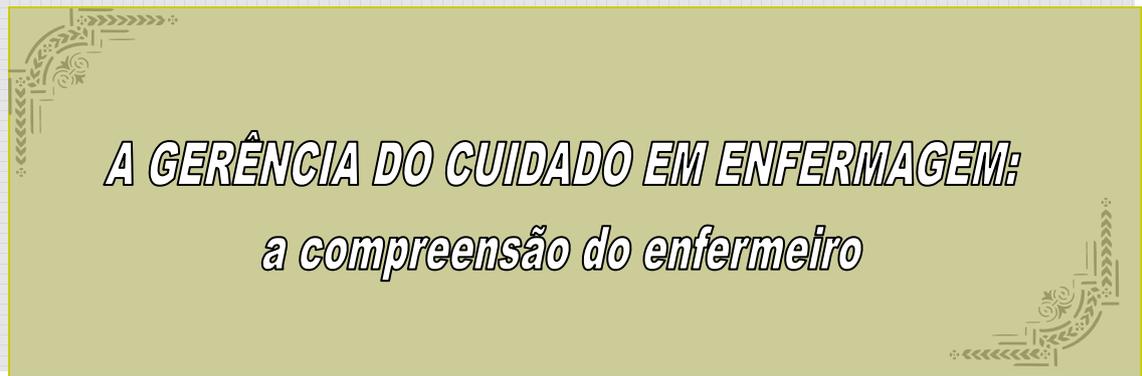


Láyza Lourenço Machado Braga Quintão



***A GERÊNCIA DO CUIDADO EM ENFERMAGEM:
a compreensão do enfermeiro***

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Área de concentração: Enfermagem

Orientadora: Prof^a Dr^a Maria Édila Abreu Freitas

Belo Horizonte
Escola de Enfermagem da UFMG
2007



Universidade Federal de Minas Gerais
Escola de Enfermagem
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem: Cuidar em Saúde e
Enfermagem/Saúde do Trabalhador

Dissertação intitulada **“A gerência do cuidado em enfermagem: a compreensão do enfermeiro”**, de autoria da mestranda Láyza Lourenço Machado Braga Quintão, aprovada pela banca examinadora constituída pelas seguintes professoras:

Prof^ª Dr^ª Maria Édila Abreu Freitas - ENA/UFMG - Orientadora

Prof^ª Dr^ª Heloisa de Carvalho Torres - ENA/UFMG

Prof^ª Dr^ª Anézia Moreira Madeira - EMI/UFMG

Prof^ª Dr^ª Cláudia Maria de Mattos Penna
Coordenadora em exercício do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem
EMI/UFMG

Belo Horizonte, 22 de junho de 2007

Av. Professor Alfredo Balena, 190 - Belo Horizonte, MG - 30130-100 - Brasil - Telefax: (031) 32489836



D
E
D
I
C
A
T
Ó
R
I
A

*Aos meus filhos, Lucas e Yasmin,
pelo carinho e amor incondicional, apesar da
minha grande ausência.*

*Ao Vinícius, meu marido,
por atravessar comigo um período de grande
transformação e instabilidade.*



**A
G
R
A
D
E
C
I
M
E
N
T
O
S**

*Aos meus pais,
que mesmo eu não tendo trilhado o caminho por eles sonhado,
foram o alicerce para as minhas vivências.*

*À Professora Hilda Bara,
por ter sido Mestre, Professora e “Mãe”*

*Ao Professor Antônio Augusto,
por me apresentar novos horizontes na Administração.*

*Às Enfermeiras que participaram deste estudo,
pela disponibilidade e confiança.*

*À Alcinéia,
pelo cuidado e amizade.*

*Ao meu irmão Milton e à Andréia,
por serem presentes.*

*À Enfermeira Cristina,
pela receptividade.*

*À Lílíam,
pelo carinho e profissionalismo.*

*Aos meus alunos da Faseh,
pela compreensão.*

*À Sandra,
por cuidar da minha casa e meus filhos.*



**A
G
R
A
D
E
C
I
M
E
N
T
O

E
S
P
E
C
I
A
L**

*À Professora Doutora Maria Édila Abreu Freitas,
pelos ensinamentos profissionais, mas principalmente
pelo ensinamento de vida!*

RESUMO

LÁYZA, L. M. B. Q. **A gerência do cuidado em enfermagem: a compreensão do enfermeiro.** 2007. 122 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2007.

Trata-se de um estudo fenomenológico, que emergiu das nossas vivências no contexto do modelo hospitalocêntrico, como profissionais que vivenciaram a interface entre “sujeitos cuidadores” e “sujeitos cuidados”, quando experenciamos um acidente automobilístico. Tal situação suscitou em nós o desejo de compreendermos o significado de Gerência do Cuidado, sob a ótica do enfermeiro que cuida, em razão da nossa vivência, onde nutrimos o sentimento de ausência deste profissional em nosso processo cuidativo. Com a trajetória escolhida, foi possível a nossa aproximação do fenômeno, o que nos possibilitou a descrição de sua essência. Contamos com a participação de sete enfermeiras e, para garantir o sigilo dos discursos, criamos pseudônimos utilizando as letras da palavra SENTIDO que corresponde ao número de entrevistados. As entrevistas foram gravadas, para permitir-nos uma maior apreensão das falas dos sujeitos. A questão norteadora, **“Descreva para mim situações, vivenciadas por você, que retratem a Gerência do Cuidado em Enfermagem”**, possibilitou-nos o encontro de 91 temas que, após convergências e divergências de sentido, originaram dez grandes temas. Novas convergências e divergências foram realizadas sendo estes convertidos em quatro grandes categorias: O cotidiano do cuidar; Jogo de cintura; Ser presença na ausência; Gerenciamento da assistência de enfermagem. Os resultados sinalizaram os aspectos influentes na gerência do cuidado, dentre eles o tempo em suas interfaces, que, a nosso ver, possibilita reflexões geradoras de novos estudos.

Palavras-chave: gerência, cuidado, gerência do cuidado, significado.

ABSTRACT

This is a phenomenological study which resulted from my experience in the context of a hospital-centered model, as a “caregiver subject” who then became a “cared-for subject” as the result of an automobile accident. This brought the wish to understand the meaning of care management, from the point of view of the nurse who cares, because of the feeling of absence of this professional in the care I was given. With the path chosen, it was possible to draw close to the phenomenon, providing the description of its essence. Seven nurses participated and, to keep the privacy of the discourse, we created pseudonyms using the letters of the word “SENTIDO” (in English, meaning), which corresponds to the number of interviewees. The interviews were recorded, which permitted a better grasp of the speech of the subjects. The guiding issue – “Describe to me the situation you lived through, which portrays the Management of Care giving in Nursing” – made it possible to find 91 themes which, after examining overlapping and different meanings, raised ten major themes, and were divided into 4 major categories: the daily routine of caring; flexibility; step into the gap; management of nursing care. The result signaled the elements which influence the management of care, including time in its different aspects, which suggests new studies.

Key-words: management, care, care management, meaning.

LISTA DE SIGLAS

- COFEN - Conselho Federal de Minas Gerais
CTI - Centro de Terapia Intensiva
ECG - Eletrocardiograma
PVC - Pressão Venosa Central
SCP - Sistema de Classificação de Pacientes
UTI - Unidade de Terapia Intensiva

SUMÁRIO

CAPÍTULO 1	
1.1	Gerência do cuidado: significado para o enfermeiro.....11
CAPÍTULO 2	
2.1	Gerência.....17
2.2	Cuidado.....22
2.3	Gerência do cuidado.....27
CAPÍTULO 3	
3.1	Fundamentação teórico metodológica.....34
3.2.	Trajetória metodológica.....36
CAPÍTULO 4	
4.1	Análise compreensiva: desvelando o fenômeno gerência do cuidado.....41
4.1.1	O cotidiano do cuidar.....41
4.1.2	Jogo de cintura.....53
4.1.3	Ser presença na ausência.....63
4.1.4	Gerenciamento da assistência de enfermagem.....67
CAPÍTULO 5	
5.1	Iniciando a compreensão.....76
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....79	
ANEXOS.....86	
APÊNDICE.....90	



C
A
P
Í
T
U
L
O

1

*O mundo não é o que penso, mas o que vivo,
estou aberto ao mundo,
comunico-me indubitavelmente com ele,
mas não o possuo,
ele é inesgotável.*

Merleau-Ponty

1.1 Gerência do cuidado: significado para o enfermeiro

A escolha por realizar um estudo sobre a Gerência do Cuidado surge durante o período da nossa graduação em enfermagem, a partir do momento que começamos a perceber uma grande distância entre o discurso teórico e a prática profissional como acadêmica bolsista do Hospital Universitário. A aprendizagem da enfermagem, do gerenciamento do cuidado, se dava por meio das experiências vivenciadas por nós no contexto do modelo hospitalocêntrico, centrado na doença. Após o término da graduação, mergulhamos em um repensar a despeito da enfermagem e da Gerência do Cuidado.

Um ano após termos concluído a graduação em enfermagem, sofremos um acidente automobilístico grave e vimo-nos como uma paciente politraumatizada, ocupando um leito de hospital e vivenciando na pele a dor de ser cliente e profissional ao mesmo tempo. O ocorrido foi um marco em nossa vida e levou-nos a reflexões profundas acerca da prática profissional do enfermeiro no cenário hospitalar.

Em consequência, cinquenta e cinco dias de internação hospitalar e cinco cirurgias de grande porte. Durante dez dias permanecemos no hospital de uma cidade do interior do estado de Minas Gerais, próximo ao local do acidente, onde foi prestado o primeiro atendimento. Nesta época, trabalhávamos nesta instituição na organização do processo de trabalho da equipe de enfermagem na Unidade de Terapia Intensiva (UTI). Essa situação trouxe-nos uma mudança de foco: de “sujeito cuidador” para o “sujeito cuidado”. Reconhecemos este momento como um dos mais significativos para o nosso crescimento pessoal e profissional.

Durante o período de tratamento e convalescença no hospital, deparamo-nos com uma realidade que, a princípio, amedrontava tanto a nossa condição de enfermeira, quanto à de cliente, mas que nos instigava na busca da compreensão desse vivido, principalmente no que tangia à prática profissional, tendo o cuidado como essência. Após essa vivência como

cliente, pudemos perceber e certificar-nos da importância do ato de cuidar. Para Boff (2004), tomar o cuidado à luz da existência humana significa explorar a relação sujeito-sujeito, disponibilizando toda a capacidade de empatia, dedicação, compaixão, imprimindo à ação uma centralidade da ordem do sentir.

Naquele momento encontrava-nos fragilizadas pelo acidente e desejávamos a presença de um enfermeiro ao nosso lado para que pudéssemos falar das nossas angústias, medos, sofrimentos e dúvidas. Nós não sabíamos o nosso prognóstico e temíamos perder os movimentos. Aos vinte e três anos, o nosso ideal e sonhos eram ver a possibilidade de uma enfermagem mais humanizada, em que o enfermeiro pudesse nos inquirir acerca do nosso sono, bem-estar, pré-ocupar-se enfim com o nosso cuidado. Paradoxalmente a tudo que aprendemos, presenciávamos a visita apressada do enfermeiro, sempre ocupado com os afazeres burocráticos e com questões nem sempre relativas ao cliente.

Esse fato foi evidenciado em várias situações vividas na condição de cliente. Como tal, não podíamos nos expressar verbalmente e precisávamos ser compreendidas por meio de gestos, sorrisos, enrugamento da testa, o fechar ou o piscar dos olhos, acenos com a cabeça, gemidos, entre outras expressões. Não obstante, nas visitas diárias, o enfermeiro inquiria-nos sempre acerca do nosso estado, utilizando-se de questões que já traziam embutidas respostas prontas e sempre positivas: “Está tudo bem?”, “Você dormiu bem?”. Talvez, a questão fosse: “Como você passou a noite? Como está? Com o que você gostaria de se alimentar-se hoje?” Questões simples, mas significativas para alguém com dificuldades em expressar o seu sentir, suas preferências, medos e ansiedades.

Para Ferraz (1995), na busca pelo sucesso profissional, temos a tendência em acreditar que nós, enfermeiros, erramos o alvo do sucesso da profissão quando privilegiamos o assistir. Miramos em um alvo ligado à ascensão, status, acreditando ser o apogeu profissional a prática administrativa. Tal ação não assegura a prática assistencial e sua qualidade.

Ainda na visão de Ferraz (1995), o cuidado de enfermagem está sendo tratado de forma perversa, perante as atividades gerenciais desenvolvidas pelos enfermeiros. Estes têm relegado, a segundo plano, o que é substancial e específico para a profissão, provocando um esvaziamento e desqualificação do seu exercício profissional.

Conforme mencionamos anteriormente, na condição de cliente, o abandono, a indiferença, a solidão eram sentimentos que permeavam a nossa existência. Essa postura levava-nos a refletir sobre o fazer do enfermeiro: que sentido tinha para ele o cuidado? Estaria atento à importância do gerenciamento do cuidado? Quais as habilidades e competências seriam necessárias para gerenciar o processo cuidativo? Esses e muitos outros questionamentos invadiram a nossa mente, dividida entre o ser cliente e a visão profissional, que demandava compreensão e respostas, principalmente frente ao pouco tempo de prática profissional.

Após a alta hospitalar fomos para casa de nossos pais, no interior de Minas Gerais. Sentia-nos reflexivas, acompanhadas por todas essas inquietações, suscitadas nessa experiência. Período de grande sofrimento pessoal, permeado pela dependência do outro, para as mínimas necessidades, presentes na vida de qualquer pessoa.

Um ano, após alta médica, retomamos as nossas atividades como enfermeira, na unidade de terapia intensiva, de um hospital de grande porte da rede privada da cidade de Belo Horizonte. Fortalecidas pela experiência momentânea de cliente, começamos a dar corpo a minha inquietação e firmamo-nos no propósito de problematizar essa prática do enfermeiro a partir das nossas vivências, expressas nas questões: o que significa, para o enfermeiro, o cuidado de enfermagem? A quem compete a gerência do cuidado de enfermagem? É possível gerenciar o cuidado de enfermagem, distante do cliente?

Após um período de seis meses, desenvolvendo nossas atividades no referido local, fomos designadas para o setor de Pronto Socorro, sob alegação de que nossa postura inquietante e questionadora suscitava movimentos desestabilizadores do processo de trabalho.

Neste ínterim, tem início uma mudança naquela estrutura organizacional e convidamos para assumir a coordenação de enfermagem das Unidades de Internação.

Durante nossa experiência profissional, como coordenadora de unidade, pudemos perceber que, apesar dos incentivos dirigidos à equipe de enfermeiros, para que exercessem o seu papel de organizadores e gerentes do cuidado, as iniciativas nesse sentido eram tímidas. Havia uma postura de inadequação diante de sua prática profissional e não uma atitude de transformação; submetiam-se a ela tal como se apresentava, sem questionamentos. Para Ferraz (1989, p. 5), podemos entender esse comportamento como “uma forma de recusa da nossa própria liberdade, a liberdade de escolher, de se lançar no mundo-vida-da-enfermagem”, implicando numa postura de conformismo, em uma experiência profissional despida de ‘autenticidade’”.

A mesma autora acredita que os enfermeiros têm centrado seus atos em um fazer desprovido de significado da ação de enfermagem, talvez por não compreendê-la. É preciso que exista um resgate do “ser enfermeiro”, pautado na recuperação da “ação de pensar do enfermeiro”. É necessário que esse profissional não se deixe rotinizar, não permita o cerceamento do pensar, pois só através dele será possível um novo fazer.

À partir daí, foi despertada em nós a necessidade de compreender o significado que o enfermeiro atribui à gerência do cuidado, no cotidiano hospitalar, indagando ao responsável direto pelo cuidado prestado ao cliente, no contexto do processo cuidativo, uma vez que os estudos existentes não focam essa nuance da visão gerencial do cuidado, buscando ouvir os sujeitos enfermeiros que estão vivenciando essa prática. Que eles possam expressar as suas

percepções, o sentido que eles atribuem ao fenômeno “Gerência do cuidado” em seu fazer cotidiano.

Para contextualizar o fenômeno em estudo, buscamos sucintamente no discurso teórico o referencial que embasa a gerência, o cuidado e a gerência do cuidado.



C
A
P
Í
T
U
L
O

2

O Universo total da ciência está construído sobre o mundo à medida que ele é experienciado diretamente, e se desejarmos submeter a própria ciência a um exame rigoroso e chegar a uma avaliação precisa do seu significado e objetivos, necessitamos iniciar um reavivamento da experiência básica do mundo no qual a ciência é uma expressão de segunda ordem.

Merleau-Ponty

2.1 Gerência

A necessidade da função de gerência surge com as primeiras oficinas, na verdade, aglomerações de pequenas unidades de produção, no início do capitalismo industrial, quando um número significativo de trabalhadores é empregado por um único capitalista, que assume essa função, a de gerente, em virtude de sua propriedade do capital. Nas suas relações de troca, o capitalismo tinha como sua propriedade o tempo dos trabalhadores assalariados tanto quanto a matéria-prima fornecida e os produtos saídos de sua oficina.

Em suas primeiras fases, o capitalismo industrial é caracterizado por um continuado esforço por parte do capitalista em desconsiderar a diferença entre a força de trabalho e o trabalho.

Com o surgimento da Gerência Científica, final do século XIX e início do século XX, evidenciada pela formulação completa da Teoria da Gerência por Taylor, tem início a organização dos processos de trabalho.

Nos Estados Unidos, esse movimento significou aplicar os métodos da ciência aos problemas complexos e crescentes da organização do trabalho, visando ao controle. Para Braverman (1981), o taylorismo pretendia ser uma ciência do trabalho dos outros, uma resposta específica de como controlar o trabalho, até então alienado, uma vez que, para Taylor, essa gerência descentralizada era inadequada para conseguir resultados, por fixar mais tarefas do que interferir no modo de executá-las – chamando-a de gerência comum. Seus administradores reconhecem a bagagem de conhecimento tradicional dos operários, mas essa é de domínio da gerência. Aceitam que conhecimentos e destrezas associados garantiriam maior e melhor produção, sendo seu papel o de induzir cada operário a utilizar, cada vez melhor, seus esforços, conhecimento tradicional, imaginação e boa vontade. O objetivo de Taylor era transferir a dinâmica do processo de trabalho dos trabalhadores para as mãos dos

gerentes. Temos aqui o aspecto essencial da gerência científica – o controle. Este se torna uma necessidade absoluta para o administrador, a partir do momento que tem a incumbência de impor aos trabalhadores uma maneira rigorosa de execução do trabalho.

A gerência científica entende que não é recomendável deixar que os trabalhadores tenham a iniciativa do trabalho, cerceando a criatividade, assim como não é aceitável que esses possuam maior conhecimento que seus superiores hierárquicos.

Considerando essa concepção, Ferraz (1995, p. 25-26) afirma:

A gerência moderna, na sua intelectualização, espera que o trabalhador se comporte sem pensar, sem compreender os raciocínios técnicos empregados na linha de produção, criando a noção de tarefa. O papel do gerente consiste em preparar as tarefas e sua execução, deixando explícito através de normas e rotinas o que deve ser feito, como deve ser feito e o tempo gasto para efetuá-las.

E ainda:

Toda essa dissociação do processo de trabalho coloca a sua concepção inteiramente a cargo da gerência e surgem nas estruturas organizacionais os departamentos de planejamento. A execução do trabalho torna-se desprovida de intencionalidade do trabalhador, reduzindo-a a uma atividade muito mais mecânica que criativa.

Para Fernandes *et al.* (2003), historicamente, os enfermeiros têm adotado princípios da Escola Clássica da Administração para gerenciar seu trabalho, tendo em vista a estruturação e organização do Serviço de Enfermagem nas Organizações de Saúde. Algumas características como fragmentação de atividades, a impessoalidade nas relações, a centralização do poder e a rígida hierarquia, ainda para estas autoras, são marcantes no cotidiano do trabalho da enfermagem, evidenciando uma conduta gerencial autoritária.

Ao analisar a nossa prática profissional no contexto hospitalar, na tentativa de compreender a visão gerencial que permeia o fazer do enfermeiro assistencial, vemos que a inserção dos vários profissionais, na área de saúde, em especial nas instituições hospitalares, constitui o resultado da influência de dois processos produtivos que se desenvolveram no

mundo ocidental. De um lado, o desenvolvimento científico e tecnológico que marcou o século XX e possibilitou o desenvolvimento de uma série de instrumentos técnicos cada vez mais complexos e caros, daí a necessidade da existência de organizações cada vez mais sofisticadas para sua compra e manutenção. Por outro lado, a mercantilização da prestação de serviços, dando ênfase ao caráter empresarial na organização do trabalho. Concomitante a esse processo instalou-se o desenvolvimento da rotina de burocratização da organização no curso produtivo de várias profissões, dentre elas a enfermagem.

A enfermagem fora institucionalizada em 1858, na Inglaterra, quando do retorno de Florence e “suas Enfermeiras” da guerra da Criméia, por uma necessidade social – organização dos hospitais militares. A administração de hospitais, a formação de enfermeiros e a educação em serviço foram para Florence a preocupação primordial de todo o seu empreendimento na enfermagem (NIGHTINGALE, 1989).

As investigações sobre a reorganização do hospital são partes das transformações sociais que ocorriam na Europa, primeiramente a preocupação com o soldado, que havia recebido um alto investimento para a utilização do fuzil, por isso não poderia morrer, e depois com a força de trabalho que era instrumento imprescindível para o modo de produção capitalista que se instalava. A partir daí, há um novo olhar para o hospital e a necessidade de organizar seu espaço para favorecer a cura. Aqui se explica a ida de Florence e oito enfermeiras para trabalhar nos hospitais militares, durante a guerra da Criméia, em Scutari, Turquia.

Sua primeira iniciativa foi organizar a infra-estrutura dos hospitais deixando transparecer seu caráter de ordem e comando em tudo o que realizava – herança marcante e muito presente na enfermagem atual.

Para Almeida *et al.* (1989), no desenvolvimento social da organização hospitalar, a enfermagem elaborou seus instrumentos de trabalho em três direções: o cuidado ao doente por

meio do sistema de técnicas; procedimentos administrativos na organização do espaço terapêutico do doente e organização dos seus agentes por meio das técnicas disciplinares e da hierarquia no micro poder hospitalar. Assim, as técnicas, a administração e a disciplina constituíram-se em instrumentos de trabalho da enfermagem, na administração do cuidado.

Para Trevizan *et al.* (2006), a pós-modernidade afetou as ciências, a tecnologia, as artes, o pensamento, o social e o individual. Assim, um novo ambiente e condição começaram a ser configurados. Esse ambiente retrata a dominação eletrônica do cotidiano. Afirma que a pós-modernidade, mesmo que ainda nebulosa para o nosso meio, está nas sociedades desenvolvidas, vinculadas à Era da Informação que, juntamente com o conhecimento, são fontes poderosas de geração de riqueza e transformação.

No Brasil, para os mesmos autores, é preciso que as fronteiras institucionais se tornem mais porosas para permitir uma preparação e capacitação das organizações, estando contidos aqui os hospitais bem como o comportamento gerencial do enfermeiro na prática clínica.

Fernandes *et al.* (2003) afirmam que, apesar de toda esta raiz histórica de autoritarismo, centralização de decisões e impessoalidade nas relações, é observada a introdução de novas abordagens gerenciais, em decorrência às intensas transformações que estão ocorrendo na sociedade, impulsionando os enfermeiros gerentes a buscar alternativas para organização do trabalho.

Spagnol (2005) diz que o enfermeiro, como coordenador de equipe, precisa ter respaldo teórico e vivência prática para realizar a gerência da assistência, em parceria com sua equipe, sendo capaz de identificar, analisar e conduzir as relações de trabalho de forma a não refletir, negativamente, na assistência de enfermagem prestada aos clientes.

Assim, a mesma autora ainda afirma que a ação gerencial do enfermeiro nos serviços de saúde contempla aspectos assistenciais, pedagógicos, técnico-administrativos e políticos, além das relações interpessoais, com vistas a uma assistência integral, segura.

Campos¹, (citado por SPAGNOL, 2005, p. 126), diz:

“[...] a partir de novos conhecimentos e novas formas de agir, superar o ‘eixo central de todas as escolas de administração que buscam diferentes maneiras de reduzir sujeitos humanos à condição de instrumentos dóceis aos objetos da empresa, transformando-os em insumos ou em objetos’”.

¹ CAMPOS, G. W. S. Considerações sobre a arte e a ciência da mudança: revolução das coisas e reforma das pessoas – o caso da saúde. In: CECÍLIO, L. C. O. (Org.) **Inventando a mudança na saúde**. São Paulo: HUCITEC, 1997. p. 29-87.

2.2 Cuidado

O “Cuidado”, traduzindo “care”, deriva do inglês antigo Carion e das palavras góticas “kara e karan”. “Kara” como substantivo significa aflição, pesar e tristeza; como verbo significa ter preocupação por, sentir inclinação ou preferência por, respeitar, considerar no sentido de ligação, afeto amor e carinho (GAUT² citado por WALDOW, 1992).

Apesar de considerado aspecto inerente à prática da enfermagem, o cuidado tem sua identificação pouco estudada, como a natureza, qualidade de suas práticas, sua origem e padrões. Há muito pouco tempo tais estudos vêm sendo considerados importantes e necessários para o futuro da profissão.

Waldow (1998, p. 20) suscita um questionamento para o qual acreditamos ainda não termos resposta, apesar de esse contemplar o cerne do fazer do enfermeiro: “Até que ponto conhecemos aquilo que fazemos – o cuidar – e que interpretações terá para aqueles que recebem cuidado, para quem o realiza, enfim para a sociedade em geral?”.

Para Ferreira (1986), Figueiredo (1973) e Houaiss *et al.* (2003), o cuidar é pensar, meditar, cogitar, atentar, ter-se por, empregar a atenção, causar inquietação. Fazer preparativos, tratar (cuidar da saúde); ter cuidado consigo mesmo, com sua saúde, a aparência ou apresentação, prevenir-se, considerar-se, interessar-se por, cuidar de ou em, preocupar-se com, reparar, aplicar atenção, cuidar um ou de alguma coisa ou pessoa, dar que cuidar, dentre vários outros significados. Cuidado significa: atenção, preocupação, desvelo, diligência, zelo, responsabilidade, inquietação de espírito causado por algum mal que sucede ou se receia, vigilância, incumbência, inquietação moral, solicitude, pensado, previsto, suposto.

² GAUT, D. Development of a theoretically adequate description of caring. **Western Journal of Nursing Research**, v. 5, n. 4, p. 313-324, 1983.

Para Waldow (1992), o cuidar tem conotação de pré-ocupação, responsabilidade, uma vez que implica na idéia de fazer a ação.

Heidegger (1981), filósofo, estudioso do cuidado assim o compreende como uma forma primária de ser e estar no mundo. Esse filósofo descreve dois tipos de cuidado: um tipo que envolve o fazer pelo outro, desencadeando um comportamento de dependência, e um outro tipo, o cuidado autêntico que favorece a participação do outro, utilizando suas potencialidades e capacidades, para vir a ser.

Waldow (1992) afirma que o enfoque do cuidado na enfermagem teve início na década de 70, com a elaboração da Teoria do Cuidado Transcultural, por Leininger, sendo identificado por ela os construtos do cuidado e conceituando-o como assistir o indivíduo nas suas necessidades bio-psico-sócio-econômicas e espirituais, com respeito às suas similaridades e diferenças de acordo com seus valores e crenças.

Leininger (1991) diferencia o conceito de cuidar/cuidado no sentido genérico do sentido profissional. O Cuidado (substantivo) refere-se ao fenômeno abstrato e concreto, estando relacionado aos atos de assistência, para ou por outros com o objetivo de melhorar a condição ou modo de vida humana ou para se defrontar com a morte. O Cuidar (verbo) é relativo às ações e atividades que objetivam o assistir, apoiar ou capacitar indivíduos ou grupos que tenham necessidades de melhorar a condição ou modo de vida humana ou mesmo para se defrontar com a morte.

Watson (1988) encara o cuidado como o atributo mais valioso que a enfermagem tem a oferecer à humanidade, que envolve desejo e comprometimento com o cuidar, conhecimento ações e conseqüências do cuidado.

Arruda *et al.* (1992) afirmam que o cuidar do ser humano faz parte do processo universal da vida. E que cuidar é promover a saúde; enfatizando o caráter de paixão em e para cuidar. Corroborando, Erdmann (1995) reafirma o cuidado na saúde como um processo de

interação e associações sendo que essa atividade surge da criatividade, da sensibilidade frente às trocas com o outro.

Para Heidegger (1981), cuidar/cuidado é uma condição existencial; o ser humano – ser no mundo – é constituído por suas escolhas atitudinais pelo cuidado, isso porque o ser é constituído por meio do cuidado.

Na tentativa de conceituar o termo “cuidado”, Morse *et al.* (1991) examinaram o trabalho de vinte e três teóricos e identificaram cinco conceitos diferentes de cuidado. Dentre eles, uns o tinham como uma “característica humana”, componente essencial do ser humano, conforme enfoca Heidegger, inerente a todos os povos; outros o consideram um “imperativo moral” relacionando à manutenção da dignidade e respeito. Também fora identificado como “afeto”, descrito como emoção ou sentimento de compaixão, suscitando uma interação interpessoal.

Tal análise, embora extremamente útil por revelar componentes do conceito de cuidado, confirma também uma falta de compreensão no contexto da enfermagem, afirmando ser o seu núcleo central.

Mckenna (1994) questiona se a concordância universal a respeito do que é cuidado seria necessária ou se o cuidar, tal como a beleza, não estaria nos olhos de quem contempla.

Para Waldow (1998), pela sensibilidade inerente, a mulher, historicamente, tem sido associada ao cuidar/cuidado, assim como algumas ocupações e profissões, no sentido de incumbência, na área de saúde. Há quem diga que o cuidar/cuidado é uma atividade de domínio exclusivo da enfermagem, o que não se faz verdade, uma vez que todos cuidam e são cuidados em determinado momento. Há momentos em que esse cuidar/cuidado assume funções e papéis bem mais específicos. Neste momento poderíamos pensá-lo como uma atividade necessária para um profissional específico, no caso, o enfermeiro.

Tradicionalmente, a enfermagem apresenta uma forma diferenciada para cuidar, apesar da forma de ser pensada e praticada ainda muito pouco exploradas, principalmente na ótica do próprio sujeito. Que significados emergiriam da prática do enfermeiro?

Waldow (1998) realiza um estudo com enfermeiros na tentativa de que essas definições emergissem do próprio indivíduo. Obtém êxito, mas verifica alguns conceitos de interpretação dúbia, o que suscita uma formação lacunar em relação ao próprio fazer do enfermeiro. A autora afirma que atravessamos momentos de mudança e presenciamos uma crise geral na sociedade, fato que levanta a discussão do cuidado. A enfermagem ao resgatá-lo, em seu “sentido pleno, humanístico e artístico”, tem um grande momento para ampliação de seu fazer e não deveria desperdiçá-lo.

Em 1994, a mesma autora afirma que é preciso rever o passado, na tentativa de compreender a razão pela qual a prática do cuidar é alicerçada em uma relação pouco simétrica e igualitária, mais afetiva e menos instrumental. Cuidar não é apenas tratar. Há a necessidade de compreensão da relação enfermeiro-cliente como encontro que deverá ter apenas virtudes terapêuticas. O cuidado é preciso ser entendido como algo científico, não dando espaço para rotinas irresponsáveis, o fazer simplesmente sem uma atitude reflexiva que avalie seu impacto sobre o outro. É preciso que se perceba seu caráter global na promoção da vida, mais que isto, é preciso cuidar de forma a promover a vida, com atitudes refletidas tanto de quem cuida, como de quem recebe o cuidado.

A lógica nightingaleana em que o exercício de serviços usuais da enfermagem, entendidos como a parte operacional do seu fazer, ou seja, a prestação do cuidado direto, em que tais tarefas deveriam ser desempenhadas por indivíduos de classe social menos privilegiada e o “pensar” administrativo e administrativamente por indivíduos de classe social privilegiada ainda é presente na enfermagem, mesmo passados mais de 140 anos desse contexto histórico. É preciso repensar essa dicotomia entre o trabalho intelectual e manual e

suas implicações para a gerência em enfermagem, uma vez que é imprescindível que o cuidado comporte ambos, além de estabelecer limites de competência de cada categoria que atua na enfermagem, na verdade que seja cumprida a Lei 7.498/1986, que legisla sobre o Exercício Profissional da Enfermagem (BRASIL, 2005).

Roach³, (citado por WALDOW, 1995), define competência como o estado de ter conhecimento, julgamento, habilidades, energia, experiência e motivação necessárias para responder adequadamente às demandas das responsabilidades profissionais, chamando a atenção para a importância de competência associada à compaixão. Enquanto competência sem compaixão pode ser brutal e desumana, compaixão sem competência uma intrusão se não inexpressiva, prejudicial.

Para Waldow (1995), os modos de ser com o outro vão de relações de cuidado às de não-cuidado, tornando-se este último para Roach a experiência mais evidente para as pessoas.

Waldow ainda afirma:

O cuidado direto, ou seja, os comportamentos e ações empreendidas junto à clientela fazem-se prioritariamente pelas demais categorias de enfermagem – técnicos e auxiliares de enfermagem. À enfermeira cumpre planejar e coordenar as atividades de cuidar/cuidado. Contudo, mesmo a administração do cuidado não se dá de forma desejada e as funções de gerenciamento de unidade e administração de recursos humanos acabam, por vezes, prevalecendo, ou sobrecarregando as atividades ao tentar compatibilizá-las (1992, p. 23).

Ainda nos diz que, tanto no departamento de enfermagem, quanto no cliente e organização de forma geral, a decisão de valorizar o “cuidar/cuidado” determina certo impacto influenciando diretamente no resultado nessas áreas, uma vez que as idéias são compartilhadas, as sugestões ouvidas e as decisões tomadas em conjunto, buscando atender às diversas necessidades.

Para Waldow (1995, p. 26), com o passar do tempo o cuidado “tornou-se mecanizado, fragmentado” dando a impressão de que os que cuidam e os que são cuidados perderam ou

esqueceram essa “habilidade ou qualidade”.

3 ROACH, S. M. S. The call to consciousness: a compassion in today's health world. In: GAUT, D. A.; LEININGER, M. M. (Ed.) **Caring**: the compassionate healer. New York: National League for Nursing, 1991. p. 7-17.

2.3 Gerência do cuidado

Trevizan *et al.* (2002) ponderam que a gerência realizada pelo enfermeiro, no Brasil, ainda é uma questão mesclada por desentendimentos e incompreensões que aumentam a discussão acerca da dicotomia que se torna evidente entre o que se espera do enfermeiro, pelos teóricos de enfermagem, e o que se verifica na sua prática diária, nas organizações de saúde.

Ao se inserirem no processo de trabalho nas organizações, os enfermeiros se deparam com as exigências de uma instituição pautada em normas e rotinas, regulamentos burocráticos, hierarquia de autoridade que os moldam em uma determinada prática, incapacitando-os para lidar com o novo, inesperado ou qualquer situação que não esteja contemplada no esquema institucional (TREVIZAN *et al.*, 2002).

Os mesmos autores entendem que a prática profissional do enfermeiro deve ser pautada na função gerencial centrada na assistência ao paciente, compreendendo-o como indivíduo único, que possui necessidades específicas. Assim, a gerência do cuidado de enfermagem vai além da implementação das ordens médicas e das expectativas da organização hospitalar, uma vez que todo o serviço administrativo é interdependente, resultando em complementaridade e interrelação.

Para tal, é necessário que o enfermeiro tenha atitudes que o façam deixar a posição de mero executor de tarefas, ditadas por outros, normas e regras para assumir a autodeterminação do seu fazer, ajustando essa distância entre o gerenciar e o cuidar, transformando-o em Gerência do cuidado.

Nesta perspectiva, Trevizan *et al.* (2002) ainda afirmam que a prática do enfermeiro é criadora, determinante, uma vez que é essa prática que permite enfrentar novas necessidades e situações. Assim, o enfermeiro estará cumprindo o que determina a Lei nº 7.498, de 25 de

junho de 1986, do Exercício Profissional da Enfermagem no Brasil (BRASIL, 2005, p. 23).

Que determina em seu artigo 11:

“O enfermeiro exerce todas as atividades de enfermagem, cabendo-lhe privativamente:

- a) direção do órgão de enfermagem integrante da estrutura básica de instituição de saúde, pública e privada, e chefia de serviço e de unidade de enfermagem;
- b) organização e direção dos serviços de enfermagem e de suas atividades técnicas e auxiliares nas empresas prestadoras desses serviços;
- c) planejamento, organização, coordenação, execução e avaliação dos serviços de assistência de enfermagem; [...];
- j) prescrição da assistência de enfermagem, [...]”.

Ainda segundo Trevizan *et al.* (2002), no ambiente hospitalar o enfermeiro, talvez mais que qualquer outro profissional de saúde, tem oportunidades frequentes de facilitar, promover e manifestar o respeito aos direitos dos pacientes. Enquanto líderes de equipe, assumindo a liderança da assistência prestada ao paciente, os enfermeiros são a principal fonte de contato pessoal, íntimo e contínuo com o paciente, não obstante o seu envolvimento com a tecnologia e a burocracia hospitalar. São eles os responsáveis pela implementação do cuidado a cada paciente.

A unidade integradora de pensamento e até de ação se faz quando aproximamos o administrar e o assistir, pois ainda se percebe um vácuo entre o cuidar e o administrar que quase não se tocam e que se configuram em eixos distintos e paralelos.

Nessa direção, Ferraz (2000) defende que a complexidade do mundo atual tem permitido o vivenciar de momentos acadêmicos especiais que possibilitam o reconhecer do valor de conhecimento intelectual, à medida que mergulhamos na diversidade dos acontecimentos cotidianos, impulsionando-nos à busca de uma certa unidade integradora de pensamento.

Para essa autora, a racionalidade já incorporada pelo hospital após a Revolução Industrial e Científica e o enfermeiro formado nesta mesma lógica confirmam o modo de gerenciar o cotidiano das unidades de internação hospitalares pelos enfermeiros, resumindo-se

em fazer cumprir normas e rotinas, cristalizadas ao longo do tempo, não permitindo que a natureza humana do doente e dos profissionais de saúde fossem colocadas no centro do processo gerencial.

A união destes dois eixos, gerenciar e assistir, tem-se constituído no processo de cuidar gerenciando e gerenciar cuidando, conforme argumenta Ferraz (1995), em sua tese de doutorado intitulada: “A transfiguração da administração em enfermagem – da gerência científica à gerência sensível”.

Maffesoli (1995, 1998) descreve que, nos últimos três séculos e mais intensamente no século XIX, deu-se o fortalecimento de um sistema filosófico, denominado positivismo, funcionando como um campo imantado ao redor do qual todas as práticas se organizaram, tendo como pressuposto a razão abstrata e a democracia representativa. Tais pressupostos colocaram à margem a razão sensível e o direito de liberdade humana. Nesse contexto, Boff (2004) afirma que a retomada do paradigma da modernidade leva à compreender os modos-de-ser-no-mundo, os quais podem se dar pela lógica do modo-de-ser-trabalhado e do modo-de-ser-cuidado. Ao término de um século em que o modo-de-ser-trabalho foi marcado pela dominação destruindo as expressões do cuidar.

Ferraz (2000, p. 96), ao fazer menção “entre o modo-de-ser-trabalho e o modo-de-ser-cuidado”, contextualiza a questão da gerência, assinalando que essa situação cria um novo norte gerencial complexo, uma vez que exige o aprofundamento sobre a dinâmica do processo produtivo hospitalar, a fim de colocar o cliente no centro das atenções da equipe multidisciplinar, como “um-modo-de-ser-cuidado”. Isso implica em uma profunda mudança da cultura organizacional e estabelece novas estruturas produtivas, cujo discernimento aponte para a justa medida.

A mesma autora assinala que o modelo de produção do cuidado hospitalar, em virtude da complexidade do ser-doente, exige um repensar do modelo clínico biomédico das ciências

experimentais. A complexidade da dinâmica organizacional do cuidado exige estilos gerenciais não normativos, uma vez que esses não possuem saberes e instrumentação operacional para acolher toda fluidez dessa dinâmica organizacional.

Argumenta que há um imperativo, para os enfermeiros na atualidade, de provocar uma inversão da lógica da administração em enfermagem sustentada na Teoria Geral da Administração. Inversão porque, ao longo desse século, o gerenciamento em enfermagem foi marcado, principalmente, pela utilização de tecnologias de natureza dura. Preocupamo-nos em cuidar da estrutura funcional das unidades de internação. Mudar essa lógica significa utilizar tecnologia leve e dura, uma vez que essa acolhe de forma mais apropriada o saber específico do enfermeiro.

Para a referida proposta é preciso, segundo a mesma autora, que se promova uma redefinição do modelo organizacional do hospital, em termos do trabalho, com uma visão do modelo clínico ampliado, tendo como base o cuidado, suscitando a necessidade de processo de trabalho interdisciplinar. É preciso, para que isto ocorra, uma (re) estruturação das equipes interdisciplinares, de modo a viabilizar uma ampliação do cuidado à saúde.

Nesse momento o gerenciamento do cuidado precisa do processo de produção de relações e intervenções partilhadas para privilegiar o ser/estar doente internado e deixar florescer as contradições da atenção hospitalar.

Ferraz (2000) nos diz que o enfermeiro, no exercício gerencial, propõe-se assumir uma dinâmica produtiva, tanto na “inter-venção” quanto na “inter-ação”. Assim, precisamos desenvolver um raciocínio gerencial que admita o paradoxo, estando relacionado ao orgânico, segundo o pensamento maffesoliano. A autora afirma que “precisamos estar preparados para conviver com o racional e o não racional” (p. 96).

Cecílio e Merhy (2003a) apresentam, como estratégia no sucesso da coordenação lógica do cuidado, o papel quase “silencioso” da prática da enfermagem, garantindo todos os

insumos necessários ao cuidado: qualidade de hotelaria, encaminhamentos necessários, diálogo com a família, condução do paciente por entre as áreas, resultando, todas estas atividades, no cuidado.

Esses autores afirmam, ainda, que a gestão, a partir da integralidade do cuidado, tenta dar conta destas complexas questões. Tem a pretensão de criar mecanismos que facilitem a coordenação das práticas cotidianas do hospital de forma mais articulada, “leve”, com canais de comunicação mais definidos, mais solidária, democrática, menos “ruidosa”, em particular a coordenação da prática dos vários profissionais envolvidos no cuidado.

Merhy e Cecílio dizem que as linhas de produção do cuidado são centradas em processos de trabalho marcados pela micropolítica do “trabalho vivo em ato”⁴. Já as linhas de produção de insumos obedecem a outros arranjos de micropolítica, nos quais a dimensão do “trabalho morto”⁵ é mais presente (CECÍLIO; MERHY, 2003b; MERHY, 2002).

Considerando a lógica do trabalho vivo, do trabalho em ato que é consumido no momento em que é produzido, necessitamos de formas mais participativas, mais compartilhadas para desenvolvê-lo e como tal o trabalho em equipe é um modo recomendado para se trabalhar tendo como foco a gerência do cuidado.

Para Trevizan *et al.* (2006), é necessário o estímulo ao trabalho em equipe para desenvolver o trabalho humano que passa a compartilhar talento e conhecimento e que conseqüentemente favorecerá a mudança do comportamento da organização refletindo na assistência. Ainda para estes autores, o gerenciamento aliado a “práxis criadora” é a tarefa mais importante que cabe ao enfermeiro.

⁴ O trabalho vivo em ato refere-se ao trabalho no momento em que este está sendo produzido (MERHY, 2002).

⁵ O trabalho morto refere-se ao trabalho já materializado, resultado de trabalho humano anteriormente produzido, ou seja, onde se expressa o trabalho vivo capturado (MERHY, 1997).

E, para dar conta da “práxis criadora” que engloba “aprender fazendo e fazer aprendendo”, permeado pelo pensamento crítico, conforme nos orienta Waldow (1995), em sua obra: “Maneiras de cuidar, maneiras de ensinar”; a seguir buscamos a fundamentação teórico-metodológica que possibilite a compreensão do fenômeno, significado/sentido da gerência do cuidado para os enfermeiros no cotidiano hospitalar.



C
A
P
Í
T
U
L
O
3

*Quando opero a redução fenomenológica [...] tento fazer
aparecer e explicitar em mim esta fonte pura de todas
as significações que em torno de mim constituem o mundo,
e que constituem meu eu empírico.*

Merleau-Ponty

3.1 Fundamentação teórico metodológica

A práxis envolve o fazer reflexivo, o pensamento do fazer, indo além do fazer mecanizado para mergulhar na práxis desses sujeitos enfermeiros, que vivenciam o cotidiano da gerência do processo cuidativo.

Para tal, buscamos a abordagem fenomenológica que enfoca o sentido/significado, numa relação dialética entre o sujeito e o mundo vivido.

A atuação na área de Gerenciamento do cuidado de Enfermagem tem sido meu cotidiano profissional como docente na enfermagem. Nos últimos quatro anos, tenho procurado estudar questões que se relacionam à gerência do cuidado, principalmente no que tange ao significado que o enfermeiro imprime a esse fazer e à observação de sua prática, e utilizar como referência os estudos de Barros *et al.* (1997), Cecílio e Merhy (2003a, b), Ferraz (2000), Leopardi *et al.* (2001), McKenna (1994), Merhy (2002); Sadala (2000), Silva (1997), Waldow (1992, 1995, 1998, 1999), dentre vários outros estudiosos.

Buscava uma abordagem teórica que possibilitasse ouvir o profissional enfermeiro em seu fazer, recolocando-o no lugar de sujeito da ação. Que ele pudesse expor a sua percepção acerca dessa vivência sobre “a gerência do cuidado”. O que possibilitou a exposição da sua subjetividade, além de retomar o fenômeno e refletir acerca do irrefletido, considerando-os como co-autores, parceiros na construção desse conhecimento.

A Fenomenologia é um movimento filosófico que surgiu no começo do século XX, que deriva de duas expressões gregas: “*phainomenon*” (fenômeno) – que significa aquilo que se mostra por si mesmo, o manifesto; e “*Logos*” – que tem o significado de discurso esclarecedor. Assume, assim, a conotação de mostrar-se, desvelar-se. Inclui a possibilidade de olhar as coisas como elas se manifestam (MARTINS; BICUDO, 1989).

Para Bicudo e Espósito (1994), a primeira atitude consiste em olhar o mundo sob novo enfoque, interrogando toda a pré-compreensão que possamos ter desse mundo. Consiste em aguçar a dúvida com relação à crença natural daquilo que se supõe existir, invalidando e questionando todas as posições previamente assumidas em relação ao objeto.

Este autor, ao apresentar a redução proposta por Husserl, enfatiza que o filósofo propõe a redução do mundo objetivo, ou seja, do mundo em foco, de modo a lhe atribuir um valor diferente. Isso permite observar desinteressadamente o objeto da experiência que é visto como um fenômeno, diante do qual suspende-se temporariamente qualquer julgamento, viabilizando o mostrar-se do fenômeno. Esse processo de redução do mundo natural ao fenomênico é realizado pelo sujeito que dirige-se para outro objeto intencional que não ele mesmo. Recebe a denominação redução, por ser um processo que leva a origem do significado do mundo experienciado. Fenomenológico porque nele há a descoberta do sujeito (BICUDO; ESPÓSITO, 1994).

Merleau-Ponty (1994) discorda de Husserl no que toca à redução, porque este filósofo trabalha com a percepção que se dá em uma corporeidade e esta não se reduz na existência, no vivido do sujeito. Acrescenta ainda, que se trata de um domínio ambíguo, dialético, no qual sujeitos perceptivos encarnados estão situados, e é nele que a experiência perceptual pode ser redescoberta.

Bicudo e Espósito (1994) afirmam que o Campo Fenomenal descortina a importância do “des-velar da percepção” não como uma associação de dados impostos do mundo externo para o interno do homem, mas vinculado a aquilo que lhe é próprio e que se relaciona dialeticamente com o mundo.

A fenomenologia é uma vertente que pretende abordar o fenômeno como aquilo que se manifesta por si mesmo, não pretendendo parcializar ou explicar a partir de pré-conceitos, crenças, suposições ou afirmações sobre o mesmo. Aborda-o diretamente, na busca de

descrevê-lo, captando sua essência. A utilização dessa metodologia nos conduz, segundo Capalbo (1979), a abandonar uma visão dogmática e absoluta reconhecendo que tal percepção é uma entre outras possíveis. Coloca em evidência o homem como um todo, ainda em uma “ação descritiva, rigorosa, concreta que mostra e explicita o ser nele mesmo e se preocupa com a essência do vivido” (p. 194).

A descrição tem o sentido de “des” “ex-crivere”, isto é, algo que é escrito pra fora. Descrever algo envolve uma ação que é dirigida a alguém, onde se espera que os sujeitos sejam capazes de ter acesso aos contextos e comportamentos próprios da situação que estão vivendo; e portanto sejam capazes de “descrever” aquilo que estão experienciando de forma mais adequada, mais completa do que aquele que está interrogando (FERRAZ, 1989, p. 18).

A fenomenologia é uma filosofia segundo a qual o mundo está sempre “a” antes da reflexão, como uma presença inalienável e cujo esforço está em reencontrar esse contato ingênuo com o mundo para lhe dar enfim um “status” filosófico. É a ambição de uma filosofia que pretende ser uma “ciência exata”, mas é também uma exposição, do tempo e do mundo “vivididos”.

3.2 Trajetória metodológica

Conforme mencionamos anteriormente, este estudo se insere na pesquisa qualitativa na abordagem fenomenológica.

E, para tal, delineamos um percurso, inserido nesse exercício de reflexão e “des” “ex-crivere” e realizamos a busca do significado que o enfermeiro atribui à “Gerência do Cuidado”, no contexto hospitalar.

Para este trabalho, num primeiro momento, elaboramos um projeto de pesquisa, submetido à aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais (ANEXO A). Após aprovação, solicitamos permissão para o desenvolvimento da

pesquisa em um hospital de grande porte, da rede privada, da cidade de Belo Horizonte, na pessoa da gerente de enfermagem (ANEXO B). Iniciamos a coleta de dados, utilizando a entrevista aberta, coletando depoimentos dos enfermeiros assistenciais da unidade de internação.

Para conduzir uma pesquisa nesta modalidade foi necessário definir uma região de inquérito. Assim, selecionamos para esta pesquisa os enfermeiros que desenvolviam a Gerência do Cuidado de Enfermagem, nas unidades de internação e que tinham no mínimo seis meses de contrato no Hospital, considerando-se a sua inclusão como acadêmicos e no exercício profissional.

A identidade dos sujeitos participantes da pesquisa será mantida em sigilo e, para garantir esse aspecto, criamos pseudônimos utilizando a palavra SENTIDO, que totaliza sete letras, conforme o número de enfermeiros dispostos a participar da nossa pesquisa.

Em segundo momento, após contactar com as enfermeiras, agendamos as entrevistas, com o preenchimento da autorização e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (ANEXO C), conforme preconizado pela Resolução 196/1996 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 1996).

Para captar com maior fidedignidade as falas das enfermeiras, recorreremos ao gravador, previamente permitido pelos sujeitos participantes. Tal atitude liberou-nos para a captação concomitante de expressões faciais, gestos, suspiros que são reveladores de sentimentos e emoções.

Martins e Bicudo (1989) consideram que sempre que se desejar des-ocultar a visão que uma pessoa tem sobre determinada situação, é preciso que se lance mão do recurso que a entrevista fornece, apontando esta técnica como a melhor possibilidade de obter dados relevantes sobre o mundo-vida do sujeito. Este recurso busca uma descrição direta da

experiência tal como ela é, sem realizar nenhuma deferência psicológica ou explicações causais que o pesquisador dela possa fornecer.

Para nortear as entrevistas, utilizamos a seguinte questão orientadora: **“Descreva para mim situações, vivenciadas por você, que retratem a Gerência do Cuidado em Enfermagem”**.

A essência do fenômeno foi buscada nas descrições, com o objetivo de evidenciar o núcleo essencial, deixando de lado tudo que se mostrou variável e secundário.

“A descrição será tão melhor quanto mais facilitar o leitor ou ouvinte a reconhecer o objeto descrito. O seu mérito principal não é sempre a exatidão ou o relato de pormenores, mas é a capacidade de criar para o leitor [...] uma reprodução tão clara, quanto possível, do mesmo” (MARTINS; BICUDO, 1989, p. 46).

Nesta modalidade de pesquisa qualitativa, o número de sujeitos a serem entrevistados não é pré-definido, conforme menciona Freitas (1999), as entrevistas são suspensas quando começa a repetição dos dados, dando sinais de saturação.

Boemer (1994) afirma que a fenomenologia tem seu critério na repetição, expressando a essência do fenômeno. Daí, nessa abordagem, trabalharmos com um número reduzido de sujeitos, uma vez que a partir de um certo número há a tendência de suscitarem significados que se equivalem. Para Bicudo e Espósito (1994), somente o próprio pesquisador poderá dizer-se satisfeito. É neste momento que o fenômeno se mostrará para ele.

Analisamos e interpretamos o conteúdo das entrevistas conforme sugere Martins e Bicudo (1989), com a utilização dos quatro momentos metodológicos de análise. No primeiro, após transcrição, realizamos leituras repetidas na busca de um sentido geral do que foi descrito, sem emitir nenhum juízo ou interpretação; no segundo momento, novas leituras foram realizadas na tentativa de apreensão de unidades de significado. Em um terceiro momento, após a identificação das unidades de significado, elaboramos a transformação dessas em unidades de significado transformada, passando da linguagem ingênua do sujeito

para uma linguagem articulada, preservando o sentido expresso pelos mesmos. Finalmente, realizamos as convergências e as divergências de sentido, buscando des-velar a estrutura do fenômeno (APÊNDICE A). Inicialmente, encontramos noventa e um temas, que após novas convergências e divergências de sentido, deram origem a dez, que foram convertidos, pela similaridade de sentido, em quatro grandes categorias: O cotidiano do cuidar; Jogo de cintura; Ser presença na ausência; Gerenciamento da Assistência de enfermagem (APÊNDICE B).

As categorias, oriundas dessas fases, não foram resultantes de passos estanques, mas de momentos de análise que se entrelaçaram por meio de idas e vindas, durante todo o processo de análise do fenômeno.



C
A
P
Í
T
U
L
O

4

A experiência da percepção nos põe em presença do momento em que se constituem para nós as coisas, as verdades, os bens; que a percepção nos dá um logos em estado nascente, que nos ensina, fora de todo dogmatismo, as verdadeiras condições da própria objetividade; que ela nos recorda as tarefas do conhecimento e da ação.

Merleau-Ponty

4.1 Análise compreensiva: desvelando o fenômeno Gerência do Cuidado

*P*ara realizar a análise e interpretação dos depoimentos das enfermeiras, sujeitos do nosso estudo, recorreremos a nossa vivência como enfermeira e docente, além de buscar interlocução na fundamentação teórica acerca de gerência do cuidado, explicitada no Capítulo 2.

As descrições dos enfermeiros revelam o seu exercício profissional cotidiano, traduzem como esse se descortina, seu significado, expressa anseios, inseguranças, frustrações e esperança.

A seguir, apresentamos sequencialmente as categorias, onde explicitamos os fragmentos, trechos dos depoimentos dos sujeitos enfermeiros e buscamos a compreensão desse vivido.

4.1.1 O cotidiano do cuidar

A categoria referida explicita os recursos institucionais e aspectos outros necessários para que seja possível a construção de um ambiente que fomente a gerência do cuidado.

Assim se manifesta a enfermeira “S”:

Vou fazer uma prescrição de enfermagem para esse paciente, vou orientar, [...]. A gente tem que priorizar, não dá para fazer tudo, não dá para dar uma assistência de qualidade como fiz, como teria para todo mundo. Então, o que tem que fazer é orientar o funcionário, porque é o funcionário que vai cuidar de 6. Então eu consigo passar meu conhecimento para todo mundo. No final, de forma indireta, eu consigo.

A enfermeira “E” se expressa:

Você tem, que acreditar na equipe que você tem, se não acreditar [...] As coisas [...] você não pode fazer, você não pode dar uma assistência do lado. Então você tem que ter um bom entorno, uma boa equipe, pro'cê poder cuidar. Eu acredito nisso. [...] Não sei se isso resolve tudo, mas também não

tem jeito de você ser uma enfermeira para dois, três num andar, não é a realidade hoje.

A nossa prática profissional em hospitais nos autoriza a compreender as falas anteriores. Para que consigamos desenvolver um trabalho de qualidade, temos que priorizar a capacitação dos trabalhadores de enfermagem de nível médio, posto que são esses trabalhadores que prestam o cuidado direto ao cliente. Outra preocupação é organizar um ambiente cuidativo para os clientes externos como uma forma de potencializar o processo de trabalho do enfermeiro. Recordamos que essa foi uma prática presente em nosso cotidiano profissional quando o quantitativo de clientes sob nossa responsabilidade, diversas vezes, excedia a nossa capacidade de prestar assistência e tornava-se necessário fortalecer sempre o trabalho dos membros da equipe de enfermagem.

Pires (1999) afirma que o trabalho em saúde é um trabalho coletivo, executado por vários profissionais de saúde ou trabalhadores treinados na realização de atividades que garantam a manutenção da estrutura institucional.

Para efetivar a assistência com qualidade, por meio da equipe, é necessária a utilização de estratégias diversas como comunicação efetiva, o conhecimento do quadro clínico a fim de um posicionamento profissional claro e seguro diante de outros profissionais.

A enfermeira “N” argumenta:

É difícil de explicar, de falar mesmo. É fácil colocar os dados. Esta semana eu avaliei uma ferida, estava sendo usada uma determinada cobertura [...] Os técnicos estavam seguindo aquilo que o médico tinha falado. Então, eu discuti com o médico, primeiro, o porquê ele estava usando aquilo e o que eu achava. Então vamos supor: para mim isso é gerenciar o cuidado.

É perceptível nesta fala a importância da interlocução com outros profissionais da equipe multiprofissional, em especial, o médico. Dá-nos a impressão de que a concordância deste profissional é fundamental para a execução do cuidado necessário ao cliente, sendo que

a ausência do aval do profissional médico pode impedir a prestação do cuidado. Mas o fazem com certo desconforto, pois desagrada a eles a impressão de estarem solicitando permissão.

Para Pires, (1999) os profissionais em saúde são parte do conjunto que resulta na assistência a seres humanos que são totalidades complexas. As instituições assistenciais não refletem sobre seu processo de trabalho: assistir em saúde. Não há planejamento ou uma prática de participação da equipe no pensar e organizar o trabalho. Há perda da percepção de diversos grupos profissionais, desintegração interdisciplinar de modo que não possibilitam qualidade no conhecimento e na prática assistencial em saúde.

Acreditamos que as organizações de saúde precisam encorajar o trabalho em equipe, suas especificidades e interfaces e não como um espaço para a luta de poder.

Referindo-se ainda ao processo de trabalho, a enfermeira “S” assinala:

Tem o setor de manutenção, [...] você acaba gerenciando também. A gente detecta muita coisa, a gente está muito próximo de tudo.

A enfermeira “S” argumenta o envolvimento do profissional enfermeiro em setores de apoio, o que às vezes se torna necessário, mas como elo de ligação entre os membros da equipe de trabalho, encaminhando as questões e não assumindo áreas que não são de sua competência. Agindo assim, ao assumir outras demandas, faz com que o cotidiano do cuidado possa ser um fardo para as enfermeiras.

A enfermeira “O” nos traz, sob sua ótica, o diferencial entre o processo de trabalho dentro e fora do Centro de Terapia Intensiva (CTI):

Então, venho de setor fechado e não vejo tanta diferença, mas aprendi muito, aqui fora [Unidade de Internação], em humanidade. Como lidar com situações. Eu aprendi mais a fazer gerência do cuidado, promover saúde pro indivíduo, do que dentro do próprio setor fechado. Porque dá pra gerenciar o cuidado num lugar fechado, porque tem só aquele indivíduo ali, talvez ele nem tá conversando com você. É diferente você estar aqui fora, sentar, conversar com a pessoa, ele contar a história dele inteira. Já fiquei duas horas sentada conversando. Se está fazendo bem pra ele, porque não conversar? Mesmo que você não seja da família, mas acaba se sentindo, porque a permanência [paciente] é muito grande. Então a gente aprende muito; aprendi muito.

Em nossa experiência como cliente, pudemos constatar esta necessidade de comunicação, tanto de falar como de ser ouvido, conforme nos relata a enfermeira “O” quando faz menção a necessidade de troca que o cliente demonstra na unidade de internação por estar consciente. Em nosso caso, na maioria das vezes, não buscávamos respostas, apenas desejávamos ser compreendidas em relação as nossas ansiedades, dúvidas, enfim demandávamos uma forma de participação, de integração no processo cuidativo.

Watson (1988), inspirada no pensamento heideggeriano, definiu o cuidado como ideal moral de enfermagem, cuja finalidade é proteção, engrandecimento e preservação da dignidade humana, é um modo de ser do homem. O cuidado é, para ela, um valor humano, que envolve desejo e comprometimento com o cuidar, conhecimento, ações e conseqüências do cuidado. Assim, podemos compreender a dimensão humana na gerência do cuidado.

Não obstante, Waldow (1995), em seu livro “Maneiras de cuidar, maneiras de ensinar”, reconhece que este “fenômeno de cuidar/cuidado” é bastante estudado, mas ainda há a necessidade de expandir e aprofundar esses estudos.

Isto faz com que compreendamos a administração em enfermagem, conforme nos assinala Ferraz (2000), quando argumenta que há uma necessidade de inversão da lógica da administração baseada apenas na gerência científica para uma administração pautada numa visão mais sensível.

Waldow (1995) diz que o cuidar/cuidado autêntico em administração é aquele em que as idéias são compartilhadas, sugestões ouvidas e as decisões tomadas pela equipe, visando atender às necessidades do cliente.

Para ressaltar o aspecto assistencial da gerência do cuidado, a enfermeira “O” explicita:

O Sr. M [...] eu o conheço desde o CTI, eu o acompanhei. Fez uma cirurgia, ficou no CTI muito mal [...] desde lá eu o conheço [...] Lá eu comecei com a gerência do cuidado, cuidando dele de forma mais direta, mas eu não tinha pensado aqui fora, como ia ser [...] Foi embora pra casa e voltou novamente, não com o problema do infarto, foi com o problema da drenagem. Aí ele

voltou para o andar [Unidade de internação] com a gente [...] Onde ele vai, eu o acompanho. Então, o tempo inteiro a família me vê não só como enfermeira. Viu a atenção que a gente dava, porque eu não estava cuidando só da ferida. Sentava, conversava, contava história, tirava dúvida que ele tinha, ansiedade, ficava mesmo conversando com a pessoa.

Esta descrição revela a importância dada pelo enfermeiro ao cuidado global, ou seja, além do cuidado, focado apenas em procedimentos técnicos, buscar olhar o cliente em todo, o seu ser-pessoa, criar um vínculo com o cliente, estabelecer um laço de afeto. Ademais, refere-se a um aspecto importante, que é o reconhecimento da família, da sua prática profissional diferenciada, mas desejada para a construção de um processo terapêutico na enfermagem.

Waldow (1995, 1998) afirma que, para realizar o cuidar/cuidado, temos que ter em mente que a ciência não é totalmente neutra em relação aos valores humanos, é necessário manter-se perto e sensível às emoções geradas pelas pessoas.

Em nossa experiência como cliente, por diversas vezes, nos sentimos usurpados desses valores, enquanto as nossas emoções eram tidas como exacerbações frente à situação vivenciada. Sentimos falta da proximidade, do afago, de ouvir histórias, do toque.

Para Waldow (1998), o cuidar/cuidado global promove a humanização e é ancorado numa visão humanista. Ao pensar em um cuidado global, pensamos em sua integralidade.

Essa abordagem, para Cecílio e Merhy (2003a), implicaria em garantir, disponibilizar todas as tecnologias de saúde disponíveis, até a criação de um ambiente confortável e seguro, proporcionando um cuidado terapêutico.

Ao focar o período noturno, a enfermeira “I” argumenta que:

No período da noite eu tento agilizar a passagem de plantão, já confiro todo mundo pra começar a corrida de leito cedo, pra ter oportunidade de conversar com todos. Porque chega as 22 horas está todo mundo dormindo, a maioria dos pacientes.

[...] Como a gente vem aqui à noite duas vezes, você sabe aquele paciente que dorme mais tarde. Então você pode passar lá um pouco mais tarde. Às vezes, o paciente acamado [...] comatoso, [...] que não vai tá interferindo. Pode atrapalhar a pessoa que tá acompanhando, mas a gente não vai ser tanto incômodo pro paciente, não vai ter que acordá-lo.

As enfermeiras ressaltam a importância do conhecimento a respeito das condições do cliente. Sua história, evolução, seu cotidiano, individualidade, suas peculiaridades são pontos fundamentais para a criação e manutenção de um ambiente de cuidados terapêuticos.

A enfermeira “I” complementa fazendo alusão à qualidade da passagem de plantão que, para ser efetiva, segundo a mesma, teria que informar as condições reais e gerais dos clientes avaliados:

O cuidado [...] é [...] igual eu falei; saber se tem algum paciente mais grave que você já tá orientado para saber onde pode te chamar, pode ter uma urgência [...] Isso durante a noite te chamam pra várias intercorrências, pelo menos te situa onde pode ter uma coisa mais grave e no período da noite passar para ver [...] como é que tá o paciente, dar uma avaliada, é [...] a corrida de leito. A gente não passa um plantão, pelo menos eu não me sinto segura de passar o plantão sem ter avaliado o paciente.

Ao observarmos a passagem de plantão das enfermeiras, vimos que elas são o elo de ligação da unidade, sua referência. A equipe de saúde, os serviços de apoio, todos têm no enfermeiro o seu referencial.

Os sujeitos participantes fazem menção à passagem de plantão como um momento importante para tomar conhecimento acerca das informações sobre o cliente para o planejamento da assistência.

Podemos dizer que, pela descrição das enfermeiras e pela observação da sua realidade, o gerenciamento do cuidado é feito de uma maneira desorganizada.

Gerência do cuidado para a enfermeira “D”:

[...] eu falo que falha a gerência do cuidado porque eu gosto de encaminhar a pessoa. Eu passo para as meninas. Às vezes, o plantão é muito pesado de manhã. Eu faço de tudo: encaminho direto para o médico [...] O que eu consigo fazer à noite [...] o que não consigo, eu encaminho. Isso é gerência do cuidado, faz parte [...] Hora do medicamento [...] você não consegue gerenciar lá fora, você não sabe como é o cuidado em casa. [...] Vem a intercorrência, sanamos a intercorrência e continuamos o controle dele [...].

Enfermeira “I”, em relação ao mesmo tema, argumenta:

É [...] à noite a gente tenta resolver todas as intercorrências do plantão, mas a gente sabe que, às vezes, não dá pra resolver tudo, aquele negócio: a

enfermagem é uma continuidade. Então, assim, na medida do possível tudo que dá pra gente resolver no plantão a gente resolve. À noite, igual eu falei, o número de funcionários é menor, a gente tem que ter um jogo de cintura, porque o pessoal da internação te liga, algum problema de copa eles te chamam [...] você fica como referência. Então acaba que você não tem que resolver só do seu andar; é do hospital inteiro.

A Enfermeira “T” completa:

Então, nós contornamos, até duas enfermeiras entraram nesta negociação e ainda acarretou para o próximo plantão. Ainda ficou paciente para ser internado [...] mas é continuidade do plantão mesmo. Então, eu acho que nós gerenciamos, tentamos gerenciar.

A análise dessas três falas nos sugere que a continuidade do fazer na enfermagem tem grande relevância no cuidado, sendo colocada como um dos aspectos significantes para a gerência do cuidado. Essas falas fazem sentido com a literatura da área de administração em enfermagem que aponta a passagem de plantão como um instrumento administrativo fundamental para a organização do processo cuidativo.

A enfermeira “D” nos relata a importância do encaminhamento das questões referentes ao cliente de um plantão para o outro, de uma unidade para a outra, possibilitando uma continuidade, ressaltando o “continuum” como fundamental para um processo de trabalho em equipe.

Mas, o que é continuidade no processo cuidativo em enfermagem?

Acreditamos que, como lidamos com um “objeto”, que é um constante vir-a-ser, esse não é estático e como tal, podemos nos deparar com alterações na evolução do cliente no momento da passagem de plantão, então cabe que a equipe que sucederá dê continuidade ao fazer profissional sem esperar que este tenha uma terminalidade naquele momento em que acontece o ato passagem de plantão.

Foi evidenciado por Ferraz (1989) que o enfermeiro, ao não se colocar no “entorno” do cliente, tem dificuldades de obter informações acerca do quadro do mesmo e busca dados para o seu relatório de final de turno com os trabalhadores de enfermagem de nível médio.

Essa atitude, ao nosso ver é perigosa, porque pode, em determinadas situações, gerar registros não fidedignos. Observamos, entretanto, que, no momento das intercorrências de maior gravidade, esse profissional é solicitado, conforme prevê a Lei 7.498/1986, do Exercício Profissional da Enfermagem, em seu Art. 11, alíneas “l” e “m”, acerca dos cuidados diretos de enfermagem a “pacientes” graves com risco de vida e cuidados de enfermagem de maior complexidade técnica (BRASIL, 2005).

A todo o momento, as enfermeiras se reportavam ao fato de sentirem-se incomodadas com o distanciamento do cliente, que lhes é imposto pela rotina burocrática do setor, o que acarreta em redução do tempo para o cuidado direto.

Abordando o que é possível realizar em seu plantão, a Enfermeira “O” nos diz:

Igual ontem, vi os pacientes 11º, vi três [pacientes] do 9º; saí daqui às 21 horas, porque eu fui pro CTI ajudar a minha colega. Eu não ia deixar a outra pessoa na mão. Saí e falei assim: “Oh, tô te passando a bola, não posso ficar mais aqui não”. Vi três [pacientes] e fiquei tentando resolver o que acontecia com o restante. Quando eu falo que vi três, é que realmente eu entrei no quarto, fiz o exame. Os outros foi para trocar uma fralda ou fazer uma medicação. Não é o tempo que a gente senta, conversa um pouquinho com a pessoa. Então, ontem, eu saí frustrada [risos]. Porque eu gosto de dar um pouquinho de atenção.

Em todas as descrições as enfermeiras citam a importância da sua presença no cuidado direto, da interlocução com os clientes, da necessidade de dar atenção, mas todas são unânimes em levantar como fatores impeditivos a falta de tempo e a sobrecarga de tarefas administrativas.

Percebemos que as enfermeiras, sujeitos do nosso estudo, referem-se ao tempo do cuidado, não enquanto o tempo das batidas de um relógio, mas o tempo das batidas do coração, conforme salienta Alves⁶, (citado por SILVA, 2004).

⁶ ALVES, R. **O amor que acende a lua**. Campinas: Spectrum/Papirus, 2000.

A mesma autora, assim se manifesta em relação ao tempo:

“[...] talvez esteja na hora [falando em *chronos*!] de repensarmos nossas prioridades. Definir prioridades entendendo que algumas tarefas que temos de realizar não são selecionadas por nós, mas nos são impostas. Isto é, não somos donas do nosso tempo. O problema é que talvez estejamos usando mal o tempo que é nosso!” (SILVA, 2004, p.16).

E por falar em tempo que é nosso, os enfermeiros se referem às questões que dificultam o seu processo de trabalho e conseqüentemente a gerência do cuidado, fazendo menção ao número excessivo de clientes a cargo de cada profissional enfermeira. Esse aspecto evidencia a necessidade de que tenhamos normas e protocolos que orientem a distribuição de pessoal de enfermagem em relação aos clientes, mesmo porque existe a Resolução nº 293/2004 do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN, 2004), que estabelece parâmetros para o dimensionamento do quadro de profissionais de enfermagem nas unidades assistenciais das instituições de saúde e assemelhados. A ausência dessa orientação, baseada na Resolução, dificulta a organização do processo de trabalho. Algumas enfermeiras relegam o contato direto com o cliente em detrimento de afazeres técnico-burocráticos que poderiam ser realizados, se houvesse trabalho em equipe e planejamento, por outros membros da equipe, sob supervisão do enfermeiro. Outras valorizam sua participação eventual no cuidado, mas expressam a dicotomia, o conflito e tensão existentes entre o gerenciamento do cuidado e a sua execução. Esta última ficando a cargo, sobretudo, do auxiliar e técnico de enfermagem. Conforme nos fala Ferraz (1989), o enfermeiro não está desenvolvendo as suas atividades “entorno” do cliente.

As enfermeiras “T” e “S” abordam a questão do estar presente ao lado do cliente prestando assistência direta e promovendo educação continuada, capacitação da equipe de enfermagem, entretanto reconhecem a dicotomia entre o administrar e o assistir em seu local de trabalho:

A enfermeira “T” relata:

Avaliar o paciente mais de uma vez no dia é difícil. Às vezes, você entra no quarto uma vez só e passa o dia sem ir lá. Essa semana eu voltei do almoço, entrei no quarto de um paciente que eu achei que ele poderia estar precisando e ele estava entrando em insuficiência respiratória. Qual o próximo passo? 1º - Pedir ao acompanhante para sair. 2º - Levar o carrinho de parada, acionar o médico, chamar a fisioterapia para aspirar, tomar as condutas necessárias. 3º - Aferir dados: pressão, pulso, checar respiração, chamar o paciente mesmo, tentar conversar com ele.

Acrescenta a enfermeira “S”:

Por exemplo, uma imunoglobulina. Não é uma medicação tão comum. Você vai chamar a equipe, falar a medicação é isso [...] Pra tentar transmitir conhecimento e aí é [...] Aí você tenta porque não dá para fazer tudo. O que eu tento fazer é ser mais presente lá no quarto do paciente, o perguntar o que ele precisa, cuidar mais. A gente cuida à distância, mas é [...] explicar o porque das coisas. Falta mais contato com o paciente.

Além disso, vemos que as enfermeiras trazem em suas falas certa frustração por não conseguirem realizar ações que possam viabilizar o cuidado e referem-se, principalmente ao tempo reduzido e ao quantitativo da equipe de enfermagem, conforme mencionamos anteriormente.

A importância da comunicação com o cliente, no processo cuidativo e no gerenciamento dos trabalhadores/cuidadores, também é abordada na descrição das enfermeiras como fator que contribui de maneira primordial para a qualidade da assistência prestada ao cliente.

Segundo Oriá *et al.* (2004), o termo comunicar provém do latim *communicare* que significa colocar em comum entendendo, etimologicamente, que comunicação é o intercâmbio compreensivo de significação por meio de símbolos, havendo reciprocidade na interpretação da mensagem verbal ou não-verbal.

Freire (1988, p. 65) afirma que

“[...] o mundo social e humano, não existiria como tal, se não fosse um mundo de comunicabilidade, fora do qual é impossível dar-se o conhecimento humano. A intersubjetividade ou a intercomunicação é a característica primordial deste mundo cultural e histórico”.

Assim, entendemos que a comunicação é um dos mais importantes aspectos do cuidado de enfermagem que objetiva uma melhor assistência ao cliente que vivencia ansiedade e estresse decorrentes do processo de hospitalização.

Portanto, a comunicação se faz essencial para o estabelecimento de uma relação entre profissional, cliente e família, no que corrobora Saraiva (1999), ao referir que algumas teorias afirmam que o processo comunicativo é a forma de estabelecer uma relação de ajuda ao indivíduo e à família.

Tratando-se do relacionamento enfermeiro-cliente, o processo de comunicação precisa ser eficiente para viabilizar uma assistência humanística e personalizada de acordo com suas necessidades.

Em especial, a comunicação verbal e não-verbal, no gerenciamento do cuidado, tem por finalidade a manutenção de orientações e informações fidedignas e atualizadas para viabilizar uma assistência com qualidade, além de se fazer um meio para a prestação do cuidado, pois, como diz Waldow (1995, 1998), o cuidado é relacional.

E, para explicitar o que a autora afirma, recorreremos à fala da enfermeira “O” que relata a importância da comunicação no dia a dia do seu cuidar:

Só que ele foi embora e voltou com essa alergia ao fio de sutura. Aí, novamente, eu tive com ele no andar, só que foi andar diferente. Aí eu já comecei a tratar, já tinha pneumonia anterior, tratava junto com a fisioterapia, pegava e andava um pouquinho dentro do quarto. Explicava o porquê não poderia ficar tanto tempo deitado, porque tinha que levantar, fazia o acompanhamento. Só que depois ele voltou com essa alergia, teve abscesso, tava bem maior, abriu e a gente vem acompanhando, cuidando da ferida e fazendo mesmo orientação, não só do físico. Aqui os pacientes têm muita carência com atenção. Mesmo que a família esteja lá 24 horas, pode ser o filho, pode ser a esposa, o simples fato de estar sendo ouvido por outro. O Sr. M tem necessidade de estar conversando.

Uma familiar, era 20:30 horas, ela foi lá me procurar: “Você tá indo embora? Minha mãe está sentindo falta demais de você!” [A enfermeira fala] Eu fiquei com ela dois dias só dentro do quarto. Um pouquinho só de atenção que a gente dá [...] Isso pra mim conta muito.

O ambiente cuidativo não se restringe apenas à técnica. Ele engloba o espaço físico no qual o cliente está, bem como seus utensílios, mas vai além. Envolve troca, afeto, compartilhamento. Abrange a família, que é parte do processo terapêutico e fator decisivo no sucesso do tratamento.

Estas enfermeiras valorizam, além da criação de um ambiente terapêutico, o conhecimento técnico científico, como uma ferramenta essencial para o gerenciamento do cuidado.

Anteriormente, ainda nessa categoria, referimo-nos à questão do dimensionamento e alocação de pessoal, mas aqui as enfermeiras, sujeitos do estudo, fazem menção à sobrecarga de atividades burocráticas, administrativas e inespecíficas, as quais demandam tempo e retiram-nas do processo cuidativo, o que depreendemos na fala da enfermeira “T”:

O mais difícil é receber o paciente. Avaliar e evoluir é o mais fácil. O mais difícil é a equipe, é o gerenciamento da equipe. Eu acho que hoje, depois de formada, a responsabilidade ficou maior, a equipe pra mim já é o hospital que eu tenho que olhar, ainda mais que eu fico até às 9 horas. Então, todo mundo vai embora às 5 horas. Então de 5 às 9 horas eu tô “informável”.

Apesar, que eu poderia ter programado antes essa sondagem, já ter uma prescrição, ou já imaginar que aconteceria uma retenção de urina e quando tivesse, não precisaria chamar o plantão pra prescrever sondagem. Seria uma ação mais sensata, mais rápida.

Certificar material para se tiver alguma urgência, isso é função sua [...] material funcionante [...] Gerenciar equipe: número de funcionários, cobrir, deixar uma escala legal. Acho que isso tudo você pode fazer de uma maneira que não atrapalhe o cuidado.

Na literatura, encontramos dados que assinalam a questão exposta pelos enfermeiros que se referem à natureza das funções, como atividades administrativas, 62,5%; atividades burocráticas, 77% e não burocráticas, 23%; assistência ao paciente, 19,2%; ensino e pesquisa, 3,8%; delegáveis, 6,8%; particulares, 7,6% (TREVIZAN, 1978).

Além da natureza das atividades no processo de trabalho hospitalar, a enfermeira “E” coloca-se preocupada e como uma “defensora do paciente”, compreendendo a sua posição como uma forma de gerenciar o cuidado:

O risco em si ele existe, então você tem que perceber possíveis fatores que vão acarretar numa piora para o paciente. Pode ser a família? Pode. Pode ser medicação atrasada? Pode. Pode ser o técnico que não está com uma técnica correta? Pode. Você tá ali para defender o paciente. Acho que o gerenciar é isto. É você ser defensora do paciente.

Enfim, Cecílio e Merhy (2003a) argumentam que o cotidiano do cuidar é uma “síntese de múltiplos cuidados”. O cuidado recebido/vivido pelo cliente é somatório de um grande número de pequenos cuidados que vão se complementando, de forma consciente e negociada, entre os cuidadores no ambiente hospitalar. Assim, o cuidado em saúde vai se compondo numa complexa trama de atos, procedimentos, fluxos, rotinas, saberes, num processo complementar, mas também de disputa.

Cecílio (2001) valoriza a integralidade do cuidado obtido em rede, na qual é possível focalizar a integralidade, quando uma equipe possui uma boa articulação de suas práticas, sabe escutar e atender da melhor forma possível às necessidades de saúde da sua clientela.

A seguir, a segunda categoria que aponta para a necessidade de articulação, de “jogo de cintura” para o desenvolvimento da gerência do cuidado, teia de relações que se dão no cotidiano.

4.1.2 Jogo de cintura

Este tema emergiu durante a entrevista com a enfermeira “T” e chamou muito a nossa atenção porque essa possui pouco tempo de formada, dentre as demais colegas, e uma visão singular do gerenciamento do cuidado.

Chamou de “jogo de cintura” a capacidade de lidar com situações diversas e adversas de forma a não permitir ou minimizar ao máximo, o impacto destas situações sobre o cuidado prestado ao cliente, como podemos ver na descrição da enfermeira “T”:

O paciente estava em jejum. Então, tem que ter esse jogo de cintura, que eu acho que é gerenciamento também. É [...] internei em apartamentos pacientes que seriam de enfermaria. Negociei com a família. Falei que assim que surgisse uma vaga em enfermaria a gente transferiria, mas no momento não tinha e era indicação de internação e a gente não conseguiu transferir para nenhum outro hospital, nós ligamos antes tentando transferência e não foi possível.

Essa enfermeira deixa claro que este “jogo de cintura” se pauta principalmente numa capacidade de liderança, de tomada de decisão, não só em relação à equipe de enfermagem, mas do plantão como um todo, incluindo aqui o cliente e sua família, tendo a comunicação e a negociação como ferramentas essenciais.

Em nossa vivência deparamo-nos com este fazer que a princípio nos causou insatisfação. Com o passar do tempo fomos percebendo que o “jogo de cintura” não nos obriga a abrir mão do nosso referencial, apenas faz com que utilizemos artifícios e estratégias sutis e perspicazes para a conquista do objetivo. É a capacidade de diminuir a área de conflito, reduzindo suas repercussões, mas não os suprimindo.

Para Marquis e Huston (1999), problemas aparentemente intransponíveis como a falta de recursos e a desmotivação têm sido e continuarão sendo questões enfrentadas pelos enfermeiros/líderes.

Comungamos com a idéia de que a gerência do cuidado passa pelo empoderamento e pela gerência compartilhada, com relações participativas.

Ninguém pode viver ilhado, isolado dos seus semelhantes. O exercício de uma gestão de forma autoritária é resultado, sobretudo, da arrogância e ignorância dos princípios que norteiam a administração inteligente e participativa (SANTOS; MOREIRA, 2004, p. 7).

E, ao falarmos de gerência compartilhada, voltamo-nos para a importância do trabalho em equipe e consequentemente do trabalho participativo e interdisciplinar e sem nos esquecer que a enfermeira atua como coordenadora do processo cuidativo, gerenciando o cuidado. Podemos perceber nos relatos a seguir:

Enfermeira “T” nos diz:

À noite é meio corrido também. A gente dá uma atenção aos funcionários maior quando a gente começa, mas à medida que vai pegando a rotina, eles também, às vezes, querem ficar mais independentes. Então, assim, na medida do possível a gente vai dando assistência, vai vendo se tem alguma coisa, mas é meio corrido também essa parte. Eu acho que o tempo, é igual eu falei, o tempo é curto para chegar e avaliar [...].

Ressalta a enfermeira “S”:

Aqui eu tenho funcionário administrativo, de enfermagem, a camareira, da limpeza, não tenho hierarquia com ela; ela tem o chefe dela. A copeira pergunta se o paciente tal pode comer isso, aquilo, pode ligar a televisão do paciente que chegou. Indiretamente eu sou responsável por estes profissionais. Como eu estou ali e eles interferem diretamente na qualidade do meu trabalho, você acaba gerenciando também. Então você é o elo entre o profissional que está lá em baixo [comandando] e quem está efetivando aqui [...].

Parece-nos, pela análise do discurso e observação da prática das enfermeiras, que a consciência da necessidade do desenvolvimento do trabalho em equipe existe, mas podemos perceber um grau de dificuldade em transformá-lo em atos, principalmente em virtude da sobrecarga de tarefas.

Percebemos que as enfermeiras, conforme mencionou “S”, são o elo de ligação para a equipe no atendimento ao cliente. Tem em suas mãos a coordenação do cuidado, envolvendo o processo de trabalho de todos os membros da equipe de saúde.

Referindo-se ao trabalho em equipe, a Enfermeira “T” relata:

Eu acredito que gerência do cuidado, em primeiro ponto, é o trabalho em equipe. Não tem jeito da enfermeira trabalhar sozinha. A primeira coisa é gerenciar a equipe, é você orientar diário. Porque o conhecimento não é embutido 100%.

A enfermeira “O” ressalta:

[...] as outras pessoas que estão trabalhando com você, tanto os outros enfermeiros, quanto os outros profissionais, a equipe inteira de enfermagem, de saúde. Você tem que estar interagindo com elas. Não é só observar o técnico de enfermagem, o que ele está fazendo, é estar trabalhando junto com ele, isso pra mim é gerência.

Conforme assinalamos, anteriormente, a gerência do cuidado necessita de uma proposta de trabalho coletivo, oriundo de um trabalho interdisciplinar, onde todos os saberes são acolhidos e fomentados em prol da qualidade da assistência prestada.

Para Silva *et al.* (2002), trabalhar em equipe é possuir uma antevisão das demandas possibilitando a elaboração de um processo de trabalho a ser realizado de forma cooperativa por todos os profissionais envolvidos, mantendo suas visões próprias do cliente, possibilitando prever e melhor forma de assistir a ele.

A enfermeira “O” descreve a influência do tipo de setor sobre a gerência do cuidado, além de abordar a questão do aparecimento de situações de conflito, entre os profissionais da saúde, em virtude do posicionamento individual, frente à prestação do cuidado:

Quando você começa a trabalhar no CTI [...] você consegue ver todo mundo, porque não tem o corre-corre do dia-a-dia que tem aqui [unidade de internação] no hospital, com presença de família por perto, com presença de outras equipes. Na parte médica [...] tem hora que você tem que estar engolindo seco o que o médico faz e tentar resolver com a família para não deixar a família tão chateada.

Essas descrições parecem revelar uma disputa de poder, vivenciada em nosso cotidiano, disputa pelo gerenciamento do cuidado. Percebemos que os profissionais, enfermeiro e médico, criam um conflito diário pela coordenação do processo cuidativo, no qual, em muitos casos, o enfermeiro se sente submetido à “vontade médica”, em detrimento do seu conhecimento e do seu fazer.

Peduzzi (2001) nos diz que o trabalho em equipe ocorre no contexto das situações objetivas de trabalho, tal como encontradas na atualidade, nas quais se mantêm relações hierárquicas entre médicos e não-médicos e diferentes graus de subordinação, ao lado da flexibilidade da divisão de trabalho e da autonomia técnica com interdependência.

Entretanto, por não haver essa flexibilidade, vemos surgir o conflito, que é a luta ativa de cada indivíduo pelo resultado desejado para si, impedindo aos outros de obterem resultado favorável a eles, gerando hostilidade (LIKERT, 1980).

O conflito organizacional está ligado a mecanismos específicos que “permitem aos grupos dominantes extrair dos grupos subordinados o esforço suficiente pelos valores de troca convenientes” (REED, 1997, p.100).

“Na saúde, a hierarquia, com sobreposição de poder, se manifesta na maioria das relações de trabalho – dos médicos em relação aos demais profissionais de saúde [...]” (PIRES, 1999, p. 36).

Esta mesma autora afirma que a enfermagem é responsável pelo cuidado direto ao cliente, em toda sua integralidade, envolvendo dois campos de atividades, os cuidados e procedimentos assistenciais e o da administração da assistência de enfermagem.

De posse das contribuições da autora, constatamos que o enfermeiro se vê, por vezes, transitar com dificuldade nesses dois campos. Vê-se pressionado pelas organizações com uma demanda burocrática em detrimento do espaço do cuidado, do espaço assistencial, que originalmente ele acreditou ser sua prática. Isso gera descompassos e sofrimento no processo de trabalho, conforme salienta “T”:

Avaliar o paciente mais de uma vez no dia é difícil. Às vezes, você entra no quarto uma vez só e passa o dia sem ir lá.

Ainda a enfermeira “T”:

Quando eu era acadêmica [...] quando estava apertado e eles sabiam que era eu e a enfermeira [cita o nome da enfermeira], que por sorte era bem enérgica. Tudo que eu sei, aprendi com ela [...] Eles faziam uma hora mesmo e já voltavam pro posto. E o mesmo funcionário, em outra ocasião, com outro enfermeiro, mesmo acadêmico [...] Às vezes o enfermeiro não tem tanto pulso [...] eles abusam um pouquinho.

É também um exemplo de gerenciamento: você vê que tá apertado, prioriza pra outro andar. O funcionário não é fixo pro andar do 7º, ele é funcionário do hospital, ele vai ter que descer. Tem cirurgia de urgência no bloco, vai ter

que ajudar a limpar a sala. Então, é funcionário do hospital. Isso aí a gente deixa bem claro pra eles. Sempre que tá precisando [...] Eu acho que é um exemplo de gerenciamento. É estar colocando funcionário no andar que precisa [...].

A distribuição de pessoal, auxiliares e técnicos de enfermagem, a alocação de recursos humanos, é uma atribuição do Gerente do Cuidado, que para isso precisa estar ciente da realidade assistencial do setor. O número de pacientes internados, sua origem e características peculiares, necessidades afetadas, são pontos de extrema relevância para a alocação de pessoal e servem de subsídio para tomada de decisão.

A enfermeira “T” descreve o seu plantão anterior:

O caso dessa madrugada que eu trabalhei é [...] O hospital tá cheio, tem poucas vagas, os leitos que estavam vagos era reserva de bloco, por exemplo. Então, enfermagem não tinha nenhuma vaga. O 6º andar que comporta 24 pacientes, acho que tinha 23 e isolamento, não podia internar. Aqui neste andar todos os leitos cheios e tinha apartamento que era reserva de bloco e nós tivemos 9 pacientes que tinham indicação de internação no Pronto Socorro, além dos tantos que foram dispensados. Fomos internando na medida do possível. Eu acho que é gerenciamento também de enfermagem, porque eu não podia internar num apartamento que era uma reserva de bloco e eu adiaría uma cirurgia amanhã.

Podemos perceber que a ampliação do número de leitos de internação do hospital, sem haver concomitante aumento de leitos das unidades de terapia intensiva e semi-intensiva, sobrecarrega a equipe de enfermagem, uma vez que aumenta significativamente o número de pacientes graves nas unidades de internação.

A Resolução 293/2004 do COFEN (2004), já mencionada, enfoca, em sua metodologia de cálculo de pessoal, o Sistema de Classificação de Pacientes (SCP), adequando o cálculo de acordo com o nível de dependência de cuidados de enfermagem necessários aos clientes.

A descrição abaixo retrata esta visão de forma muito singular, feita pela Enfermeira “D”:

Saio do pronto socorro e começo a subir para os andares. No caso a gente fica com dois andares, cada, enfermeira e acadêmica, são dois acadêmicos e

um enfermeiro, cada um fica com dois andares. O sistema de anotação que a gente tem é a folhinha, que te orienta, onde a gente anota o diagnóstico, os exames. Aí a gente passa visita em todos os quartos. À noite não dá pra fazer exame, é de dia. Mas aí você passa perguntando: “Como é que você tá?”; levanto o cobertor para ver como é que tá, olho as feridas e tal.

Para Peduzzi e Anselmi (2002), na esfera do gerenciamento do cuidado, estão a evolução, exame físico diário do paciente e a prescrição de enfermagem, além da supervisão dos auxiliares e técnicos de enfermagem. No gerenciamento da unidade, estão os encaminhamentos de exames, aprazar a medicação prescrita pelo médico, solicitar medicação à farmácia, providenciar transporte do paciente, contactar equipes de suporte, o que podemos identificar como uma forma indireta de gerenciar o cuidado. Observamos, porém, a impossibilidade da execução das atividades descritas em detrimento ao número reduzido de enfermeiras, além do acúmulo de tarefas que lhes são atribuídas. Esse fato leva essas profissionais a apresentar uma visão fragmentada do cliente, como podemos perceber na descrição anterior da enfermeira “D”: “Como é que você tá?; levanto o cobertor para ver como é que tá, olho as feridas e tal”.

A fala da enfermeira traduz a visão fragmentada do cliente em seu processo cuidativo o que não se coaduna com a visão de gerenciamento do cuidado que se apóia em um paradigma de integralidade.

A enfermeira “I” menciona a supervisão como forma de efetivar a gerência do cuidado:

Depois você vai olhando a papeleta. Acho que é uma coisa importante da gente tá conferindo, porque a gente evita muito erro de funcionário, erro de medicação, nos andares que eu estou em contato. A gente divide dois andares para o enfermeiro e dois andares para cada acadêmico [...] a gente já tem essa rotina: faz corrida de leito, abre a folha de passagem de plantão, evolui todos os pacientes e confere a papeleta [...] acho que isso é uma coisa benéfica tanto pro paciente, quanto pro funcionário. Você ver o erro antes que ele aconteça [...] uma medicação que colocou o horário errado, ou esqueceu de colocar o horário [...] Eu acho que isso, apesar de que às vezes nem sempre dá tempo da gente fazer essa conferência, acho que isso é importante.

É [...] tá olhando erro de funcionário [...] Eu tento assim, na medida do possível, chamar a atenção na hora que a coisa acontece, tanto do lado negativo, como do lado positivo. Eu tento [...] eu acho que a gente tem que chamar a atenção na hora que a coisa tá acontecendo. É, acho que é mais prático, acho que o funcionário não vai esquecer porque tá acontecendo ali, na hora e acho também importante tá parabenizando alguma coisa de bom que fez, na medida do possível é [...] sempre tá [...] alguma coisa que eles possam fazer e tá ajudando a eles.

Nessas falas podemos suscitar a discussão sobre a competência do enfermeiro para o gerenciamento do cuidado, na visão dos entrevistados. Como competência, Nascimento *et al.* (2003) reconhecem que é um conjunto de produtos saberes ou capacidades a serem adquiridos pelo trabalhador, agente parte do sistema. Consiste em dominar, com papéis e função definidos, situações de trabalho.

“O agente torna-se ator, o ator torna-se competência e esta se produz nas situações de trabalho. [...] [O trabalhador] nutre-se de recursos internos e do ambiente para recompor seu trabalho de forma sempre renovada (p. 449).

A competência do enfermeiro descrita por Waldow (1999) contempla todas as instâncias do fazer do enfermeiro, seja como supervisor, executor ou co-executor no exercício da gerência do cuidado. Mas vemos que, ao longo dos tempos, a prática tem sido na maioria das vezes a de chefiar unidade, ser referencial administrativo, prever material e pessoal, fazer escala de plantões, controlar medicação, supervisionar as atividades dos auxiliares e técnicos de enfermagem, visitar os pacientes, atender às intercorrências. .

A enfermeira D descreve uma série de atividades, referindo-se ao plantão noturno:

Aí, começa a parte assistencial mesmo. A gente passa pelo Pronto Socorro, eu passo em todas as salas pra ver qual diagnóstico, qual o paciente mais grave. Aqui no pronto socorro de quinze em quinze dias é a enfermeira da unidade. As intercorrências eles comunicam a gente pelo radinho. Quando a gente acaba de pegar o plantão, ligar para os andares, avisando o bloco e a hemodinâmica a gente passa lá para saber como é que tá. Se o auxiliar ou técnico de enfermagem está lá, quais os médicos que estão. Quem tá na sala hoje, quais os pacientes mais graves, questão de material, os respiradores, [eletrocardiograma] ECG que é muito importante porque eles emprestam pra gente.

Principalmente no plantão noturno era essa a rotina verificada. A percepção era de que o enfermeiro, ao se apresentar como responsável pelo plantão, absorvia toda a responsabilidade em relação a todas as atividades que viessem a acontecer. Passava o plantão esperando intercorrências a ser atendidas e problemas administrativos a ser resolvidos.

A enfermeira D argumenta:

Aí, eu acabo de passar visita e vou evoluir. Nessa evolução, não tem jeito de ter gerência do cuidado? [...] acho que gerenciar é organizar, é distribuir [...] é estar evoluindo sim, o que eu vi. A organização do quarto, a organização do [...] não do paciente, mas o que não fizeram, o que está faltando pra ser feito, eu acho que é isso.

Para Mishima (1995), o enfermeiro atribui ao gerenciamento do cuidado um caráter predominantemente burocrático, mas este deve ir muito além da burocracia, pois tem por finalidade a implantação, o monitoramento e a manutenção de condições adequadas para que o modelo de atenção em saúde, preconizado na instituição, seja viabilizado com eficiência e eficácia.

Lunardi *et al.* (1994) e Trevizan (1978) acreditam que o baixo percentual de atividades assistenciais identificados no trabalho do enfermeiro, cerca de 19,2 e 17,65%, respectivamente resulta no modo como o hospital está organizado, o que repercute no serviço de enfermagem, mobilizando seu trabalho em direção as atividades não específicas. O que corrobora com a descrição dos enfermeiros.

Esse afastamento do contato direto com o paciente, além de ser apreendido em seus discursos, foi verificado por nós, durante a observação do seu cotidiano. Inúmeras vezes os enfermeiros, quando conseguiam interagir com o cliente, eram solicitados, quase sempre, para solucionar questões ou pendências administrativas.

Relata a enfermeira D:

À noite é muito difícil cumprir o protocolo de feridas, mas aí a gente acompanha, se precisa trocar a gente pede pra chamar, analisa quais os funcionários, mas eles sempre chamam, e ainda falo pro paciente: “Não esquece de me chamar”.

Aí passo visita, às vezes perguntam de alguma medicação que já tomaram. Aí eu volto no quarto pra falar qual o horário. Aqui a gente olha a data do equipo, do acesso também. Isso é gerência do cuidado.

Para Silva (1989), há uma fragmentação do objeto de trabalho na enfermagem subdividida em cuidado direto e indireto. O primeiro quase que totalmente restrito às diversas categorias dos demais profissionais supervisionados pelo enfermeiro. A ameaça de descaracterização que envolve a profissão de enfermeiro advém de seu papel de governança e não de seu papel de supervisor da assistência ao doente.

Esta fragmentação, administração-cuidado, tem determinação histórica, sendo expressa pela divisão do trabalho executado em assistencial e administrativo, segundo Leopardi *et al.* (1992).

A enfermeira “O” procura estabelecer um paralelo entre a assistência de enfermagem no CTI e setores da Unidade de Internação:

Agora, quando você começa a trabalhar no CTI, que é ambiente fechado, ali o CTI é de 10 pacientes, é de doze, mas você consegue ver todo mundo, porque não tem o corre-corre do dia-a-dia que tem aqui no hospital, com presença de família por perto, com presença de outros, de outras equipes, não vê tanto. Na parte médica mesmo, isto é antiético estar falando, mas tem hora que você tem que estar engolindo seco que o médico faz e tentar resolver, por traz, com a família pra não deixar a família tão chateada.

Para essa enfermeira, o gerenciamento do cuidado é posto em segundo plano, na Unidade de Internação, em detrimento de atividades burocráticas, complementares ou auxiliares, na assistência. Na verdade, podemos inferir que existe uma dificuldade de organização do processo de trabalho, em virtude da sobrecarga de tarefas e falta de planejamento, realidade vivenciada por nós, em nosso processo de trabalho, ao longo dos anos.

A enfermeira “E” inclui a família e os técnicos de enfermagem no processo cuidativo:

[...] Você tem que gerenciar família, você tem que gerenciar a relação entre os técnicos. Você tem que orientar a família: “Olha, ele tá tendo uma crise”. É muito pouco falado, dependendo do médico, então você tem que orientar a

família: “Olha, tá tendo um quadro assim, mas vamos esperar lá fora, se a senhora quiser aguardar ali no sofá [...] Se você não fizer, a família fica ali e participa. Até que ponto isso vai fazer bem ou mal, você é quem tem que ver.

O enfermeiro deveria ser visto como o referencial no cuidado, tanto para o cliente e família, quanto para a equipe multiprofissional. Ele é o elo entre o paciente e a assistência multidisciplinar prestada. É ele o responsável pelo acolhimento em situações de sofrimento, por vezes causado pela assistência, desempenho dos profissionais da equipe de saúde, responsáveis pelo processo cuidativo.

A divisão do trabalho, gerando uma visão fragmentada do cliente e a redução do fazer do técnico de enfermagem, ao âmbito exclusivo da realização de técnicas, é descrito pela enfermeira “N”:

A técnica é do técnico. É mais fácil gerenciar o cuidado da enfermagem, mas realizado pelo técnico. Às vezes o cuidado de enfermagem é realizado pelo técnico, mas orientado pelo médico. É mais difícil de mudar. Cuidados com medicamentos [...] Às vezes o paciente não tem acesso venoso. Então, você tenta modificar para oral. Eu acredito que isso é gerenciar também. Você está evitando dele passar, dele sofrer mais. O estresse de puncionar um acesso.

4.1.3 Ser presença na ausência

Em virtude da sobrecarga de funções e tarefas impostas ao enfermeiro, além do dimensionamento incompatível com a demanda assistencial das unidades, o enfermeiro vê-se obrigado a lançar mão de estratégias que garantam sua presença, mesmo na ausência física.

A enfermeira “O”, assim se expressa:

Ele estava andando no corredor e disse: “Eu lembrei do que você falou comigo” - da outra vez, da outra internação que ele teve pneumonia. Então, aí eu vi que o que eu falei foi válido pras pessoas. Ontem eu fui lá vê-lo e ele não deixou ninguém fazer o curativo, ninguém; “quero que ela veja como é que tá”. Porque no dia anterior eu pedi a ele: “Na hora que o Sr. tomar banho e abrir, deixa eu ver”. Aí, ficou o dia inteiro. Não deixou ninguém ver, hoje a mesma coisa. Então eu vejo que isso aí, o pouco que a gente faz, a atenção que a gente dá, “[...] você tá colocando coisa boa, isso não vai fazer mal pra mim não?”. Respondo [enfermeira]: “De jeito nenhum”. Ele: “Ah, então tá.

Então só você vai mexer aí”. Isso é ponto positivo. Tá confiando no que a gente tá fazendo. Eu acho que é resultado do trabalho, do cuidado mesmo que a gente tem.

Continuando ela afirma:

Você conseguir o carisma de uma pessoa é muito difícil, aumentar a auto-estima dele é mais difícil ainda. Ele era uma pessoa muito deprimida. Acho que um pouco de atenção que a gente dá, acho que é mais atenção mesmo. Pra mim, de um só vale. Não precisa ser de todos não. Se você consegue a confiança de uma pessoa, seja o paciente, seja a família já é importante, facilita o seu trabalho.

Em nosso vivido como enfermeiros assistenciais, evidenciamos, muitas vezes, a necessidade de “ser presença na ausência”. Para tal, utilizávamo-nos de dispositivos que viabilizassem essa presença em termos de rotinas e orientações a serem disponibilizados diante das necessidades apresentadas. Além disso, procurávamos ter nos nossos auxiliares e técnicos de enfermagem uma extensão do fazer do enfermeiro, utilizando para isto o trabalho participativo.

Trevisan (1987) afirma que a perspectiva de qualidade estimula o exercício da criatividade na solução de situações inesperadas, viabiliza autonomia da manutenção da prática sendo decorrentes do compromisso profissional e pessoal do enfermeiro com a enfermagem e seu objeto de trabalho.

Ao contemplar o gerenciamento de enfermagem, Trevizan *et al.* (2006) faz-nos compreender que, frente aos anseios de contemporaneidade, gerenciar a informação, o conhecimento, o tempo passa a ser tarefa mais importante do indivíduo que exerce a gerência, sendo necessário o desenvolvimento de novas habilidades e ampliação da visão para os objetivos do serviço. Para tal, a valorização e a implementação de decisões, vindas da equipe, se fazem imperativas desde que pautadas em propostas criadoras, permitindo ao profissional enfrentar novas necessidades e novas situações.

Verificamos que o “ser presença na ausência” para o enfermeiro é uma saída diante de situações inesperadas, em que a solução precisa ser imediata.

Pudemos perceber nas descrições uma preocupação muito presente no sentido de colocar o cliente no centro do processo cuidativo e ter no auxiliar e técnico de enfermagem pessoas confiáveis para prestarem o cuidado, orientado pela gerência do cuidado de enfermagem.

Ao se referir à necessidade de garantir qualidade na assistência, a enfermeira “S” diz:

[...] o uso adequado do material. Em que isso vai refletir no meu setor. Vai fazer uma compra grande de jelco. Então eu peço uma amostra pra testar por 3 ou 4 dias. Olha: “o jelco está dando problema para puncionar uma veia. Eu gasto 3 ou 4 jelcos, não é como o que a gente tá acostumado”. Então a gente passa isso pra farmácia. “Assim o custo aumenta, a demanda fica um pouco maior”. A gente tenta resolver o problema. Eu me sinto gerente de recursos materiais. Uma coisa pequena, mas vai refletir no cuidado? Eu me sinto gerente. Vai estar puncionando o paciente mais vezes, vai demorar e vai piorar a qualidade da assistência para o outro paciente.

Os enfermeiros apresentam uma visão global da assistência. Enfatizam a necessidade premente do processo de previsão e provisão de cuidados e materiais na prestação de uma assistência de enfermagem de qualidade ao cliente.

Além disto, têm nos acadêmicos de enfermagem um outro modo de ser “presença na ausência”, como nos relata a enfermeira “I”:

É igual eu falei, a gente tenta saber aonde tem paciente grave, quem tá avaliando é o acadêmico, mas na medida do possível a gente passa nos andares, conversa direto com os funcionários: “Tá precisando de alguma coisa, tem alguma coisa que vocês querem me passar?” Mas geralmente isso é mais tarde, por volta de meia noite. Nem sempre dá tempo de fazer isso também não. Às vezes é só pelo telefone. Na hora que as meninas [acadêmicas] vêm descansar: “Ficou alguma pendência nos seus andares, alguma coisa que eu posso estar resolvendo?” [...] os funcionários chamam bastante. Na medida do possível, eles passam para o acadêmico, a gente cobra isso deles, para ter o acadêmico como referência. Eles têm uma maior segurança de tá ligando pra gente. Mas a gente pede pra passar pro acadêmico primeiro. E depois estar passando pra gente, que ele é o responsável pelo andar também. A gente é o responsável geral, mas ele tá ali respondendo também pelo andar.

Os enfermeiros vêm nos acadêmicos sujeitos importantes no processo cuidativo, apesar de demonstrarem certo cuidado na liberdade de ação dada aos mesmos, em virtude das contingências assistenciais impostas. Mesmo que, indiretamente, procurem ser e dar suporte técnico, administrativo e emocional ao grupo, fazem-se, na medida do possível, “presença na ausência”.

Ao referirem-se ao plantão noturno, a enfermeira “T”, “S” e “E” dizem:

Enfermeira “T”:

À noite então, a [a enfermeira], que é a gerente deu um aval muito grande pra gente. Então no hospital, quem responde pelo hospital, à noite, é o enfermeiro, não é o médico, por exemplo, porque o médico não é funcionário daqui, ele só presta serviço. Então, isso é claro pra eles.

Enfermeira “S”:

A gente “tá” num hospital particular, não recebe SUS. No final quem vai estar vendo qual o material, o que vai economizar [...] é quem está aqui em cima. Tem o gerente de almoxarifado, tem gerente de enfermagem, o gerente médico, mas no final o meu trabalho vai refletir como um todo. Nós trabalhamos com meta.

Enfermeira “E”:

Acho assim, que a enfermagem tem muito para crescer, mas tem esses detalhes. Se nós não soubermos superar, a gerência vai acabar, ficando estagnada [...] gerenciar é ter capacidade clínica [...] é ter conduta única, padronizar.

O “ser presença na ausência”, para os enfermeiros, é visto como um subsídio para potencializar o número reduzido desses profissionais, além de possibilitar a consecução de alguns objetivos.

Acreditamos que tal fato se aplica como um recurso porque no qual se desenvolve o cuidado de enfermagem, assistência ao cliente internado, temos que dispor da presença do profissional enfermeiro. Então, ser presença na ausência é uma estratégia usada pelo enfermeiro para o desenvolvimento de ações que visam à eficiência e eficácia do cuidado.

Pudemos ver essa preocupação em pequenos detalhes, como nos telefonemas para cada setor fazendo a identificação da referência do plantão, a passagem pelo setor para verificar a necessidade de atuação direta do enfermeiro, dentre outros.

Os enfermeiros utilizam um relacionamento mais próximo à sua equipe para a ausência imposta pela sobrecarga de funções e tarefas.

4.1.4 Gerenciamento da assistência de enfermagem

Para Waldow (1999), as definições encontradas nos dicionários acerca dos termos cuidar/cuidado e assistir/assistência foram contempladas como sinônimos. Não obstante, na mesma obra da autora, ela faz menção ao termo cuidar como uma ação dinâmica, pensada, refletida e o cuidado expressa a conotação de responsabilidade e zelo. Dimensões oriundas das ciências comportamentais e da filosofia.

O assistir e/ou assistência não necessariamente inclui o cuidar/cuidado. Ao prestar assistência pode-se não estar cuidando no sentido pleno que envolva responsabilidade, interesse, desvelo e afeto. Assistir não significa cuidar. Então, daí, podemos depreender que gerenciar o cuidado deve envolver algo a mais que apenas gerenciar a assistência.

Relata a enfermeira “S”:

Aí, a gente pega a prescrição médica, uma coisa complicada. Você fica conferindo o trabalho do médico, mas é [...] mais um controle. Por exemplo: o paciente está com medicação de tanto em tanto tempo, você vai filtrar e ver se a enfermagem não está fazendo errado, dar treinamento, vai orientar todo dia.

No que tange à necessidade da conferência e checagem da prescrição médica, como uma das atividades no gerenciamento do cuidado de enfermagem, para Miasso *et al.* (2006), esse é um dos trabalhos de maior complexidade e responsabilidade da enfermagem e sua execução dependerá da aplicação de vários princípios, além de processos desenvolvidos para

dificultar oportunidades de erros, servindo como auxílio ao profissional na busca de minimizá-los.

Descrevendo sua prática, a enfermeira “O” insere a família no processo cuidativo, ao dizer:

Acho que o que a gente faz é apagar incêndio, mas prestar assistência mesmo ao paciente que está ali e à família [...] Porque é o tempo inteiro quem fica com aquele paciente. Então, você acaba gerenciando o cuidado integral, não só da família. Isto pra mim é a forma de gerenciar, é a forma de lidar com esses tipos de situações e mostrar mesmo que você vai ter momento pra cuidar do outro.

Relata ainda:

Teve situações demais com a família. A família num estresse assim, horroroso, que esteve o tempo todo com aquele indivíduo no andar, a família mais estressando que o próprio paciente, porque estão no direito deles também. Um familiar seu, internado, você não vai exigir uma coisa melhor? Então você tem que saber resolver situações com a família pra depois poder estar passando para os seus funcionários como lidar com essas situações mesmo.

Ao contemplar o gerenciamento do enfermeiro articulado à práxis criadora, Trevizan *et al.* (2006) dizem que as metas e estratégias desse gerenciamento incluem a otimização dos resultados, o desenvolvimento da consciência da interdependência e o envolvimento da equipe em novos conhecimentos. Dentre esses novos conhecimentos podemos citar o cuidado com a família.

Segundo Angelo (1999), a ênfase crescente na família tem resultado na mudança da maneira como é percebida no contexto de saúde ultrapassando, sobretudo, as definições utilitárias que se atribuíam à família, quando era vista unicamente como um bem para o paciente, sua presença, às vezes, tolerada em especial em ambientes de assistência à saúde, levando-se em conta seu papel na esfera afetiva da recuperação do familiar doente.

De acordo com Bouso e Angelo (2001), é essencial compreender a família como a mais constante unidade de saúde para seus membros. Assim, a assistência à família, como

unidade de cuidado, implica em conhecer a forma de cada família cuidar e identificar as suas forças, as suas dificuldades e os seus esforços para partilhar as responsabilidades. Com base nas informações obtidas, os profissionais devem usar seus conhecimentos sobre cada família para, junto dela, pensar e implementar a melhor assistência possível.

O trabalho em saúde para ser eficaz e resolutivo, de acordo com Campos (2002), dependerá sempre de certo coeficiente de autonomia dos agentes responsáveis pelas ações clínicas. Esse autor diz que a autonomia pressupõe liberdade, havendo necessidade de responsabilizar-se pelos problemas dos outros, isso só aconteceria com interesse e envolvimento dos agentes com certa tarefa.

Em seus discursos as enfermeiras fazem alusão à autonomia de que necessitam para realizar a gerência do cuidado e enfatizam sua importância no respaldo para tomada de decisão.

Ressalta a Enfermeira “E” o valor da autonomia no processo decisório:

[...] é ter autonomia dentro da Instituição. Se você não tiver autonomia, seu trabalho [...] você não vai ter condições de tomar decisões. Você tem que ter uma boa coordenação, para te dar uma autonomia.

Almeida (1984) diz que nem todos os enfermeiros estão aptos a tomar decisão, uma vez que para tal são necessários conhecimento, confiança em si próprio e apoio das lideranças.

Devemos entender como decisão, em nível administrativo, toda vez que se fizer necessária a integração entre elaboração de normas e rotinas pelo enfermeiro. Para isso não basta um cargo, é preciso conhecimento e habilidade para a aplicação de técnicas a fatos, atingindo os objetivos.

Keith (1999) diz que o processo de globalização requer profissionais cada vez mais capacitados, principalmente, do ponto de vista tecnológico e exige atributos e conhecimentos

dos trabalhadores para responder às demandas impostas pelas mudanças sociais e econômicas. Nesse contexto, as interações pessoais acabam por assumir uma condição inferior, premissa defendida por Witt e Almeida (2003) ao enfatizarem que, frente a nossa realidade, é importante a discussão multiprofissional acerca do cuidado emocional, tanto do cliente, quanto da família na busca da qualidade de vida.

Para Trevizan (1988), as enfermeiras desempenham um papel central, mas não aquele que a enfermeira profissional dita. Análise sobre a ética convencional do gerenciamento de enfermeiro apontou a preocupação, por parte da enfermagem brasileira, para o estabelecimento de uma nova ética a fim de embasar a conduta gerencial desse profissional, para haver mais sincronia com os valores profissionais de modo a relevar as prioridades do cliente, tendo no planejamento uma ferramenta essencial.

Esse novo profissional está arredo ao excesso de burocratização em detrimento do cuidado direto, conforme podemos identificar na descrição da enfermeira “O”:

Gerência para mim, eu acho que não é só você pegar papel, saber dar ordens, porque dar ordens qualquer um pode dar, não precisa ser só o enfermeiro não, e ficar fiscalizando o tempo todo o que o outro está escrevendo. Pra mim é você estar prestando assistência mesmo, isto pra mim é gerência.

A enfermeira “S” nos diz da existência de protocolos como meio para a viabilização do gerenciamento do cuidado:

Eu sou responsável pelo protocolo de feridas. Avaliar as feridas diariamente, de prescrever coberturas, se evoluiu bem ou não, ou se está piorando.

A utilização do planejamento para o gerenciamento do cuidado, a partir de nossa prática, traz para o enfermeiro uma visão mais global do contexto e ao mesmo tempo minuciosa, o que possibilita ações específicas. O planejamento se torna uma ferramenta para o gerenciamento do cuidado.

Para Trevizan *et al.* (2002), os enfermeiros, ao se inserirem no âmbito de uma organização, deparam-se com um trabalho baseado em condutas organizacionais

preestabelecidas, rotinizadas. Para eles a utilização de protocolos, a normatização da assistência viabilizam um cuidado/assistência mais uniforme e isso propicia qualidade com segurança.

Na viabilização do cuidado direto, é suscitada pelas enfermeiras a participação do técnico de enfermagem apenas na execução da tarefa. A enfermeira “E” afirma:

O técnico ele faz, mas ele não pensa. Então assim, eu acho que a enfermagem daí, o enfermeiro tem que pensar algumas coisas melhores, porque senão, o mercado tá lotado de gente. Vai diferenciar o enfermeiro que tem tanto [...].

Nessa fala, a enfermeira realiza uma cisão entre o pensar e o fazer conforme preconiza o Taylorismo. Temos aqui a visão de que auxiliares e técnicos de enfermagem são meros executores do cuidado e que não participam da concepção do processo de trabalho.

Thofehrn *et al.* (1999) ressaltam que a não-utilização do Processo de Enfermagem pelos profissionais deve-se ao distanciamento muito grande entre o pensar e o fazer, entre teoria e prática, não havendo uma preocupação maior com a qualidade e sim, com a demanda do serviço.

Para Villa e Rossi (2002), o aspecto humano do cuidado de enfermagem é um dos mais difíceis de ser implementado. A rotina faz com que os membros da equipe de enfermagem se alienem, esqueçam de tocar, conversar e ouvir o ser humano que está à sua frente.

Esquecemos, por vezes, de cuidar de quem cuida, de fortalecer o sentimento de equipe entre enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem.

Nas últimas décadas, segundo Ribeiro e Pedrão (2002), vários trabalhos surgiram na enfermagem que salientam a importância do relacionamento interpessoal na assistência ao cliente. Apesar da competência técnica do enfermeiro, responsável pela gerência do serviço e administração do pessoal, esse apresenta dificuldades em trabalhar as relações interpessoais de sua equipe, como podemos perceber na descrição da enfermeira “S”:

[...] a gente tenta também promover uma interação maior entre funcionário administrativo e de enfermagem. Por exemplo, o paciente tem uma cintilografia. Tem vários cuidados, preparo e marcação do exame. Eu não vou dar conta. A maioria do público é de pacientes cardiológicos. Os funcionários da enfermagem se preocupam muito com o banho, com sonda, o horário de medicação [...] com a interação entre eles a gente não quer só o mecânico, é entender mesmo. Isso é difícil como funcionário mais antigo, os mais novos não [...] Isso é gerência.

No gerenciamento do cuidado, o enfermeiro utiliza ferramentas diversas para garantir uma equipe apta a realizar esse cuidado. Dentre elas podemos citar o treinamento, conforme nos relata a enfermeira “S”:

É uma coisa indireta, mas é gerenciar. É treinamento intensivo, às vezes a gente pára pra fazer treinamento individual ou em grupinho de dois.

Gerenciar, gerenciar é recursos humanos mesmo. Então [...] é seleção de funcionários, é capacitação. Aqui a gente tem a capacitação, a reciclagem, “tá” investindo em treinamento.

A educação permanente em saúde, incorporada como cotidiano do gerenciamento do cuidado, é ponto chave nesse processo e nesse sentido Varella *et al.* (2007) ressaltam que os serviços de saúde, por sua própria característica, apontam para a dimensão da importância dos recursos humanos na explicação de sua qualidade e suficiência e constituem-se assim em fator crítico.

Nesse processo, a motivação se faz fator determinante, como nos assinala a enfermeira “T”:

Por exemplo, tirar um acesso central. Às vezes, eles ficam morrendo de medo, mas “vem cá acompanhar comigo, você vai tirar, tal, eu vou te acompanhar”. Eles acham que é uma coisa do outro mundo, fica tão assim [...] Acho que na medida do possível, mostrar que você confia no trabalho que ele tem, [...] eu acho que isso também [...].

Autores como Lima (1996) e Stoner e Freeman (1985) descrevem a motivação como o impulso para a satisfação, sendo que esse último a conceitua como a causa que canaliza e sustenta o comportamento das pessoas, não sendo a única influência no nível de desempenho

do indivíduo, pois outros dois fatores, quais sejam as capacidades do indivíduo e sua compreensão dos comportamentos, são necessários para conseguir-se um ótimo desempenho.

Os enfermeiros utilizam a motivação como uma ferramenta na gerência do cuidado. Nossa percepção é de que fazem por meio dela uma ligação permanente com a equipe, conforme pensamento de Santos e Moreira (2004), quando afirmam que o bom administrador deve estar imbuído de emoções positivas e contagiantes, abertos ao diálogo com a equipe, em especial aos seus subordinados e atualizados para aplicar novas idéias e teorias, visando à satisfação dos envolvidos na relação prestador de serviço/cliente.

Outro significado atribuído pelos enfermeiros à gerência do cuidado é “delegar”. E, assim como a motivação, utilizam a delegação como ferramenta para viabilização dessa gerência, conforme nos diz a enfermeira “T”:

Eu acho que esse negócio de delegar é bom, não reter as obrigações, podendo ensinar, delegar [...] Então, aqui quem faz o eletro é o enfermeiro e tem técnico de enfermagem que fica doido em cima de mim, me vendo fazer o eletro e doido pra aprender. Aí fomos treinando, botei um em cada andar que faz eletro. Então, na urgência, sei que posso contar com fulano, com cicrano. “Faz o eletro pra mim correndo”; “Vai ajudando a ligar”. Então eles se sentem úteis para fazer o eletro. Aí quando outros querem aprender, aí muda porque: “Ah, porque não posso fazer?” podendo delegar, podendo ensinar [...] aí eu assino embaixo, porque é o enfermeiro que tem que assinar.

Em contraponto à fala da Enfermeira “T”, encontramos na literatura, a título de elucidação, ações que são desenvolvidas pelo enfermeiro no cotidiano de trabalho da enfermagem, dentre elas: **atividades específicas:** visitar pacientes, passar plantão, elaborar escala, instalar isolamento, elaborar planejamento, relatório e preparar reuniões, solicitar carta de advertência, organizar o ambiente terapêutico; **atividades assistenciais:** aplicar insulina, realizar curativos, instalar pressão venosa central (PVC), ler PVC, trocar soros, vacinação, colocar e trocar cateter nasal, admitir o paciente, planejar o processo cuidativo; **atividades inespecíficas:** atender ao telefone, distribuir prontuários, conferir estoques, distribuir frascos

de exames, localizar médicos, ECG, aprazar prescrições médicas, solicitar consertos, autorizar tickets de almoço, transcrição da prescrição médica (LUNARDI *et al.*, 1994).

Dentre as atividades desenvolvidas, gastamos muito de nosso tempo em ações inespecíficas, conforme relata a enfermeira “E”:

Então eu acho que o gerenciar [...] a lâmpada do quarto que o acompanhante tá reclamando; “é você quem vai resolver?” “É, é você que vai resolver! Como?” Tem maneiras de resolver. Tem o setor de manutenção, mas tudo isso passa por você. Talvez poderia ser triado para outras pessoas para poder pensar em cuidados melhores.

Nessas descrições a enfermeira “E” refere-se ao dilema das suas funções, que na prática apresentam ambigüidade: gerenciamento do ambiente assistencial versus gerenciamento do cuidado, o que por vezes provoca distanciamento entre o discurso teórico do cuidar e as ações cotidianas da prática assistencial. O fato de os enfermeiros dedicarem grande parte do seu tempo às atividades burocrático-administrativas e inespecíficas, acaba por distanciá-los da assistência direta ao paciente.



C
A
P
Í
T
U
L
O

5

Na raiz de todas as nossas experiências e de todas as nossas reflexões, encontramos pois um ser que se reconhece imediatamente porque é seu saber de si e de todas as coisas, e porque conhece sua própria existência não por constatação ou por um fato dado, ou por dedução a partir de uma idéia de si mesmo, mas por um contato direto com ela.

Merleau-Ponty

5.1 INICIANDO A COMPREENSÃO...

*P*ara a realização deste estudo recorremos à pesquisa qualitativa na abordagem fenomenológica o que nos permitiu ouvir os sujeitos e estabelecer com eles uma relação empática, numa interação sujeito pesquisador, sujeito pesquisado.

Assim, utilizando a questão norteadora: “Descreva para mim, situações vivenciadas por você, que retratem o significado de gerência do cuidado em enfermagem”, desvelamos a estrutura do fenômeno composto pelas categorias que se seguem: O cotidiano do cuidar; Jogo de cintura; Ser presença na ausência; Gerenciamento da Assistência de enfermagem.

Em um estudo fenomenológico não cabe conclusão, mas reflexões que apontam recomendações e possibilidades de estudos posteriores.

Os sujeitos participantes sinalizaram como aspectos impeditivos para uma gerência do cuidado de qualidade, dentre eles: o tempo enquanto periodicidade presente, passado e futuro (*chronos*) e o tempo do cuidado (*Kairós*), aquele que é permeado pelo laço e pelo afeto no desempenho do fazer.

O cotidiano do cuidar aponta a questão do tempo, da sobrecarga de trabalho, dimensionamento e alocação de pessoal e o enfermeiro como elo de ligação entre o cliente e a equipe interdisciplinar, constituindo-se de fato em coordenador, gerente do processo cuidativo.

Na categoria “Jogo de cintura”, vimos emergir o trabalho em equipe, a dicotomia entre o cuidar e assistir e a mobilidade que a enfermeira tem que desenvolver para gerenciar a equipe de trabalho. Observamos também o empoderamento da enfermeira e a necessidade de uma gerência compartilhada para dar conta do trabalho em equipe.

Gerenciar o cuidado para a enfermeira está intrinsecamente relacionado à capacidade de realizar inúmeras tarefas e funções, percebendo, no desvio de sua função, um fator interveniente na gerência do cuidado.

Com relação à “Presença na ausência”, vemos a referência da enfermeira à sua ausência no cuidado direto, tendo esta a percepção de que o gerenciamento fica incompleto, por gerenciar o cuidado à distância. Percebemos, entretanto, que essa é uma estratégia que lança mão da educação em serviço e até mesmo do trabalho desenvolvido pelos acadêmicos de enfermagem sob a supervisão da enfermeira.

Ainda, na categoria gerência da assistência, fica bem clara a diferença entre a gerência da assistência e a gerência do cuidado e vemos que o cuidado se enquadra na ordem da relação, desvelo, atenção, laço, afeto, revelando que, na gerência da assistência, não necessariamente o cuidado está implícito.

Como um estudo preliminar sobre a gerência do cuidado em enfermagem, acreditamos que avançamos, mas esse assunto carece de novas pesquisas que discutam a questão do tempo e sua complexidade no processo cuidativo.



**R
E
F
E
R
Ê
N
C
I
A
S**

**B
I
B
L
I
O
G
R
Á
F
I
C
A
S**

ALMEIDA, M. C. P. de *et al.* A situação da enfermagem nos anos 80. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM, 41., 1989, Florianópolis. **Anais...** Florianópolis: ABEn, 1989. p. 43-75.

ALMEIDA, M. H. de. **Tomada de decisões do enfermeiro.** Rio de Janeiro: Editora Cultura Médica, 1984. 124 p.

ANGELO, M. Abrir-se para a família: superando desafios. **Família, Saúde e Desenvolvimento**, Curitiba, v. 1, n. 1/2, p. 7-14, Jan./Dez. 1999.

ARRUDA, E. *et al.* Pesquisar para assistir. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 26, n. especial, p. 119-124, Out. 1992.

BARROS, M. A. *et al.* O cuidar de ontem e de hoje. **Nursing**, São Paulo, v. 10, n. 111, p. 8-13, Maio 1997.

BICUDO, M. A. V.; ESPÓSITO, V. H. C. (Org.) **Pesquisa qualitativa em educação: um enfoque fenomenológico.** Piracicaba: UNIMEP, 1994. 233 p.

BOEMER, M. R. A condução de estudos segundo a metodologia de investigação fenomenológica. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 2, n. 1, p. 83-94, Jan. 1994.

BOFF, L. **Saber cuidar: ética do humano – compaixão pela terra.** 11. ed. Petrópolis: Vozes, 2004. 199 p.

BOUSSO, R. S.; ANGELO, M. Buscando preservar a integridade da unidade familiar: a família vivendo experiência de ter um filho na UTI. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 35, n. 2, p. 172-179, Jun. 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n. 196 de 10 de outubro de 1996. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. **Informe epidemiológico do SUS**, Brasília, ano V, n. 2, Abr./Jun. 1996. Suplemento 3.

_____. Lei n. 7.498 de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem, e dá outras providências. In: COREN-MG. **Legislação e Normas.** Minas Gerais, ano 10, n. 1, Ago. 2005. p. 21-25.

BRAVERMAN, H. **Trabalho e capital monopolista: a degradação do trabalho no século XX.** Tradução de Nathanael C. Caixeiro. 3. ed. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1981. 379 p. Original inglês.

CAMPOS, G. W. S. Subjetividade e administração de pessoal: considerações sobre modos de gerenciar o trabalho em equipes de saúde. In: MERHY, E. E.; ONOCKO, R. (Org.) **Agir em saúde: um desafio para o público.** 2. ed. São Paulo: HUCITEC, 2002. p. 229-266.

CAPALBO, C. **Metodologia das ciências sociais: a fenomenologia de Alfred Schultz.** Rio de Janeiro: Antares, 1979. 102 p.

CECÍLIO, L. C. O. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.) **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: IMS-UERJ-ABRASCO, 2001. p. 113-126.

CECÍLIO, L. C. O.; MERHY, E. E. **A integralidade do cuidado como eixo da gestão hospitalar**. Campinas, 2003a. 14 f. Mimeografado. Disponível em: <<http://www.hc.ufmg.br/gids/Integralidade.doc>>. Acesso em: 15 jun. 2006.

_____. O singular processo de coordenação dos hospitais. **Saúde em Debate**: Rio de Janeiro, v. 27, n. 64, p.110-122, 2003b.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Resolução COFEN n. 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. Rio de Janeiro, 2004. 9 p. Disponível em: <<http://www.portalcofen.gov.br>>. Acesso em: 23 jan. 2007.

ERDMANN, A. L. **A complexidade do cotidiano de um sistema organizacional de cuidados de enfermagem hospitalar**. 1995. 70 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 1995.

FERNANDES, M. S. *et al.* A conduta gerencial da enfermeira: um estudo fundamentado nas teorias gerais da administração. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 11, n. 2, p. 161-167, Mar./Abr. 2003.

FERRAZ, A. C. **Compreensão do exercício profissional do enfermeiro** – uma análise fenomenológica. 1989. 83 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1989.

_____. **A transfiguração da administração em enfermagem** – da gerência científica à gerência sensível. 1995. 248 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1995.

_____. As dimensões do cuidado em enfermagem: enfoque organizacional. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 13, n. especial, parte I, p. 91-97, Jun. 2000.

FERREIRA, A. B. H. **Novo dicionário da língua portuguesa**. 2. ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1986. 1838 p.

FIGUEIREDO, C. de. **Novo dicionário de língua portuguesa**. Lisboa: Sociedade Editora, 1973.

FREIRE, P. **Extensão ou comunicação?** Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1988.

FREITAS, M. E. A. **A consciência do corpo-vivência que assusta**: a percepção de profissionais de enfermagem na área hospitalar. 1999. 257 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1999.

HEIDEGGER, M. **Todos nós... ninguém:** um enfoque fenomenológico do social. Tradução de Dulce Maria Critelli. São Paulo: Moraes, 1981. 72 p.

HOUAISS, A. *et al.* **Dicionário Houaiss de sinônimos e antônimos.** Rio de Janeiro: Objetiva, 2003. xiii, 181 p.

KEITH, D. **Comportamento humano no trabalho:** uma abordagem organizacional. Tradução de Cecília Whitaker Bergamini e Roberto Coda. São Paulo: Pioneira, 1999. Original inglês.

LEININGER, M. M. **Culture Care Diversity Universality:** a theory of nursing. New York: National League for Nursing Press, 1991. 432 p.

LEOPARDI, M. T. *et al.* O significado da assistência de enfermagem no resultado da assistência à saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 45, n. 4, p. 249-258, Out./Dez., 1992.

LEOPARDI, M. T.; GELBCKE, F. L.; RAMOS, F. R. S. Cuidado: objeto de trabalho ou objeto epistemológico da enfermagem? **Revista Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 10, n. 1, p. 32-49, Jan./Abr. 2001.

LIKERT, D. **Administração de conflitos:** novas abordagens. Tradução de Joaquim O. Pires da Silva. São Paulo: Mc Graw-Hill do Brasil, 1980. 393 p.

LIMA, L. M. Motivação na enfermagem: uma abordagem teórica e uma visão prática da realidade. **Revista Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 5, n. 2, p. 132-139, Jul./Ago. 1996.

LUNARDI, V. L.; LUNARDI FILHO, W. D.; BORBA, M. R. Como o enfermeiro utiliza o tempo de trabalho numa unidade de internação. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 47, n. 1, p. 7-14, Jan./Mar. 1994.

MAFFESOLI, M. **A contemplação do mundo.** Tradução de Francisco Franke Settineri. Porto Alegre: Artes e Ofícios, 1995. 168 p. Original francês.

_____. **Elogio da razão sensível.** Tradução de Albert Chistophe Migueis Stuckenbruck. Petrópolis: Vozes, 1998. 207 p. Original francês.

MARQUIS, B. L.; HUSTON, C. J. Administrando conflitos. In: _____. **Administração e liderança em enfermagem.** Porto Alegre: Artmed, 1999. cap. 16, p. 344-366.

MARTINS, J.; BICUDO, M. A. V. **A pesquisa qualitativa em psicologia:** fundamentos e recursos básicos. São Paulo: Moraes e Educ., 1989. 110 p.

MCKENNA, G. Cuidar é a essência da prática da enfermagem. **Nursing**, São Paulo, n. 80, p. 33-3, 1994.

MERHY, E. E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: MERHY, E. E., ONOCKO, R. (Org.) **Agir em saúde:** um desafio para o público. 2. ed. São Paulo: HUCITEC, 1997. p. 71-112.

_____. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo.** São Paulo: HUCITEC, 2002. 189 p.

MERLEAU-PONTY, M. **A fenomenologia da percepção.** Tradução de Carlos Alberto Ribeiro de Moura. São Paulo: Martins Fontes, 1994. 662 p. Original francês.

MIASSO, A. I. *et al.* O processo de preparo e administração de medicamentos: identificação de problemas para propor melhorias e prevenir erros de medicação. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 14, n. 3, p. 354-363, Maio/Jun. 2006.

MISHIMA, S. M. **Constituição do gerenciamento local na rede básica de saúde em Ribeirão Preto.** 1995. 354 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1995.

MORSE, J. M. *et al.* Comparative analysis of conceptualizations and theories of caring. **Image: Journal of Nursing Scholarship**, Indianápolis, v. 23, n. 2, p. 119-126, 1991.

NASCIMENTO, E. S. do *et al.* Formação por competência do enfermeiro: alternância teoria-prática, profissionalização e pensamento complexo. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 56, n. 4, p. 447-452, Jul./Ago. 2003.

NIGHTINGALE, F. **Notas sobre Enfermagem: o que é e o que não é.** Tradução de Amália Correia de Carvalho. São Paulo: Cortez/Ribeirão Preto: ABEn-GEPEn, 1989. 174 p. Original inglês.

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**, Goiânia, v. 06, n. 02, 2004. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/revista6_2/pdf/R4_comunica.pdf>. Acesso em: 14 dez. 2006.

PEDUZZI, M. **O enfermeiro no Programa de Saúde da Família.** São Paulo, 2001. Mimeografado.

PEDUZZI, M.; ANSEMI, M. L. O processo de trabalho de enfermagem: a cisão entre planejamento e execução do cuidado. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 55, n. 4, p. 392-398, Jul./Ago. 2002.

PIRES, D. A estrutura objetiva de trabalho em saúde. In: LEOPARDI, M. T. (Org.) **Processo de trabalho em saúde: organização e subjetividade.** Florianópolis: PEN/UFSC – Editora Papa Livros, 1999. p. 25-48.

REED, M. Gerindo o conflito. In: _____. **Sociologia da gestão.** Tradução de Manuela Reis. Rio de Janeiro: Editora Celta, 1997. p. 97-116. Original inglês.

RIBEIRO, M. I. L. C.; PEDRÃO, L. J. Relacionamento interpessoal em enfermagem: considerações sobre formação/atuação no nível médio de enfermagem. **Paidéia**, Ribeirão Preto, 2002. No prelo. Disponível em: <http://sites.ffclrp.usp.br/paideia/artigos/21/10.pdf>>. Acesso em: 23 set. 2006.

SADALA, M. L. A. **Cuidar de pacientes com AIDS: o olhar fenomenológico.** São Paulo: Editora UNESP, 2000. 106 p.

SANTOS, S. R.; MOREIRA, R. C. The nurse's leadership: challenges of the practice. **Online Brazilian Journal of Nursing**, Rio de Janeiro, v. 3, n. 3, Dez. 2004. Disponível em: <<http://www.uff.br/nepae/objn303santosetal.htm>>. Acesso em: 22 ago. 2006.

SARAIVA, A. M. P. O doente inconsciente e a efetividade da comunicação através do toque. **Nursing**, São Paulo, n. 134, p. 36-40, 1999.

SILVA, A. L. da. O estado da arte do cuidado na enfermagem. **Revista Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 6, n. 2, p. 19-32, Maio/Ago. 1997.

SILVA, G. B. **Enfermagem profissional: análise crítica**. 2. ed. São Paulo: Cortez, 1989. 143 p.

SILVA, M. J. P. da. Qual o tempo do cuidado? Clarificando a intenção. In: _____ (Org.) **Qual o tempo do cuidado? Humanizando os cuidados de enfermagem**. São Paulo: Centro Universitário São Camilo-Loyola, 2004. p. 13-17.

SILVA, N. K. e *et al.* Limites do trabalho multiprofissional: estudo de caso dos centros de referência para DST/Aids. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 36, n. 4, p. 108-116, Ago. 2002. Suplemento 4.

SPAGNOL, C. A. (Re)pensando a gerência em enfermagem a partir de conceitos utilizados no campo da Saúde Coletiva. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p. 119-127, Jan./Mar. 2005.

STONER, J. A. F.; FREEMAN, R. E. Motivação, desempenho e satisfação no trabalho. In: _____. **Administração**. 2. ed. Rio de Janeiro: Prentice/Hall do Brasil, 1985. cap. 15, p. 342-365.

THOFEHRN, M. B. *et al.* O processo de enfermagem no cotidiano de acadêmicos de Enfermagem e enfermeiros. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 20, n. 1, p. 69-79, Jan. 1999.

TREVIZAN, M. A. A função administrativa do enfermeiro no contexto da burocratização hospitalar. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 40, n. 4, p. 204-209, Out./Dez. 1987.

TREVIZAN, M. A. **Estudo das atividades dos enfermeiros chefes de unidades de internação de um hospital-escola**. 1978. 117 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1978.

_____. **Enfermagem hospitalar: administração & burocracia**. Brasília (DF): Universidade de Brasília, 1988. 142 p.

TREVIZAN, M. A. *et al.* Aspectos éticos na ação gerencial do enfermeiro. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 10, n. 1, p. 85-89, Jan. 2002.

_____. Gerenciamento do enfermeiro na prática clínica: problemas e desafios em busca de competência. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 14, n. 3,

Maio/Jun. 2006. Disponível em: www.scielo.br/pdf/rlae/v14n3/ptv14n3a22.pdf>. Acesso em: 25 nov. 2006.

VARELLA, T. C.; DAL POZ, M. R.; FRANÇA, T. **Informação como recurso estratégico para a gerência de recursos humanos**. Rio de Janeiro: CADRHU, 2007. p. 151-160. Disponível em: <http://www.opas.org.br/rh/publicacoes/textos_apoio/pub04U1T7.pdf>. Acesso em: 25 nov. 2006. Texto de apoio/Unidade 1.

VILLA, V. S. C.; ROSSI, L. A. O significado cultural do cuidado humanizado em unidade de terapia intensiva: “muito falado e pouco vivido”. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 10, n. 02, p. 137-144, Mar./Abr. 2002.

WALDOW, V. R. Cuidado uma revisão teórica. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 13, n. 2, p. 29-35, Jul. 1992.

_____. Educação para o cuidado. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 14, n. 2, p. 108-112, Jul. 1994.

_____. Cuidar/cuidado: o domínio unificador da enfermagem. In: WALDOW, V. R.; LOPES, M. J. M.; MEYWE, D. E. **Maneiras de cuidar, maneiras de ensinar: a enfermagem entre a escola e a prática profissional**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995. p. 7-30.

_____. Definições de cuidar e assistir: uma mera questão de semântica? **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 19, n. 1, p. 20-32, Jan. 1998.

_____. **Cuidado humano: o resgate necessário**. Porto Alegre: Sagra Luzzato, 1999. 204 p.

WATSON, J. **Nursing: human science and human care. A theory of nursing**. New York: National League for Nursing, 1988. 136 p.

WITT, R. R.; ALMEIDA, M. C. P. O modelo de competências e as mudanças no mundo do trabalho: implicações para a enfermagem na atenção básica no referencial das Funções Essenciais de Saúde Pública. **Revista Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 12, n. 4, p. 559-568, Out./Dez. 2003.



**A
N
E
X
O
S**

ANEXO A

Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG

Universidade Federal de Minas Gerais
Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG - COEP

Parecer nº. ETIC 102/06

Interessado: Maria Édila Abreu Freitas
Departamento de Enfermagem Aplicada
Faculdade de Enfermagem - UFMG

DECISÃO

O Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG – COEP, aprovou no dia 08 de agosto de 2006, depois de atendidas as solicitações de diligência, o projeto de pesquisa intitulado “**A gerência do cuidado em enfermagem: a compreensão do enfermeiro**” bem como o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido do referido projeto.

O relatório final ou parcial deverá ser encaminhado ao COEP um ano após o início do projeto.


Profa. Dra. Maria Elena de Lima Perez Garcia
Presidente do COEP/UFMG

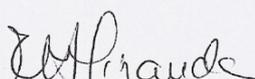
ANEXO B

Carta de Autorização da Organização em estudo

SOCOR
HOSPITAL GERAL

Autorização

Pelo presente, autorizo a Enfermeira Láysa L. Machado Braga Quintão , a coletar dados junto aos enfermeiros das Unidades de Internação desta instituição para realização da pesquisa “A Gerência do Cuidado em Enfermagem: a Compreensão do Enfermeiro”. O estudo tem por finalidade a obtenção do grau de mestre junto à Escola de Enfermagem da UFMG .


Cristina Helena M.R. de Miranda
Gerente de Enfermagem-SOCOR
Coren MG 30110

Belo Horizonte, 04 de Julho de 2006

ANEXO C

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Você está sendo convidado(a) a participar da pesquisa intitulada: **“A Gerência em enfermagem: significado para o enfermeiro”**, que tem como objetivo compreender o significado atribuído pelo enfermeiro, acerca da gerência em enfermagem. A realização deste estudo poderá trazer subsídios que contribuam para a prática da enfermagem.

A pesquisa será realizada por mim, Láyza L. Machado B. Quintão, enfermeira, professora da Faseh – Faculdade de Saúde e Ecologia Humana - e aluna do curso de Mestrado da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais.

Sua adesão é voluntária, sendo sua colaboração essencial para o andamento da pesquisa. A primeira etapa na observação da sua atividade diária, sendo esta registrada em um caderno de notas. Posteriormente farei uma entrevista, individual, que será gravada, caso autorize, respondendo a seguinte questão: **“Descreva para mim situações, vivenciadas por você, que retratem a Gerência do Cuidado em Enfermagem”**.

Serão garantidos o anonimato, sigilo e privacidade das informações. Os resultados da pesquisa serão utilizados, exclusivamente, para fins científicos.

Caso concorde em participar, poderá solicitar informações ou esclarecimentos sobre o andamento da pesquisa, a qualquer momento, bem como desistir dela e não permitir a utilização de seus dados, sem que haja nenhum prejuízo para você.

CONSENTIMENTO:

Eu, como entrevistada, afirmo que fui devidamente orientada sobre o objetivo e finalidade da pesquisa, bem como da utilização dos dados exclusivamente para fins científicos e sua divulgação posterior, sendo que meu nome será mantido em sigilo.

Nome do entrevistado (a): _____

Assinatura: _____

Data: ___/___/___.

Pesquisadora: Láyza L. Machado B. Quintão

Endereço: Rua Ministro Orozimbo Nonato, 754, aptº 201. Bairro Dona Clara.

Belo Horizonte – MG. CEP: 31260100. Tel: 3441-3524 / 9734-6682

Assinatura: _____

Data: ___/___/___.



**A
P
Ê
N
D
I
C
E
S**

APÊNDICE A

Entrevista “S”

“Gerenciar, gerenciar é recursos humanos mesmos. Então é... é seleção de funcionários, é capacitação. Aqui a gente tem a capacitação, a reciclagem, “tá” investindo nisso, e ter treinamento”. /₁

É uma coisa indireta, mas é gerenciar. É treinamento intensivo. Às vezes a gente pára para fazer treinamento individual ou em grupinho de dois. Tem esse... assim... Participa deste processo de acreditação, refletir... /₂

O cuidado... Indireto... No final isto tudo vai refletir no cuidado. Assim, você vai pensar: Seu funcionário está apto a fazer o cuidado. Tudo isso é um cuidado indireto que você tem. / A gente “tá” num hospital particular, não recebe SUS. No final quem vai estar vendo qual o material, o que vai economizar: “Olha esse material está tendo muita perda” é a gente, é quem está aqui em cima. Tem o gerente de almoxarifado, aqui é chamado assim, tem gerente de enfermagem, gerente médico, mas no final o meu trabalho vai refletir como um todo, nós trabalhamos com meta. Bimestralmente são lançados as metas, resultado econômico, resultado com o cliente. /₃ Eu participo, tento ajudar em todos os setores. / Aqui, pra você ter uma noção, por exemplo, o uso adequado do material. Em que isso vai refletir no meu setor. Vai fazer uma compra grande de jelco. Então eu peço uma amostra pra testar de jelco. Então eu peço uma amostra para testar por 3 ou 4 dias. “Olha o jelco está dando problema para puncionar uma veia. Eu gasto 3 ou 4 jelcos, não é como o que a gente tá acostumado”. Então a gente passa isso pra farmácia. Assim o custo aumenta, a demanda fica um pouco maior. A gente tenta resolver o problema. Eu me sinto gerente de recursos materiais. Uma coisa pequena, mas vai refletir no cuidado? Vai, aí eu me sinto gerente. Vai estar puncionando o paciente mais vezes, vai demorar mais tempo para puncionar e vai piorar a qualidade da assistência para o outro paciente.” /₄

PAUSA: A entrevistadora solicita que a entrevistada relate outras situações vivenciadas por ela, que retratem a gerência em enfermagem para ela.

“Bom, é questão de planejamento do meu trabalho. O que eu vou fazer hoje? Aí você fala: “Olha, eu vou trabalhar desse jeito”. /₅ Olha, a gente corre muito, não pára... Pro cuidado direto você faz um planejamento mais ou menos, mas não é isso. Tem sobrecarga de trabalho, trabalho em volume alto e não tem muito tempo para cuidar direito. /₆ Vou fazer uma prescrição de enfermagem para esse paciente vou orientar.... a gente tem que priorizar não dá pra fazer tudo, não dá para dar uma assistência de qualidade como fiz, como teria pra todo mundo. Então, o que tem que fazer, é orientar o funcionário, porque é o funcionário que vai cuidar de 6, aí ele consegue. Então eu consigo passar meu conhecimento para todo mundo. No final, de forma indireta, eu consigo. /₇ Não é a mesma coisa do enfermeiro ir lá fazer prescrição, fazer cuidado, avaliar o indivíduo no leito.

PAUSA: Depois de certo tempo de entrevista diz: “Que mais?”

Entrevistadora: “O que mais você faz, que considera ser gerência do cuidado?”

Olha, no meu andar / eu faço corrida de leito, no final eu vou priorizar. Eu tenho funcionário administrativo. Aí eu passo para o funcionário da enfermagem o que eu quero. Então, eu vou fiscalizar... /₈

Por exemplo, detectei um erro: o paciente tá no leito e eu peguei o paciente em uma posição que não é a do pós-operatório. Se eu não chamar o funcionário e não alertar: “olha o paciente tem que ficar nesta posição”, a coisa não vai. Entende-se que a partir dali o funcionário com todo o paciente que chegar, ele vai tomar o cuidado que a gente orientou. /₉ Aí, a gente pega a prescrição médica, uma coisa complicada. Você fica conferindo o trabalho do médico, mas é... é... mais um controle. Por exemplo: o paciente está com medicação de tanto em tanto tempo, você vai filtrar e ver se a enfermagem não está fazendo errado, dar treinamento, vai orientar todo dia. /₁₀ Por exemplo, uma imunoglobulina. Não é uma medicação tão comum. Você vai chamar a equipe, falar a medicação é isso... Pra tentar transmitir conhecimento e aí é... Aí você tenta porque não dá pra fazer tudo. / O que eu tento fazer é ser mais presente lá no quarto do paciente, o perguntar o que ele precisa, cuidar mais. A gente cuida à distância, mas é... explicar o porque das coisas. Falta mais contato com o paciente. /₁₁ A gente... fica com o controle de tudo... /₁₂

PAUSA: A entrevistadora solicita à entrevistada que fale um pouco mais do treinamento relâmpago que faz com o funcionário.

É... por exemplo... a gente tem o funcionário administrativo. Então ele fica com a parte de marcar o exame, comunicar o médico, isso tudo. / A gente tenta também promover uma interação maior entre funcionário administrativo e de enfermagem. Por exemplo, o paciente tem uma cintilografia. Tem vários cuidados, preparo e marcação do exame. Eu não vou dar conta. A maioria do público é de pacientes cardiológicos.

Os funcionários da enfermagem se preocupam muito com o banho, com sonda, o horário de medicação... com a interação entre eles a gente não quer só o mecânico, é entender mesmo. Isso é difícil com o funcionário mais antigo, os mais novos não... Isso é gerência. /₁₃ Ele vai ser capaz de ver: se o paciente é enfartado, deve tomar banho de leito. Então, ele consegue tomar a decisão por conta própria, ele fica um pouco mais independente. Então só tende a melhorar a unidade, ele não precisa ficar perguntando. Então ele toma a decisão.

PAUSA...

Aqui eu tenho funcionário administrativo, de enfermagem, a camareira, da limpeza, não tenho hierarquia com ela; ela tem o chefe dela, a copeira, mas ele me tem como referência. A copeira pergunta se o paciente tal pode comer isso, aquilo, pode ligar a televisão do paciente que chegou. Indiretamente, não diretamente, eu sou responsável por estes profissionais. Como eu estou ali e eles interferem diretamente na qualidade do meu trabalho, você acaba gerenciando também. Então você é o elo entre o profissional que está lá em baixo (comandando) e quem está efetivando aqui... /₁₄ Tem o setor de manutenção, chuveiro estas coisas... Você acaba gerenciando também. A gente detecta muita coisa, a gente está muito próximo de tudo. /₁₅

PAUSA...

Eu sou responsável pelo protocolo de feridas. Avaliar as feridas diariamente, de prescrever coberturas, se evoluiu bem ou não, ou se está piorando. /₁₆ Eu trabalho com o imprevisto, eu nunca sei como vai ser... /₁₇

Entrevista S

Unidade de significado	Unidade de significado transformada
1) Gerenciar, gerenciar é recursos humanos mesmo. Então é... é seleção de funcionários, é capacitação. Aqui a gente tem a capacitação, a reciclagem, "tá" investindo nisso, e ter treinamento.	Argumenta que gerenciar é realizar seleção de funcionários, investir na capacitação, reciclagem e treinamento.
2) É uma coisa indireta, mas é gerenciar. É treinamento intensivo. Às vezes a gente pára para fazer treinamento individual ou em grupinho de dois. Tem esse... assim... Participa deste processo de acreditação, refletir...	Afirma que gerenciar, às vezes, se dá indiretamente, o treinamento em equipe, individual ou em duplas faz parte da gerência do cuidado.
3) A gente "tá" num hospital particular, não recebe SUS. No final quem vai estar vendo qual o material, o que vai economizar: "Olha esse material está tendo muita perda é a gente, é quem está aqui em cima". Tem o gerente de almoxarifado, aqui é chamado assim, tem gerente de enfermagem, gerente médico, mas no final o meu trabalho vai refletir como um todo, nós trabalhamos com meta. Bimestralmente são lançados as metas, resultado econômico, resultado com o cliente.	Ressalta que todos os setores do hospital possuem gerentes, mas é a gerência do enfermeiro que terá reflexo no resultado final, impactando as metas, os resultados econômicos e a qualidade da assistência prestada ao paciente.
4) Aqui, pra você ter uma noção, por exemplo, o uso adequado do material. Em que isso vai refletir no meu setor. Vai fazer uma compra grande de jelco. Então eu peço uma amostra pra testar de jelco. Então eu peço uma amostra para testar por 3 ou 4 dias. Olha "o jelco está dando problema para puncionar uma veia. Eu gasto 3 ou 4 jelcos, não é como o que a gente tá acostumado". Então a gente passa isso pra farmácia. "Assim o custo aumenta, a demanda fica um pouco maior". A gente tenta resolver o problema. Eu me sinto gerente de recursos materiais. Uma coisa pequena, mas vai refletir no cuidado? Vai, aí eu me sinto gerente. Vai estar puncionando o paciente mais vezes, vai demorar mais tempo para puncionar e vai piorar a qualidade da assistência para o outro paciente.	Diz que gerenciar é garantir o uso do material adequado, assim como sua utilização. É um trabalho em parceria com a farmácia objetivando a redução do custo – exercendo, neste momento, um trabalho de gerência de recursos materiais que refletirá na gerência do cuidado – promovendo qualidade da assistência prestada.
5) Bom, é questão de planejamento do meu trabalho. "O que eu vou fazer hoje?" Aí você fala: "Olha, eu vou trabalhar desse jeito".	Ressalta que a utilização do planejamento para o desenvolvimento das atividades diárias é ferramenta essencial para a gerência do cuidado.
6) Olha, a gente corre muito, não pára... Pro cuidado direto você faz um planejamento mais ou menos, mas não é isso. Tem sobrecarga de trabalho, trabalho em volume alto e não tem muito tempo para cuidar direto.	Enfatiza que a sobrecarga de trabalho impede a realização do planejamento da assistência, distanciando o enfermeiro do paciente.
7) Vou fazer uma prescrição de enfermagem para esse paciente, vou orientar... A gente tem que priorizar não dá pra fazer tudo, não dá para dar uma assistência de qualidade como fiz, como teria pra todo mundo. Então, o que tem que fazer, é orientar o funcionário, porque é o funcionário que vai cuidar de 6, aí ele consegue. Então eu consigo passar meu conhecimento para todo mundo. No final, de forma indireta, eu consigo.	Argumenta que para realizar prescrição de enfermagem é preciso priorizar, em decorrência do acúmulo de tarefas. Assim, a gerência se faz através da orientação aos auxiliares e técnicos de enfermagem, que executarão o cuidado.
8) Não é a mesma coisa do enfermeiro ir lá fazer prescrição, fazer cuidado, avaliar o indivíduo no leito. Olha, no meu andar eu faço corrida de leito, no final eu vou priorizar. Eu tenho funcionário administrativo. Aí eu passo para o funcionário da enfermagem o que eu quero. Então, eu vou fiscalizar...	Realizar corrida de leito e prioriza a assistência, delegando aos auxiliares, técnicos de enfermagem e equipe administrativa o que deve ser feito, supervisionando posteriormente.

<p>9) Por exemplo, detectei um erro: o paciente tá no leito e eu peguei o paciente em uma posição que não é a do pós-operatório. Se eu não chamar o funcionário e não alertar: “olha o paciente tem que ficar nesta posição”, a coisa não vai. Entende-se que a partir dali o funcionário com todo o paciente que chegar, ele vai tomar o cuidado que a gente orientou.</p>	<p>Ressalta que gerenciar é detectar erros e alertar auxiliares e técnicos de enfermagem com treinamento, imediatamente após a verificação da falha.</p>
<p>10) Aí, a gente pega a prescrição médica, uma coisa complicada. Você fica conferindo o trabalho do médico, mas é... é... mais um controle. Por exemplo: o paciente está com medicação de tanto em tanto tempo, você vai filtrar e ver se a enfermagem não está fazendo errado, dar treinamento, vai orientar todo dia.</p>	<p>Argumenta que gerenciar é realizar a conferência da prescrição médica e checar o seu cumprimento pela equipe de enfermagem.</p>
<p>11) Por exemplo, uma imunoglobulina. Não é uma medicação tão comum. Você vai chamar a equipe, falar a medicação é isso... Pra tentar transmitir conhecimento e aí é... Aí você tenta porque não dá pra fazer tudo. O que eu tento fazer é ser mais presente lá no quarto do paciente, o perguntar o que ele precisa, cuidar mais. A gente cuida à distância, mas é... explicar o porque das coisas. Falta mais contato com o paciente.</p>	<p>Afirma que gerenciar é prestar assistência ao paciente, atendendo as necessidades básicas afetadas, referidas pelo paciente e detectadas pelo enfermeiro; é estar mais perto do paciente fazendo com que o mesmo participe do processo cuidativo.</p>
<p>13) ...a gente tenta também promover uma interação maior entre funcionário administrativo e de enfermagem. Por exemplo, o paciente tem uma cintilografia. Tem vários cuidados, preparo e marcação do exame. Eu não vou dar conta. A maioria do público é de pacientes cardiológicos. Os funcionários da enfermagem se preocupam muito com o banho, com sonda, o horário de medicação... com a interação entre eles a gente não quer só o mecânico, é entender mesmo. Isso é difícil com o funcionário mais antigo, os mais novos não... Isso é gerência.</p>	<p>Argumenta que a equipe de enfermagem, principalmente os mais antigos, preocupam-se mais com as atividades e procedimentos técnicos, em detrimento do relacionamento intra-equipe.</p>
<p>14) Aqui eu tenho funcionário administrativo, de enfermagem, a camareira, da limpeza, não tenho hierarquia com ela; ela tem o chefe dela, a copeira, mas ele me tem como referência. A copeira pergunta se o paciente tal pode comer isso, aquilo, pode ligar a televisão do paciente que chegou. Indiretamente, não diretamente, eu sou responsável por estes profissionais. Como eu estou ali e eles interferem diretamente na qualidade do meu trabalho, você acaba gerenciando também. Então você é o elo entre o profissional que está lá em baixo (comandando) e quem está efetivando aqui... 12) A gente... fica com o controle de tudo...</p>	<p>Reconhece que como enfermeira atua como elo de ligação e referência entre os vários profissionais das diversas equipes de saúde e áreas de suporte.</p>
<p>15) Tem o setor de manutenção, chuveiro estas coisas... Você acaba gerenciando também. A gente detecta muita coisa, a gente está muito próximo de tudo.</p>	<p>Afirma ser referência das equipes suporte devido à proximidade operacional.</p>
<p>16) Eu sou responsável pelo protocolo de feridas. Avaliar as feridas diariamente, de prescrever coberturas, se evoluiu bem ou não, ou se está piorando.</p>	<p>Relata ser a responsável pela aplicação do protocolo de feridas realizando avaliação direta da sua evolução.</p>
<p>17) Eu trabalho com o imprevisto, eu nunca sei como vai ser...</p>	<p>Afirma que gerenciar é trabalhar com o imprevisto</p>

Entrevista “E”

“Eu acredito que gerência do cuidado, em primeiro ponto, é o trabalho em equipe. Não tem jeito da enfermeira trabalhar sozinha. A primeira coisa é gerenciar a equipe, o que que é: é você não orientar diário. Porque o conhecimento não é embutido 100%. Primeiro a equipe. /₁ Segundo é ter autonomia dentro da Instituição. Se você não tiver autonomia, seu trabalho... você não vai ter condições de tomar decisões. Você tem que ter uma boa coordenação, pra te dar uma autonomia. /₂ Gerenciar ambiente, tem que gerenciar o relacionamento da enfermagem com os médicos, gerenciar o relacionamento da portaria com a enfermagem. Tudo faz parte direta ou indiretamente. Isso impacta no meu trabalho porque precisa de tempo. Na verdade você tem pouco tempo com o paciente diretamente. /₃ Você tem, que acreditar na equipe que você tem se não acreditar, né? As coisas... você não pode fazer, você não pode dar uma assistência do lado. Então você tem que ter um bom entorno, uma boa equipe, pro’cê poder cuidar. Eu acredito nisso. /₄ Não sei se isso resolve tudo, mas também não tem jeito de você ser uma enfermeira para dois, três num andar, não é a realidade hoje. /₅ Então eu acho que o gerenciar... a lâmpada do quarto que o acompanhante tá reclamando; é você quem vai resolver? É, é você que vai resolver! Como? Tem maneiras de resolver. Tem o setor de manutenção, mas tudo isso passa por você. Talvez poderia ser triado para outras pessoas para poder pensar em cuidados melhores, né? /₆ Porque o técnico ele faz, mas ele não pensa. Então assim, eu acho que a enfermagem taí, o enfermeiro tem que pensar algumas coisas melhores, porque se não, o mercado tá falando que tá lotado de gente. Vai diferenciar o hospital que tem tanto, o enfermeiro que tem tanto... /₇

A entrevistadora pede para que a entrevistada relate situações recentes que tenha vivenciado em seus plantões que retratem a sua gerência do cuidado.

Oh, /atualmente o hospital recebe pacientes muito graves e que ficam na unidade de internação. Talvez por não terem indicação de CTI naquele momento ou o quadro agudo. Uma insuficiência respiratória no andar... você não tem uma macro disponível, né? Você tem que vir na CME. Você não tem um médico ali, às vezes você tem numa equipe médica, um médico, de plantão interessado e fica com você... Outras vezes não, ele vai lá, olha, prescreve e volta mais tarde – o enfermeiro tem que ficar ali. /₈ Acho que o gerenciar é o que: indicar alguém para pegar, né? Ou, às vezes até você mesma. Eu acho que o que a gente vivencia em gerência do cuidado, é isso, do cuidado em si, né? Porque... é isso que vai fazer a diferença. Se você atender bem, o paciente sai bem. /₉ Não sei se o ambiente faz parte... faz. Você tem que gerenciar família, você tem que gerenciar a relação entre os técnicos, né?

Entrevistadora questiona: “Gerenciar família como?”

Você tem que orientar a família: “Olha, ele tá tendo uma crise”. É muito pouco falado, dependendo do médico, então você tem que orientar a família: “Olha, tá tendo um quadro assim, mas vamos esperar lá fora, se a senhora quiser aguardar ali no sofá...” Se você não fizer, a família fica ali e participa. Até que ponto isso vai fazer bem ou mal, você é que tem que ver. /₁₀ Às vezes o acompanhante é tão ansioso que o paciente fica mais. Você tem que estar atento a tudo isso. Acho que isso é gerenciar. Gerenciar é você perceber possíveis fatores de risco, né? /₁₁ O risco em si ele existe, então você tem que perceber possíveis fatores que vão acarretar numa piora para o paciente. Pode ser família? Pode. Pode ser medicação atrasada? Pode. Pode ser o técnico que não está com uma técnica correta? Pode. Você tá ali para defender o paciente. Acho que o gerenciar é isto. É você ser defensora do

paciente. /¹² Infelizmente, você às vezes, fica como a chata, fica muito exposta perante a equipe, tanto de técnicos, quanto de médicos, mas é o seu papel. Você tem que defender, o paciente tem que ter alguém ali que não deixe com que as coisas, né? Ou que deixe que as coisas fluam... Depende do caminho. /¹³

PAUSA. A entrevistadora questiona mais uma vez acerca de outras ações que a entrevistada relaciona com a gerência do cuidado.

Certificar material, ver se tá tudo ok para se tiver alguma urgência, isso é função sua... material funcionante... Gerenciar equipe: número de funcionários, cobrir, deixar uma escala legal. Acho que isso tudo você pode fazer de uma maneira que não atrapalhe o cuidado. /¹⁴ Por traz, não adianta cobrar do funcionário higienizar a boca do paciente de 2/2 horas. Ele não tem condição; ele cuida de mais de seis, mais cinco quer dizer, então você tem que dar condições para que ele trabalhe, isso é gerenciar o cuidado. /¹⁵ Acho assim, que a enfermagem tem muito para crescer, mas tem esses detalhes. Se nós não soubermos superar a gerência vai acabar, ficando estagnada... gerenciar é ter capacidade clínica... é ter conduta única, padronizar. /¹⁶

Entrevista E

Unidade de significado	Unidade de significado transformada
1) <i>Eu acredito que gerência do cuidado, em primeiro ponto, é o trabalho em equipe. Não tem jeito da enfermeira trabalhar sozinha. A primeira coisa é gerenciar a equipe, o que que é: é você não orientar diário. Porque o conhecimento não é embutido 100%. Primeiro a equipe.</i>	Afirma que para gerenciar o cuidado é preciso saber trabalhar em equipe, sendo este, um pré-requisito essencial no exercício da gerência, sendo a orientação a ferramenta principal na sua viabilização.
2) <i>Segundo é ter autonomia dentro da Instituição. Se você não tiver autonomia, seu trabalho... você não vai ter condições de tomar decisões. Você tem que ter uma boa coordenação, pra te dar uma autonomia.</i>	Ressalta que para gerenciar é necessário ter autonomia administrativa dentro da Instituição, garantida pela coordenação do serviço, viabilizando assim, a tomada de decisão.
3) <i>Gerenciar ambiente, tem que gerenciar o relacionamento da enfermagem com os médicos, gerenciar o relacionamento da portaria com a enfermagem. Tudo faz parte direta ou indiretamente. Isso impacta no meu trabalho porque precisa de tempo. Na verdade você tem pouco tempo com o paciente diretamente.</i>	Argumenta que gerência em enfermagem inclui a gerência do ambiente, por estar este ligado diretamente ao tipo e qualidade da assistência prestada. Apesar desta íntima relação, seria necessária uma triagem destes problemas e o seu encaminhamento direto aos respectivos setores responsáveis.
4) <i>Você tem, que acreditar na equipe que você tem se não acreditar, né? As coisas... você não pode fazer, você não pode dar uma assistência do lado. Então você tem que ter um bom entorno, uma boa equipe, pro'cê poder cuidar. Eu acredito nisso.</i> 5) <i>Não sei se isso resolve tudo, mas também não tem jeito de você ser uma enfermeira para dois, três num andar, não é a realidade hoje.</i>	Afirma que é preciso acreditar na equipe que se tem, confiar na sua capacidade de cuidar, uma vez que só assim o enfermeiro pode prestar o cuidado, indiretamente. O cuidado próximo ao paciente torna-se inviável, em razão da defasagem no dimensionamento de enfermeiros necessários à assistência.
6) <i>Então eu acho que o gerenciar... a lâmpada do quarto que o acompanhante tá reclamand:; “é você quem vai resolver?” “É, é você que vai resolver!” Como? Tem maneiras de resolver. Tem o setor de manutenção, mas tudo isso passa por você. Talvez poderia ser triado para outras pessoas para poder pensar em cuidados melhores, né?</i>	Argumenta que a gerência em enfermagem inclui a gerência do ambiente, por estar este ligado diretamente ao tipo e qualidade da assistência prestada. Apesar desta íntima relação, seria necessária uma triagem destes problemas e o seu encaminhamento direto aos respectivos setores responsáveis.
7) <i>Porque o técnico ele faz, mas ele não pensa. Então assim, eu acho que a enfermagem tá, o enfermeiro tem que pensar algumas coisas melhores, porque se não, o mercado tá falando que tá lotado de gente. Vai diferenciar</i>	Afirma que o técnico de enfermagem não pensa, sendo necessária a presença do enfermeiro para fazer isto por ele, ressaltando a dicotomia entre o fazer e pensar presente na assistência. Argumenta

<i>o hospital que tem tanto, o enfermeiro que tem tanto...</i>	ainda que o quantitativo de pessoal e sua formação irá reger a lei de oferta e procura no mercado.
8) <i>Oh, atualmente o hospital recebe pacientes muito graves e que ficam na unidade de internação. Talvez por não terem indicação de CTI naquele momento ou o quadro agudo. Uma insuficiência respiratória no andar... você não tem uma macro disponível, né? Você tem que vir na CME. Você não tem um médico ali, às vezes você tem numa equipe médica, um médico, de plantão interessado e fica com você... Outras vezes não, ele vai lá, olha, prescreve e volta mais tarde – o enfermeiro tem que ficar ali.</i>	Aborda a questão de poucos recursos materiais e baixa capacitação profissional nas unidades de internação em detrimento dos CTI, sendo um fator interveniente na gerência do cuidado.
9) <i>Acho que o gerenciar é o que: indicar alguém para pegar, né? Ou, às vezes até você mesma. Eu acho que o que a gente vivencia em gerência do cuidado, é isso, do cuidado em si, né? Porque... é isso que vai fazer a diferença. Se você atender bem, o paciente sai bem.</i>	Ressalta que gerência do cuidado é delegar funções e atribuições na assistência, garantindo qualidade na assistência prestada com conseqüente satisfação do cliente.
10) <i>Não sei se o ambiente faz parte... faz. Você tem que gerenciar família, você tem que gerenciar a relação entre os técnicos, né? Você tem que orientar a família: "Olha, ele tá tendo uma crise". É muito pouco falado, dependendo do médico, então você tem que orientar a família: "Olha, tá tendo um quadro assim, mas vamos esperar lá fora, se a senhora quiser aguardar ali no sofá...". Se você não fizer, a família fica ali e participa. Até que ponto isso vai fazer bem ou mal, você é que tem que ver.</i>	Garante que é preciso assumir a postura de elo entre a família e a equipe multiprofissional que atende o paciente, afim de garantir a esta família informações e orientações que subsidiem uma postura e atitudes de confiança frente às possíveis e prováveis intervenções da equipe.
11) <i>Às vezes o acompanhante é tão ansioso que o paciente fica mais. Você tem que estar atento a tudo isso. Acho que isso é gerenciar. Gerenciar é você perceber possíveis fatores de risco, né?</i> 12) <i>O risco em si ele existe, então você tem que perceber possíveis fatores que vão acarretar numa piora para o paciente. Pode ser família? Pode. Pode ser medicação atrasada? Pode. Pode ser o técnico que não está com uma técnica correta? Pode. Você tá ali para defender o paciente. Acho que o gerenciar é isto. É você ser defensora do paciente.</i> 14) <i>Certificar material, ver se tá tudo ok para se tiver alguma urgência, isso é função sua... material funcionando... Gerenciar equipe: número de funcionários, cobrir, deixar uma escala legal. Acho que isso tudo você pode fazer de uma maneira que não atrapalhe o cuidado.</i>	Ressalta que gerenciar a assistência de enfermagem é assumir uma postura de atendimento às necessidades básicas do paciente, sendo a principal delas a segurança, através de requisitos essenciais ao gerente: visão holística, capacidade de previsão e provisão.
15) <i>Por traz, não adianta cobrar do funcionário higienizar a boca do paciente de 2/2 horas. Ele não tem condição; ele cuida de mais de seis, mais cinco quer dizer, então você tem que dar condições para que ele trabalhe, isso é gerenciar o cuidado.</i>	Afirma que a relação numérica entre auxiliares e técnicos de enfermagem e destes com os pacientes é inadequada, mas apesar disto, através da gerência do cuidado o enfermeiro consegue viabilizar a assistência.
16) <i>Acho assim, que a enfermagem tem muito para crescer, mas tem esses detalhes. Se nós não soubermos superar, a gerência vai acabar, ficando estagnada... gerenciar é ter capacidade clínica... é ter conduta única, padronizar.</i>	Afirma que a gerência do cuidado é a ferramenta que poderá viabilizar o crescimento da enfermagem, juntamente com a capacidade clínica do enfermeiro e a padronização de suas condutas.

Entrevista N

É difícil de explicar, de falar mesmo. É fácil colocar os dados. Esta semana eu avaliei uma ferida, estava sendo usada uma determinada cobertura e... é... os técnicos estavam seguindo aquilo que o médico tinha falado. Então, eu discuti com o médico, primeiro, o porquê ele estava usando aquilo e o que eu achava sobre aquilo. Então vamos supor: para mim isso é gerenciar o cuidado. /₁ É você estar avaliando, poder mudar, tanto que no hospital é difícil. De acordo com a equipe é difícil você estar mudando prescrição médica. É mais comum no Centro, no Posto de Saúde o enfermeiro ter mais autonomia, né? Nesta parte, a gente gerencia mais o cuidado eu acho, no cuidado mesmo, sem interferir na conduta médica, cuidado mesmo. /₂ A técnica é do técnico. É mais fácil gerenciar o cuidado da enfermagem, mas realizado pelo técnico. Às vezes o cuidado de enfermagem é realizado pelo técnico, mas orientado pelo médico. É mais difícil de mudar. Cuidados com medicamentos... Às vezes o paciente não tem acesso venoso. Então, você tenta modificar para oral. Eu acredito que isso é gerenciar também. Você está evitando de ele passar, dele sofrer mais. O estresse de puncionar um acesso. /₃

A entrevistadora solicita outros exemplos do seu dia-a-dia que caracterizem a gerência de enfermagem.

Avaliar o paciente mais de uma vez no dia, porque é um pouco mais difícil, né? Às vezes, você entra no quarto uma vez só ou passa o dia sem ir lá. Essa semana eu voltei do almoço, entrei no quarto de um paciente que eu achei que ele poderia estar precisando e ele estava entrando em insuficiência respiratória. Qual o próximo passo? Pedir o acompanhante para sair. É levar o carrinho de parada, acionar o médico, chamar a fisioterapia para aspirar, tomar as condutas necessárias. Aferir dados: pressão, pulso, checar respiração, chamar o paciente mesmo, tentar conversar com ele. /₄

Em cada andar tem uma caixinha de exames com os pedidos. Eu olho os exames, eu olho quais os preparos necessários para aquele exame. Por exemplo: o ultra-som do abdome é jejum. Então eu verifico se o paciente está com bexiga cheia, está em jejum, qual que é o horário do ultra-som, é... Se tem algum exame para fazer fora, por exemplo, que não faz aqui, ressonância. Vejo se está tudo acertado na clínica, se a ambulância está ok, se está autorizado mesmo, né? Comunico com o paciente, confirmo com ele se ele realmente está em jejum, qual é o preparo, se precisa de contraste ou não, que vai acontecer com ele. /₅

Vou avaliar todos os pacientes fazendo o exame físico. /₆

A entrevistadora pergunta como é gerenciar com os funcionários.

Às vezes, quando vai chamar a atenção, ele... Ontem eu chamei a atenção de uma funcionária porque ela esqueceu de fazer a passagem de plantão no caderno deles, de relatório. Mas ela respondeu: “Não fui eu que fiz, não era eu a responsável”, Aí eu falei: “O trabalho não é de dupla, não é equipe?” “Ah, é!”

Às vezes eles enfrentam a gente. /₆

A entrevistadora: “O que você faz que é gerência do cuidado? Você falou que chamou a atenção da sua funcionária. Isso é gerenciamento do cuidado?”

Silêncio...

A entrevistadora: “Mais alguma coisa?”

Coleta de informações. Por exemplo: uma pessoa tem alergia a iodo e vai fazer cirurgia. Geralmente é usado degermante. Aí você tem que passar: “Não usar degermante porque é alérgica a iodo”. /₇

Entrevista N

Unidade de significado	Unidade de significado transformada
1) <i>É difícil de explicar, de falar mesmo. É fácil colocar os dados. Esta semana eu avaliei uma ferida, estava sendo usada uma determinada cobertura e... é... os técnicos estavam seguindo aquilo que o médico tinha falado. Então, eu discuti com o médico, primeiro, o porque ele estava usando aquilo e o que eu achava sobre aquilo. Então vamos supor: para mim isso é gerenciar o cuidado.</i>	Afirma ser difícil explicar o significado de gerência do cuidado, argumentando ser mais fácil expor dados, como: avaliar ferida e conduta dos técnicos. Trocar idéias com o médico do tratamento da ferida, deixando clara sua opinião.
2) <i>É você estar avaliando, poder mudar, tanto que no hospital é difícil. De acordo com a equipe é difícil você estar mudando prescrição médica. É mais comum no Centro, no Posto de Saúde o enfermeiro ter mais autonomia, né? Nesta parte, a gente gerencia mais o cuidado eu acho, no cuidado mesmo, sem interferir na conduta médica, cuidado mesmo.</i>	Diz que gerência do cuidado é avaliar, mudar conduta, mas afirma ser isto difícil no hospital, em detrimento aos Centros e Postos de Saúde, uma vez que nestes serviços o enfermeiro possui mais autonomia, gerenciando o cuidado, não interferindo na conduta médica.
3) <i>A técnica é do técnico. É mais fácil gerenciar o cuidado da enfermagem, mas realizado pelo técnico. Às vezes o cuidado de enfermagem é realizado pelo técnico, mas orientado pelo médico. É mais difícil de mudar. Cuidados com medicamentos... Às vezes o paciente não tem acesso venoso. Então, você tenta modificar para oral. Eu acredito que isso é gerenciar também. Você está evitando de ele passar, dele sofrer mais. O estresse de puncionar um acesso.</i>	Argumenta que gerência do cuidado é gerenciar o cuidado realizado pelo técnico de enfermagem, sendo mais difícil a gerência do cuidado que é orientado pelo médico. Diz que gerência do cuidado é evitar sofrimento e estresse para o paciente.
4) <i>Avaliar o paciente mais de uma vez no dia, porque é um pouco mais difícil, né? Às vezes, você entra no quarto uma vez só ou passa o dia sem ir lá. Essa semana eu voltei do almoço, entrei no quarto de um paciente que eu achei que ele poderia estar precisando e ele estava entrando em insuficiência respiratória. Qual o próximo passo? Pedir o acompanhante para sair. É levar o carrinho de parada, acionar o médico, chamar a fisioterapia para aspirar, tomar as condutas necessárias. Aferir dados: pressão, pulso, checar respiração, chamar o paciente mesmo, tentar conversar com ele.</i> 6) <i>Vou avaliar todos os pacientes fazendo o exame físico.</i>	Argumenta que gerência do cuidado é realizar exame físico, avaliação do paciente mais de uma vez ao dia, como um meio de estar prevenindo maiores complicações. Gerenciar todo o processo de atendimento da intercorrência, acionando os outros profissionais, além de realizar cuidados de enfermagem específicos para a situação.
5) <i>Em cada andar tem uma caixinha de exames com os pedidos. Eu olho os exames, eu olho quais os preparos necessários para aquele exame. Por exemplo: o ultra-som do abdome é jejum. Então eu verifico se o paciente está com bexiga cheia, está em jejum, qual que é o horário do ultra-som, é... Se tem algum exame para fazer fora, por exemplo, que não faz aqui, ressonância. Vejo se está tudo acertado na clínica, se a ambulância está ok, se está autorizado mesmo, né? Comunico com o paciente, confiro com ele se ele realmente está em jejum, qual é o preparo, se precisa de contraste ou não, o que vai acontecer com ele...</i>	Afirma que gerência do cuidado é estar ciente dos exames prescritos para serem realizados, seu preparo, a necessidade de transporte para a sua realização, bem como organização da parte administrativa para o transporte e sua efetivação.
6) <i>Às vezes, quando vai chamar a atenção, ele... Ontem eu chamei a atenção de uma funcionária porque ela esqueceu de fazer a passagem de plantão no caderno deles, de relatório. Mas ela respondeu: “Não fui eu que fiz, não era eu a responsável”. Aí eu falei: “O trabalho não é de dupla, não é equipe?”, “Ah, é! Às vezes eles enfrentam a gente”.</i>	Diz que gerência do cuidado é realizar supervisão do cuidado, intervindo quando necessário, motivando o trabalho em equipe, estando preparado para possíveis enfrentamentos.
7) <i>Coleta de informações. Por exemplo: uma pessoa tem alergia a iodo e vai fazer cirurgia. Geralmente é usado degermante. Aí você tem que passar: “Não usar degermante porque é alérgico a iodo”.</i>	Argumenta que gerência do cuidado é a coleta de informações.

Entrevista T

“Eu tive um caso agora. O paciente chegou do bloco com queixa de dor abdominal. Eu me deparo com o meu funcionário, o do andar, funcionário da equipe de enfermagem, ligando para o plantão sem saber o que medicar, o que fazer, não sabendo direito agir. Aí eu fui colher informações, avaliei o paciente e percebi que era uma retenção urinária, poderia ser, ele veio de uma cirurgia que fez uma raquianestesia que pode dar uma dificuldade de urinar mesmo. Comuniquei ao plantão, o plantão foi e avaliou, fez a prescrição – eles é que fazem a prescrição de sondagem. Para mim isto é gerenciar a assistência de enfermagem. /₁ Apesar que agora eu tô gerenciando meu tempo. Eu vim para a entrevista. Eu tive que arrumar alguém para passar a sonda. A acadêmica que eu tô treinando está em experiência, não pode estar passando sozinha. Eu arrumei um outro enfermeiro para poder estar passando a sonda. Então, eu acho que isso é gerenciar, mesmo estando de longe, fui, mais ou menos coordenando a equipe pra que na hora que o próprio enfermeiro chegar pra passar a sonda, até porque não é do andar e tudo, já esteja, mais ou menos preparado o material e o paciente não espere tanto. Então, é uma ação pequena, mas eu acho que o gerenciamento é nessas pequenas ações. /₂ Apesar, que eu poderia ter programado antes essa sondagem, já ter uma prescrição, ou já imaginar que aconteceria uma retenção e quando, se tivesse, por exemplo, já não precisaria chamar o plantão pra prescrever sondagem, né? Seria uma ação mais sensata, mais rápida. /₃ Situação de urgência e emergência acho que é mais isso. Uma parada, uma urgência, por exemplo. È... eu fui chamada no 10º andar. Eu conhecia a paciente, apesar de pegar o plantão daqui, mas é uma coisa muito rápida. É só pra não ficar sem o enfermeiro. O paciente fazendo crises convulsivas repetidas e evoluindo com insuficiência respiratória, saturando 60%. Então, eu cheguei, avaliei o paciente, já pedi às funcionárias, uma delas, para comunicar ao plantão e já fomos puxando o carrinho, ligando O₂. /₄ Aí a gente vai delegando, porque quanto mais pessoas trabalhando, menos o paciente sofre e... acabou tendo que entubar e aqui não tem aspirador em todos os andares. Aí a gente vai, né? A gente anunciou o código 99. Então todo mundo aparece, mesmo não sendo uma parada, mas era uma urgência, a gente anuncia, e aí já fui pensando. O desfibrilador tem no 11º andar, então, a gente, mais ou menos, já sabe. Sabe que tem aspirador montado em cada expurgo, ou pelo menos nos ímpares. Então eu falei: “Busca o do 9º”. Então a gente vai delegando. Então eu acho que isso, apesar de na urgência, mas é um gerenciamento da assistência também. /₅ Na urgência a gente vê muita gente mandando, muita gente, obedecendo, né? É aquele tumultuo. Tem que ter um para falar mesmo. Tinha cinco enfermeiras no andar, cinco médicos, foi àquela situação em que chegou todo mundo, porque era durante o dia. Se fosse à noite seria só eu mesma. Aí tem que ter uma pra ir delegando. Então, eu fiquei no maquinário, eletro, fui fazendo; liga isso à tomada... A outra ficou na medicação, o médico pedia, ela ficou só no preparo da medicação. Então eu acho que é isso também um gerenciamento, apesar de na urgência, tudo é muito rápido, mas foi um exemplo de gerenciamento da assistência. /₆

A entrevistadora solicita que o entrevistado lembre momentos ou atividade que retratem o que é gerenciamento para ela.

O caso dessa madrugada que eu trabalhei é... O hospital tá cheio, tem poucas vagas, os leitos que estavam vagos era reserva de bloco, por exemplo. Então, enfermaria não tinha nenhuma vaga. O 6º andar que comporta 24 pacientes, acho que tinha 23 e isolamento, não podia internar. Aqui no 10º todos os leitos cheios e tinha

apartamento que era reserva de bloco e nós tivemos 9 pacientes que tinham indicação de internação no PS, além dos tantos que foram dispensados. Fomos internando na medida do possível. Eu acho que é gerenciamento também de enfermagem, porque eu não podia internar num apartamento que era uma reserva de bloco e eu adiar uma cirurgia amanhã. /₇ O paciente estava em jejum, né? Então, tem que ter esse jogo de cintura, que eu acho que é gerenciamento também. É... internei em apartamentos pacientes que seriam enfermaria. Negociei com a família. Falei que assim que surgisse uma vaga em enfermaria a gente transferiria, mas no momento não tinha e era indicação de internação e a gente não conseguiu transferir para nenhum outro hospital, porque nós ligamos antes tentando transferência e não foi possível. /₈ A partir do momento que está aqui dentro é mais difícil conseguir uma outra vaga. Acabou que nós fomos adaptando e conseguimos internar 9 pacientes. Dois ainda ficaram no PS, por não estarem tão graves agüentariam ficar lá, mas eram idosos. Ficaram até no dia seguinte para ver se resolveria. Então, eu acho que foi também o planejamento do gerenciamento, até para não atrapalhar o outro dia e, mesmo assim, a enfermeira do plantão, quando chegou às 7 horas encontrou a sala 8, que é de urgência/emergência com os três leitos ocupados e o ideal é que o 8º que é o primeiro leito, do carrinho de parada, não estivesse ocupado, porque numa urgência também teria que usar aquele leito. /₉ Então, nós contornamos, até duas enfermeiras entraram nesta negociação e ainda ficou é, uma coisa que, que acarretou para o próximo plantão, né? Ainda ficou paciente para ser internado... mas é continuidade do plantão mesmo. Então, eu acho que nós gerenciamos, tentamos gerenciar. /₁₀ Não foi da melhor maneira, eu e a enfermeira do CTI também, era ela a responsável pelo PS, mas como lá estava cheio também eu estava revezando com ela. “Deixa que eu fico um tempo aqui”. Porque nós é que respondemos também pelo PS à noite. Elas não têm muita noção da rotina, da parte burocrática. A burocracia de internar, ligar para a Central de Leitos fica com a enfermeira da noite, também, né? E aí, ela era responsável pelo PS, na escala, mas como eu ficava lá pra ela também, a gente tava revezando e nós conseguimos internar 9 pacientes dos 12 que apareceram e 3 ainda ficaram. Acho que foi um gerenciamento da assistência, né? /₁₁ É... o que mais...

A entrevistadora questiona acerca da existência de outras atividades que caracterizem o gerenciamento.

O mais difícil é receber o paciente. Avaliar e evoluir é o mais fácil. O mais difícil é a equipe, é o gerenciamento da equipe. Eu acho que hoje, depois de formada, a responsabilidade ficou maior, a equipe pra mim já é o hospital que eu tenho que olhar, ainda mais que eu fico até às 9 horas. Então, todo mundo vai embora às 5 horas. Então de 5 às 9 horas eu tô “informável”. /₁₂ Vai chegando os enfermeiros, mas eles vão chegando e eu tento não sobrecarregá-los tanto, para eles preocuparem com a passagem de plantão no andar onde eles estão. /₁₃ Então eu fico com o PS, bloco, hemodinâmica e quando, até então eu era acadêmica, a visão de equipe pra mim era só os dois funcionários do andar, dois do 7º, dois do 8º, eram quatro. Hoje, eu consigo ver uma turma maior, né? Então é mais difícil! /₁₄ Igual ontem mesmo, todos os andares apertados, então eu tenho que ver: teve uma angioplastia de urgência. Nós acionamos o funcionário, ele veio. Foi feita a angioplastia de urgência. Depois ele ajudou no PS, no CTI teve que dar esta assistência lá também. Então, gerenciar quem vai, quem fica, quem vai sair na ambulância, acho que é... Vou tirar funcionário do 10º andar, tá apertado ou tem paciente que demanda mais cuidado, quimioterápico. Então tem que deixar quem sabe mexer. Então, isso também eu acho que é gerenciamento de enfermagem, né? Deixa eu ver que mais... Então voltando à equipe, então eu acho, eu vejo que é uma turma bem, maior. /₁₅ Gerenciar é difícil. Quando se trabalha com ser humano, cada um tem uma personalidade, um jeito... Então, não pode se deixar também tocar por isso, então é, eu sou de fácil

relacionamento com eles, sou bem aberta, tudo que tem pra falar e resolver aqui e ajudo demais no que tem pra ser... /₁₆

Eu falo isso muito com eles: “O cliente ele tem razão, ele quer ser atendido na hora e a tempo, então não é isso: “Eu sou a enfermeira, ele é o médico”. “Tá precisando de trocar a fralda, o técnico vai”. Então eu falo muito isso com eles: precisou tem que ser atendido, independente de quem esteja no posto. Então tem que se saber a hora também de delegar: “Você vai fazer isso...” Se deixar por conta também o negócio não anda, às vezes. Então, eu acho que é isso: delegar, falar quem vai, quem fica. Acho que a gente tem que ser firme nesta hora, né? Eles sabem que é o enfermeiro. Se deixar, ser muito boazinha, eles tomam conta. Então, eles sabem que a resposta final é do enfermeiro. /₁₇ À noite então, a (nome da enfermeira), que é a gerente deu um aval muito grande pra gente. Então no hospital, quem responde pelo hospital, à noite, é o enfermeiro, não é o médico por exemplo, porque o médico não é funcionário daqui, ele só presta serviço. Então, isso é claro pra eles. /₁₈ Então uma internação se vai pro CTI, se vai transferir pra outro CTI, eles perguntam até mesmo ao enfermeiro: perguntam se tem vaga, mas eles pedem e escutam a opinião do enfermeiro, acho que isso é interessante. /₁₉ Deixa eu ver o que mais... mas a equipe é a mais difícil de gerenciar e que eu acho que tem que ter mais habilidade, tem que ter afinidade com o negócio pra andar a assistência mesmo. Pro paciente poder ser bem atendido, né? Eu acho que o gerenciamento da equipe é o mais difícil. /₂₀

Eu acho que esse negócio de delegar é bom, não reter as obrigações, podendo ensinar, delegar... Então, aqui, por exemplo, quem faz o eletro é o enfermeiro e tem técnico de enfermagem que fica doido encima de mim, me vendo fazer o eletro e doido pra aprender. Aí fomos treinando, botei um em cada andar que faz eletro. Então, na urgência, sei que posso contar com fulano, com cicrano. “Faz o eletro pra mim correndo”; “Vai ajudando a ligar”. Então eles se sentem úteis para fazer o eletro. Aí quando outros querem aprender, aí muda porque: “Ah, porque não posso fazer, né?” Podendo delegar, podendo ensinar... aí eu assino embaixo, porque é o enfermeiro que tem que assinar. /₂₁

Então, passagem de uma sonda, a sonda naso, as vesicais, ainda por causa da técnica asséptica, a CCIH pede que seja o enfermeiro, até pra... e diminuiu muito a infecção, mas a nasoentérica, nasogástrica eles mesmos, o mesmo funcionário aqui, passa uma de dia e à noite não pode passar. Então já tem um ou outro que tá passando a sonda. Eu “tando” do lado, eu respondo. Então, gerenciar eu acho que também é você ensinar, estar capacitando a ele e assinando embaixo. Porque tudo o que ele faz, mesmo sendo deles, o enfermeiro assina também embaixo. Então, entra medicamento... Então eu acho que é um exemplo de gerenciamento de enfermagem. /₂₂ Outro exemplo de gerenciamento é que o funcionário, às vezes, tá fazendo horário de descanso, já passou de horário de descanso dele. A uma hora a gente preserva. Então passou do horário de descanso, um andar tá apertado... Eu já cansei de bater na porta, acordar o funcionário e falar para ajudar quem está apertado: “Tem uma fralda para trocar, me ajuda numa passagem de sonda...” Alguma coisa ou emergência, não tem nem que ver, né? Então eles ficam bravos, você vê que não gostam, não comentam nada porque sabem que eles estão errados, mas acaba que eles cutucam o enfermeiro. /₂₃ Eu era até acadêmica, a enfermeira estava com duas acadêmicas no andar, quando estava apertado e eles sabiam que era eu, por exemplo e a enfermeira, por sorte, com quem eu trabalhava, era bem enérgica. Tudo que eu sei, aprendi com ela, e então... eles faziam uma hora mesmo e já voltavam pro posto, sabe? Pra não ter... eles já iam acostumando. E o mesmo funcionário, em outra ocasião, com outro enfermeiro, mesmo acadêmico...

Às vezes o enfermeiro desce o acadêmico, não tem tanto pulso... eles abusam um pouquinho, né? Então eles sabendo que era o plantão nosso, por exemplo, eles já não deitavam... /24 É também um exemplo de gerenciamento: você vê que tá apertado, prioriza pra outro andar, ele não é fixo pro andar do 7º, ele é funcionário do hospital. Ele vai ter que descer, tem cirurgia de urgência no bloco, vai ter que ajudar a limpar a sala, então é funcionário do hospital. Isso aí a gente deixa bem claro pra eles. Então sempre que tá precisando... Eu acho que é um exemplo de gerenciamento. É estar colocando funcionário no andar que precisa... /25

Entrevista T

Unidade de significado	Unidade de significado transformada
1) <i>Eu tive um caso agora. O paciente chegou do bloco com queixa de dor abdominal. Eu me deparo com o meu funcionário, o do andar, funcionário da equipe de enfermagem, ligando para o plantão sem saber o que medicar, o que fazer, não sabendo direito agir. Aí eu fui colher informações, avaliei o paciente e percebi que era uma retenção urinária, poderia ser, ele veio de uma cirurgia que fez uma raquianestesia que pode dar uma dificuldade de urinar mesmo. Comuniquei ao plantão, o plantão foi e avaliou, fez a prescrição – eles é que fazem a prescrição de sondagem. Para mim isto é gerenciar a assistência de enfermagem.</i>	Diz que gerência do cuidado é realizar avaliação física do paciente, antes de acionar o plantão médico, embasando a sua conduta.
2) <i>Apesar que agora eu tô gerenciando meu tempo. Eu vim para a entrevista. Eu tive que arrumar alguém para passar a sonda. A acadêmica que eu tô treinando está em experiência, não pode estar passando sozinha. Eu arrumei um outro enfermeiro para poder estar passando a sonda. Então, eu acho que isso é gerenciar, mesmo estando de longe, fui, mais ou menos coordenando a equipe pra que na hora que o próprio enfermeiro chegar pra passar a sonda, até porque não é do andar e tudo, já esteja, mais ou menos preparado o material e o paciente não espere tanto. Então, é uma ação pequena, mas eu acho que o gerenciamento é nessas pequenas ações.</i>	Argumenta que gerência do cuidado é gerenciar o tempo, além de garantir assistência segura com pessoal apto ao cuidado, não sendo necessária a atuação direta, podendo-se utilizar a previsão e provisão.
3) <i>Apesar, que eu poderia ter programado antes essa sondagem, já ter uma prescrição, ou já imaginar que aconteceria uma retenção e quando, se tivesse, por exemplo, já não precisaria chamar o plantão pra prescrever sondagem, né? Seria uma ação mais sensata, mais rápida.</i>	Diz que a gerência do cuidado é prever as possíveis necessidades otimizando a assistência.
4) <i>Situação de urgência e emergência acho que é mais isso. Uma parada, uma urgência, por exemplo. É... eu fui chamada no 10º andar. Eu conhecia a paciente, apesar de pegar o plantão daqui, mas é uma coisa muito rápida. É só pra não ficar sem o enfermeiro. O paciente fazendo crises convulsivas repetidas e evoluindo com insuficiência respiratória, saturando 60%. Então, eu cheguei, avaliei o paciente, já pedi às funcionárias, uma delas, para comunicar ao plantão e já fomos puxando o carrinho, ligando O₂.</i>	Afirma que gerência do cuidado é conhecer, mesmo que superficialmente o cliente, garantindo a otimização da assistência.
5) <i>Aí a gente vai delegando, porque quanto mais pessoas trabalhando, menos o paciente sofre e... acabou tendo que entubar e aqui não tem aspirador em todos os andares. Aí a gente vai, né? A gente anunciou o código 99. Então todo mundo aparece, mesmo não sendo uma parada, mas era uma urgência, a gente anuncia, e aí já fui pensando. O desfibrilador tem no 11º andar, então, a gente, mais ou menos, já sabe. Sabe que tem aspirador montado em cada expurgo, ou pelo menos nos ímpares. Então eu falei: “Busca o do 9º”. Então a gente vai delegando. Então eu acho que isso, apesar de na urgência, mas é um gerenciamento da</i>	Afirma que o número de pessoas envolvidas na assistência pode reduzir o sofrimento do paciente, agilizando ou dificultando a assistência; que a previsão, a liderança, a capacidade de delegar são formas de gerenciamento da assistência de enfermagem.

<p>assistência também.</p> <p>6) Na urgência a gente vê muita gente mandando, muita gente, obedecendo, né? É aquele tumultuo. Tem que ter um para falar mesmo. Tinha cinco enfermeiras no andar, cinco médicos, foi àquela situação em que chegou todo mundo, porque era durante o dia. Se fosse à noite seria só eu mesma. Aí tem que ter uma pra ir delegando. Então, eu fiquei no maquinário, eletro, fui fazendo; liga isso à tomada... A outra ficou na medicação, o médico pedia, ela ficou só no preparo da medicação. Então eu acho que é isso também um gerenciamento, apesar de na urgência, tudo é muito rápido, mas foi um exemplo de gerenciamento da assistência.</p>	
<p>7) O caso dessa madrugada que eu trabalhei é... O hospital tá cheio, tem poucas vagas, os leitos que estavam vagos era reserva de bloco, por exemplo. Então, enfermaria não tinha nenhuma vaga. O 6º andar que comporta 24 pacientes, acho que tinha 23 e isolamento, não podia internar. Aqui no 10º todos os leitos cheios e tinha apartamento que era reserva de bloco e nós tivemos 9 pacientes que tinham indicação de internação no PS, além dos tantos que foram dispensados. Fomos internando na medida do possível. Eu acho que é gerenciamento também de enfermagem, porque eu não podia internar num apartamento que era uma reserva de bloco e eu adiaria uma cirurgia amanhã.</p>	<p>Afirma que gerenciar o cuidado é garantir atendimento às necessidades da demanda espontânea, sempre que possível, não colocando em risco e garantindo a assistência de clientes já admitidos.</p>
<p>8) O paciente estava em jejum, né? Então, tem que ter esse jogo de cintura, que eu acho que é gerenciamento também. É... internei em apartamentos pacientes que seriam enfermaria. Negocieei com a família. Falei que assim que surgisse uma vaga em enfermaria a gente transferiria, mas no momento não tinha e era indicação de internação e a gente não conseguiu transferir para nenhum outro hospital, porque nós ligamos antes tentando transferência e não foi possível.</p> <p>9) A partir do momento que está aqui dentro é mais difícil conseguir uma outra vaga. Acabou que nós fomos adaptando e conseguimos internar 9 pacientes. Dois ainda ficaram no PS, por não estarem tão graves agüentariam ficar lá, mas eram idosos. Ficaram até no dia seguinte para ver se resolveria. Então, eu acho que foi também o planejamento do gerenciamento, até para não atrapalhar o outro dia e, mesmo assim, a enfermeira do plantão, quando chegou às 7 horas encontrou a sala 8, que é de urgência/emergência com os três leitos ocupados e o ideal é que o 8ª que é o primeiro leito, do carrinho de parada, não estivesse ocupado, porque numa urgência também teria que usar aquele leito.</p>	<p>Diz que gerência do cuidado é ter jogo de cintura na prestação da assistência e capacidade de adaptação.</p>
<p>10) Então, nós contornamos, até duas enfermeiras entraram nesta negociação e ainda ficou é, uma coisa que, que acarretou para o próximo plantão, né? Ainda ficou paciente para ser internado... mas é continuidade do plantão mesmo. Então, eu acho que nós gerenciamos, tentamos gerenciar.</p>	<p>Argumenta que gerência do cuidado é dar continuidade ao plantão.</p>
<p>11) Não foi da melhor maneira, eu e a enfermeira do CTI também, era ela a responsável pelo PS, mas como lá estava cheio também eu estava revezando com ela. "Deixa que eu fico um tempo aqui". Porque nós é que respondemos também pelo PS à noite. Elas não têm muita noção da rotina, da parte burocrática. A burocracia de internar, ligar para a Central de Leitos fica com a enfermeira da noite, também, né? E aí, ela era responsável pelo PS, na escala, mas como eu ficava lá pra ela também, a gente tava revezando e nós conseguimos internar 9 pacientes dos 12 que apareceram e 3 ainda ficaram. Acho que foi um gerenciamento da assistência, né?</p> <p>13) Vai chegando os enfermeiros, mas eles vão chegando e eu tento não sobrecarregá-los tanto, para eles preocuparem com a passagem de plantão no andar onde eles estão.</p>	<p>Diz que gerenciar o cuidado é trabalhar em equipe com o seu par compreendendo suas limitações operacionais e reconhecendo a necessidade da sua atuação no gerenciamento da assistência.</p>

<p>12) O mais difícil é receber o paciente. Avaliar e evoluir é o mais fácil. O mais difícil é a equipe, é o gerenciamento da equipe. Eu acho que hoje, depois de formada, a responsabilidade ficou maior, a equipe pra mim já é o hospital que eu tenho que olhar, ainda mais que eu fico até às 9 horas. Então, todo mundo vai embora às 5 horas. Então de 5 às 9 horas eu tô “informável”.</p> <p>14) Então eu fico com o PS, bloco, hemodinâmica e quando, até então eu era acadêmica, a visão de equipe pra mim era só os dois funcionários do andar, dois do 7º, dois do 8º, eram quatro. Hoje, eu consigo ver uma turma maior, né? Então é mais difícil!</p>	<p>Afirma que gerenciar o cuidado é, avaliar e evoluir o paciente, além de recebê-lo e gerenciar a equipe de enfermagem, sendo hoje, os dois últimos os mais difíceis, em razão da transição de acadêmica para enfermeira, ampliando sua visão de equipe de andar para hospital.</p>
<p>15) Igual ontem mesmo, todos os andares apertados, então eu tenho que ver: teve uma angioplastia de urgência. Nós acionamos o funcionário, ele veio. Foi feita a angioplastia de urgência. Depois ele ajudou no PS, no CTI teve que dar esta assistência lá também. Então, gerenciar quem vai, quem fica, quem vai sair na ambulância, acho que é... Vou tirar funcionário do 10º andar, tá apertado ou tem paciente que demanda mais cuidado, quimioterápico. Então tem que deixar quem sabe mexer. Então, isso também eu acho que é gerenciamento de enfermagem, né? Deixa eu ver que mais... Então voltando à equipe, então eu acho, eu vejo que é uma turma bem, maior.</p>	<p>Afirma que gerenciar o cuidado é ter capacidade de prever e prover a adequação da escala de funcionários utilizando-se dos mecanismos institucionais e visão assistencial.</p>
<p>16) Gerenciar é difícil. Quando se trabalha com ser humano, cada um tem uma personalidade, um jeito... Então, não pode se deixar também tocar por isso, então é, eu sou de fácil relacionamento com eles, sou bem aberta, tudo que tem pra falar e resolver aqui e ajudo demais no que tem pra ser...</p>	<p>Afirma que gerência do cuidado é saber trabalhar com recursos humanos, sendo imparcial nas decisões estabelecendo um relacionamento aberto e franco.</p>
<p>17) Eu falo isso muito com eles: “O cliente ele tem razão, ele quer ser atendido na hora e a tempo”, então não é isso: “Eu sou a enfermeira, ele é o médico”. “Tá precisando de trocar a fralda, o técnico vai”. Então eu falo muito isso com eles: precisou tem que ser atendido, independente de quem esteja no posto. Então tem que se saber a hora também de delegar: “Você vai fazer isso...” Se deixar por conta também o negócio não anda, às vezes. Então, eu acho que é isso: delegar, falar quem vai, quem fica. Acho que a gente tem que ser firme nesta hora, né? Eles sabem que é o enfermeiro. Se deixar, ser muito boazinha, eles tomam conta. Então, eles sabem que a resposta final é do enfermeiro.</p> <p>21) Eu acho que esse negócio de delegar é bom, não reter as obrigações, podendo ensinar, delegar... Então, aqui, por exemplo, quem faz o eletro é o enfermeiro e tem técnico de enfermagem que fica doido encima de mim, me vendo fazer o eletro e doido pra aprender. Aí fomos treinando, botei um em cada andar que faz eletro. Então, na urgência, sei que posso contar com fulano, com cicrano. “Faz o eletro pra mim correndo”; “Vai ajudando a ligar”. Então eles se sentem úteis para fazer o eletro. Aí quando outros querem aprender, aí muda porque: “Ah, porque não posso fazer, né?”. Podendo delegar, podendo ensinar... aí eu assino embaixo, porque é o enfermeiro que tem que assinar.</p> <p>22) Então, passagem de uma sonda, a sonda naso, as vesicais, ainda por causa da técnica asséptica, a CCIH pede que seja o enfermeiro, até pra... e diminuiu muito a infecção, mas a nasoentérica, nasogástrica eles mesmos, o mesmo funcionário aqui, passa uma de dia e à noite não pode passar. Então já tem um ou outro que tá passando a sonda. Eu “tando” do lado, eu repondo. Então, gerenciar eu acho que também é você ensinar, estar capacitando a ele e assinando embaixo. Porque tudo o que ele faz, mesmo sendo deles, o enfermeiro assina também embaixo. Então, entra medicamento... Então eu acho que é um exemplo de gerenciamento de enfermagem.</p>	<p>Ressalta que gerência do cuidado é ter a capacidade de estabelecer como foco da equipe, de saúde, o cliente, deixando claro que a relação é necessidade do cliente-equipe de saúde e não necessidade do cliente-profissional de saúde. Enfatiza, ainda que, delegar, estabelecendo supervisão direta ou indireta, conforme a necessidade é uma ferramenta para a otimização e viabilização da assistência, aprimoramento técnico e melhora da auto-estima da equipe, além de uma forma de se estabelecer hierarquia.</p>
<p>18) À noite então, a (nome da enfermeira), que é a gerente deu um</p>	<p>Alega que gerenciar o cuidado é</p>

<p><i>aval muito grande pra gente. Então no hospital, quem responde pelo hospital, à noite, é o enfermeiro, não é o médico por exemplo, porque o médico não é funcionário daqui, ele só presta serviço. Então, isso é claro pra eles.</i></p> <p><i>19) Então uma internação se vai pro CTI, se vai transferir pra outro CTI, eles perguntam até mesmo ao enfermeiro: perguntam se tem vaga, mas eles pedem e escutam a opinião do enfermeiro, acho que isso é interessante.</i></p>	<p>responder pelo hospital à noite, sendo necessário um grande aval da gerência do serviço para isto, além de postura técnica-profissional.</p>
<p><i>24) Eu era até acadêmica, a enfermeira estava com duas acadêmicas no andar, quando estava apertado e eles sabiam que era eu, por exemplo e a enfermeira, por sorte, com quem eu trabalhava, era bem enérgica. Tudo que eu sei, aprendi com ela, e então... eles faziam uma hora mesmo e já voltavam pro posto, sabe? Pra não ter... eles já iam acostumando. E o mesmo funcionário, em outra ocasião, com outro enfermeiro, mesmo acadêmico... Às vezes o enfermeiro desce o acadêmico, não tem tanto pulso... eles abusam um pouquinho, né? Então eles sabendo que era o plantão nosso, por exemplo, eles já não deitavam...</i></p> <p><i>25) É também um exemplo de gerenciamento: você vê que tá apertado, prioriza pra outro andar, ele não é fixo pro andar do 7º, ele é funcionário do hospital. Ele vai ter que descer, tem cirurgia de urgência no bloco, vai ter que ajudar a limpar a sala, então é funcionário do hospital. Isso aí a gente deixa bem claro pra eles. Então sempre que tá precisando... Eu acho que é um exemplo de gerenciamento. É estar colocando funcionário no andar que precisa...</i></p>	<p>Ressalta que gerência do cuidado é realizar remanejamento de funcionários de acordo com a necessidade do setor, bem como seu recrutamento para prestação da assistência.</p>

Entrevista “T”

A gerência em si do plantão já envolve a gerência do cuidado. Eu cheguei aqui, a gente olha se os funcionários estão presentes, se precisa remanejar alguém, se precisa pedir ajuda em outro setor, dependendo se tiver, né? O hospital mais cheio, a gente costuma, a gente à noite tem o costume, a gente já direciona esta pessoa pro andar que tá mais tumultuado, que tem mais paciente dependente. Eu acho que isso tudo ajuda o funcionário e ajudando o funcionário, a gente tá ajudando o paciente, né? /₁ O cuidado... É... igual eu falei; saber se tem algum paciente mais grave que você já tá orientado pra saber onde pode te chamar, pode ter uma urgência... Isso durante a noite te chamam pra várias intercorrências, pelo menos te situa onde pode ter uma coisa mais grave e no período da noite passar pra ver se... como é que tá o paciente, dar uma avaliada, é... corrida de leito eu acho que é. A gente não passa um plantão, pelo menos eu não me sinto segura de passar o plantão sem ter avaliado o paciente. /₂ Então, assim, no período da noite eu tento agilizar a passagem de plantão, já confiro todo mundo, se tá todo mundo ok pra começar a corrida de leito cedo, pra ter oportunidade de conversar com todo mundo, porque chega 22 horas já tá todo mundo dormindo, a maioria dos pacientes. /₃

Então assim, é... Como a gente vem aqui à noite duas vezes, você tendo a rotina de todo dia, às vezes você sabe aquele paciente que dorme mais tarde, então você sabe que pode passar lá um pouco mais tarde. Às vezes, o paciente acamado que não tem muito é mais, é... comatoso, você sabe que pode passar lá um pouco mais tarde que não vai tá interferindo. Pode atrapalhar a pessoa que tá acompanhando, mas a gente não vai ser tanto incômodo, não vai ter que acordá-lo, né? /₄ Então, assim, a primeira coisa que faço é tentar fazer a corrida de leito, mas no meio tempo sempre tem alguma coisa. Checar alguma medicação que o funcionário tem dúvida, algum exame que tem que fazer nesse meio tempo, um eletro... Estar orientando os pacientes sobre coleta de exame, uma coisa assim de urgência. /₅ É acho assim, você avaliar à medida que vai fazendo a corrida de leito, você avalia se teve uma piora de quadro do paciente, estar passando isso para o médico. Eu acho que é um gerenciamento do cuidado... /₆ É... a gente à noite tem um pouco de dificuldade igual eu falei. Infelizmente a gente fica um pouco na correria. E querendo ou não, o termo que o pessoal usa “apaga muito fogo”. Não dá tempo de voltar e procurar o que você pode tá, tá melhorando a assistência. Acho que o tempo é muito corrido, a gente fica assim, um tempo muito pequeno que é igual eu falei, é duas vezes, você não fica tanto no cotidiano pra tá pegando alguma coisa de... sei lá, coisa mínima que possa estar dando algum problema e que você possa melhorar. Eu acho que a noite é mais difícil. /₇ Você vai poder fazer isso com o funcionário. Às vezes, um funcionário que tá relacionando bem um com o outro, isso você pode analisar. Agora, acho que coisas de rotina mesmo é muito... só alguma coisa que se destaca muito que a gente pode tá... que a gente tem tempo de tá analisando e tentando mudar, né? Sendo pontual e mudar. Acho que a gente fica mais com a parte de pessoas em relação de trazer melhorias para o hospital. É... acompanhar os acadêmicos... /₈ À noite é meio corrido também. A gente dá uma atenção maior quando a gente começa, mas à medida que vai pegando a rotina, eles também, às vezes, querem ficar mais independentes. Então, assim, na medida do possível a gente vai dando assistência, vai vendo se tem alguma coisa, mas é meio corrido também essa parte. Eu acho que o tempo, é igual eu falei, o tempo é curto pra chegar e avaliar... /₉

Eu acho assim, a minha prioridade é essa: avaliar os pacientes. Porque assim, o seu plantão você vai tá passando como que o paciente ficou durante a noite. Acho que a prioridade são as intercorrências com o paciente. /₁₀

Depois você vai olhando papeleta. Acho que é uma coisa importante da gente tá conferindo papeleta, porque a gente evita muito erro de funcionário, erro de medicação, nos andares que eu estou em contato. A gente divide dois andares para o enfermeiro e dois andares para cada acadêmico. Então, a gente já tem essa rotina: a gente faz corrida de leito, abre a folha de passagem de plantão, evolui todos os pacientes e confere a papeleta. Então assim, eu acho que isso é uma coisa benéfica tanto pro paciente, quanto pro funcionário. Você ver o erro antes que ele aconteça. Às vezes, uma medicação colocou o horário errado, ou esqueceu de colocar o horário... Eu acho que isso, apesar que às vezes nem sempre dá tempo da gente fazer essa conferência, acho que isso é importante. /11
É... tá olhando erro de funcionário... Eu tento assim, na medida do possível, chamar a atenção na hora que a coisa acontece, tanto do lado negativo, como do lado positivo. Eu tento... eu acho que a gente tem que chamar a atenção na hora que a coisa tá acontecendo. É, acho que é mais prático, acho que o funcionário não vai esquecer porque tá acontecendo ali, na hora e acho também importante tá parabenizando alguma coisa de bom que fez, na medida do possível é... sempre tá... alguma coisa que eles possam fazer e tá ajudando a eles. /12 Por exemplo, tirar um acesso central. Às vezes, eles ficam morrendo de medo, mas “vem cá acompanhar comigo, você vai tirar, tal, eu vou te acompanhar”. Eles acham que é uma coisa do outro mundo, fica tão assim... Acho que na medida do possível, mostrar que você confia no trabalho que ele tem,... eu acho que isso também... /13

A entrevistadora questiona como a enfermeira trabalha, como gerencia o cuidado, nos outros andares, que também são de sua responsabilidade, não ficando neles.

É igual eu falei, a gente tenta saber aonde tem paciente grave, quem tá avaliando é o acadêmico, mas na medida do possível a gente, eu tento passar nos andares, converso direto com os funcionários: “Tá precisando de alguma coisa, tem alguma coisa que vocês querem me passar?” Mas geralmente isso é mais tarde, por volta de meia noite. Nem sempre dá tempo de fazer isso também não. Às vezes é só pelo telefone, na hora que as meninas vêm descansar: “Ficou alguma pendência nos seus andares, alguma coisa que eu posso estar resolvendo?” Então elas me passam: “Teve intercorrência com tal, tal, tal paciente nesse período da noite...”

Então, assim, eu sempre olho com elas o que elas podem estar me passando e fora é... os funcionários chamam bastante. Na medida do possível, eles passam para o acadêmico, a gente cobra isso deles, pra ter o acadêmico como referência. Eles têm uma maior segurança de tá ligando pra gente. Mas a gente pede pra passar pro acadêmico primeiro, né? E depois estar passando pra gente, que ele é o responsável pelo andar também. A gente é o responsável geral, mas ele tá ali respondendo também pelo andar. /14 É... durante a noite, costuma a gente ser responsável também pela CME, bloco, mas geralmente esses andares não chamam muito. Pronto socorro a gente divide com a enfermeira do CTI, mas ele chama mesmo pra passar uma sonda, é... quando tem um quadro mais grave, uma parada que o paciente tem que ir para o CTI, então eles chamam a gente. /15 É... à noite a gente tenta resolver todas as intercorrências do plantão, mas a gente sabe que, às vezes, não dá pra resolver tudo, aquele negócio: a enfermagem é uma continuidade. Então, assim, na medida do possível tudo que dá pra gente resolver no plantão a gente resolve. À noite, igual eu falei, o número de funcionários é menor, a gente tem que ter um jogo de cintura, porque o pessoal da internação te liga, algum problema de copa eles te chamam também, então assim, você fica como referência. Então acaba que você não tem que resolver só do seu andar; é do hospital inteiro. /16

Entrevista I

Unidade de significado	Unidade de significado transformada
<p>1) A gerência em si do plantão já envolve a gerência do cuidado. Eu cheguei aqui, a gente olha se os funcionários estão presentes, se precisa remanejar alguém, se precisa pedir ajuda em outro setor, dependendo se tiver, né? O hospital mais cheio, a gente costuma, a gente à noite tem o costume, a gente já direciona esta pessoa pro andar que tá mais tumultuado, que tem mais paciente dependente. Eu acho que isso tudo ajuda o funcionário e ajudando o funcionário, a gente tá ajudando o paciente, né?.</p>	<p>Afirma que gerenciar o cuidado é gerenciar o quantitativo de pessoal, sua distribuição baseada na necessidade do setor, auxiliando no desempenho do funcionário, conseqüentemente ajudando ao paciente.</p>
<p>2) O cuidado... É... igual eu falei; saber se tem algum paciente mais grave que você já tá orientado pra saber onde pode te chamar, pode ter uma urgência... Isso durante a noite te chamam pra várias intercorrências, pelo menos te situa onde pode ter uma coisa mais grave e no período da noite passar pra ver se... como é que tá o paciente, dar uma avaliada, é... corrida de leito eu acho que é. A gente não passa um plantão, pelo menos eu não me sinto segura de passar o plantão sem ter avaliado o paciente. 10) Eu acho assim, a minha prioridade é essa: avaliar os pacientes. Porque assim, o seu plantão você vai tá passando como que o paciente ficou durante a noite. Acho que a prioridade são as intercorrências com o paciente.</p>	<p>Diz que gerência do cuidado é conhecer o quadro do cliente, através da corrida de leito e da avaliação, para ter subsídio na assistência em uma eventual intercorrência, estando situado no contexto, subsidiando a passagem de plantão.</p>
<p>3) Então, assim, no período da noite eu tento agilizar a passagem de plantão, já confiro todo mundo, se tá todo mundo ok pra começar a corrida de leito cedo, pra ter oportunidade de conversar com todo mundo, porque chega 22 horas já tá todo mundo dormindo, a maioria dos pacientes. 4) Então assim, é... Como a gente vem aqui à noite duas vezes, você tendo a rotina de todo dia, às vezes você sabe aquele paciente que dorme mais tarde, então você sabe que pode passar lá um pouco mais tarde. Às vezes, o paciente acamado que não tem muito é mais, é... comatoso, você sabe que pode passar lá um pouco mais tarde que não vai tá interferindo. Pode atrapalhar a pessoa que tá acompanhando, mas a gente não vai ser tanto incômodo, não vai ter que acordá-lo, né? 5) Então, assim, a primeira coisa que faço é tentar fazer a corrida de leito, mas no meio tempo sempre tem alguma coisa, checar alguma medicação que o funcionário tem dúvida, algum exame que tem que fazer nesse meio tempo, um eletro... Estar orientando os pacientes sobre coleta de exame, uma coisa assim de urgência. 6) É acho assim, você avaliar à medida que vai fazendo a corrida de leito, você avalia se teve uma piora de quadro do paciente, estar passando isso para o médico. Eu acho que é um gerenciamento do cuidado...</p>	<p>Argumenta que gerência do cuidado é realizar corrida de leito focada no cliente, embasada num conhecimento prévio destes, para fundamentar o planejamento e efetivação das visitas, correndo contra o tempo e paralelamente a fatores diversos que desviam do foco. Diz que gerência do cuidado é realizar avaliação clínica durante a corrida de leito para fundamentar a passagem do caso para o médico.</p>
<p>7) É... a gente à noite tem um pouco de dificuldade igual eu falei. Infelizmente a gente fica um pouco na correria. E querendo ou não, o termo que o pessoal usa “apaga muito fogo”. Não dá tempo de voltar e procurar o que você pode tá, tá melhorando a assistência. Acho que o tempo é muito corrido, a gente fica assim, um tempo muito pequeno que é igual eu falei, é duas vezes, você não fica tanto no cotidiano pra tá pegando alguma coisa de... sei lá, coisa mínima que possa estar dando algum problema e que você possa melhorar. Eu acho que a noite é mais difícil.</p>	<p>Alega que gerência do cuidado no período noturno é um “apagar incêndio” constante, em conseqüência da falta de tempo, da não vivência do cotidiano, gerando descontinuidade na assistência.</p>
<p>8) Você vai poder fazer isso com o funcionário. Às vezes, um funcionário que tá relacionando bem um com o outro, isso você pode analisar. Agora, acho que coisas de rotina mesmo é muito... só alguma coisa que se destaca muito que a gente pode tá... que a gente tem tempo de tá analisando e tentando mudar, né? Sendo pontual e mudar. Acho que a gente fica mais com a parte de</p>	<p>Afirma que a gerência do cuidado implica no trabalho de melhoria do relacionamento intra e extra equipe de enfermagem, no que tange ao plantão noturno, por ser mais pontual a atuação; a promoção de sua</p>

<p>peças em relação de trazer melhorias para o hospital. É... acompanhar os acadêmicos...</p> <p>9) À noite é meio corrido também. A gente dá uma atenção maior quando a gente começa, mas à medida que vai pegando a rotina, eles também, às vezes, querem ficar mais independentes. Então, assim, na medida do possível a gente vai dando assistência, vai vendo se tem alguma coisa, mas é meio corrido também essa parte. Eu acho que o tempo, é igual eu falei, o tempo é curto pra chegar e avaliar...</p>	<p>independência na prestação da assistência, além do trabalho de acompanhamento dos acadêmicos de enfermagem.</p>
<p>11) Depois você vai olhando papeleta. Acho que é uma coisa importante da gente tá conferindo papeleta, porque a gente evita muito erro de funcionário, erro de medicação, nos andares que eu estou em contato. A gente divide dois andares para o enfermeiro e dois andares para cada acadêmico. Então, a gente já tem essa rotina: a gente faz corrida de leito, abre a folha de passagem de plantão, evolui todos os pacientes e confere a papeleta. Então assim, eu acho que isso é uma coisa benéfica tanto pro paciente, quanto pro funcionário. Você ver o erro antes que ele aconteça. Às vezes, uma medicação colocou o horário errado, ou esqueceu de colocar o horário... Eu acho que isso, apesar que às vezes nem sempre dá tempo da gente fazer essa conferência, acho que isso é importante.</p> <p>1) É... tá olhando erro de funcionário... Eu tento assim, na medida do possível, chamar a atenção na hora que a coisa acontece, tanto do lado negativo, como do lado positivo. Eu tento... eu acho que a gente tem que chamar a atenção na hora que a coisa tá acontecendo. É, acho que é mais prático, acho que o funcionário não vai esquecer porque tá acontecendo ali, na hora e acho também importante tá parabenizando alguma coisa de bom que fez, na medida do possível é... sempre tá... alguma coisa que eles possam fazer e tá ajudando a eles.</p>	<p>Afirma que gerência do cuidado é realizar a conferência e checagem dos impressos utilizados pela enfermagem, bem como a revisão de suas anotações, alegando ser benéfico para o funcionário e cliente, minimizando e impedindo possíveis erros, sendo muito importante para a educação em serviço, tanto no aperfeiçoamento, quanto no reforço de atitudes e posturas adequadas.</p>
<p>13) Por exemplo, tirar um acesso central. Às vezes, eles ficam morrendo de medo, mas “vem cá acompanhar comigo, você vai tirar, tal, eu vou te acompanhar”. Eles acham que é uma coisa do outro mundo, fica tão assim... Acho que na medida do possível, mostrar que você confia no trabalho que ele tem,... eu acho que isso também...</p>	<p>Alega que gerência do cuidado é acompanhar a equipe de enfermagem nos procedimentos que lhe trazem insegurança, utilizando-se destes momentos para o aprimoramento da equipe e demonstração de confiança.</p>
<p>14) É igual eu falei, a gente tenta saber aonde tem paciente grave, quem tá avaliando é o acadêmico, mas na medida do possível a gente, eu tento passar nos andares, converso direto com os funcionários: “Tá precisando de alguma coisa, tem alguma coisa que vocês querem me passar?” Mas geralmente isso é mais tarde, por volta de meia noite. Nem sempre dá tempo de fazer isso também não. Às vezes é só pelo telefone, na hora que as meninas vêm descansar: “Ficou alguma pendência nos seus andares, alguma coisa que eu posso estar resolvendo?” Então elas me passam: “Teve intercorrência com tal, tal, tal paciente nesse período da noite...” Então, assim, eu sempre olho com elas o que elas podem estar me passando e fora é... os funcionários chamam bastante. Na medida do possível, eles passam para o acadêmico, a gente cobra isso deles, pra ter o acadêmico como referência. Eles têm uma maior segurança de tá ligando pra gente. Mas a gente pede pra passar pro acadêmico primeiro, né? E depois estar passando pra gente, que ele é o responsável pelo andar também. A gente é o responsável geral, mas ele tá ali respondendo também pelo andar.</p>	<p>Diz que gerência do cuidado é dar suporte aos acadêmicos, que assumiram a assistência nos andares, através do compartilhamento e suporte aos problemas vivenciados por eles.</p>
<p>15) É... durante a noite, costuma a gente ser responsável também pela CME, bloco, mas geralmente esses andares não chamam muito. Pronto socorro a gente divide com a enfermeira do CTI, mas ele chama mesmo pra passar uma sonda, é... quando tem um</p>	<p>Relata que gerenciar o cuidado é dar suporte a setores de apoio, além de ser apoio técnico em setores que se é co-responsável.</p>

<p><i>quadro mais grave, uma parada que o paciente tem que ir para o CTI, então eles chamam a gente.</i></p>	
<p><i>16) É... à noite a gente tenta resolver todas as intercorrências do plantão, mas a gente sabe que, às vezes, não dá pra resolver tudo, aquele negócio: a enfermagem é uma continuidade. Então, assim, na medida do possível tudo que dá pra gente resolver no plantão a gente resolve. À noite, igual eu falei, o número de funcionários é menor, a gente tem que ter um jogo de cintura, porque o pessoal da internação te liga, algum problema de copa eles te chamam também, então assim, você fica como referência. Então acaba que você não tem que resolver só do seu andar; é do hospital inteiro.</i></p>	<p>Ressalta que gerência do cuidado implica na continuidade da assistência pelos plantões que se seguem com uma visão ampla do hospital</p>

Entrevista D

Eu considero gerência do cuidado não só a assistência, mas no caso tem essa parte administrativa que começa, no meu plantão na checagem da prescrição pros funcionários, na folhinha que a gente tem, de checar quais os funcionários que chegaram em cada andar. Então eu começo aí com a gerência do cuidado, ligando para todos os andares para ver se os funcionários chegaram e aí se algum faltou a gente costuma mandar um funcionário do andar mais tranqüilo para outro ou até mesmo um outro que vem de casa. Então começa aí. Na hora que nós conferimos o livro dos funcionários presentes, a gente abre o livro administrativo, liga para o PS, pronto socorro, para saber se os funcionários chegaram, do bloco também a gente confere. A gerência do cuidado começa aí, do funcionário. /₁ Aí, começa a parte assistencial mesmo. A gente passa pelo PS, eu passo em todas as salas pra ver qual diagnóstico, qual o paciente mais grave. Aqui no pronto socorro a cada quinze dias é a enfermeira da unidade, a cada quinze dias é a enfermeira do CTI. As intercorrências eles comunicam a gente pelo radinho, a gente vai lá. Quando a gente acaba de pegar o plantão, ligar para os andares, avisando o bloco e a hemodinâmica a gente passa lá pra saber como é que tá. Se o funcionário está lá, quais os médicos que estão. Quem tá na sala hoje, quais os pacientes mais graves, questão de material, os respiradores, ECG que é muito importante porque eles emprestam pra gente. /₂ Saio do pronto socorro e começo a subir para os andares. No caso a gente fica com dois andares, cada enfermeiro e acadêmico, são dois acadêmicos e um enfermeiro, cada um fica dois andares. O sistema de anotação que a gente tem é a folhinha, que te orienta, onde a gente anota o diagnóstico, os exames. Aí a gente passa visita em todos os quartos. À noite não dá pra fazer exame, é de dia. Mas aí você passa perguntando “Como é você tá?”; levanto o cobertor pra ver como é que tá, olha as feridas e tal. /₃ À noite é muito difícil cumprir o protocolo de feridas, mas aí a gente acompanha, se precisa trocar a gente pede pra chamar, analisa quais os funcionários, mas eles sempre chamam, e ainda falo pro paciente: “Não esquece de me chamar”. /₄ Aí passo visita, às vezes perguntam de alguma medicação que já tomou, aí eu volto no quarto pra falar qual o horário. Aqui a gente olha a data do equipo também, do acesso também. Isso é gerência do cuidado. /₅ Aí, eu acabo de passar visita e vou evoluir. Nessa evolução não tem jeito de ter gerência, né? Do cuidado?... Acho que gerenciar é organizar, é distribuir, é... é estar evoluindo sim, o que eu vi. A organização do quarto, a organização do... não do paciente, mas o que não fizeram, o que está faltando pra ser feito, eu acho que é isso. /₆ É... no caso intercorrência, como eu gerencio: no caso, eu avalio o paciente, dependendo da intercorrência ligo para o médico, passo o caso, de qual clínica que ele é: insuficiência respiratória... pressão... Aí o médico chega no quarto, aí começa a gerência assistencial. Aí vai: o médico pede o material, aí a gente vai orientando, eu mais as duas acadêmicas, o que cada um faz, o técnico de enfermagem... o que cada um... uma coisa... outra. É importante organizar, porque na hora fica desesperado e... acaba, ainda mais à noite... que o que você aprendeu não dá pra fazer... aí você quer pegar biombo, não tem ninguém pra fazer, você tem que fazer tudo, e... delega algumas funções aí você atende as intercorrências que tiver no andar. Aí trabalha a intercorrência, ou vai pro CTI, ou continua no andar, depende da... do decorrer da situação. /₇ O que eu considero que é gerência do cuidado... eu trabalho em centro de saúde de dia e eu gosto muito de ficar lá... eu falo que falha a gerência do cuidado porque eu gosto de encaminhar a pessoa. Eu passo para as meninas, aí às vezes o plantão é muito pesado de manhã, aí acaba que o paciente perde... Eu faço de tudo: encaminho direto para o médico... O que eu consigo fazer à noite... o que não eu encaminho. Eu acho que as pessoas não dão importância... Isso é gerência do

cuidado, eu acho, faz parte... hora do medicamento... você não consegue gerenciar lá fora, você não sabe como é o cuidado em casa... Aqui vem a intercorrência, sanamos a intercorrência e continuamos o controle dele... /8 Pra gerenciar falta tempo...

Entrevista D

Unidade de significado	Unidade de significado transformada
1) <i>Eu considero gerência do cuidado não só a assistência, mas no caso tem essa parte administrativa que começa, no meu plantão na checagem da prescrição pros funcionários, na folhinha que a gente tem, de checar quais os funcionários que chegaram em cada andar. Então eu começo aí com a gerência do cuidado, ligando para todos os andares para ver se os funcionários chegaram e aí se algum faltou a gente costuma mandar um funcionário do andar mais tranqüilo para outro ou até mesmo um outro que vem de casa. Então começa aí. Na hora que nós conferimos o livro dos funcionários presentes, a gente abre o livro administrativo, liga para o PS, pronto socorro, para saber se os funcionários chegaram, do bloco também a gente confere. A gerência do cuidado começa aí, do funcionário.</i>	Considera gerência do cuidado não só a assistência direta ao cliente, mas a parte administrativa começando pelo funcionário, como a conferência do quantitativo de auxiliares e técnicos de enfermagem, remanejamento e ou solicitação de plantão extra, conferência dos registros, realização de registros, checagem de prescrição.
2) <i>Aí, começa a parte assistencial mesmo. A gente passa pelo PS, eu passo em todas as salas pra ver qual diagnóstico, qual o paciente mais grave. Aqui no pronto socorro a cada quinze dias é a enfermeira da unidade, a cada quinze dias é a enfermeira do CTI. As intercorrências eles comunicam a gente pelo radinho, a gente vai lá. Quando a gente acaba de pegar o plantão, ligar para os andares, avisando o bloco e a hemodinâmica a gente passa lá pra saber como é que tá. Se o funcionário está lá, quais os médicos que estão. Quem tá na sala hoje, quais os pacientes mais graves, questão de material, os respiradores, ECG que é muito importante porque eles emprestam pra gente.</i>	Diz que gerência do cuidado é passar visita nos clientes, verificando diagnóstico médico, estabelecendo graus de gravidade e atendendo aos chamados de intercorrências, além de comunicar a toda equipe a sua responsabilidade pelo plantão e tomar ciência da equipe de enfermagem, setores pelos quais respondem, bem como da equipe médica de plantão, checando material disponível.
3) <i>Saio do pronto socorro e começo a subir para os andares. No caso a gente fica com dois andares, cada, enfermeira e acadêmica, são dois acadêmicos e um enfermeiro, cada um fica com dois andares. O sistema de anotação que a gente tem é a folhinha, que te orienta, onde a gente anota o diagnóstico, os exames. Aí a gente passa visita em todos os quartos. À noite não dá pra fazer exame, é de dia. Mas aí você passa perguntando “Como é você tá?”; levanto o cobertor pra ver como é que tá, olha as feridas e tal.</i>	Acredita que gerência do cuidado é assumir o plantão, realizar anotações pertinentes em impresso próprio, passar visita em todos os quartos, questionando o bem estar do cliente.
4) <i>À noite é muito difícil cumprir o protocolo de feridas, mas aí a gente acompanha, se precisa trocar a gente pede pra chamar, analisa quais os funcionários, mas eles sempre chamam, e ainda falo pro paciente: “Não esquece de me chamar”.</i>	Diz que gerência do cuidado é realizar acompanhamento do cliente para verificar a necessidade de troca de curativo, delegando a determinados membros da equipe de enfermagem sua troca, supervisionando.
5) <i>Aí passo visita, às vezes perguntam de alguma medicação que já tomou, aí eu volto no quarto pra falar qual o horário. Aqui a gente olha a data do equipo também, do acesso também. Isso é gerência do cuidado.</i>	Afirma que gerência do cuidado é visitar os clientes respondendo a seus questionamentos e realizando outros para checagem da assistência, além de conferência de equipo e acesso.
6) <i>Aí, eu acabo de passar visita e vou evoluir. Nessa evolução não tem jeito de ter gerência, né? Do cuidado?... Acho que gerenciar é organizar, é distribuir, é... é estar evoluindo sim, o que eu vi. A organização do quarto, a organização do... não do paciente, mas</i>	Afirma que gerência do cuidado é organizar a unidade do paciente, a assistência a ser prestada.

<p><i>o que não fizeram, o que está faltando pra ser feito, eu acho que é isso.</i></p>	
<p><i>7) É... no caso intercorrência, como eu gerencio: no caso, eu avalio o paciente, dependendo da intercorrência ligo para o médico, passo o caso, de qual clínica que ele é: insuficiência respiratória... pressão... Aí o médico chega no quarto, aí começa a gerência assistencial. Aí vai: o médico pede o material, aí a gente vai orientando, eu mais as duas acadêmicas, o que cada um faz, o técnico de enfermagem... o que cada um... uma coisa... outra. É importante organizar, porque na hora fica desesperado e... acaba, ainda mais à noite... que o que você aprendeu não dá pra fazer... aí você quer pegar biombo, não tem ninguém pra fazer, você tem que fazer tudo, e... delega algumas funções aí você atende as intercorrências que tiver no andar. Aí trabalha a intercorrência, ou vai pro CTI, ou continua no andar, depende da... do decorrer da situação.</i></p>	<p>Considera que gerência do cuidado é atuar em intercorrências através da avaliação do cliente e passagem do quadro para o plantão médico, solicitando sua presença; organização do ambiente e provisão de material para o atendimento, delegando tarefas.</p>
<p><i>8) ...eu falo que falha a gerência do cuidado porque eu gosto de encaminhar a pessoa. Eu passo para as meninas, aí às vezes o plantão é muito pesado de manhã, aí acaba que o paciente perde... Eu faço de tudo: encaminho direto para o médico... O que eu consigo fazer à noite... o que não eu encaminho. Eu acho que as pessoas não dão importância... Isso é gerência do cuidado, eu acho, faz parte... hora do medicamento... você não consegue gerenciar lá fora, você não sabe como é o cuidado em casa... Aqui vem a intercorrência, sanamos a intercorrência e continuamos o controle dele...</i></p>	<p>Diz que gerência do cuidado é realizar encaminhamento do cliente, das necessidades que precisam ser supridas.</p>

Entrevista O

Gerência para mim eu acho que não é só você pegar papel, saber dar ordens, porque dar ordens qualquer um pode dar, não precisa ser só o enfermeiro não, e ficar fiscalizando o tempo todo o que o outro está escrevendo. Pra mim é você estar prestando assistência mesmo, isto pra mim é gerência. Acho que o que a gente faz é apagar incêndio, mas prestar assistência mesmo ao paciente que está ali e à família... Porque é o tempo inteiro quem fica com aquele paciente. Então, você acaba gerenciando o cuidado integral, não só da família. Isto pra mim é a forma de gerenciar, é a forma de lidar com esses tipos de situações e mostrar mesmo que você vai ter momento pra cuidar do outro, né?

Infelizmente, hoje, a gente vive num mundo que é só de papel, infelizmente. Você ter que... é uma coisa pra tá te respaldando, você escrever, relatar o que está fazendo, isso vai te respaldar profissionalmente. Mas e frente ao outro? Será que a gente escreve realmente o que a gente lê ou o que a gente faz? A forma de agir, de cuidar? Então pra mim, a gerência é o cuidado em si, tá? Os outros, as outras pessoas que estão trabalhando com você, tanto os outros enfermeiros, quanto os outros profissionais, a equipe inteira de enfermagem, de saúde. Você tem que estar interagindo com elas, né? Não é só observar o técnico de enfermagem, o que ele está fazendo, é estar trabalhando junto com ele, isso pra mim é gerência. /4 Vou pedir pra ele fazer uma coisa que ele não sabe fazer? Essa pessoa não sabe a forma como você está pensando. A forma como a gente pensa é o que eu sei. “Ah, fulano de tal, faz isso”. Aí ele vai e faz totalmente diferente, porque ele aprendeu aquilo ali. Aí eu vou lá, falo que fulano de tal não está fazendo certo, não trabalhando certo, mas não falo como ele está agindo, como é o trabalho do dia-a-dia. Porque dois funcionários com dois pacientes, tranquilo; mas, dois funcionários com doze pacientes pesados, como ele tá agindo pra cada situação? Então até nisso você tem saber gerenciar, é o cuidado mesmo. /5 Você estar gerenciando é o cuidado em si. Poder estar ensinando ao funcionário, que é da sua equipe mesmo, que você está trabalhando com ele, como as coisas poderiam estar sendo feitas pra estar melhorando a situação do indivíduo, do paciente ou da família que está internado.

Situações que eu já vivi aqui, foi no... assim, no andar em si. Tem pouco tempo, porque eu ficava mais em CTI. No andar eu ficava mais fazendo férias, né? Isso depois que eu formei /6 Então situações que eu vivi aqui mesmo são mais relacionadas à alguns atendimentos de urgência, que já teve. Você chega naquele momento e vê todo mundo mais perdido que tudo, tanto médico, até o auxiliar e técnico, tá? Mas, se você souber dar orientação de como deve ser feito, tudo vai tranquilo. /7 Teve situações demais com a família. A família num estresse assim, horroroso, que estive o tempo todo com aquele indivíduo no andar, a família mais estressando que o próprio paciente, porque estão no direito deles também, né? Um familiar seu, internado, você não vai exigir uma coisa melhor? Então você tem que saber resolver situações com a família pra depois, né, poder estar passando para os seus funcionários como lidar com essas situações mesmo. /8 E... eu fico... eu fico... sinceramente eu fico injuriada quando saio daqui e não consigo resolver tudo. Porque tudo o que que é? Não é só assistência, porque o hospital cobra, cobra muito o burocrático. Então, as pessoas te cobram uma coisa, esquecem que você já teve as coisas anteriores, os cuidados anteriores. Porque se a gente for olhar o que o seu superior, alguma outra enfermeira, outra pessoa te fala que não seja para sua construção ou mesmo muita coisa para sua construção mesmo eu saio frustrada, saio mesmo. /9 Agora, quando você começa a trabalhar no CTI, que é ambiente fechado, ali o CTI é de 10 pacientes, é de doze, mas você consegue ver todo mundo, porque não tem o corre-corre do dia-a-dia que tem aqui no hospital, com presença de família por perto, com presença de outros, de

outras equipes, não vê tanto. Na parte médica mesmo, isto é antiético estar falando, mas tem hora que você tem que estar engolindo seco o que o médico faz e tentar resolver, por traz, com a família para não deixar a família tão chateada, né? Estão, desestabilizada, o que acontece muitas vezes aqui. Em pouco tempo a gente vê várias situações. /₁₀ Então, venho de setor fechado e não vejo tanta diferença assim, mas aprendi muito, aqui fora, em humanidade. Como lidar com situações. Eu aprendi mais em unidade a fazer gerência do cuidado, promover saúde pro indivíduo, do que dentro do próprio setor fechado. Porque dá pra gerenciar o cuidado num lugar fechado, porque tem só aquele indivíduo ali, talvez ele nem tá conversando com você, né? É diferente você estar aqui fora, sentar, conversar com a pessoa, ele contar a história dele inteira; já fiquei duas horas sentada conversando. Se está fazendo bem pra ele, porque não conversar? Mesmo que que você não seja da família, mas acaba se sentindo, porque a permanência é muito grande. Então a gente aprende muito; aprendi muito. /₁₁ Apesar de gostar das outras áreas, a gente aprende a cada dia mais. Então essa forma de gerência entra nisso aí. /₁₂ Papel, pra mim, felizmente, não vejo muita... como é que eu posso falar... não vejo que entra muito em gerência do cuidado não; o papel em si, não. /₁₃

Entrevistadora: “Você lembra de alguma situação que você vivenciou com o cliente que retrata bem essa gerência do cuidado?”

Ontem... foi ontem com o Sr. M, o da ferida, o como consegui lidar com a situação, porque você tinha me dado algumas orientações acerca da ferida.

O Sr. M começou, ele veio de uma cirurgia cardíaca, teve parada cardíaca, eu o conheço desde o CTI, eu o acompanhei desde o CTI. Fez uma cirurgia, ficou no CTI muito mal. É... eu estava lá, ainda, como enfermeira. Desde lá eu conheço o Sr M... então desde lá eu comecei com a gerência do cuidado, cuidado dele de forma mais direta, mas eu não tinha pensado aqui fora não, como ia ser. Depois o Sr. M saiu, foi embora pra casa e voltou, novamente, já não foi com o problema do infarto, foi problema da drenagem. Aí ele voltou para o andar com a gente. Pegou infecção de multirresistente. Ficou um bom tempo em tratamento no andar. Então ele subiu pra mim. Onde ele vai, eu acompanho ele. Então, o tempo inteiro a família me vê não só como enfermeira. Viu a atenção que a gente dava, porque eu não estava cuidando só da ferida. Sentava, conversava, contava história, tirava dúvida que ele tinha, ansiedade, ficava mesmo conversando com a pessoa. /₁₄ Só que ele foi embora e voltou com essa alergia ao fio. Aí, novamente, eu tive com ele no andar, só que foi andar diferente. Aí eu já comecei a tratar, já tinha pneumonia anterior, tratava junto com a fisioterapia dele, pegava e andava um pouquinho dentro do quarto, explicava o porquê não poderia ficar tanto tempo deitado, porque tinha que levantar, fazia o acompanhamento mesmo da pessoa. Só que depois ele voltou com essa alergia, teve abscesso,tava bem maior, abriu e a gente vem acompanhando, cuidando da ferida dele e fazendo mesmo orientação, não só do físico da pessoa. Aqui os pacientes têm muita carência com atenção. Mesmo que a família esteja lá 24 horas, pode ser o filho, pode ser a esposa, o simples fato de estar sendo ouvido por outro. Tem necessidade que eu sinto no Sr. M, por exemplo, ele tem necessidade de estar conversando. /₁₅ Ele estava andando no corredor e disse: “Eu lembrei do que você falou comigo”- da outra vez, da outra internação que ele teve pneumonia. Então, aí que eu vi que o que eu falei foi válido pras pessoas. Ontem eu fui lá vê-lo e ele não deixou ninguém fazer o curativo, ninguém. “E quero que fulana” – falou meu nome – “faça; quero que ela veja como é que tá”. Porque no dia anterior eu pedi a ele: “Na hora que o Sr. tomar banho e abrir, deixa eu ver”. Aí ficou o dia inteiro, anteontem, pra eu ver a ferida. Não deixou ninguém, hoje a mesma coisa. Então eu vejo que isso aí, o pouco que a gente faz, a atenção que a gente dá, “...você tá colocando coisa boa, isso não vai fazer mal pra mim não?”.

Respondo: “De jeito nenhum”. Ele: “Ah, então tá. Então só você vai mexer aí”. Isso é ponto positivo. Tá confiando no que a gente tá fazendo. Eu acho que é resultado do trabalho, do cuidado mesmo que a gente tem. /₁₆ Você conseguir o carisma de uma pessoa é muito difícil, aumentar a auto-estima dele é mais difícil ainda e ele era uma pessoa muito deprimida. Acho que um pouco de atenção que a gente dá, acho que é mais atenção e mesmo. Pra mim, de um só vale. Não precisa ser de todos não. Se você consegue a confiança de uma pessoa, seja o paciente, seja a família já é importante, facilita o seu trabalho. /₁₇ Igual ontem, por exemplo, vi o 11° e vi três do 9°. Saí daqui às 21 horas, porque eu fui pro CTI ajudar a minha colega lá. Eu não ia deixar a outra pessoa na mão. Saí e falei assim: “Oh, tô te passando a bola, não posso ficar mais aqui não”. Vi três e fiquei tentando resolver o que acontecia com o restante. Quando eu falo que vi três, é que realmente eu entrei no quarto, fiz o exame. Os outros mesmo foi mais para trocar uma fralda ou fazer uma medicação. Não é o tempo que a gente senta, conversa. Um pouquinho com a pessoa... Então ontem eu saí frustrada (risos). Porque eu gosto de dar um pouquinho de atenção. /₁₈ Uma familiar mesmo, era 20:30 horas, ela foi lá me procurar: “Você tá indo embora? Minha mãe está sentindo falta demais de você!” Eu fiquei com ela dois dias só dentro do quarto. Um pouquinho só de atenção que a gente dá... né? Isso pra mim conta muito. /₁₉

Entrevista O

Unidade de significado	Unidade de significado transformada
<p>1) Gerência para mim, eu acho que não é só você pegar papel, saber dar ordens, porque dar ordens qualquer um pode dar, não precisa ser só o enfermeiro não, e ficar fiscalizando o tempo todo o que o outro está escrevendo. Pra mim é você estar prestando assistência mesmo, isto pra mim é gerência.</p> <p>13) Papel, pra mim, felizmente, não vejo muita... como é que eu posso falar... não vejo que entra muito em gerência do cuidado não; o papel em si, não.</p>	<p>Acredita que gerência do cuidado não seja trabalhar só com papéis, dar ordens ou ficar fiscalizando o outro. Qualquer um pode fazer isso. Gerenciar é prestar assistência mesmo.</p>
<p>2) Acho que o que a gente faz é apagar incêndio, mas prestar assistência mesmo ao paciente que está ali e à família... Porque é o tempo inteiro quem fica com aquele paciente. Então, você acaba gerenciando o cuidado integral, não só da família. Isto pra mim é a forma de gerenciar, é a forma de lidar com esses tipos de situações e mostrar mesmo que você vai ter momento pra cuidar do outro, né?</p> <p>3) Infelizmente, hoje, a gente vive num mundo que é só de papel, infelizmente. Você ter que... é uma coisa pra tá te respaldando, você escrever, relatar o que está fazendo, isso vai te respaldar profissionalmente. Mas e frente ao outro? Será que a gente escreve realmente o que a gente lê ou o que a gente faz? A forma de agir, de cuidar? Então pra mim, a gerência é o cuidado em si, tá?</p>	<p>Afirma que gerenciar o cuidado não é “apagar incêndio”, mas prestar assistência ao paciente e à sua família, prestando cuidado integral, mostrando que haverá momento para você cuidar do outro, tendo o registro como meio e não como fim.</p>
<p>4) Os outros, as outras pessoas que estão trabalhando com você, tanto os outros enfermeiros, quanto os outros profissionais, a equipe inteira de enfermagem, de saúde. Você tem que estar interagindo com elas, né? Não é só observar o técnico de enfermagem, o que ele está fazendo, é estar trabalhando junto com ele, isso pra mim é gerência.</p>	<p>Diz que gerência do cuidado é interagir com os outros profissionais, tanto intra como inter equipes, trabalhando junto com a equipe de enfermagem.</p>
<p>5) Vou pedir pra ele fazer uma coisa que ele não sabe fazer? Essa pessoa não sabe a forma como você está pensando. A forma como a gente pensa é o que eu sei. “Ah, fulano de tal, faz isso”. Aí ele vai e faz totalmente diferente, porque ele aprendeu aquilo ali. Aí eu vou lá, falo que fulano de tal não</p>	<p>Ressalta que gerência do cuidado é avaliar o outro dentro do contexto, conhecendo-o, levando em consideração o dimensionamento de pessoal.</p>

<p><i>está fazendo certo, não trabalhando certo, mas não falo como ele está agindo, como é o trabalho do dia-a-dia. Porque dois funcionários com dois pacientes, tranqüilo; mas, dois funcionários com doze pacientes pesados, como ele tá agindo pra cada situação? Então até nisso você tem saber gerenciar, é o cuidado mesmo.</i></p>	
<p><i>6) Você estar gerenciando é o cuidado em si. Poder estar ensinando ao funcionário, que é da sua equipe mesmo, que você está trabalhando com ele, como as coisas poderiam estar sendo feitas pra estar melhorando a situação do indivíduo, do paciente ou da família que está internado. Situações que eu já vivi aqui, foi no... assim, no andar em si. Tem pouco tempo, porque eu ficava mais em CTI. No andar eu ficava mais fazendo férias, né? Isso depois que eu formei.</i></p>	<p>Diz que gerência do cuidado é realizar treinamento em serviço, utilizando as situações vivenciadas para o aprendizado.</p>
<p><i>7) Então situações que eu vivi aqui mesmo são mais relacionadas à alguns atendimentos de urgência, que já teve. Você chega naquele momento e vê todo mundo mais perdido que tudo, tanto médico, até o auxiliar e técnico, tá? Mas, se você souber dar orientação de como deve ser feito, tudo vai tranqüilo.</i></p>	<p>Afirma que gerência do cuidado é orientar quanto ao que fazer e como em situações específicas.</p>
<p><i>8) Teve situações demais com a família. A família num estresse assim, horroroso, que estive o tempo todo com aquele indivíduo no andar, a família mais estressando que o próprio paciente, porque estão no direito deles também, né? Um familiar seu, internado, você não vai exigir uma coisa melhor? Então você tem que saber resolver situações com a família pra depois, né, poder estar passando para os seus funcionários como lidar com essas situações mesmo.</i></p>	<p>Afirma que gerência do cuidado é saber assistir à família, entendendo-a como parte de todo o contexto, além de instrumentalizar auxiliares e técnicos de enfermagem para lidar com situações que envolvam familiares.</p>
<p><i>9) E... eu fico ... eu fico... sinceramente eu fico injuriada quando saio daqui e não consigo resolver tudo. Porque tudo o que que é? Não é só assistência, porque o hospital cobra, cobra muito o burocrático. Então, as pessoas te cobram uma coisa, esquecem que você já teve as coisas anteriores, os cuidados anteriores. Porque se a gente for olhar o que o seu superior, alguma outra enfermeira, outra pessoa te fala que não seja para sua construção ou mesmo muita coisa para sua construção mesmo eu saio frustrada, saio mesmo.</i></p>	<p>Alega que gerência do cuidado é conseguir sair do plantão tendo resolvido tanto a parte burocrática, quanto a assistencial, ambas sob uma grande pressão administrativa e de pares. Diz ainda que o não conseguir executar tudo, gera frustração.</p>
<p><i>10) Agora, quando você começa a trabalhar no CTI, que é ambiente fechado, ali o CTI é de 10 pacientes, é de doze, mas você consegue ver todo mundo, porque não tem o corre-corre do dia-a-dia que tem aqui no hospital, com presença de família por perto, com presença de outros, de outras equipes, não vê tanto. Na parte médica mesmo, isto é antiético estar falando, mas tem hora que você tem que estar engolindo seco o que o médico faz e tentar resolver, por traz, com a família para não deixar a família tão chateada, né? Estão, desestabilizada, o que acontece muitas vezes aqui. Em pouco tempo a gente vê várias situações.</i></p>	<p>Afirma que gerência do cuidado é um corre-corre diário, com a presença de familiares, outra equipe, sendo muitas vezes necessário que o enfermeiro “engula seco” diante do fazer médico para atender ao cliente e sua família, mantendo a satisfação.</p>
<p><i>11) Então, venho de setor fechado e não vejo tanta diferença assim, mas aprendi muito, aqui fora, em humanidade. Como lidar com situações. Eu aprendi mais em unidade a fazer gerência do cuidado, promover saúde pro indivíduo, do que dentro do próprio setor fechado. Porque dá pra gerenciar o cuidado num lugar fechado, porque tem só aquele indivíduo ali, talvez ele nem tá conversando com você, né? É diferente você estar aqui fora, sentar, conversar com a pessoa, ele contar a história dele inteira; já fiquei duas horas sentada conversando. Se está fazendo bem pra ele, porque não conversar? Mesmo que que você não seja da família, mas acaba se sentindo, porque a permanência é muito grande.</i></p>	<p>Diz que gerência do cuidado é ter humanidade, saber lidar com as diversas situações, promovendo saúde para o cliente, afirmando ser bem diferente realizá-la em setor fechado e aberto, principalmente pelo tipo de relacionamento estabelecido neste último com o cliente e sua família.</p>

<p>Então a gente aprende muito; aprendi muito. 12) Apesar de gostar das outras áreas, a gente aprende a cada dia mais. Então essa forma de gerência entra nisso aí.</p>	
<p>14) O Sr. M... eu o conheço desde o CTI, eu o acompanhei desde o CTI. Fez uma cirurgia, ficou no CTI muito mal... Desde lá eu conheço o Sr. M... então desde lá eu comecei com a gerência do cuidado, cuidado dele de forma mais direta, mas eu não tinha pensado aqui fora não, como ia ser... foi embora pra casa e voltou, novamente, já não foi com o problema do infarto, foi problema da drenagem. Aí ele voltou para o andar com a gente... Onde ele vai, eu acompanho ele. Então, o tempo inteiro a família me vê não só como enfermeira. Viu a atenção que a gente dava, porque eu não estava cuidando só da ferida. Sentava, conversava, contava história, tirava dúvida que ele tinha, ansiedade, ficava mesmo conversando com a pessoa.</p>	<p>Afirma que gerência do cuidado é prestar cuidado de forma mais direta, pensando nas necessidades futuras do cliente, provendo o necessário para sua efetivação; é ser mais que enfermeira, é ser toda e vê-lo como um todo.</p>
<p>15) Só que ele foi embora e voltou com essa alergia ao fio. Aí, novamente, eu tive com ele no andar, só que foi andar diferente. Aí eu já comecei a tratar, já tinha pneumonia anterior, tratava junto com a fisioterapia dele, pegava e andava um pouquinho dentro do quarto, explicava o porquê não poderia ficar tanto tempo deitado, porque tinha que levantar, fazia o acompanhamento mesmo da pessoa. Só que depois ele voltou com essa alergia, teve abscesso, tava bem maior, abriu e a gente vem acompanhando, cuidando da ferida dele e fazendo mesmo orientação, não só do físico da pessoa. Aqui os pacientes têm muita carência com atenção. Mesmo que a família esteja lá 24 horas, pode ser o filho, pode ser a esposa, o simples fato de estar sendo ouvido por outro. Tem necessidade que eu sinto no Sr. M, por exemplo, ele tem necessidade de estar conversando.</p>	<p>Afirma que gerência do cuidado é trabalhar junto com as demais equipes; é conscientizar o cliente acerca da terapia, acompanhando-o de perto; é realizar o cuidado do indivíduo como todo e não partes, tendo como ponto de partida as suas necessidades.</p>
<p>16) Ele estava andando no corredor e disse: “Eu lembrei do que você falou comigo”- da outra vez, da outra internação que ele teve pneumonia. Então, aí que eu vi que o que eu falei foi válido pras pessoas. Ontem eu fui lá vê-lo e ele não deixou ninguém fazer o curativo, ninguém. “E quero que fulana” – falou meu nome – “faça; quero que ela veja como é que tá”. Porque no dia anterior eu pedi a ele: “Na hora que o Sr. tomar banho e abrir, deixa eu ver”. Aí ficou o dia inteiro, anteontem, pra eu ver a ferida. Não deixou ninguém, hoje a mesma coisa. Então eu vejo que isso aí, o pouco que a gente faz, a atenção que a gente dá, “...você tá colocando coisa boa, isso não vai fazer mal pra mim não?”. Respondo: “De jeito nenhum”. Ele: “Ah, então tá. Então só você vai mexer aí”. Isso é ponto positivo. Tá confiando no que a gente tá fazendo. Eu acho que é resultado do trabalho, do cuidado mesmo que a gente tem.</p> <p>17) Você conseguir o carisma de uma pessoa é muito difícil, aumentar a auto-estima dele é mais difícil ainda e ele era uma pessoa muito deprimida. Acho que um pouco de atenção que a gente dá, acho que é mais atenção e mesmo. Pra mim, de um só vale. Não precisa ser de todos não. Se você consegue a confiança de uma pessoa, seja o paciente, seja a família já é importante, facilita o seu trabalho.</p>	<p>Alega que gerência do cuidado é ensinar o cuidado ao cliente, conscientizando-o a cerca da necessidade do tratamento trabalhando sua auto-estima; é fazer-se presença, mesmo na ausência; é estabelecer confiança na relação enfermeiro-cliente-família através do cuidado que se realiza, sendo reconhecido pelo seu fazer.</p>
<p>18) Igual ontem, por exemplo, vi o 11° e vi três do 9°. Saí daqui às 21 horas, porque eu fui pro CTI ajudar a minha colega lá. Eu não ia deixar a outra pessoa na mão. Saí e falei assim: “Oh, tô te passando a bola, não posso ficar mais aqui não”. Vi três e fiquei tentando resolver o que acontecia com o restante. Quando eu falo que vi três, é que realmente</p>	<p>Afirma que gerência do cuidado é auxiliar ao colega quando necessário; em detrimento do tempo, é passar visita, com exame físico, nos cliente em que isso for possível, conversar com eles, dar-lhes atenção.</p>

eu entrei no quarto, fiz o exame. Os outros mesmo foram mais para trocar uma fralda ou fazer uma medicação. Não é o tempo que a gente senta, conversa. Um pouquinho com a pessoa... Então ontem eu saí frustrada (risos). Porque eu gosto de dar um pouquinho de atenção.

19) Uma familiar mesmo, era 20:30 horas, ela foi lá me procurar: "Você tá indo embora? Minha mãe está sentindo falta demais de você!" Eu fiquei com ela dois dias só dentro do quarto. Um pouquinho só de atenção que a gente dá... né? Isso pra mim conta muito.

APÊNDICE B (continua)

PROCESSO DE REDUÇÃO

TEMAS

1. Gerência de recursos humanos
2. Treinamento da equipe
3. Gerência do cuidado gera resultados
4. Gerência de recursos materiais
5. Planejamento
6. Sobrecarga de trabalho
7. Orientação à equipe
8. Delegação de tarefas
9. Supervisão de tarefas
10. Supervisão
11. Orientação
12. Referência para as equipes
13. Processo cuidativo
14. Relacionamento intra pessoal
15. Vínculo inter equipe
16. Implementação de protocolos
17. Imprevisto
18. Trabalho em equipe
19. Relacionamento inter-equipe
20. Dimensionamento de pessoal
21. Autonomia
22. Gerência de ambiente
23. Prestação de cuidados
24. Elo entre equipe e família
25. “O técnico ele faz, mas ele não pensa”
26. Atendimento às necessidades básicas
27. Conhecimento científico
28. Independência profissional
29. Uniformização de conduta
30. Realização de técnicas
31. Gerência de recursos materiais
32. Supervisão de cuidados
33. Motivação da equipe
34. Gerência de recursos humanos
35. Supervisão de cuidados
36. Motivação da equipe
37. Gerência de recursos humanos
38. Conhecimento técnico científico
39. Tomada de decisão
40. Previsão e provisão de recursos
41. Previsão de necessidades do cliente
42. Conhecimento da evolução do cliente
43. Previsão de recursos
44. Liderança
45. Organização do atendimento
46. Gerência da demanda de atendimento
47. Manejo e adaptação
48. Dimensionamento de vagas
49. Continuidade
50. Processo cuidativo
51. Otimização da assistência
52. Reciclagem
53. Capacitação da equipe
54. Gerenciar o hospital
55. Postura técnica-profissional
56. Corrida de leito
57. Tempo reduzido
58. Interferência de fatores diversos
59. Avaliação clínica
60. “Apagar incêndio”
61. Descontinuidade da assistência
62. Relacionamento inter-intra equipe e pessoal
63. Promoção de independência da assistência para a equipe de enfermagem
64. Educação em serviço
65. Suporte técnico
66. Prestação de cuidados à família
67. Relacionamento inter-intra equipe
68. Utilização da Metodologia da Assistência
69. Resolutividade burocrática e assistencial
70. Pressão administrativa
71. Frustração
72. “Engolir seco”
73. Atendimento às necessidades básicas da família
74. Humanidade
75. “Jogo de cintura”
76. Promoção de saúde
77. Relacionamento família paciente
78. “Ser toda”
79. Visão holística
80. Promoção do auto cuidado
81. “Ser presença na ausência”
82. Relacionamento de confiança com cliente e família
83. Realização do cuidado
84. Priorização de necessidades
85. Fazer-se referência
86. Registros escritos
87. Checagem
88. Conferência
89. Trabalho inter equipe
90. Organização ambiental
91. Encaminhamento

(continua)

EDUCAÇÃO EM SERVIÇO

- 1. Gerência de recursos humanos
- 1. Treinamento da equipe
- 1. Orientação à equipe
- 1. Delegação de tarefas
- 1. Orientação
- 1. Referência para as equipes
- 1. Implementação de protocolos
- 1. Autonomia
- 1. “O técnico ele faz, mas ele não pensa”
- 1. Independência profissional
- 1. Motivação da equipe
- 1. Gerência de recursos humanos
- 1. Liderança
- 1. Reciclagem
- 1. Capacitação da equipe
- 1. Gerenciar o hospital
- 1. Promoção de independência da assistência para a equipe de enfermagem
- 1. Educação em serviço
- 1. Dimensionamento de pessoal
- 1. Gerência da demanda de atendimento
- 1. Dimensionamento de vagas

GERÊNCIA DE RECURSOS MATERIAIS

- 2. Gerência do enfermeiro gera resultados
- 2. Gerência de recursos materiais

SOBRECARGA DE TRABALHO

- 3. Sobrecarga de trabalho
- 3. Supervisão de tarefas
- 3. Supervisão
- 3. Corrida de leito
- 3. Tempo reduzido
- 3. Registros escritos
- 3. Checagem
- 3. Conferência

CONVERGÊNCIA DE SENTIDOS

PROCESSO CUIDATIVO

- 4. Planejamento
- 4. Processo cuidativo
- 4. Prestação de cuidados
- 4. Imprevisto
- 4. Atendimento às necessidades básicas
- 4. Realização de técnicas
- 4. Supervisão de cuidados
- 4. Planejamento como ferramenta essencial na gerência do cuidado
- 4. Conhecimento da evolução do cliente
- 4. Organização do atendimento
- 4. Continuidade
- 4. Processo cuidativo
- 4. Otimização da assistência
- 4. Avaliação clínica
- 4. Atendimento às necessidades básicas da família
- 4. Promoção do auto cuidado
- 4. Suporte técnico
- 4. Prestação de cuidados à família
- 4. Utilização da Metodologia da Assistência
- 4. Promoção de saúde
- 4. Realização do cuidado
- 4. Priorização de necessidades
- 4. Encaminhamento

RELACIONAMENTO PESSOAL, INTER E INTRA EQUIPE

- 5. Relacionamento intra pessoal
- 5. Vínculo inter equipe
- 5. Trabalho em equipe
- 5. Relacionamento inter-equipe
- 5. Relacionamento inter-intra equipe e pessoal
- 5. Trabalho inter equipe

GERENCIAMENTO DO AMBIENTE

- 6. Gerência de ambiente
- 6. Organização ambiental

ELO ENTRE EQUIPES

- 7. Relacionamento de confiança com cliente e família
- 7. Relacionamento família paciente
- 7. Elo entre equipe e família

CONHECIMENTO TÉCNICO CIENTÍFICO

- 8. Conhecimento científico
- 8. Conhecimento técnico científico
- 8. Postura técnica-profissional
- 8. Resolutividade burocrática e assistencial

“JOGO DE CINTURA”

- 9. Uniformização de conduta
- 9. Tomada de decisão
- 9. Manejo e adaptação
- 9. Interferência de fatores diversos
- 9. “Apagar incêndio”
- 9. Descontinuidade da assistência
- 9. Frustração
- 9. “Engolir seco”
- 9. “Jogo de cintura”

“SER PRESENÇA NA AUSÊNCIA”

- 10. Previsão e provisão de recursos
- 10. Previsão de necessidades do cliente
- 10. “Ser toda”
- 10. Visão holística
- 10. “Ser presença na ausência”
- 10. Fazer-se referência

(conclusão)

UNIDADES TEMÁTICAS

1. Processo cuidativo
2. Sobrecarga de tarefa
3. Relacionamento pessoal, inter e intra equipe
4. Elo entre equipes
5. “Jogo de cintura”
6. “Ser presença na ausência”
7. Educação em serviço
8. Gerência de recursos materiais
9. Gerenciamento do ambiente
10. Conhecimento técnico científico

APÓS NOVA CONVERGÊNCIA DE SENTIDO

1. Processo cuidativo
2. Sobrecarga de tarefa
2. Relacionamento pessoal, inter e intra equipe
2. Elo entre equipes
2. “Jogo de cintura”
3. “Ser presença na ausência”
4. Educação em serviço
4. Gerência de recursos materiais
4. Gerenciamento do ambiente
4. Conhecimento técnico científico

CATEGORIAS ABERTAS

1. Processo cuidativo
2. “Jogo de cintura”
3. “Ser presença na ausência”
4. Gerenciamento da Assistência de enfermagem

