



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ**  
**PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO**  
**MESTRADO PROFISSIONAL EM POLÍTICAS PÚBLICAS E GESTÃO DA**  
**EDUCAÇÃO SUPERIOR**

**PATRÍCIA AQUINO DE QUEIROZ**

**COMPREENDER COMO OS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM**  
**EXPERIMENTAM O MUNDO DA VIDA E REFLEXOS NAS BOAS PRÁTICAS**  
**ASSISTENCIAIS EM UMA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA**

**FORTALEZA**

**2023**

PATRÍCIA AQUINO DE QUEIROZ

COMPREENDER COMO OS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM EXPERIMENTAM  
O MUNDO DA VIDA E REFLEXOS NAS BOAS PRÁTICAS ASSISTENCIAIS EM  
UMA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA

Dissertação apresentada ao Mestrado Profissional em Políticas Públicas e Gestão da Universidade Federal do Ceará, como requisito para obtenção do título de Mestre em Educação. Área de concentração: Gestão da Educação Superior.

Orientador: Prof. Dr. Leonardo Damasceno de Sá.

FORTALEZA

2023

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação  
Universidade Federal do Ceará  
Sistema de Bibliotecas  
Gerada automaticamente pelo módulo Catalog, mediante os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

---

P341c Patrícia Aquino de, Queiroz.

Compreender como os profissionais de enfermagem experimentam o mundo da vida e reflexos nas boas práticas assistenciais em uma unidade de terapia intensiva / Queiroz Patrícia Aquino de. – 2023.  
126 f. : il.

Dissertação (mestrado) – Universidade Federal do Ceará, Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação, Mestrado Profissional em Políticas Públicas e Gestão da Educação Superior, Fortaleza, 2023.

Orientação: Prof. Dr. Leonardo Damasceno de Sá.

1. Unidades de terapia intensiva. 2. Enfermagem. 3. Boas práticas assistenciais. 4. Estresse ocupacional.  
I. Título.

CDD 378

---

PATRÍCIA AQUINO DE QUEIROZ

COMPREENDER COMO OS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM EXPERIMENTAM  
O MUNDO DA VIDA E REFLEXOS NAS BOAS PRÁTICAS ASSISTENCIAIS EM  
UMA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA

Dissertação apresentada ao Mestrado Profissional em Políticas Públicas e Gestão da Universidade Federal do Ceará, como requisito para obtenção do título de Mestre em Educação. Área de concentração: Gestão da Educação Superior.

Aprovada em: 03/11/2023

BANCA EXAMINADORA

---

Prof. Dr. Leonardo Damasceno de Sá (Orientador)

Universidade Federal do Ceará (UFC)

---

Prof. Dra. Thayza Miranda Pereira

Universidade Federal do Tocantins (UFT)

---

Prof. Dr. Aluisio Ferreira de Lima

Universidade Federal do Ceará

(UFC)

## AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus por acompanhar minha jornada até aqui, por me dar forças e enviar as pessoas certas para acompanhar e ajudar na minha jornada acadêmica. Agradeço em especial a colega de trabalho Luciana Teles que me incentivou a fazer esse mestrado e segurou na minha mão acreditando no meu potencial desde o momento da minha inscrição no mestrado.

Obrigada ao meu marido Fábio por ter me apoiada nesse nosso projeto de vida com dedicação, zelo, maestria e sabedoria.

Gostaria de agradecer também ao meu Orientador Dr. Leonardo Damasceno de Sá que sempre muito disponível e atencioso por cobrar o melhor de mim e ver além do que eu possa enxergar de mim mesma.

Agradeço, também, a professora Joselany Áfio e a Enfermeira Marina, vocês fizeram parte de um momento crucial da minha trajetória.

Obrigada aos profissionais enfermeiros ( Daniely Viana, Manuela, Camilo, Katyna e Raquel) e técnicos de enfermagem (Emanuel, Arielly, Sandra, Anádia), pela gentileza em colaborar e fazerem parte da realização desse sonho e a chefia do Hospital Universitário Walter Cantídio, por permitir a execução desse projeto que agora é uma parte significativa da minha vida.

Aos membros da banca de qualificação e defesa que contribuíram no aperfeiçoamento desse estudo Prof Dr Aluisio Ferreira de Lima e Prof Dra. Maria Rocineide Ferreira e Prof DraThayza Miranda Pereira.

As queridas colegas de trabalho Irlanda e Luana que me ajudaram demais durante todo o percurso do mestrado.

Gratidão aos colegas de mestrado pelo companherismo durante o período de aulas online em especial Laiana Paula que sempre esteve disponível para me ajudar.

## RESUMO

A unidade de terapia intensiva (UTI) é reconhecida como um ambiente de prestação de cuidados restrito, de alta densidade tecnológica e elevada complexidade, por tratar de pacientes graves em risco iminente de vida. O enfermeiro intensivista atua como coordenador da equipe de enfermagem e, junto à equipe (de enfermagem e multiprofissional), contempla o fornecimento de cuidados integrais e indispensáveis à sustentação da vida. No entanto, para além da prática clínica, o ambiente da UTI expõe os profissionais de enfermagem a situações estressantes, advindas de jornadas de trabalho exaustivas, baixa remuneração, elevada complexidade e falta de recursos, o que afeta diretamente a qualidade, segurança da assistência e resultados em saúde, fomentando, ainda, efeitos danosos à saúde física e mental dos profissionais. Este estudo tem como objetivo Compreender a percepção dos profissionais de enfermagem sobre os desafios vivenciados no desempenho profissional de processos assistenciais seguros em unidades de terapia intensiva. Trata-se de um estudo qualitativo, interpretativo sob a perspectiva teórica do Interacionismo Simbólico, ancorada ao referencial metodológico da Teoria Fundamentada nos Dados (TFD), com enfermeiros e técnicos de enfermagem atuantes em Unidades de Terapia Intensiva de um hospital universitário de gestão federal. A partir das etapas de análise dos dados coletados descreve-se as categorias emergentes do processo de codificação e análise: Motivação e escolha profissional, Dificuldades de articular o trabalho com a vida pessoal, A relação e comunicação entre profissional e instituição, Comunicação entre equipes e a relação com assistência, Reflexões e possibilidades de reconhecimento. A partir da correlação dos fenômenos e categorias encontradas no modelo paradigmático, emergiu-se o fenômeno central: a assistência segura é resultado de uma interação significativa do self com a equipe e instituição. A relação entre as categorias acima citadas permitiu o estabelecimento da integração e compreensão dos fenômenos. Os achados evidenciam queixas relacionadas a sobrecarga, estresse e acúmulo de funções, junto a negligência de aspectos pessoais, como lazer, espiritualidade e demandas de autocuidado, o que afeta a percepção de felicidade e satisfação dos profissionais de enfermagem. No entanto, apesar dos sentimentos negativos, estes exibem realização acerca do emprego atual e carreira profissional, considerando a instituição e relação chefia-colaborador como saudáveis. Sobre as rotinas, os participantes referem efetividade na implementação de protocolos e seguimento de metas estabelecidas, especialmente no que tange a prevenção de infecções associadas à assistência em saúde. Foi destacado como potencialidade o trabalho em

equipe, a partir da articulação da equipe de enfermagem com a equipe multiprofissional, frente a fragilidades, como a comunicação deficiente, cansaço e agravos emocionais relacionados ao ambiente da UTI, além de entraves no processo de qualificação profissional e instabilidade dos regimes de trabalho. A partir da condução do estudo, são visualizadas possibilidades de inovação e melhoria, a partir da implementação de treinamentos, atualização profissional, incorporação de tecnologias, bem como a previsão de recursos, sejam eles materiais ou humanos, em prol da melhoria da efetividade da comunicação entre a equipe.

**Palavras-chave:** unidades de terapia intensiva; enfermagem; estresse ocupacional; boas práticas assistenciais.

## **ABSTRACT**

The intensive care unit (UTI) is recognized as a restricted care environment, with high technological density and high complexity, as it treats ill patients at imminent risk of death. The intensive care nurse acts as coordinator of the nursing team and, together with the team (nursing technicians and other professionals) and provide essential care to maintain life. However, in addition to clinical practice, the UTI environment exposes nursing professionals to stressful situations arising from exhausting working hours, low pay, high complexity, and lack of resources, which directly may affect the quality, safety of care and health outcomes, also promoting harmful effects on the physical and mental health of professionals. This study aims to understand the perception of nursing professionals about the challenges experienced in the professional performance of safe care processes in intensive care units. This is a qualitative, interpretative study from the theoretical perspective of Symbolic Interactionism, anchored to the methodological framework of Grounded Theory (GT), with nurses and nursing technicians working in Intensive Care Units of a federally managed university hospital. From the stages of analysis of the collected data, the categories emerging from the codification and analysis process are described: Motivation and professional choice, Difficulties in articulating work with personal life, The relationship and communication between professional and institution, Communication between teams and the relationship with assistance, Reflections and possibilities of recognition. From the correlation of phenomena and categories found in the paradigmatic model, the central phenomenon emerged: safe care is the result of a significant interaction of the self with the team and institution. The relationship between the categories mentioned above allowed the establishment of the integration and understanding of the phenomena. The findings show complaints related to overload, stress and accumulation of functions, together with the neglect of personal aspects, such as leisure, spirituality and self-care demands, which affects the perception of happiness and satisfaction of nursing professionals. However, despite the negative feelings, they show realization about their current job and professional career, considering the institution and the manager-employee relationship as healthy. Regarding routines, participants refer to effectiveness in implementing protocols and following established goals, especially with regard to the prevention of infections associated with health care. Teamwork was highlighted as a potentiality, based on the articulation of the nursing team with the multidisciplinary team, in the face of weaknesses, such as poor communication, fatigue and emotional problems

related to the ICU environment, in addition to obstacles in the process of professional qualification and instability of working arrangements. From the conduct of the study, possibilities for innovation and improvement are visualized, based on the implementation of training, professional updating, incorporation of technologies, as well as the forecast of resources, whether material or human, in favor of improving the effectiveness of communication between the team.

**Keywords:** intensive care units; nursing; occupational stress; good care practices.

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
AGHU	Aplicativo para Gestão dos Hospitais Universitários
AMIB	Associação de Medicina Intensiva Brasileira
CCIH	Comissão de Controle de Infecção Hospitalar
CFM	Conselho Federal de Medicina
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde
CONASEMS	Conselho Nacional de Secretarias municipais de Saúde
COFEN	Conselho Federal de Enfermagem
CLT	Consolidação das leis de Trabalho
DCE	Diretório Central dos Estudantes
EPIs	Equipamentos de Proteção Individual
ESF	Estratégia de Saúde da Família
EPS	Educação Permanente em Saúde
ENF	Enfermeiro
EBSERH	Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares
HUWC	Hospital Universitário Walter Cantídio
IRA	Índice de Rendimento Acadêmico
IPCSL	Infecção de Corrente Sanguínea associada a Cateter Venoso Central
IS	Interacionismo Simbólico
ITU	Infecção de Trato Urinário
IRAS	Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde
IHI	<i>Institute for Healthcare Improvement</i>
HEMOCE	Centro de Hematologia e Hemoterapia do Ceará
HCPA	Hospital Clínica de Porto Alegre
HU	Hospital Universitário
MEAC	Maternidade Escola Assis Chateaubriand
MEC	Ministério da Educação
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
PDSA	<i>Plan-Do-Study-Act</i>
PAV	Pneumonia Associada à Ventilação
PACE	Posto Avançado de Coleta Externa

PSF	Programa de Saúde da Família
PNEPS	Programa Nacional de Educação Permanente
RAS	Redes de Atenção a Saúde
RDC	Resolução da Diretoria Colegiada
REHUF	Reestruturação dos Hospitais Universitários Federais
SIGTAP	Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS
SUS	Sistema Único de Saúde
TFD	Teoria Fundamentada nos Dados
TEC ENF	Técnico de Enfermagem
TCLE	Termo de Compromisso Livre e Esclarecido
TCU	Tribunal de Contas da União
UCI	Unidade de Cuidados Intermediários
UTI	Unidade de Terapia Intensiva
UTIC	Unidade de Terapia Intensiva Clínica
UFC	Universidade Federal do Ceará
UNIFOR	Universidade de Fortaleza
UECE	Universidade Estadual do Ceará

## SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	13
1.1	Trajectoria de vida.....	15
2	REFERENCIAL TEÓRICO/METODOLÓGICO.....	18
2.1	Interacionismo simbólico.....	18
2.2	Teoria fundamentada nos dados.....	24
3	METODOLOGIA.....	28
3.1	Tipo de estudo.....	28
3.2	Local do estudo.....	28
3.3	População e amostra.....	28
3.4	Coletas de dados.....	29
3.5	Análise dos dados.....	30
3.6	Aspectos éticos.....	31
4	OBJETIVOS.....	32
5	RECONSTITUIÇÃO HISTÓRICA.....	33
5.1	História das unidades de terapia intensiva.....	33
5.2	Projeto Saúde em Nossas Mãos – Melhorando a segurança do paciente em larga escala no Brasil.....	42
5.3	Aspectos históricos, organizacionais e financeiros do complexo universitário do Estado do Ceará (HUWC/MEAC/UFC).....	45
5.3.1	<i>Complexo hospitalar Hospital Universitário Walter Cantídio (HUWC).</i>	45
5.3.2	<i>Maternidade-Escola Assis Chateaubriand (Meac)</i> .....	48
5.3.3	<i>Funcionamento dos complexos hospitalares (HUWC-MEAC)</i> .....	50
5.3.4	<i>Importância do complexo para a saúde do Estado do Ceará</i> .....	51
5.3.5	<i>Reestruturação dos hospitais no gerenciamento da EBSEPH e do SAMEAC</i> .....	52
5.3.6	<i>SAMEAC</i> .....	54
5.3.7	<i>Recursos financeiros envolvidos nos complexos da MEAC e do HUWC</i> .....	55
5.4	Funcionamento das utis dos complexos hospitalares (HUWC-MEAC).....	56
5.4.1	<i>O ambiente da UTI Clínica do HUWC</i> .....	59
5.4.2	<i>Rotina na UTI Clínica do HUWC</i> .....	60
5.5	Ferramenta de gestão do complexo hospitalar.....	62

<b>6</b>	<b>RESULTADOS E DISCUSSÃO .....</b>	<b>64</b>
<b>6.1</b>	<b>Motivação e escolha profissional .....</b>	<b>65</b>
<b>6.2</b>	<b>Dificuldades de articular o trabalho com a vida pessoal.....</b>	<b>67</b>
<b>6.3</b>	<b>A relação e comunicação entre profissional e instituição .....</b>	<b>74</b>
<b>6.4</b>	<b>Comunicação entre equipes e a relação com assistência .....</b>	<b>86</b>
<b>6.5</b>	<b>Reflexões e possibilidades de reconhecimento.....</b>	<b>90</b>
<b>7</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>94</b>
	<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>96</b>
	<b>APÊNDICE A – ROTEIRO PARA ENTREVISTA SEMI- ESTRUTURADA .....</b>	<b>108</b>
	<b>APÊNDICE B – ENTREVISTA PILOTO (TÉCNICA DE TRANSCRIÇÃO) .....</b>	<b>110</b>
	<b>APÊNDICE C – COMITÊ DE ÉTICA.....</b>	<b>122</b>
	<b>APÊNDICE D – TCLE.....</b>	<b>123</b>

## 1 INTRODUÇÃO

Entre os diversos ambientes de cuidado que compõem a atenção hospitalar, estão as Unidades de Terapia Intensiva, que tem como propósito a sustentabilidade da vida, requerendo, para tal, assistência qualificada, com o auxílio de tecnologias e profissionais capacitados. Nesse ínterim, o profissional enfermeiro emerge como integrante basilar, no que tange à assistência e gestão, a partir da compreensão das condições fisiológicas e psicossociais do paciente, com ênfase em uma assistência hábil, integral e segura (BACKES; ERDMANN; BÜSCHER, 2015; VARGAS et al., 2022).

As condições clínicas dos pacientes internados na UTI oscilam entre limites estreitos de normalidade e anormalidade, de modo que pequenas mudanças orgânicas podem levar à deterioração grave da função corporal. Assim, a ocorrência de erros não é só indesejável, mas largamente prejudicial. Em vista disso, compete ao enfermeiro intensivista o gerenciamento e implementação dos cuidados de enfermagem de maior complexidade, em conjunto com habilidades tais como tomada de decisão, pensamento crítico, liderança, comunicação e gestão de recursos, a fim de lidar com ambientes imprevisíveis e instáveis, que requerem a constante atualização dos conhecimentos (BARBOSA et al., 2014).

Desse modo, a segurança da assistência remete inevitavelmente a execução de boas práticas assistenciais e avaliação dos serviços de saúde. Estas, por sua vez, dizem respeito a técnicas e/ou metodologias de confiabilidade comprovada, que através da experiência e investigação, determinam a qualidade e melhoria dos resultados em saúde (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2017), especialmente no tocante a segurança do paciente e prevenção de Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (IRAS), visto que estas impactam diretamente na elevação da mortalidade e custos em saúde.

No entanto, para além da prática clínica, o ambiente da UTI expõe os profissionais de enfermagem a situações estressantes, advindas de jornadas de trabalho exaustivas, baixa remuneração, elevada complexidade e falta de recursos, o que afeta diretamente a qualidade, segurança da assistência e resultados em saúde, fomentando, ainda, efeitos danosos à saúde física e mental dos profissionais, elevando o risco de insatisfação, estresse e doenças laborais, como a Síndrome de Burnout (VASCONCELOS; MARTINO; FRANÇA, 2018; MUNIZ *et.al*, 2019).

A satisfação profissional compreende o elemento fundamental da avaliação do desempenho, correspondente ao sinônimo de motivação, por refletir a percepção dos trabalhadores e influenciar na atuação profissional, sendo um ótimo indicador dos resultados

organizacionais, ao passo que o fenômeno está associado à realização pessoal e à qualidade laboral. Na Enfermagem, a satisfação da equipe corresponde à percepção dos profissionais sobre o trabalho que exercem e ao ambiente no qual ele é produzido, estando associada a fatores como o bom relacionamento interpessoal, boa remuneração, valorização da produção, reconhecimento da capacidade de trabalho, responsabilidade e prática profissional, os quais repercutem diretamente na assistência prestada (PAULINO et al., 2019).

Assim, da satisfação profissional, emerge a necessidade de melhorar os cenários de prática na UTI, com base em estratégias gerenciais, visando à melhoria nos processos de trabalho e na interação segura com o paciente, frente a fragilidades, como fatores estressantes e exaustivos (TERUYA; COSTA; GUIRARDELLO, 2019). Baseado no exposto dá-se destaque a investigações sobre os fatores influenciadores das boas práticas assistenciais e práticas seguras no âmbito da enfermagem intensivista, especialmente no que tange a percepção destes profissionais acerca do cenário de trabalho e satisfação, dada abordagem ainda incipiente e inespecífica acerca dos desafios da temática na qualificação da segurança do paciente.

Nesse sentido, ao longo da trajetória de delineamento da pesquisa, foram tecidas reflexões acerca dos objetos de estudo e perspectivas de investigação, no que tange a efetividade de práticas seguras e adesão dos profissionais na prevenção de IRAS, o que impulsionou questionamentos relacionados à vivência e percepção dos profissionais da UTI sobre a sua vida e trabalho, bem como a sua relação com a atuação profissional diária.

Em vista disso, o estudo objetiva compreender a percepção dos profissionais de enfermagem sobre os desafios vivenciados no desempenho profissional de processos assistenciais seguros em unidades de terapia intensiva.

Espera-se, a partir da condução do estudo, visualizar ciclos de melhorias, contribuindo para ampliação do conhecimento sobre a satisfação no trabalho e segurança do paciente, ao passo que ambientes favoráveis à prática são associados à avaliação positiva da qualidade do cuidado de enfermagem e maior nível de satisfação, fornecendo subsídios ao desenvolvimento de estudos acerca da temática, bem como a elaboração e adesão de estratégias promotoras da satisfação profissional e qualificação dos indicadores assistenciais, nestes incluso as IRAS.

A condução deste estudo foi motivada pelo desejo de compreender os aspectos referentes ao mundo da vida dos profissionais de enfermagem, no que concerne a integração subjetiva da vida pessoal e profissional, como a percepção quanto à satisfação, qualidade de vida e execução de cuidados em saúde, de modo a identificar e destacar fragilidades e

potencialidades, com vistas a exultar os impactos na prestação de uma assistência segura e livre de danos no âmbito da Unidade de Terapia Intensiva (UTI).

### **1.1 Trajetória de vida**

Em 1989.1 ingressei na Universidade Federal do Ceará (UFC) no curso de Enfermagem por influência de uma tia que era enfermeira e minha mãe que iniciou o curso, mas não terminou, pois sofria de transtornos psiquiátricos que perduram até hoje, assim, apesar de muito inteligente com vocabulário invejável não conseguiu terminar o curso. Já até existia teste vocacional, mas não fiz. Gostava muito de estudar biologia e isso também influenciou a decisão. Lembro-me que houve grande festa na rua em que morava quando passei na primeira tentativa em décimo oitavo lugar para um curso em uma universidade pública. No primeiro semestre tivemos disciplinas bem complexas como: Física Geral, Química Orgânica, Biologia Geral e Sociologia. Na época, as disciplinas básicas do centro de ciências da saúde eram todas feitas de maneira multidisciplinar (medicina, enfermagem, farmácia, odontologia) e acredito que o nível de conteúdo era bem melhor, porque a interação multidisciplinar é extremamente importante. Paralelamente a isso, sempre me envolvi com as causas sociais como as de melhores condições de trabalho, era integrante do centro acadêmico e na época o Diretório Central dos Estudantes (DCE) era bastante atuante e me orgulho em ter sido e feito parte dessa juventude que ainda lutava por melhores condições de trabalho e vida estudantil. Nesse contexto, um evento bastante significativo foi a viagem a Maceió no impeachment do presidente Collor de Mello em 1992.

Aos 17 anos, passei por momentos difíceis na graduação, pois por necessidades familiares precisei me dedicar a estudar e trabalhar, o que impossibilitou a dedicação exclusiva aos estudos. Sempre ministrei aulas particulares e depois consegui, através de uma tia, um estágio no ambulatório de uma empresa onde fazia procedimentos como: curativos e medicações injetáveis e assim segui, conciliando faculdade e vida real, buscando suprir minhas necessidades básicas como a alimentação. Em 1991, avaliando meu histórico acadêmico acredito que comecei a amadurecer e me preocupar com relação ao meu desempenho acadêmico e se encontraria emprego após a graduação, por isso consequentemente comecei a me dedicar mais intensamente às disciplinas cursadas. De 1991 até 1995 concluí todas as disciplinas sem reprovações e consegui fechar meu Índice de Rendimento Acadêmico (IRA) com 6,751, concluindo a faculdade aos 27 anos, em dezembro

de 1995, com colação de grau no ginásio Paulo Sarasate. Terminei a faculdade sem grandes expectativas com relação aos possíveis campos de atuação. Tinha pouca experiência em ambientes hospitalares e me interessava mais a atuação no campo da saúde pública. Lembro se fiz muitas expectativas para entrar no campo de trabalho até porque quase não fiz estágio em hospitais como outras colegas faziam lembro-me que me interessava mais pela saúde pública. No que tange aos relacionamentos, não tinha muitos amigos entre meus colegas de turma. Apenas dois dos meus colegas seguiram comigo ao longo dos anos de graduação, como amigos e parceiros de estudo. Em dezembro de 1995 terminei o curso de enfermagem e em março de 1996, consegui uma vaga como enfermeira no município de Boa Viagem para integrar a equipe do Programa Saúde da Família (PSF).

Esse projeto foi implantado no Brasil pelo Ministério da Saúde em 1994 e atualmente passou a ser chamado de Estratégia de Saúde da Família (ESF). Teve suas raízes inicialmente no projeto agentes de saúde a partir de 1988 com a finalidade de melhorar indicadores de saúde em uma época em que a população foi assolada por uma grande seca. Começa então minha trajetória profissional no município de Boa Viagem, onde fui lotado no distrito chamado Guia, com uma equipe formada por enfermeiro, médico, técnico de enfermagem, motorista e agentes de saúde, e fazíamos atendimentos em regiões próximas que pertenciam ao distrito da Guia. A divisão de trabalho se fazia entre atendimentos de livre demanda: Médicos realizavam atendimentos após triagem, enfermeiro atendiam gestantes com pré-natal de risco habitual, administração de vacinas educação em saúde e outros, técnicos de enfermagem eram responsáveis pela verificação de sinais vitais, administração de medicações, entre outros procedimentos.

A experiência com a comunidade foi muito gratificante e rica de aprendizados, foi onde consegui desenvolver um pensamento integral e holístico, abrangendo toda a necessidade do paciente naquele momento no seu lar. Esse período, durou aproximadamente 10 meses, porém eu desejava ainda ter experiência hospitalar, não que eu não gostasse da assistência primária, mas pelo fato de que eu ainda tinha essa lacuna a trabalhar e ganhar experiência.

Surgiu então uma oportunidade para fazer um estágio na área hospitalar no Hospital do Coração de Messejana, em Fortaleza, foi a partir de então, que surgiu a paixão em atuar na terapia intensiva em uma UTI respiratória do hospital de messejana onde fui agraciada em ter uma oportunidade de atuar como enfermeira, Após um tempo, fui indicada por colegas para trabalhar em outros hospitais, assim, sempre tentei ser caprichosa com o cuidado dos

pacientes e desenvolvi muito esse senso de responsabilidade nas minhas ações como enfermeiro. Sempre busquei melhores oportunidades de capacitação, entre elas a especialização em Terapia Intensiva promovida pela Universidade do Vale do Acaraú em março de 2000. Trabalhei em três instituições privadas sempre em Unidades de Terapia Intensiva, experiências que contribuíram para me tornar um profissional mais experiente e mais humano até ser agraciada com um concurso público realizado pela Universidade Federal do Ceará em 2004, através do qual fui lotada na UTI clínica do Hospital Universitário Walter Cantídio, que é um centro de referência para a formação de recursos humanos e o desenvolvimento de pesquisas na área da saúde, assim como desempenha importante papel na assistência à saúde do Estado do Ceará.

Ao ingressar na UTI clínica pude perceber como o saber era dinâmico pois por ser um hospital escola, somos preceptores de alunos da graduação de enfermagem e residentes de terapia intensiva. Nessa época não se discutia muito sobre boas práticas de segurança do paciente como a redução de infecções associadas ao cuidado de saúde, a utilização de Equipamentos de Proteção Individual (EPIs), superbactérias, entre outros temas. Essas questões não eram muito discutidas apesar de algumas rotinas serem relacionadas a segurança dos pacientes como: controle de medicações, curativos limpos e secos, aspirações com técnica estéril, prevenção de lesões de pele e outros.

Na vivência ao longo desses anos como enfermeiro de terapia intensiva observo que alguns colegas enfermeiros/técnicos de enfermagem não reconhecem seu papel no processo do cuidar tornando a prática insegura para o paciente no que diz respeito a boas práticas de prevenção às infecções. A UTI é um ambiente identificado como prestador de assistência em condições clínicas de gravidade, com necessidades de cuidados constantes, apoiada por uma equipe multiprofissional especializada (GALINDO; KEMPFER, 2017). Conforme registros da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), 94% dos incidentes relacionados à assistência à saúde acontecem nas instituições hospitalares, entre os quais 29,8% no ambiente de terapia intensiva (BRASIL, 2011), assim é de extrema importância trabalhar com base em protocolos estabelecidos pela Organização Mundial de Saúde (OMS) a fim de assegurar uma prática assistencial segura livre de erros e danos onde o fator humano participa como elemento fundamental para melhoria dos processos de trabalho e quanto esses atores desenvolvem auto responsabilidade e se envolvem no ato do cuidar os resultados são positivos e acredito que possamos prestar uma boa assistência ao paciente.

## 2 REFERENCIAL TEÓRICO/ METODOLÓGICO

### 2.1 Interacionismo simbólico

Estudar a forma com que os profissionais de enfermagem interagem dentro de uma Unidade de Terapia Intensiva e as consequências dessas interações requer uma perspectiva teórica que guie esse objeto de estudo. O interacionismo simbólico tem sido bastante utilizado em estudos qualitativos de enfermagem, pois propõe uma perspectiva psicológica social em que as ações individuais e coletivas são baseadas a partir da interação entre as pessoas, conduzindo a construção da realidade social do indivíduo, focando principalmente na natureza da interação e experiências, a qual se verifica o foco do estudo. (ALVES; LOPES; JORGE, 2008; LOPES; JORGE, 2005)

Marcado por influências da industrialização e urbanização na virada do século XIX para o século XX, o interacionismo simbólico surge como uma perspectiva teórica voltada para o estudo sistemático do comportamento social humano. Levando em consideração as abordagens e concepções moralistas e idealistas que estavam sendo difundidas na Escócia e Alemanha. Essa teoria se apropria das noções moralistas de Eu e Mim para embasar a teoria dos comportamentos sociais nos conceitos de Mente e Self, e da construção idealista de que o mundo pessoal é construído a partir das próprias percepções (CARVALHO; BORGES; REGO, 2010).

O interacionismo, assim como qualquer outra teoria possui algumas raízes profundas e variadas, autores como Blanco (1998), acreditam que o movimento recebeu influências indiretas, como: o pensamento econômico de Adam Smith, a filosofia moral de Thomas Reid, o empirismo humano e as ideias iluministas de Diderot e de Rosseau, a filosofia alemã Kantiana, o historicismo de Dilthey e a epistemologia compreensiva de Weber (CARVALHO; BORGES; REGO, 2010).

Porém, com respeito aos precursores diretos dessa teoria, George Herbert Mead (1863-1931) é considerado o principal precursor e inspirador do movimento interacionista. Mead era um psicólogo que se considerava um “behaviorista social”, como filósofo, dedicou sua vida acadêmica à sociologia e à psicologia social. No entanto, foi Herbert Blumer, sociólogo, um ex-aluno e considerado discípulo de Mead, que apresentou de forma sistemática os pressupostos básicos da abordagem interacionista (CORREA, 2017).

Advinda do ambiente intelectual da escola de Chicago, após a segunda guerra

mundial, a teoria guiada por Herbert Blumer juntamente com seu colega de departamento Everett Hughes, inspirou uma nova geração de acadêmicos que aprofundaram, expandiram e transformaram o interacionismo, desenvolvendo estudos empíricos e explorando novos modelos de crítica cultural e social. Concomitantemente, Manford Kuhn testou tais hipóteses do conceito de Mead sobre o self por meio de questionários como o Twenty Statements Test (FINE, 2005; CORREA, 2017).

Logo, podemos citar alguns pensadores notáveis que contribuíram de forma significativa, como John Dewey, William James e Charles Peirce, em que suas contribuições caracterizam as raízes pragmáticas do movimento. E também a perspectiva de outros americanos notáveis, como: W. I. Thomas, Robert E. Park, Charles Horton Cooley, Florian Znaniecki, James Mark Baldwin, Robert Redfield e Louis Wirth, que apesar das diferenças significativas de pensamentos destes citados, há uma grande semelhança na maneira com a qual eles viam e interpretavam a vida grupal humana e todos contribuíram de maneira geral para a teoria do interacionismo simbólico, (CORREA, 2017; BLUMER, 1969).

O interacionismo simbólico baseia-se em três premissas simples. A primeira premissa é que os seres humanos agem em relação às coisas com base nos significados que esta lhes oferece. Podemos definir as coisas como tudo o que o ser humano pode notar, como: objetos físicos, como árvores ou cadeiras; outros seres humanos, como uma mãe ou uma recepcionista; categorias de seres humanos, como amigos ou inimigos; instituições, como uma escola ou um governo; ideais orientadores, como independência individual ou honestidade; atividades de outros, como seus comandos ou solicitações; além das situações em que o indivíduo se depara em sua vida diária. A segunda premissa é que o significado das coisas é derivado ou provocado pela interação social que o ser humano mantém com seus semelhantes. A terceira premissa é que esses significados são manipulados e modificados por meio de um processo interpretativo usado pela pessoa ao lidar com as coisas com as quais ela entra em contato (BLUMER, 1969).

Portanto, baseado nessas premissas, a teoria do Interacionismo simbólico desenvolve um sistema analítico da vida em sociedade, das condutas humanas e das interações interindividuais. A compreensão dessas premissas é facilitada com a definição dos conceitos centrais, tais como, significado, mente, *self*, coisas, símbolos, linguagem, sociedade, auto-interação, ação humana e atividade grupal (DUPAS; OLIVEIRA; COSTA, 1997; LOPES; JORGE, 2005).

A primeira premissa por si só não consegue abranger totalmente a magnitude do

significado a qual a teoria defende, o significado precisa ser explanado pelas outras premissas, logo, nada mais é que uma expressão dos fatores psicológicos específicos trazidos à percepção do elemento, desta forma, o significado interage com as sensações, sentimentos, ideais, memórias, motivos e são atribuídos pelo indivíduo por meio do processo da interação humana. (BLUMER, 1969).

Entendendo o que é o significado, podemos abordar o conceito do símbolo à luz da teoria. O símbolo é o conceito central, pois sem ele não se consegue interagir com as outras definições de maneira completa. Símbolo é uma classe de objetos sociais usados para representar alguma coisa e são usados para pensar, comunicar, representar, e só é simbólico quando está ligado a um significado ou a uma representação, pois é o significado que garante a comunicação simbólica (DUPAS; OLIVEIRA; COSTA, 1997).

Lopes e Jorge (2005) definem os símbolos como aquilo que vemos e interpretamos, o nosso mundo e a nossa realidade é simbólica, isso torna a interação humana simbólica, pois atribuímos os significados e desenvolvemos a realidade que agimos. Em resumo, a sociedade nasce nos símbolos significantes do grupo.

A linguagem é um tipo especial de símbolo, pode ser descrita como a chave e a base simbólica do ser humano, por meio dela o ser humano interage em sociedade de maneira ativa, é o que faz do ser humano único na natureza ao utilizar-se do símbolo. É de acordo que os símbolos são desenvolvidos socialmente, logo, não permite um acordo universal dentro de grupos, algo protocolado e engessado, ele é construído, estabelecido e mudado conforme existe interação entre usuários, incluindo a essa linguagem sons e gestos em declarações significantes. Assim, para ser simbólico, o organismo precisa criar ativamente e manipular os símbolos na sua interação com o grupo (DUPAS; OLIVEIRA; COSTA, 1997).

Dessa forma, o mundo é literalmente dividido por símbolos com significados que usamos através da linguagem, a qual modela o comportamento (LOPES; JORGE, 2005).

O objeto é outra definição base mais fácil de ser entendida, é definido por qualquer coisa que o indivíduo indica para si mesmo, é dado socialmente, não exigindo ser algo intrínseco. O significado de um objeto para mim é completamente diferente do significado que outro indivíduo atribui ao mesmo objeto, podendo ser algo físico, confeccionado, uma ideia, perspectiva, passado, futuro, o self do indivíduo, símbolos (DUPAS; OLIVEIRA; COSTA, 1997).

Faz-se necessário abordar outras definições a título de conhecimento base para os próximos conceitos. Logo, a sociedade é definida pelos interacionistas como indivíduos que interagem uns com os outros, gerando atividades que ocorrem como resposta de um ao outro.

Já a auto-interação é advinda da interação social, quando a pessoa se vê pelo lado de fora e precisa definir uma pessoa para si, isso ocorre em determinadas situações quando é necessário se por no lugar do outro. Resultando, portanto, na definição de ação humana, que é a ação do “Eu” criado na auto-interação, é construída através das interpretações que a pessoa faz de si determinando o que fazer em determinados estágios propostos por Mead como: impulso, percepção, manipulação e consumação (LOPES; JORGE, 2005).

Já a atividade grupal baseia-se no comportamento cooperativo criado por cada pessoa em resposta à interação de outros. Um comportamento intencional gerado em resposta a outra intenção, essa resposta é formada pelo significado pessoal dos gestos e significados. Dessa forma, a interação simbólica envolve o processo de interpretação da ação e a compreensão do significado da ação de cada outro (LOPES; JORGE, 2005).

Para explicar a interação envolvendo a definição e redefinição de objetos, Mead introduz as noções de Self, Eu e Mim.

O self é um objeto de origem social, pois é a forma com que o ator age em relação a si mesmo, é a característica da pessoa como objeto para si. O self é um produto da auto-interação, mas com origem social, pois é dinâmico, é definido no processo de interação com os outros, o self, à medida que interage com outros, é definido, redefinido e muda constantemente, permitindo que o indivíduo interaja socialmente consigo mesmo, da mesma forma que interage socialmente em relação a outras pessoas produzindo a conduta relatada por Mead em que os indivíduos se convertem em objetos para si mesmos (DUPAS; OLIVEIRA; COSTA, 1997; CARVALHO; BORGES; REGO, 2010).

A sociedade é o contexto onde o self surge e se desenvolve, iniciando durante a infância no estágio de imitação, conseqüentemente ela passa a assumir o papel de outros em relação a si próprio e somente quando ela consegue fazer o jogo de diferentes papéis, ela constrói o que Mead chama de "outro generalizado" ou papel coletivo, adquirido nas suas associações e interações com os outros. (DUPAS; OLIVEIRA; COSTA, 1997).

A mente pode ser interpretada como a ação simbólica para o self, é a comunicação de significados ao self. A mente é utilizada como um processo que se manifesta sempre que o indivíduo interage com ele mesmo usando símbolos. No entanto, ela é social, tanto em origem quanto em função, pois surge do processo de interação com os outros, é necessária para entender os outros e para determinar linhas de ação em relação aos objetos e situações (DUPAS; OLIVEIRA; COSTA, 1997).

Por fim, temos a definição de interação social, a qual é construída a partir da ação social. A ação pode ser entendida como social quando o outro é levado em consideração, ou seja, quando uma ação é guiada pelo que os outros fazem na situação, deve haver comunicação, podendo esta comunicação ser manifestada em forma de linguagem ou atos, que expressam quem nós somos e o que pensamos (DUPAS; OLIVEIRA; COSTA, 1997).

No que concerne ao desenvolvimento desta pesquisa, justifica-se que, inicialmente, pensou-se no uso da abordagem fenomenológica, tendo em vista que conforme Heidegger (2014, p. 21) “ só o homem (ser-ai) existe, sendo este privilegiado, devido a aceitação do dom da existência que lhe entrega a responsabilidade e a tarefa de ser e assumir esse dom”, o que denota o entendimento de que o homem só pode ser compreendido, a partir de sua existência, das suas relações e principalmente o hábitat no qual desenvolve e estabelece essas relações. Neste ínterim, Souza Filho e De Lima (2022, p. 334) corroboram dizendo que o pensamento habersiano fundamenta a teoria da identidade, que aqui, também é compreendida na condição de “articulação narrativa, a partir da qual enunciamos quem nós somos, de modo a dar conta do mundo social em que nos encontramos, pelos referenciais/recursos adquiridos ao longo das experiências singulares constituintes de nossa vida”.

Dessa maneira, sendo o enfermeiro o maior agente responsável pelo ato de “cuidar”, caracterizado como sendo o indivíduo capaz de promover inflexões no desenvolvimento científico a partir de suas próprias experiências no trato e cuidado com os seres humanos, a fenomenologia surge como perspectiva a ser explorada na enfermagem, quando aprofunda em seus estudos os conceitos aliados à prática deste profissional no dia-a-dia. À exemplo disso, tem-se as interações do enfermeiro, no que Henriques et al (2023) afirma ser o processo de saúde-doença, onde o ser humano é parte constituinte de um processo de transição. As interações acontecem de modo que o enfermeiro e o seu cliente (o Outro) organizam-se em torno de uma intenção (processo de enfermagem) e o enfermeiro utiliza intervenções (terapêuticas de enfermagem) para promover, recuperar ou facilitar a saúde. Tendo como base esta compreensão percebe-se que os seres humanos são os sujeitos que vivenciam, os atores principais da situação saúde-doença, e os enfermeiros assumem o papel de serem os profissionais que acompanham a ação, isto é, as experiências vividas.

Para Dartigues (1973) uma das características mais importantes da fenomenologia concentra-se na intencionalidade da consciência, ou seja, o ser pensante, o indivíduo sempre tem a “consciência de alguma coisa”, sendo esta “coisa”, um objeto que detém o direcionamento da sua ação.

Buckland (1945) diz que este objeto da ação do indivíduo é compreendido como sendo a evidência ou prova daquilo que é passível de algum processamento, sendo um fenômeno ou fato social caracterizado pela ação da consciência do indivíduo.

A percepção concentra-se em dizer que “se a consciência é sempre consciência de alguma coisa e se o objeto é sempre objeto para a consciência, é inconcebível que possamos sair dessa correlação, já que, fora dela, não haveria nem consciência nem objeto” (DARTIGUES, 1973, p. 26). Sob tais considerações, apoiando-se no pensamento de Souza Filho e De Lima (2022) uma maneira de materializar a consciência pode ser reconhecido pela sociedade como sendo “identidade”, que para os autores pode ser pressuposta, a partir das características inerentes do indivíduo e destacada pela busca de reconhecimento ou libertação.

Neste viés, merece destaque dizer que o interacionismo simbólico e o mundo da vida possuem pontos em comum, fato corroborado por Souza Filho (2017) ao apresentar a teoria habermasiana que caracteriza o mundo da vida como “pano de fundo” sobre o qual os indivíduos interagem, em contextos, com seus pares. Assim, “trata-se de um espaço físico, temporal e simbólico propício para as comunicações humanas com claros propósitos de construção de ações pautadas no entendimento inter-humano” (SOUZA FILHO, 2017, p. 82).

Já o interacionismo simbólico traduz-se como sendo o “princípio que o comportamento humano é autodirigido e observável, no sentido simbólico e interacional, permitindo o ser humano planejar e dirigir suas ações em relação aos outros e conferir significado aos objetos que ele utiliza para realizar seus planos” (LOPES et al, 2005, p. 104).

Todavia, em tratando-se desta pesquisa, houve a sua construção metodológica direcionada para as concepções fenomenológicas do interacionismo do mundo científico, que é produzido, a partir de impressões e vivências subjetivas dos próprios cientistas, embora pela literatura científica tenha-se o primeiro mundo, que é o mundo da vida definido como sendo “o mundo espaço-temporal que serve de palco, horizonte ou fundo para todas as nossas vivências – inclusive para a ciência, que é uma das vivências humanas. Portanto, é o mundo-da-vida que dá sentido à própria ciência. Acontece que o mundo-da-vida está oculto pela contaminação dos resultados científicos” (Struchiner, 2007, p. 3).

Assim, o interacionismo simbólico é apresentado nesta pesquisa como opção metodológica, apesar de se conhecer as perspectivas teóricas do mundo da vida, justamente por ser, amplamente utilizado com sucesso na Enfermagem, tendo em vista que a abordagem interacionista é uma teoria, em que o significado é o conceito central, onde as ações individuais e coletivas são construídas a partir da interação entre as pessoas (LOPES et al, 2005, p. 104), aqui compreendidos como sendo os atores principais deste estudo, ou seja, os enfermeiros, a partir dos seus desafios vivenciados no desempenho profissional de processos assistenciais seguros em unidades de terapia intensiva.

## 2.2 Teoria fundamentada nos dados

A metodologia da Teoria Fundamentada nos Dados (TFD), foi originalmente desenvolvida pelos sociólogos americanos: Barney Glaser e Anselm Strauss. Denominaram-na “grounded theory”, traduzida para o português como teoria fundamentada nos dados. A TFD, como referencial metodológico, busca por meio de um conjunto de procedimentos e técnicas de coleta e análise de dados sistematizados, compreender a forma como os seres sociais vivem suas experiências. É analisando o significado dessas experiências, a maneira de como ocorre a interação entre seres e considerando a atenção na dimensão humana e nos aspectos sociais relacionados, nos contextos mais variados, que esse método baseia a sua eficácia (CASSIANE; CALIRI; PELÀ, 1996; BAGGIO; ERDMANN, 2011).

A TFD se enquadra no tipo de teoria substantiva, que diferentemente das formais, tem o seu conhecimento construído a partir das interações sociais, de informações e compreensão das ações humanas. A escolha desse método se deu pois a linha metodológica da TFD tem suas raízes no Interacionismo Simbólico, visto que um de seus autores, Anselm Strauss, realizou sua formação na Universidade de Chicago, onde o movimento do interacionismo teve início.

Já Glaser, o segundo autor criador do método, teve sua formação na Universidade de Colúmbia, imprimindo, portanto, ao método o processo de codificação, especialmente realização de comparações entre os dados, assim como na pesquisa quantitativa. É importante apontar que dada à influência do Interacionismo Simbólico na construção da TFD, é comum no universo acadêmico a utilização dos princípios do Interacionismo Simbólico em estudos cujo método trata a TFD, assim como utilizamos nesse estudo (CASSIANE; CALIRI; PELÀ, 1996; BAGGIO; ERDMANN, 2011).

O referencial metodológico é escolhido para guiar a análise do estudo, a TFD permitiu ao pesquisador exercitar o pensamento criativo no processo de teorização, exigindo a capacidade de retroceder e analisar situações de forma crítica e reflexiva; necessitando de uma sensibilidade ao ler e analisar minuciosamente e repetidas vezes as palavras e as ações dos participantes de modo a perceber as categorias que os dados apontam (BAGGIO; ERDMANN, 2011).

A teoria durante o seu processo de criação sofreu algumas polaridades no seu percurso evolutivo, ou seja, três principais vertentes ou perspectivas metodológicas delinearam-se, podemos chamar de vertentes: clássica (também chamada de Glaseriana); Straussiana (denominada também como relativista ou subjetivista); e construtivista, diferindo uma da outra apenas no método de coleta e de conclusão da análise dos dados (SANTOS et al., 2016)

A entrevista é uma opção de coleta de dados em estudos qualitativos, foi utilizada para coletar os dados deste estudo e é o principal método de coleta indicado pela TFD, pois propicia oportunidades para motivar e esclarecer o respondente. Os dados para análise geralmente constam de transições dos áudios gravados, relatórios de observações e documentos. Após o investigador ter coletado os dados iniciais, transcreve a entrevista, realiza as leituras e procede à codificação ou à análise dos dados (CASSIANE; CALIRI; PELÀ, 1996; BAGGIO; ERDMANN, 2011).

O processo de pesquisa da TFD envolve conceituar e reduzir dados, elaborar categorias em termos de suas propriedades e dimensões e relacionar as categorias por meio de hipóteses ou de declarações de relações, utilizando-se para isso os processos de codificação aberta, axial e seletiva, logo, o processo da teoria fundamentada nos dados se desenvolve da seguinte maneira:

Obtendo os dados, o investigador examina-os linha por linha e recorta as unidades de análise. Assim cada unidade de análise é nomeada com uma palavra ou sentença exprimindo o significado desta para o investigador. A codificação substantiva dos dados é feita através da codificação aberta e da codificação seletiva. A codificação teórica é realizada através da codificação axial (BAGGIO; ERDMANN, 2011).

#### *Codificação Aberta*

A codificação aberta, é a primeira etapa da análise, é nela que o pesquisador inicia um exame minucioso dos dados, por meio de uma leitura atenta e análise linha a linha para identificar os códigos preliminares (códigos substantivos) que determinarão as categorias em suas propriedades e dimensões (subcategorias). Nessa etapa é valorizado os incidentes e os códigos, evitando que a análise fique restrita apenas às próximas etapas de redução de dados (CASSIANE; CALIRI; PELÀ, 1996; BAGGIO; ERDMANN, 2011; SANTOS et al., 2016).

#### *Codificação Axial*

Nessa etapa é relacionado às categorias com as subcategorias, nesse momento, o investigador tenta descobrir o principal problema ou também chamado de o principal processo, denominado variável central, que explica a ação na cena social. É identificado a partir do ponto de vista dos participantes, na forma de como eles lidam com o problema. Esse processo reduz o número de categorias, pois estas se tornam mais organizadas, integrando as categorias quanto às suas propriedades e dimensões, tornado-as mais densas e bem relacionadas. Esse processo é importante para que o pesquisador estude tanto a estrutura das categorias, como o processo de desenvolvimento do determinado fenômeno (CASSIANE; CALIRI; PELÀ, 1996; BAGGIO; ERDMANN, 2011; SANTOS et al., 2016).

### *Codificação Seletiva*

Esta etapa originará a categoria, variável ou também chamada idéia central do estudo. É possível no final da análise encontrar o pivô ou o principal tema ao redor do qual todas as categorias giram.

O fenômeno, contexto, condições, condições causais, as condições intervenientes, as estratégias e consequências formam as relações teóricas pelas quais as categorias são relacionadas uma à outra e com a categoria central.

Esse procedimento de relações força o investigador a desenvolver alguma estrutura teórica e é denominado paradigma de análise, podendo ser organizado um modelo paradigmático, com uma figura ou tabela denominado memorando ou diagrama, podendo ser utilizados softwares ou analisados pelo investigador (CASSIANE; CALIRI; PELÀ, 1996; BAGGIO; ERDMANN, 2011).

### *Delimitação da Teoria*

O resultado final é um esquema teórico explicativo maior, cujos resultados assumem a forma de teoria substantiva, modelo conceitual explicativo ou matriz teórica. A redução das categorias por meio das codificações e todas as relações entre categorias é o meio de se delimitar a teoria emergente, o momento em que o investigador pode descobrir uniformidades e pode, então, apresentar a teoria substantiva ou modelo conceitual explicativo ou matriz teórica, diversos nomes mas significando o mesmo intuito que é mostrar ao grupo ou parte do grupo de participantes, bem como para experts do método, a validação teórico-metodológica do estudo (CASSIANE; CALIRI; PELÀ, 1996; BAGGIO; ERDMANN, 2011).

### **3 METODOLOGIA**

#### **3.1 Tipo de estudo**

Trata-se de um estudo qualitativo, interpretativo sob a perspectiva teórica do Interacionismo Simbólico, ancorada ao referencial metodológico da Teoria Fundamentada nos Dados (TFD).

A utilização do referencial teórico interacionista se justifica neste estudo, pois o “exercer enfermagem” exige uma equipe, é uma prática social, e a execução de diversas atividades, a comunicação multiprofissional e a interação entre si é um fator intrínseco inerente a essa profissão (HANG et al., 2023)

Quanto ao referencial metodológico, optou-se pela Teoria Fundamentada nos Dados, originalmente denominada Grounded Theory, elaborada pelos sociólogos Barney G. Glaser e Anselm L. Strauss, possuindo suas raízes no interacionismo simbólico. É um método de pesquisa indutivo/dedutivo, permitindo a compreensão das experiências e ações de um determinado contexto social, desenvolvido mediante situações vivenciadas. É um método de pesquisa sistematizado, indutivo, comparativo, cíclico, flexível e inovador, com regras analíticas voltadas para a pesquisa qualitativa sendo amplamente utilizado na área da enfermagem, cujas práticas baseiam-se nas interações entre profissionais e pacientes ou entre profissionais e familiares ou entre profissionais e sua equipe de trabalho, a qual consiste no foco do nosso estudo (HANG et al., 2023; SANTOS et al., 2016).

#### **3.2 Local do estudo**

O estudo foi desenvolvido na Unidade de Terapia Intensiva Clínica (UTIC) do Hospital Universitário Walter Cantídio, o qual faz parte do complexo hospitalar da Universidade Federal do Ceará, sob gestão da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (Ebserh) e atende gratuitamente a população, por meio do Sistema Único de Saúde (SUS).

A Unidade de Terapia Intensiva Clínica (UTIC) do hospital possui oito leitos de cuidados intensivos, com perfil assistencial de pacientes clínicos de alta complexidade. A escolha do cenário foi fundamentada nas vivências profissionais do pesquisador.

#### **3.3 População e Amostra**

A população da pesquisa foi composta por 9 profissionais da equipe de enfermagem da UTIC, 5 enfermeiros assistenciais e 4 técnicos de enfermagem.

Os critérios de inclusão foram: ser enfermeiro, técnico ou auxiliar de enfermagem, de ambos os sexos, ser integrante da equipe de enfermagem do setor eleito para a pesquisa e estar em efetiva atuação, prestando assistência direta ao paciente durante o período da entrevista., possuindo, assim, maior familiaridade com a rotina da unidade. Os critérios de exclusão foram: estar afastado (férias, licença e outros), profissionais temporários ou cedidos de outros setores e não aceitar participar da pesquisa.

A quantidade de entrevistados seguiu um critério bastante utilizado em pesquisas qualitativas, a saturação teórica, a qual se configura no processo de coleta que o entrevistador obtém dados até ocorrer a repetição dos mesmos, tendo que descartar dados recentemente coletados por não contribuírem mais para a elaboração teórica pretendida. É uma prática comum, para que não haja repetição dos dados, evitando redundância (FONTANELLA; MAGDALENO, 2012).

### **3.4 Coletas de dados**

Para a coleta dos dados utilizou-se a entrevista semiestruturada, guiada por um roteiro disposto em dois blocos, o primeiro traçando o perfil do entrevistado e sua trajetória profissional, permitindo coletar os dados sociodemográficos da equipe e o segundo bloco, constituído de 17 perguntas sobre o perfil do entrevistado e sua trajetória profissional, concepções e valores na vida pessoal e no trabalho, o mundo das organizações e instituições, rotinas e práticas diárias no trabalho e os pontos fracos das equipes, as expectativas, os desejos, as possibilidades de inovação. Perguntas elaboradas pela autora que favoreceram a construção de subsídios acerca do mundo-vida dos profissionais de enfermagem, a percepção pessoal do cenário de trabalho e suas relações pessoais no âmbito das boas práticas assistenciais na UTI.

A entrevista como técnica de coleta de dados foi escolhida por possibilitar o uso de perguntas fechadas e abertas, permitindo ao entrevistado ter mais liberdade para se posicionar sobre o tema, compreender a subjetividade do indivíduo e captar no depoimento o modo como aquele sujeito observa, vivência e analisa seu tempo histórico, seu momento, seu meio social sem se prender à pergunta original. Esse tipo de coleta vem sendo utilizada há muito tempo na pesquisa social, e com o passar do tempo a sua utilização como técnica de investigação científica em pesquisas qualitativas e quantitativas vem sendo difundida (BATISTA; MATOS; NASCIMENTO,

2017; MINAYO, 2012).

As entrevistas foram realizadas de forma individual, em local e horário oportuno, no próprio local de trabalho, a pesquisadora, após se apresentar, explicava o motivo e interesse da pesquisa informando ao participante sobre os procedimentos, os objetivos, as implicações e a sua participação voluntária, respeitando sua autonomia caso houvesse recusa. Após a aceitação, era assinado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) autorizando a gravação e início da entrevista.

As entrevistas foram gravadas em aparelho próprio, no período de Janeiro a Março de 2023, tendo as entrevistas uma duração média de 30 minutos.

### **3.5 Análise de dados**

O procedimento analítico seguiu as etapas próprias da TFD, após a coleta dos dados empíricos seguimos em: codificação aberta, codificação axial ou formação e desenvolvimento do conceito; codificação seletiva ou modificação e integração do conceito e delimitação dos dados (HANG et al., 2023; CASSIANI; CALIRI; PELÁ, 1996).

Dessa forma, a análise teve início com a ordenação dos dados, transcrição da entrevista, a leitura minuciosa e atenta, linha por linha com intuito de a partir dos dados brutos esses dados serem agrupados e transformados em dados (códigos) preliminares e, depois, conceituais. Esses códigos foram, então, reagrupados, dando origem às subcategorias e categorias. Durante todo o processo, foi utilizada a análise comparativa, fundamento característico da Teoria Fundamentada nos Dados, o que proporcionou com fidedignidade a descoberta do fenômeno central e o desenvolvimento da matriz teórica/teoria substantiva. Salienta-se que a análise foi manual, sem o auxílio de software para a organização dos dados e conformação das categorias (PEZZI; LEITE, 2010; SANTOS et al., 2016).

Os dados sociodemográficos foram tabulados em planilhas no programa *Microsoft Excel*, sendo possível realizar análises descritivas com frequências absolutas, percentuais e análises de tendência central das variáveis quantitativas.

### 3.6 Aspectos Éticos

As entrevistas foram realizadas em consonância com o estabelecido pela Resolução n. 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012), que dispõe sobre a realização de pesquisa com seres humanos.

Os participantes ao serem convidados para entrevista foram previamente esclarecidos acerca do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE (APÊNDICE D) afirmando o aspecto voluntário da pesquisa, e que esta não acarretaria ônus ou qualquer forma de bonificação, sendo comunicados acerca dos potenciais benefícios e riscos do estudo e colocada a possibilidade do sujeito retirar-se do estudo em qualquer momento, sem qualquer ônus.

Para a preservação do anonimato dos participantes, estes foram identificados com letras, sendo a letra “E” correspondente a enfermeiro e “TE” a técnico de enfermagem, seguida do número correspondente à ordem de participação.

A aprovação do comitê de ética encontra-se em andamento, sob o CAAE: 71611223.0.0000.5054 (APÊNDICE C).

#### **4. OBJETIVO**

- **OBJETIVO GERAL**

Compreender a percepção dos profissionais de enfermagem sobre os desafios vivenciados no desempenho profissional de processos assistenciais seguros em unidades de terapia intensiva.

- **OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- a) conhecer quais são os desafios enfrentados pelos profissionais de enfermagem em unidades de terapia intensiva;
- b) identificar as boas práticas assistenciais em uma unidade de terapia intensiva a partir do trabalho de enfermagem;
- c) Identificar e destacar fragilidades e potencialidades na prestação de uma assistência segura.

## 5 RECONSTITUIÇÃO HISTÓRICA

### 5.1 História das unidades de terapia intensiva

As Unidades de Terapia Intensivas (UTIs) surgem como resposta à necessidade de cuidados especializados a pacientes mais graves e vigilância constante, contando com assistência médica e de enfermagem em tempo integral, com posterior formação da equipe multiprofissional, além de recursos tecnológicos mais avançados que os convencionalmente utilizados (VARGAS et al., 2022).

No decorrer do tempo, as UTIs passaram a assumir a conformação hoje apresentada, mas inicialmente houveram modelos iniciais, aperfeiçoados na medida em que a ciência, tecnologia e gestão do cuidado avançavam. A primeira menção a uma Unidade de Terapia Intensiva na história da enfermagem se dá no contexto da Guerra da Criméia, em 1854, onde a enfermeira pioneira Florence Nightingale atuou junto às voluntárias no atendimento a soldados da guerra. Diante do cenário catastrófico e da alta taxa de mortalidade em meio à Guerra, Florence Nightingale, junto a sua equipe, organizou o ambiente de atendimento, preocupando-se em manter as unidades limpas e arejadas, na medida do possível, para promover a melhor recuperação dos feridos. O modelo de cuidado implantado por Nightingale partia da convicção de que o meio ambiente influenciava na recuperação dos enfermos, dando origem assim, à Teoria ambientalista, que abordava aspectos como ventilação, limpeza, iluminação, calor, ruídos, odores e alimentação (DONOSO; WIGGERS, 2020).

Além disso, Florence inovou implantando a prática de manter os doentes mais graves próximos, permitindo vigilância contínua e cuidado mais completo. Utilizando seus conhecimentos matemáticos, Florence mostrou que a taxa de mortalidade de soldados feridos sofreu redução de 42,7% para 2,2% após implementação de seu modelo de assistência (SHEINGOLD; HAHN, 2014). Além de sua ampla base de conhecimentos teóricos e clínicos e inovação na gestão do cuidado, ela se destacou como umas das pioneiras na coleta, tabulação, interpretação e exibição gráfica da estatística descritiva (SHEINGOLD; HAHN, 2014), dando início ao que chamamos de Enfermagem Moderna (DONOSO; WIGGERS, 2020).

A influência de Florence na enfermagem perdura até os dias atuais, com o avanço na profissionalização do cuidado e uso da Teoria Ambientalista na maneira de se pensar a disseminação de doenças e as relações entre o meio ambiente e a pessoa que adoece ou

permanece saudável, além de orientar questões relacionadas ao cuidado, higiene e ao comportamento social (DONOSO; WIGGERS, 2020). Inicialmente criadas no contexto de guerras e catástrofes, que exigiam de forma mais emergencial a classificação de risco e prioridades no cuidado, as UTIs nascem também em ambientes clínicos mais controlados, como hospitais civis (VARGAS et al., 2022). O primeiro esboço de Unidade de Terapia Intensiva dos Estados Unidos foi criado em 1923, com apenas 3 leitos, no hospital Johns Hopkins, na cidade de Baltimore, onde era realizada a terapia respiratória e o atendimento a pacientes graves e traumatizados que demandavam suporte vital. Esta primeira unidade destinava-se a pacientes adultos, mas eventualmente foi adaptada para receber também pacientes pediátricos (VARGAS et al., 2022).

Anos depois, em 1942, um incêndio de grandes proporções destrói uma boate em Boston causando a morte de 491 pessoas e deixando inúmeras vítimas gravemente queimadas, que foram encaminhadas ao Massachusetts General Hospital. Com a enorme demanda, a instituição dedica um andar inteiro ao atendimento das vítimas do incêndio, que passaram a contar com equipe médica e de enfermagem em tempo integral e suporte de equipamentos, até que com a melhora do quadro clínico, pudessem ser transferidas para unidades de menor complexidade (VARGAS et al., 2022). Esses pacientes eram mantidos isolados e permaneceram lá até apresentarem condições favoráveis para serem remanejados para outras enfermarias. Ali, surgia o conceito da terapia intensiva: área física própria; equipe multiprofissional treinada e exclusiva; recursos tecnológicos; critérios de admissão e alta; e acesso restrito aos pacientes (VARGAS et al., 2022).

Até então, as UTIs eram associadas principalmente a cuidados em emergência e recuperação pós-cirúrgica (KERLIN; COSTA; KAHN, 2021). As primeiras Unidades de Terapia Intensiva não associadas apenas à recuperação pós-cirúrgica, ainda na década de 50, tinham como foco o suporte ventilatório, em razão de doenças como a poliomielite, que trouxe a necessidade de desenvolvimento da ventilação artificial e serviu como propulsor do cuidado intensivo (KERLIN; COSTA; KAHN, 2021). Nesse contexto foram utilizados ventiladores de pressão negativa e, posteriormente, intubação traqueal e pressão positiva para fornecer suporte ventilatório a pacientes com redução da força muscular necessária para a respiração (KERLIN; COSTA; KAHN, 2021).

Entretanto, mesmo após o fim da epidemia, as UTIs continuaram a servir como setor essencial para a recuperação de pacientes críticos, ampliando seu perfil de pacientes com doenças respiratórias para quadros mais gerais (VARGAS et al., 2022). Nas décadas

seguintes, as UTIs lentamente passaram a figurar de forma mais presente no sistema de saúde, embora ainda de forma muito restrita a hospitais de grande porte e associadas à recuperação pós-anestésica após procedimentos cirúrgicos, além de pouco organizadas, sem equipes devidamente treinadas para aquela modalidade de cuidado intensivo (KERLIN; COSTA; KAHN, 2021). No que se refere às Unidades de Terapia Intensiva atuais, houveram muitas transformações.

A UTI já não é mais vista como apenas um local para onde eram enviados pacientes graves, com pouca ou nenhuma expectativa de recuperação. Hoje, constitui-se como um sistema adaptativo complexo no qual os inúmeros membros da equipe de cuidados interprofissionais interagem com vistas a potencializar os resultados alcançados (KERLIN; COSTA; KAHN, 2021). No contexto brasileiro, as UTIs começaram a ser organizadas e implantadas no final da década de 1960, em São Paulo, grande centro populacional do país (GOMES, 2011). As primeiras unidades tinham perfil mais específico em cardiologia e recuperação pós-operatória e não contavam com a estrutura atual de UTIs, passando pelo mesmo processo de aprimoramento já observado em outros lugares do mundo (GOMES, 2011).

A primeira Unidade de Terapia Intensiva em instituição particular foi instituída em 1971, no Hospital Sírio Libanês, em São Paulo, contando com 12 leitos, em área física planejada e funcional (GOMES, 2011). A unidade se destacou por sua estrutura e forma de organização do trabalho: [...] na organização da referida unidade, percebia-se que a equipe de trabalho buscava as melhores condições possíveis: centralização de esforços e coordenação de atividades. Começaram a desaparecer, no trabalho da enfermagem, as operações “tarefeiras”, rotineiras e não programadas. Sem dúvida, a UTI do Hospital Sírio Libanês foi uma referência e um marco conceitual na organização de outras, que constituíram um expressivo contingente na década de 1970. Por essa razão, não se pode escrever sobre a “história” das UTIs no Brasil sem que se tenham considerações sobre ela (GOMES, 2011). A UTI do Hospital Sírio Libanês destacou-se ao ponto de servir como modelo para várias outras unidades criadas por todo o país (GOMES, 2011).

No presente momento, o Brasil conta com várias UTIs reconhecidas por buscarem melhores condições para o tratamento dos doentes considerados graves e de alto risco, tais como as Unidades de Terapia do Hospital de Messejana, no Ceará; Hospital Geral de Ipanema, Hospital da Lagoa, Hospital Silvestre, no Rio de Janeiro e Hospital de Clínicas e Hospital Pequeno Príncipe de Curitiba, Hospital Evangélico e Universitário de Londrina, no

Paraná, além do Hospital Israelita Albert Einstein, Hospital Oswaldo Cruz, Hospital 9 de Julho, Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP (INCOR), Hospital Heliópolis, Hospital de Base de São José do Rio Preto, Hospital das Clínicas da Unicamp, Hospital Municipal Arthur Ribeiro de Saboya, em São Paulo (GOMES, 2011). Como o maior e mais populoso país da América do Sul, o Brasil atualmente conta com um dos maiores números de leitos de UTIs no mundo. Todavia, os leitos são distribuídos de forma heterogênea entre serviços públicos e particulares, que por vezes são contratados por órgãos públicos, disponibilizando leitos para o Sistema Único de Saúde. Além disso, há disparidade na distribuição de leitos entre regiões geográficas do país, o que configura outro desafio ao avanço dos cuidados críticos, no que se refere a oferecer serviços em tempo oportuno de forma universal (SALLUH; LISBOA, 2016).

Um estudo recente mostrou a realidade alarmante com relação à insuficiência de leitos no Brasil, especialmente quando se leva em consideração a diferença de acesso aos leitos entre indivíduos que contam apenas com a infraestrutura do Sistema Único de Saúde e os que contam também com a saúde suplementar (CAMPOS; CANABRAVA, 2020).

No contexto atual, no bicentenário de Florence Nightingale, em meio à pandemia do Sars-Cov-19, em razão da ausência de imunidade prévia ao novo vírus na população humana, bem como de vacina contra o mesmo, o número de casos cresceu de forma exponencial, trazendo uma intensa demanda de cuidados intensivos (DONOSO; WIGGERS, 2020). O cenário de pandemia evidenciou a atualidade dos ensinamentos e diretrizes de Florence Nightingale para o cuidado, tendo em vista a necessidade de isolamento social e a adoção de práticas sanitárias em maior intensidade, tanto por profissionais e instituições como pela população leiga, que até então, não era tão sensibilizada quanto à prevenção de infecções (DONOSO; WIGGERS, 2020). Assim, a atenção da população, dos órgãos públicos e da mídia se volta para as instituições de saúde (DONOSO; WIGGERS, 2020), especialmente, a Unidade de Terapia Intensiva e os profissionais que as compõem, entre eles, o Enfermeiro.

A pandemia trouxe uma série de implicações para o sistema de saúde e para os profissionais da saúde. O medo do contágio e da morte, o luto pela perda de familiares, amigos e colegas, o desgaste e a sobrecarga no âmbito emocional, psicológico e social advindos da superlotação do sistema de saúde, além da escassez de recursos e suprimentos médicos e a revolta diante do descrédito e da baixa remuneração são aspectos destacados em estudos realizados com enfermeiros em atividade durante a pandemia, inclusive com enfermeiros intensivistas (RIBEIRO et al., 2021).

Esses estressores geram a necessidade de gerenciar o bem estar da equipe e as demandas do sistema de saúde e dos pacientes, mesmo em cenários de alta pressão, como a pandemia da COVID-19 (RIBEIRO et al., 2021). Entretanto, a crise sanitária também evidenciou o papel do enfermeiro como gestor do cuidado e de unidades, assim, apesar dos inúmeros desafios, também são relatadas estratégias de superação e bons exemplos de gerenciamento como o papel fundamental no cuidado a pessoas com e sem COVID-19, realizado principalmente por profissionais de enfermagem (RIBEIRO et al., 2021). Enfermeiros anestesiastas, emergencistas e intensivistas foram destacados como peças-chave durante o tratamento de pacientes com COVID-19 (RIBEIRO et al., 2021).

Com a pandemia da Sars-Cov-2, em março de 2020, houve intensa expansão no quantitativo de leitos disponíveis, na tentativa de suprir a demanda gerada pela COVID-19, o que levou à publicação da Portaria GM/MS nº 237, através da qual foram incluídos na Tabela de Leitos do CNES, leitos complementares, leitos de UTI II Adulto – Covid-19 e o leitos de UTI II Pediátrica – Covid-19, com um total de 35,3% de crescimento sobre o total de leitos complementares do período imediatamente anterior à pandemia e 58,7% de ampliação sobre o somatório dos leitos de UTI Adulto e Pediátrico existentes em fevereiro de 2020 (35.682 leitos à época) (CAMPOS; CANABRAVA, 2020). No Brasil, de acordo com dados relativos a julho de 2020, estavam registrados 86.392 leitos complementares de UTI, dos quais 51,6% eram públicos ou contratados pelo Sistema Único de Saúde (SUS) e os restantes 48,4% de propriedade privada típica (CAMPOS; CANABRAVA, 2020).

Além de dispositivos legais que regulam a quantidade de leitos de UTI, considerando que a Unidade de Terapia Intensiva tem como elementos caracterizadores o fato de ter uma área física própria; equipe multiprofissional treinada e exclusiva; recursos tecnológicos; critérios de admissão e alta; e acesso restrito aos pacientes (VARGAS et al., 2022), também devemos nos atentar às normativas existentes com relação à estrutura e organização de Unidade de Terapia Intensiva.

A Unidade de Terapia Intensiva é um setor destinado ao atendimento de pacientes em estado agudo ou crítico, mas recuperável, e que precisam de assistência médica e de enfermagem permanente e especializada. São pacientes sujeitos a instabilidade de funções vitais e cujo tratamento requer apoio de equipamento especial de diagnóstico e tratamento (CAR, 1987). Pacientes críticos podem sofrer deterioração de uma ou mais funções dos órgãos vitais, apresentando instabilidade cardiovascular, respiratória, neurológica, renal, metabólica ou patologias que possam levar à instabilidade desses sistemas (CFM, 2020).

O estado de saúde complexo e delicado dos pacientes críticos torna necessário o cuidado com relação à diversos aspectos das funções orgânicas, por vezes alterados, tais como nível rebaixado da consciência; alterações respiratórias que podem incorrer em complicações com atelectasia pulmonar e infecções; alterações circulatórias e uso de dispositivos invasivos; alterações na temperatura corporal que podem indicar processos infecciosos ou gerar desconforto; restrições dietéticas e uso de sondas; alterações eliminatórias e presença de cateter vesical; movimentação restrita que pode cursar com complicações pulmonares, tegumentares e vasculares, com destaque para o surgimentos de lesões na pele, antes conhecidas como escarificações, e a presença de incisões cirúrgicas (CAR, 1987). Assim, a alta complexidade dos pacientes e a elevada demanda de cuidados de enfermagem comprovadas em uma UTI, por Beccaria e colaboradores (2020), tornam necessários recursos, inclusive humanos, para que a assistência possa ser prestada adequadamente.

No Brasil, a Resolução Nº 7, de 24 de Fevereiro de 2010 da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) dispõe sobre os requisitos mínimos para funcionamento de Unidades de Terapia Intensiva e dá outras providências, buscando reduzir riscos aos pacientes, visitantes, profissionais e ao meio ambiente (BRASIL, 2010). A RDC nº 7 traz conceitos como paciente grave; hospital; Índice de gravidade ou Índice prognóstico; gerenciamento de risco; Sistema de Classificação de Necessidades de Cuidados de Enfermagem; Unidade de Terapia Intensiva (UTI) e Centro de Terapia Intensiva (CTI), ou seja, o agrupamento, numa mesma área física, de mais de uma Unidade de Terapia Intensiva.

Ademais, a RDC nº 7 define que as Unidades de Terapia Intensiva Adulto, Pediátricas e Neonatais devem ocupar salas distintas e exclusivas, compartilhando apenas ambientes de apoio, se necessário, e que a infraestrutura da unidade deve contribuir para manutenção da privacidade do paciente, sem, contudo, interferir na sua monitorização. A Resolução nº50 de 21 de fevereiro de 2002, que dispõe sobre o Regulamento Técnico para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde determina que o posto de enfermagem deve estar instalado de forma a permitir observação visual direta ou eletrônica dos leitos ou berços e que no caso de observação visual por meio eletrônico, deverá dispor de uma central de monitores (BRASIL, 2002).

Além disso, destacam as recomendações com relação à manutenção do conforto acústico, luminoso, higrotérmico e relacionado à qualidade do ar, entre outras recomendações (BRASIL, 2002). Esse tipo de orientação é essencial, pois questões relacionadas a aspectos materiais podem impactar a segurança do paciente, haja vista o estudo de Bach, Berglund e

Turk (2018), que discorreu sobre o gerenciamento de sistemas de alarme para a qualidade e segurança no ambiente hospitalar. No que tange aos aspectos gerenciais, as UTIs devem estar localizadas em um hospital regularizado junto ao órgão de vigilância sanitária municipal ou estadual, providas de recursos humanos e materiais adequados, bem como registro das normas institucionais e das rotinas dos procedimentos assistenciais e administrativos realizados na unidade, entre outras recomendações (BRASIL, 2010).

Tais normas e rotinas devem ser elaboradas em conjunto com os setores envolvidos na assistência ao paciente grave e com a Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH), além de aprovadas e assinadas pelo Responsável Técnico e pelos coordenadores de enfermagem e de fisioterapia (BRASIL, 2010). Esses documentos devem ser revisados anualmente ou sempre que houver a incorporação de novas tecnologias, sendo disponibilizados para todos os profissionais da unidade (BRASIL, 2010).

O uso de guias e protocolos foi identificado por enfermeiros intensivistas como diferencial para um cuidado assertivo e seguro (BARRETO et al., 2021). O estudo de Garcia e colaboradores (2018) identificou a ausência ou deficiência dos protocolos de trabalho como fator contribuinte para eventos adversos relacionados à segurança do paciente. Além disso, a disponibilização de checklists, protocolos e políticas por parte da organização e o rápido acesso a materiais que apoiem a tomada de decisão na prática profissional figuram como estratégias de redução do risco de incidentes (GUERRA-GARCIA et al., 2018).

Ademais, a RDC n° 7 dispõe sobre os recursos humanos que compõem a Unidade de Terapia Intensiva: [...] deve ser designada uma equipe multiprofissional, legalmente habilitada, a qual deve ser dimensionada, quantitativa e qualitativamente, de acordo com o perfil assistencial, a demanda da unidade e legislação vigente, contendo, para atuação exclusiva na unidade, no mínimo, os seguintes profissionais (BRASIL, 2010). Médicos plantonistas, enfermeiros assistenciais, fisioterapeutas e técnicos de enfermagem devem estar disponíveis em tempo integral para assistência aos pacientes internados na UTI, durante o horário em que estão escalados para atuação na UTI (BRASIL, 2010).

Como observado na resolução, é essencial que seja feito o dimensionamento adequado de profissionais de saúde, tendo em vista que a carga de trabalho da equipe de enfermagem já foi correlacionada com a ocorrência de diversos eventos adversos a pacientes internados em Unidades de Terapia Intensiva como infecções associadas ao cuidado em saúde e lesões por pressão. A alta carga de trabalho foi considerada um fator de risco para a ocorrência dos eventos adversos por alguns estudos e, de maneira inversa, a carga de trabalho adequada foi

identificada como fator protetor contra eventos adversos por um dos estudos (OLIVEIRA; GARCIA; NOGUEIRA, 2016).

A Resolução nº 26, de 11 de maio de 2012 da ANVISA estabeleceu os requisitos mínimos para o funcionamento de Unidades de Terapia Intensiva, sendo 1 (um) Enfermeiro para cada 10 (dez) leitos ou fração e 1 (um) Técnico de Enfermagem para cada 2 (dois) leitos. Vale ressaltar que houve resistência por parte do Conselho Federal de Enfermagem quanto ao dimensionamento proposto pela resolução, sob alegação de que o aumento na proporção Enfermeiro/Paciente repercute em sérios riscos para o paciente, comprometendo sua segurança, além de submeter os profissionais ao estresse e outros distúrbios decorrentes da elevada carga de trabalho, a exemplo da Síndrome de Burnout (PEIXOTO, 2012).

A RDC nº 7 dispõe ainda acerca do processo de trabalho na UTI, do transporte de pacientes, do gerenciamento de riscos e da notificação de eventos adversos, da prevenção e controle de infecções relacionadas à assistência à saúde, das avaliações do desempenho e padrão de funcionamento global e dos recursos materiais (BRASIL, 2010). Em fevereiro de 2020, foi publicada a Resolução CFM nº 2.271, de 14 de Fevereiro de 2020 que define as unidades de terapia intensiva e unidades de cuidado intermediário conforme sua complexidade e nível de cuidado, determinando a responsabilidade técnica médica, as responsabilidades éticas, habilitações e atribuições da equipe médica necessária para seu adequado funcionamento (CFM, 2020). A resolução nº 2.271 conceitua unidade de terapia intensiva e unidade de cuidados intermediários e define que tais unidades podem ser classificadas conforme o tipo de paciente e o nível de atenção ou complexidade:

I- Unidade de terapia intensiva (UTI): ambiente hospitalar com sistema organizado para oferecer suporte vital de alta complexidade, com múltiplas modalidades de monitorização e suporte orgânico avançados para manter a vida durante condições clínicas de gravidade extrema e risco de morte por insuficiência orgânica. Essa assistência é prestada de forma contínua, 24 horas por dia, por equipe multidisciplinar especializada (CFM, 2020).

II - Unidade de cuidados intermediários (UCI): ambiente que visa ao atendimento de pacientes de gravidade intermediária, considerados como de risco moderado e que não correm risco imediato de morte. Esses pacientes requerem monitorização contínua durante as 24 horas do dia e cuidados semi-intensivos, intermediários entre a unidade de internação da enfermaria e a UTI, necessitando de equipamentos e equipe multidisciplinar especializada (CFM, 2020).

No que tange aos níveis de cuidado, a classificação é feita em 3 níveis que devem ser

respeitados no processo de alocação de pacientes, pois a classificação indica o tipo de assistência passível de oferecimento na unidade em questão (CFM, 2020):

- Nível de atenção III (muito alto): pacientes de UTI com múltiplas falências agudas de órgãos vitais ou em risco de desenvolvê-las, com caráter de ameaça imediata à vida. Esses pacientes necessitam de cuidados de equipe multiprofissional especializada, habilitada e adequadamente dimensionada para ofertar terapia de suporte com complexidade muito alta, tais como monitorização e suporte hemodinâmico (fármacos vasoativos em infusão contínua) e/ou assistência respiratória e/ou terapia de substituição renal (CFM, 2020).

-Nível de atenção II (alto): pacientes de UTI com falência aguda de órgãos vitais ou em risco de desenvolvê-la, com caráter de ameaça à vida, que necessitam de monitoramento e/ou suporte de menor complexidade, como assistência respiratória ou terapia de substituição renal ou droga vasoativa em infusão intravenosa contínua (CFM, 2020).

-Nível de atenção I (médio-baixo): pacientes de UCI que necessitam de monitoração por risco de desenvolver uma ou mais falências agudas de órgãos ou que estão se recuperando de condições críticas, mas cuja condição requer maior intensidade de cuidado da equipe multiprofissional, quando a carga de trabalho é muito alta ou complexa para que o paciente possa ser gerido numa enfermaria (CFM, 2020).

As UTIs também são classificadas quanto ao nível de atenção que atendem e o grau de complexidade de recursos humanos e tecnológicos que oferecem. Nessa classificação, existem dois tipos, os quais são tipo II, atendendo a pacientes que necessitam de nível de atenção alto e tipo III, atendendo a pacientes que necessitam de nível de atenção muito alto, muito embora as UTIs não sejam o único tipo de unidade a prestar cuidados ao paciente crítico (CFM, 2020). Existe também a Unidade de cuidados intermediários (UCI) ou unidade semi-intensiva, que é apta a prestar suporte vital de média-baixa complexidade e com capacidade de monitorização mais frequente, visando a identificar sinais de deterioração do paciente e oferecer estabilização (CFM, 2020).

A admissão nessas unidades pode evitar o agravamento da condição de pacientes, diminuindo a necessidade de internação na UTI, e contempla também pacientes que ainda não estão adequados para assistência em enfermaria, mas já não requerem cuidados intensivos de UTI, otimizando assim a alocação de recursos (CFM, 2020).

Para a adequada assistência a pacientes que apresentam instabilidade ou risco de instabilidade de sistema vital com risco de morte, ou seja, pacientes críticos, a resolução nº 2.271 determina que é necessária uma equipe multiprofissional, com destaque para médicos,

enfermeiros e fisioterapeuta, em ação integrada contínua, intensiva e diuturna. Outros profissionais devem estar acessíveis como parte do corpo clínico do hospital, sendo acionados conforme a necessidade dos pacientes internos na UTI (CFM, 2020).

A ação integrada e organizada em níveis de responsabilidade e competência de toda a equipe de saúde é essencial para que essas unidades possam cumprir seu papel de cuidar de pacientes em estado de maior gravidade com os melhores resultados (CFM, 2020).

Na UCI a tecnologia de monitorização e suporte é menos intensiva e menos invasiva, já que se propõe a assistir pacientes com menor gravidade. No entanto, a equipe multidisciplinar é a mesma descrita para as UTI, variando apenas o seu dimensionamento (CFM, 2020).

Toda a estrutura física, recursos materiais e humanos necessários para o funcionamento de uma Unidade de Terapia Intensiva requeridas pelos dispositivos legais e normativas brasileiras são conquistas que permitem organização na atenção ao paciente crítico, mas como já explorado no presente documento, ainda existem muitos desafios para que essa assistência seja universal e segura, tanto para pacientes quanto para profissionais de saúde.

## **5.2 Projeto Saúde em Nossas Mãos – melhorando a segurança do paciente em larga escala no Brasil**

No período de janeiro de 2018 a julho de 2019 essa unidade foi selecionada para participar do Projeto Saúde em Nossas Mãos, projeto que ocorreu a nível nacional em 120 UTIs de todo o Brasil com foco na segurança do paciente e redução das infecções.

Esse projeto se deu com a implementação das boas práticas na higienização das mãos nos hospitais e gerou ao SUS uma economia de R\$ 320 milhões. Os dados captados mostram que o projeto ajudou na melhoria da segurança dos pacientes contra infecções relacionadas à assistência à saúde nas Unidades de Terapia Intensiva (UTI) de forma significativa nos hospitais públicos do País que participaram da iniciativa (BRASIL, 2022).

As Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (IRAS) são consideradas importantes agravos relacionados ao processo de cuidar, com impacto direto na elevação da mortalidade, aumento de permanência hospitalar, resultando em aumento de custo do serviço de saúde, além de favorecer o aparecimento de cepas multirresistentes (ANVISA; 2017).

As infecções principais que o projeto elencou por trazer mais mortalidade no contexto de UTIs foram pneumonias associadas à ventilação mecânica, infecção do trato urinário associada ao uso de sonda vesical de demora e infecção de corrente sanguínea associada ao uso de cateter central. O projeto foi executado de forma conjunta e colaborativa entre os cinco hospitais integrantes do Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde: Hospital Alemão Oswaldo Cruz, HCor, Hospital Israelita Albert Einstein, Hospital Moinhos de Vento e Hospital Sírio-Libanês, com apoio do Institute for Healthcare.

O Saúde em Nossas Mãos oferecia orientação aos profissionais das UTI participantes a usarem metodologias e ferramentas da qualidade. As intervenções foram realizadas através do “Modelo de Melhoria” baseado no método Breakthrough Series, do Institute for Healthcare Improvement. Foram monitorados mensalmente etapas de implementação, indicadores de resultados – densidades de incidência das IRAS, tempo de permanência e mortalidade nas UTIs – e indicadores de processos – taxa de utilização dos dispositivos e adesão às medidas de prevenção (bundles).

As sessões de aprendizagem das equipes participantes ocorriam na cidade de São Paulo, de forma trimestral, onde aprendemos a desenvolver o tema abordado e planejavam-se as mudanças, embora nem sempre conseguíssemos trabalhar todas as ferramentas aprendidas. Em seguida as equipes retornavam às suas organizações e testavam essas mudanças em seus contextos clínicos. As modificações eram registradas e testadas de forma cíclica por meio de testes de ciclo rápido Plan-Do-Study-Act (PDSA) (planejar-testar-analisar-agir) (IHI, 2014).

A ferramenta PDSA adotada pela colaborativa como base para melhoria dos processos foi de difícil adesão dos colaboradores, pois não estávamos acostumados culturalmente a testar mudanças e sim implementar ações sem testes, sem participação da equipe da ponta pois eles que teriam as soluções para os problemas. Essa ferramenta da qualidade quando bem manejada permitiu o alcance de resultados esperados, mas precisávamos de tempo de dedicação ao projeto. Selecionamos os itens dos bundles que achávamos mais significativos sendo a dificuldade em planejar e documentar como ponto crítico para a adesão, acredito que se tivéssemos aplicado mais ciclos de PDSA teríamos conseguido ser mais confiáveis nos resultados e obtido mais êxito, especialmente se as diversas categorias que formam a equipe fossem mais motivadas e envolvidas no projeto.

Outras estratégias foram utilizadas: padronização de bundles voltados para a prevenção de Infecção do Trato Urinário (ITU), Pneumonia Associada à Ventilação (PAV) e Infecção de Corrente Sanguínea Associada a Cateter Venoso Central (IPCSL), observações

diretas feitos à beira leito com um checklist adotado pelo projeto contemplando as conformidades e não conformidades de adesão aos itens dos bundles e eram realizadas por times da própria equipe em que cada um membro auditava no plantão com o colega de trabalho ao lado durante a execução dos itens. Essa rotina foi estabelecida e utilizamos até hoje, porém, ao avaliarmos as observações elas são todas conformes dando a entender que todos os itens foram contemplados sendo que os resultados dos indicadores de processos não encaixavam nos indicadores de resultados que eram as reduções de infecções. Essa inconsistência nos mostrou que a cultura de segurança precisa ser fortalecida no grupo pois há dificuldade em pontuar os erros, visto que a notificação ainda é vista como punição.

A adesão dos enfermeiros às estratégias para melhoria do cuidado no que se diz respeito à utilização de protocolos de prevenção de IRAS para um cuidado mais seguro não foi satisfatória. Foi observado que os profissionais entendiam e até achavam importante, mas envolviam-se de maneira superficial, com pouco envolvimento nas atividades de observação direta aos bundles e poucos faziam supervisão ao cumprimento aos itens dos bundles. Era sempre necessário solicitar o apoio dos mesmos e por mais que tentássemos extrair esse interesse não tivemos muito êxito. No processo, percebemos que existe um abismo entre o que sabemos e o que fazemos na prática e assim se torna desafiador atingir metas e liberar essa motivação intrínseca das pessoas, talvez por sobrecarga de trabalho pois a unidade em questão é bastante dinâmica e a maior parte dos profissionais tem mais de um vínculo empregatício. Os técnicos de enfermagem estavam mais envolvidos que os enfermeiros, participavam ativamente das estratégias planejadas, tentavam seguir os passos do ciclo PDSA dentro da percepção deles, apresentavam ideias e sentiam-se parte do processo de trabalho. Foi muito importante para o empoderamento da equipe da ponta do cuidado conciliar teoria e prática e construir a autonomia desses profissionais, visto que poucas instituições dão vez ou voz aos mesmos. Esse período foi bem promissor pois canalizamos nossas energias de forma colaborativa com toda a equipe multiprofissional da UTI clínica. Foi percebido que as relações de amizade também favoreceram o alcance de resultados positivos. A celebração do projeto foi uma oportunidade para parar e refletir, interpretar e honrar o que aconteceu, agradecer às pessoas pela sua contribuição, e aprender do êxito e dos fracassos.

A celebração demonstra os valores da equipe de melhoria em ação, e é significativa e divertida. conseguimos criar rotinas como reuniões semanais junto ao grupo verificando e analisando as infecções que ocorreram relacionadas a assistência, traçando estratégias de melhoria, escutando a linha de frente em relação às demandas de aquisição de materiais ou

sobrecarga de trabalho, além disso, criamos um quadro onde colocamos os indicadores de resultados e processos sendo uma vez ao mês a alta gestão convidada a participar da reunião em que apresentamos os indicadores, assim a equipe se sentia mais fortalecida sendo valorizada e vista pela instituição.

Nessa época conseguimos formar um grupo maior de técnicos para trabalhar com o apoio da direção e sempre reforçava que para conseguir melhorias precisávamos mostrar que merecíamos através do envolvimento a adesão aos bundles. As visitas multiprofissionais eram diariamente realizadas onde se traçavam metas diárias para cada paciente com programação diária de procedimentos para diminuir tempo de internação. Ademais, era aplicado o checklist onde constavam os itens dos pacotes de medidas de prevenção das infecções onde refletia acerca da possibilidade de retirada dos dispositivos que podem causar infecções associados à assistência. O processo também contou com a participação de acadêmicos de enfermagem da UFC e familiares dos pacientes.

A meta que o projeto estabeleceu para as UTIs participantes do projeto seriam redução de 50% das incidências de IRAS. A meta em relação a redução da pneumonia associada ao uso do ventilador mecânico foi atingida pela boa adesão da equipe multiprofissional ao bundle de prevenção da PAV que contribuiu nos indicadores de resultados e assim conseguimos reduzir e atingir a redução em 50%. A experiência do projeto contribuiu para que os profissionais da unidade desenvolvessem uma auto responsabilidade em relação ao propósito do projeto que era reduzir infecções relacionadas à assistência.

### **5.3 Aspectoshistóricos, organizacionais e financeiros do complexo hospitalar universitário do estado do ceará (huwc/meac/ufc)**

#### ***5.3.1 Complexo hospitalar Hospital Universitário Walter Cantídio (HUWC)***

Em meados de 1939, o professor Antônio Austragésilo, destacado nome da Medicina nacional, em visita ao seu antigo aluno e colega Doutor Jurandir Moraes Picanço, falou-lhe da necessidade e conveniência da implantação de uma Faculdade de Medicina em Fortaleza (BRASIL, 2020).

Mas a história do HUWC se inicia de fato em 1944, no bairro de Porangabussu, hoje Rodolfo Teófilo, a construção do "Hospital Carneiro de Mendonça", interrompida posteriormente por falta de verbas. O Instituto de Ensino Médico interessou-se em dar continuidade à obra a qual foi transferida, no governo de Faustino de Albuquerque, à

Faculdade de Medicina. Com a ajuda da União, defendida pelo deputado Paulo Sarasate, e outros auxílios federais, foi dada continuidade à obra (BRASIL, 2021).

Somente em 1947, com incentivos legados do I Congresso de Médicos Católicos realizado em Fortaleza, foi fundada a "Sociedade Promotora da Faculdade de Medicina do Ceará", com o Doutor César Cals de Oliveira na Presidência de Honra e o Doutor Jurandir Moraes Picanço, na Presidência (BRASIL, 2020).

Em 1952, foi iniciada a construção da 1ª unidade do Hospital de Clínicas destinada a área de medicina interna e doenças infectocontagiosas (isolamento) em convênio com o Departamento Estadual da Saúde. Essa unidade constituiu-se o núcleo embrionário do atual Hospital Universitário (HU). Em 1954, com a sua integração à Universidade do Ceará, a Faculdade de Medicina ficou com maiores possibilidades de dar continuidade às obras do hospital, retomadas no fim de 1956 e conduzidas daí em diante, com vigor e determinação (EBSERH, 2021).

A faculdade de Medicina permanece na administração do hospital por vários anos, até se transferirem para local próprio da faculdade para um prédio próximo ao local, permanecendo de 1958-1966, o mesmo teve a estrutura administrativa mais bem definida, contudo, hierarquicamente subordinado à Faculdade de Medicina.

O Hospital Universitário Walter Cantídio da Universidade Federal do Ceará, inaugurado em 1959 como Hospital das Clínicas, com a presença do Presidente da República, Juscelino Kubitschek, sendo um centro de referência para a formação profissional e o desenvolvimento de pesquisas na área da saúde e desempenha importante papel na assistência à saúde do Estado do Ceará, integrado ao Sistema Único de Saúde (SUS).

Em 1974, pelo convênio assinado entre a Universidade Federal do Ceará e a Sociedade de Assistência à Maternidade Escola Assis Chateaubriand (SAMEAC), o gerenciamento do hospital passou à responsabilidade desta Sociedade. No início da década de 80, passou a ser chamado Hospital Universitário Walter Cantídio, em homenagem ao professor doutor Walter de Moura Cantídio, um de seus fundadores. Hoje, reconhecida como unidade que presta assistência de alta complexidade à saúde, realizando desde transplantes renal e hepático, de forma rotineira, até pesquisas clínicas vinculadas a diversos programas de pós-graduação regionais e nacionais, além de participação em estudos multicêntricos em protocolos de pesquisa clínica avançada. Enquanto unidade acadêmica, destaca-se como a maior sala de aula e centro de pesquisas clínicas da UFC e do nosso Estado (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ, 2012).

Centro de referência para ensino, possui atuação para campo de estágio para alunos de graduação dos cursos de Medicina, Enfermagem e Farmácia, Fisioterapia, além de ter a implementação dos programas de pós-graduação, em Residência Médica e Multiprofissional da Universidade Federal do Ceará (UFC), assim como recebe os alunos da área da saúde de outras universidades do Estado, referência local e regional no ensino, pesquisa e assistência de alta complexidade (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ, 2012).

Reúne uma gama de profissionais qualificados e nele são gerados conhecimentos na área de pesquisa clínica, cirúrgica e farmacologia clínica, além de contar com mais de 250 leitos, incluindo leitos de UTI Clínica e UTI de pós-operatório, além de 125 consultórios, e diversas salas de cirurgia. Referência em transplantes, considerado o maior centro de transplante de fígado da América Latina. Em 2014, segundo o registro brasileiro de transplante o HUWC havia realizado mais transplantes de fígado que o México (106 transplantes, dados relativos a 2012) ou Chile (74 transplantes, em 2012).

A SAMEAC é uma instituição privada, sem fins lucrativos, que surgiu no final da década de 50, mediante uma campanha popular para a construção da primeira maternidade popular de Fortaleza – CE. (AFONSO, 2020). Os contratos entre a UFC e a SAMEAC previa o fornecimento de profissionais, incluindo profissionais que exerciam atividades fim, como médicos e enfermeiros, e a gestão dessas pessoas e dos recursos provenientes do Governo Federal e repassados pela Universidade para que a SAMEAC fizesse sua distribuição e controle de despesas e receitas. (AFONSO, 2020).

Com a Constituição Federal em 1988, surgiram problemas que se colocaram na relação entre as duas instituições, marcada por vínculos trabalhistas precários e a ilegalidade, isso porque a SAMEAC ocupava postos que por direito deveriam ser destinados a servidores públicos. No último dia do mandato do então presidente Lula, foi assinada a Medida Provisória 520/2010, no dia 31 de dezembro de 2010, para sancionar a criação da EBSEH, que não foi aprovada depois de intensa mobilização universitária, mas logo depois se transformou no Projeto de Lei 1.749/2011 do então relator Deputado Danilo Fortes (PMDB-CE).

A gerência do hospital, até o ano de 2011, se dava por meio da empresa SAMEAC que era uma entre as muitas empresas que gerenciavam hospitais universitários federais no Brasil, antes da EBSEH, que foi criada para pôr fim às irregularidades de alguns contratos dentro das universidades federais, mantinham com as entidades filantrópicas e fundações de apoio. (AFONSO, 2020).

Ao longo do ano de 2011, transitou na Câmara e no Senado o projeto de criação da EBSEERH, até que a Lei 12.550/11 fosse sancionada pela então Presidente Dilma Rousseff. A EBSEERH é uma empresa pública de direito privado, que atua nas três instâncias do governo diretamente no Sistema Único de Saúde - SUS, com capital integral da união, criada com a previsão de ser a quarta maior estatal do país.(AFONSO,2020).

A SAMEAC era uma entre as muitas empresas que gerenciam hospitais universitários federais no Brasil, até 2011, quando foi criada a estatal EBSEERH para pôr fim aos contratos considerados irregulares que as universidades federais mantinham com as entidades filantrópicas e fundações de apoio.

Em 2012, a Universidade Federal do Ceará assinou contrato com a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares – EBSEERH para fazer a gestão dos seus hospitais, pondo fim à relação com a SAMEAC.

A gestão dos hospitais universitários da UFC passa a ser administradas pela EBSEERH, e a saída do Instituto Compartilha/SAMEAC, entidade filantrópica, que teve contrato de gestão com os Hospitais Universitários – Hospital Universitário Walter Cantídio e Maternidade Escola Assis Chateaubriand da Universidade Federal do Ceará – UFC durante 49 anos, de 1965 a 2014.

Quando a EBSEERH foi institucionalizada e implementada na realidade brasileira de todos os hospitais universitários federais em todo o País, houve caloroso debate no meio acadêmico e nas entidades sindicais da saúde brasileiras sobre as consequências sociais do trabalho precarizado pela terceirização e sobre a saúde financeira dos hospitais universitários, pressionados a regularizar a situação entendida como ilegal pelos órgãos federais de fiscalização. A chegada da EBSEERH é uma nova tentativa de desenvolver políticas de saúde de forma mais eficiente nos hospitais universitários federais.(AFONSO, 2020).

### ***5.3.2 Maternidade-Escola Assis Chateaubriand (Meac)***

A Campanha em prol da construção da Maternidade Popular (Escola) foi lançada oficialmente na capital cearense na noite de 28 de maio de 1955, pelo Sr. João de Medeiros Calmon, no momento em que lhe era prestado, em banquete que reuniu representantes de todas as classes sociais do Ceará, uma grande homenagem por motivo de sua recente ascensão ao posto de Diretor Geral dos Diários, Rádios e TV Associados.

Em funcionamento desde 1963, conhecida como Maternidade Popular de Fortaleza, a MEAC é, atualmente, a maior maternidade pública do Ceará. Realizou uma média mensal de 430 partos, 458 cirurgias e 7.126 exames e procedimentos diagnósticos, entre outros serviços, de acordo com o senso institucional em 2019.

Inauguração da Maternidade Escola se deu no ano de 1965, em virtude de convênio com a Universidade, a Maternidade-Escola Assis Chateaubriand, sob a direção do Dr. Galba Araújo, a solenidade realizada, assinalou o importante acontecimento, que contou com a presença de destacadas autoridades do Estado e do Município. Falaram na ocasião, o jornalista Manoel Eduardo Pinheiro Campos, Presidente da Sociedade de Assistência à Maternidade (SAMEAC), o Reitor Martins Filho e o Governador Virgílio Távora. Em seguida, houve o batismo de Teresinha, filha do casal Maria Cardoso dos Santos e Paulo Furtado dos Santos, primeira criança nascida no hospital em questão, tendo como padrinhos o Sr. e a Sra. Martins Filho. Com o seu funcionamento normal, Fortaleza passou a contar com mais 120 leitos para gestantes

A MEAC Tem como missão a prestação de assistência, ensino e pesquisa para o cuidado à saúde da mulher e do recém-nascido com excelência, atuando na formação de profissionais especializados nas áreas da saúde, desde o curso técnico, até a pós-graduação, com as residências médicas e multiprofissionais da UFC, ainda presta serviços de assistência médico-hospitalar, ambulatorial e de apoio diagnóstico e terapêutico à população. Entre as especialidades, destacam-se obstetrícia, medicina fetal, neonatologia, ginecologia e mastologia, prestando assistência integral à saúde da mulher e do recém-nascido.

O funcionamento da Emergência é 24 horas, todos os dias. A MEAC conta com Banco de Leite Humano de alto padrão e Casa da Gestante, Bebê e Puérpera. Instituição Hospital Amigo da Criança. Reconhecida pelo Ministério da Saúde como o primeiro Centro de Boas Práticas em Obstetrícia e Neonatologia do Brasil e condecorada pela Câmara dos Deputados com o Prêmio Dr. Pinotti 2019, como Hospital Amigo da Mulher.

A MEAC é uma maternidade terciária, atendendo à mulher em todas as fases de sua vida. Destaca-se as boas práticas ao parto humanizado e o atendimento reconhecido por sua excelência, com a presença de acompanhante de livre escolha, em salas individualizadas.

A Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) é destinada ao atendimento dos recém-nascidos considerados de alto risco para complicações e evolução para o óbito, sendo as patologias responsáveis pela admissão as mais variadas constam de 21 leitos.

### **5.3.3 Funcionamentos dos complexos hospitalares (HUWC – MEAC)**

O Hospital Universitário Walter Cantídio (HUWC) é uma unidade de assistência, ensino e pesquisa e faz parte do Complexo Hospitalar da Universidade Federal do Ceará (UFC), sob gestão da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (Ebserh) e atende gratuitamente a população, por meio do Sistema Único de Saúde (SUS).

Fundado em 1959, o HUWC é, atualmente, a maior sala de aula em saúde do Ceará. A missão do Hospital Universitário é promover o ensino, a pesquisa e a assistência terciária à saúde, atuando de forma integrada e como suporte aos demais níveis de atenção do modelo de saúde vigente. Por essa razão, o Hospital tem se dedicado às áreas clínicas e cirúrgicas ligadas à atenção terciária. São 212 consultórios para atendimento a diversas especialidades cirúrgicas e clínicas, como anestesiologia/dor, cardiologia, cirurgia geral, cirurgia digestiva, neurocirurgia, coloproctologia, traumatologia-ortopedia, urologia, oftalmologia, entre tantas outras.

Além disso, o HUWC tem se destacado na prestação de serviços de apoio diagnóstico e terapêutico, tais como endoscopia, colonoscopia, tomografia computadorizada, ressonância magnética, raio-X convencional e telecomandado, ultrassonografia, anatomia patológica e laboratório de análises clínicas. Levantamento feito pela Unidade de Monitoramento e Avaliação do HUWC mostra que a média mensal de produção em 2019 no Hospital Universitário foi de: 20.874 consultas médicas e multiprofissionais, 408 procedimentos em centro cirúrgico e 100.996 exames laboratoriais e de imagem.

O hospital tem apresentado, ainda, como diferencial o atendimento aos transplantes de órgãos e tecidos. Também em 2019, foram realizados 235 transplantes, sendo 86 renais, 78 de medula óssea, 43 hepáticos e 28 de córnea.(EBSERH) 2020. No total, oferece 197 leitos de enfermaria e unidade de terapia intensiva (UTI), 8 salas cirúrgicas, 6 salas de recuperação e 4 leitos de hospital-dia.

A MEAC conta com uma emergência aberta 24 horas, onde é realizado o acolhimento com classificação de risco. Foram registrados, no mesmo período, 17.950 atendimentos de urgência, além de 1.660 partos normais, 1.691 cesarianas e 763 curetagens obstétricas ou ginecológicas. Até outubro último, haviam sido realizadas 2.963 cirurgias ginecológicas, mastológicas e obstétricas (incluindo as cesáreas), no ano de 2013.

O número de exames complementares, no ano de 2013, foram realizadas 9.954 ultrassonografias, 5.241 exames citológicos ou a fresco do conteúdo vaginal, 245 punções ou

biópsias mamárias e 2.006 cardiocografias anteparto. Destaque-se, no ano em curso, a aquisição de um aparelho de ultrassonografia 4D.

A MEAC ainda possui serviço de Neonatologia, contendo duas unidades de terapia intensiva, com 21 leitos; duas unidades de cuidados intermediários neonatal convencional, com 30 leitos, e uma unidade de cuidados intermediários, método Canguru, com cinco leitos. Dispõe, também, de uma UTI Materna com quatro leitos.

Possui Banco de Leite Humano da Maternidade, realiza ações de incentivo ao aleitamento materno, a MEAC é classificada como Hospital Amigo da Criança. Em decorrência das iniciativas desenvolvidas em relação às boas práticas ao parto e nascimento, foi indicada, recentemente, para ser um dos Centros de Apoio da Rede Cegonha, pelo Ministério da Saúde.

Como centro formador, a MEAC recebe, estudantes da UFC em suas dependências, além deles, alunos de outras faculdades realizaram atividades na Instituição. Possui, ainda, o Programa Residência Médica nas áreas de Tocoginecologia, Neonatologia e Mastologia, além da Residência Multiprofissional e Uniprofissional da Universidade Federal do Ceará, constituindo modalidades de ensino de pós-graduação lato sensu, destinados a profissionais da área da saúde, sob a forma de curso de especialização caracterizado por ensino em serviço. São regulados pelas normas dos Ministérios da Educação e da Saúde, da Comissão Nacional de Residência Multiprofissional (CNRMS) e, no âmbito da UFC, da Comissão de Residência Multiprofissional e em Área Profissional da Saúde (COREMU), e das unidades às quais cada programa é vinculado – Hospital Universitário Walter Cantídio e Maternidade Escola Assis Chateaubriand e as coordenações dos Programas.

A Maternidade-Escola Assis Chateaubriand (MEAC) é a única do Estado a fazer cirurgia fetal, ou seja, quando o feto é operado ainda no útero da mãe. A unidade conta com mais de 50 leitos de UTI e cuidados intermediários neonatais, que costumam estar lotados. (COMPLEXO HOSPITALAR) 2019.

### ***5.3.4 Importância do complexo para a saúde do estado***

Com a missão Promover o ensino, a pesquisa e a assistência terciária à saúde, atuando de forma integrada e como suporte aos demais níveis de atenção do modelo de saúde vigente. O Complexo Hospitalar da UFC exerce um papel fundamental na saúde da população

cearense, especialmente no que se refere à assistência terciária, ou seja, aquela de maior complexidade.

O Hospital Universitário Walter Cantídio (HUWC) é o único hospital terciário que atende pelo SUS contratualizado pela Prefeitura de Fortaleza, atuando em 33 especialidades, atendendo principalmente a população mais carente da Capital e também do Interior. A unidade é a única do Ceará a tratar doenças raras em adultos através do SUS.

Além de responder por 25% dos transplantes realizados no Estado, o HUWC é também responsável por 95% de todos os transplantes de medula óssea do Ceará. Também é destaque nos procedimentos inovadores, como o implante coclear.

Já a Maternidade-Escola Assis Chateaubriand (MEAC) é a única do Estado a fazer cirurgia fetal, ou seja, quando o feto é operado ainda no útero da mãe. Até hoje, já foram 18 procedimentos do tipo. A unidade conta com mais de 50 leitos de UTI e cuidados intermediários neonatais, que costumam estar lotados.

O HUWC é um estabelecimento geral com atendimento ambulatorial e hospitalar com nível de atenção de alta complexidade, não dispõe de serviço de urgência e emergência, de médio porte, com demanda espontânea referenciada.

A estrutura organizacional do complexo conta com uma superintendência, gerência administrativa-financeiro e gerência de ensino e pesquisa que são comuns aos dois hospitais, enquanto que cada hospital possui sua gerência a saúde, divisão de gestão de cuidado juntamente com a divisão médica e de enfermagem, integrando um processo de modernização gerencial, o HUWC atualmente desenvolve programas de qualidade utilizando ferramentas que promovem a gestão participativa através de colegiado gestores nas unidades de produção assistencial, qualificação da gestão assistencial com a implantação de linhas de cuidado, equipes de referência e gestão de leitos com a implantação do núcleo de regulação interna todas essas ações são continuamente alinhadas e monitoradas por sistemas de informação em destaque o AGHU (Aplicativo de gestão dos hospitais universitários).

O HUWC possui pesquisas clínicas em desenvolvimento alcançando o número de 47 protocolos clínicos desenvolvidos ao longo do ano de 2020 em diversas áreas: cardiologia, endócrino, gastroenterologista, nefrologia e outros.

### ***5.3.5 Reestruturação dos hospitais no gerenciamento da EBSEH e do SAMEAC***

O Programa Nacional de Reestruturação dos Hospitais Universitários Federais (REHUF), criado e aprovado por meio do Decreto nº 7.082, de 27 de janeiro de 2010, define diretrizes e objetivos para a reestruturação e revitalização dos hospitais universitários federais, integrados ao Sistema Único de Saúde (SUS). (REHUF)2010.

O REHUF cria condições materiais e institucionais para que os hospitais desempenhem plenamente suas funções em relação às dimensões de ensino, pesquisa e extensão e de assistência à saúde da população. (REHUF)2010.

Tem como diretrizes a instituição de mecanismos adequados de financiamento, igualmente compartilhados entre as áreas da educação e da saúde; Melhoria dos processos de gestão; Adequação da estrutura física; Recuperação e modernização do parque tecnológico; Reestruturação do quadro de recursos humanos dos hospitais universitários federais; Aprimoramento das atividades hospitalares vinculadas ao ensino, pesquisa e extensão, bem como à assistência à saúde, com base em avaliação permanente e incorporação de novas tecnologias em saúde. (EBSERH, 2013).

O Programa foi instituído dentro do mesmo quadro de respostas e soluções aos problemas diagnosticados pelo Tribunal de Contas da União (TCU) no período de 2006 a 2009, que levaram à criação da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH). O REHUF significou um importantíssimo marco no reforço orçamentário para fazer suprir tais carências de toda ordem, com destaque para a recuperação e ampliação da infraestrutura física e do parque tecnológico das citadas unidades hospitalares. O programa proporcionou, além do incentivo financeiro, a complementação para o funcionamento dos HUFs por meio de recursos de custeio, diante das crescentes demandas de insumos e serviços, como também das conhecidas restrições orçamentárias do importantíssimo Sistema Único de Saúde (SUS). (EBSERH, 2013).

O déficit financeiro crescente e a ausência de planejamento levaram ao sucateamento do parque tecnológico e da infraestrutura física, resultando em desativação de leitos, encolhimento dos serviços ambulatoriais das especialidades e de apoio diagnóstico e terapêutico, com impacto direto na qualidade do ensino e pesquisa. A redução na capacidade de prestação de serviços gerou mais distanciamento e isolamento da MEAC e HUWC da rede, pois as tratativas de negociação da contratualização até um passado recente foram pautadas exclusivamente na análise quantitativa da média histórica da produtividade. (AFONSO, 2020). A Presidência da República, pelo Decreto nº 7.082, de 27 de janeiro, instituiu o Programa Nacional de Reestruturação dos Hospitais Universitários Federais (REHUF), em

2010 destinado à reestruturação e revitalização dos hospitais das universidades federais, integrados ao Sistema Único de Saúde (SUS), nos termos do artigo 4º da Lei 8.080 abrindo uma perspectiva real de melhorias na assistência e assim com os recursos do rehuf foi criada a empresa brasileira de serviços hospitalares (EBSERH) em dezembro de 2011 a qual veio para melhorar os serviços e contratação de pessoas através de concurso público.(AFONSO,2020) .

O HUWC assinou contrato de gestão com a EBSERH em 26 de novembro de 2013. O contrato tem por objeto a gestão gratuita, pela EBSERH, do Hospital Universitário, na forma prevista pela Lei 12.550 de 2011. A partir da gestão EBSERH, passou-se a capacitar os gestores dentro das melhores práticas de mercado, ocasião em que, a partir do PROADI-SUS, se contratou o Hospital Sírio Libanês para conduzir uma pós-graduação, cujo objetivo final era dar início à cultura de planejamento estratégico no CH-UFC.

### **5.3.6 SAMEAC**

O Instituto Compartilhar – SAMEAC, antes SAMEAC, começou suas atividades em 1955, através de uma campanha popular para a construção da primeira maternidade de Fortaleza; denominada posteriormente Maternidade Escola Assis Chateaubriand (Meac). Os contratos, divididos com a UFC, previam o fornecimento de profissionais, incluindo profissionais que exerciam atividades fim, como médicos e enfermeiros, e a gestão dessas pessoas e dos recursos provenientes do Governo Federal e repassados pela Universidade para que a SAMEAC fizesse sua distribuição e controle de despesas e receitas. Nessa época não se ouvia falar em legislação pertinente sobre tal forma de relação. As dificuldades somente viriam aparecer ao longo dos anos.

Ao longo de 37 anos, entre 1983 e 2020, a Secretaria da Saúde do Estado Ceará contou com a parceria do Instituto Compartilhar – SAMEAC para apoio à governança da Hemorrede Pública Estadual que é formada por um Hemocentro Coordenador, com sede em Fortaleza (Hemoce); quatro Hemocentros Regionais, localizados nos municípios de Sobral, Quixadá, Crato e Iguatu; um Hemonúcleo, em Juazeiro do Norte; um Posto de Coleta de Sangue no Instituto Dr. José Frota – IJF; um Posto Avançado de Coleta Externa – PACE no município de Paracuru e sessenta e quatro Agências Transfusionais localizadas nos hospitais atendidos pela hemorrede em Fortaleza e municípios do interior do Ceará.

Ao longo desses 65 anos foram desenvolvidas e aplicadas soluções para diversas outras organizações. Durante esse tempo foi proposto o compartilhamento de conhecimento

construído ao longo do tempo a uma rede de desenvolvimento de ações, que promove ganho social e autossustentabilidade às instituições parceiras tanto na área da saúde, quanto da educação ou da assistência social.

### ***5.3.7 Recursos financeiros envolvidos nos complexos da MEAC e do HUWC***

Por intermédio da secretaria municipal da saúde de Fortaleza, a Empresa Brasileira De Serviços Hospitalares – EBSEH, visando à integração do Hospital Universitário Walter Cantídio - HUWC à rede de atenção à saúde, executa ações e serviços de saúde, gestão, ensino e pesquisa.( SMS)2022.

O presente Convênio tem por objeto contratualizar serviços de saúde, ambulatoriais e hospitalares, de Média e Alta Complexidade, ofertados pelo Hospital Universitário Walter Cantídio - HUWC, integrando-o na Rede de Atenção à Saúde (RAS) do município de Fortaleza, definindo responsabilidades das partes e estabelecendo metas quantitativas e qualitativas do processo de assistência à saúde, de gestão, de ensino e pesquisa e avaliação, em sintonia com as necessidades de saúde da população, com as políticas públicas de saúde para a atenção hospitalar, e com os princípios e diretrizes do SUS.(SMS)2022.

O valor global para contratualizar o referido serviço, encontra-se estimado na ordem de R\$ 60.722.618,65 (Sessenta milhões, setecentos e vinte e dois mil, seiscentos e dezoito reais e sessenta e cinco centavos), sendo R\$ 21.011.548,51 (Vinte e um milhões, onze mil, quinhentos e quarenta e oito reais e cinquenta e um centavos) de recursos pré-fixados, para procedimentos ambulatoriais e hospitalares, de Média Complexidade, a partir da composição de valores de procedimentos constantes da tabela SIGTAP/SUS/MS, agregados em nível de grupo, subgrupo e forma de organização, considerada a utilização dos serviços de saúde pela população, e para os incentivos previstos em Portarias e Resoluções; e R\$ 39.711.070,14 (Trinta e nove milhões, setecentos e onze mil, setenta reais e quatorze centavos) de recursos pós-fixados, referentes ao incentivo pago às Instituições que são de referência em doenças raras, e aos procedimentos ambulatoriais e hospitalares de Alta Complexidade, a partir da composição de valores de procedimentos constantes da tabela SIGTAP/SUS/MS, agregados em nível de grupo, subgrupo, forma de organização e procedimentos, considerada a utilização dos serviços de saúde pela população. (SMS)2022.

Serviços de referência em doenças raras, e aos procedimentos ambulatoriais e hospitalares de Alta Complexidade, a partir da composição de valores de procedimentos

constantes da tabela SIGTAP/SUS/MS, agregados em nível de grupo, subgrupo, forma de organização e procedimentos, considerada a utilização dos serviços de saúde pela população. (SMS)2022.

#### **5.4 Funcionamento das utis dos complexos hospitalares (HUWC – MEAC)**

O complexo hospitalar que compreende HUWC e MEAC conta com 4 utis: UTI clínica, UTI materna, UTI pós-operatório, UTI neonatal. A MEAC possui, no serviço de Neonatologia, duas unidades de terapia intensiva, duas Unidades de Cuidados Intermediários Neonatal Convencional, e a Unidade de Cuidados Intermediários, método Canguru, com cinco leitos. Dispõe, ainda, de uma UTI Materna com quatro leitos. O complexo hospitalar que compreende HUWC e MEAC contam com 4 UTIs: UTI Clínica adulto (8 leitos); UTI Materna (5); UTI Pós-operatório (8); 5 leitos (pós-anestésico); a MEAC possui, no serviço de Neonatologia, duas unidades de terapia intensiva, com 21 leitos; duas unidades de cuidados intermediários neonatal convencional, com 30 leitos, e uma unidade de cuidados intermediários, método Canguru, com cinco leitos. As Unidades de Terapia Intensiva Adulto poderão ser habilitadas em duas tipologias: Tipo II e Tipo III. Para habilitação em uma das duas tipologias, o estabelecimento hospitalar deverá cumprir os seguintes requisitos: I - Estar cadastrado no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - CNES; II - Possuir, no mínimo; 60 leitos gerais ativos ou operacional; III - Dispor, na própria estrutura hospitalar, dos seguintes serviços de apoio diagnóstico e terapêutica: Centro cirúrgico; Serviço radiológico convencional; Serviço de ultrassonografia portátil; Serviço de ecodopplercardiografia; Hemogasômetro 24 horas; Serviço de laboratório clínico, incluindo microbiologia. (ANVISA, 2017).

Para habilitação no SUS, a Unidades de Terapia Intensiva Adulto Tipo II deverá dispor, minimamente, dos materiais e equipamentos contar com a seguinte equipe multiprofissional mínima: 01 (um) médico responsável técnico com jornada mínima de 4 horas diárias, podendo acumular o papel de médico rotineiro, com habilitação em Terapia Intensiva comprovada por título; 01 (um) médico rotineiro, com jornada de 04 (quatro) horas diárias, para a unidade, com habilitação em Terapia Intensiva comprovada por título; 01 (um) médico plantonista, para cada 10 (dez) leitos ou fração, em cada turno, com no mínimo três certificações entre as descritas a seguir: Suporte avançado de vida em cardiologia; Fundamentos em medicina intensiva; Via aérea difícil; Ventilação mecânica; Suporte do

doente neurológico grave. 01 (um) enfermeiro coordenador, com jornada mínima de 04 horas diárias, podendo acumular o papel de enfermeiro rotineiro, com habilitação em Terapia Intensiva comprovada por título; V - 01 (um) enfermeiro rotineiro, com jornada de 04 (quatro) horas diárias, para a unidade, com habilitação em Terapia Intensiva comprovada por título; 01 (um) enfermeiro plantonista, para cada 10 (dez) leitos ou fração, em cada turno; 01 (um) fisioterapeuta responsável técnico, com jornada diária mínima de 06 horas, com no mínimo 02 anos de experiência profissional, comprovada em Unidade de Terapia Intensiva; 01 (um) fisioterapeuta plantonista, para cada 10 (dez) leitos ou fração, em cada turno, sendo exclusivo em pelo menos três turnos, perfazendo um total de 18 horas diárias; 01 (um) fonoaudiólogo disponível para a unidade; 01 (um) psicólogo disponível para a unidade; Técnicos de enfermagem: no mínimo 01 (um) para cada 02 (dois) leitos em cada turno; Auxiliares administrativos: no mínimo 01 (um) exclusivo da unidade; Funcionários exclusivos para serviço de limpeza da unidade, em cada turno (ANVISA, 2010).

O médico e o enfermeiro poderão assumir responsabilidade técnica ou coordenação em, no máximo, 02 (duas) UTI. Os seguintes recursos assistenciais deverão ser garantidos no hospital por meios próprios ou terceirizados, com os seguintes serviços à beira do leito: Assistência nutricional; Terapia nutricional (enteral e parenteral); Assistência farmacêutica; Assistência clínica (vascular, cardiovascular, neurológica, ortopédica, urológica, gastroenterologia, nefrológica, incluindo hemodiálise, hematológica, hemoterápica, oftalmológica, otorrinolaringológica, infectologia, cirurgia geral, ginecológica); Assistência odontológica; Assistência de terapia ocupacional; Assistência social; Assistência endocrinológica; Serviço de radiografia móvel; Serviço de endoscopia digestiva alta e baixa; Serviço de fibrobroncoscopia; Serviço de eletroencefalografia; Capacidade de comprovação de morte encefálica. As Unidades de Tratamento Intensivo do tipo III, devem, além dos requisitos exigidos as UTI tipo II, contar com:

- a) Espaço mínimo individual por leito de 9m<sup>2</sup> , sendo para UTI Neonatal o espaço de 6m<sup>2</sup> por leito;
- b) Avaliação através do APACHE II se for UTI Adulto, o PRISM II se UTI Pediátrica e o PSI modificado se UTI Neonatal.
- c) Além da equipe básica exigida pela a UTI tipo II, devem contar com: - um médico plantonista para cada dez pacientes, sendo que pelo menos metade da equipe deve ter título de especialista em medicina intensiva reconhecido pela Associação de Medicina Intensiva Brasileira (AMIB); - enfermeiro exclusivo

da unidade para cada cinco leitos por turno de trabalho; - fisioterapeuta exclusivo da UTI; - acesso a serviço de reabilitação.

- d) Além dos requisitos exigidos para as UTI tipo II, o hospital deve possuir condições de realizar os exames de: - Tomografia axial computadorizada; - Anatomia patológica; - Estudo hemodinâmico, - Angiografia seletiva, - Fibrobroncoscopia; - Ultrassonografia portátil.
- e) Além dos materiais e equipamentos necessários para as UTI tipo II, o hospital deve contar com: - Metade dos ventiladores do tipo microprocessado, ou um terço, no caso de UTI neonatal; - Monitor de pressão invasiva, um para cada cinco leitos; - Equipamento para ventilação pulmonar não invasiva; - Capnografia; - Equipamento para fototerapia para UTI Neonatal, um para cada dois leitos; - Marcapasso transcutâneo.

As UTIs também são classificadas quanto ao nível de atenção que atendem e o grau de complexidade de recursos humanos e tecnológicos que oferecem. Nessa classificação, existem dois tipos, os quais são tipo II, atendendo a pacientes que necessitam de nível de atenção alto e tipo III, atendendo a pacientes que necessitam de nível de atenção muito alto, muito embora as UTIs não são o único tipo de unidade a prestar cuidados ao paciente crítico (CFM, 2020).As UTIs do complexo hospitalar Meac / Huwc encontram-se regulamentadas no cnes para funcionamento e habilitação das UTI, sendo classificadas como tipo II III, segundo a Portaria GM/MS nº 3.432 de 12/08/1998.

Em 1975 foi instalada a Unidade de Terapia Intensiva (UTI) do HC, com seis leitos e equipamentos para monitorização cardíaca eletrocardiográfica. Maria José do Espírito Santo foi a primeira enfermeira da UTI, escolhida pela Direção Geral, Dr. Nogueira Paz e Dr. Arnóbio Pereira Machado para ser chefe de Enfermagem da referida unidade.(REZENDE,2012).

O Instituto Brasileiro de Desenvolvimento de Pesquisas Hospitalares promoveu o curso em Unidade Intensiva para alguns profissionais da saúde que trabalhavam no Hospital Universitário (HU). Voltando para unidade de trabalho técnicas e procedimentos de Enfermagem que foram ensinados, serviram de modelo para outros setores e para alunos que eram recebidos em estágios, provenientes da Universidade Estadual do Ceará (UECE), Universidade de Fortaleza (UNIFOR) e da própria Universidade Federal do Ceará (UFC), tais como: passar sonda nasogástrica em pacientes graves; realizar cateterismo vesical; colher sangue arterial; puncionar veia jugular e femoral; medir pressão venosa central; fazer

eletrocardiograma; aspirar paciente entubado; manusear o desfibrilador cardíaco; preparar bandeja para exames de laringoscopia, punção lombar em pacientes graves; fazer nebulizações em pacientes graves; preparo da equipe para o uso de equipamentos de uma parada cardiorespiratória; limpeza dos equipamentos usados após os procedimentos realizados; banho no corpo morto, usando a técnica; anotações nos prontuários e nos livros de ocorrências, entre outras atividades importantes na unidade.(REZENDE,2012).

Em março de 2012 Unidade de Terapia Intensiva do HUWC, passou por uma pequena reforma pois as instalações elétricas e estruturais estavam caóticas e só foi possível graças ao investimento vindo do Programa Nacional de Reestruturação dos Hospitais Universitários Federais (REHUF).Em 2015 visando aumentar a quantidade de leitos e melhoria de processos de trabalho houve mudança de local de funcionamento sendo ampliado para funcionamento com 8 leitos em janeiro de 2015 permanecendo até os dias de hoje.

#### ***5.4.1 O ambiente da UTI clínica HUWC***

A UTI Clínica está em local estratégico dentro do hospital, próximo ao centro cirúrgico e à, com acessibilidade facilitada ao centro de imagenologia e internação de acordo com a RDC 50 (ANVISA, 2002).

A disposição dos 8 leitos na uti clínica se faz em área comum (tipo vigilância), separados por divisórias laváveis com distanciamento sendo que um desses leitos é de isolamento respiratório(com filtro hepa e pressão negativa)com o objetivo de oferecer privacidade aos pacientes, dispõe de central de monitorização contínua com avaliação multiparamétrica (onda eletrocardiográfica, frequência cardíaca, temperatura corporal, índice de saturação de oxigênio, pressão arterial média, capnografia).

A iluminação natural garante aos ambientes a noção de tempo dia e noite, chuva ou sol, influenciando no estado de saúde dos pacientes. Logo, temos a iluminação natural como outro fator positivo no tratamento de pacientes em estado crítico em cada leito temos uma janela para iluminação. As condições térmicas das UTI são controladas por um sistema de controle interno de ambientes e devem proporcionar conforto quando mantida estável e igual nos ambientes entre 20 e 24°C, evitando-se deslocamento de ar excessivo e conservando a umidade relativa não inferior a 40%. Com uma estrutura física adequada e equalizada, associada à tecnologia integrada, as UTI podem, junto com os recursos humanos das equipes

Área Externa: Composto por um local para a recepção de familiares dos pacientes, onde é feito acolhimento aos familiares, Secretária (com arquivo próprio da unidade), onde consta todas as informações do hospital e seus pacientes; copa para refeição, destinada aos profissionais da unidade ali presentes, banheiros masculino e feminino; Quarto para plantonista médico /enfermagem, para revezamento de repouso dos profissionais e área para material contaminado.

- Recursos materiais disponíveis:
  - a) Respiradores: de volume, a beira leito e 2 de reserva técnica, 2 Ventiladores Portáteis para transportes de pacientes;
  - b) Monitores cardíacos: 8 de cabeceira multi parâmetros; 2 em carros móveis, conjugados a eletrocardiógrafos e desfibriladores, 1 eletrocardiógrafo, 1 gasômetro; 1 Balança Para Pesagem; 2 Filtros De Ar Portáteis; 1 Cadeira Tipo Poltrona Para Pacientes; 1 Bisturi Elétrico; 2 Botas Pneumáticas; Aquecedor Para Manta Térmica; Marcapasso.
  - c) Material de consumo: composto em sua maioria por descartáveis.
- Recursos humanos: Médicos (10); Nutricionista (1); Psicólogo (1); Fisioterapeutas (8); Enfermeiras (13); Técnicos De Enfermagem (23); Controlista (1); Secretárias (2); Maqueiro (2).

#### ***5.4.2 Rotina na UTI Clínica HUWC***

A UTI conta com um ambiente no qual circulam muitos profissionais: médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, fisioterapeutas, nutricionistas, fonoaudiólogos, dentistas, residentes, acadêmicos, funcionários da limpeza e funcionários administrativos.

A equipe de enfermagem e multiprofissional funciona diariamente com 4 técnicos e 2 enfermeiros para o serviço diurno 1 residente de enfermagem e 1 técnico de apoio , serviço noturno consta com 2 enfermeiros e 4 técnicos ,1 fisioterapeuta , serviço diurno: 1 médico plantonista ,1 diarista ,em média 3 a 4 residentes sendo sempre 1 de terapia intensiva e 2 a 3 residentes de clínica médica ,serviço noturno: 1 plantonista,1 residente clínico, fisioterapeuta, dois enfermeiros, cinco técnicos de enfermagem e um funcionário da limpeza.

A rotina diária se inicia às sete horas da manhã, com a “passagem de plantão” da enfermagem, da medicina e da fisioterapia, que conta com informes detalhados dos pacientes internados e termina às 19 horas com o mesmo processo, para a equipe que chega.

No turno da manhã, os enfermeiros realizam as prescrições de enfermagem com a ajuda da ferramenta AGHU que é o aplicativo destinado a gestão dos hospitais universitários, essa ferramenta foi desenvolvida em 2009 como parte integrante do Programa Nacional de Reestruturação dos Hospitais Universitários Federais (REHUF), que visava à reestruturação e revitalização dos hospitais das universidades federais. O objetivo do sistema é apoiar a padronização das práticas assistenciais e administrativas dos hospitais universitários e permitir a criação de indicadores nacionais, o que facilita a execução de programas de melhorias comuns para todos esses hospitais. Os enfermeiros realizam os check list do carro de urgência e psicotrópicos, iniciam as checagens a beira leito dos sinais vitais (primeiro do dia), e parâmetros ventilatórios exame clínico dos pacientes como também a checagem das escalas de queda, Glasgow, dor, bundles, realização de curativos de cateteres centrais após banho, curativos de úlceras de pressão, fazem os registros no prontuário eletrônico, participam das visitas multidisciplinares onde se discute as metas diárias de cada paciente caso a caso com a equipe multiprofissional. Gerenciamento do plantão, realizam a prescrição de enfermagem O banho geralmente é feito no leito pelos técnicos de enfermagem com divisões dia e noite e preparo de medicações, mudanças de decúbito, acompanham a beira leito os procedimentos diversos, checagem da prescrição de enfermagem, realizam as rotinas dos 3 BUNDLES utilizados na unidade (PAV; ITU; IPCSL).

A equipe de fisioterapia efetua seu atendimento com ajustes na ventilação mecânica, desmame da ventilação, mecânica, checagem e executam itens de prevenção do BUNDLE de PAV, fazem fisioterapia motora e outros. O técnico de apoio, que tem o controle de repõe os materiais nos leitos, além de verificar se a equipe necessita de algum medicamento ou insumo, organiza os materiais médico hospitalar, checagem de medicações junto a farmácia, solicitação de material médico hospitalar semanalmente, acompanha pacientes em transportes intra-hospitalar para exames de imagem. Os fisioterapeutas reavaliam os pacientes para verificar a necessidade de ajustes nos parâmetros da ventilação mecânica ou aspirar a secreção traqueal. Às 19 horas ocorre novamente a troca de plantão de todas as equipes e a rotina recomeça. A Visita dos pacientes pelos familiares no momento atual estão sendo somente 1 familiar diariamente por leito de UTI no horário de 16h às 17h, acreditamos que retornaremos em breve os horários regulares que eram 3 vezes ao dia.

O paciente em UTI deve ser considerado como uma pessoa que está em um momento difícil, mas que é um ser humano com necessidades, sentimentos, alguém que precisa não apenas de cuidados físicos, mas também psico espiritual. Um importante requisito para a humanização do cuidado é manter a família informada e prepará-la para a visita na UTI, oferecendo informações adequadas, com palavras simples e condizentes com o nível sociocultural dos familiares, sendo que a participação do enfermeiro é fundamental neste momento. Em estudo feito por Beccaria et al. (2020), sobre a opinião de que a presença do familiar ao lado de seu ente querido era importante para a sua recuperação, 38 (92,7%) responderam que se consideravam importantes para a recuperação do cliente, dois (4,9%) disseram que não é um (2,4%) que não sabia se sua presença colabora com a recuperação de seu familiar.

## **5.5 Ferramentas de gestão do complexo hospitalar**

O AGHU é o aplicativo destinado à gestão dos hospitais universitários, a ferramenta foi desenvolvida em 2009 como parte integrante do Programa Nacional de Reestruturação dos Hospitais Universitários Federais (REHUF), que visava à reestruturação e revitalização dos hospitais das universidades federais.

O desenvolvimento do AGHU teve início em 2009, como parte integrante do Programa Nacional de Reestruturação dos Hospitais Universitários Federais (REHUF), do Ministério da Educação, destinado à reestruturação e revitalização dos hospitais das Universidades Federais.

Seu desenvolvimento tomou como base o AGH, sistema de Aplicativos para Gestão Hospitalar, desenvolvido pelo Hospital de Clínicas de Porto Alegre – HCPA, também pertencente ao MEC.

O objetivo do sistema é apoiar a padronização das práticas assistenciais e administrativas dos hospitais universitários e permitir a criação de indicadores nacionais, o que facilita a execução de programas de melhorias comuns para todos esses hospitais.

Em sua 10ª versão, o AGHU é a plataforma oficial de apoio à gestão hospitalar em toda a Rede EBSEH, conforme decisão da Diretoria Executiva da EBSEH em sua 261ª reunião, em abril de 2019, e estabelecido na Portaria-SEI nº 630, de 20/12/2019.

A evolução do AGHU é realizada de maneira iterativa e incremental, utilizando práticas de desenvolvimento ágil, orientada por Centros de Competência temáticos, que

estabelecem as diretrizes de evolução dos 18 módulos assistenciais e administrativos que compõem a plataforma.

A expansão do AGHU em todos os 40 Hospitais Universitário da Rede, realizada com apoio dos Núcleos Gestores do AGHU locais, está trazendo novos módulos, como Certificado Digital, Telemedicina, Hemoterapia, Compras, Oncologia, Faturamento, Nutrição, além de novas funcionalidades nos módulos existentes, como rastreabilidade de estoque e farmácia, controle de prontuário físico, controle de prontuário de acesso restrito, dentre outras.

## 6 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Participaram deste estudo nove profissionais que prestavam assistência na Unidade de Terapia Intensiva Clínica, destes, cinco eram enfermeiros e quatro eram técnicos de enfermagem. Quanto as características sociodemográficas, a maioria era do sexo feminino (7), casados (6). Quanto à idade, observou-se que os profissionais se encontravam na faixa etária de 28 a 50 anos com a média de idade de 37 anos, Em relação ao grau máximo de instrução, três possuíam pós-graduação lato sensu, sete possuíam graduação e dois possuíam segundo grau completo. Os dados revelam que os profissionais possuem entre cinco e 18 anos de tempo de trabalho na instituição, com média de nove anos. Em relação a carga horária semanal de trabalho na UTI, têm carga horária entre 36 e 60 horas, com média de 44 horas semanais (Tabela 1).

Tabela 1 – Dados sociodemográficos dos profissionais de enfermagem (n=9).

<b>Categorias</b>	<b>N</b>	<b>%</b>		
<b>Sexo</b>				
Masculino	2	23		
Feminino	7	77		
<b>Estado civil</b>				
Casado	6	67		
Solteiro	3	33		
<b>Escolaridade</b>				
Pós-graduação	3	33		
Graduação	7	77		
Técnico	2	22		
	<b>Min</b>	<b>Máx</b>	<b>Média</b>	<b>Mediana</b>
Idade	28	50	37	35
Tempo de Trabalho	5	18	9	10
Carga horária	36	60	44	48

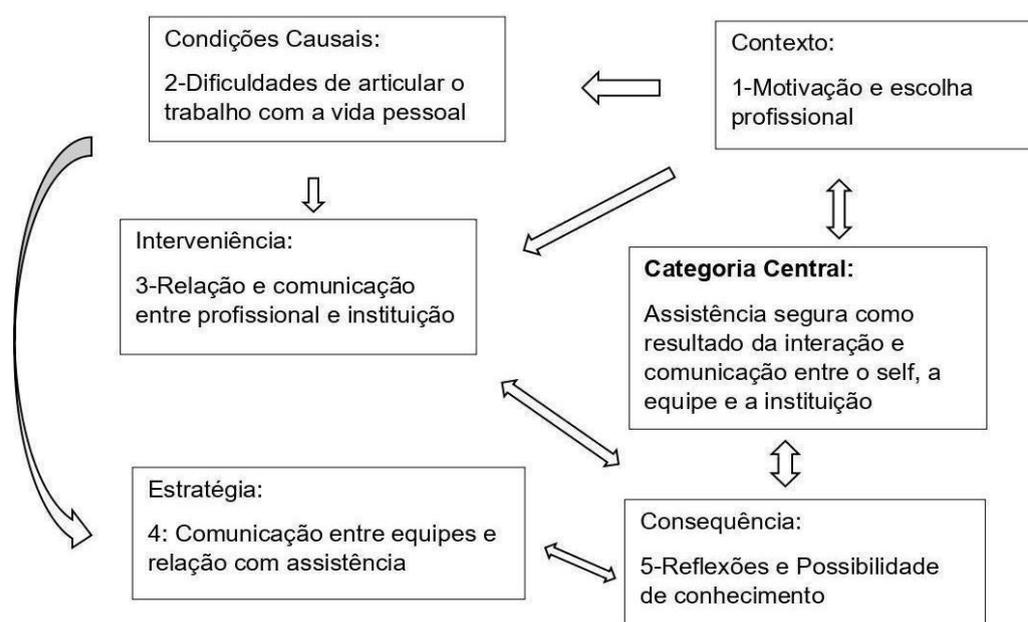
FONTE: Elaborado pela autora.

A partir das etapas de análise dos dados coletados descreve-se as categorias emergentes do processo de codificação e análise: Motivação e escolha profissional, Dificuldades de articular o trabalho com a vida pessoal, A relação e comunicação entre profissional e instituição, Comunicação entre equipes e a relação com assistência, Reflexões e possibilidades de reconhecimento. A partir da correlação dos fenômenos e categorias encontradas no modelo paradigmático, emergiu-se o fenômeno central: a assistência segura é resultado de uma interação significativa do self (eu e mim) com a equipe e instituição.

A relação entre as categorias acima citadas permitiu o estabelecimento da integração e compreensão dos fenômenos, tarefa que foi facilitada com a aplicação do modelo de

paradigma de Strauss e Corbin (FIGURA 1), o qual é constituído de acordo com a seguinte estrutura teórica: condições causais, contexto, condições intervenientes, estratégias e conseqüências e a interpretação à luz do Interacionismo Simbólico (CASSIANE; CALIRI; PELÀ, 1996).

Figura 1 - Paradigma de análise envolvendo o fenômeno: Assistência segura como resultado da interação e comunicação entre o self, a equipe e a instituição.



FONTE: Elaborado pela Autora.

## 6.1 Motivação e escolha profissional

Acerca da trajetória profissional, a motivação para atuação na UTI, se deu mediante vocação, escolha pessoal, experiência prévia em assistir pacientes graves e/ou convocação por concurso público, a fim de proporcionar melhorias aos cuidados e desfechos dos pacientes assistidos, o que é categorizado na teoria como o contexto, o que leva os participantes a estar nesse ambiente, demonstrando como eles encaram o fato de estar nesse ambiente de trabalho.

O motivo e contexto pelo qual os profissionais escolheram atuar na UTI vai muito além dos motivos convencionais, muitos consideram como uma vocação, um desafio ou uma

oportunidade de aprendizado, como evidenciado nas falas a seguir:

A minha vontade de trabalhar em unidade de terapia se deu por realmente se identificar, por gostar realmente de trabalhar com paciente grave e de alguma forma poderia fazer diferença na vida daqueles que estavam lutando pela vida [ENF 1].

Assim que eu me formei, percebi que era o lugar onde eu me sentia mais seguro para desenvolver o meu trabalho [ENF 4].

[...] despertou em mim o interesse de conhecer uma realidade diferente da que eu vivenciava, então foi uma oportunidade de conhecer e trabalhar na UTI [TC ENF 1].

Quando eu fui convocada para vir trabalhar pela EBSERH, eu dei prioridade a trabalhar na UTI, porque eu acho um setor rico de aprendizagem [TC ENF 2].

Eu nunca tinha tido vontade de trabalhar na UTI, e aí meu primeiro emprego foi numa UTI, e foi amor à primeira vista. A vontade de ver aqueles pacientes melhorando, foi o que me fez querer ficar [TC ENF 3].

Eu recebi o convite para ir para a UTI, achei desafiador, mas também achei que seria uma nova experiência que ia me enriquecer não só como profissional, mas também como pessoa (ENF 5).

O objetivo básico da UTI é recuperar ou dar suporte às funções vitais dos pacientes em um ambiente físico e psicológico adequado, a partir de cuidados complexos e especializados. Nesse ínterim, o profissional enfermeiro é responsável pela supervisão, coordenação e cuidado técnico especializado, tendo como característica principal o desempenho de múltiplas funções assistenciais, administrativas e educativas, mediante pensamento crítico, tomada de decisão e intervenções orientadas, em consonância com o aporte tecnológico. No entanto, o cuidado de enfermagem perpassa a tríade técnica, tecnologia e humanização, ao passo que lida, além dos cuidados críticos, com recursos humanos, materiais, tecnologias e subjetividades dos pacientes, equipe e família, exigindo da equipe de enfermagem um alto padrão de conhecimento técnico e científico, além de comprometimento, dinamismo e sinergia, fato exemplificado pela fala dos profissionais relatando o desafio de se trabalhar na UTI (MASSAROLI et al., 2015).

Sob análise e contexto das narrativas, a UTI como narrado por uma das entrevistadas, sempre foi um desejo, já outra entrevistada, cita como “amor à primeira vista”, o desejo em ajudar, em dar assistência ideal a esses pacientes críticos é o ponto em comum entre as narrativas. Apesar de diversos olhares e construções sobre a profissão e de como chegaram até a mesma, todos possuem o mesmo sentimento que é em subsidiar uma qualidade de vida para esses pacientes que estão na UTI, fazendo a diferença na vida dos mesmos, essa motivação faz toda diferença no serviço prestado por essa equipe, pois a equipe de enfermagem que atua diretamente com o paciente crítico precisa reconhecer a importância da escuta qualificada, da comunicação verbal e/ou não-verbal entre enfermeiro-paciente-família, com interesse de

promover a humanização do cuidado na UTI, algo tão debatido e evidenciado ultimamente (GOMES et al., 2020).

## 6.2 Dificuldades de articular o trabalho com a vida pessoal

Essa categoria, revela as condições causais do fenômeno do estudo, sabe-se que a rotina da UTI é intensa e a equipe de enfermagem deve estar, a todo momento, à postos, para intervir em desequilíbrios hemodinâmicos importantes, os quais requerem competências específicas, e prática, para empunhar decisões e intervenções em tempo oportuno, o que pode gerar a experiência de sentimentos negativos como cansaço, fadiga, estresse e ansiedade (BEZERRA; FONSECA, 2019).

Assim, a seguir, os achados versam acerca das concepções pessoais e sentimentos dos entrevistados, contemplando as diferentes esferas da vida, no que tange a aspectos conjugais, lazer, espiritualidade e projetos individuais, bem como estes relacionam-se a experiência de sentimentos negativos e demandas de autocuidado, muitas vezes, negligenciados.

Não cuido muito bem da minha saúde pois não a coloco como prioridade. Concílio bem meu trabalho e minha família, apesar do meu filho reclamar bastante [ENF 3].

Quanto ao lazer, a gente tenta conciliar com a carga horária de trabalho [...]. O que eu faço pra cuidar de mim é, basicamente, atividade física e me alimentar bem, já que a gente não consegue dormir bem [...] [ENF 2].

A nível pessoal, como ser humano, eu sempre deixei minha vida pessoal para depois, sempre quis, em primeiro lugar, colocar minha vida profissional à frente [...]. Uma das coisas que eu tento conciliar é não falar muito do meu trabalho para casa [...], porque a UTI por si só já tem muitos problemas [...] [ENF 1].

[...] tento fazer isso porque são atividades de base, né, essas atividades mais estruturais que fazem com que a gente consiga performar bem no trabalho, performar bem em vários aspectos da nossa vida.[...É o sucesso no trabalho pode está relacionado sim com felicidade, porque quando você é bem sucedido, quando você é reconhecido, quando você é bem tratado no seu trabalho, pelo seu trabalho, isso reflete muito na sua felicidade fora. Então, se você é uma pessoa feliz fora da esfera de trabalho, você vai conseguir reproduzir essa felicidade dentro do seu campo [ENF4].

Quanto a minha família, eu passo mais ou menos uns seis meses sem vê-los, por conta do estudo e do trabalho, porque minha família é do interior. [TC ENF 2].

Hoje eu me sinto uma pessoa realizada, [...] Também procuro cuidar de mim, da minha saúde, fazer atividade física, ter uma vida saudável, porque tudo isso também impacta na gente [...] não só físico, mas também emocional [TC ENF 1].

Eu procuro equilibrar o trabalho com a minha vida pessoal, embora seja uma rotina difícil para quem trabalha numa cidade e mora em outra. [...] com relação à minha família, eu sinto que o trabalho toma muito o meu tempo e eu não posso estar junto da minha família como eu gostaria. [ENF 5].

Os achados contribuem para reflexões acerca das dificuldades dos profissionais de saúde em conciliar a extensa carga horária e demandas profissionais e, no que diz respeito a aspectos como família, saúde, espiritualidade e lazer, que acabam negligenciados, impactando na performance deles no trabalho como relatada por um dos profissionais. A alta carga horária devido a plantões, troca de turnos e dupla jornada de trabalho acarreta significativamente na qualidade de vida dos enfermeiros e no desempenho das suas atividades. Registra-se que 65,9% dos profissionais da equipe de enfermagem consideram o trabalho desgastante, tendo como um desses fatores desencadeadores a carga horária excessiva (BARRETO et al., 2021).

Em entrevista, a enfermeira n. 03 relata que se sente feliz em cuidar dos pacientes, entretanto diz não cuidar da sua saúde, e não colocá-la como prioridade. Essa fala significa muito e nos permite afirmar que existem profissionais que colocam o trabalho em primeiro lugar e deixam de lado as realizações no que se diz respeito a aspectos pessoais como: família, saúde, espiritualidade. Logo, a diminuição do tempo e das atividades de lazer, resulta em um aumento do nível de estresse do profissional desencadeando agravos à saúde (MOTA et al., 2020).

Um estudo recente revelou o adoecimento dos profissionais da enfermagem como um tema grave, evidenciando que mais da metade dos participantes envolvidos declararam ter precisado de atendimento médico nos primeiros 12 meses de serviço, outro estudo evidenciou resultados semelhantes em que as categorias profissionais enfermeiro, técnico de enfermagem e auxiliar de enfermagem são as categorias que mais se afastam do trabalho em decorrência de adoecimento (BARRETO et al., 2021; BARDAQUIM et al., 2019).

Corroborando com a narrativa, a enfermeira n. 1 relata que sempre deixou sua vida pessoal para depois colocando a vida profissional em primeiro lugar. A exemplo, diferentes estudos abordam acerca da repercussão da jornada de trabalho na vida pessoal dos enfermeiros atuantes em UTI, de modo que, ao término da jornada de trabalho, quando se dirigem às suas casas, os profissionais de enfermagem, precisam conciliar demandas domésticas, cuidado dos filhos, cônjuge e família, além de, muitas vezes, dar continuidade ao trabalho de enfermagem em outras instituições de saúde, inferindo vastos prejuízos a percepção do enfermeiro como ser humano, que tem necessidades pessoais físicas, mentais, de lazer, espiritualidade, afetivas, de convivência social, dentre outros (SALOMÉ; ESPÓSITO; SILVA, 2008).

Diversos estudos têm apontado estresse, sobrecarga de trabalho e outros problemas que denotam descuido de si entre os enfermeiros, os quais fomentam questionamentos acerca

de quem cuida do profissional prestador de cuidados. O cenário é marcado por fatores como grande pressão no ambiente de trabalho, a alta responsabilidade ética e as baixas remunerações (SILVA JÚNIOR; BALSANELLI; NEVES, 2020).

Em vista disso, a enfermagem foi classificada pela *Health Education Authority* como quarta profissão mais estressante no setor público (BAGGIO; MONTICELLI; ERDMANN, 2009), o que impõe a negligência do cuidado de si como uma reflexão que deve ser feita pelo profissional enfermeiro, ao passo que, se este não dá a devida importância, pode haver interferências diretas em sua vida e trabalho, posto que este desempenha o papel de líder e, para desenvolvê-lo, é necessário domínio da autoconsciência, proporcionado pelo cuidado de si, o qual possibilita conhecer o impacto das suas emoções e posturas e como estas podem afetar a sua vida e a do outro (PADILHA et al., 2017).

Outro aspecto importante relatado na fala dos profissionais, mais especificamente na fala dos Enfermeiros 3 e 5 e do Técnico de Enfermagem 2 é a distância da família e o pouco tempo que resta para conviver com a família. Para uma boa qualidade de vida, o ser humano precisa estar em contentamento com algumas áreas da sua vida: vida ambiental, amorosa, familiar, social, profissional, estética e religiosa. O desequilíbrio entre esses aspectos, mais especificamente a falta de apoio familiar, nesse caso exemplificado pelo distanciamento, pode ocasionar um aumento dos níveis de ansiedade e estresse (CASTRO et al., 2021).

A qualidade de vida dos profissionais de saúde e sua realização dentro do seu ambiente de trabalho é um grande impasse atualmente. O trabalho muitas vezes demanda maior tempo do dia a dia, mentalmente e fisicamente. Porém, durante as entrevistas, foi possível perceber que os profissionais de saúde se empenham na tentativa de manter uma vida fora do ambiente de trabalho. Os pontos mais citados foram: casamento, espiritualidade, família, saúde com o corpo com práticas e atividades físicas, nutrição adequada e mental com terapias (MOTA et al., 2020).

Estudos recentes discutem o descaso dos trabalhadores da enfermagem com a própria saúde e a falta de importância que se dá ao tempo de lazer, fatores que influenciam diretamente no atendimento e qualidade do serviço. O comprometimento exacerbado com o trabalho acaba excluindo o profissional das suas atividades de descontração e entretenimento, dedicando sua vida inteiramente ao trabalho. Ter tempo de qualidade fora do trabalho, faz com que o trabalho desenvolvido seja mais produtivo, leve e menos estressante (MOTA et al., 2020).

Neste modo de ser e estar no mundo, o conflito torna-se visível: o desejo por um trabalho que favoreça o seu crescimento profissional e ser humano e a facticidade limitada de seu mundo da vida. Assim, a prestação dos cuidados em saúde deve considerar a subjetividade e intersubjetividade do trabalhador. Visto que, mesmo que a equipe de enfermagem ofereça uma assistência de qualidade nas técnicas e procedimentos, esta pode ser insuficiente em relação ao cuidado prestado, devido a fatores como desmotivação e sobrecarga (BEZERRA; FONSECA, 2019).

A efetividade do cuidado prestado está diretamente vinculada à qualidade de vida no trabalho, e são atributos da organização que presta serviço ao outro, o cuidado com o profissional cuidador. Desta feita, para cuidar do paciente, antes, é preciso cuidar de si próprio, pois a assistência se dá a partir da transferência de sentimentos, com referências elevadamente estabelecidas e específicas, de modo que o enfermeiro deve visualizar-se o mais autorrealizado possível a nível físico, emocional e espiritual, a fim de atender os desafios da UTI (FONTES et al., 2014).

Em vista disso, o cuidado de si não deve ser visto como algo teórico, dissociado da vida cotidiana. Ao passo que, caso não se conheça, não saiba os seus valores e não entenda o que lhe proporciona felicidade ou desconforto, o enfermeiro dificilmente poderá estar próximo e intervir a indivíduos cuja saúde esteja desequilibrada (SILVA JÚNIOR; BALSANELLI; NEVES, 2020). Em consonância, Orem (1980), em sua Teoria do Autocuidado dispõe que quando o autocuidado é efetivamente realizado, ajuda a manter a integridade estrutural e o funcionamento humano, contribuindo para o seu desenvolvimento.

Assim, o conceito de autocuidado diz respeito a dar atenção a si mesmo com o objetivo de desenvolvimento humano, que precisa se adaptar ao meio ambiente para atingir seus objetivos e para tanto precisa se auto cuidar. É necessário manter o equilíbrio entre o bom funcionamento do corpo e a ausência de doença, através da promoção de saúde. Partindo desse ideal, adota-se um comportamento ético pela vida e a preocupação com o viver bem e com qualidade, sob a tese de que, para ajudar os outros, é preciso, primeiro, cuidar de si próprio (CRUZ; CARVALHO; SILVA, 2016).

Visando este fim, a implementação de estratégias de autocuidado, especialmente para conciliação do trabalho e vida pessoal é pautada em estratégias simples, como as necessidades básicas: comer bem, praticar atividades físicas e procurar ter horas recomendadas de sono, com benefícios diretos, como aumento da produtividade, qualidade de vida e relações no ambiente de trabalho (CRUZ; CARVALHO; SILVA, 2016).

Os hábitos de atividade física e alimentação saudáveis são fortemente explicitados nos discursos, no que se refere a manutenção da saúde física e mental, com eficácia científica comprovada e amparada por estudos como de Silva (2018), dispondo que a alimentação saudável, junto a atividades físicas contribuem ativamente a qualidade de vida e aprimoram os elementos motores e psicossociais como a disposição, diminuição de dores, elevação da autoestima e convívio social.

O trabalho é importante, porém há necessidade desse autocuidado, pois além do profissional existe uma pessoa que está inserida em um mundo social e que precisa de vínculos familiares, sociais na formação de saberes, portanto é fundamental evidenciar o cuidado de si na perspectiva do seu dinamismo o qual deve ser construído através das múltiplas interações em um contexto social familiar ou de amizade (SANTOS et al., 2015).

A luz do interacionismo simbólico, as relações humanas são o ponto chave para a compreensão do cuidado de si. Partindo da premissa de que os profissionais não se cuidam sozinhos, pois dependem um do outro no convívio e no cuidado de si. O autocuidado é então igualmente entendido como possuidor de dimensões pessoais e coletivas, que se expressam na forma como os seres humanos se relacionam consigo mesmos e uns com os outros em suas interações no decorrer do dia. A partir desta compreensão, percebe-se que cada enfermeiro ou profissional da saúde faz de si como objeto de próprio de cuidado quer seja físico, mental ou social; e o significado desse cuidado atribuído a si está intimamente ligado ao relacionamento que este possui com o outro, numa relação ou interação existencial e complexa (SANTOS et al., 2020).

No entanto, apesar das problemáticas evidenciadas, quando abordada a definição individual de trabalho e sua importância, foi verificado explicitamente o envolvimento e realização pessoal/ profissional das participantes.

Trabalho é uma forma, realmente, de você contribuir com o próximo, independentemente qual seja a sua profissão [...] eu tento o máximo, fazer o melhor para o paciente, melhor para os colegas que estão ali trabalhando comigo também [...] Eu já fui muito de só trabalhar, só pensar em trabalho, só viver em trabalho, não é à toa que eu adquiri doença autoimune, por conta disso [...] a vida não é só trabalho, a vida vai muito mais além disso [ENF 1].

O trabalho, pra mim, é uma das necessidades básicas, um meio de ocupar a mente, se sentir útil, de devolver pra sociedade um pouco do que a gente recebe, é super importante para nossa independência financeira e fazer diferença na sociedade [ENF 2].

[...] As pessoas da minha família não entendem, diz que eu trabalho demais, mas eu me sinto realizada aqui dentro, principalmente na UTI. Eu tenho o outro, mas é na UTI que me realizo [ENF 3].

[...] E eu me envolvo ativamente nos meus processos de trabalho, eu tento ao máximo, conforme o tempo me permite, estar engajado nas atividades do meu setor, prestar assistência, às vezes até fora do meu horário de trabalho, com algumas coisas que eu possa estar ajudando, às vezes tá ajudando até com coisas que não são minha função, mas são coisas que vão melhorar assim o campo. Mas a gente faz não porque se sente obrigada, mas sim porque realmente gosta de trabalhar e estar envolvida naquele projeto [ENF4].

Eu defino o trabalho como essencial, para realizar os projetos determinados e acho que é um meio muito importante, porque possibilita conhecimentos, experiências e realizações [TC ENF 2].

Eu acho fundamental. Não é só pelo salário no final do mês que a gente recebe. É por impactar a vida das pessoas, não só dos pacientes, mas também dos colegas, ser útil de todas as formas, ser uma palavra amiga, uma forma de ajudar, de fazer sentido à vida, acho que é esse movimento que faz sentido à vida [TC ENF 1].

Trabalho é importante pra gente... Serve pra gente como base de garantia pra vida e de sustento da família, e serve pra gente tanto ajudar pessoas que precisam de ajuda naquele momento como pra formar vínculos de amizade [TC ENF 3].

O trabalho é uma opção que a gente faz profissionalmente para manter a nossa vida ativa. O meu envolvimento no trabalho se dá na medida em que eu tento me manter equilibrada com a minha equipe, aprender coisas novas com a equipe, e também passar experiências, ajudar o setor. E o envolvimento principal é no cuidado com o paciente, porque o nosso foco deve ser cuidar daquele que está precisando.[ENF 5].

A temática dos significados e sentidos do trabalho é pesquisada por diferentes autores e, etimologicamente, a palavra sentido origina-se do latim *sensus*, que remete à percepção, significado, sentimento, ou ao verbo *sentire*, visualizado como perceber, sentir e saber (HARPER, 2001).

As narrativas dos profissionais técnicos e enfermeiros entrevistados nos mostram que o trabalho não é só visto como algo pesado, é visto na maioria dos relatos como essencial, digno, capital, realização, construção de valores, impactos nas vidas das pessoas (pacientes), crescimento pessoal e profissional e financeiro. Porém, na entrevista com a enfermeira N<sup>o</sup>1, ela relata sua experiência inicial na carreira em que o excesso de trabalho para ela foi adoecedor, demonstrando a realidade histórica de que a enfermagem traz consigo um hábito de cargas excessivas de trabalho e somatória de vínculos, consequência da má remuneração da classe, o que se faz necessário o aumento de expediente para que se consiga um maior número de proventos e dessa forma estabilização financeira, destacando uma trajetória marcada por Síndrome de Burnout, absenteísmo, ansiedade e estresse laboral (LIMA et al., 2021).

Há o reconhecimento do ambiente hospitalar como um local insalubre, penoso e perigoso para os profissionais, sendo considerado um local privilegiado para o adoecimento. Além disso, o tema é particularmente mais importante quando consideramos o trabalho da

equipe que trabalha em UTI, pois o cuidado a pacientes críticos é executado por equipe multidisciplinar, porém, a enfermagem, além de permanecer 24 horas ao lado do paciente, possui maior número de profissionais nesse setor e desenvolve atividades de alta demanda e de complexidade. Assim, a atuação da equipe de enfermagem, quando não existe um bom dimensionamento profissional está sujeita à sobrecarga de trabalho, o que constitui fator de risco para a segurança do paciente sob seus cuidados, além do crescente risco de sofrimento psíquico, devido à alta pressão social e psicológica a que estão submetidos (SCHMOELLER et al., 2011; GIMENEZ, 2020).

Logo, analisando uma revisão integrativa, os resultados das produções sobre as cargas de trabalho e as condições de trabalho da equipe de enfermagem, evidencia-se, em parte dos estudos, as cargas de trabalho como principais responsáveis pelo desgaste emocional dos profissionais. Como consequências da sobrecarga/excesso de trabalho, assim como evidenciado na fala da participante, os estudos identificaram principalmente: frequentes acidentes com material perfurocortante ou com fluídos e secreções corporais; problemas de saúde, como contusões, hipertensão arterial, alergias, epigastralgias, problemas musculoesqueléticos, adoecimento/sofrimento mental, entre outros. Apontaram, ainda, que grande parte dos profissionais não percebe os riscos a que estão expostos (SCHMOELLER et al., 2011).

Historicamente, a qualidade de vida no trabalho é relacionada ao sentido, de modo que, um trabalho que tem sentido é importante, útil e legítimo para aquele que o realiza, apresentando três características fundamentais: o significado, a orientação e a coerência. O significado refere-se às representações que o sujeito tem de sua atividade, assim como o valor que lhe atribui. A orientação é sua inclinação para o trabalho, o que ele busca e o que guia suas ações. E a coerência é a harmonia ou o equilíbrio que ele espera de sua relação com o trabalho (TOLFO; PICCININI, 2007).

Assim, entende-se como trabalho a representação social da tarefa executada, seja individual, para o grupo, ou social, com o sentimento de executar um trabalho que contribua para o todo, a sociedade. Como definidores do sentido do trabalho, acrescenta-se, desse modo, a utilidade da tarefa executada, a autorrealização e a satisfação, junto ao sentimento de desenvolvimento e evolução pessoal e profissional e a liberdade e autonomia para a execução das tarefas (TOLFO; PICCININI, 2007), tal qual evidenciado nas falas das participantes.

A enfermeira 5, ao relatar a importância do trabalho para si, atribui essa importância a equipe, para ela estar equilibrada com a equipe e aprendendo coisas novas e passando para

sua equipe é o que define o trabalho para ela, fato inerente a sua profissão em que o enfermeiro desempenha o papel de líder, uma tarefa considerada árdua em função da exigência de melhores resultados, da inovação, sendo uma ferramenta imprescindível no trabalho do enfermeiro. Especificamente, na UTI, onde o enfermeiro exerce a liderança, a capacidade de transmitir credibilidade, principalmente em situações críticas, que exigem tomada de decisão imediata (CORREIO et al., 2015)

### 6.3 A relação e comunicação entre profissional e instituição

A partir do paradigma de análise, a relação da categoria de relação e comunicação entre profissional e instituição está como uma condição interveniente, condição esta que facilita ou bloqueia as ações que influenciam no fenômeno central. Assim, quando indagados a respeito da permanência na instituição, a resposta foi positiva, em sua maioria, como visualizado a seguir.

Sim, eu me vejo trabalhando na instituição por muitos anos. Eu não me vejo em outra instituição. Trabalho em duas instituições, uma das coisas que mais comentam, que se um dia pedir para escolher, mesmo o outro sendo estatutário, eu escolheria aqui, porque aqui eu vejo realmente que o meu trabalho é valorizado. Não é que no outro não seja, mas é porque aqui eu me sinto mais realizada [ENF 1].

E se eu me vejo trabalhando na instituição por muitos anos, sim, é uma instituição que eu gosto muito da organização, da maneira como o serviço trabalha, da segurança do paciente, do comprometimento das pessoas com os pacientes e com o cuidado, e também pelo vínculo, a gente possui um vínculo empregatício bom, que nos faz permanecer aqui por muitos e muitos anos [ENF 2].

Sim. Porque como eu te disse, eu gosto de estar aqui, eu gosto de trabalhar, eu gosto de cuidar do paciente. Na UTI, meu trabalho são dois, eu trabalho como controlista e trabalho também na assistência, nos dois eu me sinto muito bem, mas na assistência é mais gratificante, o trabalho de cuidar [ENF 3].

Eu me vejo trabalhando nessa instituição por muitos anos sim, é uma instituição que eu gosto muito, eu gosto dos valores e gosto do aprendizado que eu consigo ter nessa instituição [ENF 4].

Eu me vejo trabalhando aqui por muito tempo, já vai fazer sete anos e mudou totalmente o meu jeito de pensar, minha forma de ver as coisas e eu pretendo continuar porque é algo que eu faço e me gratifica muito [TC ENF1].

Mais ou menos. Eu não sei se eu permaneceria mais, por muito tempo. Só que eu gosto do que eu faço e no momento não tenho outros projetos [TC ENF2].

Eu me vejo trabalhando ainda algum tempo nessa instituição, não sei quanto [...],mas as minhas expectativas eram que eu precisasse trabalhar um pouco menos, que eu pudesse, quem sabe no futuro, pleitear uma redução de carga horária para ter uma qualidade de vida melhor [ENF 5]

Apesar de a maioria dos profissionais estarem satisfeitos com o trabalho e quando indagados sobre a permanência nos ambientes de trabalho, o TEC ENF 2, não sabe se permaneceria por muito tempo. A insatisfação profissional, desta feita, é evidenciada por sintomas como exaustão física, psíquica e emocional, diminuição da realização pessoal no trabalho e despersonalização, especialmente em ambientes onde ocorre a exigência de elevada qualificação intelectual, envolvendo tomadas de decisões importantes, com alto peso emocional. Como falado já em outras narrativas acima, a satisfação de executar o trabalho está em ajudar as pessoas, lhe dar qualidade de vida, porém mais uma vez o ponto negativo está na sobrecarga a qual os profissionais de saúde estão submetidos (RODRIGUES, 2012).

Um fato observado nas falas dos enfermeiros 1 e 2 é a preocupação da instituição em valorizar o profissional e o cuidado seguro ao paciente, além do comprometimento da equipe com os pacientes. Esse nível de comprometimento do profissional com a instituição pode determinar na assistência e no cuidado quanto à segurança do paciente. O estilo, a proficiência, o compromisso da administração e a gestão da organização de saúde em relação à segurança do paciente, substituindo a cultura punitiva pelo aprendizado baseado em erros incentiva o trabalho em equipe, incentiva a notificação de eventos adversos, a liberdade de expressão, a transparência e o aprendizado pautado nos erros, além de envolver a gestão, os profissionais e o paciente na melhoria do cuidado (LEMOS et al., 2022).

Observa-se um certo nível de satisfação da maioria da equipe quanto a valorização e oportunidade de aprendizado. Nesse sentido, em outro estudo, percebeu-se que a satisfação dos enfermeiros com a organização ocorreu em razão de as lideranças adotarem um modelo de gestão democrático, o qual favorece o trabalho do enfermeiro e, conseqüentemente, a sua satisfação ocupacional (VERSA; MATSUDA, 2014).

A satisfação profissional é um constructo complexo e multifatorial, que diz respeito à reação afetiva que o ser humano tem com o trabalho, sendo decorrente da comparação entre os resultados reais, com aqueles que são desejados, abarcando três fatores principais na Enfermagem: a autonomia, o relacionamento interpessoal e o cuidado ao paciente, sendo uma variável crítica, pois exerce grande influência no resultado dos cuidados prestados e indicadores de qualidade em saúde, estando associada, ainda, a fatores como motivação, remuneração, valorização e reconhecimento profissional e/ou pessoal (MARQUES et al., 2020).

Dessa forma, ainda sobre a satisfação da equipe, foi citada a satisfação na atuação da equipe enfermagem, no que se refere a assistência e gestão, no âmbito da UTI, junto a equipe multiprofissional, inferindo desfechos favoráveis em saúde.

O que eu mais gosto no trabalho é realmente o envolvimento multiprofissional da equipe. A importância do enfermeiro, mesmo gerencial, plantão, querendo ou não, eu me sinto como se fosse uma coordenadora do plantão, porque a gente é muito responsável por isso. Nós que estamos 24 horas com o paciente, atuando mesmo, com aquele cliente. O que eu menos gosto, algumas vezes, o que eu detesto quanto acontece é falha na comunicação, porque quando há falha, quem é prejudicado é o doente. A comunicação é a base para a segurança do paciente. Se falhar, o paciente pode sofrer um dano. E na maioria das vezes esse dano pode ser irreversível [ENF 2].

O que eu mais gosto no meu trabalho é ver os pacientes se recuperando, sair de alta da UTI, conseguir retornar para a família. O que eu menos gosto, é realmente ver a perda dos familiares, quando a gente não consegue ter um desfecho favorável do paciente [ENF 2].

O que eu mais gosto no meu trabalho é prestar cuidados diretos pra quem precisa, sabe? Cuidar do paciente crítico e poder ver que ele melhora, nem que seja bem pouquinho a cada dia. O que eu menos gosto são as relações interpessoais e a forma como elas impactam na realização do trabalho, do trabalho em si. Não que eu não goste de pessoas ou de trabalhar com pessoas, mas é observar de longe como é que a relação com pessoas pode prejudicar a assistência, pode prejudicar o paciente, isso me incomoda um pouco [ENF 4].

Eu gosto de estar lá no meu trabalho, eu gosto de ajudar, eu gosto de ser prestativa. Às vezes o que me desagrada um pouco é depositar expectativas nas pessoas e essa expectativa não ser alcançada, muitas vezes, de querer que alguém faça algo e a pessoa não ter a mesma expectativa que eu tenho [TC ENF1].

O que eu mais gosto no meu trabalho é justamente a interação com as pessoas, diferentes personalidades, diferentes tipos, você faz amizade, troca experiência, troca vivência. O que eu menos gosto no meu trabalho é a exigência de um cumprimento de uma carga horária. É a exigência de você ter que registrar entrada tal hora, ter que registrar saída tal hora. Eu sei que, obviamente eu entendo que isso tem que ser feito, mas isso limita muito as possibilidades de desenvolvimento e de atividades no trabalho. De repente a gente poderia, em outra situação que não fosse de uma assistência de um ambiente de UTI, de repente organizar tudo isso com mais flexibilidades [ENF 3].

O que eu gosto no meu trabalho, primeiro é a equipe que eu trabalho, porque como a gente passa muito tempo no trabalho, a gente às vezes acaba interagindo mais com a equipe do que com a própria família da gente, e essa boa interação traz um conforto. Mesmo nos dias de trabalho que são mais difíceis, que são mais pesados, o fato de estar com pessoas agradáveis, boas, um bom relacionamento, ajuda a reduzir as tensões. O que eu não gosto no meu trabalho é a carga horária, que a gente dá uma carga horária elevada por conta de ter que manter um padrão de vida onde a inflação corrói o nosso salário, as despesas aumentam a cada dia, e o nosso salário não acompanha. Outra coisa que me incomoda também no trabalho é a perda dos processos. Às vezes a gente começa a fazer um determinado protocolo para um procedimento, e no meio do caminho se perde isso. As pessoas passam a não fazer mais, não sei porque, uma decide que vai fazer de um jeito, a outra decide que vai fazer de outro, a gente fica meio perdido [ENF 5].

Lopes Neto (2002), em sua tese a respeito da comunicação na gerência de enfermagem define comunicação a partir da ideia interacionista de que a comunicação gerencial em enfermagem ocorre por meio da criação compartilhada de símbolos significantes, dessa forma compreender a comunicação como um processo de compartilhamento de símbolos é apreender que os significados e o caráter estão sujeitos a uma contínua mudança no tempo em que ela ocorre, ou seja, a comunicação está sujeita às interações e relacionamentos entre equipe.

A enfermagem é uma profissão essencialmente voltada ao trabalho em equipe, torna-se impossível na área da Enfermagem prestar assistência ao cliente sem a colaboração de todos. Dessa forma, o trabalho diário exige uma continuidade do cuidado e uma interdependência das funções, na qual cada profissional que realiza uma função, necessita do outro para promover uma assistência completa. Logo, para que haja uma melhor relação entre a equipe alguns fatores devem ser incentivados pela gerência a ponto de facilitar as interações, tais como: ajuda mútua na assistência ao paciente, independente do dimensionamento; bom vínculo entre seus membros; reconhecimento pelo trabalho; colaboração; confiança; comunicação efetiva e respeito mútuo, estabelecendo assim, relações éticas e de respeito (LIMA et al., 2023).

A fala do enfermeiro 5, aborda uma questão importante de ser analisada, pois os profissionais envolvidos em um processo de cuidado que o seu cuidado exige comunicação entre diferentes profissionais atuando no mesmo paciente, deve-se perpetuar o objetivo comum entre os demais envolvidos no processo que é a equipe de enfermagem, a quebra desse processo proveniente de uma autonomia técnica do profissional, acarretando na quebra de um processo de cuidados resulta no dano ao paciente, fato relatado, também pelo enfermeiro 2, quando relata a falha na comunicação entre a equipe (SILVA, 2013).

Em contrapartida, alguns pontos negativos elencados estiveram estreitamente relacionados a assistência de pacientes graves, como o peso emocional advindo dos óbitos e complexidade assistencial com cumprimentos de cargas horárias exaustivas além dos entraves no relacionamento com a equipe e gestão institucional, a exemplo da falta de comunicação e desentendimentos, em consonância com os estudos de Marques et al. (2020) e Pimentel et al. (2020).

Versa e Matsuda (2014) afirmam que em razão de o ambiente laboral da UTI ser um local estressante, que exige alta complexidade do trabalho, que possui um elevado nível de ansiedade e tensão, que existe a sobrecarga laboral e um tempo escasso de descanso, esses

fatores podem influenciar para que o processo de trabalho da equipe possa ser prejudicado, ainda mais, as dificuldades de relacionamento.

Estudos apontam que a comunicação entre a equipe de enfermagem atuante na UTI é de extrema importância para evitar erros e promover a visão humanizada dentro do setor. Tais práticas podem contribuir para a diminuição da taxa de mortalidade e diminuição do tempo de permanência nas UTI's. (SILVA et al., 2022).

Aliado a isso, os depoimentos sugerem que as relações interpessoais influenciam fortemente na prestação da assistência de enfermagem na UTI. De modo que, para além das condições de trabalho, a deterioração das relações entre funcionários é grande geradora de fatores estressantes, proporcionando um ambiente hostil e de intrigas, onde componentes da equipe passam a trabalhar isoladamente, havendo pouca cooperação (SALOMÉ; ESPÓSITO; SILVA, 2008).

Desta feita, os conflitos entre os membros da equipe podem gerar falta de comprometimento ou até mesmo frustração, para isso, faz-se necessário o enfrentamento dialógico de conflitos, buscando a flexibilidade das regras, negociações e acordos entre os agentes, compartilhamento de decisões e responsabilidades (BEZERRA; FONSECA, 2019).

Pontua-se, em vista disso que, quando se trabalha com satisfação, os resultados repercutiram para aumentar a qualidade de vida dos trabalhadores, gerando o desejo de permanecer na instituição e, por sua vez, um melhor atendimento aos pacientes, porém, aqueles que trabalham insatisfeitos prejudicam a instituição e a si mesmos, visto que seu desempenho e produtividade serão baixos, gerando absenteísmo, estresse, aumento no número de acidentes de trabalho, tornando o ambiente desagradável (RIBEIRO; HIRAI; TESTON, 2018).

Deve-se, dessa forma, a instituição oferecer, a equipe de enfermagem, condições para proporcionar qualidade de vida no trabalho, saúde e segurança. Logo, quando a instituição investe no trabalhador e nas condições laborais, resulta em um trabalhador mais feliz, motivado e, conseqüentemente, suas funções serão mais bem desempenhadas (MARQUES et al., 2020).

Nesse sentido, Ouchi et al. (2018) versa acerca da temática e acrescenta que a atuação da enfermagem na UTI perpassa o uso contínuo das tecnologias, técnicas e teorias, estando associada a estratégias humanizadoras, como ouvir os sofrimentos, angústias e frustrações, em um ambiente que oscila tenuamente entre a vida e a morte, o humano e o tecnológico, somado

ao fato que o ser humano é atribuído de sentimentos e emoções, tornando-o, muitas vezes, emotivo e frágil ao sofrimento do paciente (SILVA, 2016).

Adentrando nos aspectos referentes às organizações, o significado de instituição e relação chefia-colaborador saudáveis estiveram estritamente associados a qualidade das condições de trabalho e relação interpessoal.

Para mim, uma organização saudável é uma instituição também que visa melhorar as condições de trabalho para o profissional [...]. Em relação à chefia-colaborador saudável, é aquela relação em que ambos conversem, ambos vejam as necessidades do serviço. Não pode ser uma necessidade só do funcionário ou só do setor, tem que ser realmente uma necessidade de ambos, sem prejudicar o paciente, óbvio [ENF 2].

Relacionamento com as pessoas, com os colegas de trabalho, que seja bom, que nós possamos trabalhar em equipe sempre [ENF 3].

Organização saudável, pra mim, é aquela que consegue identificar as necessidades dos trabalhadores e da organização em si, da instituição. E a relação chefia-colaborador, pra mim, pra ser saudável tem que ser transparente, tem que ser respeitosa, tem que ser de maneira que não gere assédio, de maneira que não tenha problema em também falar o que pensa, falar como se sente. [ENF 4].

Onde o chefe e o colaborador tem a mesma visão, eles estão na mesma linha de pensamento, todos tem um objetivo. Se é o bem-estar do paciente, se é uma atividade [TC ENF 1].

Um ambiente que me proporcione maneiras de trabalhar de forma mais leve, com equipe comprometida e unida. Respeito e companheirismo de ambas as partes [TC ENF 2].

É uma organização que respeita o profissional [TC ENF 3].

Silva (2013) afirma que o líder tem autonomia para suas escolhas por saber que a equipe as legitimou, e os membros aceitam a escolha desse líder por se identificarem com seu processo de decisão. Nas entrevistas, a relação chefia-colaborador é evidenciada como cooperativa, solícita e compreensiva.

Eu creio que é uma relação mútua de bem-estar entre a chefia e o colaborador, onde ambos se ajudam, onde há uma colaboração mútua, da chefia em tentar entender as dificuldades de vida do trabalhador, e do colaborador em contribuir com o bom funcionamento do serviço. Bem, a relação chefia do colaborador é bem agradável, a gente consegue ser bem maleável na questão de escalas e necessidades fora do hospital, fora do trabalho [ENF 1].

Mulher, a nossa chefia é boa, ela tenta ajudar a todos, está sempre pronta a ajudar e... em relação à instituição, assim para mim a gente tá perdendo um pouco do nosso espaço depois que mudou tudo, né? [ENF 2].

. A chefia sempre nos escuta, nós escutamos a chefia, acatamos as demandas, né, porque fora de prestar o cuidado do paciente, tem toda uma demanda organizacional que deve ser seguida a partir de outras esferas, né, que estão acima da gente, e a chefia passa isso pra gente de maneira clara. É uma relação de parceria, uma relação onde a gente sempre se ajuda em prol do serviço, em prol da assistência do paciente [ENF 4].

A relação chefia-colaborador eu considero muito boa, porque minha chefia é aberta,

pra que a gente possa conversar, expor as nossas necessidades, expor também as nossas dificuldades, falhas e, juntos, conseguir chegar em um consenso pra que a gente possa melhorar, tanto pra nós, colaboradores, quanto para o paciente, quanto para a instituição e funcionamento do setor em si [TC ENF 1].

Acaba variando muito de chefe pra chefe, em algumas relações há mais liberdade, em outras há menos liberdade. Não é uma instituição na qual há um autoritarismo como um todo, porém também não é uma instituição liberal no geral, né, acaba flutuando, vai depender muito do local que você tá trabalhando [TC ENF 3].

A relação chefia-colaborador é uma situação que eu vejo de duas formas. A chefia imediata busca se manter acessível ao colaborador, como eu falei, na medida do possível mantendo um diálogo, tentando evitar conflitos, equilibrar as situações, enfim, Já com a chefia que não é imediata, não vejo muito esse diálogo. As decisões vêm já prontas, amarradas, de cima para baixo e a gente tem que somente aceitar [ENF 5].

A liderança é uma competência essencial do enfermeiro, quando bem executada favorece o desenvolvimento do trabalho da equipe e contribui para a qualificação e organização dos serviços. Logo, a maneira como o enfermeiro exerce a sua liderança, influencia diretamente nas relações da equipe, podendo modificar a percepção dos profissionais acerca das relações no ambiente de trabalho, de forma que, quando bem estabelecida, facilita o desenvolvimento conjunto da assistência e do cuidado (LIMA et al., 2023)

A definição de organizações saudáveis relaciona-se a instituições que fazem esforços sistemáticos, programados e dinâmicos, a fim de melhorar as condições de atuação dos colaboradores, incluindo o ambiente social, organizacional e aspectos da vida pessoal do colaborador, o que comprovadamente contribui para maior motivação e comprometimento (EBERT; JOHANN; SEVERO, 2015).

Assim sendo, o hospital é um ambiente profissional definido por diversas especialidades, destes, alguns compõem a equipe multiprofissional. É nesse contexto que a equipe de enfermagem está inserida, como um componente indispensável na prestação de assistência integral. Dessa forma, a comunicação entre a equipe multi, proporcionando a interdisciplinaridade do cuidado é considerada como um grande benefício para os profissionais e para os pacientes. Outra comunicação que é essencial é a do gestor com os profissionais de saúde (LIMA et al., 2023).

Este senso de bem-estar deve estar presente em toda a organização, considerando que tal sensação não deve se localizar somente no nível da percepção, mas traduzir-se em estruturas palpáveis e tangíveis, compreendendo quatro principais níveis: nível das pessoas, nível do grupo, nível dos processos intraorganizacionais e nível dos processos

interorganizacionais, de modo a possibilitar uma construção conjunta que permita a externalização das capacidades individuais e singulares e que possibilite o alcance do bem-estar e bem viver (PARANHOS; LAPOLLI, 2022).

Sendo evidente a importância das organizações para a realização dos indivíduos que nestas atuam. Neste contexto, percebe-se a relevância das relações sociais no meio profissional, considerando-se que quanto mais produtivas e bem-sucedidas essas relações forem, maiores serão as chances do alcance de melhores resultados, especialmente no que tange aquelas estabelecidas entre chefia e colaborador (SOARES; FLECK, 2014).

É interessante nesse tópico diferenciar o conceito de gerência e liderança, a gerência compreende o planejamento e o controle das ações mais relacionados a gestão, a manutenção da ordem e controle de estratégias. Já a liderança compreende a ação de influenciar e motivar os profissionais para que contribuam da melhor forma com a organização. Dessa forma, quando há uma gestão participativa, e uma liderança disposta a valorizar o profissional, escutar suas dores, sendo de maneira padronizada e que não haja diferenças, a equipe de saúde desfrutará de uma troca mútua de valores e saberes, com o intuito de qualidade de vida para ambos os setores (SILVA, 2013).

Assim, verifica-se a necessidade de uma gestão atenta e dedicada, que compreenda sua influência e atuação determinante na produtividade e satisfação da equipe multiprofissional. Soares e Fleck (2014) elegem como atributos primordiais a transparência, identificação, lealdade, respeito, receptividade e vínculo, sendo este o elemento central, inferindo desfechos positivos, como engajamento, flexibilidade, bem-estar, resolutividade, dedicação, esclarecimento e aprendizado.

Outrossim, acerca da flexibilidade e gestão de horários, estes foram descritos como satisfatórios, contanto que solicitados previamente.

A gente pode solicitar folgas ou ter um melhor acesso das escalas previamente, pra gente poder se organizar nas nossas obrigações domiciliares [ENF 2].

A instituição flexibiliza sim, a gestão de horários do trabalho, contanto que não prejudique o paciente. A necessidade pessoal, ela não pode sobrepor a necessidade coletiva. Avalia a necessidade daquele colaborador [...], mas sempre visando o coletivo, nunca prejudicando o próximo. Isso eu considero extremamente saudável [ENF 2].

Bom, a instituição nunca foi contra as necessidades pessoais dos funcionários. Ela sempre tenta alinhar o trabalho com a nossa vida pessoal de maneira mais organizada e sempre deu certo [ENF 4].

Sim. Eu gosto muito da escala, me proporciona fazer os outros projetos que eu concluo fora do ambiente de trabalho [TC ENF 2].

Não flexibiliza. Portanto, atender às necessidades pessoais tem que ser fora do

horário de trabalho [TC ENF 3].

Essa carga horária grande que eu assumo, atrapalha a realização de muitos projetos pessoais. [ENF 5]

Entretanto, acerca do apoio social ao desenvolvimento das atividades laborais, as respostas evidenciaram opiniões diversas. Os principais fatores associados à fragilidade deste foi o vínculo trabalhista, normas e rotinas, evidenciando-os como empecilhos ao afastamento do colaborador.

Bom, nesse quesito, infelizmente como o meu vínculo é CLT, a instituição não dá esse devido apoio, porque a possibilidade é mínima de afastamento [...], a nível de meio social mesmo para o colaborador, isso é ainda muito deficiente da instituição [...], realmente é um ponto fraco, que tem que melhorar realmente [ENF 1].

A instituição em si, basicamente não, a gente consegue desenvolver alguns meios pra conseguir desenvolver nossas atividades laborais e fora do trabalho com a chefia direta, com a coordenação. Mas a instituição em si eu creio que não. Até ao momento, onde houve essa necessidade, eu não senti esse apoio da instituição [ENF 2].

Existe esse apoio social por parte das chefias pra que a gente possa tá trabalhando direitinho, existe essa questão de que quando a gente tem um problema a gente tem que sentar pra resolver, essa medida de enfrentamento assim é bem coleguista mesmo, é uma relação bem de parceria mesmo que a gente tem. Tem esse apoio na resolução de demandas [ENF 4].

Eu acho um pouco mais delicado, mas das vezes que eu precisei de apoio eu recebi, estava passando por algumas dificuldades. Eu tanto recebi apoio social da minha chefia, como eu também recebi da instituição, no setor ao qual eu precisei [...] [TC ENF 1].

Minha percepção é que sim, eu me sinto acolhida pra ter tempo de fazer minhas outras atividades [TC ENF 2].

Social não, oferece apoio interno pra atividade laboral. Mas social não, não considero. Acho que... ou pelo menos não chega a informação que tenha apoio social pra gente, né, pro profissional [TC ENF 3].

Sobre apoio social, para mim que trabalho à noite, eu não vejo. A equipe da noite resume-se a chegar, dar o seu plantão e no outro dia ir embora. Algumas atividades podem até acontecer durante o dia [...], à noite raramente a gente recebe alguém para dar uma orientação, ou para fazer um treinamento em serviço [ENF 5].

Acerca do exposto, as normativas (COFEN nº 0196/2013) dispõem que a jornada de trabalho não deve exceder as 40 horas semanais, variando nas suas diversas modalidades, sendo a mais comum no ambiente hospitalar a 12x36, devendo-se, para articulação das escalas e folgas, considerar as especificidades dos profissionais, pacientes e setor. No entanto, a Pesquisa Perfil da Enfermagem no Brasil, realizada pelo COFEN, mostrou que as equipes de enfermagem atuam em jornadas de 41-60 horas e, em menor parte, de 61 a 80 horas, corroborando com os achados de sobrecarga dos profissionais e entraves à realização de suas

atividades laborais (MACHADO, 2017).

Avaliando as narrativas, há uma contradição quando indagados sobre apoio social. Para alguns profissionais a gestão oferece, para outros não, ou não chega essa informação para esse profissional. O que pode estar ocorrendo é a diferença de tratamento dependendo da forma de contratação (contratado, estatutário ou CLT), fato exemplificado em outro estudo como cita Alves et al, (2012), em seu estudo observou-se que os estatutários estavam mais satisfeitos com o salário e com promoções, pois na instituição estudada só existia plano de carreira para os trabalhadores estatutários.

Inclusive, a existência de regimes de trabalho menos estáveis emergiram como uma pauta nas discussões conduzidas, os quais afetam diretamente a logística do serviço e qualidade de vida dos profissionais, o que explica a existência de cargas horárias exorbitantes, em dois ou três empregos, para que consigam alcançar remunerações adequadas, na ausência de vínculo, comprometimento e estabilidade para planejamento financeiro.

Esses empregos menos estáveis pesam tanto para o colaborador, porque o colaborador fica sempre à mercê daquele tempo, quanto para o paciente, quando o profissional não tem vínculo com a instituição e nem com o setor, e também para o serviço [...], porque não é fácil todo mês receber um colaborador, treinar, capacitar, estabelecer as rotinas de trabalho com ele [ENF 1].

Injusto [*risos*] em relação a salário. Eu já fui de CLT e realmente a minha vida se transformou depois que eu passei a ser servidora pública [ENF 3].

Eu acho que só traz perdas para a população, pro serviço em si, porque existe menor comprometimento dos profissionais, existe maior rotatividade dos profissionais, o que não agrega nada a rotina, ao serviço e acho que o serviço perde muito, com empregos menos estáveis e a rotatividade maior [ENF 2].

Eu acho que esse regime de trabalho em empregos menos estáveis não são bons, né. Eu acho que, eu como funcionário me sentiria muito desamparado, e me sentiria muito desestimulado a trabalhar. Funcionário precisa de estímulo, precisa ser bem remunerado, ser pago direitinho, ter todas as suas demandas preenchidas, que é pra não gerar desconforto naquele serviço que ele vai tá prestando [ENF 4].

Eu não concordo muito, porque gera no ser humano mais cobranças por parte da instituição e menos benefícios [TC ENF 2].

Esse regime de trabalho fundado em empregos menos estáveis deixa uma certa preocupação, porque o profissional, hoje, que tem uma certa estabilidade, que ele é centrado naquilo, ele sabe que vai ter progressão de carreira, ele vai se dedicar muito mais a instituição, ao setor, do que aquele que fica no limbo, que hoje tá e amanhã pode não tá. Então eu acho que a estabilidade ela traz mais dedicação ao profissional, mais empenho, mais vontade de estar ali [TC ENF 1].

Infelizmente é uma realidade que vem acontecendo e deve acontecer cada vez mais, porém torna o profissional menos seguro e mais passível de sofrer ou punições ou processos injustos, né. Em contrapartida eu sei que alguns profissionais extrapolam os limites quando se trabalha em empregos mais estáveis, em regimes mais estáveis, então tem que se buscar um equilíbrio nessa situação [TC ENF 3].

Regime de trabalho voltado a uma situação menos estável ela torna o trabalhador passível de aceitar coisas que ele considera errada em detrimento de manter o seu emprego. Uma assistência livre de danos eu considero que é aquela onde você tem as condições ideais para dar assistência ao paciente, as condições de local de trabalho, estrutura física, rotinas, né, implementadas e seguidas por toda a equipe, né, padronizadas, um dimensionamento profissional com uma margem de segurança com relação à questão do absenteísmo, para que em nenhum momento haja sobrecarga dos profissionais que estão no trabalho [ENF 5].

Aspectos como o número de empregos, vínculos de trabalho e carga horária semanal podem influenciar em maior ou menor o grau o desenvolvimento de altos níveis de estresse no trabalho. Nesse sentido, o advento do modelo neoliberal aplicado nas organizações de saúde, evidenciou o múltiplo vínculo laboral, com necessidade de funcionamento diuturno, que permite a coexistência de empregos, quase sempre visando a manutenção da renda familiar. Essas mudanças no mercado de trabalho inferem a precarização, insegurança e risco (ALVES et al., 2022).

Assim, a enfermagem traz consigo, historicamente, um hábito de cargas excessivas de trabalho e somatória de vínculos, consequência da má remuneração da classe, o que se faz necessário o aumento de expediente para que se consiga um maior número de proventos e dessa forma estabilização financeira, destacando uma trajetória marcada por Síndrome de Burnout, absenteísmo, ansiedade e estresse laboral (LIMA et al., 2021).

Em relação à política organizacional de investimento em formação profissional e desenvolvimento de competências, foram destacados os cursos promovidos pela instituição como estratégias promissoras, no entanto, estes não integram a carga horária da equipe, conflitando com os plantões. A problemática é exacerbada no tocante a inexistência de planos de carreira, cargos e salários, além da impossibilidade de afastamento para realização de cursos de mestrado e doutorado, o que desmotiva os profissionais.

A instituição provê alguns cursos, estratégias de formação profissional, porém não auxilia dentro da questão de carga horária, pelo menos para o vínculo EBSERH, liberação para mestrado, doutorado, que facilite com que a gente consiga finalizar o curso com maior facilidade [ENF 2].

A instituição promove muitos cursos. Mas infelizmente esses cursos não são na hora do plantão. Em relação ao mestrado, doutorado, a gente não tem direito a afastamento, a instituição não propicia isso. Tem que fazer tudo isso fora da carga horária e a gente sabe que nós trabalhamos muito, dando 36 horas semanais. Não tem como eu simplesmente promover melhorias para a instituição, como um colaborador, se eu não estiver atualizada [ENF 1].

A gente sempre tem bastante curso. Eles sempre oferecem para que a gente esteja sempre melhorando, se especializando, mas a gente procura melhorar, nós mesmos. Não só a instituição, mas a gente tem que tá sempre mais à frente [ENF 3].

Então, os investimentos em formação profissional que a instituição fornece são bons,

né, tem uma plataforma de educação continuada, e isso é muito bom pra tá atualizando os funcionários, né. Mas acho que poderia ter alguns cursos mais auxiliares, algumas coisas assim mais abrangentes, mas essa política realmente existe e funciona [ENF 4].

A instituição oferece diversos cursos, hoje, muitos online, que podem ajudar no desenvolvimento profissional, com aplicabilidade dentro do setor, isso que é interessante, que é formar profissionais e que eles possam aplicar esses conhecimentos, agregar tecnologias e outros conhecimentos que possam ser aplicados não só na vivência diária da instituição, mas também na vivência pessoal [TC ENF 1].

Vejo pouco estimulado, acredito que a questão do desenvolvimento pessoal perpassa por formação, e não vejo que essa formação seja ampla, né, apresentada a todos os profissionais. Por sinal, um importante componente aqui do interesse profissional pro envolvimento dessa formação seria algum tipo de retorno para titulação, né, indivíduos terem [TC ENF 3].

Acerca da problemática, a literatura infere que a equipe de profissionais de saúde da UTI requer qualificação adequada à execução das atividades do setor, dada elevada complexidade, para as quais é essencial a autoconfiança, fundamentada e respaldada por evidências científicas, conforme preconizado nas diretrizes de Segurança do paciente. Para isso, a capacitação, atualização e treinamento dos profissionais de enfermagem são indispensáveis para o alcance do resultado esperado (BEZERRA; FONSECA, 2019).

A capacitação dos profissionais de saúde está prevista em Lei, através da Portaria de Educação Permanente. A PNEPS é um foco estratégico do SUS e visa apoiar a prestação de serviços de saúde qualificados e a transformação da prática em saúde por meio da educação e desenvolvimento de profissionais e assalariados da saúde tentando fazer a ponte entre a integração entre a formação e o serviço com o objetivo de fortalecendo os princípios básicos do SUS (BRASIL, 2007).

Na área da saúde, no cenário brasileiro, a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) promove a Educação Permanente em Saúde (EPS), a qual compreende-se na ideia de um conjunto de ações educativas realizadas de maneira contínua para melhoria e transformação do trabalho, é considerada o enfoque educacional mais adequado para produzir mudanças na atuação profissional e nos contextos de trabalho. Logo, a educação permanente é utilizada em hospitais escola, como o deste estudo, para manter uma atualização e capacitação constante dos seus profissionais e conseqüentemente como forma de melhorar a qualidade da assistência (SADE et al., 2020)

A queixa dos profissionais é recorrente, em outro estudo, Bezerra et al (2012) também encontraram resistência com os profissionais do hospital universitário em estudo. Os funcionários referiram que a instituição ofertava, porém apenas metade demonstrava interesse

em participar, o restante relatava ter dificuldades devido a carga horária exaustiva, a dupla jornada de trabalho e a oferta durante o horário de trabalho, afetando as atividades diárias da função.

Considerando, para o comprometimento da categoria profissional em desempenhar suas atuações profissionais, assistenciais, científicas e éticas, a promoção regular de cursos de qualificação, educação permanente, bem como a possibilidade da condução de cursos de pós-graduação, como mestrado e doutorado, que contribuem ativamente para o cuidado, gestão, educação e a própria pesquisa, que se constituem nas dimensões do fazer da profissão, visto que se encontram alicerçados em princípios como aplicabilidade, flexibilidade, organicidade, inovação e valorização da experiência profissional, devendo ser estimulados (SCOCHI et al., 2013).

Assim, a formação profissional surge como possibilidade de mudança da realidade na UTI, onde teriam oportunidade adquirir conhecimentos, refletir, trocar experiências e, conseqüentemente, impactar a prática assistencial, a partir da excelência no dispêndio de condutas, favorecendo a segurança do paciente e melhores resultados em saúde (MASSAROLI et al., 2015).

Em um estudo realizado em um hospital escola em que houve um programa de educação permanente, evidenciou-se uma repercussão positiva como, a melhoria na qualidade da assistência, esclarecimento de dúvidas do dia a dia e atualização quanto às práticas corretas, além de que os participantes reconheceram que o espaço propiciado pelas ações de educação permanente favoreceram a atualização, o compartilhamento de experiências, a construção de novas relações e constituiu-se como potencializador de um jeito novo de trabalhar (VERSA; MATSUDA, 2014)

Dessa forma, cabe a instituição dialogar com os funcionários estratégias para um melhor aproveitamento das oportunidades ofertadas pela instituição.

#### **6.4 Comunicação entre equipes e a relação com assistência**

Essa categoria confere como uma estratégia a ser tomada ou que responde ao fenômeno central. Ademais, perpassando as rotinas diárias na UTI, a assistência livre de danos diz respeito a uma das principais metas almejadas pelas instituições de saúde, em consonância com o movimento de segurança do paciente, tal qual visualizado na fala dos participantes, que referem diferentes situações em quais estas são empregadas.

É quando a gente consegue trabalhar todas as pautas de segurança do paciente, evitar infecções relacionadas à assistência à saúde, evitar lesões por pressão, evitar qualquer tipo de dano causado pelo nosso cuidado.[ENF 2].

Pra mim, a assistência livre de danos é aquela assistência que eu promovo a segurança total ao paciente, é garantir a certeza de que ele não desenvolva nenhuma iatrogenia na instituição [...]. E no dia a dia, o que me limita a realizar esse cuidado com a eficiência, realmente, o que mais pega é a falha na comunicação [ENF 1].

Livre de danos? É termos sempre o cuidado e estar fazendo sempre os certos. É dá uma boa assistência a eles [...] [ENF 3].

Assistência livre de danos é aquela assistência que a gente atua e não realiza nada como imperícia, imprudência, nem negligência, né. E o que pode me limitar a isso, a esse cuidado durante o meu trabalho, às vezes é a falta de material, às vezes a falta de material adequado para trabalhar, que são problemas que acontecem bastante, Às vezes a gente não consegue prevenir algumas situações [ENF 4].

O exemplo mais palpável que eu tenho de boas práticas de segurança que eu coloco em prática durante o dia a dia é acerca da prevenção de infecções relacionadas à assistência em saúde, né, que são diversos muito frequentes associados à assistência, que também são tratados como problema de saúde pública porque aumenta morbidade, mortalidade, custo. Sem falar que muda completamente o desfecho de saúde daquele paciente, né. Lá na UTI a gente tem protocolos específicos para prevenção de infecção [...] E isso são, essas medidas são carro-chefe na unidade de terapia intensiva pra fazer com que os pacientes não desenvolvam novas infecções e não piorem do quadro agudo que eles já estão lá [ENF 4].

Eu considero que seja uma assistência que me proporcione segurança [...]. As normas de segurança, manuseio seguro do paciente, administração de medicamentos, fazendo com que diminua as infecções e proporcione com que o paciente uma recuperação mais rápida e qualidade de vida para que ele possa se restabelecer e para os seus entes queridos [TC ENF 2].

É aquela que causa o mínimo de danos ao paciente, aquele cuidado que eu posso realizar com excelência, mesmo diante das nossas limitações, com eficácia e que não vá trazer danos ao paciente. Evitar fazer procedimentos que não há necessidade real, que não traga benefícios [TC ENF 1].

É uma assistência que não gere iatrogenia, né. Danos, o risco sempre vai existir, mas a gente tem que pecar por excesso, checando e “re-checando” todas as atividades pra evitar o dano [TC ENF 3].

Primeiro, de fazer sempre o correto; segundo, de trabalhar com calma, não trabalhar de forma agitada, atabalhoadamente, e checando e “re-checando” todos os processos [TC ENF 3].

A Segurança do paciente, historicamente, pauta-se no postulado de Hipócrates (460 a 370 a.C.) *Primum non nocere*, que significa: primeiro não cause dano. De modo que o pai da Medicina tinha a noção, desde aquela época, que o cuidado poderia causar algum tipo de dano, como evidenciado nas falas acima (BRASIL, 2014).

Em vista disso, o conceito de Segurança do Paciente diz respeito a reduzir a um mínimo aceitável, o risco de dano desnecessário associado ao cuidado de saúde. De modo que

o dano corresponde ao comprometimento da estrutura ou função do corpo e/ou qualquer efeito dele oriundo, incluindo-se doenças, lesão, sofrimento, morte, incapacidade ou disfunção, podendo, assim, ser físico, social ou psicológico (CAVALCANTE et al., 2015).

No que se refere ao trabalho de enfermagem, os erros mais comuns a ele relacionados acontecem na administração de remédios, na transferência de paciente e na troca de informações, no trabalho em equipe e na comunicação, na incidência de quedas e de úlceras por pressão, nas falhas nos processos de identificação do paciente, na incidência de infecção relacionada aos cuidados de saúde, entre outros (SILVA et al., 2018).

A Enfermagem, nesse contexto, busca estratégias sólidas para prestar o cuidado seguro, como membro pró ativo e participante direto e responsável pela garantia da segurança do paciente e da promoção de uma cultura de segurança, levando-se em consideração algumas estratégias como prevenção de eventos adversos, evidência destes, caso ocorram, e minimização dos seus efeitos com intervenções eficazes. Dentre as atribuições elencadas pelo Ministério da Saúde estão a identificação correta do paciente, melhora na comunicação efetiva, incentivo à higienização das mãos, prevenir, controlar e notificar eventos adversos, reduzir o risco de lesões ao paciente decorrente de quedas, assegurar cirurgias com local de intervenção, procedimentos e pacientes corretos, administrar com segurança de medicamentos, principalmente os de alto-risco, sangue e hemocomponentes, reduzir o risco de infecções associadas ao cuidado da saúde, e estimular a participação do paciente na assistência prestada e ações de prevenção de quedas e úlceras por pressão (SILVA et al., 2018).

Para isso, são elencadas competências tais como o trabalho em equipe e comunicação, de modo que cada integrante é exaltado na sua função dentro da equipe multiprofissional, como parte imprescindível ao bom funcionamento do serviço.

Trabalho em equipe, é o que acontece na UTI [risos]. A gente tá sempre disposto a ajudar o colega pra poder o trabalho andar sempre naquele ritmo e, principalmente, pra beneficiar o paciente. É bem ritmado [ENF 3].

Eu acho que a assistência de enfermagem só é bem realizada quando há uma boa colaboração entre enfermeiro e técnico de enfermagem, a gente só consegue fluir, não só com os técnicos de enfermagem e enfermeiro, mas na equipe multidisciplinar em si. Aqui na UTI a gente tem uma boa correlação da equipe multiprofissional, sempre atuando em conjunto, a equipe médica, fisioterapeutas, enfermeiros, farmacêuticos, isso traz muitos ganhos ao paciente, reduz custos, reduz danos, sempre contribui para o desfecho favorável do paciente [ENF 2].

A equipe é bem aberta para isso. Tem uma relação muito boa, multiprofissional. E assim, negativamente, o que não contribui muito realmente, quando há essa falha, só a falha mesmo na comunicação. Tem equipe multi e como ela contribui positivamente [ENF 1].

Trabalho em equipe pra mim são mais de duas pessoas, três, quatro, se juntando pra resolver um problema em prol de alguma causa. E sim, o cuidado de enfermagem tem uma relação de dependência com trabalho em equipe, não só com a equipe multiprofissional, como também com a equipe de enfermagem, né [ENF 4].

Então, a comunicação entre a equipe multi hoje é feita de maneira direta, durante as visitas multi, ela é muito importante, porque além de discutir as demandas daquele paciente pro dia, a gente ainda consegue ter uma visão mais multi, uma visão mais nuclear daquele paciente, como o paciente tá no centro do cuidado em relação àquela equipe de trabalho. Mas ruídos de comunicação existem [ENF 4].

Hoje a nossa comunicação é muito boa com as outras categorias também, porque a gente trabalha em equipe multi e cada um conduz o seu trabalho, mas com um único objetivo, que é melhorar o cuidado com o paciente [...] [TC ENF 1].

O trabalho em equipe, eu acredito que seja essencial, porque minimiza o cansaço, em geral, ajuda a maneira de trabalhar, você se sente mais comprometido, você consegue ajuda pra fazer suas atividades e eu acho que é uma forma de assegurar o paciente melhorias na assistência [TC ENF 2].

Trabalho em equipe é aquele no qual as pessoas se ajudam, mesmo diante de situações difíceis você tem a cooperação, todos em prol do mesmo objetivo. Engraçado, eu sempre me dei muito bem com todas as equipes por onde eu passei [ENF 3].

O Instituto Canadense de Segurança do Paciente define seis domínios para contribuir para uma cultura de segurança do paciente, sendo dois destes o trabalho em equipe e a comunicação eficaz, tal qual destacado nas falas. O trabalho em equipe, nesse sentido, implica em relações e noções de trabalho coletivas, baseadas em reciprocidade e complementaridade do pensar, diante da complexidade das necessidades humanas, proporcionando um ambiente agradável e harmonioso, constituindo uma ferramenta do processo de trabalho em saúde para construção e consolidação de espaços de troca entre os profissionais, com vistas a uma abordagem terapêutica assertiva, ampliada e contextualizada, corroborando com competências relativas à comunicação interprofissional (SANTOS et al., 2022).

Aliado a isso, mudar os modelos de cuidado baseados na excelência do desempenho individual e independente, para modelos de cuidado realizado por equipe profissional interdependente, colaborativo e interprofissional constitui uma das seis mudanças requeridas pela Organização Mundial da Saúde. No entanto, o trabalho dentro das instituições de saúde permanece predominantemente desarticulado, visto que cada grupo profissional planeja, executa e avalia suas ações em geral de forma isolada, sem articulação interdisciplinar, que poderia potencializar amplamente a integralidade das ações (SANTOS et al., 2022).

Assim, o trabalho em equipe implica em relações e noções de trabalho coletivas, baseadas na complementaridade do pensar perito de cada profissional, para conceber e resolver a complexidade das necessidades humanas, de forma que o trabalho em equipe pode

ser efetivamente facilitado através de atitudes de respeito e cordialidade, bem como aceitação e tolerância de diferentes visões com postura ética (FONSECA, 2015).

Trabalhar em saúde, desse modo, é essencialmente, trabalhar em equipe. De modo que este trata-se de uma ferramenta do processo de trabalho em saúde que, para seu pleno funcionamento, requer a composição de um conjunto de instrumentos para construção e consolidação de espaços de troca entre os profissionais, estimulando os vínculos entre estes, a compreensão se converte em estratégia para abordagem terapêutica assertiva, ampliada e contextualizada, capaz de prevenir, promover e tratar problemas de saúde (PEDUZZI et al., 2020).

Em consonância, as competências relativas à comunicação interprofissional, interdependência das ações, colaboração interprofissional e atenção centrada no usuário, surgem como indispensáveis ao cuidado integral e humanizado, como referido nos discursos. Assim, infere-se que, quanto mais dialógicas forem as relações de trabalho, mais coesas serão as intervenções e planejamentos de cuidado à saúde, favorecendo a integração multiprofissional e resolubilidade (PEDUZZI et al., 2020).

## 6.5 Reflexões e possibilidades de reconhecimento

Nesse processo, dado como consequência do fenômeno central, são identificados os resultados ou expectativas da estratégia de ação ou interação. Dessa forma, a categoria a

seguir expõe as reflexões acerca da assistência prestada possibilitando reconhecer os pontos fortes e fracos da assistência, possibilitando que haja uma melhor comunicação, interação e prestação de uma assistência segura. É a partir dessas reflexões e reconhecimentos que a liderança consegue trabalhar em uma melhor comunicação entre a equipe.

É uma equipe super determinada, super capacitada, que realiza com maestria as atividades que são comandadas, tenta nunca deixar nada por fazer, tenta sempre seguir os protocolos institucionais, prevenindo as quedas, as lesões por pressão [ENF 2].

A equipe é muito unida, nós somos muito unidos em prol do paciente. A gente ultimamente tem se unido muito também em questão de melhorar na instituição, ver o que a instituição tenta promover para a gente como colaborador. É uma equipe muito preocupada com o paciente, com a segurança. Uma das coisas que eu mais admiro é o poder de questionamento [ENF 1].

Os pontos fortes da minha equipe, que pelo menos a maioria se ajuda muito, né, quando tem um que tá mais ocupado, quando tem um que tá mais... Eu acho que é mais esse sentimento de companheirismo mesmo que alguns colegas têm para com outros, de se ajudar e de se meter a diminuir um pouco a carga de trabalho que o outro tá tendo. Eu acho que isso é bom. E também a gentileza com a qual os funcionários tratam os pacientes, acho que é muito bom ter uma equipe que trata

essas pessoas que tão precisando de cuidados de maneira gentil [ENF 4].

Uma equipe competente e bem treinada [TC ENF 2].

É uma equipe unida, uma equipe que trabalha em conjunto, muitas vezes corporativista, mas é para o bem maior, que é o bem do paciente, porque o objetivo é o bem-estar do paciente, a recuperação, é trazer o impacto positivo para a vida desses pacientes, mas também aos familiares que estão acompanhando, que fazem as visitas [TC ENF 1].

O ponto forte é justamente a união. Equipe muito coesa, equipe muito unida [TC ENF 3].

Em relação à prevenção de infecções, teria que ter realmente mais treinamentos, *in loco* mesmo, e também enxergar a importância das boas práticas, ao mesmo tempo, manter um dimensionamento adequado, para que se possa dar uma assistência segura ao paciente [ENF 2].

Investir em treinamento pros profissionais enfermeiros, pro uso de ultrassom, que eu acho que é uma tecnologia que tá em alta, que facilita nosso trabalho, que reduz o uso de raio x, que reduz sondagens vesicais desnecessárias, eu acho que é isso, investir em cursos para treinar os profissionais e reduzir os gastos e invasão dos profissionais em si [ENF 1].

Possibilidades de inovação e melhora. Eu acho que poderiam ser feitas algumas capacitações sobre trabalho em equipe, sobre companheirismo mesmo, sobre se ajudar, porque, infelizmente, apesar de a nossa equipe ser muito boa e se ajudar, não é todo mundo que ajuda, né, então eu acho que isso pra alguns colegas seria muito bom. O hospital até oferece, mas não com tanta frequência, né. [TEC4].

O tempo todo a gente está se atualizando o tempo todo, as coisas mudam e as vezes uma prática que é feita de uma forma, ela tem uma certa resistência para que a gente mude [...], a mudança traz essa sensação de que não é legal, a gente já tá fazendo assim, vamos continuar, mas elas são necessárias, [...] mas sempre tentando melhorar e valorizando a necessidade do paciente, a melhora da condição do paciente [TC ENF 1].

Cursos de formação, principalmente, cursos de atualização [TC ENF 3].

No que tange ao autojulgamento dos participantes e seus sentimentos pessoais em relação às fragilidades e pontos fortes, estes apontam para o crescimento profissional e pessoal, mediado por um processo de melhoria contínua.

Quanto às fragilidades, a gente sempre tenta estar estudando, entendendo, aprendendo, aperfeiçoando, melhorando as nossas fragilidades. Meus pontos fortes, a gente sempre tenta colaborar com a equipe, porque cada pessoa tem seus pontos fortes, a gente tenta migrar uma pessoa que tem um ponto forte maior, vai atuar naquela função, e outra que vai atuar em outra função [ENF 2].

Gostaria de ser vista como profissional atuante, que colaborasse com o serviço, e com equipe em si, que pudesse colaborar com o serviço multidisciplinar, e como pessoa também. Como uma pessoa de bom coração, que pudesse ajudar os nossos pacientes [ENF 2].

A minha equipe, grande parte da equipe, ela me vê como autoritária, por incrível que pareça, sou meio cabeça dura. Eu não aceito uma sugestão de imediato, ultimamente eu já estou procurando escutar a pessoa e procurando desenvolver um as técnicas de

persuasão, convencimento, realmente estou tentando fazer com que eles participem mais do processo. Eu gostaria de ser vista, que é o que eu estou tentando fazer, ser uma pessoa educada [ENF 1].

Em relação às minhas fragilidades e pontos a melhorar, sim, eu sou ciente de quais são os meus problemas no ambiente de trabalho, em relação ao relacionamento interpessoal, eu tenho noção disso. Eu acho, essas situações de injustiça assim, lidar com essas situações de injustiça no ambiente de trabalho é um dos meus pontos que eu tenho de melhorar [...] [ENF 4].

Eu me sinto uma pessoa um pouco difícil [...] eu acho que isso é uma fragilidade. Pontos fortes, eu me acho uma profissional comprometida com os pacientes, eu tento fazer sempre o bem para o meu paciente, trabalhar de forma que eu consiga dar um conforto a ele e que ele saia mais rápido da unidade e bem pra ir pra casa. Eu acho que o que eu tenho que melhorar é essa questão da comunicação, de chegar e de conversar de uma forma mais fácil [TC ENF 2].

Eu acho que muitas são pessoais, às vezes a gente envolve muitos problemas pessoais com o trabalho, a questão mesmo da saúde mental, do estresse, às vezes físico, ou psicológico e às vezes a gente não consegue separar bem do ambiente de trabalho [...] [TC ENF 1]

Pontos fortes e pontos a melhorar. Eu me sinto tranquilo sabendo que eu tenho que continuamente buscar essa evolução, né, buscar fortalecer esses pontos que estão fragilizados [TC ENF 3].

Nesse íterim, os achados destacados nas falas dos participantes quanto às fragilidades, pontos fortes, possibilidades de inovação e considerações de autocrítica corroboram com o panorama descrito anteriormente, o qual reforça o cuidado de enfermagem intensivo como um contínuo processo de aperfeiçoamento e aprimoramento da tomada de decisões (MENDES et al., 2017)

Influenciado por fatores internos e externos, concretos e subjetivos, como estrutura, recursos humanos, insumos, relacionamento interpessoal, estratégias direcionadas a segurança do paciente, comunicação, trabalho em equipe, sobrecarga, desvalorização. Em vista disso, os fatores são considerados de extrema relevância, ao passo que contribuem para satisfação pessoal, profissional, manutenção das boas práticas e prevenção de eventos adversos (FONSECA, 2015).

Olhando sob a perspectiva interacionista, as reflexões acima citadas e o reconhecimento das possibilidades de melhoria da equipe, do setor e da instituição são, de acordo com Blumer, uma confluência (conflito/cooperação), ou seja, uma das formas de interação e comunicação entre o profissional e a instituição, são a criação de significados entre si (FERNANDES; BARICHELLO, 2020)

Dessa forma, para ser possível o processo interacional, a significação e as interpretações que sustentam o fazer de uma organização, é preciso comunicação. Seja enquanto fenômeno, processo ou instrumento, a comunicação entre a instituição e a equipe e o profissional funda as organizações e promove a compreensão dos variados aspectos da vida social.

Para Grohman (2009) é preciso conhecer tanto a identidade do self quanto a do outro em uma interação, pois há diferenças nas explicações públicas e nas explicações que damos a nós mesmos, pois a declaração verbal é somente parte integrante da atividade, ou seja, saber estabelecer a comunicação verbal ou não verbal significativa entre membros de uma equipe, respeitando os significados atribuídos às relações é a resolução esperada.

A comunicação é, portanto, uma produtora de sentidos. Esses sentidos são produzidos por instrumentos e estratégias que usam da interação e de narrativas. Ou seja, a sua construção, no âmbito de uma organização, acontece a partir dos múltiplos relacionamentos sociais operados junto a seus públicos, coletando dados e informações, comportamentos e traços culturais para elaborar significações que estimulem a cooperação. Portanto, ao visar uma mudança de ação e comportamento, deve-se valorizar as razões verbalizadas associadas a ele (FERNANDES; BARICHELLO, 2020; GROHMAN, 2009)

Dessa forma, a segurança do paciente está ligada diretamente no trabalho em equipe, ela exige atuação do quadro geral, principalmente com participação da Gestão ou instituição, para com a equipe a qual deve estar atenta aos fatores que podem influenciar na qualidade dos serviços prestados pelos profissionais, fatores estes que como observado a partir da teoria interacionista, é revelado a partir das interações e dos significados criados a partir disso (SOUSA et al., 2020; FERNANDES; BARICHELLO, 2020; GROHMAN, 2009).

## 7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Portanto, as categorias acima citadas permitiram delimitar a categoria central emergente: „A assistência segura como resultado da interação e comunicação entre o self, a equipe e a instituição“, que surge da intensa interação entre a fala dos profissionais e as categorias identificadas como forma de promover uma abordagem indutiva e dedutiva.

Dessa forma, o estudo objetivou compreender a percepção dos profissionais de enfermagem sobre os desafios vivenciados no desempenho profissional de processos assistenciais seguros em unidades de terapia intensiva.

De maneira preliminar, os achados evidenciam queixas relacionadas a sobrecarga, estresse e acúmulo de funções, junto a negligência de aspectos pessoais, como lazer, espiritualidade e demandas de autocuidado, o que afeta a percepção de felicidade e satisfação dos profissionais de enfermagem.

No entanto, apesar dos sentimentos negativos, estes exibem realização acerca do emprego atual e carreira profissional, considerando a instituição e relação chefia-colaborador como saudáveis. Sobre as rotinas, os participantes referem efetividade na implementação de protocolos e seguimento de metas estabelecidas, especialmente no que tange a prevenção de infecções associadas à assistência em saúde. Foi destacado como potencialidade o trabalho em equipe, a partir da articulação da equipe de enfermagem com a equipe multiprofissional, frente a fragilidades, como a comunicação deficiente, cansaço e agravos emocionais relacionados ao ambiente da UTI, além de entraves no processo de qualificação profissional e instabilidade dos regimes de trabalho.

A partir da condução do estudo, verifica-se os esforços da categoria profissional, frente a problemáticas históricas, ao desempenho de um cuidado efetivo e seguro na UTI, apesar da negligência de aspectos pessoais, sobrecarga e empecilhos institucionais e relacionais, junto a iniciativas de atualização profissional, trabalho em equipe e comunicação. Emergindo, desta feita, estratégias que promovam a qualidade de vida e profissional da enfermagem, como aprovação do piso salarial e carga horária de 30 horas semanais, além de iniciativas de planos de carreira, cargos e salários, ascensão profissional, educação permanente e outras qualificações, como mestrados e doutorados profissionais.

O que sugere, em vista disso, o fomento de novas pesquisas com a abordagem do objeto de estudo nos diversos níveis de complexidade da assistência de enfermagem, possibilitando a generalização acerca do mundo da vida dos profissionais, estabelecendo

relações e implicações sólidas às práticas seguras. Frente às problemáticas elencadas, são visualizadas possibilidades de inovação e melhoria, a partir da implementação de treinamentos, atualização profissional dentro do espaço de trabalho, incorporação de tecnologias bem como a previsão de recursos, sejam eles materiais ou humanos, em prol da melhoria da efetividade da comunicação entre a equipe.

Sugerimos também a criação de um serviço de inovação com o objetivo de estimular os profissionais de saúde a criar tecnologias para uma melhor assistência de enfermagem juntamente com o apoio de um time formado por especialistas em gestão de inovação, propriedade intelectual, engenheiros, cientistas da computação, designers, pesquisadores com o objetivo de transformação cultural e maior compromisso com a instituição.

## REFERÊNCIAS

AFONSO, É. M. D. A. S.; BENEVIDES, M. G. “A EBSEERH como nova opção para os Hospitais Universitários”. **Inovação & Tecnologia Social**, v. 1, n. 3, p. 96–105, 6 jan. 2020.

ALCÂNTARA, A. FOTOGRAFIA. **Sessão Solene celebra os 60 anos do Hospital Universitário Dr. Walter Cantídio**. Disponível em: <[https://www.al.ce.gov.br/index.php/ultimas-noticias/item/84572-2803bd-solene-60->](https://www.al.ce.gov.br/index.php/ultimas-noticias/item/84572-2803bd-solene-60-). Acesso em: 31 jul. 2022.

ALSHAMMARI, M.; VELLOLIKALAM, C.; ALFEELI, S. **Perception of other healthcare professionals about the nurses’ role and competencies in veno-venous extracorporeal membrane oxygenation care: A qualitative study**. *Nursing Open*, v. 9, n. 2, p. 996–1004, 1 mar. 2022.

ALVES, AR, LOPES CHA DE F, JORGE MSB. Significado do processo de enfermagem para enfermeiros de uma unidade de terapia intensiva: uma abordagem interacionista. **Rev esc enferm USP** [s.l], v. 42, n. 4, p. 649–55, dez 2008. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0080-62342008000400006> Acesso em 01 set. 2023.

ALVES, I. G. et al. Múltiplos vínculos empregatícios podem afetar a resiliência de profissionais de enfermagem de setores de emergência?. **Research, Society and Development**, v. 11, n. 9, Vargem Grande Paulista - SP, 2022.

ALVES, P. C., NEVES, V. F., COLETA, M. F. D., OLIVEIRA, Á.F. Evaluation of well-being at work among nursing professionals at a University Hospital. **Revista Latino-americana De Enfermagem**, [s.l] v. 20, n. 4, p. 701–709. 2012. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-11692012000400010> Acesso em 01 set. 2023.

AMESTOY, S. C. et al. **Leadership in nursing: from teaching to practice in a hospital environment**. *Escola Anna Nery*, v. 21, n. 4, 2017.

ANTON, N. et al. **Identifying factors that nurses consider in the decision-making process related to patient care during the COVID-19 pandemic**. *PLOS ONE*, v. 16, n. 7, p. e0254077, 1 jul. 2021.

AZEVEDO, A. L. C. S. **Gerenciamento do cuidado de enfermagem em unidade de urgência/emergência traumática**. 2010. Dissertação (mestrado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP). Ribeirão Preto, 2010.

BACH, T. A.; BERGLUND, L. M.; TURK, E. **Managing alarm systems for quality and safety in the hospital setting**. *BMJ Open Quality*, v. 7, n. 3, p. 202, 2018.

BACKES, M. T. S.; ERDMANN, A. L. BÜSCHER, A. O ambiente vivo, dinâmico e complexo de cuidados em Unidade de Terapia Intensiva. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 23, n. 3, p. 411–418, 2015.

BAGGIO, M. A.; MONTICELLI, M.; ERDMANN, A. L. Cuidando de si, do outro e „do nós” na perspectiva da complexidade. **Rev Bras Enferm**, 2009.

BAGGIO, M. A., LORENZINI E.A. Teoria fundamentada nos dados ou Grounded Theory eo uso na investigação em Enfermagem no Brasil. **Revista de Enfermagem Referência** [Internet]. v. III, n. 3, p. 177-188. 2011. Disponível em: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=388239962018> Acesso em 01 set. 2023.

BARBOSA, T. P. et al. Práticas assistenciais para segurança do paciente em unidade de terapia intensiva. **Acta Paul Enferm**, v. 27, n. 3, 2014.

BARDAQUIM, V.A., DIAS, E.G., DALRI, R.C.M.B., ROBAZZI, MLC4. Reflexão sobre as condições de trabalho da enfermagem: subsídio às 30 horas de trabalho. **Revista Enfermagem Contemporânea, [S. l.]**, v. 8, n. 2, p. 172–181, 2019. Disponível em: <https://www5.bahiana.edu.br/index.php/enfermagem/article/view/2466>.. Acesso em: 1 set. 2023.

BARRETO, GAA, Oliveira JML, Carneiro BA, Bastos MAC, Cardoso GMP, Figueredo WN. Condições de trabalho da enfermagem: uma revisão integrativa. **REVISA**. 2021; 10(1): 13-21. Doi: <https://doi.org/10.36239/revisa.v10.n1.p13a21>

BARRETO, R. S. et al. Conceptions of patient safety through the prism of social representations of intensive care nurses. **Investigación y educación en enfermería**, v. 39, n. 2, 2021.

BARROS, M. C. **Conhecimento dos profissionais de saúde acerca do bundle de prevenção de infecção primária da corrente sanguínea relacionada a cateter venoso central: uma revisão sistemática**. Orientadora: Kátia Regina Gomes Bruno. 2021. 49f. TCC (Graduação) - Graduação em Enfermagem - Faculdade de Educação e Meio Ambiente, Ariquemes/RO. Disponível em: <https://repositorio.faema.edu.br/handle/123456789/2946>. Acesso em 29 abr. 2022

BATISTA, Eraldo Carlos. MATOS, Luís Alberto Lourenço. NASCIMENTO, Alessandr a Bertasi. A entrevista como técnica de investigação na pesquisa qualitativa. **Revista Interdisciplinar Científica Aplicada**, Blumenau, v.11, n.3, p.23-38, TRI III 2017. ISSN 1980-7031

BECCARIA, L. M. et al. Eventos adversos na assistência de enfermagem em uma unidade de terapia intensiva. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**, v. 21, n. 3, ago. 2009.

BECCARIA, L. M. et al. **The amount of time provided by nursing care in an intensive care unit: using a therapeutic intervention scoring system**. v. 17, n. 1, p. 48–53, 2010. 10.

BEZERRA, Ana Lúcia Queiroz; QUEIROZ, Érica dos Santos; WEBER, Juliane; MUNARI, Denize Bouttelet. O processo de educação continuada na visão de enfermeiros de um hospital universitário. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v. 14, n. 3, p. 618-625, jul./set. 2012. Disponível em: <https://www.revistas.ufg.br/fen/article/view/12771/13431>>. Acesso em 01 set. 2023.

BEZERRA, J. M.; FONSECA, I. A. C. Unidade de terapia intensiva adulto: Percepção da equipe de enfermagem sobre o cuidado ao paciente grave. **Electronic Journal Collection Health**, v. 31, 2019.

BLANCO, A. (1998). **Cinco tradiciones en la psicología social**. Madrid: Ediciones Morata.

BLUMER, H. **Symbolic interactionism: perspective and method**. Berkeley, University of California, 1969.

BLUMER, Herbert. **Symbolic interactionism: Perspective and method**. Univ of California Press, 1986.

BRASIL. Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares. **Aplicativo de Gestão para Hospitais Universitários - AGHU**, 2020. Disponível em: <https://www.gov.br/ebserh/pt-br/governanca/plataformas-e-tecnologias/aghu/sobre-o-aghu>. Acesso em: 03 de junho de 2022.

BRASIL. Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares. **Especialidades MEAC**. Disponível em: <https://www.gov.br/ebserh/pt-br/hospitais-universitarios/regiao-nordeste/ch-ufc/assistencia/meac/especialidades>. Acesso em: 26 de maio de 2022.

BRASIL. Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares. **Notificação VIGIHOSP**, 2021. Disponível em: <https://www.gov.br/ebserh/pt-br/hospitais-universitarios/regiao-nordeste/hupaa-ufal/comunicacao/noticias/notificacao-vigihosp>. Acesso em: 03 de junho de 2022.

BRASIL. Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares. **Sobre a Maternidade**, 2020. Disponível em: <https://www.gov.br/ebserh/pt-br/hospitais-universitarios/regiao-nordeste/ch-ufc/assistencial/meac/sobre-o-hospital>. Acesso em: 26 de maio de 2022.

BRASIL. Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares. **Sobre o Hospital**. 2020. Disponível em: <https://www.gov.br/ebserh/pt-br/hospitais-universitarios/regiao-nordeste/ch-ufc/assistencia/huwc/sobre-o-hospital-1>. Acesso em 23 de maio de 2022

BRASIL. Lei nº 7.498/86, de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, 26 jun. 1986. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L7498.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L7498.htm).

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Resolução da Diretoria Colegiada – RDC nº 7, de 24 de fevereiro de 2010, dispõe sobre os requisitos mínimos para funcionamento de Unidades de Terapia Intensiva e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 24 de fev. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Resolução da Diretoria Colegiada – RDC nº50, de 21 de fevereiro de 2002, dispõe sobre o Regulamento Técnico para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 20 de fevereiro. 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Resolução da Diretoria Colegiada – RDC nº 26, de 11 de maio de 2012, que altera a Resolução RDC nº. 07, de 24 de fevereiro de 2010, que dispõe sobre os requisitos mínimos para funcionamento de Unidades de Terapia Intensiva e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 26 de maio. 2012.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Projeto Saúde em Nossas Mãos salva mais de 2,4 mil vidas em UTIs públicas**, [página da internet], 2022. Disponível em: <https://www.gov.br/casacivil/pt-br/assuntos/noticias/2020/dezembro/projeto-saude-em-nossas-maos-salva-mais-de-2-4-mil-vidas-em-uti-publicas>. Acesso em 01 set. 2023.

BRASIL. Universidade Federal Do Ceará. **Hospital Universitário Walter Cantídio**. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/sesu/arquivos/pdf/huwalter.pdf>. Acesso em: 17 maio de 2022.

BRUYNEEL, A. et al. Impact of COVID-19 on nursing time in intensive care units in Belgium. *Intensive critical care nursing*, v. 62, 1 fev. 2021. 15. CAMELO, S. H. H. Competência profissional do enfermeiro para atuar em Unidades de Terapia Intensiva: uma revisão integrativa. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 20, n. 1, p. 192–200, jan. 2012.

BUCKLAND, M. K. Information is a thing. *Journal of the American Society for Information Science*, v. 45, p. 351- 360, 1994.

CAMOCIM, B. et al. Nursing Activities Score: nursing workload in a burns Intensive Care Unit. **Revista latino-americana de enfermagem**, v. 22, n. 2, p. 325–331, 2014.

CARVALHO, VD de, Borges L de O, Rêgo DP do. Interacionismo simbólico: origens, pressupostos e contribuições aos estudos em Psicologia Social. **Psicol cienc prof** [Internet]. 2010;30(1):146–61. Available from: <https://doi.org/10.1590/S1414-98932010000100011>.

CASSIANI, S. H. D. B., Caliri, M. H. L., & Pelá, N. T. R.. (1996). A teoria fundamentada nos dados como abordagem da pesquisa interpretativa. **Revista Latino-americana De Enfermagem**, 4(3), 75–88. <https://doi.org/10.1590/S0104-11691996000300007>

CAVALCANTE, A. K. C. B. et al. Cuidado seguro ao paciente: contribuições da enfermagem. **Revista cubana de Enfermería**, v. 31, n. 4, 2015.

CESTARI, V. R. F. et al. Aplicabilidade de inovações e tecnologias assistenciais para a segurança do paciente: revisão integrativa. **Cogitare Enfermagem**, v. 22, n. 3, 29 ago. 2017.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). **Resolução nº 358, de 15 de outubro de 2009**, dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de enfermagem, e dá outras providências. Rio de Janeiro (RJ), 2009. Disponível em: [http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen3582009\\_4384.html](http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen3582009_4384.html). Acesso em: 28/04/2022.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (CFM). Resolução CFM nº 2.271, de 14 de fevereiro de 2020, define as unidades de terapia intensiva e unidades de cuidado intermediário conforme sua complexidade e nível de cuidado, determinando a responsabilidade técnica médica, as responsabilidades éticas, habilitações e atribuições da equipe médica necessária para seu adequado funcionamento. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 23 de abr. 2020.

COORDENADORIA DE REGULAÇÃO, AVALIAÇÃO, CONTROLE E AUDITORIA DAS AÇÕES E SERVIÇOS DE SAÚDE. Contratualização Maternidade-escola Assis Chateaubriand, 1 abr. 2022. Disponível em: <<https://www.gov.br/ebserh/pt-br/hospitais-universitarios/regiao-nordeste/ch-ufc/governanca/gestao-estrategica/maternidade-escola-assis-chateaubriand/contratualizacao-1/contratualizacao-meac-2022-completa.pdf/@@download/file/Contratualiza%C3%A7%C3%A3o%20MEAC%202022-Completa.pdf>>. Acesso em: 30 jul. 2022

COORDENADORIA DE REGULAÇÃO, AVALIAÇÃO, CONTROLE E AUDITORIA DAS AÇÕES E SERVIÇOS DE SAÚDE. Contratualização Hospital Universitário Walter Cantídio, 1 abr. 2022. Disponível em: <<https://www.gov.br/ebserh/pt-br/hospitais-universitarios/regiao-nordeste/ch-ufc/governanca/gestao-estrategica/hospital-universitario-walter-cantidio/contratualizacao-1/contratualizacao-huwc-2022.pdf/view>>. Acesso em: 30 jul. 2022

CORREA, A.S. Interacionismo simbólico: raízes, críticas e perspectivas atuais. **Revista Brasileira de História & Ciências Sociais**. v. 9, n. 17, p. 176-200. Jun. 2017. Disponível em: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6737540>. Acesso em 01 set. 2023.

CORREIO, Renata Andrea Pietro Pereira Viana; VARGAS, Mara Ambrosina de Oliveira; CARMAGNANI, Maria Isabel Sampaio; FERREIRA, Micheli Leal; LUZ, Kely Regina da. DESVELANDO COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO DE TERAPIA INTENSIVA. *Enferm. Foco* 2015; 6 (1/4): 46-50. Disponível em: <https://doi.org/10.21675/2357-707X.2015.v6.n1/4.576>. Acesso em 01 set. 2023.

CRANLEY, L. et al. Nurses' Uncertainty in Decision-Making: A Literature Review. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, v. 6, n. 1, p. 3–15, 1 mar. 2009.

CRUZ, T. A.; CARVALHO, A. M. C.; SILVA, R. D. Reflexão do autocuidado entre os profissionais de enfermagem. *Revista Enfermagem Contemporânea*, v. 5, n. 1, p. 96-108, 2016.

DAMASCENO, S. H. S.; SÁ, F. N.; SIQUERA, S. L. A.; VIANA, E. D. R. N. Protocolo Clínico de visita estendida - UTI Materna. EBSEH – Hospitais Universitários Federais. Revisão Nº: 01, MEAC – Maternidade Escola Assis Chateaubriand, 2019.

DICHTCHEKENIAN, Maria Fernanda S. Farinha Beirão. **Temas fundamentais de fenomenologia**. Moraes, 1984.

DIRETORIA DE ATENÇÃO À SAÚDE E GESTÃO DE CONTRATOS. Dimensionamento de Serviços Assistenciais. EBSEH – Hospitais Universitários Federais. Maternidade Escola Assis Chateaubriand/UFC, 2013. Disponível em: [https://www.gov.br/ebserh/pt-br/hospitais-universitarios/contratos-de-gestao/regiao-nordeste/meac-ufc/dimensionamento-de-servicos/@@download/file/dimensionamento\\_deservicos\\_meac\\_ufc.pdf](https://www.gov.br/ebserh/pt-br/hospitais-universitarios/contratos-de-gestao/regiao-nordeste/meac-ufc/dimensionamento-de-servicos/@@download/file/dimensionamento_deservicos_meac_ufc.pdf)

DONELAN, K. et al. Physician and nurse practitioner roles in emergency, trauma, critical, and intensive care. *Nursing outlook*, v. 68, n. 5, p. 591–600, 1 set. 2020.

DONOSO, M.; DONOSO, M.T. V.; WIGGERS, E. Discorrendo sobre os períodos pré e pós florence nightingale: a enfermagem e sua historicidade. *Enfermagem em Foco*, v. 11, n. 1.ESP, p. 58–61, 3 ago. 2020.

DUPAS, G., OLIVEIRA, I. de ., & Costa, T. N. A.. (1997). A importância do interacionismo simbólico na prática de enfermagem. *Revista Da Escola De Enfermagem Da USP*, 31(2), 219–226. <https://doi.org/10.1590/S0080-62341997000200004>

EBSERH – HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS FEDERAIS. Plano de Reestruturação Hospital Universitário Walter Cantídio – HUWC, Universidade Federal Do Ceará. 2013. Disponível em: <https://docplayer.com.br/15872002-Plano-de-reestruturacao-hospital-universitario-walter-cantidio-universidade-federal-do-ceara.html>. Acesso em: 26 de maio de 2022.

ERT, P. N.; JOHANN, D.; SEVERO, E. A. Relações saudáveis no contexto organizacional: uma revisão teórica. **Anais do VII Simpósio de Engenharia de Produção de Sergipe**, 2015.

FERNANDES, F. F., & BARRICHELLO, E. M. da R. (2022). Contribuições do interacionismo simbólico para pensar a comunicação nas organizações: macro e micro-possibilidades. *Comunicologia - Revista De Comunicação Da Universidade Católica De Brasília*, 14(2), 115 - 134. <https://doi.org/10.31501/comunicologia.v14i2.12487>

FERREIRA QUEIJO, A.; GRILLO PADILHA, K. NURSING ACTIVITIES SCORE (NAS): Cross-cultural adaptation and validation to Portuguese language . *Rev Esc Enferm USP*, v. 43, n. Spe, p. 1001–1009, 2009.

FINE, G. A. O triste espólio, o misterioso desaparecimento e o glorioso triunfo do interacionismo simbólico. *RAE-Revista de Administração de Empresas*, [S. l.], v. 45, n. 4, p. 87–105, 2005. Disponível em: <https://bibliotecadigital.fgv.br/ojs/index.php/rae/article/view/37309>. Acesso em: 10 jul. 2023.

FLEURY, A. C. C. FLEURY, M. T. L.. Estratégias empresariais e formação de competências. São Paulo: Atlas, 2001.

FONSECA, A. S. O clínico e as manifestações psíquicas no paciente de UTI. In: *Anais do I Congresso Brasileiro De Psiquiatria e Medicina Interna*. São Paulo: Editora Astúrias; 2015. 333p

FONTANELLA, B. J. B., & Magdaleno Júnior, R.. (2012). Saturação teórica em pesquisas qualitativas: contribuições psicanalíticas. *Psicologia Em Estudo*, 17(1), 63–71.

FONTES, N. M. et al. Desafios e estratégias das enfermeiras na Unidade de Terapia Intensiva neonatal. *Rev. Rene. Fortaleza*, v. 11, n. 4, 2014

GARCÍA-FERNÁNDEZ, F. P. PANCORBO-HIDALGO, P. L.; AGREDA, J. J. S. Predictive capacity of risk assessment scales and clinical judgment for pressure ulcers: A meta-analysis. *Journal of Wound, Ostomy and Continence Nursing*, v. 41, n. 1, p. 24–34, jan. 2014.

GIORGI, A. A psicologia como ciência humana: uma abordagem de base fenomenológica (RS Schwartzman, trad). **Belo Horizonte, MG: Interlivros.(Trabalho original publicado em 1970)**, 1978.

GIORGI, Amedeo Peter; AANSTOOS, Christopher M. Phenomenology and psychological research. **(No Title)**, 1985.

GIORGI, Amedeo. Status of qualitative research in the human sciences: A limited interdisciplinary and international perspective. **Methods**, v. 1, n. 1, p. 29-62, 1986.

GODIN JACK, A. et al. Predictive value of SAPS II and APACHE II scoring systems for patient outcome in a medical intensive care unit. *Acta medica acadêmica*, v. 45, n. 2, p. 97–103, 1 nov. 2016.

GOMES et al. Atuação do enfermeiro no cuidado humanizado em UTI. *HU Rev.* 2020; 46:1-

7. DOI: 10.34019/1982-8047.2020.v46.28791

GOMES, R. Maternidade-Escola Assis Chateaubriand completa 50 anos. *Jornal O Povo*, 14 dez. 2013. Disponível em: <https://www20.opovo.com.br/app/opovo/cotidiano/2013/12/14/noticiasjornalcotidiano,3176753/maternidade-escola-assis-chateaubriand-completa-50-anos.shtml>. Acesso em 30 de julho de 2022.

GROHMANN, R. do N. (2009). O Interacionismo e os Estudos em Comunicação. *Anagrama*, 3(1), 1-14. <https://doi.org/10.11606/issn.1982-1689.anagrama.2009.35474>

GUERRA-GARCÍA, M. M. et al. Descripción de factores contribuyentes en sucesos adversos relacionados con la seguridad del paciente y su evitabilidad. *Atención Primaria*, v. 50, n. 8, p. 486–492, 1 out. 2018.

GÜRISOY, G. et al. APACHE II or INCNS to predict mortality in traumatic brain injury: A retrospective cohort study. *Ulusal travma ve acil cerrahi dergisi = Turkish journal of trauma & emergency surgery : TJTES*, v. 26, n. 6, p. 893–898, 1 nov. 2020.

HARPER, D. *Online Etymology Dictionary*. 2001.

HENRIQUES, C. et al. A fenomenologia como método aplicado à ciência de enfermagem: estudo de investigação. *Ciência & Saúde Coletiva [online]*. v. 26, n. 02 [Acessado 4 Dezembro 2023], pp. 511-519. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232021262.41042020>>. ISSN 1678-4561. <https://doi.org/10.1590/1413-81232021262.41042020>.

HEINEN, M. et al. An integrative review of leadership competencies and attributes in advanced nursing practice. *Journal of Advanced Nursing*, v. 75, n. 11, p. 2378–2392, 1 nov. 2019.

INSTITUTO COMPARTILHAR – SAMEAC. Relatórios de Atividades. Transparência. Disponível em: <https://www.institutocompartilha.ngo/transparencia/>. Acesso em: 26 de maio de 2022.

JALALPOUR, H. et al. The impact of critical thinking training using critical thinking cards on clinical decision-making of CCU nurses. *Journal of family medicine and primary care*, v. 10, n. 10, p. 3650, 2021.

JESUS, M. C. de, Silva, V. A. da, Mota, R. S., Costa, J. C. B., Mendes, A. S., & Oliveira, M. de J. (2019). REPERCUSSÕES DA EDUCAÇÃO PERMANENTE NAS PRÁTICAS ASSISTENCIAIS DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM. *Revista Baiana De Enfermagem*, 33. <https://doi.org/10.18471/rbe.v33.27555>

KERLIN, M. P.; COSTA, D. K.; KHAN, J. M. The Society of Critical Care Medicine at 50 Years: ICU Organization and Management. *Critical care medicine*, v. 49, n. 3, p. 391–405, 1 mar. 2021.

KREMPSER, P. et al. Nursing protocol in vascular trauma prevention: peripheral catheterization bundle in urgency. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 72, n. 6, p. 1512–1518, 21 out. 2019.

LEMOS, G. de C., da Mata, L. R. F., Ribeiro, H. C. T. C., Menezes, A. C., Penha, C. de S., Valadares, R. M. C., & Castro, M. S. R. (2022). CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE EM TRÊS INSTITUIÇÕES HOSPITALARES: PERSPECTIVA DA EQUIPE DE ENFERMAGEM. *Revista Baiana De Enfermagem*, 36. <https://doi.org/10.18471/rbe.v36.43393>

LIMA, A. G. et al. Estresse ocupacional vivenciado por profissionais de enfermagem de uma unidade de terapia intensiva do agreste de Pernambuco. *Brazilian Journal of Health Review*, v. 4, n.1, p 2316-2337, 2021.

LIMA, A.L.S, BARBOSA, T.G., SILVA, Y. L.M., DIAS, O.V., BARBOSA, H.A., SAMPAIO, C.A., VIEIRA, M. A. Significados das Relações Interpessoais Para a Enfermagem no Contexto da Assistência Hospitalar. *Revista Unimontes Científica*, [S. l.], v. 25, n. 2, p. 1–22, 2023. Disponível em: <https://www.periodicos.unimontes.br/index.php/unicientifica/article/view/5606>. Acesso em: 3 set. 2023.

LODAHL, T. M.; KEJNER, M. The definition and measurement of job involvement. *Journal of Applied Psychology*, Berkeley, CA, v.49, n. 1, p. 23-33, jan.1965.

LOPES, CHA de F, Jorge MSB. Interacionismo simbólico e a possibilidade para o cuidar interativo em enfermagem. *Rev esc enferm USP [Internet]*. 2005Mar;39(1):103–8. Available from: <https://doi.org/10.1590/S0080-62342005000100014>.

LUCCHINI, A. et al. Nursing Activities Score is increased in COVID-19 patients. *Intensive & critical care nursing*, v. 59, 1 ago. 2020.

MARQUES, C. M. S.; EGRY, E. Y. As competências profissionais em saúde e as políticas ministeriais. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, v. 45, n. 1, p. 187– 193, mar. 2011.

MARQUES, C. R. et al. Fatores de satisfações e insatisfações no trabalho de enfermeiros. *Rev enferm UFPE on line*, 2020.

MARTINEZ ESTALELLA, G.; ZABALEGUI, A.; SEVILLA GUERRA, S. [Management and leadership of nursing services in the emergency plan for the pandemic COVID-19: the experience of the Clinic Hospital of Barcelona]. *Enfermagem clinica (English Edition)*, v. 31, p. S12–S17, 1 fev. 2021.

MARTINS, Joel; BICUDO, Maria Aparecida Viggiani. **A pesquisa qualitativa em psicologia: fundamentos e recursos básicos**. São Paulo: Ed. Moraes, 1989.

MARTINS, Joel; BICUDO, Maria Aparecida Viggiani. **Estudos sobre existencialismo, fenomenologia e educação**. Moraes, 1983.

MASSAROLI, R. et al. Trabalho de enfermagem em unidade de terapia intensiva e sua interface com a sistematização da assistência. *Esc Anna Nery*, v. 19, n. 2, 2015.

MEGHNAGI, S. *Conoscenza e competenza*. Torino: Loescher, 1992.

MERTENS, L. Competência laboral: sistemas, surgimento e modelos. 1º ed. Montevideo: Cinterfor/OIT, 1996.

MIRANDA, Dinis Reis et al. Nursing activities score. *Critical care medicine*, v. 31, n. 2, p. 374-382, 2003.

MOREIRA, Wagner Wey; SIMÕES, Regina; PORTO, Eline. Análise de conteúdo: técnica de elaboração e análise de unidades de significado. **Revista brasileira de ciência e movimento**, v. 13, n. 4, p. 107-114, 2005.

MOTA, B. de S.; Figueiredo S. N.; Siqueira D. S. G.; Queiroz N. D. A.; dos Santos T. M. de P. As contribuições da síndrome de burnout para o déficit do trabalho da enfermagem: revisão integrativa da literatura. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. 12, n. 10, p. e4383, 1 out. 2020.

NORDNESS, M. F.; HAYHURST, C. J.; PANDHARIPANDE, P. Current Perspectives on the Assessment and Management of Pain in the Intensive Care Unit. *Journal of Pain Research*, v. 14, p. 1733–1744, 14 jun. 2021.

OREM, D. E. Nursing: concepts of practice. 2. ed. New York: McGraw-Hill, 1980.

OLIVEIRA, A. C. GARCIA, P. C.; NOGUEIRA, L. DE S. Nursing workload and occurrence of adverse events in intensive care: a systematic review. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, v. 50, n. 4, p. 0683–0694, 2016.

OUCHI, J. D. O papel do enfermeiro na unidade de terapia intensiva diante de novas tecnologias em saúde. *Revista Saúde em Foco*, v. 10, 2018.

PADILHA K.G. et al. Nursing workload, stress/burnout, satisfaction and incidents in a trauma intensive care units. *Texto Contexto Enferm*, v. 26, n. 3, e1720016, 2017.

PARANHOS, W. R.; LAPOLLIM E. M. Organizações saudáveis, organizações diversas: mecanismos em face da integralidade humana. *Inc. Soc.*, v.14 n.1, p.15-25, 2022.

PAULINO, C. M. E. et al. Satisfação profissional e ambiente de trabalho da equipe de enfermagem em unidades de terapia intensiva. *Rev Min Enferm.*, v. 23, e-1271, 2019.

PAZ NUNES, N. et al. Método canguru: percepção materna acerca da vivência na unidade de terapia intensiva neonatal. *Revista Brasileira em promoção da Saúde*, v. 28, n. 3, p. 387–393, 30 set. 2015.

PEDUZZI, M. et al. Trabalho em equipe: uma revisita ao conceito e a seus desdobramentos no trabalho interprofissional. *Trabalho, Educação e Saúde*, v. 18, 2020.

PEIXOTO, A. RDC nº26: Cofen defende mudanças na Resolução que altera a Proposição Enfermeiro/Paciente. Cofen – Conselho Federal de Enfermagem, Brasília, 09 de julho de 2012. Disponível em: [http://www.cofen.gov.br/rdc-n26-cofen-defendemudanas-na-resoluao-que-altera-a-proporao-enfermeiropaciente\\_9364.html](http://www.cofen.gov.br/rdc-n26-cofen-defendemudanas-na-resoluao-que-altera-a-proporao-enfermeiropaciente_9364.html). Acesso em: 26 de abril de 2022.

PEZZI, M. da C. S., & Leite, J. L.. (2010). Investigação em Central de Material e Esterelização utilizando a Teoria Fundamentada em Dados. *Revista Brasileira De Enfermagem*, 63(3), 391–396. <https://doi.org/10.1590/S0034-71672010000300007>.

PIMENTEL, N. et al. A satisfação dos trabalhadores de enfermagem como indicador de gestão. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, v. 55, 2020.

RAY-BARRUEL, G. et al. Effectiveness of insertion and maintenance bundles in preventing peripheral intravenous catheter-related complications and bloodstream infection in hospital patients: A systematic review. *Infection, Disease and Health*, v. 24, n. 3, p. 152–168, 1 ago. 2019.

RESENDE, Eliana de Goes. Memórias da Administração da Enfermagem de um Hospital de ensino em Fortaleza-Ce: (RE) construção a partir da história oral. 2012. 151f. – Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Ceará, Programa de Pós-graduação em Políticas Públicas e Gestão da Educação Superior, Fortaleza (CE), 2012.

RIBEIRO, B. M. S. S.; HIRAI, V. H. G.; TESTON, E. F. Reduction of medical skills based on the absenteeism management, rotativity and quality of life at work. *Rev Eletron Gestão Saúde*, v. 9, n. 3, p. 393-403, 2018.

RIBEIRO, J. F. et al. Nursing professionals in the ICU and their role in the pandemic: Legacies of Covid-19. *Revista Enfermagem Contemporânea*, v. 10, n. 2, p. 347–365, 5 abr. 2021.

RODRIGUES, T. D. F. Fatores estressores para a equipe de enfermagem da Unidade de Terapia Intensiva. *Revista Mineira de Enfermagem*, v. 16, n. 3, 2012.

SALOMÉ, G. M.; ESPÓSITO, V. H. C.; SILVA, G. T. R. O ser profissional de enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva. *Acta paul. Enferm*, v. 21, n. 2, 2008.

SANTOS, G. L. A. et al. Implications of Nursing Care Systematization in Brazilian professional practice. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, v. 55, p. 1–8, 7 jul. 2021.

SANTOS, J. A. M. et al. Avaliação do trabalho em equipe na Unidade de Terapia Intensiva Materna com relação a Cultura de Segurança do Paciente. *Research, Society and Development*, v. 11, n. 1, e14711124846, 2022

SANTOS, J. A. M. et al. Avaliação do trabalho em equipe na Unidade de Terapia Intensiva Materna com relação a Cultura de Segurança do Paciente. *Research, Society and Development*, v. 11, n. 1, 2022.

SANTOS, J. L. G., ERDMANN, A. L., SOUSA, F. G. M., LANZONI, G. M. DE M., MELO, A. L. S. F., LEITE, J. L. Perspectivas metodológicas para o uso da teoria fundamentada nos dados na pesquisa em enfermagem e saúde. *Escola Anna Nery*, v. 20, n. 3, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.5935/1414-8145.20160056> Acesso em 01 set. 2023.

- SANTOS, S. da S., Valadares, GV., Santos, GLA., Rosa, LS., Martins, JR., & Queirós, PJP. (2020). Reflexões teóricas sobre o cuidado de si à luz do interacionismo simbólico. *Novas tendências em pesquisa qualitativa*, 3, 140–150. <https://doi.org/10.36367/ntqr.3.2020.140-150>
- SCHMITZ, E. L. et al. Philosophy and conceptual framework: collectively structuring nursing care systematization. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, v. 37, n. spe, p. e 68435, 30 mar. 2017.
- SCHMOELLER, R., Trindade, L. de L., Neis, M. B., Gelbcke, F. L., & Pires, D. E. P. de .. (2011). Cargas de trabalho e condições de trabalho da enfermagem: revisão integrativa. *Revista Gaúcha De Enfermagem*, 32(2), 368–377. <https://doi.org/10.1590/S1983-14472011000200022>
- STRUCHINER, Cinthia Dutra. Fenomenologia: de volta ao mundo-da-vida. **Rev. abordagem gestalt.**, Goiânia, v. 13, n. 2, p. 241-246, dez. 2007. Disponível em [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1809-68672007000200009&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-68672007000200009&lng=pt&nrm=iso). acessos em 04 dez. 2023.
- SCHWARTZ, B. Formación en alternancia: hechos y reflexiones. 1º ed. México: Conocer, 1996.
- SCOCHI, C. G. S. et al. Pós-graduação Stricto Sensu em Enfermagem no Brasil: avanços e perspectivas. *Rev. Bras. Enferm.*, v. 66, 2013.
- SEOANE, L. A. et al. [Prognostic value of APACHE II score in postoperative of cardiac surgery]. *Arquivos de cardiologia de México*, v. 90, n. 4, p. 398–405, 2020.
- SHEINGOLD, B. H.; HAHN, J. A. The history of healthcare quality: The first 100 years 1860–1960. *International Journal of Africa Nursing Sciences*, v. 1, p. 18–22, 1 jan. 2014.
- SILVA JÚNIOR, E. J. S.; BALSANELLI, A. P.; NEVES, V. R. O cuidado de si no cotidiano do enfermeiro: revisão integrativa. *Rev Bras Enferm.*, v. 73, n. 2, 2020
- SILVA, A. T. et al. Segurança do paciente e a atuação do enfermeiro em hospital. *Rev enferm UFPE on line.*, v. 12, n. 6, p. 1532-8, 2018.
- SILVA, D. C. A enfermagem e as manifestações psíquicas nos pacientes de UTI. In: *Anais do I Congresso Brasileiro de Psiquiatria e Medicina Interna*. São Paulo: Editora Astúrias, 2016.
- SILVA, F. E. A, Almeida, P. da S., de Freitas, A. M. O., Lima, A. B. L., & de Sousa Luz, A. K P. (2022). A IMPORTÂNCIA DA COMUNICAÇÃO ENTRE A EQUIPE MULTIPROFISSIONAL PARA O PACIENTE INTERNADO NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA. *Revista Interface: Saúde, Humanas E Tecnologia*, 10 (1), 1240-1243. <https://doi.org/10.16891/2317-434X.v.10.e1.a2022.pp1240-1243>

SILVA, I. S. Os benefícios da alimentação saudável aliada às práticas de educação física. Monografia (Licenciatura em Educação Física) – Faculdade do médio parnaíba, Teresina, 2018.

SILVA, M.P. **Relações interpessoais no ambiente de trabalho da equipe de enfermagem: uma ação comunicativa.** 2013. 147 f. Dissertação (Mestrado em Assistência à Saúde) - Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2013.

SILVA, R. C.; DE ASSUNÇÃO FERREIRA, M. Tecnologia em ambiente de terapia intensiva: delineando uma figura-tipo de enfermeiro. *Acta Paulista de Enfermagem*, v. 24, n. 5, p. 617–623, 2011.

SILVA, T. C. M. S.; CASTRO, M. C. N. POPIM, R. C. Adaptation of the Nursing Activities Score for oncologic care. *Revista Brasileira de Enfermagem*, [S.L.], v. 71, n. 5, p. 2383-2391, out. 2018. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0015>.

SIQUEIRA, M. M. M. Antecedentes de comportamentos de cidadania organizacional: análise de um modelo pós-cognitivo. 1995. 265 f Tese (Doutorado em Psicologia) – Instituto de Psicologia, Universidade de Brasília, Brasília, 1995.

SIQUEIRA, Mirlene Maria Matias (org.). *Medidas do comportamento organizacional: ferramentas de diagnóstico e de gestão.* Porto Alegre: Artmed, 2008. 344p.

SOARES, L.; FLECK, C. F. Consequências das relações entre gestor e subordinado para o comprometimento organizacional: um estudo em uma empresa familiar. *Organizações em contexto*, v. 10, n. 20, 2014.

SOUSA, J. B. A., BRANDÃO, M. J. M., CARDOSO, A. L. B., ARCHER, A. R. R., BELFORT, I. K. P. Comunicação efetiva como ferramenta de qualidade: Desafio na segurança do paciente **Brazilian Journal of Health Review**, 3(3), 6467–6479. 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.34119/bjhrv3n3-195>.

SOUZA FILHO, José Alves de; LIMA, Alúcio Ferreira de. Interpelações Fenomenológicas Para A Pesquisa Da Identidade Na Perspectiva Da Psicologia Social Crítica. **Interação em Psicologia**, Curitiba, v. 26, n. 3, abr. 2023. ISSN 1981-8076. Disponível em: <<https://revistas.ufpr.br/psicologia/article/view/77026/48823>>. Acesso em: 04 dez. 2023. doi:<http://dx.doi.org/10.5380/riep.v26i3.77026>.

SPECCHIA, M. L. et al. Leadership Styles and Nurses' Job Satisfaction. Results of a Systematic Review. *International Journal of Environmental Research and Public Health* 2021, Vol. 18, Page 1552, v. 18, n. 4, p. 1552, 6 fev. 2021.

TERUYA, K. Y.; COSTA, A. C. S.; GUIRARDELLO, E. B. Satisfação no trabalho da equipe de enfermagem em unidades de terapia intensiva. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, v. 27, 2019.

TOLFO, S. R.; PICCININI, V. Sentidos e significados do trabalho: explorando conceitos, variáveis e estudos empíricos brasileiros. *Psicol. Soc.*, v. 19, 2007.

VARGAS, M. A. DE O. et al. Unidade de Terapia Intensiva: Aspectos Históricos e Conceituais. In: BITENCOURT, J. V. DE O. V.; ADAMY, E. K.; ARGENTA, C. (Eds.). *Processo de enfermagem: da teoria à prática em cuidados intensivos*. 1. ed. Chapecó: Ed. UFFS, 2022. v. 2p. 34–47.

VASCONCELOS, Eduardo Motta de; MARTINO, Milva Maria Figueiredo De; FRANCA, Salomão Patrício de Souza. Burnout e sintomatologia depressiva em enfermeiros de terapia intensiva: análise de relação. *Rev. Bras. Enferm.*, Brasília, v. 71, n. 1, p. 135-141, fev. 2018. Disponível em . acessos em 21 ago. 2022. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0019>

VERSA, G.L.G.S; MATSUDA, L.M. Satisfação profissional da equipe de enfermagem intensivista de um hospital de ensino **Revista Enfermagem UERJ**, [S.l.], v. 22, n. 3, p. 409-415, nov. 2014. Disponível em: <<https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/5765/10511>>. Acesso em: 03 set. 2023.

WU, Y. et al. [Diagnostic tools of intensive care unit acquired weakness: a systematic review]. *Zhonghua wei zhong bing ji jiu yi xue*, v. 30, n. 12, p. 1154–1160, 1 dez. 2018.

WYNNE, R. et al. Workforce management and patient outcomes in the intensive care unit during the COVID-19 pandemic and beyond: a discursive paper. *Journal of Clinical Nursing*, v. 00, p. 1–10, 2021

## APÊNDICE A – ROTEIRO PARA ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA

- BLOCO 1 : Perfil do entrevistado e trajetória

profissional Idade: \_\_\_ anos

Gênero: ( ) Masculino ( ) Feminino

Escolaridade: ( ) 2o Grau ( ) Superior incompleto ( ) Superior completo ( ) Pós-graduação

Estado civil: ( ) Solteiro ( ) Casado ( ) Divorciado ( ) União Estável

Cargo atual: \_\_\_\_\_

Carga horária semanal de trabalho: \_\_\_\_\_ horas

Possui mais de um vínculo trabalhista? ( ) Sim ( ) Não

Tempo de serviço na instituição: \_\_\_\_\_ anos

Tempo de serviço no cargo: \_\_\_\_\_ anos

Tempo de formação: \_\_\_\_\_ anos

#PERGUNTA 1 - (trajetória do entrevistado): Como surgiu a vontade de ser profissional de UTI? Discorra acerca de sua experiência profissional e expectativas e aspirações relacionadas à sua escolha profissional?

- BLOCO 2 : Concepções e valores na vida pessoal e no trabalho

#PERGUNTA 2 - Como você se sente como pessoa, no que se refere a sua família, trabalho, convivência social, espiritualidade, saúde e bem-estar? Quais são os sentimentos que você experimenta? O que faz para cuidar de si? Como você concilia trabalho/família na sua rotina diária e como você percebe o apoio da instituição ?

#PERGUNTA 3 - : O que você mais gosta no seu trabalho? O que menos gosta no seu trabalho? Você se vê trabalhando aqui daqui um ano? O que você espera para o futuro profissional na empresa em que trabalha?

#PERGUNTA 4 - : Defina trabalho e a importância na sua vida e como se dá o seu envolvimento no trabalho? O que ele significa para você?

#PERGUNTA 5 - : Como a instituição que você trabalha flexibiliza a gestão de horários dos tempos de trabalho para que você possa responder às necessidades pessoais?

- BLOCO 3: O mundo das organizações e instituições

#PERGUNTA 6 - : Para você o que significa uma organização saudável? Na sua concepção, como deve funcionar a relação chefia-colaborador em uma organização saudável?

#PERGUNTA 7 - : Como funciona a relação chefia-colaborador na instituição onde você trabalha? O que poderia melhorar nessa relação?

#PERGUNTA 8 - : Você considera que a instituição de trabalho oferece apoio social para que se possa desenvolver suas atividades laborais ?

#PERGUNTA 9 - : Como você vê a política organizacional em relação ao investimento em formação profissional e o desenvolvimento de competências na sua instituição?

- BLOCO 4 : Rotinas e práticas diárias no trabalho em um Unidade de Terapia Intensiva.

#PERGUNTA 10 - : O que você considera uma assistência livre de danos para o paciente?

#PERGUNTA 11 - : Em sua atuação diária, quais boas práticas de segurança você coloca em prática?

#PERGUNTA 12 - : Como você definiria trabalho em equipe e como ele contribui para o cuidado?

#PERGUNTA 13 - : Em relação à equipe de trabalho, como você enxerga a comunicação entre a equipe multiprofissional e como ela contribui para o melhor cuidado ao paciente?

- BLOCO 5 : Os pontos fracos das equipes, as expectativas, os desejos, as possibilidades de inovação.

#PERGUNTA 14 - : Quais são as maiores fragilidades de sua equipe de trabalho?

#PERGUNTA 15 - : Quais são os pontos fortes da sua equipe de trabalho?

#PERGUNTA 16 - : Quais são as possibilidades de inovação e melhora dentro da sua equipe de trabalho?

#PERGUNTA 17 - : Como você se sente com relação a suas fragilidades, pontos fortes e pontos a melhorar? Eles são reconhecidos pela equipe? Há esforço conjunto para o desenvolvimento?

## APÊNDICE B – ENTREVISTA PILOTO (TÉCNICA DE TRANSCRIÇÃO)

### Transcrição

#### \*Enfermeiro 1\*

**#PERGUNTA 1 - (trajetória do entrevistado): Como surgiu a vontade de ser profissional de UTI? Discorra acerca de sua experiência profissional e expectativas e aspirações relacionadas à sua escolha profissional?**

A minha vontade de trabalhar em unidade de terapia se deu por uma experiência na época que eu estagiava. Já tinha estagiado em emergência, em clínica médica, acolhimento, centro de material. Na época, a minha pretensão era trabalhar na obstetria, só que eu não me encontrei, porque eu vi que era uma área que eu não queria estar ali, todos os dias, até que um Belo dia no primeiro rodizio da Santa casa, me deparei com aqueles pacientes determinados, aqueles profissionais para cuidar daqueles pacientes e que daria para enxergar todos ao mesmo tempo, pra observar, e também por realmente se identificar, por gostar realmente de trabalhar com paciente grave e de alguma forma poderia fazer diferença na vida daqueles que estavam lutando pela vida.

#### **BLOCO 2:** Concepções e valores na vida pessoal e no trabalho

**#PERGUNTA 2 - Como você se sente como pessoa, no que se refere a sua família, trabalho, convivência social, espiritualidade, saúde e bem-estar? Quais são os sentimentos que você experimenta? O que faz para cuidar de si? Como você concilia trabalho/família na sua rotina diária e como você percebe o apoio da instituição ?**

A nível pessoal, como ser humano, e sempre deixei minha vida pessoal para depois, sempre quis, em primeiro lugar, colocar minha vida profissional à frente, por realmente não vir berço, por enxergar que a minha família precisava de alguém que trabalhasse, alguém que realmente sustentasse a casa, que a é muito carente. E na minha cabeça eu pensei assim, não, se eu for casar nessa altura do campeonato, muito jovem, me relacionar com alguém, vou engravidar, vai atrapalhar minha vida, vai retardar. Não vou conseguir ajudar a minha família. E isso aí, no auge dos meus 34 anos, é que eu vi um pensar, antes tarde que nunca. Não me arrependo. E por lidar diretamente com o paciente muito grave, a gente se depara que a vida é breve, muito breve e realmente o ambiente de UTI é pesado e uma das coisas que eu tento conciliar é não falar muito do meu trabalho para casa. Raras as vezes, por conta do ambiente pesado. Porque é UTI por si só já tem muitos problemas, não só dos próprios pacientes. Tento o

máximo possível fazer minhas atividades físicas, minhas aulas de dança, conciliar essa parte de espiritualidade. Medito, tenho minhas seções de psicologia nas sextas-feiras, tem me ajudado muito. Porque recentemente misturou os problemas pessoais com os profissionais. A ponto de eu pedir exoneração dos 2 cargos, mas no final, o psicólogo realmente me deu essa luz. Que quando a gente quer sair daqueles ambientes, se fosse somente uma instituição, realmente o problema seria instituição, mas as 2. Ainda mais que ele entende que a profissão que eu escolhi realmente eu gosto de trabalhar, então o problema realmente era mais pessoal que profissional. Então tive que me espiritualizar, meditar. E questão mesmo de Felicidade, a felicidade ela é vem da pessoa, ela vem de dentro para fora. A gente não pode esperar estímulo externo pra gente se tornar feliz. A pessoa primeiro tem que estar bem, tem que estar bem consigo mesma para poder ter seus próprios, projetos, traçar os seus sonhos, a sua rotina. E não esperar dos outros, porque assim como eu, tantos outros também tem seus problemas. O que não pode é você ser grossa, ser bruta com as pessoas, porque na maioria das vezes elas não tem nada a ver com isso. É algo que realmente a gente tem que melhorar, a gente mesmo.

### **#PERGUNTA 3: E o que é você mais gosta no seu trabalho?**

**O que menos gosta no seu trabalho?**

**Você se vê trabalhando aqui por muito tempo? Porque?**

**O que você espera para o futuro profissional na empresa em que trabalha?**

O que eu mais gosto no trabalho é realmente o envolvimento multiprofissional da equipe. A importância do enfermeiro, mesmo gerencial, plantão, querendo ou não, eu me sinto como se fosse uma coordenadora do plantão, porque a gente é muito responsável por isso. Nós que estamos 24 horas com o paciente, atuando mesmo, com aquele cliente. Eu já fui muito de só trabalhar, só pensar em trabalho, só viver em trabalho, já respirei muito trabalho, quando era recém formada. Não é à toa que eu adquiri doença autoimune, por conta disso. Chegava em casa, só falava de trabalho, quem saía comigo era só o trabalho. Até que um Belo dia eu tive que acordar, tive que adoecer fisicamente, pra ver que a vida não é só trabalho, a vida vai muito mais além disso. A vida é o trabalho, as relações que eu estabeleço com as pessoas, meu lazer, estudo. Então assim, a vida é muito mais que isso. O que eu menos gosto, algumas vezes, o que eu detesto quanto acontece é falha na comunicação, porque quando há falha, quem é prejudicado é o doente. A comunicação é a base para a segurança do paciente. Se falhar, o paciente pode sofrer um dano. E na maioria das vezes esse dano pode ser irreversível. Sim, eu me vejo trabalhando na instituição por muitos anos. Eu não me vejo em

outra instituição. Trabalho em 2 instituições, uma das coisas que mais comentam, que se um dia pedir para escolher, mesmo o outro sendo estatutário, eu escolheria aqui, porque aqui eu vejo realmente que o meu trabalho é valorizado. Não é que no outro não seja, mas é porque aqui eu me sinto mais realizada. Aqui, que tem sido a minha escola desde 2012, foi aqui que eu me formei enfermeira intensivista. Eu não me formei na graduação na instituição, mas eu já me imaginava que desde criança, porque eu vivia internada, já via o trabalho dos colegas quando era criança, eu me apaixonei pela forma do trabalho, pelo carinho. É a instituição que realmente me vejo em muitos e muitos anos por conta disso. E as pessoas também, o relacionamento que eu tenho com elas melhorou muito de uns anos para cá. Eu era uma pessoa totalmente diferente. Hoje eu já me sinto mais madura em alguns aspectos, na forma de lidar, conversar com as pessoas também. Isso me prende muito a instituição também. Não é só o dinheiro, o dinheiro também não é tudo. Você tem que ter amor por aquilo que faz. Porque dinheiro a gente faz em qualquer lugar. Não adianta você receber um bom dinheiro se você não souber empregar, não souber investir. Você tem que aprender a fazer isso ao longo da vida. Mas assim, eu consigo hoje de boa, folgar, não pensar em trabalho, porque eu sei que ali vai ter gente tão capacitada quanto eu para cuidar daquele doente. E consigo tirar férias, sem pensar em trabalho. Realmente, com o tempo a gente amadurece.

**#PERGUNTA 4 - : Defina trabalho e a importância na sua vida e como se dá o seu envolvimento no trabalho? O que ele significa para você?**

Trabalho é de suma importância. Dizem que o trabalho dignifica o homem e realmente dignifica. É uma forma, realmente, de você contribuir com o próximo, independentemente qual seja a sua profissão. E o nível de envolvimento, eu tento o máximo, fazer o melhor para o paciente, melhor para os colegas que estão ali trabalhando comigo também, e o melhor mesmo, é o que eu tento. Chegar, realmente, assumir o doente, ver o que eu posso fazer para a melhoria dele. O que é que prende ele na instituição ou no Setor UTI. Tento manter uma comunicação efetiva com os demais profissionais, porque todos estão no mesmo envolvimento. Realmente o trabalho, mas não trabalho braçal em si, mas é o trabalho realmente intelectual, porque a coisa mais difícil, a nível de enfermeiro, é lidar com pessoas. Então, lidar com pessoas é algo que a gente aprende diariamente, que nenhum livro ensina e nenhuma faculdade ensina. Isso é realmente só com o tempo.

**#PERGUNTA 5 - : Como a instituição que você trabalha flexibiliza a gestão de horários dos tempos de trabalho para que você possa responder às necessidades pessoais?**

**BLOCO 3:** O mundo das organizações e instituições

**#PERGUNTA 6 - : Para você o que significa uma organização saudável?**

**#PERGUNTA 7 - : Como funciona a relação chefia-colaborador na instituição onde você trabalha? O que poderia melhorar nessa relação?**

**E na sua concepção, como deve funcionar a relação chefia-colaborador em uma organização saudável?**

Para mim, é uma organização saudável, é uma instituição também que visa melhorar as condições de trabalho para o profissional. Trabalhar num setor onde nenhum colega puxa o tapete de outro colega, porque não há necessidade disso. Eu sofri muito em instituições anteriores com isso, e uma das coisas que me prendeu aqui mesmo foi a forma organizacional. Porque realmente não há necessidade disso. Em relação à chefia-colaborador saudável, é aquela relação em que ambos conversem, ambos vejam as necessidades do serviço. Não pode ser uma necessidade só do funcionário ou só do setor, tem que ser realmente uma necessidade de ambos, sem prejudicar o paciente, óbvio, e a instituição flexibiliza sim, a gestão de horários do trabalho, contanto que não prejudique o paciente. A necessidade pessoal, ela não pode sobrepor a necessidade coletiva, visa sempre isso, avalia a necessidade daquele colaborador que eu observo, mas sempre visando o coletivo, nunca prejudicando o próximo. Isso eu considero extremamente saudável.

**#PERGUNTA 8 - : Você considera que a instituição de trabalho oferece apoio social para que se possa desenvolver suas atividades laborais ?**

Bom, nesse quesito, infelizmente como o meu vínculo é CLT, a instituição não dá esse devido apoio, porque a possibilidade é mínima de afastamento, quando se precisa para cuidar de algum ente querido. Em relação a psicologia, a instituição oferta serviços psicológicos para o servidor, fica até na entrada do hospital, mas infelizmente não é muito divulgado, poucos funcionários sabem disso. Mas assim, a nível de meio social mesmo para o colaborador, isso é muito ainda deficiente da instituição. Eu não sei se é porque se trata realmente das normas engessadas da CLT e a instituição quer seguir isso a risco. Mas isso realmente não beneficia muito, não é muito legal, realmente é um ponto fraco na instituição, que tem que melhorar realmente.

**#PERGUNTA 9 - : Como você vê a política organizacional em relação ao investimento em formação profissional e o desenvolvimento de competências na sua instituição? Como a instituição lida com isso (com os investimentos)? Você sente que instituição se engaja nisso ou não? E porquê?**

A instituição promove muitos cursos. Mas infelizmente esses cursos não são na hora do plantão. Em relação ao mestrado, doutorado, a gente não tem direito a afastamento, a instituição não propicia isso. Tem que fazer realizar tudo isso fora da carga horária e a gente sabe que nós trabalhamos muito, dando 36 horas semanais. E, na maioria das vezes, é humanamente impossível. Você se determinar a fazer uma qualificação profissional, quando se precisa ir para Congresso, aperfeiçoar. A instituição no início viabilizava isso, mas pós pandemia só piorou. A instituição não realiza, não libera mais os profissionais para isso. Nós, profissionais de saúde, sofremos muito porque estávamos ali de frente. A gente viu nossos amigos morrerem, conhecidos, pacientes jovens. Tudo assim, que feriu psicológico geral dos profissionais e eu, como profissional, realmente fico muito triste, porque pós pandemia, a instituição, no lugar de, no geral, abraçar, mesmo o profissional, o profissional tem interesse em se qualificar, e não libera, porque simplesmente visam a gente hoje só para o trabalho, somente trabalho e hoje eu enxergo que tudo não é trabalho. Não adianta eu colocar um profissional para trabalhar as 36 horas semanais se ele não se aperfeiçoar, porque como enfermagem, área da saúde em geral, várias atualizações são realizadas e daqui a alguns anos, o que é que eu percebo, nós vamos ficar, nós estamos, na verdade, desatualizados. Não tem como se atualizar desse modelo. Não tem como eu, simplesmente promover melhorias para a instituição, como um colaborador, se eu não vou estar atualizada. Uma das que eu não gosto na instituição, é ascensão, não tem plano de carreira e salário. Só receber aquele salário limpo e seco. Como eu vou ter estímulo para estudar também. Não adianta eu fazer um mestrado, um doutorado, se isso não vai contar nos meus planos de carreira, porque não existe planos de cargos, carreira e salário para o empregado público na instituição, infelizmente. Então as pessoas, com o passar do tempo, elas realmente ficam desmotivadas. Totalmente desmotivadas.

**O que você acha de sobre o regime de trabalho fundado em empregos menos estáveis que o seu, que não dão a mesma estabilidade que o seu (cooperado, seletista)?**

Esses empregos menos estáveis ele pesa tanto para o colaborador, porque o colaborador ele fica sempre à mercê daquele tempo, quanto para o paciente, quando o profissional não tem vínculo com a instituição e nem com o setor e também para o serviço, o serviço também é penalizado por isso, porque não é fácil todo mês receber um colaborador, treinar, capacitar, estabelecer as rotinas de trabalho com ele. E simplesmente ele sai dali, vai para outro serviço, isso pesa para o paciente, eu não acho isso muito legal para ambas as partes.

**BLOCO 4 : Rotinas e práticas diárias no trabalho em um Unidade de Terapia Intensiva**

**#PERGUNTA 10 - : O que você considera uma assistência livre de danos para o paciente?**

Pra mim, a assistência livre de danos é aquela assistência que eu promovo a segurança total ao paciente, é garantir a certeza de que ele não desenvolva nenhuma iatrogenia na instituição, se internar por uma causa, tipo um infarto Agudo miocárdio e morrer pelo infarto. Mas para mim, uma assistência livre de danos é ele não desenvolver nenhuma outra iatrogenia, nenhuma infecção relacionada à saúde, na assistência em saúde, nenhum acidente de punção, pneumotórax. Nenhuma infecção em geral. E no dia a dia, o que me limita a realizar esse cuidado com a eficiência, realmente, o que mais pega é a falha na comunicação, onde os médicos gerais tomam sua decisão, cada um, o diarista toma decisão, o assistente do leito, que é o residente, geralmente, toma outra decisão, que nem sempre é cabível, e o plantonista toma outra. Aí eu vou estar gerando dano ao paciente. Uma das coisas que eu vejo muito, paciente em dieta zero para fazer um exame 13 horas, zera dieta do paciente 3 da manhã, meia-noite, então deixa o paciente com fome, várias horas, sem necessidade. Isso aí eu tô ocasionando algum dano ao paciente, que pode não ser agora, mas pode ser lá na frente. Se tivesse essa comunicação efetiva, e dizer olha, o exame vai ser tal hora, a gente se programaria melhor para fazer a dieta desse paciente, não passar 6 horas de jejum, porque não vai ser uma cirurgia, o paciente, não vai precisar fazer tudo isso, é apenas um transporte. É questão mesmo de trabalho em equipe, é bom a gente saber o que cada profissional pensa em relação àquele paciente, o que é que ele está contribuindo, qual é a visão dele em relação ao paciente, para a gente poder se comunicar melhor. Trabalho em equipe. Mas é difícil, é muito difícil, porque realmente é difícil você ficar numa visita multiprofissional, com os demais profissionais, chegar num acordo do que vai acontecer com aquele paciente, a nível de procedimento, quais as perspectivas, se 4/5 horas depois, outras decisões que não foram passadas em visitas, são tomadas, e nisso a equipe fica totalmente desinformada, no geral. São medicamentos acrescidos, e o técnico pergunta porque que essa medicação entrou. Uma das coisas que eu acho muito importante é o técnico de enfermagem participar da visita multiprofissional, é uma coisa que a gente está tentando mesmo fazer. Ele enxergar a real necessidade, porque ali vai estar sabendo por que que o paciente está tomando aquela medicação. Não é simplesmente chegar lá e administrar. Eu acho de suma importância que eles já questionam. Dani, eu vou preparar a vancomicina, paciente vai colher vancocinemia? Então isso é importante, ter essa checagem, para não administrar uma dose antes da coleta do exame. Eles perguntam, realmente, eles dão sugestão. Eu acho interessante, porque estão mais

beira leito do que os demais profissionais. Tem um curativo sujo ali, eles solicitam. Dani tem um curativo ali para trocar, tá sujo, ou então, olha, esse acesso tá solto. Eles, por incrível que pareça, eles testam o sensório do paciente melhor que muito profissional. Paciente está muito agitado, muito, então cabe a parte médica otimizar a sedação desses pacientes ou se vai extubar, pra não conter o paciente desnecessariamente, porque eu considero a contenção uma coisa assim, desumana, entendeu. Ninguém quer se internar e ficar contida no leito e também ninguém traciona o dispositivo porque quer, porque a gente sabe que o paciente ali não está em sã consciência, mesmo acordado, que é um ambiente de UTI, ele desorienta qualquer pessoa. Então cabe a equipe como um todo, principalmente a médica, a gente acionar que tem que otimizar a questão de sedação ou hipnótico para aquele paciente.

**#PERGUNTA 11 - : Em sua atuação diária, quais boas práticas de segurança você coloca em prática?**

**#PERGUNTA 12 - : Como você definiria trabalho em equipe e como ele contribui para o cuidado?**

**Como você definiria a relação de dependência, a relação da equipe nesse sentido, no cuidado de enfermagem lá na UTI?**

Bom, trabalho em equipe, em relação ao cuidado de enfermagem, a equipe de enfermagem. Primeiro de tudo, é manter uma comunicação efetiva com a equipe. O enfermeiro ele coordena realmente essa equipe, ele é o responsável por essa equipe. A gente sabe que existe tanto a legislação de enfermagem, quanto o código de ética. É saber se portar com a equipe, é explicar para a equipe a importância daquele paciente mudar o decúbito, a importância de administrar corretamente aquela medicação, a importância realmente de alimentar aquele paciente adequadamente. E assim, por mais que eu coordene uma equipe de técnico de enfermagem no plantão, isso não significa dizer que eles não têm opinião formada. Eles têm opinião formada sim, eles são tão profissionais quanto eu, só muda a hierarquia, por questão mesmo de nível de graduação. É manter um bom relacionamento com eles, interpessoal. Eu acho de suma importância. Fazer com que eu mostre a necessidade, a importância do cuidado daquele doente, para que eles desenvolvam ao longo de sua experiência, a empatia com o próximo. Não coisificar o paciente, o ser humano, porque ali é um ser humano que está à beira leito. E desenvolver com eles as boas práticas, estabelecer com eles, a importância de adotar as boas práticas na instituição. As práticas recomendadas e de que eles entendam que nada é feito por acaso. Nada. Tudo ali foi estudado, tudo foi pesquisado para desenvolver aquela prática.

**#PERGUNTA 13 - : Em relação à equipe de trabalho, como você enxerga a comunicação entre a equipe multiprofissional e como ela contribui para o melhor cuidado ao paciente?**

Se o enfermeiro, ele tem domínio da sua equipe de técnicos, tem um domínio dos seus pacientes e sabe as necessidades dos seus pacientes. É assim, positivamente, a equipe multi ela é bem aberta para isso. Tem uma relação muito boa, multiprofissional. E assim, negativamente, o que não contribui muito realmente, quando há essa falha, só a falha mesmo na comunicação. Tem equipe multi e como ela contribui positivamente.

Pronto, nem sempre as decisões são aceitas, nem sempre. Realmente tem que saber jogar seu ponto de vista, a ser daquele cuidado, daquela decisão médica também. A gente de cara, não tem como jogar decisão e eles aceitarem, realmente tem que ter um poder de convencimento, de persuasão. A nível técnico, infelizmente, nem sempre há essa relação multiprofissional com o nível técnico. É uma coisa realmente que eu, até hoje, no meu meu plantão, eu puxei uma técnica de enfermagem, eu notei que ela estava prestando atenção na visita multiprofissional. Só que existe uma coisa também chamada auto estima, o técnico tem que sentir que é membro da equipe. A maioria das vezes eu noto que ele não se sente membro da equipe, se sente o membro isolado, e isso não é legal, não é legal para a instituição e nem para o paciente. Ainda mais ele que está beira leito, então, chego para essa técnica, você pode participar da visita multi. Sinta-se à vontade, tanto que de imediato, o médico terminou a visita multi e eu simplesmente chamei, fulano, sicrana quer falar do paciente. Aí ela referiu. Aí eu disse não, fale sem medo. Eles têm medo de falar, eles têm medo de que a decisão, de que a sugestão deles não sejam aceitas. É uma coisa realmente que eu percebi hoje, que tem que melhorar. Mas o que eu achei mais interessante foi porque ela ficou prestando atenção. Coisa que nem um outro, que nem os demais fazem isso. A gente está há alguns anos tentando fazer com que eles participem, mas infelizmente, eles são tão tecnicistas que visam só o procedimento, o banho, administração de medicamentos, a mudança de decúbito, mas eles não se apropriaram ainda de participar da equipe multiprofissional, e mal sabe eles que o que eles sabem do paciente é muito mais, do que qualquer outro profissional. Então, realmente hoje, especificamente, eu percebi isso. Eu vi que ela tinha interesse em participar, mas ao mesmo tempo ela ficou calada, porque ela pensaria que, não é enfermeira que fala. Não, todos podem falar na visita. Tanto que ela até sugeriu, doutor, que é que o senhor acha de funcionar PAI, a paciente está toda lesionada, está infiltrada, de tanto verificar a pressão, obviamente, ele disse não, realmente uma Pressão Arterial invasiva, seria muito agressão para o paciente.

Aí, o que foi que a gente acordou, como ela não é uma paciente tão grave, não está em uso de droga vasoativa, não está sedada, está acordada, a gente acordou de verificar a pressão dela de 6 em 6 horas. Simples assim. Então assim, ele não concordou com a sugestão dela, mas a gente chegou numa solução. Então realmente, a maioria dos profissionais, o que falta é a auto estima, de você se sentir membro daquela equipe, de você querer também participar daquela visita multiprofissional, compartilhadas das decisões, que, infelizmente, nem sempre serão acatadas, porque tem que visar também o risco benefício para o paciente e contribuir, não chegar ao plantão, receber, assumir os procedimentos e ir embora. Não, eles têm que enxergar que o trabalho deles é muito mais que isso.

**BLOCO 5 :** Os pontos fracos das equipes, as expectativas, os desejos, as possibilidades de inovação.

**#PERGUNTA 14 - : Quais são as maiores fragilidades de sua equipe de trabalho?**

Pontos fracos da equipe é justamente a falta de comunicação. A auto estima, o profissional, ele tem que se sentir membro daquela equipe. E as expectativas que eu tenho, é que diariamente, antes de ser profissional, nós somos seres humanos, passíveis de mudanças e de melhorias. A gente enxergar essas melhorias, vê o que é que a gente pode melhorar no trabalho em equipe. E eu almejo muito, futuramente, colaborar melhor como profissional, para o desenvolvimento de trabalho em equipe. Uma das coisas que eu faço muito é escutar. A gente só fala, fala, fala, mas tem que escutar o próximo, escutar, o que eles almejam no setor, na instituição. E as possibilidades de inovação, que realmente é melhorar a questão mesmo dos treinamentos, in loco. É fazer a equipe enxergar a real necessidade de melhoria, nas boas práticas e eu creio que só, realmente.

**#PERGUNTA 15 - : Quais são os pontos fortes da sua equipe de trabalho?**

Sim, verdade. A equipe é muito unida, nós somos muito unidos em prol do paciente. A gente ultimamente tem se Unido muito também em questão de melhorar na instituição, ver o que a instituição tenta promover para a gente como colaborador. É uma equipe muito preocupada com o paciente, com a segurança. Uma das coisas que eu mais admiro é o poder de questionamento. Não é o poder de questionamento para super alguém, não, é um poder de questionamento com a preocupação do paciente mesmo, quando há uma falha de conduta profissional, que o paciente teve algum risco de sofrer um dano. É realmente a preocupação da equipe com o paciente mesmo, como um todo.

**#PERGUNTA 16 - : Quais são as possibilidades de inovação e melhora dentro da sua**

**equipe de trabalho? Quais são as coisas que você vê e pensa “isso poderia melhorar, podia ser assim...”? Tem alguma coisa que você enxergue assim?**

**Você tem alguma ideia pra resolver problemas relacionados ao cuidado e satisfação da equipe?**

**Sente que há liberdade pra o profissional inovar dentro da instituição?**

**#PERGUNTA 17 - : Como você se sente com relação a suas fragilidades, pontos fortes e pontos a melhorar? Eles são reconhecidos pela equipe? Há esforço conjunto para o desenvolvimento?**

**Você sente que a equipe reconhece esses pontos fracos e fortes?**

**Como você gostaria de ser vista pela equipe?**

**Como você se vê com pessoas?**

Bom, eu sou pisciana, infelizmente, uma das coisas mais difícil sou eu manter o foco. É uma coisa que eu luto há anos. Já puxaram, me olhei minha orelha anos atrás, quando eu iniciei na residência na instituição, logo no primeiro mês. Porque se eu começo uma coisa, eu não mantenho o foco, me distraio facilmente. Uma das coisas que já me abordaram, a primeira pessoa que me avaliou na residência, nunca vou esquecer, ela simplesmente disse que eu não poderia me misturar com os técnicos de enfermagem, porque eu sou uma pessoa muito dada, a capacidade que eu tenho de chegar na pessoa conversar. Mas eu eu notei que ali, que ele comentário não foi maldoso, que anos depois veio refletir, a gente tem que saber realmente conversar com as pessoas, ser educada, mas não contar da nossa vida para todos, porque nem todos querem o nosso bem. É uma fragilidade muito grande, que eu estou procurando fortalecer em relação a isso. A minha equipe, grande parte da equipe, ela me vê como autoritária, por incrível que pareça, sou meio cabeça dura. Eu não aceito uma sugestão de imediato, ultimamente eu já estou procurando escutar a pessoa e procurando desenvolver um as técnicas de persuasão, convencimento, realmente estou tentando fazer com que eles participem mais do processo, começa pelas escolhas dos banhos dos pacientes. Pergunto se alguém tem alguma sugestão, e se eu não conseguir acatar, concordar, eu mostro a equipe o porquê que tem que ser outro paciente. Até pouco tempo eu dizia, é esse pronto, mas isso não é legal no trabalho. Então muitos deles me veem como autoritária, mas ao mesmo tempo isso reflete muito, porque os demais membros, eles não têm o mesmo comportamento que eu, eles simplesmente, talvez saibam conversar, ou então é porque querem ser se enfermeiros bonzinhos, que não é legal, isso não é legal e nem não é saudável, em nenhuma equipe, você ser boazinha demais, você tem que mostrar a necessidade e explicar educadamente, coisa que

eu não era. Ave Maria, eu tive que amadurecer muito. Ainda estou em processo de amadurecimento. A gente tenta, é uma luta diária. Eu gostaria de ser vista, que é o que eu estou tentando fazer, ser uma pessoa educada. Às vezes não gostando de uma determinada atitude, não levar para o lado pessoal, não é nada contra, né. Eu levava muita coisa para o lado pessoal, guardava muitas mágoas de algumas pessoas. 2/3 anos atrás, eu acho 4. Mas a gente vai tirando essas coisas do coração, isso faz mal, não é saudável para você, não é saudável para a equipe, em hipótese alguma. E não ser a enfermeira boazinha, isso nunca foi meu perfil. Já tentei ser enfermeira boazinha, antes mesmo de me formar e a minha primeira preceptora, de estágio na época, no hospital x, disse, você não vai ser boazinha, não faça isso. Você tem que mostrar sua competência para a sua equipe, sem ser autoritária, sem ser mal educada. Mas não seja boazinha, não vai querer fazer tudo por eles, porque eles têm capacidade sim, para fazer essa função. Você tem que aprender uma das coisas que eu nunca precisei, graças a Deus, confiar na equipe. Eu sempre confio na equipe, mas é com um olho aberto e outro fechado, Claro. Mas a equipe, ela tem que se sentir que o enfermeiro confia naquele colaborador, para exercer tal função. Se há algum desvio, alguma não conformidade, é o enfermeiro mesmo do plantão, se apropriar e conversar com o colaborador. O que é que eu observo, muitos gera uma bola de neve e chega para a chefia imediata, eu acho que aí não seria a função dela. A função é de quem está no plantão, para conversar com o colaborador. E quando eu, eu que sofro com isso, quando eu vou chamar atenção por uma não conformidade, dizer o que é que deve melhorar, na maioria das vezes, o colaborador e não aceita, ele só aceita a chefia, a coordenadora do setor, chamar atenção, isso não é saudável, é uma das coisas que eu não considero saudável. Então falta isso, do enfermeiro assistencial da unidade, no geral, por conta disso, eu pago por todos. Eu acho que, uma das coisas que eu considero importante e que a gente faz, nem que seja 2 vezes no ano, é reunir a equipe em um lugar diferente. A gente sabe que a UTI ele é altamente insalubre mentalmente, fazer com que a equipe enxerque que não é só o trabalho, que somos seres humanos cuidando de outros seres humanos. Realmente é aumentar essa parte de capacitação interna, dentro do próprio setor. E outra coisa, agora que eu lembrei de um fato bem importante, é a equipe ela ser treinada. No geral, isso não é só a equipe em si, mas a instituição receber o residente, seja ele médico, seja ele de enfermagem, porque o que eu observo, as pessoas, os profissionais, eles não, assim, não caiu a ficha que essa instituição é um hospital escola. É um hospital escola e que infelizmente, eu não vejo essa preocupação. Em relação à capacitação e boas práticas. Nas lojas geralmente tem aquele funcionário do mês. Eu não sei se isso seria saudável. Não sei se seria uma

concorrência saudável. Não é de você destacar, tipo, aquele técnico de enfermagem, um em cada mês diferente, para não ficar o foco só em um. Não sei se seria saudável até isso, tem que pensar. A instituição também promover capacitação, liberar aquele profissional para se aperfeiçoar, para crescer na profissão, vejo isso de extrema relevância. De colocar os técnicos de enfermagem, realmente, não obrigatoriamente, que não é legal, mas incentivar a participação deles na visita multi. Não se tornar extremamente tecnicista, mecanicista, tem que visar mais que isso. Eu enxergo que ele sabe a importância de cada procedimento, sabe a importância de manter as boas práticas para melhorar a questão das infecção relacionada à assistência, mas eles têm que ampliar mais esse Horizonte deles também. Em relação à prevenção de infecções, teria que ter realmente mais treinamentos, in loco mesmo e também enxergar a importância das boas práticas, ao mesmo tempo, manter um dimensionamento adequado, para que se possa dar uma assistência segura ao paciente. Porque eu posso ter as melhores intenções como profissional, mas se a minha equipe não também não estiver bem dimensionada, não vai ter como, infelizmente, manter aquela total segurança de boas práticas na equipe.

**APÊNDICE C – COMPROVANTE DE SUBMISSÃO AO COMITÊ DE ÉTICA**

UNIVERSIDADE FEDERAL DO  
CEARÁ PROPESQ - UFC

**COMPROVANTE DE ENVIO DO PROJETO****DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

**Título da Pesquisa:** Compreender como os profissionais de enfermagem experimentam o mundo da vida e reflexos nas boas práticas assistenciais em uma unidade de terapia intensiva

**Pesquisador:** PATRICIA AQUINO DE QUEIROZ

**Versão:** 1

**CAAE:** 71611223.0.0000.5054

**Instituição Proponente:** UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ

**DADOS DO COMPROVANTE**

**Número do Comprovante:** 082257/2023

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

Informamos que o projeto Compreender como os profissionais de enfermagem experimentam o mundo da vida e reflexos nas boas práticas assistenciais em uma unidade de terapia intensiva que tem como pesquisador responsável PATRICIA AQUINO DE QUEIROZ, foi recebido para análise ética no CEP Universidade Federal do Ceará PROPESQ - UFC em 24/07/2023 às 17:04.

## APÊNDICE D - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Você está sendo convidado por Patrícia Aquino de Queiroz como participante da pesquisa intitulada “COMPREENDER COMO OS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM EXPERIMENTAM O MUNDO DA VIDA E REFLEXOS NAS BOAS PRÁTICAS ASSISTENCIAIS EM UMA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA”.

Você não deve participar contra a sua vontade. Leia atentamente as informações abaixo e faça qualquer pergunta que desejar, para que todos os procedimentos desta pesquisa sejam esclarecidos. A pesquisa descrita acima tem como objetivo conhecer o mundo da vida das pessoas que trabalham em UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA. Esse estudo é importante para ampliar o conhecimento sobre a satisfação no trabalho e segurança do paciente, ao passo que ambientes favoráveis à prática são associados à avaliação positiva da qualidade do cuidado de enfermagem e maior nível de satisfação. A pesquisa está de acordo com o que preconiza a Resolução 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde. Esta resolução aborda temas como preceitos éticos e proteção aos participantes da pesquisa. Sua participação é voluntária, não remunerada e acontecerá por meio de entrevista gravada sobre o tema. Estima-se que a entrevista terá duração de aproximadamente uma hora e meia. Seus dados serão tratados de forma confidencial, respeitando sua privacidade. Isto é, nenhuma informação que o (a) identifique será divulgada em publicações resultantes da pesquisa. O material será utilizado somente para fins de pesquisa e só os pesquisadores terão acesso direto às informações nele relatadas. Os riscos desta pesquisa são exclusivamente de origem psicológica, não havendo, portanto, riscos físicos. Riscos desta pesquisa envolvendo seres humanos: cansaço ou aborrecimento ao responder questionários; constrangimento ao se expor durante a realização de testes de qualquer natureza; desconforto, constrangimento ou alterações de comportamento durante gravações de áudio e vídeo; alterações na autoestima provocadas pela evocação de memórias ou por reforços na conscientização sobre uma condição física ou psicológica restritiva ou incapacitante; alterações de visão de mundo, de relacionamentos e de comportamentos em função de reflexões sobre sexualidade, divisão de trabalho familiar, satisfação profissional etc. Esses riscos podem ser expressos na forma de desconforto; possibilidade de constrangimento ao responder o instrumento de coleta de dados; medo de não saber responder ou de ser identificado; estresse; quebra de sigilo; cansaço ou vergonha ao responder às perguntas; dano; quebra de anonimato. TIPIFICAÇÃO DE RISCO DA PESQUISA: processo pelo qual se define o grau de risco de uma pesquisa. Baseia-se na possibilidade de ocorrência de danos dela decorrentes, na magnitude desses e nas consequências à integridade dos participantes de pesquisa em todas as suas dimensões. Em posse do TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO da pesquisa intitulada "COMPREENDER COMO OS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM EXPERIMENTAM O MUNDO DA VIDA E REFLEXOS NAS BOAS PRÁTICAS ASSISTENCIAIS EM UMA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA”, após ter ciência e entendimento quanto aos (i) riscos e benefícios que essa pesquisa poderá trazer e (ii) métodos que serão usados para a coleta de dados; e por estar ciente da necessidade da gravação de voz, AUTORIZO, por meio deste termo, que o(a)s pesquisador(a)s Patrícia Aquino

de Queiroz capture(m) a gravação de voz de minha pessoa de acordo com a Resolução 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde para fins EXCLUSIVOS da referida pesquisa científica e com a condição de que esse material, na sua forma original, não seja divulgado. Nessas condições, apenas o material derivado do original poderá, nos termos desta autorização, ser divulgado em meios científicos, tais como, teses, dissertações, trabalhos de conclusão de curso, artigos em periódicos, congressos e simpósios ou outros eventos de caráter científico tecnológico – no sentido de preservar o meu direito ao ANONIMATO e demais direitos, como definido na regulamentação ética da pesquisa envolvendo seres humanos no Brasil. A gravação de voz ficará sob a propriedade e a guarda do pesquisador responsável pela pesquisa Patrícia Aquino de Queiroz. Terá acesso aos arquivos de gravação de voz a pesquisadora Patrícia Aquino de Queiroz. Esta AUTORIZAÇÃO foi concedida mediante o compromisso do(s) pesquisador(es) citados em garantir-me que: 1. a transcrição da gravação de minha voz me seja disponibilizada, caso a solicite; 2. os dados coletados serão usados exclusivamente para gerar informações para a pesquisa aqui tratada e outras publicações científicas dela decorrentes; 3. a minha identificação não será revelada em nenhuma das vias de publicação científica das informações geradas pela pesquisa; 4. a utilização das informações geradas pela pesquisa para qualquer outra finalidade não especificada no TCLE somente poderá ser feita mediante minha autorização; 5. os dados coletados serão armazenados por 5 (cinco) anos, sob a responsabilidade do(s) pesquisador(es) responsável(véis) pela pesquisa; e, após esse período, serão destruídos; 6. a interrupção de minha participação na pesquisa poderá ser feita a qualquer momento, sem nenhum ônus, mediante mera comunicação ao(à) pesquisador(a) responsável, que, nesse caso, deverá providenciar a devolução (e adoção de medidas condizentes com essa situação) do material relacionado a esta autorização. Válido esta autorização assinando e rubricando este documento em duas vias de igual teor e forma, ficando uma em minha posse.

Endereço da responsável pela pesquisa:

Nome: Patricia Aquino de Queiroz

Instituição: UFC

Endereço: Rua Historiador Raimundo Girão, 600. Ap 1004

Telefones para contato: (85) 981593041

ATENÇÃO: Se você tiver alguma consideração ou dúvida, sobre a sua participação na pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da UFC/PROPESQ – Rua Coronel Nunes de Melo, 1000 - Rodolfo Teófilo, fone: 3366-8344. (Horário: 08:00-12:00 horas de segunda a sexta-feira). O CEP/UFC/PROPESQ é a instância da Universidade Federal do Ceará responsável pela avaliação e acompanhamento dos aspectos éticos de todas as pesquisas envolvendo seres humanos.

O abaixo assinado \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ anos, RG: \_\_\_\_\_, declara que é de livre e

espontânea vontade que está como participante de uma pesquisa. Eu declaro que li cuidadosamente este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e que, após sua leitura, tive a oportunidade de fazer perguntas sobre o seu conteúdo, como também sobre a pesquisa, e recebi explicações que responderam por completo minhas dúvidas. E declaro, ainda, estar recebendo uma via assinada deste termo.

Fortaleza, \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Nome \_\_\_\_\_ do \_\_\_\_\_ participante \_\_\_\_\_ da \_\_\_\_\_ pesquisa:

ata Assinatura

\_\_\_\_\_

Nome do pesquisador: \_\_\_\_\_ Data

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_ Assinatura \_\_\_\_\_

Nome \_\_\_\_\_ da \_\_\_\_\_ testemunha (se \_\_\_\_\_ o \_\_\_\_\_ participante \_\_\_\_\_ não \_\_\_\_\_ souber \_\_\_\_\_ ler)

ata Assinatura

\_\_\_\_\_

Nome \_\_\_\_\_ do \_\_\_\_\_ profissional \_\_\_\_\_ que \_\_\_\_\_ aplicou \_\_\_\_\_ o \_\_\_\_\_ TCLE

ata Assinatura

\_\_\_\_\_