve dispor de registro das normas institucionais e das rotinas relacionadas a biossegurança, contemplando, no mínimo, os seguintes itens” (p.49): 10.1. “condutas de segurança biológica, química, física, ocupacional e ambiental” (p.49). 10.2. “instruções de uso para os equipamentos de proteção individual (EPI) e de proteção coletiva (EPC)” (p.49). 10.3. “procedimentos em caso de acidentes” (p.49). 10.4. “manuseio e transporte de material e amostra biológica” (p.49). **c.2. Infraestrutura Física:** 11. “Devem ser seguidos os requisitos estabelecidos na RDC/Anvisa n. 50, de 21 de fevereiro de 2002” (p.49). 11.1. “A infraestrutura deve contribuir para manutenção da privacidade do paciente, sem, contudo, interferir na sua monitorização” (p.49). 12. “As Unidades de Terapia Intensiva Adulto, Pediátricas e Neonatais devem ocupar salas distintas e exclusivas” (p.49). **c.3. Recursos Humanos:** 13. “As atribuições e as responsabilidades de todos os profissionais que atuam na unidade devem estar formalmente designadas, descritas e divulgadas aos profissionais que atuam na UTI” (p.49). 14. “Deve ser formalmente designado um Responsável Técnico médico, um enfermeiro coordenador da equipe de enfermagem e um fisioterapeuta coordenador da equipe de fisioterapia, assim como seus respectivos substitutos” (p.49). 14.1. “O Responsável Técnico deve ter título de especialista em Medicina Intensiva para responder por UTI Adulto; habilitação em Medicina Intensiva Pediátrica, para responder por UTI Pediátrica; título de especialista em Pediatria com área de atuação em Neonatologia, para responder por UTI Neonatal” (p.49). 14.2. “Os coordenadores de enfermagem e de fisioterapia devem ser especialistas em terapia intensiva ou em outra especialidade	

	relacionada à assistência ao paciente grave, específica para a modalidade de atuação (adulto, pediátrica ou neonatal" (p.49). 14.3. "É permitido assumir responsabilidade técnica ou coordenação em, no máximo, 02 (duas) UTI" (p.49). 15. " Além do disposto no Artigo desta RDC, deve ser designada uma equipe multiprofissional, legalmente habilitada, a qual deve ser dimensionada, quantitativa e qualitativamente, de acordo com o perfil assistencial, a demanda da unidade e legislação vigente, contendo, para atuação exclusiva na unidade, no mínimo, os seguintes profissionais" (p.49): 15.1. " Médico diarista/rotineiro: 01 (um) para cada 10 (dez) leitos ou fração, nos turnos matutino e vespertino, com título de especialista em Medicina Intensiva para atuação em UTI Adulto; habilitação em Medicina Intensiva Pediátrica para atuação em UTI Pediátrica; título de especialista em Pediatria com área de atuação em Neonatologia para atuação em UTI Neonatal" (p.49). 15.2. "Médicos plantonistas: no mínimo 01 (um) para cada 10 (dez) leitos ou fração, em cada turno" (p.49). 15.3. "Enfermeiros assistenciais: no mínimo 01 (um) para cada 08 (oito) leitos ou fração, em cada turno" (p.49). 15.4. " Fisioterapeutas: no mínimo 01 (um) para cada 10 (dez) leitos ou fração, nos turnos matutino, vespertino e noturno, perfazendo um total de 18 horas diárias de atuação" (p.49). 15.5. "Técnicos de enfermagem: no mínimo 01 (um) para cada 02 (dois) leitos em cada turno, além de 1 (um) técnico de enfermagem por UTI para serviços de apoio assistencial em cada turno" (p.49). 15.6. " Auxiliares administrativos: no mínimo 01 (um) exclusivo da unidade" (p.49). 15.7. "Funcionários exclusivos para serviço de limpeza da unidade, em cada turno" (p.49). 16. "Médicos plantonistas, enfermeiros assistenciais, fisioterapeutas e técnicos de enfermagem devem estar disponíveis em tempo integral para assistência aos pacientes internados na UTI, durante o horário em que estão escalados para atuação na UTI" (p.49).	

	18. “A equipe da UTI deve participar de um programa de educação continuada, contemplando, no mínimo” (p.49): 18.1.”normas e rotinas técnicas desenvolvidas na unidade” (p.49). 18.2. “incorporação de novas tecnologias” (p.49). 18.3. “gerenciamento dos riscos inerentes às atividades desenvolvidas na unidade e segurança de pacientes e profissionais” (p.49). 18.4. “prevenção e controle de infecções relacionadas à assistência à saúde” (p.49). **c.4. Acesso a Recursos Assistenciais:** 19. “Devem ser garantidos, por meios próprios ou terceirizados, os seguintes serviços à beira do leito: assistência nutricional; terapia nutricional (enteral e parenteral); assistência farmacêutica; assistência fonoaudiológica; assistência psicológica; assistência odontológica; assistência social; assistência clínica vascular; assistência de terapia ocupacional para UTI Adulto e Pediátrica; assistência clínica cardiovascular, com especialidade pediátrica nas UTI Pediátricas e Neonatais; assistência clínica neurológica; assistência clínica ortopédica; assistência clínica urológica; assistência clínica gastroenterológica; assistência clínica nefrológica, incluindo hemodiálise; assistência clínica hematológica; assistência hemoterápica; assistência oftalmológica; assistência de otorrinolaringológica; assistência clínica de infectologia; assistência clínica ginecológica; assistência cirúrgica geral em caso de UTI Adulto e cirurgia pediátrica, em caso de UTI Neonatal ou UTI Pediátrica; serviço de laboratório clínico, incluindo microbiologia e hemogasometria; serviço de radiografia móvel; serviço de ultrassonografia portátil; serviço de endoscopia digestiva alta e baixa; serviço de fibrobroncoscopia; serviço de diagnóstico clínico e notificação compulsória de morte encefálica” (p.49). 20. “O hospital em que a UTI está inserida deve dispor, na própria estrutura hospitalar, dos seguintes serviços diagnósticos e Terapêuticos: centro cirúrgico, serviço radiológico convencional e serviço de	

	ecodopplercardiografia. Além disso, deve ser garantido acesso aos serviços diagnósticos e terapêuticos, no hospital onde a UTI está inserida ou em outro estabelecimento, através de acesso formalizado, no que se refere à cirurgia cardiovascular, cirurgia vascular, cirurgia neurológica, cirurgia ortopédica, cirurgia urológica, cirurgia buco-maxilo-facial, radiologia intervencionista, ressonância magnética, 64 tomografia computadorizada, anatomia patológica e exame comprobatório de fluxo sanguíneo encefálico" (p.49). **c.5. Processos de Trabalho:** 21. "Todo paciente internado em UTI deve receber assistência integral e interdisciplinar" (p.49). 22. "A evolução do estado clínico, as intercorrências e os cuidados prestados devem ser registrados pelas equipes médica, de enfermagem e de fisioterapia no prontuário do paciente, em cada turno, e atendendo as regulamentações dos respectivos conselhos de classe profissional e normas institucionais" (p.49). 23. "As assistências farmacêutica, psicológica, fonoaudiológica, social, odontológica, nutricional, de terapia nutricional enteral e parenteral e de terapia ocupacional devem estar integradas às demais atividades assistenciais prestadas ao paciente, sendo discutidas conjuntamente pela equipe multiprofissional" (p.49). 23.1. "A assistência prestada por estes profissionais deve ser registrada, assinada e datada no prontuário do paciente, de forma legível e contendo o número de registro no respectivo conselho de classe profissional" (p.49). 24. "Devem ser assegurados, por todos os profissionais que atuam na UTI, os seguintes itens" (p49): 24.1. "preservação da identidade e da privacidade do paciente, assegurando um ambiente de respeito e dignidade" (p.49). 24.2. "fornecimento de orientações aos familiares e aos pacientes, quando couber, em linguagem clara, sobre o estado de saúde e a assistência a ser prestada desde a admissão até a alta" (p.49). 24.3. "ações de humanização da atenção à saúde" (p.49). 24.4. "promoção de ambiência acolhedora" (p.49).	

	24.5. “incentivo à participação da família na atenção ao paciente, quando pertinente” (p.49). 25. “A presença de acompanhantes em UTI deve ser normatizada pela instituição, com base na legislação vigente” (p.49). 26. “O paciente consciente deve ser informado quanto aos procedimentos a que será submetido e sobre os cuidados requeridos para execução dos mesmos” (p.49). 26.1. “O responsável legal pelo paciente deve ser informado sobre as condutas clínicas e procedimentos a que o mesmo será submetido” (p.49). 27. “Os critérios para admissão e alta de pacientes na UTI devem ser registrados, assinados pelo Responsável Técnico e divulgados para toda a instituição, além de seguir legislação e normas institucionais vigentes” (p.49). **c.6. Transporte de Pacientes:** 29. “Todo paciente grave deve ser transportado com o acompanhamento contínuo, no mínimo, de um médico e de um enfermeiro, ambos com habilidade comprovada para o atendimento de urgência e emergência” (p.49). 30. “Em caso de transporte intra-hospitalar para realização de algum procedimento diagnóstico ou terapêutico, os dados do prontuário devem estar disponíveis para consulta dos profissionais do setor de destino” (p.49). 32. “Em caso de transferência inter-hospitalar por alta da UTI, o paciente deverá ser acompanhado de um relatório de transferência, o qual será entregue no local de destino do paciente” (p.49). 32.1. “O relatório de transferência deve conter, no mínimo: dados referentes ao motivo de internação na UTI e diagnósticos de base; dados referentes ao período de internação na UTI, incluindo realização de procedimentos invasivos, intercorrências, infecções, transfusões de sangue e hemoderivados, tempo de permanência em assistência ventilatória mecânica invasiva e não-invasiva, realização de diálise e exames diagnósticos; dados referentes à alta e ao preparatório para a transferência, incluindo prescrições médica e de enfermagem do dia, especificando aprazamento de horários	

	e cuidados administrados antes da transferência; perfil de monitorização hemodinâmica, equilíbrioácido-básico, balanço hídrico e sinais vitais das últimas 24 horas" (p.49). **b.7. Gerenciamento de Riscos e Notificação de Eventos Adversos:** 33. "Deve ser realizado gerenciamento dos riscos inerentes às atividades realizadas na unidade, bem como aos produtos submetidos ao controle e fiscalização sanitária" (p.49). 34. "O estabelecimento de saúde deve buscar a redução e minimização da ocorrência dos eventos adversos relacionados a: procedimentos de prevenção, diagnóstico, tratamento ou reabilitação do paciente; medicamentos e insumos farmacêuticos; produtos para saúde, incluindo equipamentos; uso de sangue e hemocomponentes; saneantes; outros produtos submetidos ao controle e fiscalização sanitária utilizados na unidade" (p.49) 35. "Na monitorização e no gerenciamento de risco, a equipe da UTI deve" (p.49): 35.1."definir e monitorar indicadores de avaliação da prevenção ou redução dos eventos adversos pertinentes à unidade" (p.49). 35.2. "coletar, analisar, estabelecer ações corretivas e notificar eventos adversos e queixas técnicas, conforme determinado pelo órgão sanitário competente" (p.50). 36. Os eventos adversos relacionados aos itens [35] dispostos desta RDC devem ser notificados à gerência de risco ou outro setor definido pela instituição, de acordo com as normas institucionais" (p.50). **c.8. Prevenção e Controle de Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde:** 37. "Devem ser cumpridas as medidas de prevenção e controle de infecções relacionadas à assistência à saúde (IRAS) definidas pelo Programa de Controle de Infecção do hospital" (p.50). 38. "As equipes da UTI e da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar - CCIH - são responsáveis pelas ações de prevenção e controle de IRAS" (p.50). 39. "A CCIH deve estruturar uma metodologia de busca ativa das infecções relacionadas a dispositivos invasivos, dos microrganismos	

	multirresistentes e outros microrganismos de importância clínico-epidemiológica, além de identificação precoce de surtos" (p.50). 40. "A equipe da UTI deve colaborar com a CCIH na vigilância epidemiológica das IRAS e com o monitoramento de microrganismos multirresistentes na unidade" (p.50). 41. "A CCIH deve divulgar os resultados da vigilância das infecções e perfil de sensibilidade dos microrganismos à equipe multiprofissional da UTI, visando a avaliação periódica das medidas de prevenção e controle das IRAS" (p.50). 42. "As ações de prevenção e controle de IRAS devem ser baseadas na avaliação dos indicadores da unidade" (p.50). 43. "A equipe da UTI deve aderir às medidas de precaução padrão, às medidas de precaução baseadas na transmissão (contato, gotículas e aerossóis) e colaborar no estímulo ao efetivo cumprimento das mesmas" (p.50). 44. " A equipe da UTI deve orientar visitantes e acompanhantes quanto às ações que visam a prevenção e o controle de infecções, baseadas nas recomendações da CCIH" (p.50). 45. "A equipe da UTI deve proceder ao uso racional de antimicrobianos, estabelecendo normas e rotinas de forma interdisciplinar e em conjunto com a CCIH, Farmácia Hospitalar e Laboratório de Microbiologia" (p.50). 46. "Devem ser disponibilizados os insumos, produtos, equipamentos e instalações necessários para as práticas de higienização de mãos de profissionais de saúde e visitantes" (p.50). 47. "O Responsável Técnico e os coordenadores de enfermagem e de fisioterapia devem estimular a adesão às práticas de higienização das mãos pelos profissionais e visitantes " (p.50). **c.9. Avaliação** 48. "Devem ser monitorados e mantidos registros de avaliações do desempenho e do padrão de funcionamento global da UTI, assim como de eventos que possam indicar necessidade de melhoria da qualidade da assistência, com o objetivo de estabelecer medidas de controle ou redução dos mesmos (p.50). 48.1." Deve ser calculado o Índice de	

	Gravidade / Índice Prognóstico dos pacientes internados na UTI por meio de um Sistema de Classificação de Severidade de Doença recomendado por literatura científica especializada" (p.50). 48.2. "O Responsável Técnico da UTI deve correlacionar a mortalidade geral de sua unidade com a mortalidade geral esperada, de acordo com o Índice de gravidade utilizado" (p.50). 48.3. "Devem ser monitorados os indicadores mencionados na Instrução Normativa nº 4, de 24 de fevereiro de 2010, da ANVISA §4º Estes dados devem estar em local de fácil acesso e ser disponibilizados à Vigilância Sanitária durante a inspeção sanitária ou quando solicitado" (p.50). 49. "Os pacientes internados na UTI devem ser avaliados por meio de um Sistema de Classificação de Necessidades de Cuidados de Enfermagem recomendado por literatura científica especializada" (p.50). 49.1. " O enfermeiro coordenador da UTI deve correlacionar as necessidades de cuidados de enfermagem com o quantitativo de pessoal disponível, de acordo com um instrumento de medida utilizado" (p.50). **c.10. Recursos Materiais:** 50. "A UTI deve dispor de materiais e equipamentos de acordo com a complexidade do serviço e necessários ao atendimento de sua demanda" (p.50). 51. "Os materiais e equipamentos utilizados, nacionais ou importados, devem estar regularizados junto à ANVISA, de acordo com a legislação vigente" (p.50). 52. "Devem ser mantidas na unidade instruções escritas referentes à utilização dos equipamentos e materiais, que podem ser substituídas ou complementadas por manuais do fabricante em língua portuguesa" (p.50). 53. "Quando houver terceirização de fornecimento de equipamentos médico-hospitalares, deve ser estabelecido contrato formal entre o hospital e a empresa contratante" (p.50). "Os materiais e equipamentos devem estar íntegros, limpos e prontos para uso" (p.50). 55. "Devem ser realizadas manutenções preventivas e corretivas nos	

	equipamentos em uso e em reserva operacional, de acordo com periodicidade estabelecida pelo fabricante ou pelo serviço de engenharia clínica da instituição" (p.50). 55.1 "Devem ser mantidas na unidade cópias do calendário de manutenções preventivas e o registro das manutenções realizadas" (p.50).. **d. Dos requisitos específicos para Unidades de Terapia Intensiva Adulto:** **d.1.Recursos Materiais** 56. "Devem estar disponíveis, para uso exclusivo da UTI Adulto, materiais e equipamentos de acordo com a faixa etária e biotipo do paciente' (p.50). 57. "Cada leito deve ter, no mínimo, os seguintes equipamentos e materiais: cama hospitalar com ajuste de posição, grades laterais e rodízios; equipamento para ressuscitação manual do tipo balão auto-inflável, com reservatório e máscara facial: 01(um) por leito, com reserva operacional de 01 (um) para cada 02 (dois) leitos; estetoscópio; conjunto para nebulização; quatro (04) equipamentos para infusão contínua e controlada de fluidos (bomba de infusão), com reserva operacional de 01 (um) equipamento para cada 03 (três) leitos: fita métrica; equipamentos e materiais que permitam monitorização contínua de: freqüência respiratória; oximetria de pulso; freqüência cardíaca; cardioscopia; temperatura; pressão arterial não-invasiva" (p.50). 58. "Cada UTI Adulto deve dispor, no mínimo, de: materiais para punção lombar; materiais para drenagem liquórica em sistema fechado; oftalmoscópio; otoscó-pio; negatoscópio; máscara facial que permite diferentes concentrações de Oxigênio: 01 (uma) para cada 02 (dois) leitos; materiais para aspiração traqueal em sistemas aberto e fechado; aspirador a vácuo portátil; equipamento para mensurar pressão de balonete de tubo/cânula endotraqueal (cuffô-metro); ventilômetro portátil; capnógrafo: 01 (um) para cada 10 (dez) leitos; ventilador pulmonar mecânico micropro-cessado: 01 (um) para cada 02 (dois) leitos, com reserva operacional de 01 (um) equipamento para cada 05 (cinco) leitos, devendo	

	dispor, cada equipamento de, no mínimo, 02 (dois) circuitos completos, equipamento para ventilação pulmonar mecânica não invasiva: 01(um) para cada 10 (dez) leitos, quando o ventilador pulmonar mecânico microprocessado não possuir recursos para realizar a modalidade de ventilação não invasiva; materiais de interface facial para ventilação pulmonar não invasiva 01 (um) conjunto para cada 05 (cinco) leitos; materiais para drenagem torácica em sistema fechado; materiais para traqueostomia; foco cirúrgico portátil; materiais para acesso venoso profundo; materiais para flebotomia; materiais para monitorização de pressão venosa central; materiais e equipamento para monitorização de pressão arterial invasiva: 01 (um) equipamento para cada 05 (cinco) leitos, com reserva operacional de 01 (um) equipamento para cada 10 (dez) leitos; materiais para punção pericárdica; monitor de débito cardíaco; eletrocardiógrafo por-tátil: 01 (um) equipamento para cada 10 (dez) leitos; kit (carrinho) contendo medicamentos e materiais para atendimento às emergências: 01 (um) para cada 05 (cinco) leitos ou fração; equipamento desfi-brilador e cardioversor, com bateria: 01 (um) para cada 05 (cinco) leitos; marcapasso car-díaco temporário, eletrodos e gerador: 01 (um) equipamento para cada 10 (dez) leitos; equipamento para aferição de glicemia capilar, específico para uso hospitalar: 01 (um) para cada 05 (cinco) leitos; materiais para curativos; materiais para cateterismo vesical de demora em sistema fechado; dispositivo para elevar, transpor e pesar o paciente; poltrona com revestimento impermeável, destinada à as-sistência aos pacientes: 01 (uma) para cada 05 leitos ou fração. maca para transporte, com grades laterais, suporte para soluções parenterais e suporte para cilindro de oxigênio: 1 (uma) para cada 10 (dez) leitos ou fração; equipamentos para monitorização contínua de múltiplos parâmetros (oximetria de pulso, pressão arterial não-invasiva; cardioscopia; frequên-cia respiratória) específico(s)	

	para transporte, com bateria: 1 (um) para cada 10 (dez) leitos ou fração; ventilador mecânico específico para transporte, com bateria: 1(um) para cada 10 (dez) leitos ou fração; kit (maleta) para acompanhar o transporte de pacientes graves, contendo medicamentos e materiais para atendimentoàs emergências: 01 (um) para cada 10 (dez) leitos ou fração;cilindro transportável de oxigênio; relógios e calendários posicionados de forma a permitir visualização em todos os leitos. refrigerador, com temperatura interna de 2 a 8°C, de uso exclusivo para guarda de medicamentos, com monito-rização e registro de temperatura" (p.50).	
2.3. Qual argumentação utilizada em cada um dos pontos desenvolvidos?	72. "Os estabelecimentos abrangidos por esta Resolução têm o prazo de 180 (cento e oitenta) dias contados a partir da data de sua publicação para promover as adequações necessárias do serviço para cumprimento da mesma" (p.51). No entanto, para outros aspectos específicos, relacionados aos recursos humanos e materiais, esse prazo foi estendido para três anos. 72.2. "A partir da publicação desta Resolução, os novos estabelecimentos e aqueles que pretendem reiniciar suas atividades devem atender na íntegra às exigências nela contidas, previamente ao início de seu funcionamento" (p.50).	Programa Nacional de Segurança do Paciente, tem por **objetivo geral** contribuir para a qualificação do cuidado em saúde em todos os estabelecimentos de saúde do território nacional" (p.43). **a. Objetivos Específicos** 15.1."Promover e apoiar a implementação de iniciativas voltadas à segurança do paciente em diferentes áreas da atenção, organização e gestão de serviços de saúde" (p. 43). 15.4. "Produzir, sistematizar e difundir conhecimentos sobre segurança do paciente" (p.43). **b. Definições** 16. "Segurança do Paciente - redução, a um mínimo aceitável, do risco de dano desnecessário associado ao cuidado de saúde" (p.43). 16.5. "Cultura de Segurança - na qual todos os trabalhadores, incluindo profissionais envolvidos no cuidado e gestores, assumem responsabilidade pela sua própria segurança, pela segurança de seus colegas, pacientes e familiares" (p.43). 16.6 "Gestão de risco - aplicação sistêmica e contínua de iniciativas, procedimentos, condutas e recursos na avaliação e controle de riscos e eventos adversos que afetam a segurança, a saúde humana, a integridade profissional, o meio ambiente e a imagem institucional" (p.43). **c. Estratégias de implementação do PNSP** 17.1."Elaboração e apoio à implementação de protocolos, guias e manuais de segurança do paciente"

		(p.43). 17.6.“Promoção da cultura de segurança com ênfase no aprendizado e aprimoramento organizacional, engajamento dos profissionais e dos pacientes na prevenção de incidentes, com ênfase em sistemas seguros, evitando-se os processos de responsabilização individual” (p.43). **d. Comitê de Implementação do Programa Nacional de Segurança do Paciente (CIPNSP)** 18.“instância colegiada, de caráter consultivo, com a finalidade de promover ações que visem à melhoria da segurança do cuidado em saúde através de processo de construção consensual entre os diversos atores que dele participam” (p.43). **e. Compete ao CIPNSP** 19.1“Propor e validar protocolos, guias e manuais voltados à segurança do paciente em diferentes áreas, tais como” (p. 43): 19.11. “Aprovar o Documento de Referência do PNSP” (p.43). 19.12. “Incentivar e difundir inovações técnicas e operacionais que visem à segurança do paciente” (p.43). 19.13. “ Propor e validar projetos de capacitação em Segurança do Paciente (p.43). 19.14.”analisar quadrimestralmente os dados do Sistema de Monitoramento incidentes no cuidado de saúde e propor ações de melhoria” (p.43). 19.15. “Recomendar estudos e pesquisas relacionados à segurança do paciente” (p.43).
2.4 – Qual o sentido dos pontos chaves do documento?	A resolução se aplica a todas as Unidades de Terapia Intensiva do país, sejam públicas, privadas ou filantrópicas; civis ou militares O objetivo é reduzir os riscos aos pacientes, visitantes, profissionais e meio ambiente. Com a medida, a Anvisa também busca elevar a qualidade do atendimento, com a consequente redução do tempo de tratamento de pacientes graves nesses setores. A nova regra traz parâmetros tanto para estrutura, organização e processos de trabalho quanto para a obtenção e monitoramento de indicadores de saúde que retratem o perfil assistencial da unidade.	A portaria considera que a gestão de riscos voltada para a qualidade e segurança do paciente engloba princípios e diretrizes, tais como a criação de cultura de segurança; a execução sistemática e estruturada dos processos de gerenciamento de risco; a integração com todos processos de cuidado e articulação com os processos organizacionais do serviços de saúde; as melhores evidências disponíveis; a transparência, a inclusão, a responsabilização e a sensibilização e capacidade de reagir a mudanças.

Fonte: Resolução – RDC nº 7, de 24 de fevereiro de 2010 (BRASIL, 2010) e Portaria nº 529, de 1º de abril de 2013 - Programa Nacional de Segurança do Paciente (BRASIL, 2013).