



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ**  
**CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CUIDADOS CLÍNICOS EM**  
**ENFERMAGEM E SAÚDE**  
**MESTRADO ACADÊMICO CUIDADOS CLÍNICOS EM ENFERMAGEM E SAÚDE**

**JIHANE DE LIMA DIOGO FONSECA**

**GESTÃO DO CUIDADO E SEGURANÇA DO PACIENTE PELO ENFERMEIRO EM**  
**UNIDADE DE TRANSPLANTE HEPÁTICO: ESTUDO DE CASO**

**FORTALEZA – CEARÁ**

**2015**

JIHANE DE LIMA DIOGO FONSECA

GESTÃO DO CUIDADO E SEGURANÇA DO PACIENTE PELO ENFERMEIRO EM  
UNIDADE DE TRANSPLANTE HEPÁTICO: ESTUDO DE CASO

Dissertação apresentada ao Mestrado Acadêmico Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde do Programa de Pós-Graduação em Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Estadual do Ceará como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde. Área de Concentração: Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde.

**Orientadora:** Profa. Dra. Consuelo Helena Aires de Freitas.

FORTALEZA – CEARÁ

2015

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação  
Centro de Ciências da Saúde  
Sistema de Bibliotecas

Fonseca, Jihane de Lima Diogo

Gestão do cuidado e segurança do paciente pelo enfermeiro em unidade de transplante hepático [recurso eletrônico] : estudo de caso / Jihane de Lima Diogo Fonseca . – 2015.

1 CD-ROM : il. ; 4 ¾ pol.

CD-ROM contendo o arquivo no formato PDF do trabalho acadêmico com 96 folhas, acondicionado em caixa de DVD Slim (19 x 14 cm x 7 mm).

Dissertação (mestrado acadêmico) – Universidade Estadual do Ceará, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-graduação em Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde, Mestrado Acadêmico Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde, Fortaleza, 2015.

Área de Concentração: Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde.

Orientação: Prof.<sup>a</sup> Dra. Consuelo Helena Aires de Freitas.

1. Gestão do cuidado. 2. Enfermagem. 3. Segurança do paciente. 4. Transplante hepático. I. Título.

JIHANE DE LIMA DIOGO FONSECA

**GESTÃO DO CUIDADO E SEGURANÇA DO PACIENTE PELO ENFERMEIRO EM  
UNIDADE DE TRANSPLANTE HEPÁTICO: ESTUDO DE CASO**

Dissertação apresentada no Mestrado Acadêmico Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde do Programa de Pós-Graduação em Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Estadual do Ceará como requisito parcial à obtenção do título de Mestra em Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde. Área de Concentração: Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde.

Aprovada em: 17/04/2015.

**BANCA EXAMINADORA**



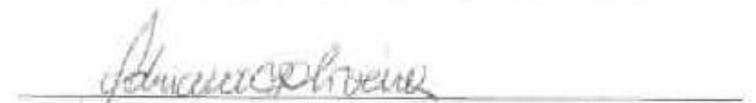
Profª. Dra. Consuelo Helena Aires de Freitas (Orientadora)

Universidade Estadual do Ceará – UECE



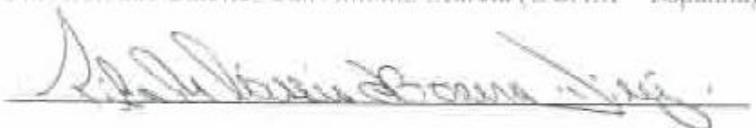
Profª. Dra. Maria Salete Bessa Jorge

Universidade Estadual do Ceará – UECE



Profª. Dra. Adriana Catarina de Souza Oliveira

Universidade Católica San Antonio Murcia (UCAM – Espanha)



Profª. Dra. Rita de Cássia Moura Diniz

Universidade de Fortaleza (UNIFOR)

Dedico este trabalho á minha família que é a base para o que sou e o que ainda serei.

## **AGRADECIMENTOS**

Á Deus por tudo o que tem me permitido ser e ter!

Á minha querida mãe Iara, por todo amor que me dedicou a vida toda.

Ao meu esposo Thyago, por sua força e ajuda sempre que precisei.

Aos meus filhos por cada olhar de amor.

Aos meus irmãos Caio Lizard e Caio Tibério por toda amizade e amor desde sempre.

Á profa. dra. e orientadora Consuelo Helena por sua dedicação, carinho e confiança.

Aos professores do Programa de Pós-Graduação Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde da Universidade Estadual do Ceará por todo conhecimento compartilhado.

Aos amigos que sempre torceram pelo meu sucesso.

“[...] Mas um samaritano, estando de viagem, chegou onde se encontrava o homem e, quando o viu, teve piedade dele. Aproximou-se, enfaixou-lhe as feridas, derramando nelas vinho e óleo. Depois colocou-o sobre o seu próprio animal, levou-o para uma hospedaria e cuidou dele [...]”.

Lucas 10:30-37

## RESUMO

A gestão do cuidado apresenta íntima relação com a qualidade do serviço e com a segurança do paciente, e quando se pensa no cuidado a pacientes graves, como no caso dos pacientes transplantados hepáticos, apresenta especial relevância. O presente estudo objetiva analisar a gestão do cuidado do enfermeiro e suas implicações para a segurança do paciente em um serviço hospitalar de transplante hepático credenciado à Rede SUS. Trata-se de uma pesquisa com abordagem qualitativa do tipo estudo de caso, realizada com enfermeiro da unidade de transplante hepático de hospital de referência credenciado à rede SUS, a coleta de dados foi feita através de entrevista semiestruturada e observação de campo. Os dados foram analisados utilizando a técnica de análise categorial e fundamentado através de literatura pertinente da área. Após análise dos dados, emergiram três categorias temáticas: O contexto relacional do cuidado; O cotidiano dos enfermeiros e seus cuidados ao paciente em transplante hepático; A gestão do cuidado e suas implicações à segurança do paciente. Concluiu-se que a visão do cuidado integral como proposta para a gestão do cuidado, fica comprometida numa realidade que ainda exerce saúde centrada no modelo biomédico, podendo refletir na qualidade da assistência com consequentes riscos à segurança do paciente.

**Palavras-chave:** Gestão do cuidado. Enfermagem. Segurança do paciente. Transplante Hepático.

## **ABSTRACT**

The care management presents a close relationship with service quality and patient safety, and when you think in the care of critically ill patients, as in the case of liver transplant patients, a particular importance. This study analyzes the nurse care management and its implications for patient safety in a hospital service liver transplant accredited to SUS Network. This is a research with qualitative approach of a case study conducted with nurses the liver transplant unit reference hospital accredited to SUS, data collection was performed using semi-structured interviews and field observation. Data were analyzed using the categorical analysis technique and substantiated by relevant literature. After analyzing the data, revealed three themes: The relational context of care; The daily life of nurses and their patient care in liver transplantation; The management of care and its implications for patient safety. It was concluded that the vision of comprehensive care as proposed for the care management, is compromised in a reality that still exerts health focused on the biomedical model, which can reflect the quality of care with consequent risks to patient safety.

**Keywords:** Care management. Nursing. Patient safety. Liver Transplantation.

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABNT	Associação Brasileira de Normas Técnicas
ABTO	Associação Brasileira de Transplante de Órgãos
AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
AP's	Áreas Particulares
AVD	atividades de vida diária
COFEN	Conselho Federal de Enfermagem
DOU	Diário oficial da União
DSTs	Doenças Sexualmente Transmissíveis
EAS	Estabelecimentos Assistências de Saúde
EUA	Estados Unidos da América
HGF	Hospital Geral de Fortaleza
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
HMPS	<i>The Harvard Medical Practice Study</i>
ICPS	<i>International Classification for Patient Safety</i>
IOM	<i>Institute of Medicine</i>
IPECE	Instituto de Pesquisa e Estratégia Econômica do Ceará
MELD	<i>Model for End-Stage Liver Disease</i>
MIFS	<i>The Medical Insurance Feasibility Study</i>
MS	Ministério da Saúde
NAGEH	Núcleo de Apoio a Gestão Hospitalar
NBR	norma brasileira
NSP	Núcleo de Segurança do Paciente
OMS	Organização Mundial de Saúde
OPAS	Organização Pan-americana de Assistência à Saúde
PAF	polineuropatia amiloidótica familiar
PBE	Prática Baseada em Evidências
PE	processo de enfermagem
PELD	<i>Pediatric End-Stage Liver Disease</i>
pmp	por milhão da população
PNH	Política Nacional de Humanização
POPS	Procedimentos Operacionais Padrão

PSP	Plano de Segurança do Paciente
QSR	<i>Qualitative Solutions Research</i>
QV	qualidade de vida
RBT	Registro Brasileiro de Transplante
RDC	Resolução da Diretoria Colegiada
RT	Regulamento Técnico
SAE	Sistematização da Assistência de Enfermagem
SERs	Secretarias Executivas Regionais
SNT	Sistema Nacional de Transplantes
SUS	Sistema Único de Saúde
UFC	Universidade Federal do Ceará
URSS	União das Repúblicas Socialistas Soviéticas
UTI	unidades de terapia intensiva
WHO	World Health Organization

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>13</b>
1.1	APROXIMAÇÃO AO OBJETO DE ESTUDO.....	13
1.2	OBJETO DE ESTUDO.....	20
<b>2</b>	<b>OBJETIVOS.....</b>	<b>22</b>
2.1	GERAL.....	22
2.2	ESPECÍFICOS.....	22
<b>3</b>	<b>REFERENCIAL TEÓRICO.....</b>	<b>23</b>
3.1	GESTÃO DO CUIDADO EM ENFERMAGEM.....	23
3.2	UM OLHAR SOBRE A SEGURANÇA DO PACIENT.....	32
3.3	O TRANSPLANTE HEPÁTICO.....	40
<b>4</b>	<b>CAMINHO METODOLÓGICO.....</b>	<b>44</b>
4.1	DESENHO DA PESQUISA.....	44
4.2	CONTEXTO DA PESQUISA.....	46
4.3	PARTICIPANTES DO ESTUDO.....	47
4.4	COLETA DE DADOS.....	48
<b>4.4.1</b>	<b>Observação de campo.....</b>	<b>49</b>
<b>4.4.2</b>	<b>Entrevista semiestruturada.....</b>	<b>51</b>
4.5	ORGANIZAÇÃO E ANÁLISE DO ESTUDO DO CASO DA UNIDADE DE TRANSPLANTE HEPÁTICO: A GESTÃO DO CUIDADO DO ENFERMEIRO PARA A SEGURANÇA DO PACIENTE.....	52
4.6	ASPECTOS ÉTICOS E LEGAIS.....	54
<b>5</b>	<b>RESULTADOS E DISCUSSÃO.....</b>	<b>56</b>
5.1	O CONTEXTO RELACIONAL DO CUIDADO.....	56
5.2	O COTIDIANO DOS ENFERMEIROS E SEUS CUIDADOS AO PACIENTE EM TRANSPLANTE HEPÁTICO.....	59
5.3	A GESTÃO DO CUIDADO DO ENFERMEIRO E SUAS IMPLICAÇÕES À SE- GURANÇA DO PACIENTE.....	68
<b>6</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>74</b>
	<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>77</b>
	<b>APÊNDICES.....</b>	<b>86</b>

APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido dos Enfermeiros que atuam no cuidado ao paciente em transplante hepático.....	87
APÊNDICE B – Roteiro de observação de campo.....	88
APÊNDICE C – Roteiro para entrevista semiestruturada com profissionais de saúde..	89
<b>ANEXOS.....</b>	<b>90</b>
ANEXO A – Parecer Consubstanciado do Comitê de Ética e Pesquisa Instituição Participante.....	91
ANEXO B – Parecer Consubstanciado do Comitê de Ética e Pesquisa Instituição Coparticipante.....	94

# 1 INTRODUÇÃO

## 1.1 APROXIMAÇÃO AO OBJETO DE ESTUDO

O cuidado visto como essência da atividade do enfermeiro vem sofrendo modificações ao longo do tempo. No Brasil o movimento da Reforma Sanitária que proporcionou um olhar de mudança para o setor saúde, perpassando pela VIII Conferência Nacional de Saúde, onde muitos de seus princípios e proposições foram incorporados ao texto da Constituição Federal de 1988, e juntamente com a Lei Orgânica de Saúde, Lei 8080/90, possibilitaram a implementação do Sistema Único de Saúde (SUS).

O SUS surgiu embasado na saúde como um direito fundamental de todo cidadão e é dever do Estado essa garantia de saúde, formava-se, assim, os fundamentos do sistema público regulamentador do setor saúde no nosso país. Nesse sentido, o SUS é um projeto que assume e consagra os princípios da Universalidade, Equidade e Integralidade da atenção à saúde da população brasileira, suas diretrizes políticas, organizativas e operacionais, que apontam como deve vir a ser construído o sistema que se quer conformar, institucionalizar são a Descentralização, a Regionalização, a Hierarquização e a Participação social.

Antes da criação do SUS a assistência à saúde no País tinha uma estreita vinculação com as atividades previdenciárias, e o caráter contributivo do sistema gerava uma divisão da população brasileira em dois grandes grupos, previdenciários, representados pelos contribuintes da previdência e que tinham acesso mais amplo à assistência à saúde, e os não-previdenciários que tinham acesso bastante limitado à assistência à saúde, além de uma pequena parcela da população que podia pagar os serviços de saúde por conta própria (BRASIL, 2003).

No entanto, o SUS real, apesar de todas as acumulações e avanços, está muito distante da proposta almejada pelo movimento da Reforma Sanitária. As fragilidades do sistema põem em risco sua legitimidade política e social, especialmente considerando a situação de permanente disputa em relação à saúde como direito, em relação à concepção de saúde e às maneiras de construí-la (FEUERWERKER, 2005).

Os enfermeiros como profissionais inseridos no SUS também vem passando por mudanças conceituais no que se refere aos aspectos que regem sua profissão e aos conceitos de descentralização e integração do cuidado proposto pelo SUS, um cuidado como expressão de direitos, cuidado como expressão de responsabilização pelo outro, como expressão de

diferentes combinações de tecnologias efetivas e adequadas a cada situação e como expressão de um trabalho de equipe, solidário e articulado.

As ideias e valores do modelo médico-hegemônico são predominantes na sociedade ainda, orientam a formação dos profissionais e estão presentes no ideário dos trabalhadores do SUS, dificultando a sua consolidação. O subsistema privado de saúde, formado pelos planos de saúde e instituições privadas de saúde, reforçam na sociedade e junto aos profissionais de saúde valores que o SUS procura desconstruir. A oferta de serviços diferenciados de acordo com o poder de compra da pessoa ou do seguimento populacional é considerado “normal”. Persiste a supervalorização do trabalho médico em detrimento do trabalho dos demais profissionais de saúde, por ser este o serviço que concentra equipamentos e tecnologia dura (SANTOS, 2004).

A concepção ampla de cuidado englobando as dimensões ecológica, social e política pode ser entendido como mediação dinâmica entre ajuda e poder, argumenta-se em favor do potencial disruptivo e inovador inerente ao gesto de cuidar, tanto capaz de tutelar quanto de emancipar pessoas. Fala-se em politicidade do cuidado para caracterizar o movimento de integração, confronto e ruptura presente nas dinâmicas vivas que se estabelecem entre os seres em geral e, em particular, entre os humanos. Ou seja, significa entender o cuidar no âmbito da centralidade do político que lhe define, onde a mesma proteção zelosa que lhe delinea pode se constituir tanto em mecanismo de dominação, quanto em instrumento da autonomia dos sujeitos, sejam esses profissionais, técnicos, gestores ou usuários/pacientes (PIRES, 2005).

Dentro dessa ótica discute-se o termo politicidade do cuidado que corresponde ao manejo da ajuda-poder capaz de subverter assimetrias, expresso pelo triângulo “conhecer para cuidar melhor, cuidar para confrontar, cuidar para emancipar”, constitui-se uma referência teórico-metodológica para avaliar programas e políticas de saúde, contribuindo para o fortalecimento da autonomia de sujeitos (PIRES, 2004).

Partindo do cuidado com a visão do conhecimento como forma natural de participar de um mundo socialmente fundado em relações de ajuda-poder. Articulando saber e poder, ou reconhecendo que cuidado é também uma forma de conhecimento-avaliação (de si mesmo, do outro e do aprendizado que se reconstrói dessa intersubjetividade) capaz de forjar possibilidades libertárias, pode-se ampliar a capacidade de confronto e reordenamento das assimetrias de poder, emancipando por meio da mesma ajuda que domina e subjuga (PIRES, 2005).

Segundo Merhy e Chakkour (1997), o cuidado pode ser considerado como um somatório de decisões quanto ao uso de tecnologias (duras, leve-duras e leves), de articulação de profissionais e ambientes em um determinado tempo e espaço, que tenta ser o mais adequado possível às necessidades de cada paciente.

Tecnologia dura, leve-dura e leve são as tecnologias envolvidas no trabalho em saúde. A leve refere-se às tecnologias de relações do tipo produção de vínculo, autonomização, acolhimento, gestão como uma forma de governar processos de trabalho. A leve-dura diz respeito aos saberes bem estruturados, que operam no processo de trabalho em saúde, como a clínica médica, a clínica psicanalítica, a epidemiologia, o taylorismo e o fayolismo. A dura é referente ao uso de equipamentos tecnológicos do tipo máquinas, normas e estruturas organizacionais (MERHY; CHAKKOUR, 1997).

Para o cuidado em enfermagem destacam-se as tecnologias leves, ou seja, tecnologias de relação, de acesso, acolhimento, produção de vínculo, de encontros de subjetividades, levando a autonomização. O acesso aos serviços de saúde é um direito do cidadão e os técnicos da saúde deverão lançar mão de todas as tecnologias disponíveis para diminuir o sofrimento da população. O acolhimento é a relação humanizada, acolhedora, que as instituições e os trabalhadores devem estabelecer com os usuários. Sendo o acolhimento indispensável no processo de criação de vínculo e no próprio processo terapêutico, que deve visar a autonomização do usuário (MERHY; CHAKKOUR, 1997).

O saber da enfermagem como tecnologia, associando esta ao modo moderno de viver, já que se vive em um mundo tecnológico. O que está em jogo, hoje, é como conduzir esse saber, tentando fazer com que ocorra da forma mais eficiente, digna e ética e ao menor custo humano e político (NIETSCHE, 2000).

Optou-se por utilizar neste trabalho a terminologia “paciente” ao termo “usuário” utilizado na maioria da literatura atual que trata de saúde no Brasil, por ser um termo historicamente utilizado e incorporado às atividades em ambiente hospitalar. Anteriormente “paciente” foi conceituado como aquele que sofre, após reformulação histórica, passou a representar aquele que se submete passivamente, sem criticar o tratamento recomendado. Atualmente existem termos mais abrangentes utilizados na literatura de saúde, mas que ainda não estão culturalmente incorporados ao tratamento usual, principalmente em ambiente hospitalar (BRASIL, 2004).

Outro aspecto que reforça o uso do termo é o fato dos estudos se concentrarem na definição de segurança do paciente. Outros termos encontrados na literatura de saúde são

"cliente", palavra usada para designar qualquer comprador de um bem ou serviço e "usuário", definido como aquele que "usa", este vem sendo cada vez mais adotado por possuir significado mais amplo, capaz de envolver tanto o cliente como o acompanhante e o familiar do cliente, o trabalhador da instituição, o gerente da instituição e o gestor do sistema (BRASIL, 2004).

Como a enfermagem possui em sua essência o cuidar, o cuidado é uma produção de saúde, envolve a organização dos processos de trabalho do enfermeiro, na dimensão da gestão de suas atividades, a finalidade da atuação do enfermeiro é a organização do trabalho e de recursos humanos em enfermagem, com o intuito de criar e implementar condições adequadas à produção do cuidado e de desempenho da equipe de enfermagem (SENNA, 2014).

A produção do cuidado de enfermagem deve ser embasada no conceito de cuidado integral proposto pelo SUS. O cuidado integral é pleno, feito com base no ato acolhedor do profissional de saúde, no estabelecimento de vínculo e na responsabilização diante do seu problema de saúde, que constituem as diretrizes da linha do cuidado (FRANCO; FRANCO, 2015).

Para Franco e Franco (2015), linha do cuidado é a imagem pensada para expressar os fluxos assistenciais seguros e garantidos ao paciente, no sentido de atender às suas necessidades de saúde, incorpora a ideia de integralidade na assistência à saúde, o que significa unificar ações preventivas, curativas e de reabilitação, desde os serviços atenção básica até os de alta complexidade hospitalar.

O enfermeiro realiza a gestão do cuidado enquanto inserido na gestão da saúde do sistema de saúde vigente, através da busca por um cuidado integral. Para Merhy e Cecílio (2002), o cuidado de forma idealizada, recebido/vivido pelo paciente, é somatório de um grande número de pequenos cuidados parciais que vão se complementando, de maneira mais ou menos consciente e negociada, entre os vários cuidadores que circulam e produzem a vida do hospital.

A gestão do cuidado tem foco tanto em uma unidade como na trajetória do paciente. Depara-se com questões que demandam planejamento de recursos (físicos, materiais, de organização da força de trabalho), adoção de dispositivos, ferramentas e regulamentos, avaliação da qualidade das ações empreendidas e, por fim, correção das insuficiências, com formulação de novos planos e propostas (GRABOIS, 2011).

Oferecer um cuidado com qualidade não se dá espontaneamente; é necessário combinar a intencionalidade de concretizar um modelo de atenção voltado às necessidades e riscos dos pacientes com a capacidade de identificar recursos e combiná-los em centenas de variações possíveis, de forma planejada e pactuada entre os responsáveis pela oferta destes recursos (GRABOIS, 2011).

Para o autor Pinheiro (2002), a definição do cuidado é indissociável de sua integralidade. “É o tratar, o respeitar, o acolher, o atender o ser humano em seu sofrimento, em grande medida fruto de sua fragilidade social” (PINHEIRO, 2002).

Em ambiente hospitalar a noção de gestão do cuidado em toda sua expressão ontológica e das relações de ajuda e poder para se alcançar a integralidade do cuidado proposta pelo SUS, configura-se um desafio para toda a equipe de saúde, essa forma de pensar o paciente em todo o seu contexto e não apenas reduzido ao aparelho ou sistema biológico que supostamente produz o sofrimento e, portanto, a queixa, representa uma cisão no modelo biomédico que ainda vigora em muitas instituições hospitalares.

O enfermeiro enquanto profissional inserido no sistema de saúde público vigente realiza a gestão do seu cuidado quando o planeja, o delega ou o faz, quando prevê e provê recursos, capacita a equipe de enfermagem e interage com outros profissionais, ocupando espaços de articulação e negociação em prol da consecução de melhorias do cuidado (ROSSI; SILVA, 2005).

O olhar para o cuidado também vem sendo remodelado a partir de estudos relacionados à segurança do paciente. O cuidado prestado, agora precisa ser pautado nos pilares da qualidade, portanto, seguro e eficaz, integral e disponível para quem precise, constituindo um desafio para os profissionais da saúde que atuam principalmente no setor público de saúde.

Elias (2004) denuncia o sistema público sucateado, em termos estruturais com em relação aos recursos humanos, assim como a centralização de serviços nas áreas de grande concentração populacional, vendo isto como processo histórico em que a compra de serviços de saúde do setor privado explicam para tornar o Sistema Único de Saúde (SUS) de fato com o SUS de direito.

A forma como enfermeiro desenvolve a gestão do seu cuidado tem influência direta na qualidade e na segurança do serviço prestado, o que pode ser confirmado pelo *Institute of Medicine* (IOM) dos Estados Unidos da América, que define a qualidade na assistência como o grau em que os serviços de saúde aumentam a probabilidade de obter os resultados desejados com o nível de conhecimento científico atual, onde a segurança do paciente tem sido considerada um atributo prioritário da qualidade dos sistemas de saúde de todo o mundo e classificada como uma das dimensões da “qualidade” dos serviços de saúde (BRASIL, 2011). Dessa forma, qualidade e segurança são atributos indissociáveis.

Após a publicação do relatório “To err is human: building a safer health system” publicado pelo IOM no ano de 1999, afirmando estatisticamente que cerca de 44.000 a 98.000

pessoas morriam por ano nos Estados Unidos, devido a erros na assistência à saúde, as pesquisas e os esforços se voltaram para a área da segurança do paciente, alavancando movimentos voltados para a diminuição e a prevenção dos erros, em grande parte, evitáveis, denunciando o grande problema que até então se passava despercebido (WACHTER, 2013).

O Brasil por meio da Organização Pan-americana de Assistência à Saúde (OPAS) e da Organização Mundial de Saúde (OMS), Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) e Ministério da Saúde (MS) também vem desenvolvendo, pesquisas na área de segurança do paciente e reuniões com equipes técnicas para debater o tema, com foco na melhoria do cuidado prestado em ambiente de assistência, efetividade de ações e melhoria da qualidade (ANVISA, 2013).

Nesse sentido, em julho de 2013 foi publicada no Diário oficial da União (DOU) a Resolução da Diretoria Colegiada de número 36, a RDC 36/2013, que institui as ações para a promoção da segurança do paciente e a melhoria da qualidade nos serviços de saúde.

No contexto da gestão do cuidado de enfermagem e segurança do paciente, optou-se por estudar essas duas temáticas junto ao paciente submetido a transplante hepático, por este apresentar nuances importantes diante um complexo conjunto de características e complicações, envolvendo aspectos, desde os relativos à esfera biológica, até problemas psicológicos, sociais e econômicos e culturais (MASSAROLLO; KURCGANT, 2000). Portanto, necessitando de um direcionamento eficaz de ações assistenciais, que serão conseguidas com mais qualidade e segurança se baseadas na gestão do cuidado e em sua integralidade.

Por definição, o transplante hepático é uma modalidade terapêutica que possibilita a reversão do quadro terminal de um paciente com doença hepática. É utilizado como recurso para os pacientes portadores de lesão hepática irreversível, quando mais nenhuma outra forma de tratamento se encontra disponível. Na maioria dos casos, os pacientes que têm indicação para transplante de fígado são portadores de uma doença crônica, de evolução progressiva e irreversível, com um longo percurso em unidades de tratamento intensivo (MASSAROLLO; KURCGANT, 2000).

O número de transplante hepático cresce a cada dia, segundo dados do Registro Brasileiro de Transplante (RBT), o transplante hepático, com crescimento anual desde 2008, aumentou apenas 1,9% em 2014, sendo o incremento de 1,1% com doador falecido e de 10,3% com doador vivo. Apenas o Estado do Ceará (CE) e o Distrito Federal (DF) apresentaram taxa de transplante superior a 20 pmp. Em 2014, 190 transplantes hepáticos foram realizados, uma discreta diminuição em relação a 2013 (204 transplantes hepáticos pediátricos). O número de

transplantes com doador vivo vem constantemente aumentando, tendo sido esse incremento de 43% entre 2010 a 2014. No mesmo período, o transplante hepático com doador falecido cresceu 25%. E, pela primeira vez, o transplante hepático com doador vivo foi superior ao com doador falecido (58%) e dominou o cenário desses transplantes.

Ainda segundo a RBT e Associação Brasileira de Transplante de Órgãos (ABTO), o Ceará só realiza transplante com doador cadáver e destes, 59 foram realizados em Hospital Universitário Walter Cantídio (HUWC), 23 no Hospital Geral de Fortaleza (HGF), ligado à Secretaria da Saúde do Estado, e seis no Hospital São Carlos, instituição privada.

Pelo segundo ano consecutivo, o Hospital Universitário Walter Cantídio (HUWC), da Universidade Federal do Ceará (UFC), é a unidade de saúde que mais realiza transplante de fígado no Brasil, conforme divulgou recentemente a Associação Brasileira de Transplantes (ABTO), no documento “Dimensionamento dos transplantes no Brasil e em cada estado”. Em 2014, foram realizados 135 transplantes de fígado no local, sendo três de doadores vivos e 132 de doadores falecidos. O Hospital Israelita Albert Einstein, em São Paulo, por sua vez, ocupa o 2º lugar do *ranking*, com 125 transplantes de fígado.

Ainda segundo o relatório da ABTO, em números absolutos, os transplantes de fígado no Ceará passaram de 64, no ano de 2007, para 195, em 2014, e o Brasil é o 2º país do mundo em números absolutos de transplantes hepáticos. No primeiro semestre de 2013, o HUWC também foi a unidade de saúde líder em número de transplantes de fígado no Brasil, com o registro de 59 cirurgias e passou a ser o estado com o maior número de transplantes do tipo por milhão de habitantes.

Apenas Ceará e o Distrito Federal apresentaram taxa de transplante superior a 20 por milhão de pessoas. Com dados relativos a 2013, a Associação também ressalta que o Brasil já realizou 1.723 transplantes de fígado, ultrapassando países como França, Espanha, Alemanha, Reino Unido e Canadá. Portanto, diante de um cenário de profundas modificações de ver e se tratar o cuidado, surgiu o interesse na realização deste estudo. Conhecer como o enfermeiro, inserido num contexto de sistema público de saúde, vem desenvolvendo a produção de seu cuidado, e se esse cuidado está embasado em práticas que reafirmem a crescente preocupação com a qualidade e com a segurança da paciente.

Como profissional com experiência no cuidado direto ao paciente transplantado hepático adulto e pediátrico em instituição de referência nesse tratamento, pude observar as lacunas entre a teoria recomendada e a prática realizada. Como docente de disciplina de gestão em Enfermagem em Instituição de Ensino Superior e participante de grupo de pesquisa

em segurança do paciente, surgiu a oportunidade de unir essas vertentes do conhecimento, associadas ao contexto hospitalar de transplante hepático, por entender que áreas específicas e complexas, exigem pesquisas direcionadas, impulsionando a busca pela excelência no cuidado. O interesse crescente nessa temática, o trabalho que desenvolvo também como docente e a importância das práticas de cuidado baseadas em evidências, impulsionaram-me na busca pelo mestrado com conseqüente aprofundamento no campo da pesquisa acadêmica.

## 1.2 OBJETO DE ESTUDO

A presente investigação tem como objeto de estudo “a gestão do cuidado de enfermagem e suas implicações para a segurança do paciente transplantado hepático”.

Parece existir uma dificuldade para o enfermeiro enquanto membro de uma equipe interdisciplinar de saúde em exercer seu papel de cuidador e gestor desse cuidado. Essas dificuldades aparecem refletidas na não adoção das políticas de gestão de saúde implementadas pelo SUS, diante de cenários de saúde sucateados e profissionais desestimulados.

No entanto, a exigência por um cuidado integral, com qualidade refletida na segurança da assistência provém da opinião pública, de gestores governamentais e, em menor escala em nosso País, de dados provenientes de pesquisas científicas, e têm pressionado os serviços de saúde a aumentar a segurança de suas ações de forma crescente e contínua. Essas ações podem ser consolidadas através da gestão do cuidado prestado pelo enfermeiro ao seu paciente.

Diante do exposto e partindo do pressuposto que a atuação do enfermeiro direcionadas por meio da gestão do cuidado realizado na forma de um cuidado integral proposto pelo SUS, apresentam implicações diretas para a segurança do paciente tendo como produto final a qualidade de sua assistência, questiona-se: **Como os enfermeiros organizam o processo de trabalho na produção do cuidado em um serviço hospitalar de transplante hepático? Como desenvolvem ações na gestão do cuidado nesses serviços na perspectiva da segurança do paciente?**

A qualidade e segurança do paciente são metas a serem alcançadas pelas instituições de saúde, nesse contexto a gestão do cuidado de enfermagem é um valioso aliado. O Enfermeiro enquanto integrante da equipe de saúde deve ter como meta a qualidade e a segurança do cuidado oferecido e ter consciência da grande importância de seu papel enquanto profissional de saúde.

Pesquisas no campo da gestão do cuidado, da qualidade da assistência, mais especificamente, na segurança do paciente, não com caráter punitivo, mas com um teor de melhoramento contínuo, estabelecem-se evidências para o impacto das políticas públicas em saúde, e apresentam direções a serem trilhadas por todo profissional de saúde implicado com a qualidade do cuidado.

Portanto, mais estudos necessitam ser realizadas para que esse tema de grande importância e impacto para a prática clínica do enfermeiro, seja cada vez mais conhecida e discutida, na perspectiva segura e qualificada, em que o Enfermeiro se empodere em seu campo de atuação e rumo para a excelência de seu cuidado, uma vez que este representa a essência da Enfermagem.

## 2 OBJETIVOS

### 2.1 GERAL

Analisar a gestão do cuidado do enfermeiro e suas implicações para a segurança do paciente em um serviço hospitalar de transplante hepático credenciado à Rede SUS.

### 2.2 ESPECÍFICOS

- α) Descrever a organização dos processos de trabalhos na gestão e segurança do paciente em serviço de transplante hepático;
- β) Discutir as ações desenvolvidas na gestão do cuidado do Enfermeiro na perspectiva da segurança do paciente.

### 3 REFERENCIAL TEÓRICO

Com vistas a abordar as várias facetas do objeto do estudo, buscou-se a produção do conhecimento existente que fizesse parte do objeto do estudo, tendo em vista as especificidades que envolvem a gestão do cuidado de enfermagem e segurança do paciente em situação de transplante hepático.

#### 3.1 GESTÃO DO CUIDADO EM ENFERMAGEM

Entende-se por gestão do cuidado a forma com que as relações intersubjetivas de ajuda-poder se organizam e se manifestam no processo de trabalho, conformando cenários mais próximos do domínio ou da emancipação do outro. A gestão do cuidado no processo de trabalho em saúde é entendida como forma com que o cuidar se revela e se organiza na interação propiciada entre sujeitos, podendo gerar interações e subversões potencialmente emancipatórias ou restritivas das múltiplas liberdades humanas (PIRES, 2009).

A gestão do cuidado tem foco tanto em uma unidade como na trajetória do usuário/paciente depara-se com questões que demandam planejamento de recursos (físicos, materiais, de organização da força de trabalho), adoção de dispositivos, ferramentas e regulamentos, avaliação da qualidade das ações empreendidas e, por fim, correção das insuficiências, com formulação de novos planos e propostas (BRASIL, 2008).

No entanto para que se compreenda o cuidado como ação integral proposta pelo SUS, é importante que se conheça este sistema que regulamenta a saúde no Brasil, os seus princípios e diretrizes. O SUS é um dos maiores sistemas públicos de saúde do mundo, ele abrange desde o atendimento ambulatorial até o transplante de órgão (BRASIL, 2007a).

Seus princípios e diretrizes são pautados na universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência, na integralidade de assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema (BRASIL, 1990).

Ainda na preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral; igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie; direito à informação, às pessoas assistidas, sobre sua saúde; divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e a sua utilização pelo usuário (BRASIL, 1990).

SUS faz utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, a alocação de recursos e a orientação programática. A participação da comunidade, a descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo auxiliam na tomada de decisão pelos gestores do SUS (BRASIL 2007a).

A integração em nível executivo das ações de saúde, meio ambiente e saneamento básico, bem como a conjugação dos recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios na prestação de serviços de assistência à saúde da população também fazem parte de sua estrutura e compactuam para a capacidade de resolução dos serviços em todos os níveis de assistência e organização dos serviços públicos de modo a evitar duplicidade de meios para fins idênticos (BRASIL, 2007a).

O atual sistema de saúde brasileiro vive um momento de intensos avanços, mas ainda de muitos desafios a serem superados. Podemos descrever como avanços o que se refere à oferta de diversos programas, projetos e políticas que têm apresentado resultados inegáveis e exitosos para a população brasileira, que incluem a evolução das equipes do Programa Saúde da Família, do Programa Nacional de Imunizações, do Sistema Nacional de Transplantes, sendo o segundo País do mundo em número de transplantes, do Programa de Controle de Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV)/Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS), reconhecido internacionalmente pelo seu progresso no atendimento às Doenças Sexualmente Transmissíveis (DSTs)/AIDS, entre outros (BRASIL, 2006b).

Como desafios, podemos enumerar aqueles referentes aos problemas de implementação, implantação, financiamento e gestão do Sistema Único de Saúde (SUS), fato que, para ser compreendido, merece uma análise mais detalhada, fazendo-se necessário um resgate do processo de construção do sistema de saúde no Brasil a partir da construção do SUS (BRASIL, 2006b).

A criação do Sistema Único de Saúde foi o maior movimento de inclusão social já visto na História do Brasil e representou, em termos constitucionais, uma afirmação política de compromisso do Estado brasileiro para com os direitos dos seus cidadãos (BRASIL, 2007c).

A partir da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, realizada em Alma-Ata (Cazaquistão, antiga União das Repúblicas Socialistas Soviéticas – URSS), no ano de 1978, ficou estabelecido num plano mundial, através do documento final deste evento, a Declaração de Alma-Ata, a participação efetiva dos Estados na saúde do seu povo através da promoção de políticas de saúde que visassem o bem-estar físico, mental e social como direitos fundamentais dos seus habitantes, enfatizando-se principalmente os

cuidados primários. Evidenciou-se também que a saúde é a mais importante meta social mundial e que, para a sua realização, faz-se necessária a integração com os diversos setores sociais e econômicos (VENTURA, 2003).

A complexidade do SUS, as dificuldades locorregionais, a fragmentação das políticas e programas de saúde, a qualificação da gestão e do controle social, a organização de uma rede regionalizada e hierarquizada de ações e serviços de saúde têm se constituído em desafios permanentes na consolidação do SUS (VASCONCELOS; GRILLO; SOARES, 2009).

As equipes de profissionais de saúde que desempenham suas atividades em instituições públicas, ou seja, sob a gestão do SUS, vivenciam a dicotomia entre realizar o que está escrito e que se é possível fazer diante de uma realidade que aponta para o sucateamento dos serviços. Não obstante, a precarização do trabalho desagrada os profissionais da rede que, por diversas razões, não recebem salários justos, não têm vínculos empregatícios nem direitos trabalhistas, essa situação profissional pode culminar na realização de um trabalho sem compromisso com a comunidade, com a ausência de vínculos profissionais-usuários (paciente) (SOUZA; COSTA, 2010).

Outra questão importante reporta à formação desse profissional, dentre eles o enfermeiro, que trabalham nos SUS, porém muitas vezes não o compreendem em sua magnitude de ações e projetos. Segundo Amâncio Filho (2004), é indispensável construir um processo educacional que articule a formação profissional com as necessidades e demandas da sociedade, como estratégia para o desenvolvimento econômico, social e cultural. Por conseguinte, essa articulação deve ocorrer desde o momento da graduação ou da formação técnica, até momentos posteriores à inclusão dos profissionais no serviço, através de estratégias de educação permanentes.

Atualmente, algumas universidades vivenciam o momento de mudanças curriculares nos cursos da saúde, mudanças essas na maioria dos casos estreitamente relacionadas com o SUS. Aliado a isso, o Ministério da Saúde está investindo em caráter nacional na educação permanente, até mesmo através da estratégia da Educação à Distância, na perspectiva de minimizar o fosso existente entre a academia e os serviços, vencer limitações na busca de conhecimentos complementares que auxiliem o desempenho de funções, especialmente quando se trata de gestão (COSTA, 2007).

O SUS preconiza ações que convergem para uma assistência integral, A noção de integralidade já aparece na Constituição de 1988, “[...] atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais” (PINHEIRO, 2001).

Um dos pilares desta noção seria uma visão mais global, mais ampla do indivíduo, que agregasse seus aspectos físicos, psíquicos e sociais, entre outros.

[...] integralidade teria a ver com uma atitude dos médicos que seria desejável, que se caracterizaria pela recusa em reduzir o paciente ao aparelho ou sistema biológico que supostamente produz o sofrimento e, portanto, a queixa deste paciente (PINHEIRO, 2001).

A noção de integralidade já aparece na Constituição de 1988, “[...] atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais” (BRASIL, 2011). Um dos pilares desta noção seria uma visão mais global, mais ampla do indivíduo, que agregasse seus aspectos físicos, psíquicos e sociais, entre outros.

[...] integralidade teria a ver com uma atitude dos médicos que seria desejável, que se caracterizaria pela recusa em reduzir o paciente ao aparelho ou sistema biológico que supostamente produz o sofrimento e, portanto, a queixa deste paciente (MATTOS, 2001).

A integralidade do cuidado também exige que os profissionais de saúde se articulem, seja no plano das diferentes unidades de saúde que compõem a rede, seja entre os diferentes serviços que compõem um hospital. Este é um dos grandes desafios a serem superados no cotidiano do funcionamento do SUS.

Construído nessas bases, o cuidado em enfermagem ainda apresenta-se muitas vezes distanciado do conceito de cuidado integral, carecendo uma maior incorporação dos conceitos do SUS, tendo em vista ter este uma lógica de produção do cuidado na perspectiva do bem comum a todos, na relação do profissional de saúde, usuários, e família, porém é possível que o cuidado seja integral em uma unidade de saúde, uma vez que o cuidado oferecido pela equipe não se limita apenas aos órgãos, aparelhos ou sistemas que apresentam problemas, mas sim considera o indivíduo (sujeito) como um todo, a sua história de vida e seu contexto social. Quando conseguimos reunir em torno do paciente os diversos saberes e conhecimentos das várias categorias de profissionais da saúde, de forma integrada, estamos nos aproximando de uma abordagem mais integral (BRASIL, 2011).

Desta forma, integralidade existe em ato e pode ser demandada na organização de serviços e renovação das práticas de saúde, sendo reconhecida nas práticas que valorizam o cuidado e que têm em suas concepções a ideia-força de considerar o usuário como sujeito a ser atendido e respeitado em suas demandas e necessidades (PINHEIRO, 2001).

Sua visibilidade se traduz na resolubilidade da equipe e dos serviços, por meio de discussões permanentes, capacitação da equipe, utilização de protocolos e na reorganização

dos serviços. Como exemplo, tem-se o acolhimento/usuário-centrado (FRANCO; BUENO; MERHY, 1999) e a democratização da gestão do cuidado pela participação dos usuários nas decisões sobre a saúde que se deseja obter (PINHEIRO; MATTOS, 2003).

Isto posto, podemos reconhecer, nas estratégias de melhoria de acesso e desenvolvimento de práticas integrais, o acolhimento, o vínculo e a responsabilização como práticas integrais (PINHEIRO, 2002). O acolhimento, enquanto diretriz operacional, propõe inverter a lógica da organização e do funcionamento do serviço de saúde (FRANCO; BUENO; MERHY, 1999), e que este seja organizado de forma usuário/paciente-centrado.

Merhy (1994) propõe refletir como têm sido nossas práticas nos diferentes momentos de relação com os usuários. O autor afirma que uma das traduções de acolhimento é a relação humanizada, acolhedora, que os trabalhadores e o serviço, como um todo, têm de estabelecer com os diferentes tipos de usuários.

Criar vínculos implica ter relações tão próximas e tão claras, que nos sensibilizamos com todo o sofrimento daquele outro, sentindo-se responsável pela vida e morte do paciente, possibilitando uma intervenção nem burocrática e nem impessoal (MERHY, 1994, p. 138).

Pensar no cuidado de forma integral e acolhedora, estabelecendo vínculo com o paciente, constitui um grande avanço nas políticas públicas de saúde, porém também, representa um desafio a ser vencido pelos profissionais de saúde, principalmente na rede hospitalar, onde o modelo biomédico ainda está muito presente e cujo foco é centrado na doença e não no ser humano e sua complexidade.

Está em curso no Brasil a instituição da Política Nacional de Humanização (PNH), cujo principal antecedente é a Política Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar proposta pelo governo federal em 2001. Conforme já mencionado, a PNH possui escopo ampliado e pretende reorientar as práticas em saúde em todo o País numa perspectiva de transversalidade. A partir da democratização das relações de trabalho e da valorização dos trabalhadores da saúde. A PNH preconiza a construção de redes cooperativas, solidárias e comprometidas com a produção de saúde, estimulando o protagonismo e autonomia de sujeitos e coletivos e sua co-responsabilidade nos processos de gestão e atenção. A co-gestão e o modo coletivo de produção de saúde e de sujeitos são os norteadores da construção da PNH como política pública (BRASIL, 2008).

O projeto de humanização surge num cenário de desafios ainda presentes na construção do SUS que exige mudanças no modelo de gestão e de atenção à saúde. Dentre eles, destacam-se: vínculo frágil trabalhadores-usuários (pacientes) e controle social

incipiente, precarização das relações de trabalho e pouca participação dos trabalhadores na gestão dos serviços, baixo investimento em educação permanente, desestímulo ao trabalho em equipe e despreparo dos profissionais para lidar com questões subjetivas que toda prática de saúde envolve. A melhoria da qualidade da assistência e conseqüente satisfação do usuário são resultantes do modo de gestão do trabalho desenvolvido nos serviços, cujo protagonista nesse processo é o trabalhador da saúde. Partindo-se da premissa de que a produção de saúde é feita por pessoas dotadas de desejos, sentimentos, saberes e necessidades, considera-se que humanizar é ofertar atendimento de qualidade, articulando os avanços tecnológicos com acolhimento, com melhoria dos ambientes de cuidado e das condições de trabalho dos profissionais (BENEVIDES; PASSOS, 2005).

O cuidar, enquanto interação e disrupção reconstrutora de subjetividades espoliadas, revele-se mais facilmente no encontro que se estabelece entre profissionais e usuários, ele não coincide com o processo de trabalho em saúde (PIRES, 2009). Entenda-se cuidado, em sentido ontológico, uma angústia libertária sobre a existência e dimensão articuladora de si (HEIDEGGER, 2002).

O termo cuidado no sentido etimológico provém do latim *cogitatum* que designa pensamento, exame, reflexão. Contudo, ao longo da história da humanidade, tal noção foi ganhando o caráter de ação, aproximando-se do campo da prática (CRUZ, 2011).

Embora o cuidado tenha sido tradicionalmente considerado como um aspecto inerente à prática de enfermagem, investigações para identificar a natureza e a qualidade das práticas de cuidar, bem como suas origens, conhecimento e padrões, só recentemente vêm sendo reconhecidas como importantes e necessárias para o futuro da profissão.

O processo de trabalho do enfermeiro sofreu influência ao longo dos tempos das concepções administrativas de Taylor e Fayol, os quais defendiam a racionalização do trabalho através da ênfase nas tarefas, na estrutura hierárquica, na produtividade e na tecnologia. O homem, enquanto cidadão crítico, que pensa, sente, age, questiona e capaz de transformar a sua realidade, era deixado em segundo plano sempre em prol do crescimento das organizações (PIRES; MATOS, 2006).

Isso explica a tendência de políticas centradas na doença em detrimento ao cuidado centrado na integralidade proposto pelo SUS, também a desfragmentação das equipes de saúde, onde prevalece o trabalho médico-hegemônico. Entre as principais características desses modelos destacam-se a fragmentação do trabalho com separação entre concepção e execução, o controle gerencial do processo de produção associado à rígida hierarquia, a

racionalização da estrutura administrativa, a impessoalidade nas relações interpessoais e a ênfase em sistemas de procedimentos e rotinas (PAIVA *et al.*, 2010).

A equipe de enfermagem é parte integrante da equipe interdisciplinar de saúde, composta por outros profissionais como médicos, fisioterapeutas, nutricionistas, psicólogos, entre outros, visando a integralidade da assistência. Para que o cuidado seja integral, é imprescindível a que a equipe interdisciplinar atue em conjunto, com foco na atuação específicas de cada profissional em sua área.

Para Merhy e Cecílio (2002), uma coisa é pensar a equipe [...] como somatório de ações específicas de cada profissional, como uma linha de montagem do tratamento da doença, tendo a cura como ideal [...] a hierarquia e a rigidez de papéis codificados; a outra é pensar arranjos institucionais, modos de operar a gestão do cotidiano sobre a micropolítica do trabalho que resultem em uma ação mais solidária e concertada de um grande número de trabalhadores envolvidos no cuidado.

Para Merhy e Cecílio (2002), o cuidado de forma idealizada, recebido/vivido pelo paciente, é somatório de um grande número de pequenos cuidados parciais que vão se complementando, de maneira mais ou menos consciente e negociada, entre os vários cuidadores que circulam e produzem a vida do hospital. Assim, uma complexa trama de atos, procedimentos, fluxos, rotinas e saberes, num processo dialético de complementação, mas também de disputa, compõe o que entendemos como cuidado em saúde (MERHY; CECÍLIO, 2002).

O cuidado ao paciente também pode ser definido pelas diferentes atividades que o compõem, entre elas: planejar e prestar assistência a cada paciente; monitorar o paciente no entendimento dos resultados do cuidado; modificar o cuidado quando necessário; prestar o cuidado e planejar o acompanhamento (CONSÓRCIO BRASILEIRO DE ACREDITAÇÃO, 2000).

A evolução da visão de todo e parte aporta novas possibilidades de concepções, que ampliam os olhares e indicam possíveis novos construtos conceptivos. Ainda, diante da apreensão de novas realidades, surge também a necessidade da incorporação de novos conhecimentos e ações ao exercício do cuidar do enfermeiro, como competência relacional, ética, política e humanista.

Uma forma de se realizar a gestão do cuidado por parte dos enfermeiros, pode ser através da adoção de novos conceitos à prática profissional, o cuidado é um somatório de decisões quanto ao uso de tecnologias (duras, leves-duras e leves), de articulação de profissionais e ambientes em um determinado tempo e espaço, que tenta ser o mais adequado possível às necessidades de cada paciente.

Tecnologia dura, leve-dura e leve é como Merhy e Chakkour (1997) classifica as tecnologias envolvidas no trabalho em saúde. A leve refere-se às tecnologias de relações do tipo produção de vínculo, autonomização, acolhimento, gestão como uma forma de governar processos de trabalho. A leve-dura diz respeito aos saberes bem estruturados, que operam no processo de trabalho em saúde, como a clínica médica, a clínica psicanalítica, a epidemiologia, o taylorismo e o fayolismo. A dura é referente ao uso de equipamentos tecnológicos do tipo máquinas, normas e estruturas organizacionais (MERHY; CHAKKOUR, 1997).

Utilizado como tecnologia leve como apoio às decisões e planejamento das ações no gerenciamento do cuidado de enfermagem aparecem os indicadores de saúde, estes podem ser gerenciais e assistenciais. Indicadores de saúde são parâmetros utilizados internacionalmente com o objetivo de avaliar, sob o ponto de vista sanitário, a higidez de agregados humanos, bem como fornecer subsídios aos planejamentos de saúde, permitindo o acompanhamento das flutuações e tendências históricas do padrão sanitário de diferentes coletividades consideradas à mesma época ou da mesma coletividade em diversos períodos de tempo (ROUQUAYROL, 1993).

O indicador é uma unidade de medida de uma atividade, com a qual se está relacionado ou, ainda, uma medida quantitativa que pode ser usada como um guia para monitorar e avaliar a qualidade de importantes cuidados providos ao paciente e as atividades dos serviços de suporte. Medir qualidade e quantidade em programas e serviços de saúde é imprescindível para o planejamento, organização, coordenação/direção e avaliação/controle das atividades desenvolvidas, sendo alvo dessa medição os resultados, processos e a estrutura necessária ou utilizada, bem como as influências e repercussões promovidas no meio ambiente (NOGUEIRA; BITTAR, 2001).

O Manual de Enfermagem do Núcleo de Apoio a Gestão Hospitalar (NAGEH), apresentam indicadores que podem ser empregados em seus processos de trabalho, dentre eles como indicadores assistenciais: Incidência de queda de Paciente, Incidência de Extubação não Planejada de Cânula Endotraqueal, Incidência de Saída Não Planejada de Sonda Oro/Nasogastroenteral para Aporte Nutricional, Incidência de Úlcera por Pressão, Incidência de Erro de Medicação, Incidência de Flebite, entre outros. Como indicadores de gestão de pessoas: Horas de Assistência de Enfermagem, Horas de Técnicos/Auxiliares de Enfermagem Índice de Treinamento de Profissionais de Enfermagem, Taxa de Absenteísmo de Profissionais de Enfermagem, entre outros (COMPROMISSO COM A QUALIDADE HOSPITALAR, 2012).

A Enfermagem pode utilizar-se da prática baseada em evidências como tecnologia leve como um guia para escolha do melhor cuidado através da utilização das pesquisas científicas na assistência direta, favorecendo o direcionamento das ações pelo enfermeiro. Por definição, a Prática Baseada em Evidências (PBE) compreende o uso consciente, explícito e judicioso da melhor evidência atual para a tomada de decisão sobre o cuidar individual do paciente (ATALLAH; CASTRO, 1998).

A utilização dessas ferramentas de gestão do cuidado converge para outros olhares também no mesmo sentido, dessa forma se fala em linha de cuidado, esta pode funcionar, antes de tudo, como uma estratégia de aproximação da integralidade do cuidado, na medida em que são articulados profissionais e unidades de saúde com diferentes papéis e aportes tecnológicos, que possam ser necessários a um ou mais pacientes (BRASIL, 2011).

A linha de cuidado também é uma aproximação de uma concepção de rede estabelecida em um território, organizada em função de trajetórias, pensada em círculos ou de corte horizontal, mas sem a rigidez de uma rede hierarquizada. A hierarquia pressuporia papéis com pouca ou nenhuma flexibilidade, comunicação por meio de canais preestabelecidos e supremacia de um nível sobre outro (BRASIL, 2011).

As políticas discutidas anteriormente têm como objetivo final a melhora da qualidade do atendimento ao paciente, dentro desse atendimento, oferecer cuidados de saúde com qualidade é uma questão absolutamente globalizada e que atravessa sistemas de saúde com acesso universal ou baseados em seguros de saúde, entre outros tipos de sistemas. Inúmeras metodologias de avaliação da qualidade e de acreditação de serviços têm sido utilizadas, obtendo mais efetividade naquelas organizações que posicionaram a qualidade do cuidado como objetivo estratégico e transversal (BRASIL, 2011).

Oferecer um cuidado com qualidade não se dá espontaneamente; é necessário combinar a intencionalidade de concretizar um modelo de atenção voltado às necessidades e riscos dos pacientes com a capacidade de identificar recursos e combiná-los em centenas de variações possíveis, de forma planejada e pactuada entre os responsáveis pela oferta destes recursos (BRASIL, 2008).

Considerando a efetividade do cuidado, pode-se apontar a pertinência do cuidado e a conformidade do cuidado. A pertinência do cuidado representa o “fazer a coisa certa” e a conformidade do cuidado significa o “fazer certo a coisa certa”. A segurança no cuidado representa não causar danos ao paciente na realização de procedimentos (BRASIL, 2011).

Dentro da busca pela qualidade da atenção e tendo a segurança do paciente como uma das vertentes da qualidade, surge também o conceito de gestão da clínica. A gestão da clínica pode ser compreendida como a aplicação de tecnologias de microgestão dos serviços de saúde com a finalidade de assegurar padrões clínicos ótimos, de aumentar a eficiência, de diminuir os riscos para os usuários e para os profissionais, de prestar serviços (BRASIL, 2011).

Segundo Campos (2006), o objeto da clínica seria aquilo pelo qual a equipe se sente responsável em relação ao paciente, o que está ao seu encargo. Se o paciente (usuário) é visto como alguém que é portador de uma patologia mas com riscos e vulnerabilidades, encarnados em uma vida concreta, a equipe inclui (vê como) no seu trabalho: construir projetos terapêuticos mais de acordo com as singularidades do paciente, apoiá-lo (usuário) para ter maior autonomia, e não simplesmente realizar procedimentos, o que seria, na prática, uma redução do objeto (CAMPOS, 2006).

As unidades do SUS se deparam com vários desafios significativos em seu funcionamento, e possivelmente o maior deles seja o de oferecer aos pacientes cuidados que tenham qualidade. Segundo o *Institute of Medicine – IOM* (1990 *apud* BRASIL, 2013), “a qualidade seria o grau no qual serviços de saúde para indivíduos e populações aumentam a probabilidade da obtenção de resultados de saúde desejados e na sua coerência com o conhecimento profissional corrente”.

A segurança no cuidado representa não causar danos ao paciente na realização de procedimentos, uma vez que receber uma assistência à saúde de qualidade é um direito do indivíduo e os serviços de saúde devem oferecer uma atenção que seja efetiva, eficiente, segura, com a satisfação do paciente em todo o processo.

### 3.2 UM OLHAR SOBRE A SEGURANÇA DO PACIENTE

A atenção à saúde de qualidade é um direito do indivíduo e os serviços de saúde devem oferecer uma atenção efetiva, eficiente, segura, com a satisfação do paciente em todo o processo. Para a OMS, segurança do paciente corresponde à redução ao mínimo aceitável do risco de dano desnecessário associado ao cuidado de saúde. O Instituto de Medicina (IOM), dos Estados Unidos da América (EUA), define a qualidade na assistência como o grau em que os serviços de saúde aumentam a probabilidade de obter os resultados desejados com o nível de conhecimento científico atual (BRASIL, 2013).

O termo “segurança do paciente” pode ser definido como a redução dos atos inseguros nos processos assistenciais e o uso de melhores práticas de forma a alcançar os melhores resultados possíveis para o paciente (ZAMBON; DAUD-GALLOTI; NOVAES, 2010). Entendendo-se como um mínimo aceitável aquilo que é viável diante do conhecimento atual, dos recursos disponíveis e do contexto em que a assistência foi realizada frente ao risco de tratamento ou não tratamento (WHO, 2009). Neste sentido, a segurança do paciente é a redução de atos inseguros nos processos assistenciais e uso das melhores práticas descritas, de forma a alcançar os melhores resultados possíveis para o paciente (ZAMBON, 2010).

As publicações na área de segurança do paciente crescem a cada ano. Porém, por se tratar de uma área relativamente nova, a compreensão desses trabalhos tem sido comprometida pelo uso inconsistente da linguagem adotada. Este fato justificou a criação pela OMS de uma classificação de segurança do paciente.

A oportunidade surgiu com o lançamento da Aliança Mundial para a Segurança do Paciente, da OMS, em 2004. Orientado por um referencial explicativo, o grupo de trabalho desenvolveu a Classificação Internacional de Segurança do Paciente (*International Classification for Patient Safety – ICPS*), contendo 48 conceitos-chave (RUNCIMAN *et al.*, 2009).

Erro é definido na ICPS como uma falha em executar um plano de ação como pretendido ou como a aplicação de um plano incorreto. Os erros podem ocorrer por se fazer a coisa errada (erro de ação) ou por falhar em fazer a coisa certa (erro de omissão) na fase de planejamento ou na fase de execução. Erros são, por definição, não-intencionais, enquanto violações são atos intencionais, embora raramente maliciosas, e que podem se tornar rotineiras e automáticas em certos contextos (BRASIL, 2013).

Os incidentes classificam-se como: *near miss* – incidente que não atingiu o paciente; incidente sem dano – evento que atingiu o paciente, mas não causou dano discernível; incidente com dano (evento adverso) – incidente que resulta em dano ao paciente comportamento; pacientes; infraestrutura e recursos/administração (BRASIL, 2013).

Diante da perspectiva humana de erro nos serviços de saúde muitos teóricos propuseram esquemas e visões sistêmicas relacionais desse fenômeno, o erro sai da esfera individual e passa a ser verificado como inserido no processo organizacional.

O psicólogo britânico James Reason após estudar numerosas investigações de acidentes na aviação comercial e instalações nucleares, percebeu que, em organizações complexas, um único erro na ponta do processo raramente é suficiente para causar dano. Segundo o autor, para que o resultado deste erro seja grave, é necessário que várias barreiras

sejam perpassadas, fazendo uma analogia com várias fatias de queijo suíço com seus furos (que correspondem as falhas no sistema) alinhados um a um, por onde os erros podem passar, sem encontrar barreiras.

No entanto, segundo Reason, também analogicamente falando, é necessário “encolher” os buracos do queijo suíço, criando barreiras múltiplas e sobrepostas, com o intuito de diminuir a probabilidade dos buracos se alinharem novamente, e assim prevenindo a ocorrência do erro.

Em relação aos erros organizacionais, o mesmo autor fala dos buracos do queijo como sendo as pressões exercidas sobre a produção, a ausência de protocolos, de rotinas de trabalho, de sistemas de segurança, as “culturas de baixas expectativas” e autoridade excessiva. O autor sugere ainda que os “buracos” na defesa acontecem por duas razões: falhas ativas e condições latentes e que quase todos os eventos adversos envolvem a combinação destes dois fatores (REASON, 1997).

Falhas ativas são os atos inseguros cometidos pelas pessoas que se encontram em contato direto com o sistema (referem-se aos esquecimentos, erros, deslizos e violação de procedimentos). Este tipo de falha tem um impacto curto e direto na integridade das defesas. Condições latentes são aquelas inevitáveis dentro do sistema, os elementos ditos “patogênicos”, como decisões tomadas por projetistas, construtores e gestores do topo (REASON, 1997).

Apesar do Modelo do Queijo Suíço ter sido criado para explicar como os erros ocorrem dentro das organizações que lidam com tecnologia de risco, ele se enquadra perfeitamente dentro das instituições prestadoras de serviços de saúde, onde as falhas ativas referem-se àquelas praticadas pelos profissionais durante o cuidado direto aos pacientes. Já as condições latentes, referem-se às falhas de equipamentos, ausência de protocolos e rotinas, carga de trabalho elevada, fatores estressores, autoridade excessiva, entre outros (Figura 1).

**Figura 1 – Modelo do queijo suíço de James Reason para os acidentes organizacionais**

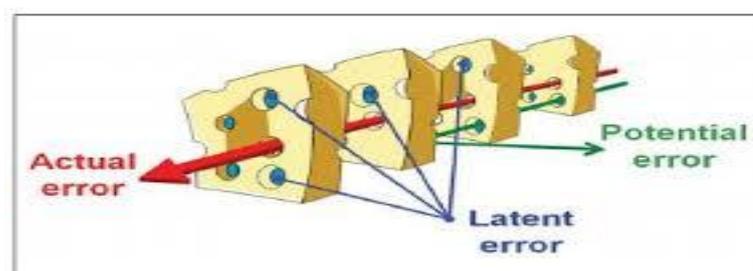


Figure 2: Error Trajectory

Fonte: <https://www.google.com.br/search?hl=pt-BR&site=imghp&tbm>

Os erros também podem ser classificados em ativo e latente. Os erros ativos ocorrem na linha de frente e seus efeitos são sentidos quase imediatamente já os erros latentes ocorrem longe da linha de frente, fora do controle direto do operador incluindo situações como treinamento inadequado, más decisões gerenciais, organizações mal estruturadas, falta de manutenção dentre outros. Ao contrário dos erros ativos cujas formas específicas são muitas vezes difíceis de prever, as condições latentes podem ser identificadas e corrigidas antes que um evento adverso ocorra (REASON, 2000).

A preocupação com a segurança do paciente aumentou no século XX, a partir de estudos em países desenvolvidos que tiveram resultados altamente negativos, trazendo questionamentos quanto à qualidade de assistência de saúde prestada em todo mundo.

O estudo pioneiro a abordar o tema foi realizado nos EUA, em 1974, denominado “O estudo de viabilidade do seguro médico” (*The Medical Insurance Feasibility Study – MIFS*), desenvolvido pela Associação Médica da Califórnia (*California Medical Association*) e Associação Hospitalar da Califórnia (*California Hospital Association*), que revisou 21 mil prontuários de pacientes hospitalizados em 23 hospitais da Califórnia, encontrando eventos adversos em 4,6% dos pacientes (ZAMBON, 2010).

Um estudo ainda mais impactante, realizado dez anos após o inicial, denominado “O estudo da prática médica de *Harvard*” (*The Harvard Medical Practice Study – HMPS*), encontrou dados semelhantes na frequência de eventos adversos ao revisar 30 mil prontuários de pacientes internados no Estado de Nova York (3,7% dos casos), mas mostrou que 13,6% dos eventos levaram o paciente a óbito (ZAMBON, 2010).

O *Institute for Healthcare Improvement* uma estimativa diferente sobre a ocorrência de eventos adversos nos EUA, afirmando que a cada 100 internações hospitalares, 40 a 50 eventos adversos são detectados (STONE; STALEY, 2009). Esta organização tem o objetivo de fomentar estudos e gerar recomendações voltadas ao sistema de saúde para promover a segurança do paciente (PEDREIRA; HARADA, 2009).

Estudos subsequentes realizados na década de 90, na Austrália, Nova Zelândia, Grã-Bretanha e França mostraram resultados ainda mais alarmantes: a investigação de eventos adversos em prontuários revelou as incidências de 16,5%, 11,33%, 10,8% e 14,5%, respectivamente, nesses países. Tais estudos mostraram que os eventos adversos causaram lesão decorrente do cuidado que levou à incapacidade temporária ou permanente, prolongamento da internação ou morte do paciente. Esses eventos seriam evitáveis em torno de 30% a 60% nas situações descritas (ZAMBON, 2010).

A partir da publicação do relatório “To Err is Human: Building a Safer Health System” publicado pelo IOM no ano de 1999, indicando que cerca de 44.000 a 98.000 pessoas morriam por ano nos Estados Unidos, devido a erros na assistência à saúde, números comparados a uma queda diária de um *boing* lotado. Os principais erros encontrados estão em grande número relacionados à prescrição de medicação, problemas de comunicação em unidades de terapia intensiva (UTI), falhas no processo de alta, compressas esquecidas em sítios cirúrgicos (WACHTER, 2013).

Os trabalhos realizados na área da segurança do paciente assustaram a comunidade científica, mas, ao mesmo tempo, alavancaram movimentos voltados para a diminuição e a prevenção dos erros, em grande parte, evitáveis e denunciaram o grande problema na segurança do paciente.

O Brasil também participa desse movimento mundial e vem desenvolvendo, pesquisas na área de segurança do paciente e reuniões com equipes técnicas para debater o tema. Porém muito ainda precisa ser feito (BRASIL, 2013).

Investimentos nacionais em iniciativas importantes vêm se estruturando, principalmente nos últimos anos. Instituições interessadas em atingir excelência na prestação de seus serviços bem como serem reconhecidas por isto, tem ingressado em processos de acreditação, caracterizados pela avaliação dos recursos institucionais de maneira voluntária, periódica, reservada e sigilosa, tendendo a garantir a qualidade da assistência através de padrões previamente aceitos (NOVAES; PAGANINI, 1994).

Em julho de 2013, foi publicada no DOU a RDC 36/2013, que institui as ações para a promoção da segurança do paciente e a melhoria da qualidade nos serviços de saúde. Determinando um prazo de 120 dias, contados a partir da data de publicação desta Resolução, para que os serviços de saúde criem o Núcleo de Segurança do Paciente (NSP), para desenvolver um Plano de Segurança do Paciente – PSP (BRASIL, 2013).

Ainda pela RDC 36/2013, o PSP apresenta como princípios norteadores a melhoria contínua dos processos de cuidado e do uso de tecnologias da saúde, a disseminação sistemática da cultura de segurança, a articulação e a integração dos processos de gestão de risco e a garantia das boas práticas de funcionamento do serviço de saúde, sejam eles públicos, privados, filantrópicos, civis ou militares, incluindo aqueles que exercem ações de ensino e pesquisa (BRASIL, 2013).

A Enfermagem, empenhada para que seu cuidado seja realizado com qualidade e segurança, vem desempenhando um papel de alta relevância no desenvolvimento de pesquisas

e de processos assistenciais nessa área. O Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo, elaborou a cartilha dos 10 Passos para a Segurança do Paciente, no sentido de contemplar os principais pontos com impacto direto na prática assistencial de enfermagem, capazes de serem implementados em diversos ambientes de cuidados.

Estão contidos na cartilha supracitada os seguintes passos: 1. Identificação do paciente; 2. Cuidado limpo e cuidado seguro – higienização das mãos; 3. Cateteres e sondas – conexões corretas; 4. Cirurgia segura; 5. Sangue e hemocomponentes – administração segura; 6. Paciente envolvido com sua própria segurança; 7. Comunicação efetiva; 8. Prevenção de queda; 9. Prevenção de úlcera por pressão e 10. Segurança na utilização de tecnologia. Ações e programas como esse demonstram o interesse no tema e reafirma sua grande importância no cenário nacional. Esse estudo estimula a instituição de indicadores de qualidade da assistência.

A qualidade do serviço se reflete na segurança do paciente, para que o cuidado de enfermagem seja efetivamente desenvolvido nos padrões de qualidade exigidos pelo SUS é necessário que a instituição de saúde ofereça condições necessárias para o desenvolvimento das atividades, entre elas está a estrutura física. Um serviço com uma estrutura física ideal nem sempre significa que desenvolve práticas seguras, mas uma instituição com estrutura física precária e/ou fora das normas preconizadas, certamente não terá condições de oferecer um cuidado efetivamente seguro.

A ANVISA através da RDC nº 50/2002, atualizada pela RDC nº 307/2002 dispõe sobre o Regulamento Técnico para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde.

A compreensão da magnitude que envolve o problema da segurança e os principais fatores que levam a ocorrência de erros é essencial para se conceber soluções eficazes e eficientes para os diferentes contextos e ambientes, e para construir sistemas de saúde mais seguros (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2008).

Estudos com essa temática, incentiva os profissionais a estarem sempre atentos ao cuidado que estão prestando ao seu paciente, a sensibilização dos profissionais que estão atuando e dos que estão em formação profissional é essencial para o desenvolvimento de uma cultura de segurança, e assim, o desenvolvimento de um cuidado cada vez mais seguro e livre de danos.

A cultura de segurança é um processo gradual e lento que precisa ser adotado e apreendido pelos profissionais e gestores das instituições de saúde, para que a segurança do paciente deixe de figurar em projetos e leis e passe a fazer parte do cotidiano de cada um. É

importante que esses temas comecem a ser trabalhados com a ênfase que merece, nas Instituições de ensino superior e também nas escolas técnicas de saúde, e não apenas quando profissional já está inserido no contexto do cuidado (CARVALHO, 2011).

O termo cultura de segurança não se originou no campo da saúde, mas de organizações onde a preocupação com a segurança dos profissionais e dos produtos é uma constante. Foi utilizado primeiramente após o acidente nuclear em *Chernobyl* em 1986, no relatório publicado pelo Grupo Consultivo Internacional em Segurança e posteriormente, adotado por indústrias consideradas de alto risco (CARVALHO, 2011).

A cultura de segurança está contida no clima de segurança da organização, que é definido como a percepção individual do profissional sobre as atitudes e iniciativas quanto à cultura de segurança da organização em que está inserido. Ambos os termos são oriundos do conceito de cultura e clima organizacional, partindo da ideia que toda organização possui princípios próprios individuais ou em grupo, como um conjunto de normas, valores e expectativas que mantêm unidos os diferentes membros desta organização (CARVALHO, 2011).

A cultura de segurança começou a despontar na área da saúde por meio do relatório do IOM que destacou a necessidade de colocar a segurança do paciente como uma prioridade das autoridades médicas. Também focou as suas recomendações sobre como alterar a cultura no hospital (KOHN; CORRIGAN; DONALDSON, 2000).

Alguns anos antes da publicação do relatório do IOM, a ocorrência de graves desastres começou a preparar a base para uma nova concepção do erro e suas causas. A análise cuidadosa de graves acidentes aumentou a compreensão sobre como os eventos que precedem um desastre.

No acidente de *Chernobyl* (1986), por exemplo, foram admitidas violações sistemáticas e numerosas dos procedimentos de segurança; em relação ao acidente de *Piper Alpha* (1988) foram identificadas várias causas técnicas e organizacionais enraizadas na cultura, na estrutura e nos procedimentos da empresa, atribuindo-se o erro a inexperiência, rotinas de manutenção ruins e mecanismos de aprendizado deficientes. No acidente no trem de *Paddington* (1999) foram identificados problemas como treinamento deficiente de condutores, não avaliação dos relatos que indicavam visibilidade ruim da sinalização, cultura de segurança inadequada e falhas significativas de comunicação (VINCENT, 2009).

Com base nestas constatações, pôde-se perceber que além de ações ou omissões por pessoas que estavam no local do acidente, outros fatores prévios da cadeia sequencial de causas também fizeram parte da gênese destes acidentes (VINCENT, 2009).

Estes fatores, denominados de condições latentes (REASON, 1997), prepararam o terreno para os acidentes, pois criaram as condições nas quais os erros e as falhas pudessem acontecer.

Importante citar que até se chegar ao entendimento atual da etiologia dos acidentes, as teorias sobre erros progrediram em quatro fases ao longo do tempo. Na primeira fase, muitas vezes referida como o período técnico, durante o qual houve rápida evolução dos novos sistemas mecânicos, atribuíam-se os erros a falhas mecânicas, em especial na concepção, construção e confiabilidade dos equipamentos (WIEGMANN; SHAPPELL, 2001).

Na segunda fase, conhecida como o período de erro humano, as falhas do operador humano foram vistas como a origem do colapso do sistema (WIEGMANN; SHAPPELL, 2001). Na terceira fase, conhecida como o período sócio-técnico, considerava-se a interação de fatores humanos e técnicos ao explorar as causas de erros e acidentes e finalmente, na quarta fase, que vem sendo testemunhada nos últimos anos, chamado período da cultura organizacional, se reconhece que os operadores não estão realizando suas funções ou interagindo com a tecnologia de forma isolada, mas sim que estão atuando como uma equipe coordenada de forma organizacional, que está inserida dentro de uma cultura particular (WIEGMANN; SHAPPELL, 2001).

Assim, a cultura é considerada um dos postos-chave para a compreensão das ações humanas, funcionando como um padrão coletivo que identifica os grupos, suas maneiras de perceber, pensar, sentir e agir. Deste modo, mais do que um conjunto de regras, de hábitos e de artefatos, cultura significa construção de significados partilhados pelo conjunto de pessoas que pertencem a um mesmo grupo social. A cultura expressa os valores e as crenças que os membros desse grupo partilham (PIRES; MACÊDO, 2006).

Para se estabelecer uma cultura de segurança, é necessário partir de alguns princípios-chave na estratégia de segurança do paciente, como a aprendizagem com os erros; criação de redundâncias e checagens cruzadas; comunicação e o trabalho conjunto; equipe de cuidados adequados, bem treinados e descansados. Esses princípios devem ser incorporados nos planos estratégicos. Os elementos centrais que traduzem o processo de melhoria contínua da qualidade e segurança do paciente nos planos estratégicos são a existência de um programa de qualidade e segurança do paciente com ações monitoradas por indicadores, o qual deve ser gerido por uma instância responsável e de uma política de estímulo à utilização rotineira de protocolos e diretrizes clínicas (WACHTER, 2013).

A compreensão da magnitude que envolve o problema da segurança e os principais fatores que levam a ocorrência de erros é essencial para se conceber soluções eficazes e eficientes para os diferentes contextos e ambientes, e para construir sistemas de saúde mais seguros (WHO, 2008). Por isto, tem ocorrido interesse crescente pela avaliação da cultura de segurança nas organizações de saúde em paralelo com o crescente foco na melhoria da cultura de segurança. Neste sentido, instrumentos de avaliação da cultura de segurança fornecem um caminho para tal compreensão (NIEVA; SORRA, 2003).

### 3.3 O TRANSPLANTE HEPÁTICO

A demanda de um cuidado a pacientes com patologias complexas, necessita ser planejada e estruturada. A gerência do cuidado de enfermagem a pacientes graves é essencial para o desenvolvimento de um cuidado seguro, uma vez que fornece subsídios com base científica para esse cuidado e estabelece critérios de prioridade, de forma a atender o paciente em sua integralidade.

As doenças hepáticas avançadas são responsáveis pelas alterações metabólicas, desnutrição, perda da massa e da função musculares, alterações respiratórias e demais sintomas relacionados com a hepatopatia. A associação desses fatores induzem à deficiência motora global e à inatividade física, interferindo negativamente nas atividades de vida diária (AVD) e na qualidade de vida (QV) dos indivíduos que possuem doença hepática em fase avançada e são considerados candidatos ao transplante hepático (BARCELOS *et al.*, 2008).

O transplante de hepático é uma modalidade terapêutica que possibilita a reversão do quadro terminal de um paciente com doença hepática. É utilizado como recurso para os pacientes portadores de lesão hepática irreversível, quando mais nenhuma outra forma de tratamento se encontra disponível (MASSAROLLO; KURCGANT, 2000).

Na maioria dos casos, os pacientes que têm indicação para transplante de fígado são portadores de uma doença crônica, de evolução progressiva e irreversível, com um longo percurso em unidades de tratamento intensivo (JENKINS, 1985).

Das patologias que podem levar à falência hepática, a cirrose hepática é a condição mais frequente que leva ao transplante hepático em adultos e crianças. A cirrose ocorre quando a anatomia normal do fígado é substituída por tecido de cicatrização, o que deteriora a função hepática (MASSAROLLO; KURCGANT, 2000).

O paciente incluído nos critérios necessários para indicação de transplante de

fígado é submetido a uma ampla avaliação pré-operatória para investigação de contraindicação absoluta ou relativa e para definição do estado patológico atual. Após essa avaliação, o paciente é inscrito na Central Nacional de Transplantes de Órgãos, onde será incluído numa lista extensa à espera de um doador compatível (AGUIAR; BRAGA, 2011).

O paciente candidato ao transplante de fígado é colocado em uma lista única de espera de acordo com a compatibilidade sanguínea. Desde 2006, no Brasil, o critério de espera na lista respeita um índice baseado na gravidade da doença, conhecido como MELD (*Model for End-Stage Liver Disease*). Esse índice corresponde a um valor numérico que varia de 6 a 40, e demonstra quão urgente o paciente necessita do transplante.

Os pacientes mais graves apresentam MELD mais elevados, e serão priorizados na alocação dos enxertos hepáticos. Semelhante ao MELD, as crianças candidatas ao transplante (<18 anos) são listadas respeitando o sistema PELD (*Pediatric End-Stage Liver Disease*). Os casos urgentes (hepatite fulminante) têm prioridade absoluta na lista de espera do transplante (MS, Portaria nº 2.600/2009). Se não operados com urgência esses pacientes podem rapidamente evoluir para o óbito.

O cuidado ao paciente em processo de transplante de fígado é um tema pouco explorado nos estudos científicos da enfermagem. Pesquisas nessa área visando contribuir para a construção do conhecimento em enfermagem e transformação da prática do enfermeiro. O Brasil apresentou muitos avanços no que se refere aos transplantes, sendo classificado como um dos países com maior número de transplantes realizados, dotado do maior programa público de transplantes de órgãos e tecidos do mundo (AGUIAR; BRAGA, 2011).

Os resultados positivos do transplante hepático se devem a progressos na preservação do fígado, aperfeiçoamento de técnica cirúrgica, profilaxia e tratamento de infecções secundárias e melhor controle da rejeição, levando a uma ampla aceitação internacional (PORTELA *et al.*, 2010).

A assistência ao paciente submetido ao transplante é altamente especializada, requerendo a atuação do enfermeiro nas diversas fases do processo e exigindo pessoal com capacitação específica. Nesse processo, a Enfermagem desempenha papel fundamental, participando desde a captação do órgão até o acompanhamento ambulatorial pós-transplante (SILVA *et al.*, 2009).

Atualmente, as normas que regem a indicação de transplante de fígado no Brasil, estão expressas na Portaria nº 2.600, de 21 de Outubro de 2009, esta vem atualizar, aperfeiçoar e padronizar o funcionamento do Sistema Nacional de Transplantes (SNT),

estabelecer normas específicas para a autorização de funcionamento dos órgãos gestores do SNT, dos estabelecimentos de saúde e das equipes especializadas, aprimorar o funcionamento e o gerenciamento do SNT, das Centrais de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos e dos demais integrantes do Sistema.

Essa normatização estabelece mecanismos que permitem uma melhor articulação entre essas instâncias, aperfeiçoar as normas e o processo de supervisão, gerenciamento e controle das listas de potenciais receptores, estaduais, regionais e nacional e de garantir a equidade e a transparência na distribuição de órgãos e tecidos para transplantes e enxertos, atualizar e aperfeiçoar o Regulamento Técnico do Sistema Nacional de Transplantes.

Pelo segundo ano consecutivo, o Hospital Universitário Walter Cantídio, da Universidade Federal do Ceará, destaca-se como o maior serviço de transplantes de fígado do País, ultrapassando o Hospital Israelita Albert Einstein, em São Paulo. Os dados são do Registro Brasileiro de Transplantes – RBT (2014), documento oficial da ABTO.

Em agosto de 2014, o serviço de transplantes do HUWC alcançou a marca total de 1.000 transplantes de fígado realizados em sua história. O HUWC é também o maior de toda a América do Sul nessa área. Conforme foi anunciado no ano passado pelo RBT (2014), o HUWC sozinho já havia feito mais transplantes de fígado que o México (106 transplantes, dados relativos a 2012) ou Chile (74 transplantes, em 2012).

No documento “Dimensionamento dos transplantes no Brasil e em cada estado”, o HUWC é registrado como centro que mais realizou transplante de fígado no Brasil em 2014. Foi um total de 135 transplantes de fígado, sendo três de doadores vivos e 132 de doadores falecidos, no ano de 2014. Em segundo lugar vem o Hospital Israelita Albert Einstein, em São Paulo, com 125 transplantes de fígado (RBT, 2014).

Foram quatro transplantes envolvendo doadores vivos por meio da técnica denominada “transplante dominó” ou “transplante repique”. O procedimento consiste na retirada do fígado de pacientes com uma doença chamada polineuropatia amiloidótica familiar (PAF), que recebem outro órgão de um doador morto. Simultaneamente, o fígado de paciente de PAF é transplantado para outro paciente, da fila de transplantes (UFC, 2014).

A PAF é uma doença hereditária, que se caracteriza pela deposição nos nervos periféricos de uma fibra amiloide (pré-albumina anômala), produzida por uma deficiência enzimática do fígado. No geral, a PAF é assintomática até em torno dos 25 anos mais, quando se manifesta, se não for feito o transplante a doença pode evoluir chegando a causar o óbito do paciente (SOUSA *et al.*, 2006).

O relatório da ABTO aponta ainda dados relativos aos transplantes de fígado no Brasil e no Ceará: no período de 2007 a 2014 houve um aumento em mais de 700 transplantes de fígado no País, passando de 1.008, em 2007, para 1.755, em 2014. Em números absolutos, os transplantes de fígado no Ceará passaram de 64, no ano de 2007, para 195, no ano passado (RBT, 2014).

Além da UFC, os procedimentos foram realizados no Hospital Geral de Fortaleza (HGF) e no Hospital São Carlos. Para cada transplante de fígado é mobilizada uma equipe multidisciplinar composta por oito cirurgiões, cinco anestesistas, seis clínicos, além de enfermeiras, psicólogos e terapeutas.

A necessidade de transplantes é maior que o número de doadores com morte encefálica disponível. Cerca de 7000 candidatos esperam por um transplante de fígado no Brasil. Desde 2004, entre 900 e 1000 transplantes são feitos anualmente no Brasil (RBT, 2013).

Dois estratégias para minimizar o baixo número de doadores (Brasil 4-5 / milhão de habitantes, EUA 25/ milhão) são o uso do SPLIT e do transplante hepático inter vivos. No SPLIT um órgão de doador com morte encefálica é dividido entre dois receptores, usualmente entre um adulto e uma criança (RBT, 2013). No Ceará não se realizam essas técnicas de transplante.

## 4 CAMINHO METODOLÓGICO

### 4.1 DESENHO DA PESQUISA

Trata-se de uma pesquisa com abordagem qualitativa do tipo estudo de caso. Segundo André (2005), o estudo de caso surge, na sociologia e na antropologia, ao final do século XIX e início do século XX. O principal propósito, nestas áreas, era realçar características e atributos da vida social. Na Medicina, Psicanálise, Psicologia e Serviço Social objetivavam estudar um caso para fins de diagnose, tratamento e acompanhamento. Na área de Direito, Administração e Medicina foi, e ainda é, utilizado como recurso didático (ANDRÉ, 2005). Na presente pesquisa, apreendeu-se ser o estudo de caso único, a gestão do cuidado do enfermeiro em unidade de transplante hepático, sendo este objeto o caso do estudo.

A respeito do conceito de estudo de caso, há que se considerar a perspectiva da Conferência supracitada: estudo de caso sempre envolve uma instância em ação. Este, entretanto, se constitui em conceito muito amplo, o que, segundo André (2005), pode levar a conclusões equivocadas. O estudo de caso não é um método específico de pesquisa nem uma escolha metodológica, mas uma forma particular de estudo e uma escolha do objeto a ser estudado (ANDRÉ, 2005). É fundamental conhecer o que se aprende ao estudar o caso, sendo necessário um estudo da particularidade e da complexidade de um caso singular, o que leva a entender sua atividade dentro de importantes circunstâncias.

O conhecimento gerado a partir do estudo de caso é diferente do conhecimento gerado a partir de outras pesquisas porque é mais concreto, mais contextualizado, mais voltado para a interpretação do leitor e baseado em populações de referência determinadas pelo leitor, assim o estudo de caso qualitativo atende a quatro características essenciais: particularidade, descrição, heurística e indução. A primeira característica diz respeito ao fato de que o estudo de caso focaliza uma situação, um fenômeno particular, o que o faz um tipo de estudo adequado para 4 investigar problemas práticos. A característica da descrição significa o detalhamento completo e literal da situação investigada. A heurística refere-se à ideia de que o estudo de caso ilumina a compreensão do leitor sobre o fenômeno estudado, podendo “revelar a descoberta de novos significados, estender a experiência do leitor ou confirmar o já conhecido”. A última característica, indução, significa que, em sua maioria, os estudos de caso se baseiam na lógica indutiva.

Lüdke e André (1986) e Triviños (1987), enfatizam as características do estudo de caso como estudos que partem de alguns pressupostos teóricos iniciais, mas procuram manter-se constantemente atentos a novos elementos emergentes e importantes para discutir a problemática em questão. Diante do exposto, entendemos o estudo de caso como uma estratégia de pesquisa relevante no processo educativo.

Na literatura, observamos diferentes classificações sobre os tipos de estudo de caso. Para Stake (apud André, 2005) o estudo de caso pode ser intrínseco (quando o pesquisador tem interesse intrínseco naquele caso em particular); instrumental (quando o interesse do pesquisador é uma questão que o caso vai ajudar a resolver; ou coletivo (quando o pesquisador não se concentra em um só caso, mas em vários).

Yin (2005) define o estudo de caso como único e múltiplo. Já André (2005) reúne o estudo de caso em quatro grandes grupos: etnográfico (um caso é estudado em profundidade pela observação participante); avaliativo (um caso ou um conjunto de casos é estudado de forma profunda com o objetivo de fornecer aos atores educacionais informações que os auxiliem a julgar méritos e valores de políticas, programas ou instituições); educacional (quando o pesquisador está preocupado com a compreensão da ação educativa); e ação (busca contribuir para o desenvolvimento do caso por meio de *feedback*).

Nas pesquisas qualitativas “a preocupação do pesquisador não é com a representatividade numérica do grupo pesquisado, mas com o aprofundamento da compreensão de um grupo social, de uma organização, de uma instituição, de uma trajetória” (GOLDENBERG, 2007).

O pesquisador qualitativo tenta analisar os dados em toda sua riqueza, respeitando, no possível, a forma de registro ou transcrição. Que podem ser expressados por meio de palavras ou figuras do que números. Estes dados incluem entrevistas transcritas, notas de campo, fotografias, produções pessoais, depoimentos ou outra forma de documento. Além disso, o método qualitativo busca a percepção dos fenômenos e seus significados para a vida das pessoas, as quais estão em constante processo interativo no interior de grupos sociais dinâmicos (TURATO, 2005).

Entre os tipos de estudo qualitativos, o estudo de caso é uma estratégia de pesquisa que investiga os fenômenos inseridos no seu contexto real, os quais são analisados profunda e intensamente, tratando-se de uma investigação em que o pesquisador não tem controle sobre eventos e variáveis, uma vez que os limites entre o fenômeno e o contexto não podem ser claramente definidos. Nesse sentido, a potencialidade do estudo de caso está na possibilidade de

apreender, criativamente, a totalidade da situação, descrevendo, compreendendo e interpretando a complexidade de um caso concreto (PORTELA; MARTINS, 2008).

Para análise em profundidade dos achados, o estudo do caso é definido por meio de suas circunstâncias e abrangência da unidade, que pode ser um sujeito ou grupo de sujeitos imersos em um determinado contexto. Entretanto, a complexidade do estudo de caso também está relacionada ao aporte teórico que norteia o trabalho do investigado. Assim, é importante ressaltar que um estudo de caso não visa à generalização dos seus resultados; e sim, à compreensão em profundidade de como um dado fenômeno está ocorrendo em um contexto específico (CARTANA; SOUZA; CASTILHO, 2008).

#### 4.2 CONTEXTO DA PESQUISA

O estudo foi realizado na unidade de internação clínica para pacientes transplantados que atende pacientes no pré e pós-operatório de transplante renal e hepático, localizado na cidade de Fortaleza com representação de referência nacional e na América do Sul.

De acordo com o Instituto de Pesquisa e Estratégia Econômica do Ceará (IPECE), o município de Fortaleza atualmente está dividido em 116 bairros e em 5 distritos, a administração executiva da prefeitura está dividida em Secretarias Executivas Regionais (as SERs) que são ao todo 7 (SER I, SER II, SER III, SER IV, SER V, SER VI e a regional do centro), são termos que se referem a subprefeituras, cada uma subdividida em várias Áreas Particulares (AP's), onde trabalham superintendentes, líderes comunitários, secretários e outros, com a função de trazer desenvolvimento para os bairros próximos a cada uma destas áreas. O HUWC por sua localização está inserido na SER III (IPECE, 2013).

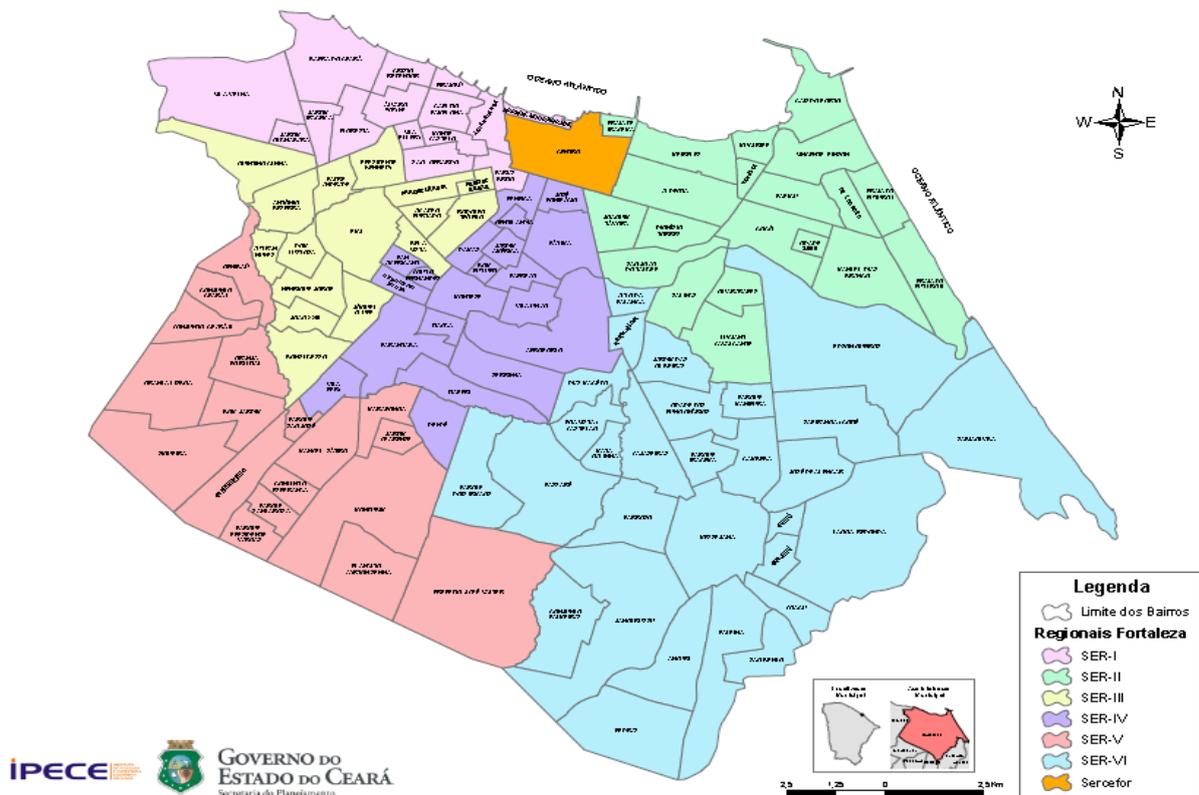
O Hospital é um centro de referência para a formação de recursos humanos e o desenvolvimento de pesquisas na área da saúde, assim como desempenha importante papel na assistência à saúde do Estado do Ceará, estando integrado ao SUS. Está localizado na cidade de Fortaleza-CE.

Sua estrutura é composta por 243 leitos distribuídos em unidades de internação clínica e cirúrgica atendendo a várias especialidades como pediatria, cardiologia, dermatologia, neurologia, hematologia, transplantes hepático e renal, oncologia, urologia, endocrinologia, psiquiatria, oftalmologia, entre outras.

Possui 125 consultórios, oito salas cirúrgicas, seis leitos de UTI clínica, três leitos de UTI pós-operatório, 14 leitos de recuperação pós-anestésica. As unidades especializadas em

atendimento ao paciente transplantado hepático são formadas por ambulatório de transplante hepático, unidade de internação de transplante composta por posto de enfermagem com sala de medicação, seis enfermarias com banheiro, totalizando com 20 leitos distribuídos para internação de transplante renal. O centro cirúrgico possui uma sala especializada para transplante hepático. A unidade de UTI pós-cirúrgica ou sala de recuperação pós-anestésica possui 14 leitos, destes, duas são específicos para pacientes pós-transplante hepático (UFC, 2014).

**Figura 2 – Mapa SERs de Fortaleza-CE**



Fonte: IPECE (2013).

### 4.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO

Os participantes da pesquisa foram os enfermeiros da unidade de transplante hepático do hospital pesquisado. A unidade de transplante conta com uma equipe de enfermagem a cada turno de trabalho constituída por dois enfermeiros assistenciais e cinco técnicos/auxiliares. Possui ainda um enfermeiro coordenador, um secretário de posto e um funcionário na central administrativa, para suporte e apoio.

Critérios de inclusão: enfermeiros lotados na unidade de internação clínica de transplante hepático no período da coleta e que aceitaram participar do estudo.

Critérios de exclusão: os profissionais que se encontravam afastados do serviço por motivo de licença ou férias e os que não aceitaram participar do estudo.

#### 4.4 COLETA DAS INFORMAÇÕES

A coleta das informações ocorreu no mês de dezembro de 2014 e foi realizada exclusivamente pelo pesquisado. Ela teve início com a observação livre, com o intuito de desenvolver um entendimento de como se configura o processo gerencial dos enfermeiros no serviço de transplantes e estabelecer vínculos com os participantes da pesquisa a fim de facilitar a coleta de informações por meio de entrevistas.

Para entrada no campo, primeiramente, apresentou-se a proposta de pesquisa às chefias de enfermagem, obtendo-se consentimento quanto à realização do estudo no serviço de transplante.

A escolha da forma de pesquisa vai depender da natureza do problema e das questões específicas. Para se utilizar o estudo de caso, é necessário ter consciência de algumas vantagens e limites desse tipo de pesquisa, bem como conhecer algumas qualidades que são atribuídas ao pesquisador. Para Martins (2008), o sucesso do estudo de caso depende de sua importância, eficiência, além de ser suficiente e relatado de maneira atraente. Esta estratégia é importante quando se caracteriza pela originalidade, criatividade e ineditismo. Outro ponto importante é a escolha criteriosa do tema-problema de pesquisa. Este não pode ser pautado em ideias vagas ou propostas ingênuas. Para ser eficiente, o estudo de caso precisa apresentar indicadores de confiabilidade e ter sido orientado por um detalhado protocolo. O papel do pesquisador tem relevância quando está pautado numa atuação crítica e criativa descrevendo, interpretando, explicando e encadeando evidências. Para ser suficiente, o estudo de caso deve ter os limites entre ele e o fenômeno claramente determinados. A possibilidade de fornecer uma visão profunda, ampla e integrada de uma unidade social complexa, depende da atuação do pesquisador. Ao retratar situações reais sem prejuízo de sua dinamicidade natural, o estudo de caso se configura vantajoso. A capacidade heurística, segundo André (2005), é outra contribuição desse tipo de pesquisa, pois pode levar a descobrir novos sentidos, expandir suas experiências ou confirmar o que já se sabia.

O estudo de caso tem um potencial enorme de contribuição aos problemas da prática educacional, ao fornecer informações valiosas que permitem também decisões políticas. Destacamos, ainda, a capacidade, a sensibilidade e o preparo do pesquisador para não de perder nas aparências e no inusitado, uma vez que o estudo de caso exige a manifestação de suas

dimensões intelectual, pessoal e emocional. André (2005) destaca a dimensão ética, que não pode ser esquecida, pois o pesquisador deve deixar claros os critérios utilizados em sua pesquisa, principalmente no que diz respeito aos sujeitos, unidades de análise e os dados apresentados e descartados. Entendemos que as controvérsias acerca do estudo de caso são pertinentes, uma vez que existem pesquisas e pesquisadores que não atendem aos critérios citados. Entretanto, quando os mesmos são estabelecidos adequadamente, o estudo de caso se torna válido e significativo.

Os primeiros períodos de observação foram realizados no período diurno e adotou-se como estratégia solicitar a gerente do serviço de enfermagem apresentasse o pesquisador mestrando a um dos enfermeiros que estavam de plantão, o qual era informado sobre os objetivos do projeto, as técnicas empregadas para coleta de dados e convidado a participar da pesquisa.

Após esses contatos, solicitava-se aos enfermeiros que apresentassem o pesquisador aos seus colegas do plantão e do outro turno no momento da troca de plantão. Assim, os enfermeiros foram sendo contatados e os períodos de observação realizados.

Ao longo da coleta das informações, atentou-se para não interromper atividades importantes que os sujeitos estivessem executando ou precisassem realizar. Para realização das entrevistas, procurou-se, conforme disponibilidade dos enfermeiros, agendar um horário fora do turno de trabalho. Entretanto, nenhum enfermeiro se dispusera a tal. As entrevistas foram realizadas em momentos de maior tranquilidade indicados pelos participantes da pesquisa, sendo mais frequentes os horários entre às 8h e 9h, 14h às 15h, após às 21h.

A finalização da coleta deu-se após a escuta de todos os enfermeiros que se encontravam em atividade no período de coleta, totalizando 08 enfermeiros que aceitaram participar do estudo. A unidade contava no período com um total de 12 enfermeiros, destes 01 encontrava-se de férias, 01 encontrava-se de licença médica e dois não aceitaram participar do estudo alegando indisponibilidade de tempo.

#### **4.4.1 Observação livre**

A técnica de observação livre ocorre quando o pesquisador aborda a situação sem nenhuma grade de observação ele está fazendo uma observação livre. É muito utilizada no entanto a única maneira de controlar a reatividade das medidas é quando os sujeitos não tomam conhecimento de que estão sendo observados (GARLET *et al.*, 2006).

Destaca-se a importância da utilização dessa técnica, visto a existência de muitos elementos que não podem ser apreendidos por meio da fala ou da escrita, os quais são fundamentais não apenas como dados em si, mas como subsídios para a interpretação posterior dos mesmos (GARLET *et al.*, 2006).

Observar não é, simplesmente, olhar. Observar um fenômeno social significa, em primeiro lugar, que tenha sido, abstratamente, separado de seu contexto para que, em sua dimensão singular, seja estudado em seus atos, atividades, significados, relações, em seus aspectos aparentiais e mais profundos (TRIVIÑOS, 1987).

A observação é um procedimento empírico de natureza sensorial, que permite a coleta de dados e não pode ser desconsiderada em um estudo de caso. Deve ser precedida de aprofundamento no referencial teórico e levantamento bibliográfico de estudos relacionados ao caso em questão, implicando planejamento cuidadoso do trabalho, exame minucioso do processo de coleta e preparação do observador, que deve ter competência para observar e obter dados e informações com imparcialidade, sem contaminá-los com suas próprias opiniões e interpretações (PORTELA; MARTINS, 2008).

Para tanto, elaboraram-se algumas pautas de observação, que são alguns aspectos básicos a serem observadas conforme os objetivos estabelecidos (NEGRINI, 1990). Nesse sentido, utilizou-se um roteiro com as pautas de observação focadas neste estudo (APÊNDICE B).

Para o registro das informações, foi elaborado um diário de campo. O diário de campo caracteriza-se por um caderno de anotações em que o pesquisador, em cada dia de coleta de dados, vai anotando o que observa, que não se adequa a nenhuma modalidade de entrevista. Nele são descritas as impressões pessoais, de comportamento contraditório, as falas, dentre outros aspectos (MINAYO, 2010).

Foram realizados 7 períodos de observação que contemplaram todos os dias da semana e turnos de trabalho do Serviço de Transplante Hepático (manhã, tarde, noite), visando ao entendimento mais completo possível do caso. As observações tiveram duração variável de acordo com a qualidade da atenção despendida para a atividade, com média de duração em torno de 2 horas, perfazendo cerca de 15 horas de observação ao total. A realização das observações foi útil para compreensão e contextualização das informações obtidas por meio das entrevistas semiestruturadas. No quadro seguinte, demonstraremos a forma como estas foram desenvolvidas.

#### 4.4.2 Entrevista semiestruturada

A entrevista semiestruturada serve como uma fonte de expressão das ideias e dos valores dos investigados. Por meio da comunicação orientada, o pesquisador pode captar a subjetividade do entrevistado, bem como outras informações mais aprofundadas quanto ao fenômeno a ser pesquisado (MINAYO, 2007).

A entrevista semiestruturada caracteriza-se por um momento de interação social, no qual o pesquisador procura obter informações dos pesquisados acerca de uma problemática central, por meio de um roteiro com tópicos pré-estabelecidos construído a partir do embasamento teórico da investigação e as informações recolhidas dos fenômenos sociais observados (TRIVIÑOS, 1987).

A entrevista contemplou, inicialmente, um questionário sobre as características sócio-profissionais dos enfermeiros e, em seguida, questões abertas sobre a dimensão gerencial do trabalho dos enfermeiros em transplante hepático (APÊNDICE C).

Foram realizadas oito entrevistas que tiveram duração entre 10 e 15 minutos, de acordo com a circunstância em que se apresentava o informante e o assunto em discussão. Para garantir a fidedignidade das informações coletadas, os depoimentos foram registrados em um dispositivo eletrônico de áudio e depois transcritos.

Os oito enfermeiros entrevistados atuavam nos diversos turnos de trabalho e foram selecionados por aceitarem participar da pesquisa no serviço de transplante. Não foi estabelecido critério de tempo de trabalho na unidade de transplante, com base na crença que se um Enfermeiro está lotado na unidade e em ação assistencial direta ao paciente, este possui condições de gerenciar seu cuidado.

Entre esses oito enfermeiros, todos eram do sexo feminino, com faixa etária entre 26 e 48 anos e idade média de 37 anos. Graduadas em enfermagem, em média, há 10 anos, com variação de 2 a 22 anos, e com tempo de atuação no serviço de transplante hepático entre 4 meses e 10 anos.

Trata-se de um grupo heterogêneo com diferentes trajetórias e experiências profissionais na enfermagem, o que favoreceu o acesso a uma diversidade de concepções sobre a dimensão gerencial do trabalho do enfermeiro em um serviço de emergência.

Quanto à realização de pós-graduação, dois enfermeiros possuíam residência em enfermagem em transplante, três eram especialistas em terapia intensiva e três especialistas em enfermagem clínica-cirúrgica.

No referente à realização de cursos sobre gestão do cuidado, um enfermeiro mencionou a participação em palestras ou atividades de extensão, promovidos pelo Hospital em que foram abordados aspectos relacionados à liderança em enfermagem, à motivação no trabalho, ao dimensionamento e à organização dos serviços de saúde. Observou-se que nenhum dos enfermeiros entrevistados possuía curso ou especialização em segurança do paciente no período da coleta.

#### 4.5 ORGANIZAÇÃO E ANÁLISE DO ESTUDO DO CASO DA UNIDADE DE TRANSPLANTE HEPÁTICO: A GESTÃO DO CUIDADO DO ENFERMEIRO PARA A SEGURANÇA DO PACIENTE

A análise de dados consiste em examinar, categorizar, classificar e recombinar evidências que constitui-se da utilização de estratégias analíticas do pesquisador, estabelecendo prioridades do que ser analisado e por que, no atendimento as suas questões norteadoras e objetivos propostos (YIN, 2010). É o processo de formação de sentido além dos dados, e esta formação se dá consolidando, limitando e interpretando o que as pessoas disseram e o que o pesquisador viu e leu, isto é, o processo de formação de significado.

A análise dos dados é um processo complexo que envolve retrocessos entre dados pouco concretos e conceitos abstratos, entre raciocínio indutivo e dedutivo, entre descrição e interpretação. Estes significados ou entendimentos constituem a constatação de um estudo (TEIXEIRA, 2003).

No entanto, a análise dos dados no estudo de caso tem como objetivo apresentar os elementos envolvidos na situação real investigada, por meio da comparação entre dos dados oriundos das diferentes técnicas de coleta de dados empregadas. Para tanto, buscaram-se pelas informações que se repetiam, evidenciando aquelas que se confirmavam ou se confrontavam (CARTANA; SOUZA; CASTILHO, 2008).

Dentre as possíveis formas de proceder à análise de dados provenientes, uma comumente adotada é a codificação dos dados via análise de conteúdo, a qual procede através da descrição numérica da forma pela qual os núcleos de sentido aparecem ou estão ausentes nas discussões e seus contextos (MORGAN, 1988).

Nesse sentido, para análise dos dados foi utilizada a técnica de análise de conteúdo, do tipo categorial temática, que se constitui de três etapas: pré-análise, exploração do material e tratamento dos dados obtidos, inferência e interpretação (BARDIN, 1979). A análise de conteúdo, segundo Bardin (1979, p. 42), pode ser definida como:

Um conjunto de técnicas de análise de comunicação visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção destas mensagens.

A fase de pré-análise contemplou a organização do material coletado e sistematização das ideias principais, por meio de leitura, identificação das ideias principais e aspectos relevantes com base nos critérios de exaustividade, representatividade, homogeneidade e pertinência.

Realizou-se leitura flutuante, intuitiva, ou parcialmente orientada do texto: implica a leitura exaustiva do conjunto de textos a ser analisado, de forma que o pesquisador se deixe impressionar pelos conteúdos presentes, como se flutuasse sobre o texto, ou seja, sem a intenção de perceber elementos específicos na leitura. Definição de hipóteses provisórias sobre o objeto estudado e o texto analisado: a leitura flutuante permite a construção de hipóteses, sempre provisórias, sobre o objeto estudado e sobre os conteúdos do texto analisado. Determinação das unidades de registro (UR): consistiu na escolha do tipo de unidade de registro que será adotada ao longo da análise, ressaltando que apenas um tipo de unidade foi utilizada durante uma mesma análise, de forma a permitir a aplicação de regras de quantificação. As unidades de registro foram palavras, frases, parágrafos, temas (regra de recorte do sentido e não da forma, representada por frases, parágrafos, resumo, etc), objeto ou referente (temas eixos).

Para a categorização e consolidação das informações, utilizou-se o *software Qualitative Solutions Research (QSR) – NVivo* versão 10.0. O *software Microsoft Word 2010* foi usado para a transcrição dos dados obtidos através de gravações de áudio dos entrevistados, e, a partir deste, exportou-se para o *NVivo*. A partir deste *software* organizaram-se os dados em núcleos de sentido, os quais são intituladas pelo programa como “*nodes*” (ou nós, traduzindo para a língua portuguesa).

Na análise categorial considerou-se a totalidade do texto na análise, passando-o por um crivo de classificação e de quantificação, segundo a frequência de presença ou ausência de itens de sentido. Feito isso, procedeu-se à exploração do material, no intuito de destacar as unidades de registro, transformar os dados brutos em núcleos de compreensão do texto e construir as categorias empíricas responsáveis pela especificação dos temas. A fase final consiste no tratamento dos resultados e interpretação, a partir da articulação entre o material empírico estruturado e referencial teórico.

Para Flick (2009), a análise de conteúdo, além de realizar a interpretação após a coleta dos dados, desenvolve-se por meio de técnicas mais ou menos refinadas. Diante do exposto, percebe-se que a análise de conteúdo é um conjunto de técnicas de análise de comunicações, que tem como objetivo ultrapassar as incertezas e enriquecer a leitura dos dados coletados. Segundo Chizzotti (2006), o objetivo da análise de conteúdo é compreender criticamente o sentido das comunicações, seu conteúdo manifesto ou latente, as significações explícitas ou ocultas.

Análise categorial do texto foi feita a partir dos temas determinados e da sua quantificação e definidas as dimensões nas quais os temas aparecem, agrupando-os segundo critérios teóricos ou empíricos e as hipóteses de análise. Finalizando esse processo, constituíram-se três categorias temáticas: o local do desenvolvimento do cuidado; o cotidiano dos enfermeiros e seus cuidados ao paciente em transplante hepático; considerações sobre a gerência do cuidado e a segurança do paciente.

O tratamento e apresentação dos resultados foi através de descrições cursivas, acompanhadas de exemplificação de unidades de registro significativas para cada categoria. Para discussão dos resultados e retorno ao objeto de estudo, as categorias representam a reconstrução do discurso, portanto expressaram uma intencionalidade de re-apresentar o objeto de estudo, a partir de um olhar teórico específico e subsidiada por literatura pertinente contida em livros e artigos publicados sobre a temática.

#### 4.6 ASPECTOS ÉTICOS E LEGAIS

O estudo fundamenta-se legalmente na Resolução 446 de 12 de dezembro de 2012, sendo respeitados os pressupostos da bioética em sua resolução: autonomia, não maleficência, beneficência e justiça, bioética: autonomia, não maleficência, beneficência e justiça.

O estudo recebeu parecer favorável após análise nos comitês de éticas das instituições coparticipante e participante (ANEXOS A e B). Os sujeitos da pesquisa foram esclarecidos sobre os objetivos de estudo e a metodologia proposta, bem como tiveram assegurado o seu direito de acesso aos dados. O Termo Consentimento Livre e Esclarecido por escrito foi solicitado, assegurado o anonimato dos participantes e caráter confidencial das informações colhidas (APÊNDICE A).

Além disso, cada participante foi esclarecido quanto à possibilidade de participar, como também deixar de participar da pesquisa a qualquer momento, caso entendesse que isso

fosse melhor para si. Salienta-se, ainda, que nenhum dos participantes recebeu ajuda financeira e/ou qualquer outro benefício para participar da investigação.

As gravações foram eliminadas depois de transcritas, sendo que as transcrições dos depoimentos dos participantes ficarão de posse dos pesquisadores por cinco anos, e depois destruídos. O anonimato dos participantes do estudo foi preservado por meio da adoção de códigos. As observações e entrevistas foram codificadas, respectivamente, pela sigla OBS e letra E, associadas a números atribuídos conforme a realização de cada período de observação (OBS1, OBS2, ..., OBS20) e entrevista (E1, E2, ..., E8).

## 5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Após análise das informações chegou-se ao tema: A Gestão do cuidado do enfermeiro em situação de transplante hepático em que, emergiram três categorias temáticas: **O contexto relacional do cuidado; O cotidiano dos enfermeiros e seus cuidados ao paciente em transplante hepático; A gestão do cuidado e suas implicações à segurança do paciente.**

### 5.1 O CONTEXTO RELACIONAL DO CUIDADO

A estrutura física da unidade de transplante hepático estudada foi citada em todos os relatos dos enfermeiros, constituindo-se como fonte de intensa preocupação para estes. No período da coleta a unidade estava funcionando em local improvisado para o atendimento ao paciente transplantado, uma vez que a unidade em que anteriormente se atendia o paciente transplantado, encontrava-se em reforma há cerca de 1 (um) ano para melhoramento das instalações, dessa forma a estrutura física apresentou fragilidades que se refletiram nas falas dos entrevistados.

Pela observação e campo, identificou-se que a estrutura física da unidade funcionava de modo improvisado, corredores desorganizados, abarrotados de equipamentos, dificultando a movimentação de funcionários, pacientes e acompanhantes, prejudicando a limpeza pelo acúmulo de poeira; o isolamento funciona de forma improvisada em enfermaria que tiver dois leitos, quando tem paciente internado nessa enfermaria, tem que se fazer o remanejamento, caso não possa, fica sem isolamento físico. Tentam isolamento de barreira com uso de Equipamentos de Proteção Individual.

[...] aqui não temos muito espaço, as coisas ficam pelos corredores, as macas, biombos, cadeiras ficam espalhadas pela unidade [...] (E1).

[...] não vejo a hora de voltarmos para nossa unidade, aqui funciona tudo meio improvisado, a gente tenta fazer o melhor, mas a estrutura em si não permite, não temos nem isolamento, o paciente contaminado às vezes fica junto com outro, quando não tem vaga em enfermaria para isolar [...] (E6).

[...] aqui tudo é junto, não temos papagaios e nem aparadeiras esterilizadas, não se anda de avental, as vezes um paciente contaminado fica junto de outro, não tem isolamento, se estiver cheia a unidade, mistura tudo, acho um risco, mas não falo nada, ninguém fala (E2).

No Brasil a Resolução da RDC nº 50, de 21/02/2002, atualizada pela RDC nº 307, de 14/11/2002, é que dispõe sobre a estrutura física nos hospitais. Nela consta o Regulamento

Técnico (RT) para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistências de saúde. Normas para projetos físicos de estabelecimentos assistências de saúde. Normaliza a elaboração de projetos físicos de Estabelecimentos Assistências de Saúde (EAS). Apresenta orientações aos planejadores, projetistas e avaliadores de estabelecimentos de saúde. Cada EAS construído ou reformado deverá estar em consonância com as definições e informações contidas neste documento, independente de ser um estabelecimento público ou privado.

Com relação ao transplante hepático, não existe uma regulamentação exclusiva para adequação da estrutura física, esta obedece a regulamentação da unidade em que se encontra o paciente, seja em UTI, unidade clínica, ambulatório, e outras dependências.

A Unidade estudada conta com seis enfermarias, duas delas com capacidade para dois leitos e as demais para quatro leitos, somando-se uma capacidade total de 20 pacientes internados. O setor possui climatização por ar-condicionado em toda sua estrutura, porém não foi evidenciado no setor, controle de manutenção e limpeza dos aparelhos.

[...] Como a unidade funciona em unidade improvisada em local onde anteriormente internavam-se pacientes das especialidades de endocrinologia, dermatologia e psiquiatria, o sistema de ar-condicionado foi todo instalado para receber o transplante, mas não sei como é feita a manutenção, quando quebra a gente chama para consertar (E1).

Os ambientes de saúde são complexos exigindo requisitos específicos para atender as necessidades de seus usuários. Para tanto é importante que o sistema de climatização seja bem projetado, instalado e mantido. Antecede o projeto de climatização a arquitetura hospitalar. O sistema de ar condicionado de um hospital se diferencia por atender os requisitos obrigatórios das normas em vigor.

O sistema de ar condicionado deve ter condições de tratar o ar de forma a atender as recomendações da norma RDC 50 da ANVISA. Essa norma se refere a todos os ambientes de um hospital envolvendo diversas áreas e cada uma delas com determinações específicas. Isso também deve fazer parte do projeto do sistema de climatização e seu dimensionamento, levando-se em conta a qualidade do ar e filtragem para cada tipo de ambiente de acordo com a NBR 7256 da ABNT (2005).

Observou-se que as enfermarias não dispõem de portas, os leitos são próximos uns dos outros, dificultando a movimentação da equipe, dos acompanhantes e dos pacientes. As camas são todas elétricas com comandos por botões, favorecendo a mudança de postura do paciente por ele mesmo e pela equipe, todas possuem grades protetoras. As entradas das

enfermarias permitem a circulação de cadeiras de roda, mas o ambiente apertado, dificulta a passagem destas. Os banheiros possuem portas e permitem também a entrada de cadeiras de roda, porém não existe barra lateral de segurança nas paredes. [...] os corredores tem os corrimões de madeira em uma das paredes, mas nem sempre estão acessíveis pela presença de macas, cadeiras, biombos.

[...] as paredes não são adequadas para limpeza, esse azulejo é antigo e não dá pra limpar direito. O piso acho que também não está apropriado [...] (E3).

[...] Temos o posto de enfermagem que realizamos parte da burocracia, guarda de materiais e medicamentos e também os técnicos preparam as medicações, ao lado tem o repouso e o banheiro, tudo apertado, pois a equipe de transplante é bem maior que a da clínica anterior que funcionava aqui [...] (E5).

[...] a gente sabe que a estrutura física daqui não está adequada, todo mundo sabe, mas sabemos também que é provisório, até a reforma acabar, aliás já era pra ter terminado, mas todo mundo também se esforça para fazer o melhor pro paciente, para garantir um cuidado adequado, mesmo diante das limitações, os pacientes também compreendem que é só por um tempo, muitos são antigos e sabem da reforma [...] (E6).

A RDC nº 50/02 regulamente que os corredores destinados a circulação de pacientes devem possuir corrimãos em ao menos uma parede a uma altura de 80 a 92 cm do piso. Os bate-macas podem ter também a função de corrimão. Para aqueles com circulação de pacientes ambulantes, em cadeira de rodas, macas ou camas, devem ter largura mínima de 2m, não podendo ser utilizados como área de estacionamento de carrinhos (BRASIL, 2002a).

Todas as portas de acesso a pacientes devem ter dimensões mínimas de 0.80 (vão livre) x 2.10m, inclusive sanitários. Todas as portas utilizadas para passagem de macas ou camas devem ter dimensões mínimas de 1.10 (vão livre) x 2.10m. As portas de banheiros e sanitários de pacientes devem abrir para fora, para facilitar a retirada do mesmo caso esteja caído atrás da porta (BRASIL, 2002a).

Posto de enfermagem e prescrição médica: um posto para cada 30 leitos com 6.0m<sup>2</sup> Área para prescrição médica: 2.0m<sup>2</sup>. Sala de exames e curativos: uma a cada 30 leitos com 7.5m<sup>2</sup>. Enfermaria de adolescente/adulto: a cada 30 leitos deve existir no mínimo 01 quarto para isolamento. Quarto com 01 leito 10m<sup>2</sup>, com 02L 7m<sup>2</sup>, de 03 a 06L 6m<sup>2</sup> (máximo 6l por enfermaria). Distância entre leitos paralelos 1m, distância entre leito e parede (cabeceira inexistente), pé do leito 1.2m, lateral 0.5m (BRASIL, 2002a).

A arquitetura hospitalar deve concentrar-se em atender três preocupações básicas: aspectos funcionais, aspectos técnicos e os aspectos psicossociais (BRASIL, 2002a) e a participação do enfermeiro no processo de gestão do ambiente em que realiza seus cuidados é

imprescindível, visto que, o enfermeiro responsável por cada setor conhece as necessidades diárias para um atendimento de qualidade.

[...] A equipe de enfermagem da unidade estudada não participa diretamente das ações direcionadas aos aspectos estruturais da unidade, age de forma a manter a manutenção da estrutura, solicitando reparos e troca de equipamentos quando necessário (OBS1).

A definição das prioridades, assim como seus critérios, pertence a direção da instituição, que concentra todo o processo decisório, mas os enfermeiros participam como geradores de informação e conhecimento, subsidiando a tomada de decisão através do levantamento de dados e identificação das necessidades assistenciais e das demandas, uma vez que a estrutura física pode favorecer ou prejudicar a realização de suas atividades assistenciais para com seu paciente.

Parte-se do princípio que para a realização de suas atividades, dentre elas, o cuidado, o enfermeiro necessita ter condições estruturais que lhe forneçam subsídio para tal, com risco de comprometimento da qualidade e, conseqüentemente da segurança do paciente, quando a estrutura onde desenvolve suas ações apresenta limitações. Isso pode gerar estresse à equipe e também ao paciente e acompanhantes, uma vez que não vai dispor das condições necessárias à recuperação de sua saúde. É fundamental que o enfermeiro participe das decisões para melhorias estruturais, que revele sua insatisfação quando trabalhar em condições precárias de funcionamento e que zele pela segurança do paciente sob seus cuidados, utilizando-se das tecnologias duras para o bem estar do paciente, família e equipe de saúde e dessa forma assegurando um cuidado eficaz com base na integralidade e humanização.

## 5.2 O COTIDIANO DOS ENFERMEIROS E SEUS CUIDADOS AO PACIENTE EM TRANSPLANTE HEPÁTICO

O Enfermeiro da unidade de transplante em seu desenvolvimento de cuidar-gerenciar perpassa por várias atividade cotidianas, estas iniciam-se com a passagem de plantão leito-a leito, oferecendo um panorama geral da unidade e principais intercorrências ocorridas no turno. Durante a passagem de plantão, evidenciou-se a fragmentação das informações por categoria profissional, os enfermeiros passam o plantão entre si e os técnicos de enfermagem entre eles, não há interação nesse processo. Os enfermeiros utilizam um livro para auxiliar, chamado de livro de ocorrências, onde são registradas intercorrências e pendências dos pacientes por turno.

[...] a passagem do plantão é muito importante para a continuidade da assistência, se não for bem passado, o plantão, podem acontecer falhas. Temos o livro de ocorrências onde anotamos o que ocorre no nosso turno, assim se a gente esquecer de passar alguma coisa, o colega pode ler [...] (E3).

A passagem de plantão é um mecanismo utilizado pela Enfermagem para assegurar a continuidade da assistência prestada (NOGUEIRA, 1998). Este evento, constitui uma atividade fundamental para a organização do trabalho (MAGALHÃES; PIRES; KERETZKY, 1997).

Na passagem de plantão acontece a transmissão de informações entre os profissionais que, terminam e os que iniciam o período de trabalho. Abordam sobre o estado dos pacientes, tratamentos, assistência prestada, intercorrências, pendências e situações referentes a fatos específicos da unidade de internação que merecem atenção. Neste processo pode-se adotar várias formas de comunicação, entretanto, as formas verbal e escrita são as mais comuns, destacando-se a verbal.

Após a passagem do plantão o(s) enfermeiro(s) checa(m) a divisão da equipe de técnicos de enfermagem e a divisão por leito de forma a assegurar um quantitativo igualitário de tarefas por funcionário, uma vez que a assistência ao paciente transplantado é altamente especializada, requerendo a atuação do enfermeiro nas diversas fases do processo de cuidar e de supervisão da sua equipe. No momento da coleta de dados a unidade contava com o seguinte quantitativo por turno: dois enfermeiros assistenciais e cinco técnicos/auxiliares.

Considerando o trabalho em unidade de transplante, a distribuição diária dos funcionários entre as enfermarias da unidade está sempre sujeita a modificações, pois os técnicos de enfermagem são diariamente divididos por leitos, de forma a promover a rotatividade do funcionário e evitar a sobrecarga com pacientes graves.

[...] o enfermeiro do turno anterior já faz a divisão da equipe de técnicos por leito, eles chegam e já olham, tem uns que reclamam da divisão, a gente tem que ficar atento pra não deixar muitos pacientes graves só com um, tenta dividir da melhor forma, mas tem sempre os que não gostam [...] (E4).

A passagem de plantão é uma importante ferramenta amplamente utilizada pelo enfermeiro, constitui uma tecnologia leve e proporciona um momento de fortalecimento do vínculo entre equipe e paciente, uma vez que deve ser feito leito por leito. Nesse momento, o enfermeiro toma conhecimento das necessidades imediatas de seu paciente e proporciona um direcionamento do cuidado. No entanto, dentro de um modelo biomédico, muito comum ainda em instituições hospitalares, a passagem de plantão pode se tornar automatizada e fria, onde são levantadas as queixas físicas do paciente, suas dores físicas, às vezes, o próprio

sentido de humanização e integralidade ficam comprometidos, pois as dimensões não-físicas são subnotificadas ou consideradas de menos valor.

O trabalhador da saúde no processo de trabalho que se desenvolve, no modelo assistencial hegemônico, baseado no conceito biologicista de corpo, é comumente destituído do protagonismo sobre o seu processo de trabalho, pois este é aprisionado em um território onde predominam os processos e produtos estruturados. As tecnologias duras inscritas nas máquinas e instrumentos, as tecnologias leve-duras que se expressam nos protocolos e normas. O trabalho em saúde exige grande coeficiente de criatividade, processos de trabalho menos estruturados, o uso das tecnologias leves como dispositivo de cuidado relacional, capaz de criar um campo entre trabalhador e usuário no momento do seu encontro, operando aí os fluxos de intensidades. O processo de trabalho no modelo hegemônico, portanto, impõem um trabalho cárcere, opressor, que é capaz de amarrar por completo a liberdade expressa na sua subjetividade, mascarando a produção do desejo operante e não o anulando, uma vez que o desejo é constitutivo do ser (FRANCO; GALAVOTE, 2010).

O processo de cuidar é complexo e contínuo, o que demanda um adequado planejamento de recursos humanos (ECHER *et al.*, 1999), já que o dimensionamento de pessoal interfere diretamente na eficácia e nos custos do atendimento a saúde. O enfermeiro assume grande responsabilidade na delegação de atividades ao auxiliar de enfermagem, pois pacientes transplantados necessitam de cuidados mais complexos do que outros pacientes, além de atenção e orientação específicas. Devido à própria situação vivenciada, os pacientes necessitam ter alguém próximo a eles, durante o período de internação (MASSAROLLO; KURCGANT, 2000).

A equipe de enfermagem pode ser caracterizada como um grupo que procurava articular, na medida da disponibilidade do coletivo, as quatro atividades precípuas do processo de trabalho: assistência, gerência, educação e pesquisa (SPAGNOL, 2005). Entretanto, foi possível observar que as influências das tradições da administração clássica sobre a gestão do processo de trabalho – divisão do trabalho entre técnicos e enfermeiros por escalas, prescrição e distribuição de tarefas segundo rotinas e normas – deixaram marcas nas atividades e nas relações entre a equipe, demais profissionais, usuários e acompanhantes.

O dimensionamento de recursos humanos de enfermagem é a primeira etapa para provimento de pessoal e tem por objetivo a previsão do número de funcionários por categoria, necessária para atender, direta ou indiretamente, às necessidades de assistência de enfermagem da clientela (KURCGANT *et al.*, 1989).

O dimensionamento inadequado dos recursos humanos em enfermagem traz implicações sobre o resultado da qualidade da assistência de enfermagem prestada à clientela, em virtude dos aspectos quantitativos e qualitativos de pessoal estarem diretamente ligados ao produto final do seu trabalho, que é a qualidade da assistência prestada ao paciente. Atualmente, é a Resolução COFEN 293/2004 que fixa e Estabelece Parâmetros para o Dimensionamento do Quadro de Profissionais de Enfermagem nas Unidades Assistenciais das Instituições de Saúde e Assemelhados (CONFEN, 2004).

Na unidade de transplante hepático estudada os enfermeiros afirmam assumir escala de sobreaviso de captação, ou seja, como são dois enfermeiros lotados por turno na unidade clínica de transplante, um deles fica de sobreaviso, caso haja transplante, o escalado fica responsável pela desde a captação até o período de transoperatório. Esse tipo de divisão de serviço gera sobrecarga de trabalho e descontentamento, como identificado nos diálogos abaixo:

[...] quando tem transplante é uma correria, se o plantão estiver ruim, não dá nem pra repousar um pouco [...] (E3).

[...] realmente não gosto de ficar de sobreaviso, mas não tem outro jeito, são as regras [...] (E8).

[...] fico exausta depois de um transplante, a noite toda correndo prum lado e pra outro, muita cobrança, muita tensão e pouco dinheiro, penso em desistir [...] (E6).

A sobrecarga de trabalho e a insatisfação com a escala podem atuar como agentes desestimuladores e podem também comprometer a execução das atividades com reflexo direto na qualidade da assistência e conseqüentemente na segurança do paciente. Na literatura científica internacional, muitos estudos têm apresentado evidências da relação entre alocação de pessoal de enfermagem e qualidade assistencial, com implicações para a segurança do paciente, expressa muitas vezes por meio dos eventos adversos (ECHER *et al.*, 1999).

O ambiente de trabalho hospitalar com atendimento a pacientes graves é um local de constante dinamismo das relações, onde estão em jogo disputas de poder e saber de conhecimentos sedimentados no domínio da técnica e na ocupação do espaço. “A organização desses espaços e a acumulação de suas contradições também podem significar sofrimento para o profissional, levando-o a sentir-se em guerra” (DESLANDES, 2002, p. 60).

No respeito à gestão do tempo em relação às atividades a serem desempenhadas, o período da manhã iniciava com as rotinas da enfermagem e, logo, a enfermagem estava tomada por diversos profissionais com suas tarefas. O excesso de atividades concentradas pela manhã. Em contraposição, o período da tarde, em geral, mostrava-se mais calmo. Permaneciam, na enfermagem, apenas a equipe de enfermagem, poucos médicos plantonistas. A observação da

rotina durante um sábado revelou que: o setor encontrava-se com poucos profissionais, a enfermaria passava por uma faxina no piso, alguns acompanhantes retornavam para suas casas, permanecendo poucos profissionais de enfermagem e os plantonistas médicos. A tranquilidade experimentada aos finais de semana, promovida pela redução do número de atores e fontes de problemas, permitia exercer uma gestão do processo de trabalho menos conflituoso, o que não se verificou ao longo da rotina semanal, quando o cenário se mostrava oposto.

A Enfermagem tem como foco de estudos e práticas o cuidado integral e individual dos clientes. Para tanto, utiliza a tecnologia somada às relações interpessoais para organizar e planejar as demandas de cuidado, gerenciais e científicas. Assim, o processo de enfermagem (PE) apresenta-se como instrumento metodológico e uma estratégia de implementação do cuidado (AMARANTE; ROSSETTO; SCHNEIDER, 2009).

Essa metodologia é conhecida internacionalmente, no Brasil foi apresentada pela enfermeira Wanda de Aguiar Horta (HORTA, 1979) na década de 1960 e reconhecida alguns anos mais tarde pelo Conselho de Enfermagem, como Sistematização da Assistência de Enfermagem – SAE (COFEN, 2009).

Na unidade, a SAE feita para todos os pacientes, e segue um padrão de instrumentos pré-definidos, com histórico com opção de alternativas para serem marcadas, o instrumento de diagnósticos e prescrição de cuidados também segue esse perfil, com diagnósticos e prescrições pré-definidos. Os instrumentos utilizados para realização da SAE é o mesmo para todo o hospital, não há diferenciação por especialidade, fato que fragiliza o processo de cuidado.

Afora esses instrumentos, o enfermeiro executa as ações que vão surgindo por demandas da unidade sem planejamento prévio. Existe também *check-lists* que são preenchidos de carro de urgência e psicotrópicos. Essas ações somadas repercutem na qualidade da assistência e conseqüentemente na segurança do paciente. Os Enfermeiros realizam a checagem de forma mecânica, muitos não checaram os itens efetivamente, só repetiram as informações anteriores. Na Unidade de transplante, a coleta de dados para realização do processo de enfermagem ocorre por meio de visita às enfermarias e conversando com o acompanhante e pacientes;

[...] aqui tem que fazer a SAE de todos os pacientes, a gente divide por leito e por turno, fica mais para a noite [...] (E1).

[...] a gente faz a parte de cuidados com o que vai aparecendo, tem dia que faço muitos curativos e sondas, depende dos pacientes internados, também tem a SAE que a gente aqui faz [...] vou no leito do paciente e converso, tento ver todos, mas quando não dá, vejo os mais graves (E2).

A SAE é uma atividade privativa do enfermeiro segundo a Lei do Exercício Profissional nº 7.498/86 e a Resolução do Conselho Federal de Enfermagem nº 358/2009 e a sua implantação deve ser realizada em toda a instituição de saúde pública e privada. Esta sistematização organiza o trabalho profissional no que se refere ao método, pessoal e instrumentos, o que possibilita a operacionalização do PE (COFEN, 2009).

No entanto, a SAE distancia o enfermeiro do cuidado integral, uma vez que se constitui uma tecnologia de difícil execução, necessitando grande demanda de tempo e de profissionais para que seja efetivado. O que se vê atualmente é uma pseudo implantação da SAE, utilizando instrumentos padronizados, tornando os pacientes iguais em suas necessidades, quando a tendência atual é a de considerar cada indivíduo em sua complexidade. Outro ponto que distancia o enfermeiro do cuidado integral pela realização da SAE é que este se configura como uma tecnologia engessada somente da enfermagem, e o cuidado integral só acontece com interdisciplinaridade, onde há a escuta do usuário/paciente, trabalhadores de saúde e gestores dando-se ativamente como relação de conformidade, o cuidado é, portanto, singular.

A execução das atividades diárias na unidade de transplante hepático estudada é mediada pelo PE pela realização da SAE, essa forma de planejamento de ações se constitui como ferramenta do gerenciamento do cuidado pelo enfermeiro, pois permite a implementação de um plano de cuidados de enfermagem e uma avaliação constante da assistência.

O planejamento e a realização do cuidado contemplam a aplicação do processo de enfermagem, a realização deste possibilita aos enfermeiros a avaliação das condições de saúde dos pacientes e, desse modo, o planejamento e direcionamento das ações terapêuticas que serão empreendidas em prol da sua recuperação, bem como a delegação de atividades para equipe de enfermagem.

A supervisão, liderança e capacitação da equipe de enfermagem integram um importante eixo do gerenciamento do cuidado, tendo em vista a multiplicidade de atividades desenvolvidas pelos técnicos de enfermagem sob coordenação dos enfermeiros.

[...] nós somos a chefia deles no turno, tem que ver se eles estão fazendo as suas funções corretamente, se eles não estão ficando muito tempo no intervalo ou alguma coisa que eles não perceberam no paciente (E1).

Principalmente, coordenar o que os técnicos devem ou não fazer. Muitas vezes, eles estão com muitos pacientes e não tem noção do que é prioridade, então tem que dizer o que tem que ver primeiro (E6).

A principal preocupação dos enfermeiros é se os técnicos de enfermagem estão cumprindo corretamente com suas atividades e conseguindo elencar aquelas que são prioritárias diante da grande demanda de trabalho no serviço de transplante. Essa preocupação remete à utilização da supervisão como um instrumento do processo de trabalho gerencial do enfermeiro.

Entendida como responsável por promover a reflexão e discussão sobre a execução da prática com base no acompanhamento do cotidiano do trabalho, a supervisão, no entanto, é lembrada pelos enfermeiros, principalmente, na sua dimensão de controle, que se direciona ora para o trabalhador ora para o processo de trabalho, na verificação do que foi realizado. Resultados semelhantes estão descritos em uma pesquisa sobre o trabalho gerencial de enfermeiros no contexto hospitalar (PEIXOTO, 2004).

[...] você conseguir ser líder da tua equipe, é que a tua equipe te veja como um líder [...] (E2).

[...] é um ponto chave o enfermeiro ser líder e aprender a liderar e comandar toda a unidade, porque ele tem como papel ser o integrador de todas as equipes (E8).

A supervisão, liderança e planejamento das ações são resquícios dos modelos clássicos de gestão ainda presentes no contexto de trabalho do enfermeiro, ainda envolvido pelo modelo biomédico ainda representado no âmbito de instituições de assistência à saúde. O modelo clássico de gestão trouxe contribuições à organização do trabalho da enfermagem, porém, diante das transformações no âmbito hospitalar, tem produzido efeitos negativos que apontam para uma necessidade de superação, considerando o acolhimento. A tecnologia dura, presente nos processos de trabalho, ainda é o eixo central do modelo de gestão, assentado nas bases dos protocolos, normas e rotinas (SPAGNOL, 2006).

As variabilidades, prescrições, normatizações e imprevistos presentes no processo de trabalho são elementos que desestabilizam as regras e normatizações, impelindo os trabalhadores à criação de estratégias para efetivarem e concretizarem os resultados a serem alcançados. Contudo, o potencial criativo nesses contextos pode estar interdito pelo controle e hierarquização dos trabalhadores, que também não permite que sejam compartilhadas as saídas que cada sujeito, que compõe uma equipe, encontra para gerir seu cotidiano de trabalho.

Nesse sentido, a PNH aponta que é inerente, ao processo de trabalho, a gestão do cotidiano que, por sua vez, não pode ser exercida sem o potencial criativo inseparável da experimentação constante de maneiras diferentes de trabalhar (BRASIL, 2009). No exercício de uma nova gestão, propõe-se inverter a lógica da supervalorização do controle e da

hierarquia, para instituir práticas como: a análise do processo de trabalho, diálogo e participação junto com usuários e demais profissionais (SPAGNOL, 2005).

É preciso discutir a proposição de novas vias para a reconfiguração do trabalho da enfermagem e a articulação entre as equipes. Como contribuições, a PNH (BRASIL, 2009, 2007) propõe a gestão participativa e a promoção de comunidades ampliadas de pesquisa como possibilidades instrumentais na construção de novas vias para o trabalho. Assim, o modelo de gestão proposto pelas bases da humanização pode ser compreendido como centrado no trabalho em equipe e na construção de colegiados voltados para a tomada de decisões pactuadas, o que pode auxiliar na construção de um fazer mais democrático.

A elaboração da escala mensal e distribuição diária dos funcionários apareceram com relevância entre as atividades gerenciais dos enfermeiros.

[...] a chefe da unidade é quem faz a escala mensal, nós só cumprimos, temos direito a alterações de escala, sempre com autorização dela, demora um pouco pra sair a escala e não é fixa, fica difícil organizar a vida com outro emprego [...] (E8).

[...] antes tinha direito a pedido de escala, agora não pode mais [E3] (E5).

A organização de provimento de materiais da unidade, organização do prontuário, conferência de medicação proveniente da farmácia ficam a cargo da secretária do posto, sob a supervisão do Enfermeiro do turno. Todo o serviço de informática, admissão, transferência de leitos, alta e óbito no sistema, marcação de exames, cobrança de resultados são realizados por um funcionário da central administrativa. Dessa forma, o enfermeiro fica com mais tempo para execução de sua assistência, porém se não estiver atento, não acompanha todas as informações, pela desfragmentação das atividades.

[...] essa parte de pedidos de materiais fica com o secretário, conferir as medicações que a farmácia envia também, quando tem erro ou falta alguma coisa, eles avisam e a gente pede (E5).

[...] quando o secretário falta a gente tem que fazer tudo, fica muito corrido (E4).

[...] Graças a Deus tem a central que vê essa parte de leitos e exames, imagina se a gente ainda fosse fazer isso? No fim de semana e feriado acumula o serviço, mas nós não fazemos [...] (E2).

Os enfermeiros realizam atividade de maior complexidade junto ao paciente, desde a admissão deste na unidade para a realização do transplante, onde checam a documentação exigida e exames obrigatórios e acompanham também o transoperatório do paciente. Realizam atividades dentre elas curativos, cateterismos vesical e nasogástricos, instalação de oxigenoterapia, orientação e preparação de exames, auxiliam em procedimentos

médicos. Porém, não ficou evidenciada a existência de indicadores de saúde, bem como protocolos de cuidados, nem fluxos de encaminhamentos. Existe no setor orientações sobre Procedimentos Operacionais Padrão (POPS).

Não temos indicadores de Enfermagem aqui na unidade, estamos tentando implantar, começamos a coletar os dados através de planilhas para que todos os enfermeiros anotem a ocorrência de eventos adversos, mas nem sempre anotam, dificultando o trabalho (E7).

Indicadores? Não, não temos, acho importante ter, assim a gente pode ver se esta tudo certo, o que tem que mudar [...].

Sobre a prática baseada em evidências apenas dois enfermeiros citaram em suas falas.

[...] Estamos vendo também a possibilidade de formar grupos de estudo, buscar artigos e novidades dos congressos para ter uma prática aliada a evidências científica, mas a dificuldade é sempre a mesma, falta de tempo e de subsídio por parte da instituição, assim, ninguém quer vir fora de seu turno de trabalho (E8).

[...] Vi num congresso que os enfermeiros estão trabalhando com evidências do melhor cuidado, aqui funciona assim, cada um faz da forma que acha mais certo (E6).

O SUS apresenta uma visão de integralidade do cuidado, o paciente visto como sujeito de sua assistência, dentro de um contexto que abrange não só a doença, mas todo o contexto sociocultural que o circunda, suas crenças, seus hábitos, sua família, no entanto em ambiente hospitalar, apesar de inserido no contexto do SUS, ainda prevalece o modelo curativo tradicional, o chamado modelo biomédico, onde o paciente muitas vezes é visto como um número e onde se concentra o cuidado apenas nos sintomas e sinais da sua doença. Também não ocorre a unidade de equipe interdisciplinar atuando alinhada em conjunto, observado nos discursos que se seguem:

[...] procuramos atuar no problema do paciente, em sua doença, da melhor forma possível para que saia o mais próximo do curado, pois essa doença nunca liberta o paciente, ele fica preso a ambulatórios, medicamentos e controles pro resto da vida (E6).

Temos equipe interdisciplinar, mas cada um faz a sua parte, tentamos nos integrar mais, porém há resistência, mais na classe médica [...] (E3).

[...] não temos programa de inclusão dos acompanhante no cuidado do paciente, mas orientamos sobre os cuidados em casa, a alimentação, as restrições, as medicações, mas cada um faz do jeito que quer e quando quer (E5).

A Enfermagem também conta com serviços de apoio de manutenção, rouparia, patrimônio, auxiliares de serviços gerais.

### 5.3 A GESTÃO DO CUIDADO DO ENFERMEIRO E SUAS IMPLICAÇÕES À SEGURANÇA DO PACIENTE

Nos processos de gestão da enfermagem, não se pode negar a interface, quase que constante, entre os processos produtivos e a busca de condições que garantam a continuidade e a concretização do cuidado (ROSSI; SILVA, 2005). Nesse sentido, a utilização das tecnologias leves na gestão do trabalho pode privilegiar a reorientação do modelo, mediante a valorização do outro nas diferentes relações, procurando abertura ao diálogo com os diferentes pares e construindo vias que respondam de forma mais acolhedora às demandas de usuários e trabalhadores (MERHY; CHAKKOUR, 2007).

Os sujeitos desse estudo estão intimamente ligados ao exercício da enfermagem pautada no modelo biomédico, há, porém, um crescente esforço em assistir o paciente de forma mais humanizada, estreitando os vínculos do paciente com a equipe e com a família, na pessoa do acompanhante. No entanto, observa-se, ainda um distanciamento do enfermeiro do contexto do cuidar pleno, seja pelas intensas demandas burocráticas em que este se vê envolvido, seja pela falta de conhecimento dos conceitos atuais de cuidado incentivado pelas políticas públicas do SUS. Parece existir um SUS que pouco se conhece, apesar de se trabalhar nele. É preciso uma reformulação da forma de se pensar o cuidado, principalmente na área hospitalar, mudar a forma de se processar o trabalho, buscar integração entre equipes, buscar o cuidado integral.

A integralidade é um conceito que permite uma identificação dos sujeitos como totalidades, ainda que não sejam alcançáveis em sua plenitude, considerando todas as dimensões possíveis que se pode intervir, pelo acesso permitido por eles próprios (NIETSCHE, 2000), porém O modelo comumente praticado na saúde em geral consiste em uma prática fragmentada, centrada em produção de atos, predominando a desarticulação entre as inúmeras queixas dos usuários. Para a superação desse cenário, impõe-se um novo referencial, assentado no compromisso ético com a vida, com a promoção e a recuperação da saúde (MACHADO *et al.*, 2007).

O desafio do coletivo analisado é recompor distintos desejos e interesses dos grupos, expressos por intermédio de iniciativas isoladas, de forma que se construa outra sociabilidade, mais democrática e solidária, que dialogue por meio de um projeto de humanização do grupo. Diante dessa perspectiva, a função histórica da enfermagem, orientada pela centralidade médica, é convocada a se ressignificar na linha de cuidado, exigindo a

produção de novas formas de fazer no cotidiano de trabalho. Da alienação à gestão democrática, o caminho é composto por informações acessíveis, abertura de espaços de diálogo e da estruturação de relações mais horizontais entre os sujeitos. É preciso trabalhar sobre o distanciamento entre os trabalhadores, que produz grupos apartados da possibilidade de produzir e alcançar resultados que tenham impacto sobre a gestão e a assistência. O rompimento incide sobre a prática da comunicação entre chefias que, em geral, produz decisões unilaterais, que não representam o coletivo (CAMPOS; AMARAL, 2007).

Como linhas de intervenção voltadas para a mudança do quadro, estão: o estímulo à edificação de um novo conceito de trabalho que abarque o significado do mesmo enquanto função social e inserção do indivíduo na sociedade; abertura aos diferentes instrumentais de trabalho; implementação de mecanismos de gestão participativa (colegiados); produção de valores de uso que serão compartilhados pelos sujeitos que compõem o coletivo; apoio à recomposição dos postos de trabalho; abertura de espaços de diálogo e aprendizado coletivo, e incentivo à multiplicação desse processo, repercutindo institucionalmente na inovação da gestão (CAMPOS; AMARAL, 2007; MERHY; CHAKKOUR, 2007).

Dessa forma, o desenvolvimento de ações que ampliem os potenciais criativos dos trabalhadores mediante a compreensão, análise e avaliação coletiva do processo de trabalho, além de gerar inovações na gestão, pode ser o motor da promoção da saúde entre os profissionais (BRASIL, 2009).

Na unidade de transplante estudada, o que se observa é uma atitude de preocupação com o cuidado prestado, uma preocupação com a segurança do paciente, principalmente no que se refere às instalações físicas da unidade, no entanto, não apareceu em nenhum momento nas entrevistas alusão a termos como tecnologias do cuidado, vínculo, cuidado integral. O que se falou continuamente foi tão somente a realização da SAE, como processo de gestão do cuidado. A gestão do cuidado, foi confundida com administração da unidade por parte da coordenação de enfermagem. Como apresentado nos diálogos abaixo:

[...] Como assim gestão do cuidado? O que eu faço com o paciente? [...] (E4).

A gestão fica com nossa coordenadora, não? Comigo fica a assistência ao paciente (E6).

Acho que gestão do cuidado acontece quando planejamos o nosso cuidado, não sei muito a esse respeito, ouvi esse termo num congresso que fiz (E1).

[...] a gestão é a parte burocrática feita pela chefe ou coordenadora da unidade, a assistência é o cuidado direto, por isso tem essa diferença. A gente faz muita coisa burocrática, mas não sei se isso é gerenciar (E2).

Gestão do cuidado é quando fazemos a burocracia da unidade? (E7).

Eu me preocupo muito em organizar a unidade, a equipe, ver se todos os pacientes estão bem atendidos, se os acompanhantes também estão, planejar o meu cuidado, assim as coisas ficam mais fáceis de controlar e diminui também as chances de erros (E3).

Gerenciar o cuidado é realizar a sistematização de Enfermagem, é quando a gente planeja antes de executar. Aqui fazemos a SAE, não como deveria devido o número pequeno de Enfermeiros, mas já é alguma coisa [...] (E5).

Planejar o cuidado é gerenciar, mas também tem a questão da gerência da unidade, somos responsáveis pela unidade no nosso turno, mas muitas decisões não podemos tomar, temos que recorrer a chefe da unidade e até ao chefe médico, o que acho absurdo, isso limita nosso poder de ação, desestimula. (E1)

A limitação do conceito de cuidado restrita apenas à prática do processo de enfermagem pela SAE, compromete a qualidade do cuidado e, por conseguinte, a segurança do paciente, que no caso foi muito relacionada a questões de tecnologia dura, ou seja, a estrutura física e equipamentos. No entanto, observou-se que a segurança do paciente já foi abordada com mais facilidade pelos Enfermeiros, consideraram um tema mais discutido e presente no dia a dia. As ações de planejamento do cuidado e sua relação com a segurança do paciente apareceu em alguns discursos, mas ainda bem intrincado no modelo biomédico vigente na realidade dessa unidade.

Quando se planeja a assistência se está fazendo gestão do cuidado e um cuidado planejado é um cuidado seguro (E1).

Os hospitais que fazem a Sistematização da assistência de Enfermagem são hospitais mais seguros, pois obriga o Enfermeiro a ver o paciente. Como acredito que a gestão do cuidado parte da SAE, então a gestão deixa o cuidado mais seguro. [...] numa unidade como essa, especializada, é preciso um cuidado seguro, os pacientes são graves e instáveis (E7).

Em se tratando de segurança do paciente, todos os Enfermeiros citaram a estrutura física como sendo de grande importância para um cuidado seguro, mas assumem em sua maioria uma atitude passiva em relação à questão. Os Enfermeiros que questionaram a segurança do paciente, sempre fazem com medo de serem identificados, medo de serem demitidos ou não confirmados no cargo. Um dia após determinada entrevista, um enfermeiro me procurou, muito temeroso com relação à possibilidade de ser identificado de alguma forma na pesquisa, demonstrando ainda certo acanhamento em apontar qualquer falha no processo. Mas optou por continuar na pesquisa.

[...] Já falamos tanto das condições daqui, mas não tem jeito, tem que esperar a reforma acabar para voltamos para a unidade de transplante mesmo, mas o engraçado é que os transplantes continuam acontecendo [...] (E2).

A segurança do paciente ainda esbarra no viés da notificação, da comunicação, do medo de se expor, mesmo quando essa questão atinge o paciente e a qualidade da assistência prestada, o calar ainda está presente. A cultura do medo prejudica a cultura de segurança nas instituições.

Por se tratar de um setor bastante específico do cuidado, o conhecimento técnico é imprescindível para o desenvolvimento de um cuidado de qualidade, uma vez que a assistência ao paciente transplantado é altamente especializada e requer a atuação do enfermeiro nas diversas fases do processo de transplante, exigindo pessoal com capacitação específica. Alguns enfermeiros informaram insegurança diante da complexidade e peculiaridade do serviço, o que pode vir a comprometer a segurança do paciente assistido e a qualidade do serviço.

Uma questão a ser considerada é que a instituição hospitalar pesquisada passava por alterações no quadro funcional, devido processo seletivo recente, a unidade de transplante recebeu profissionais advindos dessa seleção. Também fazia parte do quadro de profissionais de enfermagem profissionais cooperados, profissionais de serviço prestado e profissionais concursados por regime jurídico único, perfazendo quatro tipos de contratações, configurando carga-horária de serviço diferenciada e diferenciação de status que numa mesma estrutura de serviço.

[...] minha formação é em nefrologia, trabalhava com hemodiálise, ainda estou aprendendo a cuidar de um paciente transplantado, o renal é mais fácil, mas o hepático, tenho dificuldade [...] (E7).

[...] a gente atua bastante com o paciente, curativo, acesso, imunossuppressores, sondas, tudo isso é com a gente [...] (E5).

[...] a residência em transplante foi fundamental para minha assistência [...] (E4).

[...] sou enfermeira cooperada, estou hoje, não sei se estou amanhã, por isso não me animo a fazer especialização nessa área, nem sei se me identifico muito [...] (E2).

A satisfação com as atividades que realizam, com o tipo de organização institucional interfere diretamente na qualidade do serviço prestado e, por conseguinte, na segurança e no desenvolvimento de uma cultura de segurança institucional. Os enfermeiros entrevistados afirmaram estar satisfeitos com o trabalho desenvolvido e estarem dispostos a cada dia oferecer um cuidado mais seguro e humanizado ao paciente e seus familiares e acompanhantes.

Apesar das dificuldades que se enfrenta no setor público, falta de materiais, medicamentos e estrutura ainda precisando melhorar, sinto muita felicidade em trabalhar aqui. Os pacientes e os familiares ficam tanto tempo que a gente se apega, sempre vêm nos ver quando vêm pras consultas no ambulatório e quando vão à óbito, todo mundo sente (E2).

Gosto de trabalhar aqui e me esforço cada dia pra fazer um bom trabalho (E7).

Quando estou muito cansada, lembro dos pacientes que precisam de mim, e aí minhas forças se renovam (E4).

O ruim é a instabilidade, não saber se vou ficar aqui na unidade, nem até quando, mas enquanto estou, faço o melhor pros paciente e os acompanhantes (E1).

Pode-se constatar que apesar de ainda não existir, na unidade estudada, o cuidado em sua forma ideal, integrado, centrado nas complexidades individuais de cada pessoa e sem excluir seu componente político e cultural, bem como espiritual de se enxergar enquanto ser humano, existe potência para se alterarem as situações que geram desgastes, polarizações do cuidado e dicotomias do conhecimento, como observado por meio das sugestões e reflexões críticas a respeito do processo de trabalho. O cuidado ao paciente transplantado de média e alta complexidade, esteve latente e pode encontrar vias de expressão não só em situações extraordinárias, como, também, no cotidiano ordinário, aproveitando as iniciativas individuais que podem tornar-se projetos apoiados pelo coletivo.

Aqui nós fazemos o melhor que podemos pelo nosso paciente, sabemos que muitos problemas existem e que podem refletir na segurança, mas estamos fazendo o melhor, nosso hospital é referência no Brasil em transplante hepático, temos que zelar por essa posição e a partir daí procurar lutar por melhores condições de trabalho e de cuidado (E6).

Temos que aprender a trabalhar em equipe, todos nós da unidade, assim acredito que vamos melhorar muito, sair da zona de conforto e entrar no mundo do outro, com respeito ao saber de cada um, e aí entra também o paciente que por ser crônico, sabe muito de sua doença (E3).

Ainda que existam obstáculos a serem ultrapassados, os profissionais mostraram-se abertos à busca de saídas criativas para as dificuldades na gestão do trabalho, para a proposição de um projeto de cuidado integrado com os demais profissionais e para a manutenção de vínculo, acolhimento e diálogo com pacientes e acompanhantes.

Como estratégia de superação das dificuldades encontradas ainda para o desenvolvimento de um cuidado integral nos moldes da segurança do paciente tem-se a educação permanente, esta é dada como justificativa para integrar as múltiplas abordagens pretendidas. Neste sentido abrigaria, além da educação em serviço, a compreensão no âmbito da formação técnica, de graduação e de pós-graduação; da organização do trabalho; da

interação com as redes de gestão e de serviços de saúde; e do controle social no setor (CECCIM, 2005).

Em estudos recentes é possível observar a ampliação do conceito de Educação Permanente e uma nova nomenclatura na área da saúde, que passa a chamar este processo de educação em saúde como Educação Permanente em Saúde, justificando o uso desta terminologia pelo fato de que este processo passou a ser uma política pública formulada para alcançar o desenvolvimento dos sistemas de saúde, reconhecendo que só será possível encontrar trabalhadores que se ajustem as constantes mudanças ocorridas nos complexos sistemas de saúde por meio da aprendizagem significativa, que prevê que o conhecimento deve ser construído, considerando as novidades e o que já se têm como consolidado (FERRAZ, 2005).

A educação permanente é proposta como uma nova forma de transformar os serviços, trabalhando com todos os indivíduos envolvidos com a saúde, oferecendo subsídios para que consigam resolver seus problemas e estabeleçam estratégias que amenizem as necessidades de sua comunidade e vem para aprimorar o método educacional em saúde, tendo o processo de trabalho como seu objeto de transformação, com o intuito de melhorar a qualidade dos serviços, visando alcançar equidade no cuidado, tornando-os mais qualificados para o atendimento das necessidades da população (CECCIM, 2005).

Com este intuito, a Educação Permanente parte da reflexão sobre a realidade do serviço e das necessidades existentes, para então formular estratégias que ajudem a solucionar estes problemas.

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A gestão do cuidado propõe uma abrangência em seu conceito que não se limita apenas às ações de alívio das demandas biológicas do paciente, envolve relações de integralidade e abrangência de necessidades físicas, psíquicas e emocionais, constitui também do leque relacional entre equipe-paciente-sistema de saúde, perpassando por políticas de humanização com foco na qualidade e na segurança. O modelo tradicional de se realizar o cuidado tem suas bases num modelo biomédico, cujo foco é na doença e não no ser que adocece, mas esse modelo engessado ainda se faz presente em grande número de instituições hospitalares, mesmo que esta seja credenciada à rede SUS. O modelo biomédico dificulta a implantação de políticas de cuidado integral e contribui para o comprometimento da qualidade e segurança da assistência. Pôde-se observar esse modelo presente na unidade estudada.

O cuidado ofertado, apresentou-se desfragmentado, sem a integração das equipes interdisciplinares, apesar de a unidade contar com várias especialidades, cada uma realiza seu trabalho de forma individual, hierarquizada, onde o gatilho para as ações ficava condicionada á conduta médica. Dentro da equipe de enfermagem, observou-se também desfragmentação do trabalho, com atividades divididas em tarefas cotidianas, algumas delas sem planejamento prévio, como num sistema de “apagar incêndio”, a passagem de plantão ocorria por categoria, ou seja, enfermeiro-enfermeiro, técnico de enfermagem-técnico de enfermagem, apesar de estarem se referindo ao mesmo paciente. A passagem de plantão como tecnologia-leve, ficou restrita à passagem de intercorrências clínicas. Apesar de inseridos em um modelo biomédico de cuidado, contatou-se a preocupação dos enfermeiros em se realizar um cuidado de qualidade, mesmo que este se restringisse a um procedimento técnico.

A questão da estrutura física onde se realizava o cuidado também foi fonte de preocupação por parte dos enfermeiros. A unidade estava funcionando em local “improvisado”, uma unidade precisou ser desativada para que os pacientes transplantados fossem recebidos, enquanto a unidade de transplante passava por reformas estruturais, dessa forma, muitos problemas foram percebidos, desde instalações pouco adequadas, até o comprometimento com a limpeza e organização do serviço. A enfermagem demonstrou certo receio em falar sobre o que considerava inadequado na unidade, o medo de falar e essa postura conformista também faz parte de uma política centrada no modelo biomédico presente na instituição e pode comprometer o cuidado prestado e a segurança do paciente. Os enfermeiros da unidade, em unanimidade, consideram a SAE como ferramenta que orienta o

processo de trabalho, apesar de terem consciência que o realizam de forma parcial, comprometendo a individualidade do paciente, uma vez que não possuem quantitativo de pessoal suficiente para realiza-lo de forma mais eficaz. A SAE por se só constitui uma forma de se trabalhar o aspecto biológico do paciente e de desagregação do sentido de equipe interdisciplinar. A hegemonia da rotina, expressa pelos procedimentos e tarefas, implicou na rigidez e automatismos nas relações, gerando dificuldades para se construírem vínculos.

A gestão do cuidado quando questionada, foi associada apenas aos processos administrativos, representados pelo serviço burocrático que realizam na unidade, principalmente relacionado às funções de dimensionamento de pessoal, solicitação de materiais e reparos da unidade. Conceitos como vínculo e acessibilidade não foram contemplados nos discursos dos enfermeiros. A segurança do paciente apareceu no discurso dos enfermeiros na forma de preocupação com o desenvolvimento da assistência, fatores externos ao cuidado, a questão da gestão do cuidado foi citada como importante para o desenvolvimento da segurança e qualidade da assistência, no entanto, o conceito que apresentam de gestão do cuidado ainda está muito associado ao planejamento das atividades técnicas realizadas diariamente. A sobrecarga de trabalho também apareceu no discurso dos enfermeiros, como fator que pode comprometer a segurança e a qualidade da assistência prestada. É necessário atentar para o dimensionamento de pessoal de forma a não gerar insatisfação e cansaço excessivo aos profissionais, esses fatores relacionados aos desafios diários na condução do cuidado, podem levar ao surgimento de erros e queda da qualidade do serviço ofertado.

É preciso que os enfermeiros inclinem o olhar para que tenham uma visão mais abrangente da gestão do cuidado, que compreendam que cuidar é muito mais que fazer um procedimento de enfermagem, é enxergar no outro, um ser completo, único em suas necessidades, enxergar o contexto em que o paciente está inserido, pois é para essa realidade que ele vai retornar no pós-alta. É preciso conhecer para mudar, é preciso coragem para quebrar paradigmas, é necessário enfrentar os desafios e dificuldades de um sistema que luta para emergir das precariedades em que vem sendo vitimado ao longo dos anos pelos erros de gestão, e conseqüente descrédito da sociedade e de muitos profissionais inseridos no contexto, mas que apresenta tantas nuances para o desenvolvimento de um cuidado integral com base na qualidade e na segurança do paciente. É preciso, portanto, persistir, pois como profissão, a Enfermagem tem o dever de oferecer um cuidado de excelência aos seus pacientes.

Como sugestão de melhoria no serviço o investimento na Educação Permanente considerada como a educação no trabalho, pelo trabalho e para o trabalho nos diferentes serviços pela sua capacidade de remodelar os conceitos frente às incessáveis mudanças ocorridas nas ações e nos serviços de saúde, tendo uma íntima ligação com a política de formação dos profissionais e dos serviços.

Estudos nessa temática necessitam ser cada vez mais realizados, como forma de direcionar os enfermeiros no sentido do gerenciamento do cuidado como ferramenta de melhoramento do cuidado e fomento à segurança do paciente.

Quanto às limitações do estudo, reconhece-se que a inserção de outros profissionais da equipe de saúde poderia ter ampliado o entendimento do objeto de estudo. No entanto, considerou-se mais viável elencar os enfermeiros no estudo em função do tempo para realização do Curso de Mestrado. A realização das observações associadas às entrevistas foi utilizada como estratégia para alcançar uma análise mais abrangente e vislumbrar o contexto em que os enfermeiros desenvolvem no seu trabalho e as relações que eles estabelecem no gerenciamento do cuidado no serviço de transplante hepático.

Outra questão, muitas vezes, colocada em dúvida é a representatividade dos resultados obtidos através de um estudo de caso qualitativo. O estudo de caso possibilita a descrição e compreensão de um fenômeno tratado em seu contexto real, durante certo período de tempo. Assim constrói-se uma interpretação da realidade estudada que pode ser aproximada a cenários semelhantes e contribuir com a construção do conhecimento relacionado à problemática investigada.

Outro ponto a ser lembrado é o fato da unidade apresentar falhas estruturais no momento da coleta dos dados, por estar funcionando em uma unidade que não era própria para esse tipo de paciente e critérios de cuidados.

Com desdobramentos e aprofundamentos possíveis em próximos estudos, destaca-se a necessidade de novas pesquisas enfocando a gestão do cuidado do enfermeiro, a fim que se possa reunir subsídios teóricos para se instituírem mudanças na estrutura de modelos biomédicos hegemônicos ainda presentes em instituições e contribuir para ações que apontem para um cuidado com mais qualidade e segurança para os paciente assistidos

## REFERÊNCIAS

- AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (Brasil). **Segurança do paciente e qualidade dos serviços de saúde**. Brasília, out. 2013. Disponível em: <[http://portal.anvisa.gov.br/wps/wcm/connect/f016f380417e01a38ebdee22d1e56fc9/Anvisa\\_Apresentacao.pdf?MOD=AJPERES](http://portal.anvisa.gov.br/wps/wcm/connect/f016f380417e01a38ebdee22d1e56fc9/Anvisa_Apresentacao.pdf?MOD=AJPERES)>. Acesso em: 20 out. 2014.
- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. **NBR 7256** – Tratamento de ar em estabelecimentos assistenciais de saúde (EAS) - Requisitos para projeto e execução das instalações. 2. ed. Rio de Janeiro, 2005. Disponível em: <<http://www.abntcatalogo.com.br/norma.aspx?ID=000994>>. Acesso em: 20 jan. 2015.
- AGUIAR, M. I. F.; BRAGA, V. A. B. Sentimentos e expectativas de pacientes candidatos ao transplante de fígado. **Rev. Eletr. Enf.**, v. 13, n. 3, p. 413-421, jul./set. 2011. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v13/n3/v13n3a06.htm>>.
- AMÂNCIO FILHO, A. Dilemas e desafios da formação profissional em saúde. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 8, n. 15, p. 375-380, 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v8n15/a19v8n15.pdf>>. Acesso em: 20 jan. 2015.
- AMARANTE, L. N.; ROSSETTO, A. P.; SCHINEIDER, D. G. Sistematização da Assistência de Enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva sustentada pela Teoria de Wanda Horta. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 43, n. 1, p. 54-64, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v43n1/07.pdf>>. Acesso em: 20 jan. 2015.
- ANDRÉ, M. E. D. A. **Estudo de caso em pesquisa e avaliação educacional**. Brasília: Liber Livro Editora, 2005.
- ATALLAH, A. N.; CASTRO, A. A. **Evidências para melhores decisões clínicas**. São Paulo, Centro Cochrane do Brasil, 1998.
- BARCELOS, S.; DIAS, A. S.; FORGIARINI, L. A. J.; MONTEIRO, M. B. Transplante hepático: repercussões na capacidade pulmonar, condição funcional e qualidade de vida. **Arq. Gastroenterol.**, v. 45, n. 3, p. 186-191, jul./set. 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ag/v45n3/v45n3a03.pdf>>. Acesso em: 20 jan. 2015.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1979.
- BENEVIDES, R.; PASSOS, E. A humanização como dimensão pública das políticas de saúde. **Cienc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 561-571, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v10n3/a14v10n3>>. Acesso em: 20 jan. 2015.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual segurança do paciente**. Brasília, 2013.
- \_\_\_\_\_. **Qualificação de Gestores do SUS do Programa Nacional de Desenvolvimento Gerencial do Ministério da Saúde**. Rio de Janeiro: EAD/ENSP/Fiocruz/MS, 2011.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. **Trabalho e redes de saúde**. Brasília, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Humaniza SUS**: documento base para gestores e trabalhadores do SUS. 4. ed. Brasília, 2008. (Série B: Textos Básicos de Saúde).

\_\_\_\_\_. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Legislação estruturante do SUS**. Brasília, DF, 2007a. (Coleção Progestores - Para entender a Gestão do SUS, n. 12).

\_\_\_\_\_. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Sistema Único de Saúde**. Brasília, 2007c. (Coleção Progestores – Para entender a Gestão do SUS, 1).

\_\_\_\_\_. Portaria GM/MS 399, de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – consolidação do SUS e aprova as diretrizes operacionais do referido pacto. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 23 fev. 2006b. Seção 1, p. 43-51.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS**: acolhimento com avaliação e classificação de risco: um paradigma ético-estético no fazer em saúde. Brasília, 2004. 48 p. (Série B. Textos Básicos de Saúde). Disponível em: <<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento.pdf>>. Acesso em: 20 jan. 2015.

\_\_\_\_\_. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Para entender a gestão do SUS**. Brasília, 2003. 248 p. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/para\\_entender\\_gestao.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/para_entender_gestao.pdf)>. Acesso em: 20 jan. 2015.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Resolução RDC 50 de 21/02/02, RDC 307/02, RDC189/02. Dispõe sobre o regulamento técnico para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 10 nov. 2002a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. **ABC do SUS**. Brasília, 1990.

CAMPOS, G. W. S. Clínica e saúde coletiva compartilhadas: teoria paidéia e reformulação ampliada do trabalho em saúde. In: CAMPOS, G. W. S.; MINAYO, M. C. de S.; AKERMAN, M.; DRUMOND JÚNIOR, M.; CARVALHO, Y. M. de (Orgs.). **Tratado de saúde coletiva**. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006. p. 41-80.

CAMPOS, G. W. S.; AMARAL, M. A clínica ampliada e compartilhada, a gestão democrática e redes de atenção como referenciais teórico-operacionais para a reforma do hospital. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 4, p. 849-859, jul./ago. 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v12n4/04.pdf>>. Acesso em: 20 jan. 2015.

CARVALHO, R. E. F. L. **Adaptação transcultural do Safety Attitudes Questionnaire para o Brasil** – Questionário de Atitudes de Segurança. 2011. 158 f. Tese (Doutorado em Enfermagem Fundamental) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2011. Disponível em: <[http://www.researchgate.net/publication/220027688\\_Adaptao\\_Transcultural\\_do\\_Safety\\_Attitudes\\_Questionnaire\\_para\\_o\\_Brasil\\_-\\_Questionrio\\_de\\_Atitudes\\_de\\_Segurana](http://www.researchgate.net/publication/220027688_Adaptao_Transcultural_do_Safety_Attitudes_Questionnaire_para_o_Brasil_-_Questionrio_de_Atitudes_de_Segurana)>. Acesso em: 20 jan. 2015.

CARTANA, M. H.; SOUZA, M. L.; CASTILHO, M. M. A. **El estudio de caso em investigacion de enfermaria**: contexto y bases conceptuales. Washington, DC: [s.n.], 2008.

CECCIM, R.B. Educação permanente: desafio ambicioso e necessário. **Interface – Comunic., Saúde e Educ.**, v. 9, n. 18, p. 161-177, set. 2004/ fev. 2005.

CHIZZOTTI, A. **Pesquisa em ciências humanas e sociais**. 8. ed. São Paulo: Cortez, 2006.

COMPROMISSO COM A QUALIDADE HOSPITALAR. **Manual de Enfermagem do NAGEH**. São Paulo: APM/CREMESP, 2012. 60 p.

CONSÓRCIO BRASILEIRO DE ACREDITAÇÃO. **Manual de padrões de acreditação hospitalar**. Rio de Janeiro, 2000.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Resolução COFEN 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. Brasília, 15 out. 2009. Disponível em: <[http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-3582009\\_4384.html](http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-3582009_4384.html)>. Acesso em: 20 jan. 2015.

\_\_\_\_\_. **Resolução COFEN-293/2004**. Fixa e Estabelece Parâmetros para o Dimensionamento do Quadro de Profissionais de Enfermagem nas Unidades Assistenciais das Instituições de Saúde e Assemelhadas. Rio de Janeiro, 21 set. 2004. Disponível em: <[http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-2932004\\_4329.html](http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-2932004_4329.html)>. Acesso em: 20 jan. 2015.

COSTA, I. C. C. Os sete saberes necessários à educação do futuro e o planejamento das ações de saúde: algumas reflexões e confluências. **Revista da ABENO**, São Paulo, v. 7, n. 2, p. 122-129, 2007.

CRUZ, A. P. C. **O trabalho e a gestão do cuidado em saúde**: a construção de uma política nacional em saúde do trabalhador no Brasil - uma análise documental. 2011. 94 f. Dissertação (Mestrado) – Curso de Psicologia, Universidade Federal do Pará, Belém, 2011.

DESLANDES, S. F. **Frágeis deuses**: profissionais da emergência entre os danos da violência e a recriação da vida. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002.

ECHER, I. C.; MOURA, G. M.; MAGALHÃES, A. M.; PIOVESAN, R. Estudo do absenteísmo como variável no planejamento de recursos humanos em enfermagem. **R. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 20, n. 2, p. 65-76, jul. 1999.

ELIAS, P. E. Estado e saúde: os desafios do Brasil contemporâneo. **São Paulo Perspect.**, São Paulo, v. 18, n. 3, p. 41-46, jul./set. 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/spp/v18n3/24777.pdf>>. Acesso em: 20 jan. 2015.

FERRAZ, F. Educação Permanente/Continuada no Trabalho: um direito e uma necessidade para o desenvolvimento pessoal, profissional e institucional, 2005.

FLICK, U. **Introdução à pesquisa qualitativa**. Tradução de J. E. Costa. 3. ed. São Paulo: Artmed, 2009.

FRANCO, C. M.; FRANCO, T. B. **Linhas do cuidado integral**: uma proposta de organização da rede de saúde. Disponível em: <[http://www.saude.rs.gov.br/upload/1337000728\\_Linha%20cuidado%20integral%20conceito%20como%20fazer.pdf](http://www.saude.rs.gov.br/upload/1337000728_Linha%20cuidado%20integral%20conceito%20como%20fazer.pdf)>. Acesso em: 30 jan. 2015.

FRANCO, T. B.; BUENO, W. S.; MERHY, E. E. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: Betim, Minas Gerais, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 2, n. 15, p. 345-53, abr./jun. 1999. Disponível em: <[http://www.saude.sp.gov.br/resources/humanizacao/biblioteca/artigos-cientificos/artigo\\_-\\_o\\_acolhimento\\_e\\_os\\_processo\\_de\\_trabalho\\_em\\_saude.pdf](http://www.saude.sp.gov.br/resources/humanizacao/biblioteca/artigos-cientificos/artigo_-_o_acolhimento_e_os_processo_de_trabalho_em_saude.pdf)>. Acesso em: 20 jan. 2015.

FRANCO, T. B.; GALAVOTE, H. S. Em busca da clínica dos afetos. In: FRANCO, T. B.; RAMOS, V. C. **Semiótica, afecção e cuidado em saúde**. São Paulo: Hucitec, 2010.

FEUERWERKER, L. M. Modelos tecnoassistenciais, gestão e organização do trabalho em saúde: nada é indiferente no processo de luta para a consolidação do SUS. **Interface – Comunic., Saúde, Educ.**, v. 9, n. 18, p. 489-506, set./dez. 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.org/pdf/icse/v9n18/a03v9n18.pdf>>. Acesso em: 20 jan. 2015.

GARLET, E. R.; TRINDADE, L. de L.; LIMA, M. A. D. da S.; BONILHA, A. L. de L. The resignification of management processes in care procedures in nursing. **Online Brazilian Journal of Nursing**, v. 5, n. 3, 2006. Disponível em: <<http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/613/144>>. Acesso em: 20 jan. 2015.

GOLDENBERG, M. **A arte de pesquisar**: como fazer pesquisa qualitativa em Ciências Sociais. Rio de Janeiro: Record, 2007.

GRABOIS, V. Gestão do cuidado. In: GONDIM, R.; GRABOIS, V.; MENDES, W. (Orgs.). **Qualificação de gestores do SUS**. 2. ed. rev. e ampl. Rio de Janeiro: EaD/Ensp, 2011. cap. 6, p. 154-190.

HEIDEGGER, M. **Ser e tempo**. 11. ed. Petrópolis: Vozes, 2002. pte. I.

HORTA, W A. **Processo de enfermagem**. São Paulo: EPU, 1979.

INSTITUTO DE PESQUISA E ESTRATÉGIA ECONÔMICA DO CEARÁ. Disponível em: <[http://www2.ipece.ce.gov.br/atlas/capitulo1/11/pdf/Mapa\\_Regionais\\_Fortaleza.pdf](http://www2.ipece.ce.gov.br/atlas/capitulo1/11/pdf/Mapa_Regionais_Fortaleza.pdf)>. Acesso em: dez. 2013.

JENKINS, B. M. (Ed.). **Human error and organisational failure**. Boston; London: Butlerworth Publishers, 1985.

KOHN, L. T.; CORRIGAN, J. M.; DONALDSON, M. S. (Eds.). **To err is human**: building a safer health system. Institute of Medicine, National Academy Press, 2000. 536p.

KURCGANT, P.; CUNHA, Kátia de Carvalho; GAIDZINSKI, Raquel Rapone. Subsídios para a estimativa de pessoal de enfermagem. **Enfoque**, São Paulo, v. 17, n. 3, p. 79-81, 1989.

LÜDKE, M; ANDRÉ, M. E. D. A. **Pesquisa em educação**: abordagens qualitativas. São Paulo: EPU, 1986.

MACHADO, M. F. A. S.; MONTEIRO, E. M. L. M.; QUEIROZ, D. T.; VIEIRA, N. F. C.; BARROSO, M. G. T. Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do sus - uma revisão conceitual. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, P. 335-342, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v12n2/a09v12n2>>. Acesso em: 20 jan. 2015.

MAGALHÃES, A. M.; PIRES, C. S.; KERETZKY, K. B. Opinião dos enfermeiros sobre a passagem de plantão. **Rev Gaúcha Enferm.**, v. 18, n. 1, p. 43-53, jan. 1997.

MARTINS, G. A. **Estudo de caso: uma estratégia de pesquisa**. 2 ed. São Paulo: Atlas, 2008.

MASSAROLLO, M. C. K. B.; KURCGANT, P. O vivencial dos enfermeiros no programa de transplante de fígado de um hospital público. **Rev. latino-am. enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 8, n. 4, p. 66-72, ago. 2000. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v8n4/12386.pdf>>. Acesso em: 20 jan. 2015.

MATTOS, R. A. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca dos valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Orgs.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: IMS-UERJ, 2001. p. 39-64.

MERHY, E. E. Em busca da qualidade dos serviços de saúde: os serviços de porta aberta para a saúde e o modelo tecnoassistencial em defesa da vida (ou como aproveitar os ruídos do cotidiano dos serviços de saúde e colegiadamente reorganizar o processo de trabalho na busca da qualidade das ações de saúde). In: CECÍLIO, L. C. O. (Org.) **Inventando a mudança em saúde**. São Paulo: Hucitec, 1994. p. 116-160.

MERHY, E. E.; CHAKKOUR, M. Em busca de ferramentas analisadoras das tecnologias em saúde: a informação e o dia a dia de um serviço, interrogando e gerindo trabalho em saúde. In: MERHY, E. E.; ONOCKO, R. **Agir em saúde um desafio para o público**. São Paulo: Hucitec; Buenos Aires: Lugar, 1997. p. 113-160.

MERHY, E. E.; CECÍLIO, L. C. O. **Algumas reflexões sobre o singular processo de coordenação dos hospitais**. [Saúde Debates, 2002]. 13 p. Disponível em: <<http://www.pbh.gov.br/smsa/biblioteca/concurso/coordenacaohospitalar.pdf>>. Acesso em: 8 fev. 2015.

MINAYO, M. C. de S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 12. ed. São Paulo: Hucitec, 2010. 269 p.

\_\_\_\_\_. **O desafio do conhecimento**. 10. ed. São Paulo: Hucitec, 2007.

MORGAN, D. L. **Focus group as qualitative research**. Newbury Park: Sage Publication, 1988. (Qualitative Research Methods Series 16).

NEGRINI, A. Instrumentos de coleta de informações na pesquisa qualitativa. In: TRIVIÑOS, A. S. N.; MOLINA NETO, V. (Orgs.). **A pesquisa qualitativa na educação física: alternativas metodológicas**. 3. ed. rev. e ampl. Porto Alegre: Sulina, 2004.

NIETSCHE, E. A. **Tecnologia emancipatória: possibilidade para a práxis de enfermagem**. Ijuí: Ed. Unijuí, 2000.

NIEVA, V. F.; SORRA, J. Safety Culture Assessment: a tool for improving patient safety in healthcare organizations. **Qual. Saf. Health Care**, v. 12, p. ii17-ii23, 2003. Supplement 2. Disponível em: <[http://qualitysafety.bmj.com/content/12/suppl\\_2/ii17.full.pdf+html](http://qualitysafety.bmj.com/content/12/suppl_2/ii17.full.pdf+html)>.

NOGUEIRA, M. S. **Incidentes críticos na passagem de plantão**. 1998. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, SP, 1998.

NOGUEIRA, J. O.; BITTAR, V. Indicadores de qualidade e quantidade em saúde. **RAS**, v. 3, n. 12, p. 21-28, jul./set. 2001. Disponível em: <<http://www.saude.am.gov.br/planeja/doc/indicadores.pdf>>. Acesso em: 20 jan. 2015.

NOVAES, H. M.; PAGANINI, J. M. **Desenvolvimento e fortalecimento dos sistemas locais de saúde na transformação dos sistemas nacionais de saúde: padrões e indicadores de qualidade para hospitais (Brasil)**. Washington (DC): Organização Panamericana de Saúde, 1994.

PAIVA, S. M. A.; SILVEIRA, C. A.; GOMES, E. L. R.; TESSUTO, M. C.; SARTORI, N. R. Teorias administrativas na saúde. **Rev. Enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 2, p. 311-316, abr./jun. 2010. Disponível em: <<http://www.facenf.uerj.br/v18n2/v18n2a24.pdf>>. Acesso em: 20 jan. 2015.

PEDREIRA, M. L. G.; HARADA, M. J. C. S. Enfermagem dia a dia: segurança do paciente. In: SALLES, C. L. S.; CARRARA, D. **Cirurgia segura**. São Caetano do Sul: Yendis, 2009.

PEIXOTO, M. G. S. **Abordagem gerencial do cuidado de enfermagem em emergência**. 2004. 98 f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2004.

PINHEIRO, R. Práticas de saúde e integralidade: as experiências inovadoras na incorporação e desenvolvimento de novas tecnologias assistenciais de atenção aos usuários no SUS. In: BRASIL. Ministério da Saúde. **Experiências inovadoras no SUS: relatos de experiências**. Brasília, 2002. p. 1-5.

\_\_\_\_\_. As práticas do cotidiano na relação oferta e demanda dos serviços de saúde: um campo de estudo e construção da integralidade. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Orgs.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: IMS-UERJ, 2001. p. 65-112.

PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. **Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde**. Rio de Janeiro: IMS-UERJ, 2003.

PIRES, D. Divisão social do trabalho. In: ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO (Org.). **Dicionário da educação profissional em saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009.

PIRES, D.; MATOS, E. Teorias administrativas e organização do trabalho: de Taylor aos dias atuais, influências no setor saúde e na enfermagem. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 15, n. 3, p. 508-514, jul./set. 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v15n3/v15n3a17>>. Acesso em: 20 jan. 2015.

PIRES, J. C. S.; MACEDO, K. B. Cultura organizacional em organizações públicas no Brasil. **Revista Brasileira de Administração Pública**, v. 40, n. 1, p. 81-105, 2006.

PIRES, M. R. G. M. Politicidade do cuidado e avaliação em saúde: instrumentalizando o resgate da autonomia de sujeitos no âmbito de programas e políticas de saúde. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.**, Recife, v. 5, p. S71-S81 2005. Suplemento 1. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbsmi/v5s1/27843.pdf>>. Acesso em: 20 jan. 2015.

\_\_\_\_\_. **Politicidade do cuidado como referência emancipatória para a gestão de políticas de saúde**: conhecer para cuidar melhor, cuidar para confrontar, cuidar para emancipar. 2004. Tese (Doutorado) – Departamento de Serviço Social, Universidade Federal de Brasília, Brasília, 2004.

PORTELA, M.; MARTINS, M. Gestão da qualidade em saúde. In: LOPES, C. M. B.; BARBOSA, P. R. (Orgs.). **Educação a distância**. Rio de Janeiro: Fiocruz/Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, 2008. p. 70-81.

PORTELA, M. P.; NERI, E. D. R.; FONTELES, M. M. F.; GARCIA, J. H. P.; FERNANDES, M. E. P. O custo do transplante hepático em um hospital universitário do Brasil. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, v. 56, n. 3, p. 322-326, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ramb/v56n3/v56n3a18.pdf>>. Acesso em: 30 set. 2011.

REASON, J. Human error: models and management. **Brit. Med. J.**, v. 320, p. 768-770, 2000.

\_\_\_\_\_. **Managing the risks of organizational accidents**. Aldershot: Ashgate, 1997.

REGISTRO BRASILEIRO DE TRANSPLANTES. Dimensionamento dos Transplantes no Brasil e em cada estado (2007-2014). São Paulo: Associação Brasileira de Transplantes de Órgãos, ano XX, n. 4, p. 1-85, jan./jun. 2014. Disponível em: <<http://www.abto.org.br/abto/v03/Upload/file/RBT/2014/rbt2014-lib.pdf>>. Acesso em: 20 jan. 2015.

\_\_\_\_\_. São Paulo: Associação Brasileira de Transplantes de Órgãos, ano XIX, n. 2, p. 1-21, jan./jun. 2013. Disponível em: <<http://www.abto.org.br/abtov03/Upload/file/RBT/2013/rbt2013semestre-parcial.pdf>>. Acesso em: 20 jan. 2015.

ROUQUAYROL, M. Z. **Epidemiologia & saúde**. 4. ed. Rio de Janeiro: Medsi, 1993.

RUNCIMAN, W.; HIBBERT, P.; THOMSON, R.; SCHAAF, T. V.; SHERMAN, H.; LEWALLE, P. Towards an International Classification for Patient Safety: key concepts and terms. **Int. J. Qual. Health Care**, v. 21, n. 1, p. 18-26, Feb. 2009. Disponível em: <<http://intqhc.oxfordjournals.org/content/intqhc/21/1/18.full.pdf>>. Acesso em: 20 jan. 2015.

ROSSI, F. R.; SILVA, M. A. D. Fundamentos para processos gerenciais na prática do cuidado. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 39, n. 4, p. 460-8, 2005. Disponível em: <<http://www.ee.usp.br/reusp/upload/pdf/68.pdf>>. Acesso em: 20 jan. 2015.

SANTOS, N. R. **Ética social e os rumos do SUS**. [Brasília]: Conasems, 2004. Disponível em: <<http://www.conasems.org.br/mostraPagina.aspxcodServico=1327&codPagina=1334#>>. Acesso em: jan. 2015.

SENNÁ, M. H. Significados da gerência do cuidado construídos ao longo da formação profissional do enfermeiro. **Rev. Rene**, v. 15, n. 2, p. 196-205, mar./abr. 2014. Disponível em: <<http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/view/1463/pdf>>. Acesso em: 20 jan. 2015.

SILVA, M. S. J.; TEIXEIRA, J. B.; NÓBREGA, M. F. B.; CARVALHO, S. M. A. Diagnósticos de enfermagem identificados em pacientes transplantados renais de um hospital de ensino. **Rev. Eletr. Enf.**, v. 11, n. 2, p. 309-317, 2009. Disponível em: <[http://www.fen.ufg.br/fen\\_revista/v11/n2/v11n2a11.htm](http://www.fen.ufg.br/fen_revista/v11/n2/v11n2a11.htm)>. Acesso em: 20 jan. 2015.

STONE, D.; STALEY, E. Healthy hands, healthy facility. A provider does more than reduce influenza rates with a hand-sanitizing program that is implemented by residents. **Provider**, v. 35, n. 11, p. 37, 39-40, 42, Nov. 2009.

SOUSA, M. M.; GUIMARÃES, A.; FERNANDES, R.; DO AMARAL, J. B.; SARAIVA, M. J. Patologia molecular associada à polineuropatia amiloidótica familiar. **Sinapse**, v. 6, p. 80-85, 2006. Suplemento 1.

SOUZA, G. C. A.; COSTA, I. C. C. O SUS nos seus 20 anos: reflexões num contexto de mudanças. **Saúde Soc.**, São Paulo, v. 19, n. 3, p. 509-517, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v19n3/04.pdf>>. Acesso em: 20 jan. 2015.

SPAGNOL, C. A. **A trama de conflitos vivenciada pela equipe de enfermagem no contexto da instituição hospitalar**: como explicitar seus 'nós'? 2006. Tese (Doutorado) – Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, SP, 2006.

\_\_\_\_\_. (Re)pensando a gerência em enfermagem a partir de conceitos utilizados no campo da saúde coletiva. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p. 119-127, jan./mar. 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v10n1/a13v10n1.pdf>>. Acesso em: 20 jan. 2015.

TEIXEIRA, E. B. A análise de dados na pesquisa científica – importância e desafios em estudos organizacionais. **Desenvolvimento em Questão**, Ijuí, RS, v. 1, n. 2, p. 177-201, jul./dez. 2003. Disponível em: <<https://www.revistas.unijui.edu.br/index.php/desenvolvimentoemquestao/article/view/84/41>>. Acesso em: 20 jan. 2015.

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais**: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas, 1987. 175 p.

TURATO, E. R. Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 39, n. 3, p. 507-514, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v39n3/24808.pdf>>. Acesso em: 20 jan. 2015.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ. Disponível em: <<http://www.ufc.org.br>>. Acesso em: nov. 2013.

VASCONCELOS, M.; GRILLO, M. J. C.; SOARES, S. M. Módulo 4: práticas pedagógicas em atenção básica a saúde. Tecnologias para abordagem ao indivíduo, família e comunidade. In: UNIDADE didática I: organização do processo de trabalho na atenção básica à saúde. Belo Horizonte: Editora UFMG; Nescon UFMG, 2009. 76 p. (Educação a Distância).

Disponível em: <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/1704.pdf>>. Acesso em: 20 jan. 2015.

VENTURA, D. F. L. Direito institucional sanitário. In: ARANHA, M. I. (Org.). **Direito sanitário e saúde pública**: coletânea de textos. Brasília: Ministério da Saúde, 2003. v. 1, p. 261-299.

VINCENT, C. **Segurança do paciente**: orientações para evitar eventos adversos. São Caetano do Sul: Yendis, 2009.

WACHTER, R. M. **Compreendendo a segurança do paciente**. Porto Alegre: Artmed, 2013.

WIEGMANN, D. A.; SHAPPELL, S. A. **Human error analysis of commercial aviation accidents**: application of the human factors analysis and classification system (HFACS). Washington, DC: U.S. Department of Transportation; Federal Aviation Administration; Office of Aviation Medicine, Feb. 2001. Disponível em: <<http://www.deepsloweasy.com/hfe%20resources/faa%20dot%20hfe%20accident%20investigations.pdf>>. Acesso em: 20 jan. 2015.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Marco conceptual de la clasificacion Internacional para la seguridad del paciente version 1.1**. Geneva, Ene. 2009. (Informe Técnico Definitivo). Disponível em: <[http://www.who.int/patientsafety/implementation/taxonomy/icps\\_technical\\_report\\_es.pdf](http://www.who.int/patientsafety/implementation/taxonomy/icps_technical_report_es.pdf)>. Acesso em: nov. 2014.

\_\_\_\_\_. Checklists save lives. **Bull. World Health Organ.**, v. 86, n. 7, p. 501-502, 2008.

YIN, R. K. **Estudo de caso**: planejamento e métodos. 3. ed. Porto Alegre: Bookman, 2010.

\_\_\_\_\_. **Estudo de caso**: planejamento e métodos. 2. ed. Porto Alegre: Bookman, 2001.

\_\_\_\_\_. **Applications of case study research**. Thousand Oaks, California: Sage Publications, 1993.

ZAMBON, L. S. **Classificação Internacional para a Segurança do Paciente da OMS**: conceitos fundamentais. Porto Alegre: MedicinaNet, 2010. Disponível em: <[http://www.medicinanet.com.br/conteudos/gerenciamento/2976/classificacao\\_internacional\\_para\\_a\\_seguranca\\_do\\_paciente\\_da\\_oms\\_%E2%80%93\\_conceitos\\_fundamentais.htm/OMS](http://www.medicinanet.com.br/conteudos/gerenciamento/2976/classificacao_internacional_para_a_seguranca_do_paciente_da_oms_%E2%80%93_conceitos_fundamentais.htm/OMS)>. Acesso em: 6 jun. 2014.

ZAMBON, L. S.; DAUD-GALLOTTI, R.; NOVAES, H. M. D. **Introdução à segurança do paciente**. [Rio de Janeiro: ICICT/Fiocruz], 2010. 39 slides. Disponível em: <<http://pesquisa.proqualis.net/resources/000000484>>. Acesso em: 5 jan. 2015.

## **APÊNDICES**

APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido dos Enfermeiros que atuam no cuidado ao paciente em transplante hepático



UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ

Pesquisa: **GESTÃO DO CUIDADO E SEGURANÇA DO PACIENTE PELO ENFERMEIRO EM UNIDADE DE TRANSPLANTE HEPÁTICO: ESTUDO DE CASO**

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

**Enfermeiros que atuam no cuidado ao paciente em transplante hepático da clínica de transplante hepático.**

O estudo pretende contribuir para identificação dos fatores que permeiam o gerenciamento do cuidado para a segurança do paciente em situações onde o cuidado exige especialidade e complexidade. Dessa forma, possui a expectativa de estimular o envolvimento em discussões da temática como forma de contribuir com as mudanças no que se refere esse tema, estimulando o processo crítico, reflexivo dos profissionais envolvidos acerca da condução do tratamento de forma segura.

A pesquisa tem como objetivo: **Analisar a gestão do cuidado do enfermeiro e suas implicações para a segurança do paciente em um serviço hospitalar de transplante hepático credenciado à Rede SUS.**

Garante-se que a pesquisa não trará prejuízo na qualidade e condição de vida e trabalho dos participantes, salientando que as informações serão sigilosas e que não haverá divulgação personalizada.

Os dados e as informações coletadas serão utilizados para compor os resultados da investigação, as quais serão publicados em periódicos e apresentados em eventos científicos, além de proporcionar benefícios para ampliar a visão dos gestores de saúde, a fim de criar políticas públicas que melhorem a qualidade dos serviços.

Este termo será preenchido em duas vias, uma para o pesquisado e a outra para o pesquisador. Qualquer esclarecimento, favor comunicar-se com a pesquisadora Jihane de Lima Diogo Fonseca, telefone para contato: (85) 8760-2541.

Fortaleza-Ce, \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_.

---

Assinatura do Participante

---

Assinatura do Pesquisador

## APÊNDICE B – Roteiro de observação

**DATA:****TURNO:** ( ) M ( ) T ( ) N**INÍCIO:****TÉRMINO:**

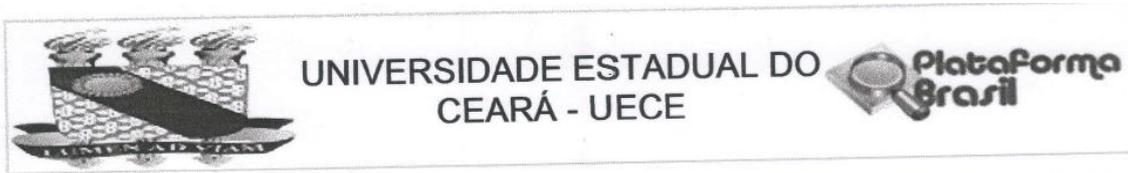
- Descrição da infraestrutura da unidade de transplante hepático, condições de material e equipamentos.
- Descrição das fases do processo de trabalho na produção do cuidado ao usuário
- Descrição das relações existentes entre trabalhadores de saúde x profissionais de saúde x usuários.
- Descrição do acesso, acolhimento, vínculo, autonomia no cuidado do usuário e autoresponsabilização.

APÊNDICE C – Roteiro para entrevista semiestruturada com profissionais de saúde

<b>PARTE I – DADOS SÓCIO-PROFISSIONAIS</b>
<p>IDADE:</p> <p>SEXO: ( ) M ( ) F</p> <p>TURNO: ( ) M ( ) T ( ) N</p> <p>TEMPO DE ATUAÇÃO: _____ anos na Enfermagem _____ anos no hospital _____ anos no transplante</p> <p>TITULAÇÃO: ( ) Graduação ( ) especialização ( ) qual? _____  ( ) Mestrado ( ) Doutorado</p> <p>JÁ REALIZOU CURSO SOBRE GESTÃO DO CUIDADO EM ENFERMAGEM E/OU SEGURANÇA DO PACIENTE:</p> <p>( ) SIM ( ) Não Especificar _____</p>
<b>PARTE II – ENTREVISTA</b>
<p>Questão Central: Fale sobre se dá o cuidado a saúde na sua unidade de transplante hepático? Como as ações na gestão do cuidado realizadas pelos enfermeiros vem sendo desenvolvidas nesses serviços na perspectiva da segurança do paciente?</p> <p>Desdobramentos: Como acontece o processo do trabalho do enfermeiro? Quais dificuldades e facilidades enfrentadas pelo enfermeiro? Quais sugestões para a melhoria na segurança do paciente?</p>

**ANEXOS**

ANEXO A – Parecer consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa da Instituição Participante



**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP**

**DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

**Título da Pesquisa:** GESTÃO DO CUIDADO EM ENFERMAGEM E SUAS IMPLICAÇÕES PARA A SEGURANÇA DO PACIENTE EM SITUAÇÃO DE TRANSPLANTE HEPÁTICO

**Pesquisador:** JIHANE DE LIMA DIOGO FONSECA

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 38382314.6.0000.5534

**Instituição Proponente:** PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM E SAÚDE

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

**DADOS DO PARECER**

**Número do Parecer:** 913.491

**Data da Relatoria:** 20/11/2014

**Apresentação do Projeto:**

Trata-se de estudo de natureza qualitativa com aspectos quantitativos acerca da gestão do cuidado clínico de enfermagem na estrutura, processos e resultados na perspectiva da segurança do paciente em situação de transplante hepático em ambiente hospitalar. Será desenvolvida em um hospital universitário em Fortaleza- CE. Amostra composta por 31 participantes. Dados serão coletados utilizando-se uma abordagem multimétodos. Dados qualitativos será feito análise de conteúdo. Dados quantitativos serão apresentados em tabelas.

**Objetivo da Pesquisa:**

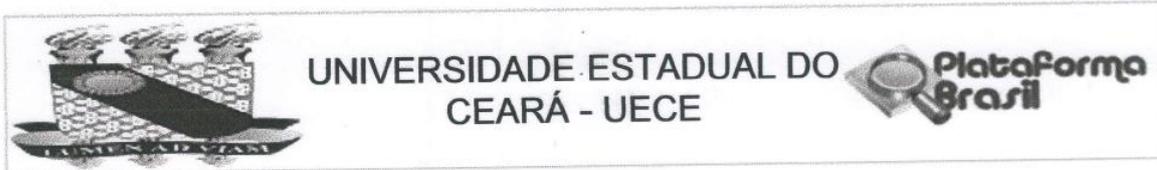
**Objetivo Primário:**

Analisar a gestão da produção do cuidado de enfermagem na perspectiva da segurança do paciente em situação de transplante hepático no contexto hospitalar do SUS.

**Objetivo Secundário:**

Verificar as condições da estrutura do ambiente hospitalar na influência da qualidade e segurança do cuidado ao paciente; Descrever como vem sendo desenvolvido o processo da gestão da produção do cuidado de Enfermagem para proporcionar qualidade e atenção na segurança do usuário

**Endereço:** Av. Silas Munguba, 1700  
**Bairro:** Itaperi **CEP:** 60.714-903  
**UF:** CE **Município:** FORTALEZA  
**Telefone:** (85)3101-9890 **Fax:** (85)3101-9906 **E-mail:** anavaleska@usp.br



Continuação do Parecer: 913.491

em situação de transplante hepático; Discutir como a equipe de enfermagem desenvolve o cuidado ao paciente e família em situação de transplante hepático e como este vem sendo recebido.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Riscos:

Garante-se que a pesquisa não trará prejuízo na qualidade e condição de vida e trabalho dos participantes, salientando que as informações serão sigilosas e que não haverá divulgação personalizada.

Benefícios:

Avanços no conhecimento dos campos de gerenciamento de Enfermagem e segurança do paciente transplantado hepático. Incentivo a pesquisas nessas áreas de conhecimento

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Pesquisa relevante, importante no contexto da assistência de enfermagem, pois oferecerá subsídios para implementação de cuidados aos pacientes em situação de transplante hepático.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Apresenta os seguintes termos:

- Folha de rosto assinada.
- Termo de consentimento livre esclarecido.
- Carta de anuência
- Cronograma e orçamento
- Projeto de pesquisa
- Carta de concordância dos pesquisadores.

**Recomendações:**

O pesquisador deverá informar ao CEP qualquer mudança no protocolo. Ao final da pesquisa enviar o relatório.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Projeto sem pendências.

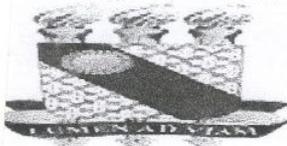
**Situação do Parecer:**

Aprovado

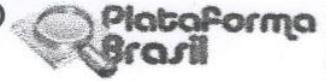
**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

Endereço: Av. Sílas Munguba, 1700  
 Bairro: Itaperi CEP: 60.714-903  
 UF: CE Município: FORTALEZA  
 Telefone: (85)3101-9890 Fax: (85)3101-9906 E-mail: anavaleska@usp.br



UNIVERSIDADE ESTADUAL DO  
CEARÁ - UECE



continuação do Parecer: 913.491

**Considerações Finais a critério do CEP:**

FORTALEZA, 01 de Dezembro de 2014

---

**Assinado por:**  
**Ana valeska Siebra e silva**  
**(Coordenador)**

**Endereço:** Av. Silas Munguba, 1700

**Bairro:** Itaperi

**CEP:** 60.714-903

**UF:** CE

**Município:** FORTALEZA

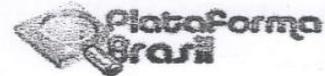
**Telefone:** (85)3101-9890

**Fax:** (85)3101-9906

**E-mail:** [anavaleska@usp.br](mailto:anavaleska@usp.br)

ANEXO B – Parecer consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa da Instituição Coparticipante

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO  
WALTER CANTÍDIO/  
UNIVERSIDADE FEDERAL DO



**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP**

**DADOS DO PROJETO DE PESQUISA** Elaborado pela Instituição Coparticipante

**Título da Pesquisa:** GESTÃO DO CUIDADO EM ENFERMAGEM E SUAS IMPLICAÇÕES PARA A SEGURANÇA DO PACIENTE EM SITUAÇÃO DE TRANSPLANTE HEPÁTICO

**Pesquisador:** JIHANE DE LIMA DIOGO FONSECA

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 38382314.6.0000.5534

**Instituição Proponente:** PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM E SAÚDE

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

**DADOS DO PARECER**

**Número do Parecer:** 913.491

**Data da Relatoria:** 07/12/2014

**Apresentação do Projeto:**

Trata-se de estudo de natureza qualitativa com aspectos quantitativos acerca da gestão do cuidado clínico de enfermagem na estrutura, processos e resultados na perspectiva da segurança do paciente em situação de transplante hepático em ambiente hospitalar. Será desenvolvida em um hospital universitário em Fortaleza- CE. Amostra composta por 31 participantes. Dados serão coletados utilizando-se uma abordagem multimétodos. Dados qualitativos será feito análise de conteúdo. Dados quantitativos serão apresentados em tabelas.

**Objetivo da Pesquisa:**

**Objetivo Primário:**

Analisar a gestão da produção do cuidado de enfermagem na perspectiva da segurança do paciente em situação de transplante hepático no contexto hospitalar do SUS.

**Objetivo Secundário:**

Verificar as condições da estrutura do ambiente hospitalar na influência da qualidade e segurança do cuidado ao paciente; Descrever como vem sendo desenvolvido o processo da gestão da produção do cuidado de Enfermagem para proporcionar qualidade e atenção na segurança do usuário

**Endereço:** Rua Capitão Francisco Pedro, nº 1290

**Bairro:** RodolfoTeófilo

**CEP:** 60.430-370

**UF:** CE

**Município:** FORTALEZA

**Telefone:** (853)366-8613

**Fax:** (853)281-4961

**E-mail:** cephuwc@huwc.ufc.br

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO  
WALTER CANTÍDIO/  
UNIVERSIDADE FEDERAL DO



Continuação do Parecer: 913.491

em situação de transplante hepático; Discutir como a equipe de enfermagem desenvolve o cuidado ao paciente e família em situação de transplante hepático e como este vem sendo recebido.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

**Riscos:**

Garante-se que a pesquisa não trará prejuízo na qualidade e condição de vida e trabalho dos participantes, salientando que as informações serão sigilosas e que não haverá divulgação personalizada.

**Benefícios:**

Avanços no conhecimento dos campos de gerenciamento de Enfermagem e segurança do paciente transplantado hepático. Incentivo a pesquisas nessas áreas de conhecimento

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Pesquisa relevante, importante no contexto da assistência de enfermagem, pois oferecerá subsídios para implementação de cuidados aos pacientes em situação de transplante hepático.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Apresenta os seguintes termos:

Folha de rosto assinada.

Termo de consentimento livre esclarecido.

Carta de anuência

Cronograma e orçamento

Projeto de pesquisa

Carta de concordância dos pesquisadores.

**Recomendações:**

O pesquisador deverá informar ao CEP qualquer mudança no protocolo. Ao final da pesquisa enviar o relatório.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Projeto sem pendências.

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

Endereço: Rua Capitão Francisco Pedro, nº 1290  
Bairro: Rodolfo Teófilo CEP: 60.430-370  
UF: CE Município: FORTALEZA  
Telefone: (853)366-8613 Fax: (853)281-4961 E-mail: cephuwc@huwc.ufc.br

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO  
WALTER CANTÍDIO/  
UNIVERSIDADE FEDERAL DO



Continuação do Parecer: 913.491

FORTALEZA, 13 de Dezembro de 2014

---

Assinado por:  
Maria de Fatima de Souza  
(Coordenador)

Endereço: Rua Capitão Francisco Pedro, nº 1290  
Bairro: Rodolfo Teófilo CEP: 60.430-370  
UF: CE Município: FORTALEZA  
Telefone: (853)366.-8613 Fax: (853)281.-4961 E-mail: cephuwc@huwc.ufc.br