



UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO - UNIRIO
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE - CCBS
ESCOLA DE ENFERMAGEM ALFREDO PINTO - EEAP
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM E BIOCÊNCIAS -
DOUTORADO

ANDRÉA DA SILVA GOMES LUDOVICO

AVALIAÇÃO DO MODELO ASSISTENCIAL DE ENFERMAGEM NO
CONTEXTO DO CENTRO DE TERAPIA INTENSIVO ADULTO (CTI).

Rio de Janeiro

2022

Catalogação informatizada pelo(a) autor(a)

L946	LUDOVICO, ANDRÉA DA SILVA GOMES AVALIAÇÃO DO MODELO ASSISTENCIAL DE ENFERMAGEM NO CONTEXTO DO CENTRO DE TERAPIA INTENSIVO ADULTO (CTI). / ANDRÉA DA SILVA GOMES LUDOVICO. -- Rio de Janeiro, 2022. 109f Orientadora: TERESA TONINI. Tese (Doutorado) - Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Biociências, 2022. 1. Enfermagem. 2. Modelo assistencial. 3. Gestão de cuidados em saúde. 4. Terapia Intensiva. I. TONINI, TERESA , orient. II. Título.
------	--

ANDRÉA DA SILVA GOMES LUDOVICO

Avaliação do Modelo Assistencial de Enfermagem no contexto do Centro de Terapia
intensivo adulto (CTI).

Tese apresentada à banca de defesa final do Curso
de Pós-Graduação em Enfermagem e Biociências
(PPGENFBIO), da Universidade Federal do Estado
do Rio de Janeiro (UNIRIO) como requisito para
obtenção do grau de Doutor em Ciências.

Linha de Pesquisa: Bases moleculares, celulares,
sistêmicas e ambientais do cuidado.

Orientadora: Prof^a Dr^a Teresa Tonini.

Rio de Janeiro

2022

ANDRÉA DA SILVA GOMES LUDOVICO

**Relatório de Defesa Final de Tese apresentado
como requisito necessário para obtenção do título
de Doutor em Ciências.**

Aprovada em ___/___/___

BANCA EXAMINADORA

Prof^ª Dr^ª Teresa Tonini (UNIRIO)
Presidente

Dr^ª Samanta Oliveira da Silva Diniz (HUCFF- UFRJ)
1^ª Examinadora

Dr^ª Viviane Pinto Martins Barreto (HUAP- UFF)
2^ª Examinadora

Prof^ª Dr^ª Priscila de Castro Handem (UNIRIO)
3^ª Examinadora

Prof^ª Dr^ª Gicélia Lombardo Pereira (UNIRIO)
4^ª Examinadora

Dr^ª Eriane Nascimento Pinto (INCA)
Suplente

Prof. Dr. Eva Maria da Costa (UNIRIO)
Suplente

Rio de Janeiro, 2022

DEDICATÓRIA

Eu me rasgo, mas me remendo.

Eu me perco, mas me reencontro.

Eu me quebro, mas me rejunto.

Embora a insuficiência seja a coluna vertebral da minha essência,

A resiliência tem o controle dos meus pés.

Quem conduz meu coração é a insistência.

Padre Fábio de Melo.

AGRADECIMENTO

Agradeço a Deus e Maria Santíssima, a quem sou consagrada.

À minha família, em especial a minha mãe Maria Cecília Gomes, minhas filhas Gabrielli Ludovico e Maria Luiza Ludovico, minha irmã Adriana Gomes, meu sobrinho Emanuel Vitorino e meu cunhado André Vitorino por todo apoio e crença, pelo sustento amoroso e espiritual, pela compreensão nas ausências.

Aos “filhos de Tonini” Silvio César, Antônio Ribeiro e Ádane Viana que me ajudaram a estar nessa turma e ao sentimento mais valioso que podemos ter na verdadeira amizade.

À minha orientadora, professora Dr Teresa Tonini, uma mulher linda que não consigo definir em palavras, sábia, conselheira, forte e precisa nas palavras e pontuações. Ao acolhimento mais sincero e grandioso que tive.

Às minhas amigas Rosane Emídio, Ademir Santana, Cláudia Queiroz, Maria Cláudia Souto Maior e Karina Fehlberg pelo dia a dia, sustento de valor inestimável, a convivência é um aprendizado que poucos estão dispostos a compartilhar.

Às minhas equipes que são um SUS de superação, resiliência e amor, que oscilam com os obstáculos do dia a dia, mas não perdem a essência do cuidar.

Ao recomeçar que o doutorado me impôs. A dúvida paira, mas a força da fé é maior e inacreditável.

À banca examinadora professora doutoras Samanta Oliveira da Silva Diniz, Viviane Pinto Martins Barreto, Priscila de Castro Handem, Gilcélia Lombardo Pereira, Eva Maria da Costa e Eriane Nascimento Pinto pela disponibilidade, por investir na pesquisa e acreditar que a Enfermagem é muito mais do que se apresenta.

Ao meu fortalecimento espiritual que sustenta meu dia a dia, cresço muito a cada dia e minha alegria rejubila.

E, a minha profissão que me fez chegar neste momento com motivação a ser sempre mais empática e feliz.

LUDOVICO, Andréa da Silva Gomes. **Avaliação do Modelo Assistencial de Enfermagem no contexto do Centro de Terapia intensivo adulto (CTI)**. Tese de Doutorado. Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 2022.

RESUMO

Os objetivos foram cartografar o modelo assistencial existente no Centro de Terapia Intensiva adulto, caracterizar o modelo assistencial cartografado de um Centro de Terapia Intensiva adulto e elaborar, coletivamente, um plano de ação para migração do modelo assistencial cartografado para o sistema *Primary Nursing* adaptado. A metodologia utilizou um estudo qualitativo e descritiva, pela elaboração coletiva de um plano de ação para transição do modelo existente para o modelo adaptado *Primary Nursing*, utilizou-se a pesquisa-ação, convergente assistencial. O cenário de estudo foi em um hospital municipal de grande porte, responsável pelo atendimento de urgências e emergências da região central do Rio de Janeiro. Os participantes da pesquisa foram 12 enfermeiros assistenciais do centro de terapia intensiva adulto. A coleta de dados foi realizada com demarcação de dois momentos, pautados na técnica *The World Café*, um sobre o processo de trabalho existente e os princípios do Sistema *Primary Nursing* e o outro a elaboração de um plano de ação com a aplicação da ferramenta 5WIH. Para a análise utilizou-se o fluxograma SIPOC, fluxograma analítico e as nuvens de palavras (NP). Este mapeamento consubstanciou o sistema de medicação, comunicação interprofissional e barreira ambiental. As nuvens de palavras aduziram conflito, autonomia, ato médico e registro para a responsabilidade, o cuidado diário e individualizado relacionado às atribuições diárias pelo método de caso, comunicação efetiva e respeito para os canais diretos de comunicação e viável para a ideia de enfermeiro referência. Na terceira mesa o plano de ação foi balizado em organização de infraestrutura, logística e processos assistenciais e na educação permanente e recursos humanos. O resultado confirma a tese de que o modelo biomédico é o existente na unidade e que sua prática engessa a função do enfermeiro em sua autonomia e empoderamento, fragilizando a qualidade e segurança. O saber fazer é um crescimento diário que requer uma busca para a consolidação profissional do enfermeiro, a sua formação acadêmica não finaliza a aprendizagem, ela inicia o processo e a busca agregadora dos conhecimentos científicos é eterna. Com esse entendimento, recomenda-se a continuidade de estimular os profissionais às necessidades organizacionais e individuais, estimulando o líder a reconhecer e tratar condutas inadequadas e os desempenhos profissionais insatisfatórios que interferem na harmonia do cenário em prol do paciente e da equipe. O *Primary Nursing* traz um modelo pouco focado em competências atitudinais valorizando a escuta, a comunicação, o acolhimento e a responsabilização, de forma individual para o cliente e sua família.

Palavras-chave: Avaliação. Assistencial. Enfermagem. Terapia intensiva.

LUDOVICO, Andréa da Silva Gomes. **Evaluation of the Nursing Care Model in the context of the Adult Intensive Care Center (ICU)**. Tese de Doutorado. Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 2022.

ABSTRACT

The objectives were to map the existing care model in the adult Intensive Care Center, characterize the mapped care model of an adult Intensive Care Center and collectively

develop an action plan for migration from the mapped care model to the adapted Primary Nursing system. The methodology used a qualitative and descriptive study, through the collective elaboration of an action plan for the transition from the existing model to the adapted Primary Nursing model, using action research, convergent care. The study scenario was in a large municipal hospital, responsible for urgent and emergency care in the central region of Rio de Janeiro. The research participants were 12 assistant nurses from the adult intensive care center. Data collection was carried out with the demarcation of two moments, based on The World Café technique, one on the existing work process and the principles of the Primary Nursing System and the another the elaboration of an action plan with the application of the 5W1H tool. For the analysis, the SIPOC flowchart, analytical flowchart and word clouds (NP) were used. This mapping substantiated the medication system, interprofessional communication and environmental barrier. Word clouds added conflict, autonomy, medical act and registration for responsibility, daily and individualized care related to daily assignments by the case method, effective communication and respect for direct channels of communication and viable for the idea of reference nurse. At the third table, the action plan was based on the organization of infrastructure, logistics and care processes and on permanent education and human resources. The result confirms the thesis that the biomedical model is the one existing in the unit and that its practice hampers the role of nurses in their autonomy and empowerment, weakening quality and safety. Knowing how to do it is a daily growth that requires a search for the professional consolidation of nurses, their academic training does not end the learning, it starts the process and the aggregating search for scientific knowledge is eternal. With this understanding, it is recommended to continue to encourage professionals to meet organizational and individual needs, encouraging the leader to recognize and treat inappropriate behavior and unsatisfactory professional performance that interfere with the harmony of the scenario in favor of the patient and the team. Primary Nursing brings a model that is not very focused on attitudinal competences, valuing listening, communication, welcoming and accountability, individually for the client and his family.

Keywords: *Evaluation. Nursing. Model. Adult intensive care center.*

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1- Fluxograma de seleção dos artigos incluídos na revisão

Figura 2- Movimentos de aproximação, de distanciamento e de convergência da pesquisa e da prática assistencial, formando espaços de superposição dessas atividades

Figura 3 - Livre adaptação das diretrizes da técnica *The World Café*.

Figura 4 – Estrutura da ferramenta de gestão 5W1H

Figura 5- Quadro sinóptico do percurso de coleta e tratamento dos dados.

Figura 6- Síntese do percurso de coleta e tratamento dos dados

Figura 7 - Mapeamento de Processo sobre Sistema de Medicação no Centro de Terapia Intensiva Adulto.

Figura 8 - Mapeamento de processo relacionado a comunicação interprofissional no Centro de Terapia Intensiva Adulto.

Figura 9- Mapeamento de barreira ambiental dentro do Centro de Terapia Intensiva Adulto.

Figura 10- Síntese dos princípios do *Primary Nursing* em de nuvens de palavras

LISTA DE QUADROS E TABELAS

Quadro 1 - Caracterização dos estudos incluídos na revisão - Rio de Janeiro - 2021.

Quadro 2 - Principais características dos modelos assistenciais de enfermagem - Rio de Janeiro - 2021.

Quadro 3 - Principais conclusões dos artigos incluídos na revisão - Rio de Janeiro - 2021.

Quadro 4 - os ruídos no mapeamento do SIPOC relacionado ao Sistema de medicação no Centro de Terapia Intensiva Adulto.

Quadro 5- os ruídos relacionados ao processo de comunicação interprofissional

O quadro 6- os ruídos no fluxo do SIPOC relacionado a barreira ambiental.

Quadro 7- Estrutura do plano de ação utilizando a ferramenta de gestão 5W1H.

LISTA DE ABREVIATURA E SIGLAS

CTI- Centro de terapia intensiva

SUS- Sistema único de saúde
TCD- tarefas clínicas delegadas
ICU- intensive care unit
C.O.R.E- conceptual model integrates comfort, organization, rituals, and environment
PEST-Project to reduce self-extubation in the intensive care unit
NP- Nurse Practitioner
UTI- Unidade de terapia intensiva
UTIN- Unidade de terapia intensiva neonatal
NN- Nurse navigators
MPP- modelo de prática profissional
PN- Primary Nursing
PCA- pesquisa de convergência assistencial
CER- Centro regional de emergência
OMS- Organização mundial da saúde
CEP- Comitê de ética e pesquisa
CNS- conselho nacional de saúde
TCLE- termo de consentimento livre e esclarecido
SIPOC- (suppliers, inputs, process , outputs e customers)
5W2H/5W1H- Where, When, Why, What, Who e How
CHS- ciências humanas e sociais
CFM- Conselho Federal de Medicina
CRM- Conselho Regional de Medicina
RQE- Registro de qualificação de especialistas
COFEN- Conselho Federal de Enfermagem
PEP- prontuário eletrônico de paciente
SAE- sistematização da assistência de enfermagem
AACN- Associação Americana de Enfermeiros Cuidados- críticos

SUMÁRIO

CAPÍTULO I – Introdução	p.12
1.1 – OBJETO	p. 19
1.2 PRESSUPOSTOS	p. 20
1.3 – OBJETIVOS	p. 20
CAPÍTULO II – ARTIGO “Modelos assistenciais e a unidade de terapia intensiva: uma revisão integrativa”.	p.24
CAPÍTULO III - Materiais e métodos	p. 41
3.1 Tipo de estudo	p.41
3.2 Cenário do estudo	p.44
3.3 Participantes do estudo	p.45
3.4 Coleta de dados	p.45
3.5 Resultados e análise dos dados	p.46
3.6 Aspectos éticos da pesquisa	p.53
CAPÍTULO IV – Apresentação e análise dos resultados	p.83
4.1 Análise do primeiro momento The World Café: mesa 1	p.56
4.2 Análise do primeiro momento The World Café: mesa 2	p.74
4.3 Análise do segundo momento The World Café: mesa 3	p.82
CAPÍTULO V- Conclusão	p.86
REFERÊNCIAS	p.90
APÊNDICES	p. 97
ANEXOS	p.108

INTRODUÇÃO

Compreende-se que o modelo assistencial de uma instituição pública pode e deve contemplar princípios doutrinários de universalidade, integralidade e equidade e os princípios organizativos de regionalização, hierarquização, descentralização, com a participação popular.

Como definido pelo Sistema Único de Saúde (SUS), a incorporação da saúde, como direito do cidadão, expande-se e dá sentido à igualdade quando relacionado ao bem-estar da saúde e avança na capacidade de resolver problemas e atender as necessidades de saúde da população, em um nível mais avançado em relação aos modelos de saúde existentes no mundo.

Modelo Assistencial diz respeito ao modo como são organizadas as ações de atenção à saúde em uma dada sociedade, envolvendo os aspectos tecnológicos e assistenciais e assim se estruturam e articulam entre diversos recursos físicos, tecnológicos e humanos disponíveis para enfrentar e resolver os problemas de saúde individual ou de uma coletividade (MOROSINI et al., 2007).

Um resgate conceitual sobre modelo assistencial se faz necessário, com debate sobre as formas de organização das práticas de saúde, e reconhecendo que o modelo mais difundido é o denominado “modelo biomédico”, por sua forte influência na formação dos profissionais, na organização dos serviços e na produção de conhecimentos em saúde. O surgimento desse modelo está associado à publicação americana do Relatório Flexner (1910), com críticas à situação das escolas médicas nos EUA e Canadá, que geraram mudanças significativas para a medicina desde então. (FERTONANI et al. 2015, p. 1870 e PAGLIOSA; Da ROS, 2008).

À época, o ensino nas escolas médicas era caótico; havia abertura indiscriminada de escolas médicas sem padronização de abordagens teórico-metodológicas e terapêuticas, com estruturas físicas (precárias), de perfil de corpo docente (sem titulação), e o exercício da Medicina sem concessão ou controle estatal. Para Pagliosa e Da Ros (2008), Flexner buscou a excelência das escolas médicas e propôs a estruturação do ensino com base na racionalidade científica, ao instituir disciplinas básicas no ciclo inicial seguido de outro específico para estudos clínicos, como ainda se encontram numerosas escolas médicas na atualidade.

Portanto, o modelo flexineriano propôs diretrizes que rompem com a ciência de base metafísica e assume a sustentação no paradigma cartesiano, cuja visão reducionista se centra na doença unicausal e biológica, em âmbito hospitalar – modelo biomédico firmado como campo da saúde. Fertoni et al (2015) ressaltam, que esse modelo foi reconhecido e incorporado por serviços de saúde, dado os seus benefícios para promover o alívio da dor e o tratamento de diversas doenças que afligem as pessoas.

Além das mudanças na formação médica, outros avanços ocorreram no âmbito social e político. No ano de 1920, no início da Primeira Guerra Mundial, as mulheres deram um passo em direção a liberdade, obtendo o direito de votar. A ideia de uma carreira atraiu muitas para a profissão de enfermagem, por ser uma carreira respeitável e com um bom nível de remuneração em relação a outros empregos à época. Novas escolas em Enfermagem estavam surgindo em toda parte, à medida que hospitais eram construídos por organizações privadas. Em 1923 totalizavam 2.155 escolas de enfermagem (MANTHEY, 2014).

Em 1930, o excesso de oferta de mão de obra de enfermagem manteve os salários baixos e em 1960, houve graves carências de oferta de enfermeiras resultando em mudanças profundas na sociedade, visto que a prática de cuidados de saúde tornou-se complexa e desoladora. No início da primeira Guerra Mundial, as mulheres deram um passo em direção à liberdade, conquistando o direito ao voto e a exercer uma profissão, como a Enfermagem, que à época era uma carreira respeitada e próspera (op. cit.).

O foco no cuidado individual ao paciente se manteve durante um tempo, pois as práticas das enfermeiras graduadas tiveram que ser reestruturadas para cuidados submetidos a regras e regulamentos existentes nas instituições, cujas características eram muito mais burocráticas que assistencialistas. Não surpreendentemente, a preocupação em substituir enfermeiras assalariadas por mão de obra mais barata instala-se extinguindo a prática privada, contudo esses profissionais preservavam o cuidado do paciente baseado no estudo de caso com enfoque no cuidado individualizado. O marco dessa época foi a prática de enfermagem submetida às regras e regulamentos existentes em uma instituição burocrática, retirando a essência do cuidado focado no paciente (MANTHEY, 2014, p.15-16).

No ano de 1940, após o bombardeio sofrido no Estados Unidos, a necessidade de enfermeiras treinadas no tempo de guerra assume a prioridade, contudo a insuficiência de

oferta de enfermeiras treinadas tornou-se crítica mesmo com todo o investimento do governo federal na educação de enfermagem e nos programas de treinamento *Cadet Corps*. Neste momento, surgem programas de formação em vários níveis, onde a equipe auxiliar teria a função de realizar cuidados simples e procedimentos técnicos como “socorristas militares”. Na vida civil, dois tipos de programas de treinamento de auxiliares eram desenvolvidos; um programa de um ano que preparava as pessoas para prestar cuidados de enfermagem técnica e o treinamento no local de trabalho. Os primeiros foram denominados técnicos de enfermagem (licenças *practical nurses*) e os últimos de auxiliares de enfermagem (IDEM).

Estes últimos foram ensinados com base nos projetos da Cruz Vermelha Americana, focados nas donas de casa que se voluntariaram para reduzir a escassez extrema de enfermeiras em hospitais civis. Por um tempo, as instituições hospitalares tiveram duas descrições de empregos de auxiliares; um com remuneração e um voluntariado. Simultaneamente, os técnicos de enfermagem encontraram um lugar permanente na hierarquia hospitalar. O marco anunciado, em 1923, firma-se nesse momento, quando a fragmentação de procedimentos complexos, pois a aquisição de conhecimentos médicos e o avanço tecnológico cresceu enormemente. Não houve melhora dos salários no pós-guerra, mesmo para as mais experientes, e ainda era crítica a necessidade de enfermeiros nas instituições de saúde (IBIDEM).

Considerando essa cronologia, merece um parêntese sobre o surgimento e finalidades das unidades de cuidados intensivos (UTI), cenário desta tese. Destaca-se o ano 1926, quando o cirurgião Walter Dandy criou um espaço especial para alocar três leitos destinados à recuperação pós-operatória imediata dos pacientes submetidos a intervenções cirúrgicas no Hospital John Hopkins (Baltimore/US). Assim, os mais graves permaneciam sob a vigilância constante de enfermeiras, facilitando a prestação de cuidados direcionados às demandas específicas para a complexidade clínica. O sucesso dessa iniciativa alavancou a implantação dessas salas de assistência intensiva para a Alemanha, em 1930, e demais cidades americanas em 1940, sendo considerado como ideia precursora das atuais unidades de cuidados intensivos (MUSSI et al., 2012, p.1254).

No Brasil, as UTI surgem na década de 60, sendo planejada a primeira no Hospital do Servidor Público do Rio de Janeiro (atual Hospital Federal dos Servidores do Estado), em 1960. Entretanto, sua implantação ocorreu em 1970, quando o país se encontrava no chamado milagre econômico, podendo adotar uma política de investimento na

modernização e nas tecnologias “de ponta e de métodos diagnósticos e terapêuticos” (op. cit., p.1256).

Segundo Knobel (2006), as UTI têm como finalidade a assistência prestada a pessoas em situações críticas/potencialmente críticas de saúde, uma vez que demandam alto volume, intensidade e complexidade de cuidados, objetivando a detecção precoce de deterioração clínica e conduta terapêutica imediata, tais como: pacientes graves, com comprometimento de um ou mais dos principais sistemas fisiológicos, com perda de sua auto regulação, necessitando substituição artificial de funções e assistência contínua; e pacientes graves, que apresentam estabilidade clínica, com potencial risco de agravamento do quadro e que necessita de cuidados contínuos. O paciente com demanda de Cuidados Críticos/Intensivos também é reconhecido como grave e recuperável, com risco iminente de morte, sujeito à instabilidade das funções vitais, requerendo assistência de enfermagem e médica permanente e especializada.

Dado que esta tese trata de modelos de Enfermagem, é mister o destaque que o modelo prevalente implantados na UTI é o biomédico, em parte justificado à labilidade clínica dos pacientes e seus referenciais fisiopatológicos ou de prognóstico, compreendendo a natureza humana em suas dimensões, expressões e fases evolutivas(3), incluindo a assistência a pacientes crônicos ou terminais, que necessitam de intervenções assistenciais em nível qualiquantitativo elevado, devido à dependência total para o atendimento das necessidades de saúde (op. cit.).

Retomando ao breve histórico dos modelos, cabe dizer que grande parte da pesquisa em enfermagem dos anos de 1950 foi dedicada ao pensamento sobre os modelos assistenciais para cuidados intensivos, subsidiando os cuidados diretos de enfermagem realizados pelos auxiliares e técnicos sob a supervisão do enfermeiro. Em 1948, Esther Lucille Brown estimulou os profissionais já treinados e com experiência, a desenvolver maneiras de cuidar integradas, o que proporcionou o surgimento do modelo de enfermagem em equipe. Porém, os problemas persistiam em relação à suboferta crônica de enfermeiras, e o crescimento acelerado dos hospitais compostos por uma complexidade do cuidado cada vez maior, do desenvolvimento dos processos tecnológicos e pela rotatividade elevada de enfermeiras.

Pelo fato de a oferta de trabalho ter sido muito maior que a quantidade de profissionais, essa rotatividade gerou problemas difíceis para os gestores de enfermagem

na formação das equipes, produzindo assim, uma diluição alarmante da qualidade dos serviços.

Os modelos de enfermagem foram desenvolvidos inicialmente nos Estados Unidos, pelas enfermeiras docentes, numa tentativa de formular uma base de conhecimentos que guiassem a sua prática. Este fato é evidenciado na literatura de enfermagem desde a década de 1960. Vários modelos de enfermagem foram construídos e estes refletem os conceitos, ordenam conhecimentos e descrevem, explicam e predizem o campo de conhecimento de enfermagem. Tais modelos servem para guiar a busca e a compreensão do domínio de enfermagem (CARVALHO; ROSSI, 1998).

Em todos os Estados Unidos e Canadá, o final dos anos 1950 e os anos de 1960 foram anos de angústia e frustração para enfermeiras de equipe e administradores de enfermagem. A escassez de enfermeiras no pós-guerra e o crescimento de leitos hospitalares desencadeiam problemas como: uma complexidade cada vez maior de novos processos tecnológicos e uma rotatividade persistentemente elevada de enfermeiras. O modelo de enfermagem de equipe era soberano e respeitado. Esse modelo oportunizou a escolha pelo melhor ambiente de trabalho, o que aumentou a rotatividade e a dependência crescente de cuidadores mais estáveis na força de trabalho da enfermagem: auxiliares, atendentes e técnicos de enfermagem. Essa solução pragmática diluiu a qualidade do serviço. O perfil da enfermeira “líder de equipe” passou a ser o de supervisionar e coordenar as atividades de enfermagem realizada pelos técnicos e auxiliares, fornecia orientações assistenciais aos profissionais menos experientes e era responsável por toda a parte administrativa. No final dos anos 1960, a maior parte dos cuidados clínicos à beira do leito estavam sendo prestados por auxiliares e técnicos, supervisionados por enfermeiras. Houve muita queixa de pacientes sobre o cuidado desumanizado e as maiores queixas das enfermeiras eram sobre a sobrecarga burocrática (MANTHEY, 2014, p.22).

Dessa forma, a enfermagem de equipe inseriu uma função com grandes características administrativas que afastava a enfermeira da assistência de cuidados à beira do leito, deixando aos cuidados dos técnicos e dos menos experientes a prima função de assistir os doentes em seus leitos, e, apesar de algumas enfermeiras entenderem que tal função fragmentava a assistência, não poderiam ficar contra o modelo de enfermagem em equipe nos anos 1970. O questionamento circulante tratava de saber se a falta de

enfermeiras era um problema meramente numérico ou era um problema relativo à maneira como as enfermeiras estavam sendo utilizadas?

Na tentativa de descobrir o real sentido da equipe de enfermagem, identificou-se três áreas mais problemáticas: fragmentação do cuidado, canais de comunicação complexos, responsabilidade compartilhada sem responsabilização. Ao identificar esses problemas, possibilitou uma análise das atividades que não eram pertinentes às enfermeiras. Atividades que não eram de enfermagem foram livremente distribuídas para outros departamentos. Surge por parte da administração de enfermagem tarefas clínicas delegadas (TCD), com esse olhar de “pertencer” algumas tecnologias avançaram e a maior parte dos cuidados clínicos à beira do leito estava sendo prestado por auxiliares e técnicos de enfermagem, supervisionado por enfermeiras, que realizavam diretamente as tarefas mais complexas.

A inquietação causada por uma enfermagem fragmentada e distante do cuidado de qualidade desejável, pelo excesso de burocracia, recursos humanos reduzido quantitativamente, fizeram com que os Hospitais da Universidade de Minnesota buscassem uma nova forma de prestação do cuidado focado na satisfação das enfermeiras e de sua clientela. Estudo realizado para avaliação de resultados e impactos produzidos com a implantação de mudanças mostrou o efeito de diferentes padrões exercidos sobre a quantidade e qualidade do cuidado ofertado e a dramática descoberta de que a ampliação em 60% do quantitativo da equipe de enfermagem não gerou diferença sobre a qualidade e tampouco houve aumento da oferta de assistência beira leito (AYDELOTTE, 1960).

Segundo Manthey (2014), a questão deveria ser analisada sob o prisma do saber-fazer, ou seja, o que as enfermeiras faziam e como elas faziam. Uma convergência das enfermeiras da prática apontou a necessidade de agilizar o serviço da enfermagem. A intenção era garantir a utilização adequada de enfermeiras no âmbito da gestão da unidade, pois essa forma de assistência fortalecia a equipe tendo como resultado um atendimento ao paciente planejado, coordenado e abrangente.

O esforço de melhorar e implementar o trabalho em equipe focado na melhoria da fragmentação do cuidado, das formas de comunicação complexa estabelecida e pela falta de responsabilização desenvolveu-se uma nova ideia para o modelo de assistência. O design do *Primary Nursing* era uma reação direta à incapacidade do sistema de equipe em prestar o cuidado de enfermagem coordenado, individualizado e abrangente. A forma

de direcionar os cuidados foi empregado e mostrou-se mais objetivo e de melhor qualidade do cuidado, ou seja, em vez de canais complexos de comunicação, padrões diretos e simples foram usados; em vez de responsabilidade compartilhada, a responsabilidade individual foi atribuída de forma clara aos profissionais (MANTHEY, 2014).

Diante dessa construção histórica a reflexão oportuna é de que quanto mais fragmentada a responsabilidade menos palpável ela é. Segundo a autora, o plano de cuidados é a essência da enfermagem e depende de um trabalho em equipe para que resultados sejam mensurados, repensados e praticados. O espaço em branco sob as palavras “plano de cuidado de enfermagem” é um problema que consome tempo, atenção e energia de grandes segmentos da liderança de enfermagem nos últimos 30 anos. Nenhuma outra questão, pensamento, técnica, problema ou fenômeno recebeu tanta atenção, teve tanta coisa escrita sobre ela, foi tão ensinada e falada, trabalhada, lida e lamentada, e com tão pouco sucesso. Ousa-se dizer que até os dias atuais esse dilema persiste.

No Brasil, conceitos e denominações sobre modelo assistencial seguem a mesma reflexão histórica contudo as diversas terminologias aplicadas (op.cit.), que têm sido utilizadas como sinônimos, tais como: “modos de produzir saúde”, modelos assistenciais, modelo técnico ou tecno assistencial e modelo técnico–assistencial, modos de intervenção, modelos de atenção ou modelos de cuidar, colabora muito pouco para a compreensão e o entendimento sobre modelo assistencial, criando diferentes formas de cuidar do indivíduo e dificultando o alcance de objetivos comuns em prol de qualidade e segurança necessários à satisfação da clientela e do profissional.

Esse pensamento tem sustentado a base conceitual do Sistema Primary Nursing alicerçado na humanização, estendida aos clientes, aos familiares e à equipe de enfermagem responsável pelos cuidados. Uma das atribuições dessa equipe é a promoção da prática baseada em evidências científicas e na qualidade assistencial para a definição de ações e a tomada de decisão gerencial e clínica (MARX, 2009).

A representatividade do modelo biomédico com foco no processo patológico estruturando o saber/fazer assistencial, dificultou o entendimento de um modelo assistencial de enfermagem. Uma polissemia conceitual para modelo assistencial próprio da Enfermagem, dificultou a aplicabilidade da fundamentação prática sobre os planos de

cuidados direcionado ao paciente fazendo com que muitos enfermeiros se sintam frustrados no resultado de sua assistência. Esse movimento de reflexão sobre as práticas de enfermagem vem, aos poucos, ampliando as ideias de focar seus cuidados nos clientes e suas famílias.

No contexto da saúde no Brasil, em 2003, o Ministério da Saúde criou o *HumanizaSUS*, que é a Política Nacional de Humanização, para que fosse o eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS. Assim emergiu a temática da humanização da assistência, oportunizando a ampliação de discussões sobre questões fundamentais que poderiam reorientar as construções das políticas em saúde. Humanizar assume a conotação de ofertar atendimento de qualidade articulando os avanços tecnológicos com acolhimento, com melhoria dos ambientes de cuidado e das condições de trabalho dos profissionais. Como política, a Humanização deve, portanto, traduzir princípios e modos de operar no conjunto das relações entre profissionais e usuários, considerando a multidisciplinaridade presente nas diversas unidades e serviços de saúde e entre as instâncias que constituem o SUS (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004).

Na aplicabilidade dessa política houve necessidade de modificar as formas de gestão. Em todo o cenário da política pública iniciou-se um grande desafio para gestores do sistema público de saúde, pois houve a necessidade de modificar o modelo assistencial de continuidade no qual os profissionais de saúde estavam inseridos, para atender ao novo cenário de prática proposto.

Um marco importante na área de Gestão Hospitalar foi o surgimento, no Brasil, dos movimentos de Gestão pela Qualidade, que se iniciou por volta da década de 1970, seguindo caminho semelhante ao de outros países, ou seja, começou na indústria, estendeu-se às áreas de serviços e, um pouco mais tarde, especificamente, ao setor de saúde (Novaes, HM e Paganini, JM, 1992, p.209). A Gestão pela Qualidade é, portanto, um exemplo de modelo de gestão que tem sido muito aplicado às instituições de saúde.

Para aplicar esse modelo de gestão e atender a política do HumanizaSUS, faz-se necessário entender o modelo assistencial utilizado em cada instituição e de acordo com o seu nível de atenção à saúde, ressaltando que se faz mister alinhar o modelo de gestão institucional à gestão assistencial.

Há mais de 30 anos, essa preocupação os tem levado à busca de um modelo que retrate uma prática reconhecadora do ser humano de forma holística e como um ser em

sua totalidade – dono de sua história, social e autor de sua vontade para cuidar de si. Hoje, se compreende que esses inúmeros conceitos não engessam a busca por um modelo aplicável à realidade da Enfermagem, em especial a brasileira, razão pela qual tem se mostrado proativa na aplicação prática de alguns modelos existentes em países americanos e europeus.

Nesta tese, se tem a premissa que o modelo assistencial é um modelo de gerenciamento dos cuidados de enfermagem ofertados aos clientes, independentemente do nível de atenção em saúde. Conhecer os modelos de gestão adotados em uma determinada instituição é um fator contributivo para implantação do modelo assistencial de Enfermagem, porque oferece subsídios para se pensar os objetivos e metas a serem assumidos pela equipe de saúde, a reestruturação do macro e micro processos de trabalho e da capacitação dos profissionais de enfermagem, o perfil da clientela internada em cada setor, e os indicadores fundamentais que permitirão a avaliação da qualidade dos cuidados de enfermagem (LUDOVICO; TONINI, 2018).

A mudança deve ser baseada no pensamento crítico e na interdisciplinaridade, por ser uma atitude diferenciada de olhar os processos e os modos de agir dos profissionais que se encontram em atividades. Não há fragmentação do agir, mas uma concepção unitária dele, que se torna oportuna para a implantação de um modelo assistencial que atenda à realidade brasileira.

No mundo atual, é inconcebível a supervalorização de qualidades técnicas e o descolamento de competências atitudinais, carecendo a articulação desses fatores para melhoria de desempenho profissional e alcance de uma gestão de enfermagem pautada por resultados.

Um dos pontos nevrálgicos para a concretização dessa gestão por resultados é a incorporação da ideia de que o cliente é o principal elemento e de quem a instituição e os profissionais dependem para que a produção e os serviços possam ser oferecidos. O cliente é a razão de ser dos profissionais e de existir da instituição de saúde.

Com base nessas ideias, esta tese tem como primeiro pressuposto que existe a adoção de um modelo assistencial de enfermagem pouco focado em competências atitudinais que valorizem a escuta, a comunicação, o acolhimento e a responsabilização, de forma individual para o cliente e sua família no Centro de Terapia Intensivo adulto. O segundo pressuposto é que há possibilidade de migração desse modelo fragmentado para

o Sistema *Primary Nursing* adaptado à realidade de um hospital público do município do Rio de Janeiro.

Sob esses pressupostos, cabe questionar que elementos sustentam o modelo assistencial fragmentado existente no Centro de Terapia Intensiva adulto de um hospital do município do Rio de Janeiro? De que forma se pode migrar desse modelo fragmentado para um modelo de prática profissional do *Primary Nursing* adaptado à realidade de um hospital do município do Rio de Janeiro?

1.2 Os objetivos definidos para este estudo são:

- Cartografar o modelo assistencial existente no Centro de Terapia Intensiva adulto.
- Caracterizar o modelo assistencial cartografado de um Centro de Terapia Intensiva adulto.
- Elaborar, coletivamente, um plano de ação para migração do modelo assistencial cartografado para o sistema *Primary Nursing* adaptado.

1.3 Justificativa

A força intelectual das pessoas representa um grande diferencial na sua construção individual e profissional, contribui para aflorar sentimentos de valorização, autonomia e crescimento. Ter domínio de saber-fazer-quefazer profissionais implica em um processo contínuo e compartilhado para o manejo dos cuidados de enfermagem ofertados aos clientes do CTI. Esse domínio deve estar pautado na análise e interpretação dos modelos e processos gerenciais em busca de melhores e contínuos resultados assistenciais que proporcionem a melhoria da qualidade e segurança dos cuidados. Nesta perspectiva, o modelo de prática profissional de enfermagem é uma escolha necessária, por focar resultados baseados em indicadores de desempenho e ter o cliente e sua família como elemento principal de sua ação de cuidar.

O sistema de gestão baseado nas competências corrobora com este entendimento quando em sua concepção se prima pelos termos aptidão, habilidades, conhecimento e como sinônimos cultura, conhecimento e jurisdição.

Investir em um modelo de prática profissional faz todo o sentido, dada a carência de conhecimentos dos enfermeiros sobre modelos capazes de organizar e propor o planejamento de elementos/componentes da prática deles, que são desconsiderados

quando gerenciam os cuidados de enfermagem ofertados de forma direta. Faz-se necessário que estejam em alerta e vigilantes para os desafios de uma Enfermagem baseada em evidências científicas (RIBEIRO et al, 2016).

A justificativa deste estudo se fundamenta na necessidade de oferecer um modelo assistencial onde haja a valorização das pessoas, o estilo de liderança e o clima organizacional como condições indispensáveis para o alcance de resultados, tendo assim uma enfermagem mais padronizada, sistematizada, satisfeita e de qualidade. Descentralizar o poder e compartilhar autoridade possibilitam que o “Enfermeiro *Primary*” conceda, à sua equipe, a autonomia necessária para o planejamento, execução e tomada de decisão no âmbito de suas ações bem como em assumir a responsabilidade pelos resultados. Assim, o gerente e a equipe poderão trabalhar juntos em uma atmosfera de comunicação aberta e de respeito mútuo para conquistar o diferencial da excelência na prestação dos cuidados ao paciente e o desenvolvimento profissional da equipe (MARX, 2006).

O ambiente de trabalho em saúde é laborioso, em que o enfermeiro como líder da equipe de enfermagem assume responsabilidade ampla na condução do cuidado e nos resultados esperados. Atuar com objetivos e metas a ser alcançada deveria ser medular na essência, contudo inúmeros fatores interferentes devem ser monitorados no gerenciamento do cuidados. O modelo assistencial se configura como um dos caminhos para se agregar os profissionais em prol do paciente, que é a razão de se existir como profissão (op. cit.).

Ao estudar o sistema de enfermeiro referência, se identifica o fortalecimento da qualidade à medida que os profissionais percebem o paciente em um processo contínuo, por meio da promoção de assistência segura e personalizada. O relacionamento construído em bases consistentes entre enfermeiro e paciente gera confiança e segurança, maior autonomia profissional no âmbito de suas ações em situações cotidianas, em que o inesperado se instala. O modelo *Primary Nurse* favorece maior precisão e objetividade nas informações, embasadas em um plano de cuidados de enfermagem que reúne elementos essenciais para o agrupamento de resultados identificados, uma comunicação mais ágil, clara e objetiva entre as equipes de trabalho.

O cliente é um ser histórico e social agregado à família e amigos. A inclusão desse grupo social na terapêutica de Enfermagem como coparticipante da atividade do

planejamento de implementação e avaliação de cuidados, para ajudar na efetividade das ações junto ao paciente, gera autossatisfação, aumento da produtividade e qualidade, cria oportunidades de confiança e respeito entre os membros da equipe, fornecendo um ambiente harmônico. Esse ambiente favorável ao cuidado de Enfermagem é gerador de impactos na instituição, favorecendo o custo e alocação efetiva, melhor gestão de tempo, recursos e pessoas, com conseqüente diminuição de retrabalhos no processo assistencial e de custos.

O ensino e a pesquisa têm um papel fundamental na disseminação e incorporação dessa ideia de soma em prol do paciente e da família. Sob esses pilares, se fortalece a busca de evidências, melhoria de processos e o capital humano de Enfermagem, de forma a se manter em fluxo contínuo e permanente por sua valorização profissional e oferta de cuidados seguros.

CAPÍTULO II - REVISÃO SOBRE MODELOS ASSISTENCIAIS E UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA.

Este capítulo é uma revisão integrativa apresentada no formato de artigo denominado de “Modelos assistenciais e a unidades de terapia intensiva: uma revisão integrativa”, onde se aborda os modelos assistenciais mais prevalentes nas unidades de terapia intensiva. Ele será, posteriormente, encaminhado para publicação em periódico científico a ser escolhido.

MODELOS ASSISTENCIAIS E AS UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA: UMA REVISÃO INTEGRATIVA.

Andréa da Silva Gomes Ludovico¹

Teresa Tonini²

Resumo

Objetivo: Analisar os modelos assistenciais em destaque nas unidades de terapia intensiva a luz das publicações científicas. **Método:** Revisão integrativa da literatura, utilizando o acrônimo PICO (participantes e desfechos), com os booleanos *AND* e *OR* estabelecendo a *string* (ICU OR “intensive care units”) AND(models, nursing OR “nursing models”). Estruturou-se a seguinte questão norteadora: “Quais são os modelos assistenciais mais prevalentes em unidades de terapia intensiva?” A coleta de dados ocorreu em outubro de 2021, nas bases de dados: PUBMED, Biblioteca Virtual da Saúde (BVS) na Medline Lilacs e BDeInf. Foram encontrados 100 artigos sendo 47 na PUBMED, 46 na Medline, 4 Lilacs e 3 na BDeInf, após a aplicação do PRISMA 10 destes artigos foram analisados. **Resultados:** Dos dez artigos selecionados, realizou-se um recorte temporal de 2010 a 2020, observando o seguinte panorama: 60% de publicações americanas, os demais 40% distribuídos entre os países de Singapura, Escandinava, Austrália e Espanha. Em relação a abordagem metodológica os artigos apresentaram 20% de pesquisas quantitativas e 80% qualitativas. Para melhor caracterização dos artigos foram estruturados quadros descritivos com ano de publicação, País de origem, título, modelo assistencial destacados, a fonte e o método utilizado para o desenvolvimento dos artigos. Nas publicações analisadas os modelos teóricos de enfermagem foram os das concepções de Levine e Jean Watson. E, o modelo de sinergia criado pela Associação Americana de Enfermeiros Cuidados críticos. **Conclusão:** A busca por uma melhor inserção da enfermagem frente a cenários de desafios em prol da qualidade e segurança do paciente mobiliza mudanças na reflexão teórico-prática da profissão relacionado a indicadores que garantam resultados de qualidade e excelência.

DESCRITORES: Enfermagem, Modelo assistencial de enfermagem e unidade de terapia intensiva.

ABSTRACT: Objective: To analyze the care models highlighted in intensive care units in the light of scientific publications. Method: Integrative literature review, using the acronym PICO (participants and outcomes), with the Booleans AND and OR establishing the string (ICU OR “intensive care units”) AND(models, nursing OR “nursing models”). We structured the following guiding question: "What are the most prevalent care models in intensive care units?" Data collection took place in October 2021, in the databases: PUBMED, Virtual Health Library (BVS) at Medline Lilacs and BDEnf 100 articles were found, 47 in PUBMED, 46 in Medline, 4 Lilacs and 3 in BDEF, after applying the PRISMA 10 of these articles were analyzed. Results: Of the nine articles selected, a time frame from 2010 to 2020 was carried out, observing the following panorama: 60% of American publications, the remaining 40% distributed among the countries of Singapore, Scandinavia, Australia and Spain. Regarding the methodological approach, the articles presented 20% of quantitative research and 80% of qualitative research. For better characterization of the articles descriptive tables were structured with year of publication, country of origin, title, highlighted care model, source and method used for the development of the articles. publications analyzed, the theoretical models of nursing were those of the conceptions of Levine and Jean Watson. And, the synergy model created by the American Association of Critical Care Nurses. Conclusion: The search for a better insertion of nursing in the face of challenging scenarios in favor of quality and patient safety mobilizes changes in the theoretical-practical reflection of the profession related to indicators that guarantee results of quality and excellence.

DESCRIPTORS: Nursing, Nursing care model and intensive care unit.

INTRODUÇÃO

As diversas terminologias aplicadas como sinônimo de modelo assistencial têm dificultado o entendimento sobre as práticas de enfermagem hoje, em especial dentro das unidades de terapia intensiva, cenário este que é rico em tecnologia e conhecimento aplicado à prática. Contudo, a tecnologia ilude a assistência quando é compreendida apenas como facilitadora do processo do cuidar. A avaliação individualmente deste paciente crítico é primordial, quando a assistência do enfermeiro está focada em resultados no prognóstico do paciente em prol qualidade e segurança necessários à satisfação da clientela e do profissional. O entendimento de modelo assistencial dentro desta complexidade é idealizado com base nas ações de Florence Nightingale.

Em 1854, na Guerra da Criméia, os soldados morriam pelas condições sanitárias precárias, gerando altíssima taxa de mortalidade. Florence instituiu intervenções de cuidados mais complexos e especializados; estabeleceu ações focadas na higiene das mãos e do ambiente, se importando com a iluminação, aeração e ruídos e alocando os soldados, segundo o grau de gravidade, onde os mais graves ficavam próximos à enfermagem com monitorização contínua. A implementação contínua dessas ações associadas aos registros e análises de dados estatísticos proporcionou a redução da taxa de mortalidade (MARTINS e BENITO, 2016).

Na prática da enfermagem, a tecnologia avança em busca da melhoria do cuidado ao paciente e da melhoria do ambiente de trabalho. A tecnologia transformou a prática de enfermagem no local de trabalho, não só em termos de máquinas e equipamentos usados, mas as habilidades que desenvolvemos e o conhecimento que possuímos, os valores que defendemos e a importância da enfermagem para a sociedade. (BARNARD,1999)

Apesar de o modelo biomédico ser imperativo no saber e fazer assistencial e dos prejuízos acarretados pela polissemia conceitual para modelo assistencial próprio para Enfermagem, muitos enfermeiros vêm, aos poucos, ampliando as ideias de se focar seus cuidados nos clientes e suas famílias. Há mais de 30 anos, essa preocupação os tem levado à busca de um modelo que retrate uma prática reconhecadora do ser humano de forma holística e como um ser em sua totalidade – dono de sua história, social e autor de sua vontade para cuidar de si. Hoje, se compreende que esses inúmeros conceitos não engessam a busca por um modelo aplicável à realidade da Enfermagem, em especial a brasileira, razão pela qual tem se mostrado proativa na aplicação prática de alguns modelos existentes em países americanos e europeus.

Nesse entendimento este estudo tem como objetivo analisar a prevalência dos modelos assistenciais de enfermagem na unidade de terapia intensiva a luz da publicação científica.

A busca pela estruturação de um modelo assistencial para a enfermagem dentro de seu processo de trabalho torna-se relevante à medida que o cuidar ou assistir, administrar ou gerenciar, pesquisar e ensinar, são alicerces dos processos de enfermagem na tomada de decisão e exercício da autonomia com foco no cliente e seu contexto. Nestes diferentes processos, os autores da enfermagem inserem-se de forma heterogênea e hierarquizada, expressando a divisão técnica e social do trabalho.

Ao longo de sua história, os Enfermeiros tiveram de adaptar-se e preparar-se para novos desafios, ampliando sua área de atuação e conhecimento. Este conhecimento fez com que buscassem compreender questões estratégicas de negócio, o que, no passado, não era entendido como sendo uma competência essencial para esses profissionais. Hoje, o Enfermeiro gestor tem como principal desafio a busca da compreensão do planejamento estratégico institucional e exerce papel fundamental na tomada de decisão no que se refere à assistência de enfermagem (GEROLIN, 2016 p. 8).

Assim, o objetivo básico da unidade de terapia intensiva é recuperar ou dar suporte às funções vitais dos pacientes em um ambiente físico e psicológico adequado (OUCHI et al, 2018).

MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de um estudo de revisão integrativa de literatura com abordagem qualitativa, de acordo com a estratégia PICO (participantes, intervenção, contexto e resultados), este é um método que tem como objetivo, definir conceitos, revisar teorias e evidências e analisar problemas metodológicos de um tópico particular; de abordagem qualitativa, que possibilita observar, contar, descrever e classificar os dados, com o intuito de reunir o conhecimento produzido sobre o tema explorado na revisão; e de natureza exploratória, que visa explorar um fenômeno ou determinado tema (SOUSA; SILVA; CARVALHO, 2010).

A metodologia em questão apresenta seis fases: formulação da pergunta norteadora do estudo; busca na literatura (deve ser ampla e diversificada); coleta de dados (por meio de um instrumento previamente elaborado); análise crítica dos estudos incluídos; discussão dos resultados; e apresentação da revisão integrativa que deve ser clara e completa, permitindo o leitor avaliar os resultados (SOUSA; SILVA; CARVALHO, 2010).

A fim de aumentar a potencialidade e sensibilidade dos achados, formulamos a seguinte questão PICO: Quais são os modelos assistenciais mais prevalentes em unidades de terapia intensiva?

Nesta revisão só temos 02 acrônimos da estratégia PICO sendo estes, P= unidade de terapia intensiva adulto, Intervenção= modelo assistencial Comparação = não se aplica e O= não se aplica. Na busca pelos estudos mais prevalentes de modelo assistencial nas unidades de terapia intensiva, não há comparação e desfecho.

A coleta de dados ocorreu em outubro de 2021, nas bases de dados: PUBMED, Biblioteca Virtual da Saúde (BVS) onde selecionamos as bases Medline, Lilacs e BDeInf. Os descritores utilizados foram ICU, Intensive care units, Models, Nursing e Nursing Models. A string de busca foi (ICU OR “intensive care units”) AND (models, nursing OR “nursing models”). A busca foi feita por dois revisores independentes.

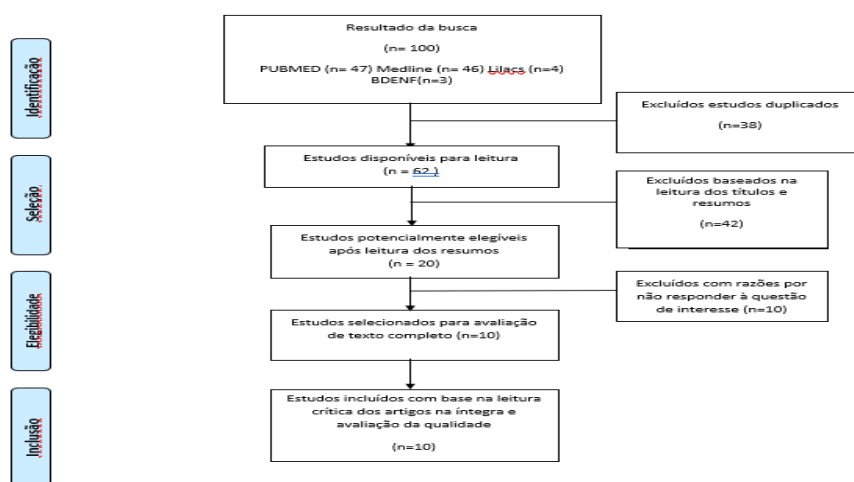
Como critérios de inclusão deste estudo, se considerou artigos primários, disponíveis na íntegra, publicados nos últimos dez anos. Os critérios de exclusão foram os estudos de revisão, os duplicados e que não contemplavam a temática em questão.

Para apresentação dos critérios de seleção e elegibilidade dos estudos identificados nas bases de dados, se utilizou o Fluxograma *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses* (PRISMA) (GALVÃO, 2015).

Para melhor caracterização dos artigos foram estruturados quadros descritivos com ano de publicação, País de origem, título, modelo assistencial destacados, a fonte e o método utilizado para o desenvolvimento dos artigos. na abordagem metodológica 20% pesquisas quantitativa e 80% qualitativa.

Os estudos incluídos foram analisados na íntegra através de leitura crítica, interpretação para síntese da revisão. Os dados desses estudos foram digitalizados em planilha de software Excel, buscando-se as informações sobre ano de publicação, País, autores, principais resultados e conclusões.

Figura 1- Fluxograma de seleção dos artigos incluídos na revisão



Resultados

Os resultados da busca de artigos permitem mostrar a caracterização dos estudos incluídos (Quadro 1), as principais características dos modelos assistenciais de enfermagem (Quadro 2) e a síntese das conclusões dos artigos incluídos nesta revisão integrativa.

Quadro 1 - Caracterização dos estudos incluídos na revisão - Rio de Janeiro - 2021.

N	Ano	País	Título	Modelo	Fonte	Método
1	2011	Estados Unidos da América	Evaluating nurse staffing patterns and neonatal intensive care unit outcomes using Levine's conservation model of nursing	Levine's Conservation	Journal of Nursing Management	Descritivo-correlacional
2	2012	Estados Unidos da América	A Developmental Care Framework for a Cardiac Intensive Care Unit	Developmental Care	Advances in Neonatal Care	Relato de experiência
3	2012	Estados Unidos da América	Building a Nursing Productivity Measure Based on the Synergy Model: First Steps	Synergy	American Journal of Critical Care	Descritivo: Grupo focal e survey
4	2012	Estados Unidos da América	NPs in the ICU: The Vanderbilt initiative	Nurse Practitioner	The Nurse Practitioner	Relato de experiência
5	2012	Estados Unidos da América	The C.O.R.E. to Sociocultural Care in Nursing	C.O.R.E.	Dimension Critical Care Nurse	Teórico-reflexivo
6	2013	Escandinávia	ICU-recovery in Scandinavia: A comparative study of intensive care follow-up in Denmark, Norway and Sweden	Follow-up	Intensive and Critical Care Nursing	Descritivo-comparativo
7	2014	Estados Unidos da América	Interventional Patient Hygiene Model. Una riflessione critica sull'assistenza di base in terapia intensiva	Interventional Patient Hygiene Model	Il Pensiero Scientifico	Descritivo-reflexivo

8	2018	Austrália	Do nurse navigators bring about fewer patient hospitalisations?	Nurse navigators	Journal of Health Organization and Management	Caso-controle combinado
9	2019	Singapura	The PEST Model A Quality Improvement Project to Reduce Self-extubation in the Intensive Care Unit	PEST	Dimensions of Critical Care Nursing	Pesquisa Intervenção. Quantitativo.
10	2020	Espanha	Enfermería de Práctica Avanzada en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales mediante el modelo de Enfermera de Cabecera/Advanced Practice Nursing in the Neonatal Intensive Care Unit using the Primary Nursing Model	Primary Nursing	Revista de Enfermería del Instituto Mexicano del Seguro Social	Reflexão Teórica Filosófica.

Quadro 2 - Principais características dos modelos assistenciais de enfermagem, Rio de Janeiro, 2021.

Modelo	Características
Levine's Conservation	Considera a necessidade de cuidados de enfermagem em quatro dimensões: conservação de energia, integridade estrutural, integridade pessoal e integridade social.
Developmental Care	Incluiu 5 medidas básicas para apoiar as práticas de cuidado do desenvolvimento baseadas em evidências: (1) avaliação do sono, dor

	e estresse; (2) gerenciamento da vida diária; (3) posicionamento, alimentação, e cuidados com a pele; (4) cuidado centrado na família; e (5) um ambiente de cura.
Synergy	Cada paciente e família trazem para uma situação de saúde características que afetarão os cuidados de enfermagem necessários ao atendimento de suas necessidades. Quando as necessidades e características da família do paciente são combinadas com a competência do enfermeiro, resultados de sinergia e melhores resultados para os pacientes podem ser esperados.
Nurse Practitioner	As equipes de prática de NP devem ser estruturadas com um sistema coeso estratégia para fornecer cobertura de pacientes 24 horas por dia, 7 dias por semana e consistência no atendimento baseado em evidências.
C.O.R.E.	Integra conforto, organização, rituais, e meio ambiente (C.O.R.E.) no processo de terminal. Promove resultados positivos para a família e profissionais de saúde.
Follow-up	Promoção da recuperação do paciente e orientação das enfermeiras de UTI sobre as consequências do tratamento intensivo. Elementos: a) visita à ala, b) visita de seguimento, c) papel dos parentes.
Interventional Patient Hygiene Mode	Fornecer um plano proativo de intervenções de enfermagem para fortalecer os pacientes através do cuidado de enfermagem baseado em evidências. Os componentes do modelo incluem intervenções de higiene oral, mobilização, trocas de curativos, cuidados com cateter urinário, gestão de incontinência e banho no leito, higiene das mãos e antisepsia da pele.

Nurse navigators	Busca melhorar a coordenação do atendimento ao paciente, aumentando a coesão em todos os serviços de saúde, ligando os pacientes a serviços de cuidados relevantes e reduzindo a fragmentação do cuidado.
PEST	O modelo PEST cobre Dor e Delirium, Proteção, sedação e amarração do tubo endotraqueal. A sigla também fornece um caminho para escalar as intervenções a ser realizado em resposta ao gerenciamento de endotraqueal segurança do tubo.
<i>Primary Nursing</i>	Modelo composto por quatro elementos: alocação e aceitação da responsabilidade individual pela tomada de decisão para um indivíduo, atribuições de cuidados diários pelo método de caso, comunicação interpessoal direta e uma pessoa operacionalmente responsável pela qualidade do atendimento prestado aos pacientes em uma unidade 24h por dia, sete dias na semana.

Com foco no recorte temporal de prevalência dos modelos assistenciais em UTI (Quadro1) nos anos de 2010 a 2020 observamos o seguinte panorama: 60% de publicações americanas, os demais 40% distribuídos entre os países de Singapura, Escandinava, Austrália e Espanha. Em relação a abordagem metodológica os artigos apresentaram 20% de pesquisas quantitativas e 80% qualitativas.

Diante deste panorama, as características de cada modelo foram pontuadas (quadro 2), onde emergiu o modelo conceitual baseado nas teorias de enfermagem. Estes, estavam em maior número em relação às teorias organizacionais. Nas publicações analisadas os modelos teóricos de enfermagem foram os das concepções de Levine e Jean Watson. E, o modelo de sinergia criado pela Associação Americana de Enfermeiros Cuidados- críticos (AACN).

Justifica-se a liderança americana em destaque no ano de 2012, mesmo com artigos de metodologia incipiente em relação à relevância científica, pelo movimento em busca de excelência profissional para as práticas de enfermagem.

Segundo Ribeiro (2016), nos anos 90, os modelos de prática profissional foram definidos como sistemas, contendo estruturas, processos e valores que sustentam a prática de cuidados de enfermagem. Essa representação de modelo possibilita resultados de alta qualidade nos cuidados prestados pelo enfermeiro.

Os modelos de prática profissional (MPP), essenciais à promoção da excelência na prática de enfermagem através do *Magnet Recognition Program*, originário exatamente nos Estados Unidos, forneceu o impulso para a implementação de modelos de prática profissional em enfermagem (SLATYER, COVENTRY, TWIGG, & DAVIS, 2015).

Diante deste panorama, as características de cada modelo estão apresentadas no quadro 2 com o modelo conceitual baseado nas teorias de enfermagem. Esses estão em maior número em relação às teorias organizacionais. Nas publicações analisadas os modelos teóricos de enfermagem foram os das concepções de Levine e Jean Watson. E, o modelo de sinergia criado pela Associação Americana de Enfermeiros Cuidados- críticos (AACN).

Segundo Chamberlain et al (2013), o objetivo principal de um modelo de prática profissional é apoiar a relação entre o enfermeiro e o paciente, sinalizando a participação desse profissional na tomada de decisão e na melhoria da qualidade do atendimento, além de trazer resultados melhores ao paciente e contribuir para a satisfação da família.

Nesse sentido, hospitais que procuram a acreditação *Magnet*® são frequentemente confrontados com o desafio de desenvolver um modelo de prática profissional (MPP) de enfermagem, que é considerado um elemento chave na criação de um ambiente que promova uma prática profissional exemplar (TINKHAM, 2013; BERGER et al., 2012).

Quando o MPP é bem estruturado, os enfermeiros se sentem conectados entre si e com sua prática, demais profissionais, os pacientes e a instituição, estabelecendo bom relacionamento e comunicação e proporcionando maior organicidade dos processos. Essa percepção se concretiza na qualidade dos registros (BOSAL et al, 2015).

Os artigos analisados destacam os modelos de práticas profissionais e suas contribuições, de forma que o modelo de Levine's Conversation (2011) contribuiu com um maior nível de consistência dos cuidados de enfermagem, melhora dos indicadores de tempo de internação, redução do uso de ventilação mecânica, oxigenoterapia e nutrição

parenteral, assim como redução dos índices de infecção. Este estudo ressalta que o uso de um modelo conceitual de enfermagem e uma teoria orienta o conteúdo e a natureza do cuidado de enfermagem que é necessário.

No modelo Developmental (2012) à implementação de um modelo de práticas de cuidado de desenvolvimento fora de uma UTIN requer um processo cuidadoso e bem planejado para garantir uma adaptação bem-sucedida na mudança da prática. O compromisso institucional e um forte compromisso da liderança da enfermagem em nível local são fundamentais para sustentar o modelo assistencial. O processo para garantir a sustentabilidade está enraizado no nível da unidade por meio da prática profissional, esse reforço contínuo pela equipe demonstra o paradigma holístico de atendimento, os outros aspectos do cuidado (cuidado canguru, controle dos pais e transição para o seio) se encaixaram e foram sustentado mesmo durante à ausência da enfermeira especialista como um resultado do engajamento da equipe.

O modelo de Synergy (2012) demonstra que independentemente do nível de carga de trabalho ou tipo de unidade, os entrevistados notaram que enfermeiras, mentores e equipe auxiliar disponíveis na UTI eram importantes para fornecer um ambiente de trabalho ideal. Dessa forma o uso do Modelo de Sinergia como uma estrutura conceitual que favorece a produtividade da enfermagem independente da carga de trabalho e com resultados positivos em relação da mortalidade de pacientes em UTI.

A evolução científica das Nurse Practitioner (2012) como especialistas clínicos, educadores, pesquisadores e líderes, aumenta o valor do enfermeiro dentro das UTIs, o alto desempenho na instituição, demonstra a aplicação da experiência clínica, planejamento estratégico, aptidão financeira, gerenciamento e habilidades de comunicação aplicados de forma a garantir a qualidade, segurança e melhora do custo na instituição (capacitação e competência profissional).

O modelo C. O. R. E (2012) coloca os enfermeiros de cuidados intensivos, bem como enfermeiros de outras especialidades, na aplicação de um modelo para ajudar a aliviar o estresse que acompanha perda, luto e alienação em famílias com uma variedade de origens culturais. Essas qualidades podem ser alcançadas fornecendo às famílias um modelo conceitual que pode orientar o cuidado cultural na terminalidade do desmame, proporcionando com essa abordagem uma ferramenta que pode facilitar culturalmente o plano sensível de cuidados de enfermeira para enfermeira.

Para o modelo de Follow up (2013) os programas dinamarqueses e suecos tem se a avaliação do paciente para permitir a medição do impacto na saúde, enquanto o norueguês os programas focam as necessidades existenciais. Dos quatro modelos básicos de acompanhamento, que foi conduzido por enfermeiros ou multidisciplinar, com ou sem o fornecimento diário de pacientes, extrai-se a recomendação de uma abordagem mais sistemática para a integração dos familiares em acompanhamento na UTI. Nenhum dos programas da Marinha Scandi oferece pacotes de reabilitação física, como visto no Reino Unido, mas todos os programas se concentram no futuro em seu objetivo principal de promover o bem-estar do paciente e recuperação.

No modelo Interventional Patient Hygiene Model (2014) a enfermagem vem buscando conhecimentos científicos aplicados à prática, contudo não deve negligenciar seu potencial que fundamentam a base que possui. O conhecimento e a consciência devem ser suficientes, em termos de mentalidade, desde o treino básico, buscando proporcionar aos alunos e jovens na assistência de enfermagem uma pegada equilibrada entre a enfermagem tradicional e a avançada. Por último, acima de tudo, o valor de medição e, portanto, de fazer pesquisas, começando simplesmente a partir da coleta de dados sobre os indicadores de resultado e desempenho, que é uma informação fundamental sobre o qual construir as bases da mudança na prática.

O Nurse navegadores (2018) aponta para um modelo comparativo onde mostrou que as enfermeiras navegadoras atuaram em um grupo de pacientes com maior número de comorbidade e um conjunto diferente de diagnósticos que podem indicar a necessidade de cuidados mais complexos do que o grupo não NN. Os pacientes com multi comorbidades têm maior uso e custo de saúde. O modelo trouxe o entendimento de melhor qualidade do atendimento prestado a essa clientela. O estudo também registrou relato de pacientes sobre a melhoria de atendimento (cuidados adequados) e alta satisfação. Dar a voz ao paciente fornece um melhor feedback. Para os enfermeiros e gerentes, foi fundamental o entendimento sobre a força de trabalho e os desafios que os níveis de saúde impõem, pois promove maior eficiência e economia de recursos.

Já o modelo P.E.S.T. (2019) promove a redução da auto extubação com inserção da enfermagem como protagonista, pois busca conciliar e integrar intervenções não farmacológicas e farmacológicas no manejo do paciente ventilado mecanicamente ampliando o contexto da prática clínica em relação aos eventos adversos que podem afetar tanto os profissionais de saúde quanto o paciente. O pacote de cuidados liderados por

enfermeiras facilita a aplicação prática pois está estruturada nos elementos do mnemônico “PEST” fácil de lembrar e promove resultados de melhoria da qualidade.

E, por último temos o modelo *Primary Nursing* (2020) Modelo de enfermeiro referência, promover a autonomia e dignidade da pessoa, bem como fortalecer a prática profissional. Desenvolve a Prática Avançada de Enfermagem em Unidades de Terapia Intensiva Neonatal por meio da implantação do modelo de Enfermeira de Família elaborado por Marie Manthey. O modelo Enfermeiro de Família, em articulação com a Enfermagem de Prática Avançada, contribui para a melhoria da qualidade da assistência, melhorando a comunicação e a relação entre profissional de enfermagem-paciente, profissional de enfermagem-família e profissional de enfermagem-equipe multiprofissional.

Estas as contribuições sobre os modelos assistenciais mais prevalentes em unidades de terapia intensiva demonstrados na forma de melhoria nos níveis de satisfação de clientes e profissionais de enfermagem, retratando a sua robustez em forma de indicadores de qualidade; proporcionam a aplicação teórica na prática em escala mais abrangente; incremento do propósito do trabalho da enfermagem; oferta de ambiente de trabalho mais positivo; menor vulnerabilidade do processo saúde-doença dos clientes, com melhoria do quadro de ansiedade e segurança deles; equipe de enfermagem com ampliação e aprofundamento do conhecimento da prática clínica, habilidade técnica e capacidade de comunicação, possibilitando estreitar o relacionamento com cliente e família. A qualidade da assistência é balizada pela governança compartilhada, participação das enfermeiras em todos os níveis de saúde, gerenciando e conduzindo o cuidado em saúde.

O modelo *Primary Nursing* (PN) citado nos artigos “Os enfermeiros navegadores trazem menos hospitalizações de doentes?” “Enfermagem de Prática Avançada em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal utilizando o Modelo de Enfermagem Primário.” é definido como um Sistema para prestação de assistência de enfermagem cuja principal característica é a autonomia do enfermeiro tanto na prática clínica como no desempenho de seu papel. Trata-se da proposta de um modelo gerencial, que contempla os aspectos organizacionais, estruturais, assistenciais e financeiros, onde o paciente e familiares estão no centro, cujas implantações das ações estão ligadas pela filosofia e logística

institucional, e pelos indicadores de desempenho. Por essa razão, é um modelo reconhecido como gerenciamento de enfermagem por resultados (MARX, 2006).

Com base nessa concepção gerencial, o Sistema *Primary Nursing* define quatro princípios centrais de seu modelo, a saber: 1 - alocação e aceitação da responsabilidade individual pela tomada de decisão para um indivíduo; 2 - atribuições de cuidados diários pelo método de caso; 3 - comunicação interpessoal direta e 4- uma pessoa operacionalmente responsável pela qualidade do atendimento prestado aos pacientes em uma unidade 24 horas por dia, sete dias por semana (GEROLIN, 2017).

Este planejamento dará ao enfermeiro respaldo para trilhar o conhecimento contínuo e ininterrupto do plano terapêutico do paciente. Em todos os artigos analisados o enfermeiro foi identificado como mola propulsora da assistência diferenciada, com compromisso, envolvimento teórico, olhar holístico e humanizado promovendo satisfação do paciente e familiares, além de contribuir para redução do custo institucional.

CONCLUSÃO

A busca por melhor inserção da enfermagem frente a cenários desafiadores em prol da qualidade e segurança do paciente mobiliza mudanças na reflexão teórico-prática da profissão em especial relacionado a indicadores que garantam resultados de qualidade e excelência. Os artigos em discussão demonstram em suas contribuições a importância do investimento nos desenvolvimentos e implementação dos modelos assistenciais.

Mesmo com estudos incipientes no olhar de pesquisa científica, destacamos que não foram encontrados artigos nacionais o que demonstra uma lacuna a ser explorada, visto que os artigos analisados possuem robustez em sua elaboração ao focar o modelo assistencial e a autonomia do enfermeiro na garantia da qualidade de resultados, gestão compartilhada e o fortalecimento do compromisso institucional espelhado na satisfação dos clientes, familiares e profissionais.

As evidências mostram que os artigos ensaiam a implementação de modelos assistenciais de enfermagem, ainda sendo desafiador para as enfermeiras o processo de mudança, implicando na necessidade de maior investimento nas bases teórico-metodológicas para uma prática de excelência e na qualificação da equipe de enfermagem para desenvolvimento de competências e habilidades específicas.

Referências:

1. ALARCON-MUÑIZ, Lila Marili; ENRÍQUEZ-CHACON, José Roberto; ACOSTA-CASTAÑEDA, Gilberto. Enfermería de Practica avanzada em la unidade de cuidados intensivos neonatales mediante el modelo de enfermeira de cabecera/advanced practice Nursing in the neonatal intensive care unit using the Primary Nursing Care Model. Revista enfermeira institute Mexicano del seguro social;28(1):65-70, Ene-Mar,2020.
2. BASOL, Roberta, HILLEREN-LISTERUD, Amy, CHMIELEWSKI, Linda. Developing, Implementing, and Evaluating a Professional Practice Model. Janeiro, THE JOURNAL OF NURSING ADMINISTRATION, 2015. Volume 45, Number 1, pp 43-49 DOI: 10.1097/NNA.000000000000153
3. BAMBI, Stefano; LUCCHINI, Alberto; SOLARO, Massimo; LUMINI, Enrico; RASERO, Laura. Interventional patient. Hygiene Model. A critical reflection on basic nursing care in intensive care units. Il Pensiero Scientifico- Journal Assistenza Infermieristica e Ricerca, 2014 33(2):90-6. DOI: 10.1702/1539.16815. PMDI: 25002060.
4. BARNARD A. Nursing and the primacy of technological progress. Int J Nurs Stud [serial on the internet]. 1999 [cited 2014 June 1];36(6):435-42. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10576114>.
5. BERG, J.T.; CONWAY, S. e BEATON, K.J. Developing and implementing a nursing professional practice model in a large health system. Journal of Nursing Administration, 2012. 42(3), 170-175. DOI: 10.1097/NNA.0b013e31824809f5
6. CHAMBERLAIN, Barbara; BERSICK, Eileen; CRAIG, Jayne; COLE, Donna; CUMMINS, Kathy; DUFFY, Marie; HASCUP, Valera; KAUFMANN, MaryAnn; MCCLURE, Diane; and SKEAHAN, Loraine. Practice models: A concept analysis. Nursing Management • October 2013, p.16.
7. EGEROD, I.; RISOM, S.S.; THOMSEN, T.; STORLI, S.L.; ESKERUD, R.S.; HOLME, A.N.; SAMUELSON, K.A. ICU- recovery in Scandinavia: a comparative study of intensive care follow-up in Denmark, Norway and Sweden. Intensive Critical care Nursing, 2013. Apr;29(2):103-11. DOI: 10.1016/j.iccn.2012.10.005. PMDI:23340012
8. GALVÃO, T. F.; PANSANI, T. S. A.; HARRAD, D. Principais itens para relatar revisões sistemáticas e meta-análises: A Recomendação PRISMA. SciELO Brasil, 2015. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/ress/2015.v24n2/335-342/pt/>. Acesso em 05 de junho de 2021.
9. GEROLIN, Fátima Silvana Furtado. Modelo assistencial do Hospital Alemão Oswaldo Cruz: um estudo de caso. Tese de Doutorado. São Paulo: Universidade Federal de São Paulo, 2016.
10. GEROLIN, Fátima Silvana Furtado. A assistência como essência da trajetória do Hospital Alemão Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro, Atheneu, 2017. 199p.
11. GORDON, G.; SPOONER, A.J.; BOOTH, N.; DOWNER, T.R.; HUDSON, A.; YATES, P.; GEARY, A.; O'DONNELL, C.; CHAN, R. Do nurse navigators bring about fewer patient hospitalisations? Journal Health Organization Management, 2019. Mar;33(1) 51-62. DOI: 10.1108/JHOM-02-2018-0063. PMID: 30859909
12. KAPU, A.N.; THOMSON-SMITH, C.; JONES, P. NPs in the ICU: the Vanderbilt initiative. The Nurse Practitioner, 2012. Aug;37(8):46-52. DOI: 10.1097/01.NPR.0000413485.97744.11. PMDI: 22842142.

13. KOHR, LM; HICKEY, PA; CURLEY, MA. Building a Nursing productivity measure based on the synergy model: first steps. *American Journal Critical Care*, 2011. Nov 21(6):420-30; quiz 431. DOI: 10.4037/ajcc2012859. PMID:23117905.
14. LIN, YP; WU, M. The PEST Model: A quality Improvement Project to reduce self-extubation in the intensive care unit. *Dimensions of Critical Care Nursing*, 2019 Jul/Aug; 116(4):221-227. Doi: 10.1097/DCC.0000000000000364. PMID:27011138.
15. MARTINS, Dayane Franco; BENITO, Linconl Agudo Oliveira. Florence Nightngale e suas contribuições para o controle das infecções hospitalares. *Revista Ciências da saúde*. Brasília, v.14, n.2, p.153-166, jul/dez, 2016. DOI: 10.5102/ucs.v14i2.3810
16. MARX, Lore Cecília. Competências da enfermagem: sedimentadas no Sistema primary nursing. Rio de Janeiro: Editora de Publicações Biomédicas LTDA, 2006.
17. MEFFORD, LC; ALLIGOOD, MR. Evaluating nurse staffing patterns and neonatal intensive care unit outcome using Levine's Conservations Model of Nursing. *Jornal Nursing Management*, 2011. Nov; 19(8):998-1011. DOI 10.1111/j.1365-2834.2011.01319. PMID:22074302
18. PRECIADO, A; VACHHANI, A; GILBERT, A; COX, J; ROBLES, Ede J e THOMPSON, J 3rd. Innovate solutions: the C.O.R.E. to sociocultural care in nursing. *Dimensions Critical Care Nursing*, 2012. Sep-Oct; 31(9):283-6. DOI: 10.1097/DCC.0b013e3182619987. PMID: 22874543.
19. RIBEIRO, Olga Maria Pinenta Lopes; MARTINS, Maria Manuela Ferreira Pereira da Silva e TRONCHIN, Daisy Maria Rizatto. Modelos de prática profissional de enfermagem: uma revisão integrativa da literatura. *Revista de Enfermagem Referencia*. Série IV, nº10 jul/ago/set, 2016. DOI: 10.12707/RIV16008.
20. SOUZA, Marcela Tavares de; SILVA, Michelly Dias da; CARVALHO, Rachel de. Revisão integrativa: o que é e como fazer. São Paulo, Einstein, 2010. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/eins/a/ZQTBkVJZqcWrTT34cXLjtBx/?lang=pt>
21. SLATYER, S.; COVENTRY, M.; TWIGG, D. e DAVIS, S. Professional practice models for Nursing. A review of the literature and synthesis of Keys componentes. *Journal of Nursing Management*, 2015. 24(2), 139-150. DOI: 10.1111/jonm.12309
22. OUCHI, Janaina Daniel, LUPO, Ana Paula Rodrigues, ALVES, Bianca de Oliveira, Andrade, Renato Vasques e Fogaça, Michele Bueno. O PAPEL DO ENFERMEIRO NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA DIANTE DE NOVAS TECNOLOGIAS EM SAÚDE. *Revista Saúde em Foco – Edição nº 10 – Ano: 2018*, p 412. <https://portal.unisepe.com.br/unifia/wp-content/uploads/sites/10001/2018/07/054>.
23. TINKHAM, M.R. Pursuing magnet designation: Choosing a professional practice model. *AORN Journal*, 2013. 97(1), 136-139. DOI: 10.1016/j.aorn.2012.09.007
24. TOROWICZ, D; LISANTI, AJ; RIM, JS; MEDOFF-COOPER, B. A developmental care framework for a cardiac intensive care unit: a paradigm shift. *Advanced neonatal Care*, 2012. Oct; 12. Suppl 5: S28-32. DOI: 10.1097/ANC.0b013e318265aeef. PMID: 22968003.

CAPÍTULO III - MATERIAL E MÉTODOS

3.1 Tipo de Pesquisa

Trata-se de um estudo qualitativo e de caráter descritivo, dada a preocupação com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos (MINAYO, 2006), sob a perspectiva dos atores em intersubjetividade.

Pollit & Hungler (1995) consideram que a pesquisa qualitativa é fundamentada na premissa de que os conhecimentos são possíveis somente através da descrição da experiência humana, tal como ela é vivenciada e definida por seus próprios sujeitos.

A inseparabilidade dos fenômenos do seu contexto alicerça a investigação qualitativa, pois é impossível discernir opiniões, percepções e significados dos indivíduos silenciando o contexto (RIBEIRO, 2016). Dessa forma, a análise qualitativa de um objeto de investigação concretiza a possibilidade de construção de conhecimento e possui todos os requisitos e instrumentos para ser considerada e valorizada como um construto científico (MINAYO, 2011).

Dado o objetivo de elaboração coletiva de um plano de ação para transição do modelo existente para o modelo adaptado *Primary Nursing*, se tomará a pesquisa-ação como um guia, sob a concepção de que não é mera continuidade da pesquisa tradicional das Ciências Sociais. O interesse é na sua permissão em conduzir o pesquisador no percurso de distintos e diversos campos de conhecimento e linguagens científicas dotadas “de um certo poliglotismo” (BARBIER, 2007, p. 18).

Outra justificativa fundamental é o caráter pedagógico e político da pesquisa-ação, uma vez que o pesquisador deve assumir, eventualmente, “diferentes papéis em certos momentos de sua ação e de sua reflexão”, possibilitando a ampliação de sua autonomia e autoria de sua prática e seu discurso (op. cit, p. 19). O conceito de ação tem estreita vinculação com a noção de liberdade para agir e transformar o mundo que, para Heidegger, constitui um complexo formado pela significação das experiências que fazem do ser humano um ser histórico (MINAYO, 2011).

3.2 A Pesquisa Convergente Assistencial

A pesquisa-ação visa fornecer, aos pesquisadores e grupos sociais, os meios de se tornarem capazes de responder com maior eficiência aos problemas da situação em que vivem, em particular sob a forma de estratégias de ação transformadora e, ainda, facilitar a busca de soluções face aos problemas para os quais os procedimentos convencionais têm contribuído pouco (TRENTINI; PAIM; SILVA, 2014). No caso desta tese, acredita-se que possibilitará aumentar o conhecimento dos pesquisadores e o nível de consciência dos profissionais de enfermagem envolvidos na cartografia e caracterização do modelo vigente no CTI e na elaboração do plano de ação para o modelo desejável.

Dado que o objeto deste estudo enfoca a disciplina de Enfermagem e os seus profissionais, o referencial teórico-metodológico escolhido dentro da pesquisa-ação é a Pesquisa de Convergência Assistencial (PCA), defendido por Trentini e Paim (2004), por sua peculiaridade em considerar que a necessária renovação e sua concretude no contexto da prática assistencial de enfermagem exigem “o comprometimento dos profissionais de determinado local da prática assistencial, diante da integração do pensar e do fazer” (TRENTINI; PAIM; SILVA, 2014).

A perspectiva teórica-filosófica da PCA se pauta no delineamento híbrido, porque se encontra no ponto convergente da prática de enfermagem e da prática de pesquisa, propondo-se a inovação e a construção de conhecimento acerca de fenômenos manifestados de modo inesgotável (OP.CIT. e ALVIM, 2017).

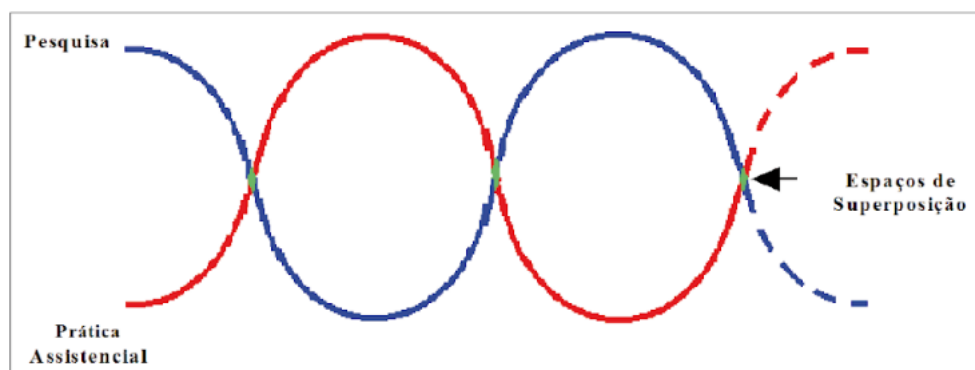
Paula et al. (2018) afirmam que a identidade da PCA se constitui dos seguintes indicadores:

- 1) Manter, durante seu processo, uma estreita relação com a prática assistencial com o propósito de encontrar alternativas para solucionar ou minimizar problemas, realizar mudanças e/ou introduzir inovações no contexto da prática em que ocorre a investigação.
- 2) O tema da pesquisa deverá emergir das necessidades da prática reconhecidas pelos profissionais e ou pelos usuários do campo da pesquisa.
- 3) O pesquisador assume compromisso com a construção de um conhecimento novo para a renovação das práticas assistenciais no contexto estudado.
- 4) A PCA deve ser desenvolvida no mesmo espaço físico e temporal da prática.
- 5) Os pesquisadores deverão estar dispostos a se inserir nas ações das práticas de saúde no contexto da pesquisa durante seu processo.

6) A PCA permite a incorporação das ações de prática assistencial e ou outras práticas relacionadas à saúde no processo de pesquisa e vice-versa. Isso não implica em atribuir idênticas características à pesquisa e à prática, pois, cada qual tem sua própria identidade que precisa ser considerada durante o processo de investigação.

7) Aceita a utilização de vários e diferentes métodos e técnicas de coleta e análise dos dados.

Figura 2- Movimentos de aproximação, de distanciamento e de convergência da pesquisa e da prática assistencial, formando espaços de superposição dessas atividades



Fonte: TRENTINI et al, 2017

Com base nesses indicadores de identidade, a PCA está distribuída em quatro fases: concepção, instrumentação, perscrutação e análise. A fase de concepção define o problema de pesquisa sob profunda reflexão a partir de revisões de literatura. Na fase de instrumentação, é obrigatório o envolvimento do pesquisador no conhecimento da prática assistencial, além de tomar decisão sobre a delimitação do espaço físico, escolha dos participantes e instrumentos de coleta de dados. Para perscrutação, exige-se que o pesquisador tenha habilidade de examinar, investigar com rigor e procurar se inserir na situação em estudo, de forma a ter as condições para mudança em todo o contexto da investigação (TRENTINI; PAIM; SILVA, 2014).

A última fase é análise, envolvendo quatro processos, a saber: o de apreensão onde se deve estar atento ao princípio da imersibilidade para que a inserção do pesquisador na prática assistencial facilite a produção de mudanças compartilhadas com os participantes da pesquisa; de síntese é a reunião e fusão coerente de elementos abstratos ou concretos, a partir da capacidade do pesquisador em sintetizar casos, histórias, experimentos a fim de descrever os padrões e/ou comportamentos do grupo com objetivo de mostrar dados

para desvelamento dos fenômenos; o de teorização que deve estar relacionado à identificação, definição e de construção de relações entre um grupo de construtos, possibilitando a produção de previsões dos fenômenos em investigação que leva à denominação de teoria e o de transferência de resultados que diz respeito à possibilidade de contextualizá-los em situações similares com a intenção de transferi-los e de socializá-los (op. cit, 2014).

3.3 Cenário do Estudo

O estudo foi desenvolvido em um hospital municipal de grande porte, responsável pelos atendimentos de urgência e emergência na região central do Rio de Janeiro. Esta localização junto a confluência de sistemas de transporte oportuniza acesso àqueles oriundos de outras áreas programáticas do município do Rio de Janeiro e a outros municípios da região metropolitana e do Estado. Atende alta e média complexidade, opera como centro de apoio aos atendimentos da ponte Rio-Niterói e ao aeroporto Santos Dumont, e é designado como referência para atendimentos a múltiplas vítimas em grandes eventos e situações de catástrofe.

Recentemente, foi criado um complexo hospitalar contemplando em uma mesma área, unidades assistenciais com diferentes características de atendimento- Centro de referência em emergência (CER), Hospital Maternidade e o Hospital de Urgência e Emergência, cada um sob uma gestão local própria e todas as unidades sob coordenação geral única.

A unidade dispõe de 400 leitos, distribuídos em 28 leitos de terapia intensiva, realizando internações destinadas a pré, pós-operatório e pacientes clínicos, a instituição consta com serviços especializados e de apoio diagnóstico. As clínicas cirúrgicas são divididas em especialidades de traumato-ortopedia, neurocirurgia, cirurgia vascular, bucomaxilo, oftalmologia, otorrinolaringologia, exames diagnósticos como endoscopia digestiva alta, colonoscopia, tomografia, ecocardiograma trans torácico, de estresse e trans esofágico, pediatria, urologia com urodinâmica, cardiologia sem hemodinâmica, cirurgia geral e torácica, Centro de tratamento de queimados adulto e pediátrico, policlínica.

De acordo com o plano de atendimento às catástrofes do Estado do Rio de Janeiro, o complexo hospitalar citado é referência ao atendimento a múltiplas vítimas e catástrofes, e com a declaração de pandemia por vírus SarsCov2 – COVID19, emitida

pela Organização Mundial Saúde (OMS) em dezembro de 2019, o CTI do hospital tornou-se referência para o atendimento de pacientes graves infectados pelo COVID19.

3.4 Os participantes da pesquisa

Os participantes da pesquisa foram 12 enfermeiros assistenciais do CTI, de um total de 16, com escalas especiais de 12h intercalados durante a semana e com escalas de plantão de 12h horas de trabalho com 60 h entre descanso e folga contemplando 30h semanas. As rotinas de enfermagem não foram elegíveis para o estudo devido ao déficit de enfermeiros nesta função, assim como a coordenação das unidades das terapias intensivas também não participou do estudo por ser a pesquisadora principal.

Os critérios de inclusão foram enfermeiros com vínculo empregatício como estatutários ou contratados e lotados no CTI há pelo menos 6 meses. A exclusão se deu para enfermeiros que estavam em processo de aposentadoria pois na esfera da rede pública municipal as licenças sem vencimento não gozadas são utilizadas nesses períodos colocando o funcionário com uma antecipação entre férias e licença acumulada antes da publicação de sua aposentadoria, compreendendo um período longo de afastamento, férias ou licença médica durante o período de coleta dos dados.

3.5 Coleta e Tratamento dos Dados

Após a aprovação do CEP, foi apresentado ao Centro de Estudos do hospital um cronograma, onde estavam definidos os encontros de negociação com os gestores da instituição. Nesse momento, se obteve a cópia das escalas, do organograma, dos dados de atendimento e internações no CTI, constantes no sistema de monitoramento Epimed, com a finalidade de realizar uma cartografia do perfil clínico e dos indicadores de desempenho do hospital.

As escalas de serviço permitiram identificar os dias e horários em que os enfermeiros se encontravam na instituição, e foi disponibilizado aos mesmos a carta convite de participação nesta pesquisa (Apêndice A). Houve boa aceitação, em especial dos enfermeiros do plantão diurno. Todos assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), apresentado no Apêndice B.

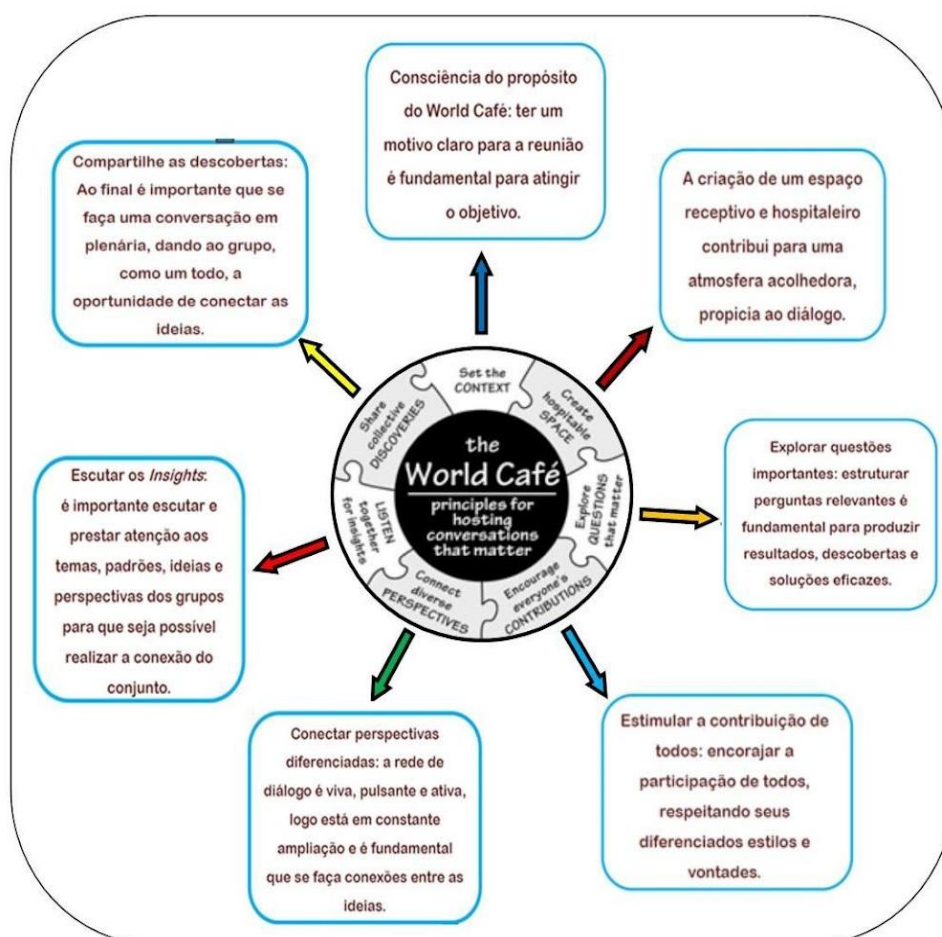
Amplamente utilizado em pesquisas de PCA, o *World Café* é uma técnica para a coleta dos dados deste estudo, por permitir a interlocução de temas a serem debatidos em relação ao objeto de investigação, devido à emissão de opiniões dos participantes

sobre os temas em debate entre os demais grupos ao circularem entre as mesas. Para Brown e Isaacs (2008), um dos diferenciais do *World Café* consiste em garantir a agilidade e fluidez entre os grupos, de modo a permitir que os participantes transitem por diversos arranjos grupais e não permaneçam com as mesmas pessoas até o final da atividade.

Na rodada entre os grupos, o ponto fixo é o anfitrião “*Host*”, cuja função é preservar o que já foi discutido utilizando este produto como insumo entre as pessoas que “aterrissam” naquele determinado ponto a ser discutido. Portanto, ele tem um papel fundamental na ancoragem das ideias anteriores e fazendo a interlocução dos viajantes necessária para a construção das ideias coletivas.

A figura mostra as diretrizes que orientam a utilização da técnica *The World Café*.

Figura 3 – Livre adaptação das diretrizes da técnica *The World Café*.



Fonte: *The World Café Community* (2015)

Cumpriu-se o disposto nos artigos 6º e 7º da Resolução CNS 580/2018 que dispõe sobre as pesquisas estratégicas para o SUS” a pesquisa realizada em instituição integrante do SUS não deverá interferir nas atividades para o SUS”.

No auditório do segundo andar do hospital, foram estruturadas as mesas para as rodadas. Em um primeiro momento duas mesas foram organizadas, em respeito às normas de segurança relacionadas a COVID 19, cadeiras substituíram as mesas para realização da técnica *THE WORLD CAFÉ*. Paralelo às cadeiras, uma mesa com café, água, chá e biscoitos estava disponível aos participantes, configurando um ambiente descontraído para o viajante. Iniciou-se as duas mesas com abordagens diferentes e dividindo os participantes. Cada mesa um *HOST*, escolhido como um pesquisador auxiliar, membro do núcleo de pesquisa que foi orientado pela pesquisadora em relação à questão a ser abordada em cada mesa e a forma acolhedora que um *HOST* deveria manter para fomentar as discussões. A mesa que discutia os princípios do *PN*, foi elaborado cards explicativos para entendimento do *HOST* para orientação dos viajantes. Uma síntese do estudo foi projetada pela pesquisadora no início da viagem.

O objetivo da primeira mesa foi fomentar a discussão sobre o modelo assistencial executado pelas enfermeiras para que se pudesse cartografar o modelo assistencial existente no CTI que os participantes atuam. Toda a viagem foi gravada de forma digital, pelos *HOST* e pesquisadora principal, para posterior transcrição.

A primeira mesa teve 6 componentes, que iniciaram a viagem com a pergunta: Como você realiza seu processo de trabalho hoje? Após 1h e 30 minutos de discussão em um clima descontraído, os viajantes mudaram de mesa, mantendo-se o *HOST* na mesma posição.

A segunda mesa contou com 6 componentes, que iniciaram a viagem a partir da apresentação de Cards explicativos com imagem e definição de cada um dos quatro princípios do modelo *Primary Nursing*. Esta mesa versou sobre os princípios do referido modelo, em que o *HOST* utilizou da metodologia ativa da problematização com uso dos cards, fomentando a participação coletiva aportados nas práticas estimulando seus pensamentos sobre suas práticas em relação aos princípios do modelo *Primary Nursing*. As questões indutoras foram: **Como seria o exercício de sua prática tendo a responsabilidade na tomada de decisão de um indivíduo?** (alocação e aceitação da responsabilidade individual pela tomada de decisão para um indivíduo), **O entendimento**

sobre o indivíduo a partir de seu caso clínico, contribui para os cuidados diários? (Atribuição de cuidados diários pelo método de caso), (Comunicação interpessoal direta) **Como é a sua prática em relação a comunicação interpessoal com a família e interprofissional? E, você acredita ser viável a assistência de um indivíduo nas 24h, sete dias por semana com foco na qualidade da assistência?** (uma pessoa operacionalizando responsável pela qualidade do atendimento prestado 24h por dia, sete dias por semana) após 1h e 30 minutos os viajantes mudaram seu destino, o *HOST* manteve-se na posição.

Essas duas rodadas foram finalizadas com um total de 3h de discussões. Pelo tempo de “viagem” das rodadas e a fadiga dos enfermeiros, foi necessário delinear uma nova estratégia. Em acordo com os participantes e mediante o estímulo sentido por eles em compartilhar seu dia a dia, de forma a extrair essa satisfação na colaboração dos dados. Os dados das rodadas do primeiro e segundo momento foram organizados e analisados através da ferramenta SIPOC.

A aplicação da técnica unida a ferramenta de gestão 5W1H possibilitou caracterizar os eixos métodos, pessoal e instrumentos do modelo de gerência de enfermagem por resultados. Sobre a ferramenta 5W1H destaca-se um objetivo principal, o de auxiliar no planejamento de ações, por nortear os questionamentos, pontuando as dúvidas sobre um problema e a sobre estratégias para tomada de decisões. Os benefícios são expressos na forma de compreensão dos fatos e melhor aproveitamento das informações, organizando e sistematizando ideias.

Com base em Karimi e Kadir (2012), assumem o conceito de qualidade em serviços, assim como qualidade em produto, deve ser iniciado pela adequação ao uso, onde empresas destinam seus serviços e produtos inteiramente aos seres humanos e o relacionamento entre ambos só é construído se satisfazer as necessidades dos clientes e corresponder às expectativas quanto a preço, prazo de entrega e adaptabilidade a suas propostas.

Dada a realidade do cenário dessa tese, utilizou-se as ferramentas de qualidade para organização e análise dos dados oriundos das rodadas do primeiro momento (primeira e segunda mesa) através do SIPOC e Fluxograma Analisador, que possibilitaram a identificação dos principais problemas.

A sigla SIPOC tem origem nos termos em inglês: Suppliers (fornecedores), Inputs (insumos), Process (processo), Outputs (produtos obtidos na saída) e Customers (consumidores) (RASIS et al., 2002-03; WERKEMA, 2001; PANDE, 2001 apud ANDRADE et al, 2012).

O SIPOC é um mapa de alto nível que possibilita a observação do processo estudado e de seus componentes principais (Rasmussen, 2006). Trata-se de uma ferramenta versátil, cuja aplicação é muito utilizada no planejamento de melhorias de processos com base em metodologias como Lean e Seis Sigma, tanto na área de manufatura como na de serviços. Essa ferramenta é utilizada para entender o processo de forma clara e rápida, identificar a sequência do fluxo das atividades e as atividades críticas ao processo (ANDRADE; MARRA; LEAL; MELLO, 2012). Ou seja, o SIPOC é uma ferramenta para auxiliar a entender como um processo funciona de maneira macro.

Entende-se que o objetivo do mapeamento de processos é sair dessa confusão do cotidiano e poder enxergar claramente a relação entre as entradas, atividades e saídas, ou seja, poder traçar o caminho pelo qual as entradas são trabalhadas e viram saídas.

O acrônimo SIPOC se refere à *S- suplies; I- input; P- process; O -outcomes e C- customes*. Em português, a tradução é, respectivamente, fornecedores, entrada, atividades atribuídas e realizadas, desfecho e clientes. A configuração desses fluxogramas foi realizada no programa *Wondershare EdrawMax*.

Os fluxogramas têm sido utilizados, amplamente, na gestão em saúde. Trata-se de uma representação gráfica da sequência de procedimentos ou de rotinas de maneira analítica, objetiva e resumida pela estrutura de fatores e variáveis envolvidas no sistema representado, informações apresentadas, representação da organização e atividades realizadas. Portanto, é a representação lógica, racional, clara, sintetizada das informações fornecidas, processadas e emitidas (SILVINO,2018).

Complementar ao uso desta ferramenta, houve a necessidade da utilização do fluxograma analisador, por ter um potencial interrogador dos processos e produtos, que vai “desde o questionamento da forma e para quem é produzida tal intervenção até à interrogação das intencionalidades dos sujeitos que executam as ações e à que modelo estão servindo” (JORGE, 2002, pág. 06).

Merhy et al. (2007, p. 115-8) denominaram de Fluxograma Analisador à ferramenta de gestão utilizada para revelar os ruídos provocados no cotidiano dos serviços de saúde, cujas análises sobre eles permitem questionamentos sobre os sentidos dos processos funcionais instituídos e as modalidades dos jogos de interesses, além de permitir a busca de alternativas de possíveis caminhos para minimizá-los ou resolvê-los.

Viana (2010) ressalta que a utilização do fluxograma proporciona uma ampliação das questões, possibilitando novas perguntas e reflexão de novos processos. As ferramentas analisadoras devem ter a capacidade de instrumentalizar os trabalhadores a interrogar seu processo de cuidar em três aspectos: o “como” se trabalha, o “que” esse modo de trabalhar está produzindo e “para que” se está trabalhando.

O fluxograma é um diagrama usado com a perspectiva de “desenhar” um conjunto de processos de trabalho vinculados entre si em torno de uma cadeia de produção. Permite, ainda, esquematizar os processos-chave existentes, caracterizando um setor, serviço ou unidade de saúde, por meio de identificação de ruídos que acontecem no desenvolvimento do processo de trabalho. (MERHY, 2007)

Ao construir o fluxograma analisador, utilizou-se os símbolos (Apêndice D):

*ELIPSE- Representa a entrada e a saída de uma unidade de produção de cuidado em saúde.

*RETÂNGULO- Usado para representar as etapas mais importantes do processo produtivo, a produção de insumos, e o consumo de recursos e procedimentos.

*LOSANGO- Representam momentos de decisão na cadeia de produção.

*PARALELOGRAMO- Usado para apresentar dados ou informações relevantes para análise do processo produtivo.

*R (Ruído)- Serão designados assim, os estranhamentos, elementos destoantes, contraditórios no processo produtivo.

No dia agendado, cumprindo com o disposto nos artigos 6º e 7º da Resolução CNS 580/2018 que dispõe sobre as pesquisas estratégicas para o SUS” a pesquisa realizada em instituição integrante do SUS não deverá interferir nas atividades para o SUS”, se iniciou mais um ambiente *The World Café*, descontraído para que os viajantes sentissem se estimulados a participação. Novamente, cadeiras foram utilizadas em

substituição de mesas, mantendo-se a mesa com café, água, chá e biscoitos para tornar a viagem agradável.

A estruturação para análise e discussão da terceira mesa (segundo momento) foi baseada na ferramenta 5W1H, proporcionando a elaboração de um plano de ação com vistas à melhorias dos processos necessários à proposta do modelo adaptado *Primary Nurse*. Este plano foi estruturado sob os eixos métodos, pessoal e instrumentos do modelo de gerência de enfermagem por resultados. Destaca-se que a ferramenta 5W1H auxilia no planejamento de ações, por nortear os questionamentos, pontuando as dúvidas sobre um problema e a sobre estratégias para tomada de decisões. Os benefícios são expressos na forma de compreensão dos fatos e melhor aproveitamento das informações, organizando e sistematizando ideias.

A ferramenta funciona como uma espécie de *checklist* composto por sete perguntas específicas com as iniciais de suas palavras-chave (em inglês). As perguntas que compõem o 5W1H são:

WHAT: o que será feito? – Aqui deve-se determinar a intenção do que se pretende realizar, ou seja, definir e descrever o que será feito de fato. Por exemplo: caracterizar o modelo assistencial existente.

WHY: por que será feito? – Trata-se da justificativa para o desenvolvimento do que foi proposto. Por exemplo: para melhorar o modelo existente.

WHERE: onde será feito? – Definição do local de realização. Este local pode ser próximo à unidade de terapia intensiva, para não interferir na assistência e possíveis intercorrências. Por exemplo: no CTI.

WHEN: quando será feito? – O tempo de execução – cronograma e prazos para a execução.

WHO: por quem será feito? – Deve-se definir quem ou qual área será responsável pela execução do que foi definido. Por mais que uma área seja a responsável, uma boa prática é escolher um líder, ou seja, alguém que será encarregado de gerenciar a execução do que foi proposto.

HOW: como será feito? – Os métodos ou estratégias utilizadas para a condução do que foi estabelecido devem ser definidos para que o que foi idealizado seja executado da melhor forma (NAPOLEÃO, 2018).

Figura 4: Estrutura da ferramenta de gestão 5W1H



Fonte: <https://www.workfront.com/blog/project-management,2018>

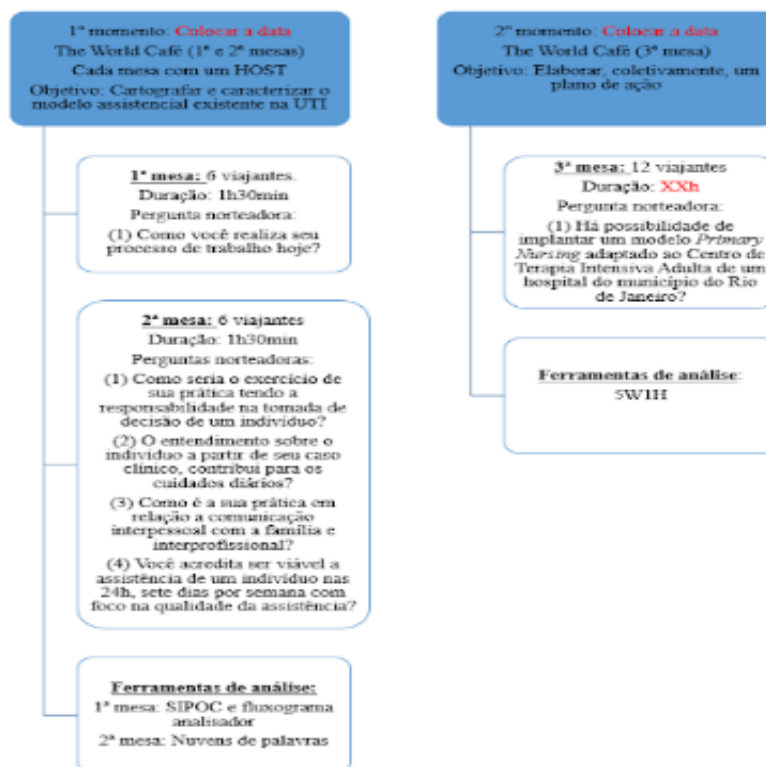
Iniciou-se com a apresentação das transcrições das gravações, o mapeamento dos processos feitos como produto das transcrições para o entendimento e reconhecimento do modelo existente com o objetivo de fomentar ideias para a elaboração do plano estratégico utilizando a ferramenta 5W1H.

A criação coletiva deste plano de ação permitiu extrair dos enfermeiros apontamentos que possibilitam uma implantação de um novo modelo de assistência alicerçado no sistema *Primary Nursing* com as competências e dimensões baseada em resultados. Esta elaboração foi considerando os problemas gerenciais e assistenciais identificados no primeiro momento, com a rodada das duas mesas descritas anteriormente.

A questão para esta mesa foi: **Há possibilidade de implantar um modelo *Primary Nursing* adaptado ao Centro de Terapia Intensiva Adulta de um hospital do município do Rio de Janeiro?**

Para melhor compreensão de todos os percursos adotados nesta etapa de coleta e tratamento dos dados, apresenta-se um resumo esquematizado (figura 4) a seguir:

Figura 5- Quadro sinóptico do percurso de coleta e tratamento dos dados.



3.6 Aspectos Éticos da Pesquisa

O projeto foi submetido ao Comitê de Ética em pesquisa, através da Plataforma Brasil do Ministério da Saúde, a fim de garantir os aspectos éticos e legais da Resolução 466/2012 e 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), homologada pelo Ministro da Saúde, que trata das especificidades éticas das pesquisas nas ciências humanas e sociais e de outras que se utilizam de metodologias próprias dessas áreas (Resolução CHS). Os dados serão guardados em sigilo por 5 anos e posteriormente esses dados serão descartados seguindo as recomendações da Lei nº 13.709 de 14 de agosto de 2018. Com aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa (CEP), sob o parecer consubstanciado no número 4.947.478.

CAPÍTULO IV - APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS

Este capítulo trata da apresentação e análise dos resultados referentes aos primeiro e segundo momentos do *The World Café*, cujas rodadas progressivas proporcionaram a caracterização do modelo assistencial de Enfermagem como biomédico.

Os serviços hospitalares são compostos por vários processos, desde o acolhimento do paciente até a efetivação da prestação de serviço, que são realizados por profissionais. Contudo, para que se alcance o nível de excelência, é indispensável a padronização dos processos, incentivando o trabalho em equipe, gerando ganhos em produtividade, ganhos motivacionais e econômicos, bem como a eliminação de desperdícios e do retrabalho (ALENCAR; MACHADO; MARTIN, 2011).

Considerando que o CTI é um espaço para cuidar de pessoas em situações críticas de saúde e de morte iminente e requer constante vigilância e monitoramento da instabilidade das funções dos sistemas fisiológicos dos pacientes, é esperado que o modelo de enfermagem pressuponha a identificação e valoração da natureza biológica das doenças tão marcadamente na formação dos profissionais de saúde, ao mesmo tempo em que busca atender as demandas sociais para minimizar o “sofrimento humano expresso no corpo” como advoga a biomedicina (MENEZES, 2006, p. 15).

Demarcado pelo modelo da história natural e prevenção de doenças e pela história da clínica, o modelo biomédico tem trajetória evolutiva com compreensão da doença como um acontecimento natural gerado por um conjunto de relações específicas entre o agente ou fatores etiológicos, o suscetível ao adoecimento (o indivíduo) e ambiente repleto de interações e subjetividades humanas objetivadas no ato de viver (CLARK; LEAVELL, 1976 e MELO; FIGUEIREDO, 2003). A clínica hospitalar nasceu com a reprodução do discurso científico sobre o tripé constituído do indivíduo, saúde e doença, em que as intervenções dos médicos sobre os enfermos se circunscreviam em uma arquitetura panóptica e com funcionamento específico. Assim é o ambiente do CTI com amplo salão, onde os pacientes acamados estão ladeados, sob constante vigilância e controle dos profissionais localizados em um ponto central, tal como o Panóptico de Bentham descrito por Foucault (1994 e 1979).

Fortemente estruturado nas ciências naturais (matemática, física, química), o modelo biomédico está atrelado à medicina mecanicista com a utilização de instrumentos e evidências das ciências biológicas. Embora se reconheça o seu valor, esse modelo é insuficiente para o conceito de saúde universal, o cumprimento dos princípios doutrinários do SUS, e a oferta de cuidados integrais. Em síntese, os profissionais de enfermagem devem ampliar essa visão restritiva à fisiopatologia e ao prognóstico essencialmente clínico, em direção às demais dimensões da natureza humana como a psicológica, espiritual e social (ALCANTARA et al., 2013; FERTONANI et al, 2015) como advogam os modelos holísticos, a exemplo do *Primary Nursing*.

Os resultados gerados a partir das rodadas permitem afirmar que as discussões foram necessárias e profícuas para o grupo, funcionando como momentos de reflexões sobre a prática clínica delas e dos demais profissionais e como essas práticas entrelaçadas podem ser produtivas e, ao mesmo tempo, bastante prejudiciais. Os prejuízos estão configurados como ruídos Inter equipes ou intersetores, em que lhes são exigidas a assunção de atribuições de outrem, com a finalidade de dar continuidade aos processos de trabalho do CTI e atenderem as necessidades clínicas de sua clientela.

Ao se tornarem responsáveis por atos e ações administrativas, assistenciais e de ensino que não lhes pertencem, elas se mostram bastante como corpos controlados e docilizados, porque não disparam dispositivos revolucionários capazes de gerar movimentos para resistir ao poder engendrado pelos demais profissionais ou pelas forças afetivas, políticas e institucionais. Abaixo, o depoimento da Viajante 7 é um exemplo desses dóceis corpos:

“...o rotina [médico diarista] fala que quem tem que fazer é o plantonista. É e não tem plantonista. Eu recebi uma paciente que tinha vindo do pós-anestésico. Já uma senhora, idosa, com um acesso periférico jelco 22. Eu cheguei para a rotina e falei: olha essa paciente ela está mal. E se de repente precisar entubar, ela está sem o [acesso venoso] profundo. Ele falou: ah, eu vou deixar para o plantonista da tarde fazer. Aí a paciente simplesmente ficou olhando para o teto.” (Viajante 7)

Elenca-se algumas falas das enfermeiras à beira leito sobre os problemas estruturais e processuais vividos no cotidiano das práticas, com geração de conflitos entre

profissionais e aumento das chances de riscos para a segurança do paciente. A cartografia mostra problemas produtores de angústias e anseios nelas.

*“Começa aquela loucura. Porque nós estamos sem médicos. Essa falta é um dos problemas geradores para a falta de prescrição?”
(Viajante 1)*

*Então eu já fico nessa intenção. Ai já chego ...
“Fez a prescrição? Desceu pra farmácia? Vai subir, não vai subir? Ai começa a faltar medicação. Começa aquela loucura. Porque nós estamos sem médicos. [essa falta é um dos problemas geradores para a falta de prescrição? Como? Então, a prescrição não é feita mais de um dia para o outro. (Viajante 5)*

Plantonista da noite é só pra apagar incêndio. Não tem que fazer prescrição nenhuma. Só pra intercorrências. E assim a gente vai vivendo. Ai tem intercorrência fica todo mundo maluco. Ai tipo assim. É. Ai tipo assim. Você chega no CTi. Você olha assim para os monitores, ai tu vê o indivíduo lá Bradicardizando. Chegando a 50. Vamos botar uma NORA né, não precisa do médico pra botar uma NORA. Botar uma NORA pra melhorar. O aceso periférico. Eu vou puncionar? Doutora tem que puncionar. Como eu vou botar a NORA na periférica? (Viajante 8)

“Se o paciente tem uma intercorrência, você tem que parar. Isso não existe né. Mas você tem que ir ao descanso ir chamar eles.” (Viajante 2)

4.1 – Análise do Primeiro Momento do World Café: mesa 1.

Os resultados serão apresentados da seguinte forma: (1) Análise e cartografia do modelo assistencial na UTI a partir das duas primeiras do The World Café; (2) Caracterização do modelo assistencial a partir da cartografia realizada e (3) Discussão sobre a migração do modelo para o Primary Nursing e construção coletiva do plano de ação a partir da terceira mesa.

Na cartografia do modelo assistencial dos enfermeiros, três questões pulsaram: Sistema de medicação, comunicação interpessoal e barreira ambiental.

As rodadas ocorridas nas primeiras e segundas mesas possibilitaram ter a cartografia dos processos com uma gama de ruídos complexos, por meio de ferramentas de gestão.

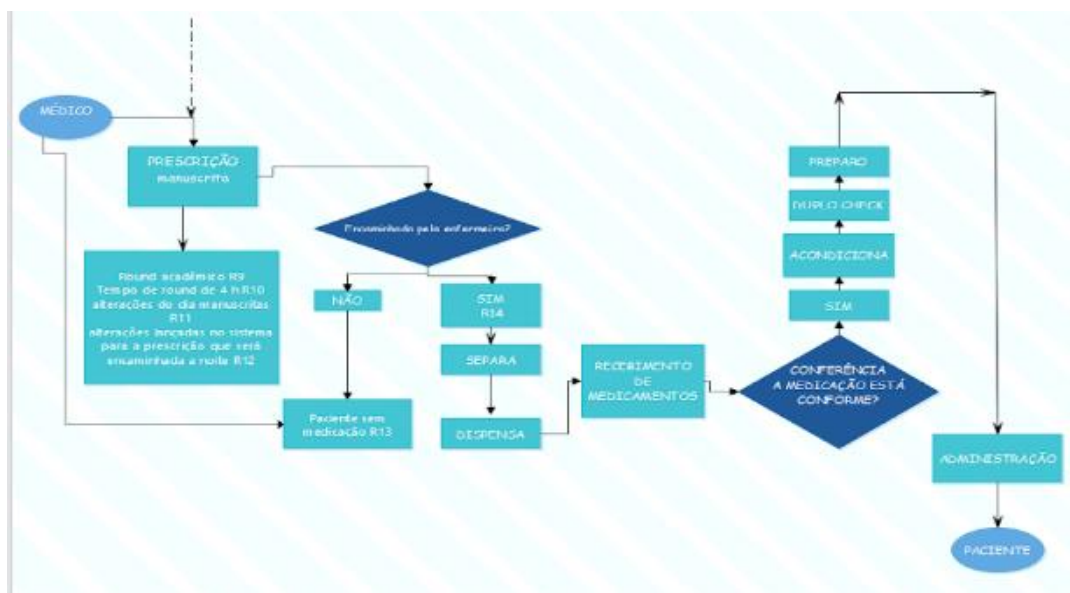
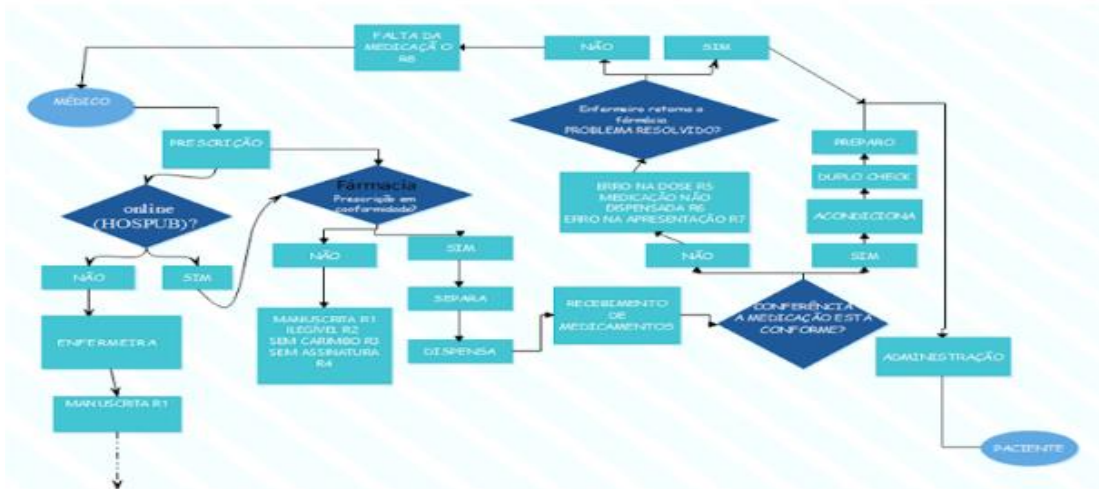
A ideia inicial foi aplicar a ferramenta SIPOC, de modo a se estabelecer os pontos focais possíveis de ajustes nos processos de trabalho das enfermeiras desenvolvidos no modelo biomédico vigente e, assim, proporcionar mais facilidade a propositura de Plano de Ação coletivo para migração ao modelo adaptado do sistema *Primary Nursing* à realidade do CTI estudado.

Dada a finalidade do SIPOC ser mais para análises de macroprocessos, foram definidos três principais processos a serem cartografados de forma mais simples e objetiva do que deveria ser “ajustado” a posteriori. Essa visão panorâmica das atividades referidas pelas enfermeiras foi fundamental, entretanto os problemas existentes em cada uma de suas etapas geram muitos entraves e desvios com perdas de tempo, grande desgaste físico e mental desses profissionais, dificultando sobremaneira o alcance de resultados eficientes no cuidado dos pacientes.

Por essa razão, houve a necessidade de incorporar os fluxogramas analisadores (MERHY; ONOCKO, 2007), de modo a se fazer um “mergulho” nos ruídos, trazendo à tona as interações, os movimentos e as ações das enfermeiras em cada um dos seus processos de trabalho. Trata-se de uma imersão nos pontos dos processos de forma mais minuciosa, proporcionando uma cartografia mais detalhada e com maior chance de ajustes mais acurados e específicos.

O primeiro mapeamento de processo está relacionado ao Sistema de Medicação no Centro de Terapia Intensiva Adulto (Figura 4). O esquema é um modo prático de assimilá-lo.

Figura 6 - Mapeamento de Processo sobre Sistema de Medicação no Centro de Terapia Intensiva Adulto.



Fonte: Autora, 2022.

O Quadro 4 apresenta os ruídos no mapeamento do SIPOC relacionado ao Sistema de medicação no Centro de Terapia Intensiva Adulto.

CATEGORIA	ELEMENTOS CONSTITUÍDOS	RUÍDOS	DESCRIÇÃO DOS RUÍDOS	QUANTIDADE	TOTAL
SISTEMA DE MEDICAÇÃO	ATIVIDADES NÃO ATRIBUÍDAS	R1	Manuscrita	36	166
		R2	Ilegível	10	
		R3	Sem carimbo	10	
		R4	Sem assinatura	2	
		R5	Erro na dose	14	
		R6	Medicação não dispensada	15	
		R7	Erro na apresentação	14	
		R8	Falta da medicação	25	
		R9	Round acadêmico	40	
	BARREIRA DE SEGURANÇA	R10	Duração do round superior a 1h	35	141
		R11	Alterações manuscritas e rasuras na prescrição.	38	
		R12	Alterações no sistema para o dia posterior.	16	
		R13	Paciente sem medicação	12	
		R14	Encaminhamento manuscrito exclusivo do enfermeiro	40	

O Sistema de Medicação no hospital é uma combinação de processos interdependentes, centrados no doente, que partilham o objetivo comum de fornecimento seguro, eficaz, apropriado e eficiente de medicamentos aos doentes, tendo como principais processos do sistema a seleção, a aquisição, o armazenamento, a prescrição, a transcrição e verificação/revisão, a preparação e distribuição, a administração e monitorização (SALLES et al, 2021).

Por ser um sistema complexo e com uma diversidade de elementos constituintes atrelados à necessidade de interação dos profissionais, pacientes, familiares e cuidadores, eleva-se o risco para a segurança do paciente potencializando possíveis eventos adversos.

A organização com base nos processo inter-relacionados da cadeia medicamentosa no contexto hospitalar dizem respeito à seleção do medicamento, a prescrição médica onde cabe a escolha terapêutica com base no raciocínio clínico e em dados como hipersensibilidade, a interação medicamentosa e a possibilidade de reações adversas, à transcrição e validação da prescrição médica é a etapa de revisão da prescrição pelo farmacêutico, onde verifica a dose, via e posologia, à distribuição e dispensação do medicamento e administração e ao monitoramento da ação ou reação do medicamento interdependentes acrescido de subprocessos, fases ou etapas e fluxos de procedimentos que são influenciados pelos fatores do ambiente faz com que a responsabilidade e a qualidade da entrega sejam criteriosas no desempenho das etapas (LEÃO et org, 2008, SALLES et al, 2021).

Segundo Salles et al (2021) afirma que os enfermeiros são um dos grupos disciplinares com maior influência nesta garantia e um recurso fundamental para apoiar

a segurança em todo o sistema de medicação e aumento da segurança na intervenção dos restantes grupos profissionais envolvidos.

Em seu estudo Leão et org. (200) traz evidências científicas que relacionam o ambiente de trabalho da enfermagem e o impacto na segurança do paciente mostrando que as informações para a assistência, à prática interdisciplinar, o relacionamento interpessoal, à liderança, à competência e a formação do profissional, o dimensionamento de quadro e a cultura organizacional são assertivos no desenvolvimento de uma prática segura.

Analisando os ruídos R2 ilegível, R3 sem assinatura e R4 sem carimbo têm sua entrada na atividade exclusiva da categoria médica que é o ato de prescrever medicamentos na instituição deste estudo.

Ainda sobre as normas que regem as prescrições a Resolução CFM nº 2.299, de 30 de setembro de 2021, regulamenta, disciplina e normatiza a emissão de documentos eletrônicos destacando: (R2, R3 e R4).

Art. 2º Os documentos médicos emitidos devem conter obrigatoriamente os seguintes dados:

- a) Identificação do médico: nome, CRM e endereço;
- b) Registro de Qualificação de Especialista (RQE), em caso de vinculação com especialidade ou área de atuação;
- c) Identificação do paciente: nome e número do documento legal;
- d) Data e hora;
- e) Assinatura digital do médico.

Art. 3º Os dados dos pacientes devem trafegar na rede mundial de computadores (internet) com infraestrutura, gerenciamento de riscos e os requisitos obrigatórios para assegurar registro digital apropriado e seguro, obedecendo às normas do CFM pertinentes à guarda, ao manuseio, à integridade, à veracidade, à confidencialidade, à privacidade e à garantia do sigilo profissional das informações.

A representatividade numérica das vezes que estes ruídos foram citados nas rodas de conversas, enfatizam o quanto os enfermeiros assistenciais executam atividades não atribuídas que interferem diretamente no tempo que deveria ser utilizado para a assistência direta ao paciente crítico.

Os ruídos R1 manuscritas e R 11 rasuras expressam essa afirmativa, visto que a prescrição é entregue ao enfermeiro após o round acadêmico R9 que excede 1h de discussão e os acréscimos ou alterações são realizados fora do sistema online, fazendo o encaminhar se a farmácia para providenciar tais alterações.

Isso leva ao desperdício de tempo, desvalorização das ações do enfermeiro na visão da equipe multiprofissional, desmotivação profissional e o não-cumprimento das legislações que regem a profissão (DINIZ, 2017).

A sequência dos ruídos relacionados ao R9 round clínico aponta para o modelo biomédico onde o foco é o processo saúde-doença, de forma que as informações compartilhadas emergem da prática para a teórica refletidas pelos acadêmicos de medicina junto ao plantonista e o preceptor. Essa forma de condução, que não é interdisciplinar, gera conflitos nas condutas terapêuticas por não atenderem a um objetivo comum. O acesso a outros profissionais torna-se dificultoso pelo tempo da discussão dos casos clínicos, interferindo diretamente na autonomia assistencial do enfermeiro.

Salienta-se que a mão de obra especializada é aquela cuja atividade exige instrução e conhecimento específico, destreza, habilidade específica, além de formação regulamentada, afirma Spiller (2009).

Essas atividades administrativas não são de atribuição exclusiva do enfermeiro, em um universo de produtividade alta e inúmeras demandas deve-se ter uma equipe composta por diferentes níveis e formação, para que as atividades decorram de forma produtiva. As pessoas que participam das tarefas operacionais contribuem muito na eliminação desses ruídos em prol de uma assistência de qualidade e valorizada.

A delegação é uma habilidade de liderança essencial que precisa ser aprendida. O ato de delegar não precisa estar associado ao limite do controle, prestígio ou poder do administrador, mas sim quando as tarefas são delegadas de forma apropriada elas aumentam a satisfação do empregado e otimizam o trabalho colaborativo. O respeito é o valor que multiplica o desejo de ser melhor e estimula a excelência (MARQUIS & HUSTON, 2005).

Como um dos ruídos citados o R14 que apresentaram 40 repetições nas falas, demonstra a insatisfação nessa exclusividade do enfermeiro encaminhar as alterações manuais após a discussão clínica, o gerenciamento do tempo sofre uma interferência que impacta na assistência direta. A comunicação com a farmácia em relação as alterações é

fundamentada pelo enfermeiro, e mesmo de posse desse sofre questionamentos da farmácia para a liberação. A falta de administração adequada do tempo ou sua procrastinação revela uma organização insatisfatória em relação às prioridades, o que traduz para a equipe improbidade administrativa gerando conflitos e insatisfação.

Para Diniz (2015) o tempo destinado às atividades administrativas se sobrepõe às intervenções assistenciais diretas ao cliente. A realização eventual de atividades burocráticas pelo enfermeiro, por necessidade do serviço, não descaracteriza seu trabalho na UTI, contudo essa sobrecarga o distanciará da assistência direta aos clientes críticos e muita das vezes privativa deste profissional.

É fundamental que o enfermeiro se aproprie da sua responsabilidade de assegurar que os pacientes recebam cuidados de forma sistematizada garantindo a qualidade. Delegar requer clareza e coerência para que o papel do enfermeiro não seja confundido e desvalorizado.

Esse entendimento errôneo do papel do enfermeiro pode gerar conflitos nas equipes, principalmente quando os recursos são escassos e os papéis não são bem definidos entre os membros da organização.

A administração do tempo é fundamental na assistência de enfermagem, esse recurso finito e valioso muitas das vezes significa uma vida.

Bakunas (2001) afirma que a procrastinação, transferir ou retardar ações desnecessariamente é um problema grave, e as principais causas são ansiedade quanto ao desempenho, baixa tolerância à frustração, ressentimento devido às condições de trabalho, escapismo, preparação excessiva, excesso de trabalho, condições de trabalho insatisfatórias, sobrecarga de compromissos e racionalização.

A baixa adesão dos enfermeiros à realização do processo de trabalho, denominado por legislação “sistematização da assistência de enfermagem”, a dificuldade em quebrar o paradigma da enfermagem brasileira em trabalhar com diagnóstico de enfermagem e alforriar-se do diagnóstico médico demonstra a perpetuação do modelo medicocêntrico (MALAGUTTI et org., 2009).

Portanto, ao evitar e/ou filtrar as interrupções que impedem a administração eficiente do tempo, assim como priorizar adequadamente o planejamento diário da unidade de modo a alcançar metas de curto e de longo prazo, eliminar barreiras à administração

eficiente do tempo, lidar rápida e eficientemente com a parte burocrática e manter a área de trabalho, fragmentar as tarefas maiores, de modo que possam ser delegadas, utilizar adequadamente a tecnologia para desenvolver a comunicação e a documentação no tempo certo, saber discernir entre número inadequado de funcionários e uso ineficiente do tempo quando os recursos de tempo não correspondem aos propósitos designados. Essa administração do tempo com habilidade entre liderança e administração nos afasta de cinco armadilhas em relação a prioridades: fazer o que aparecer primeiro; a via de menor resistência; reagir aos que falam mais alto; a omissão e espera pela inspiração (MARQUIS & HUSTON, 2005).

Essas armadilhas facilitam a ocupação do papel do enfermeiro, por técnicos e auxiliares que assumem a função do enfermeiro sem o conhecimento atribuído, implicando em uma assistência aquém de seus potenciais, gerando impacto na qualidade.

Marquis & Huston (2005) afirma que existem três etapas básicas na administração do tempo: a primeira é dispor de tempo para planejar e estabelecer prioridades, a segunda é concluir a tarefa de maior prioridade sempre que possível e finalizá-la antes de iniciar a seguinte e terceira é priorizar com base nas tarefas que restaram e nas novas informações obtidas. Sobrecarregar-se com o trabalho e com pressões de tempo leva a um aumento na incidência de erros, à omissão de tarefas importantes e a sensação generalizada de estresse e ineficácia.

O enfermeiro que estrutura seu tempo com metas a serem alcançadas, fornecerá evidências alcançáveis em relação a níveis eficazes de qualidade.

Ao observar os ruídos R5 erro na dose, R6 medicação não dispensada, R7 erro na apresentação e R8 falta de medicação retornamos com o foco para os atores responsáveis pela engrenagem do sistema de medicamentos e sua complexidade. Esses profissionais de saúde devem intervir de forma ativa neste sistema, para melhorar sua segurança e desenvolver mecanismos capazes de melhor esse monitoramento é um instrumento que avalia regularmente o que é preconizado pelos protocolos de segurança do paciente no tocante a medicamentos.

Ressalta-se a importância da colaboração e união de esforços entre administradores, gestores, médicos, farmacêuticos e enfermeiros para a garantia da segurança da medicação e da qualidade dos cuidados prestados, unificando informação e estratégias

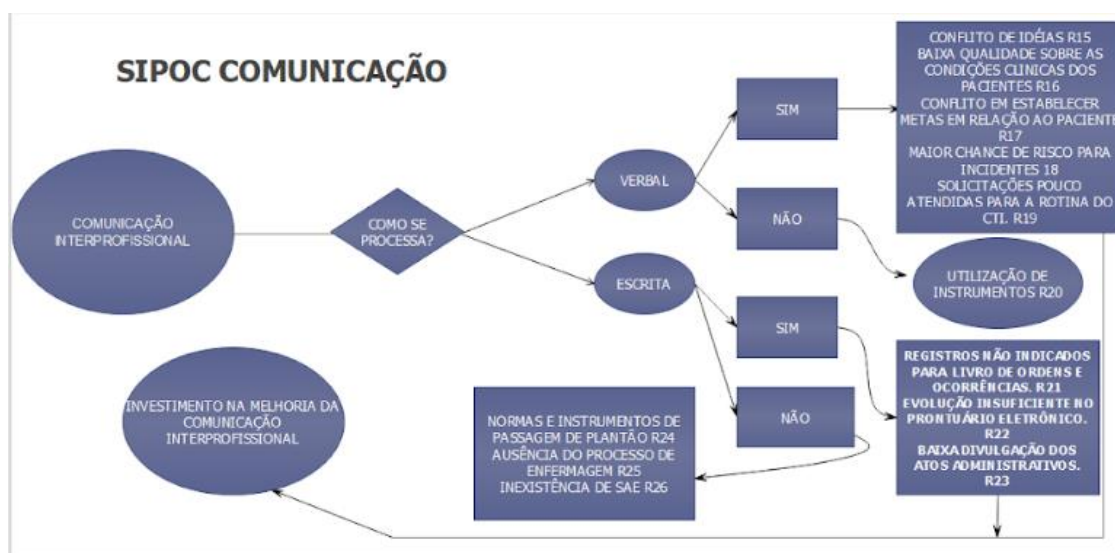
para promover a segurança dos Sistemas de Medicação Hospitalar dentro da prática clínica hospitalar (SPILLER, 2009).

A busca pela qualidade dos serviços de saúde envolvendo efetivamente os profissionais de saúde é um desafio constante, e é indiscutível a necessidade de sistemas de avaliação e indicadores de desempenho institucional para trilhar esse caminho. Conforme Campbell et al (2003) indicadores não proporcionam respostas definitivas, mas indicam problemas potenciais ou boas práticas.

Com essa afirmativa os ruídos R10 duração da discussão clínica superior há uma hora, R12 alterações no sistema online para prescrição do dia seguinte e R13 pacientes sem medicação por falta na instituição tem representatividade nos danos causados aos pacientes durante a hospitalização e a adesão ao tratamento (BRASIL, 2013).

O uso indevido e a omissão dos padrões de segurança afetam a ação dos medicamentos, podendo acarretar sérios incidentes a pacientes e instituições de saúde (MANIAS et al, 2012).

Figura 7- Mapeamento de processo relacionado a comunicação interprofissional no Centro de Terapia Intensiva Adulto.



Fonte: Autora, 2021.

O quadro 6 apresenta os ruídos relacionado ao processo de comunicação interprofissional:

CATEGORIA	ELEMENTOS CONSTITUÍDOS	RUIDOS	DESCRIÇÃO DOS RUIDOS	QUANTIDADE	TOTAL
COMUNICAÇÃO INTERPROFISSIONAL	COMUNICAÇÃO VERBAL	R15	Conflito de ideias	60	284
		R16	Baixa qualidade sobre as condições dos pacientes	40	
		R17	Conflito em estabelecer metas em relação ao paciente	54	
		R18	Maior chance de risco para incidentes	50	
		R19	Solicitações pouco atendidas para a rotina do CTI	70	
		R20	Utilização de Instrumentos.	10	
	COMUNICAÇÃO INSTITUCIONAL (Escrita)	R21	Registro não indicados para o Livro de Ordens e Ocorrências	22	164
		R22	Evolução insuficiente no Prontuário eletrônico.	35	
		R23	Baixa divulgação dos atos administrativos.	57	
		R24	Normas e instrumentos de passagem de plantão.	30	
		R25	Ausência do processo de enfermagem.	10	
		R26	Inexistência da Sistematização da Assistência de Enfermagem.	10	

Neste quadro de ruídos a categoria comunicação interpessoal tem seus elementos constituintes estruturados em comunicação escrita: no qual R15 pontua os conflito de ideias, R16 a baixa qualidade na informação sobre os pacientes, R17 o conflito em estabelecer metas em relação aos objetivos para com os pacientes; R18 o maior risco relacionados a incidentes; R19 o pouco atendimento às rotinas estabelecidas de CTI e R20 a utilização de instrumentos tais como: prescrição e balanço hídrico, como resultado da assistência e o elemento da comunicação escrita, entendida também como institucional, apontam: R21 o registro não indicado para o livro de ordens e ocorrências; R22 o uso do prontuário eletrônico com dados insuficientes do paciente; R23 a baixa divulgação de atos administrativos; R24 a falta de normas e instrumentos de passagem de plantão; R25 a ausência de processo de enfermagem e R26 a inexistência da Sistematização de enfermagem.

A boa comunicação é sem dúvidas a ferramenta que une as pessoas em prol de um objetivo comum, sendo efetiva ela agregará colaboradores, aumentará a interação entre eles, provocará mudança de comportamento e estimulará uma busca pela satisfação pessoal e profissional gerando qualidade nos resultados, em especial quando o foco é saúde.

Comunicação é, portanto, um processo de compreender e compartilhar mensagens enviadas e recebidas, e as próprias mensagens e modo como se dá seu intercâmbio exerce influência no comportamento das pessoas envolvidas em curto, médio e longo prazo (STEFANELLI, 2005, p.29).

O canal é a forma como essa mensagem será transmitida, sua escolha deve ter base na eficiência e na eficácia, assim como nos fatores práticos, na necessidade de produzir um registro estável de comunicação; na confidencialidade da informação; na rapidez e nos custos; e na complexidade da comunicação (HUNSAKER,2009).

Esses canais podem ser não verbais refere-se às mensagens emitidas pela linguagem corporal, como o toque, expressões faciais, postura do corpo, gestos, entre outros; podem ser verbais como discursos, reuniões, debates; escritas como cartas, memorandos, relatórios ou manuais; eletrônicas como e-mails, videoconferências, webcasts.

O enfermeiro necessita desenvolver-se no entendimento de si mesmo, da linguagem, das emoções e das percepções construídas ao longo de sua história, tendo o ato de cuidar como essência da profissão, uma das habilidades desenvolvidas é a percepção verbais e não verbais configurando um processo de comunicação eficaz à medida que haja reciprocidade.

Para Hunsaker (2009) há fatores que podem interferir na decodificação da mensagem pelo receptor, que oscilam entre a semântica, as diferentes interpretações, aos diversos sistemas de referência, atitudes culturais e desconfiança, podendo causar conflitos. Estes são naturais, contudo, se não geridos com eficiência refletem problemas de comunicação, discordância sobre a estrutura do trabalho, das políticas e das práticas; e divergências pessoais.

Stefanelli (2005) aponta o ambiente como um influenciador desse processo, em que não somente o espaço físico está interferindo, mas há pessoas, culturas, mobiliários, iluminação, arejamento, temperatura, ruídos, condições de tempo e espaço.

Para Ferrari (2016),

O processo de comunicação nas organizações trata dos fluxos de relacionamento entre membros da alta direção, constituída por responsáveis por estabelecer as políticas, as normas e a identidade organizacionais e que definem as estratégias e todos os públicos de relacionamento da organização. Podemos usar uma analogia, definindo a comunicação para as organizações como o seu “sistema nervoso central”. Dessa forma, enfatizamos a comunicação como o fluxo vital que alimenta a organização, o nexo entre a empresa e seu entorno, o vínculo entre a organização e o mercado e, por fim, seu papel de administrar as relações com os públicos.

O objetivo da comunicação interpessoal é a capacidade dinâmica entre a fonte e o receptor de estabelecer relações evolutivas e interdependentes que garantam um

feedback efetivo do processo. Entende-se que os profissionais de saúde necessitam desenvolver bem essa capacidade de observação em relação aos *feedbacks*, porque uma boa relação humana é estabelecida nesse processo, em especial para a Enfermagem.

Ademais, Stefanelli (2005) destaca que o enfermeiro precisa estar capacitado para enfrentar as dificuldades advindas desse processo que cresce à medida que esse profissional oferece cuidado interdisciplinar, personalizado, competente e humano. Essa performance, execução e desempenho relacional promove uma integração dos saberes.

Segundo Berlo (2003), a capacidade de formular respostas experimentais no interior do organismo, de usar símbolos para antecipar a maneira como as outras pessoas reagiram a suas mensagens, de criar expectativas quanto à própria conduta e à conduta dos outros, gera conflitos cruciais na comunicação humana e influenciam comportamentos de comunicação.

A empatia é a capacidade humana de trabalhar as expectativas que a comunicação proporciona dentro da personalidade das outras pessoas, há um processo interpretativo acontecendo. O humano pensa sobre coisas e não somente em coisas, mesmo com as diferenças individuais entre as pessoas criamos sobre os outros expectativas que influenciam nossas ações, fazemos mais do que agir e reagir.

Assume-se o conceito de pessoa como conjunto de expectativas que se tem sobre como se deve comportar em dada situação. A comunicação produz o conceito de pessoa e a adoção de um papel dá margem à empatia. Esse processo é contínuo e coloca o homem como ajustável, adaptável, capaz de alterar seu comportamento conforme a situação e o ambiente social que se encontra ((BERLO, 2003).

Stefanelli et org (2005, p.2) ressaltam que:

a relação que se estabelece por meio da comunicação é alicerçada na competência técnico- científica, que constitui o fulcro da assistência de enfermagem à pessoa, à família, ao pequeno e ao grande grupo, tanto no âmbito do cuidado como no do gerenciamento da assistência em unidades e serviços da rede organizacional ou, ainda no da educação para a saúde em serviço hospitalar ou comunitário”.

As teorias de enfermagem que tem a comunicação como norte em seus fundamentos, destacam a como um processo interpessoal baseado na interação enfermeiro- paciente definido como uma interação humana, compreendida como um sistema social e interpessoal que destaca em si a interação com seus feedbacks, a percepção, as expectativas, a transação, o crescimento e seu desenvolvimento na trilha

para a compreensão do êmico, ou seja, o vivido pelas pessoas tanto no âmbito filosófico quanto humanista (STEFANELLI et org, 2005).

O sistema social é uma coleção de comportamentos-papéis que receberam posições interdependentes. Para Berlo (2003) o termo “papel” é usado para denominar um grupo de comportamentos selecionados, coligidos e associados a uma pessoa em determinada posição num sistema social.

De acordo com esse conceito, entendemos que um sistema social não é único e isolado, ele atesta a insuficiência do homem como centro de seus objetivos, necessitando da interdependência com outros para a produção que no objetivo desta tese é o paciente que dependerá da produtividade e conservação do grupo. A distribuição da posição, a especificação dos comportamentos-papéis, o ensino dos modos normativos de comportamento são todos realizados pela comunicação, aumentando a probabilidade do desenvolvimento social (BERLO,2003).

A prática de enfermagem trabalha a comunicação em grupo, o que é extremamente importante para garantir a coesão, continuidade e produtividade para o alcance de metas organizacionais.

Marquis e Huston (2005, p.261) elencam habilidades de liderança e funções administrativas associadas à comunicação organizacional, interpessoal e grupal:

Habilidades de liderança:

1. Compreender e utilizar adequadamente a rede informal de comunicação na organização.
2. Comunicar com clareza e precisão a linguagem que os outros compreendam.
3. Ser sensível às atmosferas internas e externas do emissor ou receptor e utilizar a percepção para interpretar as mensagens.
4. Observar e interpretar apropriadamente a comunicação verbal e a não verbal dos seguidores.
5. Comunicar-se de modo exemplar, utilizando a comunicação afirmativa e o escutar atento.
6. Demonstrar coerência na comunicação verbal e não verbal.
7. Reconhecer o status, o poder e a autoridade como barreiras à comunicação administrador/subordinado. Utilizar estratégias de comunicação para vencer tais barreiras.
8. Maximizar o funcionamento do grupo, mantendo seus membros no rumo, encorajando os tímidos, controlando os loquazes e protegendo os fracos.

9. Buscar equilíbrio entre opções de comunicação tecnológica e necessidades do contato humano, da atenção, do relacionamento um a um e da interação face a face entre duas pessoas.

Funções administrativas:

1. Compreender e utilizar apropriadamente a rede formal de comunicação da organização.
2. Determinar o modo ou combinação dos modos de comunicação da organização.
3. Preparar comunicações escritas claras e utilizar linguagem adequada à mensagem e ao receptor.
4. Consultar outros departamentos ou disciplinas na coordenação de papéis que se sobreponham e dos esforços dos grupos.
5. Distinguir entre “informação” e “comunicação” e avaliar adequadamente a necessidade dos funcionários em relação a ambas.
6. Priorizar e proteger a confidencialidade do cliente e do funcionário.
7. Assegurar que o próprio administrador e os funcionários sejam treinados de forma adequada e completa para o uso das ferramentas tecnológicas de comunicação.
8. Usar o conhecimento de dinâmica de grupo para conquistar metas e maximizar a comunicação organizacional.

A comunicação é a essência do comando. Numa organização, fatos, ideias, sentimentos e restrições devem ser passados de uma pessoa para a outra, estabelecendo um fluxo de informações relacionadas com a políticas, processos, regulamentos e rotinas. Compreende-se que os conflitos gerados ligados à comunicação dar-se-ão por falhas no desenvolvimento e manutenção do processo de comunicação. Estes processos devem ser informacionais, institucionais e discursivos. Deve ser eficaz no sistema de comunicação e eficiente no processo, desconstruindo a comunicação isolada entre profissionais (STEFANELLI, 2005).

A área de saúde acompanhando esta evolução caminha em direção à elaboração e introdução progressiva dos sistemas de informação em saúde, o chamado de Prontuário Eletrônico do Paciente (PEP) (DINIZ, 2017).

Nesse sentido, Munck (1999, p.151) afirma que:

O Prontuário Eletrônico em Saúde é a denominação mais atual para o prontuário cuja forma de entrada de dados e a consulta são feitas por meio eletrônico [...] trata-se de um sistema informatizado que permite a entrada e resgate de dados sobre o paciente e serviços prestados a ele pelas instituições de saúde.

Segundo Munck (1999), as principais vantagens da implantação do prontuário eletrônico são: possibilitar o uso em rede, permitindo a consulta por vários profissionais, simultaneamente, até por diferentes instituições; facilitar e agilizar o acesso aos dados do cliente; diminuir a perda de registros e de “extravio do prontuário”; padronizar os registros, tornando-os mais completos e “legíveis”; controlar o uso dos recursos institucionais; diminuir o espaço físico ocupado pelos registros; propiciar maior versatilidade no uso da informação, devido à interligação entre informações fornecidas por diferentes fontes.

Por outro lado, entre as desvantagens do uso do PEP, pode-se citar: necessidade de investimento inicial para compra de equipamentos, implantação de programas e adaptação de instalações; necessidade de profissionais capacitados para o uso de novos recursos tecnológicos e a resistência à mudança pelos profissionais.

Estudo sobre registros de enfermagem mostrou que houve menor gasto de tempo na documentação realizada no computador quando comparado com a documentação manuscrita (LANGOWSKI, 2005).

O tempo gasto na realização dos registros manuais tem sido objeto de estudos. Os profissionais de enfermagem enfrentam o desafio de administrar o tempo para cumprir as inúmeras atividades assistenciais e burocráticas com qualidade e segurança (MARGARIDO, CASTILLO, 2006; REZENDE, GAIDZINSKI, 2008).

Atualmente, os indicadores de qualidade nos serviços de saúde são ferramentas importantes para a avaliação dos cuidados prestados. Os indicadores medem os níveis de qualidade da assistência à saúde com o objetivo de comparar os padrões desejáveis com a realidade. Metas são estabelecidas pela gestão baseada nos recursos humanos, materiais, financeiros e tecnológicos. O registro de enfermagem é importante instrumento de monitoramento para avaliar as ações executadas e o alcance das metas estabelecidas.

Os registros dão subsídios para a elaboração da sistematização da assistência de enfermagem. A enfermagem tem se aproximado dos sistemas de classificação com o intuito de se afastar do referencial que lhe guiou nas últimas décadas: o das técnicas e do tratamento curativo/interventivo e descontextualizado. Busca-se um referencial centrado

no cuidado, específico, embasado em novos saberes, valores, conhecimentos e contextualizado (COFEN,2002).

No cenário do Centro de terapia intensiva a alta complexidade demanda habilidade e competência proporcionando ao enfermeiro autonomia e poder de decisão, a utilização de uma sistematização ensina a equipe e promove uma organização do trabalho imprescindíveis para uma assistência de qualidade, com eficiência e eficácia.

Implantar a SAE não é uma opção, mas uma obrigação dos gestores dos serviços de Enfermagem (COFEN, 2009). Deve ser compreendida como um projeto estratégico que favorece o alcance de um padrão ouro de qualidade em Enfermagem desejável e a determinação de melhores resultados em curto, médio e longo prazo.

Ao sistematizar o cuidado aplica-se uma metodologia de trabalho com base científica, consolidando conhecimento e valorizando o profissional. Vigorar com a minimização dos erros/eventos adversos e desperdícios de tempo, além de otimizar a comunicação entre os profissionais nas suas diversas formas podendo ser refletida na assistência, ensino e pesquisa.

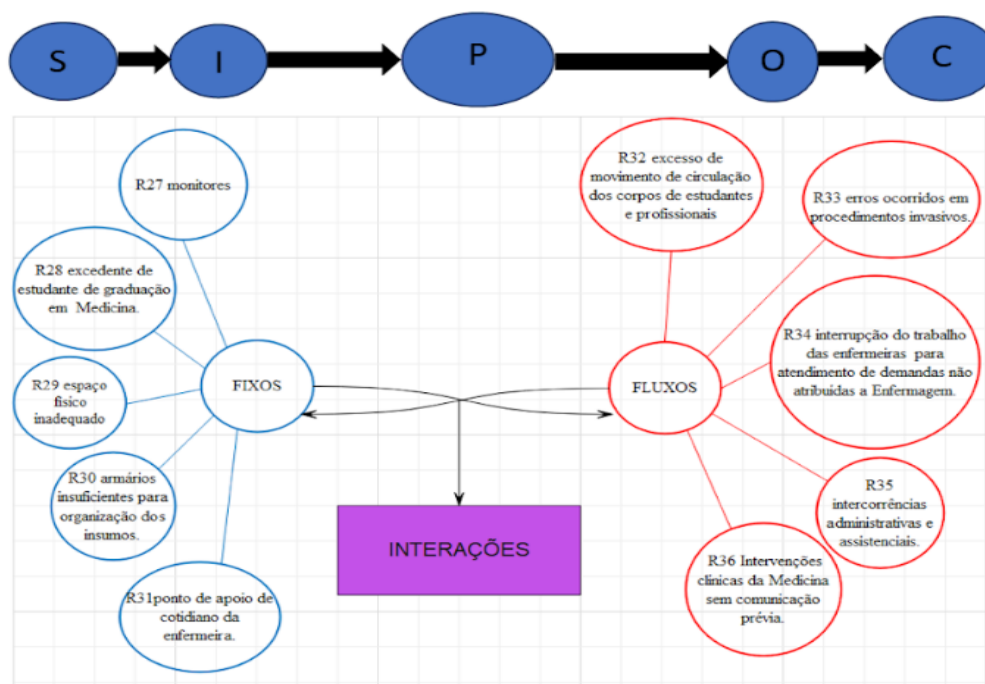
Para Truppel et al (2009) a SAE permite categorizar o cuidado de enfermagem prestado à clientela, planejar a assistência, alocar recursos humanos, materiais e financeiros necessários para implementar o cuidado, efetuar o dimensionamento dos profissionais, tomar decisões pautadas em informações fidedignas, avaliar a qualidade da assistência e alcançar o desenvolvimento da profissão.

Uma classificação internacional possibilita que os enfermeiros participem de processos de tomada de decisões relacionadas à assistência e às políticas de saúde por propiciar dados autênticos e que realmente descrevem as necessidades da população. Permite também o desenvolvimento de pesquisas, a construção do conhecimento e o aprimoramento do ensino (AFFARA, 1995).

O arrolamento que identificou os ruídos R25 e R26 demonstram a inexistência da utilização desta ferramenta, assimilada como uma tecnologia por compreender conhecimentos humanos sistematizados e científicos, que visam a qualidade de vida, no qual a presença humana se concretiza no ato de cuidar, considerando a questão ética e o processo reflexivo. Na ausência de sua aplicação faltará subsídios para cientificidade da profissão e o modelo biomédico terá maior visibilidade (TRUPPEL,2009).

E, concluindo o mapeamento oriundos das rodadas *The World Café* focalizamos a barreira ambiental nas falas das enfermeiras. Como estruturado na figura 6.

Figura 9- Mapeamento de barreira ambiental dentro do Centro de Terapia Intensiva Adulto.



Fonte: Autora, 2021.

O quadro 6 apresenta os ruídos no fluxo do SIPOC relacionado a barreira ambiental.

CATEGORIA	ELEMENTOS CONSTITUÍDOS	RUÍDOS	DESCRIÇÃO DOS RUÍDOS	QUANTIDADE	TOTAL
BARREIRA AMBIENTAL	FIXOS	R27	Monitores	36	105
		R28	Excedente de estudante de graduação em Medicina	10	
		R29	Espaço físico inadequado	10	
		R30	Armários insuficientes para organização de insumos	20	
		R31	Ponto de apoio do cotidiano da enfermeira	29	
	FLUXOS	R32	Excesso de movimento de circulação dos corpos de estudantes e profissionais	45	152
		R33	erros ocorridos em procedimentos invasivos.	35	
		R34	interrupção do trabalho das enfermeiras para atendimento de demandas não atribuídas a Enfermagem	36	
		R35	intercorrências administrativas e assistenciais.	24	
		R36	Intervenções clínicas da Medicina sem comunicação prévia.	12	

O quadro tem como elementos constituídos os “fixos” e os “fluxos”, que expressaram uma relevância para esta tese destacados no R28 e R32, que retratam a imbricação entre as instâncias. A movimentação do corpo ocupa o espaço físico e

interfere nas funções do ambiente. Essa interferência torna-se apreensível em um cenário que é de alta complexidade, que requer harmonia em seu espaço dado que os elementos deste se tornam intercambiáveis e redutíveis uns aos outros.

As formas geográficas contêm frações do social, elas não são apenas formas, mas formas-conteúdo. Desta forma estamos em constante mudança de significado à medida que a movimentação social acontece, oportunizando frações diferentes do todo social. Pode-se dizer que a forma, em sua qualidade de forma-conteúdo, está sendo permanentemente alterada e que o conteúdo ganha uma nova dimensão ao encaixar-se na forma. A ação, que é inerente à função, é condizente com a forma que a contém: assim, os processos apenas ganham inteira significação quando corporificados (BARROS, 1988).

Barros (2020) descreve a “paisagem natural” e a “paisagem cultural” são dicotomias que sofre interferências do homem e que acabam por imprimir-se na fisionomia de um determinado espaço com uma nova singularidade, onde reflete-se sobre o fato de que o espaço “contém tempo”, compreende-se que há diversos modos de interações entre o tempo e o espaço.

O espaço ganhou uma nova dimensão —a espessura, a profundidade do acontecer—, graças ao número e diversidade enormes de objetos (isto é, fixos) de que hoje é formado, e ao número exponencial de ações (isto é, fluxos) que o atravessam (Santos 2013).

Santos (1979) traz uma contribuição mais complexa quando soma a esse tempo e espaço a ideia de movimento contínuo no espalho e a ininterrupta transformação dele. Os conceitos de “fixos” e os “fluxos” onde se aplica uma nova perspectiva na interação das categorias de forma, função, estrutura e processo. Os fixos, contudo, relacionam-se mais propriamente à intersecção entre forma e função, enquanto os fluxos referem-se à intersecção entre função e processo. Uma forma e uma função resultam em um fixo. Uma função em seu processo conflui para a formação de um fluxo, implicando em movimento e na vida humana.

Os fixos são os objetos geográficos que permanecem por um tempo considerável: são os pontos de apoio sobre o qual se ancora a vida de uma sociedade, o seu cotidiano, o seu trabalho. Tangíveis no espaço, e imóveis no lugar, os fixos são sempre localizáveis, apresentam formas bem definidas. Além disso, criados por ações humanas e produtos de

intencionalidades, os fixos desempenham funções. Foram criados e mantidos, por alguma razão (Santos 2008).

Há também os fixos condutores que têm a função explícita de dar vazão ao movimento, mas não são os movimentos em si mesmo, entendido por Barros (2020) como a representação de subtipos dos fixos exemplificado como os vasos sanguíneos do corpo humano, eles entre outros tipos de fixos.

Os “fluxos” são precisamente os “movimentos entre os fixos”. Na categoria dos fluxos, podem ser incluídos tanto alguns objetos materiais — produtos, mercadorias, mensagens materializadas — como ainda objetos imateriais: “ideias, ordens, mensagens não-materializadas” (Santos 2013).

Entre os conceitos de fixos e fluxos pode-se observar uma relação dialética, não meramente complementar, contudo, um está sempre complementando o outro. Como no binômio saúde-doença, a relação é dinâmica em especial dentro do centro de terapia intensiva onde a tecnologia leve e leve dura asseguram e direcionam os tipos de fluxos. Assim como a modificação dos fixos, haverá novos fluxos, constituindo um cenário de intensidade e orientações complexas.

Os fluxos interrompidos geram tensões e perturbações, as funções por um momento se tornam ameaçadas, os prazos se comprometem e quando o fluxo progride a energia flui.

4.2 – Análise do Primeiro Momento do World Café: mesa 2.

As rodadas ocorridas na segunda mesa agregaram na caracterização do modelo cartografado pela primeira mesa, o modelo biomédico explicitado nos mapeamentos de processos descritos na análise anterior.

Com os dados coletados utilizamos o recurso das Nuvens de Palavras como artifício suplementar à análise de conteúdos que oferece distanciamento suficiente ao escrutínio isento conjugado ao envolvimento do pesquisador com proferimentos que, na perspectiva das metanarrativas, configurariam discursos e novos sentidos. Teriam a oferecer quadros conceituais úteis à síntese, sistematização e compreensão enriquecida de um conjunto de ideias que poderiam subsidiar proposições. Nuvens de palavras (NP) são imagens usualmente apresentadas como ilustração à leitura superficial do senso comum. O

tamanho de cada palavra indica sua frequência, admitida como proxy da relevância de determinada temática (SURVEYGIZMO, 2012) na totalidade de hipertextos.

Figura 10- Sínteses dos princípios do *Primary Nursing* em de nuvens de palavras:



“Atuar em equipe em relação às condutas terapêuticas para não colocar em risco a vida do paciente.” (viajante 1)

“Planejamento considerando a dinâmica de que pode ser modificado a qualquer hora. Sendo necessário atualização diária.” (viajante 3)

“O enfermeiro está presente a todo o tempo, presta cuidados diretos e necessita de situações benéficas para a assistência.” (viajante 1)

“Necessita de avaliação de recursos humanos, materiais, comunicação ativa, não centralizar os cuidados em determinados profissionais e melhorar os registros.” (viajante 6)

“Gerenciamento do cuidado de forma individual, para que cada paciente seja entendido como elo e evitar que a assistência seja geradora do conflito.” (viajante 7)

Responsabilidade é o primeiro elemento, a atribuição clara e individualizada da responsabilidade pela tomada de decisões sobre a assistência ao paciente, é a essência do *Primary Nursing*. A enfermeira referência é responsável por decidir como o cuidado será realizado a seus pacientes em uma base diária, contínua. Essa visão abrangente do gerenciamento das ações de enfermagem e de outras equipes que participam no processo terapêutico, proporciona um elo integrador das informações e coordenador das ações geradas no processo de atendimento ao paciente (MANTHEY, 2014).

Segundo Magalhães et al (2000, p.9), o modelo *Primary Nursing* leva o enfermeiro a desenvolver uma visão geral de todos os pacientes sob a sua responsabilidade, cabendo-lhe ainda uma visão abrangente do gerenciamento das ações de enfermagem e de outras equipes que participam no processo terapêutico, assumindo uma condição de elo integrador das informações e coordenador das ações geradas no processo de atendimento ao paciente.

Ao exercer essa responsabilidade o enfermeiro referência é o responsável pela comunicação clara e efetiva sobre as informações clínicas, decide qual o cuidado de enfermagem que alcançará o resultado das informações de forma a cumprir com a responsabilidade/responsabilização de todas as ações de forma integrada até a alta do paciente.

Ao executar o processo de cuidar, o enfermeiro como apresentado pela nuvem de palavras em relação à responsabilização prioriza os cuidados mínimos em detrimento da prática do processo de enfermagem finalizado na SAE. Resultando em uma entrega com poucos parâmetros de mensuração em relação a qualidade da assistência. Há uma necessidade emergente de repensar a gestão e a assistência de enfermagem, expresso pelos viajantes para melhorar a prática, incentivando os enfermeiros a atuar de forma reflexiva, otimizando a assistência segura, organizada fortalecendo os pilares descritos por Donabedian de estrutura, processo e resultado.

Compreendendo o modelo cartografado, o princípio da responsabilização fica comprometido pelos conflitos gerados em relação ao ato curativo, a falha no processo das informações do paciente minimizando a autonomia do enfermeiro e, nesta condição, o ato médico intimida o enfermeiro à execução das práticas.

Algumas falas sobre as atribuições de cuidados diários pelo método de caso:

“A partir do momento que vemos o indivíduo como um todo e tendo uma escuta qualificada solucionarmos grande parte dos problemas do paciente.” (viajante 2)

“sim, quando pensamos no processo de doença do paciente conseguimos definir melhor as prioridades” (viajante 3)

“fundamental, pois a partir do entendimento é possível prestar uma assistência de melhor qualidade. (viajante 10)

“o caso clínico auxilia sim para os cuidados diários. Comunicação e informação relevantes são fatores de interferência para viabilidade.” (viajante 7)

“sim, totalmente importante.” (viajante 11)

“é fundamental.” (viajante 5)

Atribuição diária entendida como método de caso – é o segundo elemento do projeto *Primary Nursing*, “o método de caso” se refere à maneira como as tarefas de cuidados são atribuídas em uma base de turno a turno, ou seja, que uma pessoa deve realizar todas as tarefas de cuidados para um paciente em particular, independentemente do nível de habilidade das tarefas, dentro de suas atribuições, de forma centrada no paciente, e não nas tarefas essa assistência permite maior proximidade.

As palavras refletidas pelos viajantes a de que o cuidado diário é totalmente importante, promove a comunicação, um cuidado individualizado onde o enfermeiro através das informações extraídas exercitaria seu raciocínio clínico e executaria cuidados mais direcionados em busca de qualidade e segurança assistenciais.

Expressões se referentes a comunicação interpessoal direta:

“Comunicação interpessoal e com a família no atual momento é primordial.” (viajante 1)

“comunicação de igual para igual com troca de conhecimentos e para melhor dar segurança a família.” (viajante 4)

“a comunicação deve ser direta e clara com o mínimo de ruídos, sempre valorizando o respeito `atribuição de cada membro da equipe.” (viajante 8)

“não sei responder em relação a família, mas é satisfatória e interpessoal.” (viajante 2)

“é uma prática baseada em falta de comunicação com efetividade, seria necessário a participação estruturada e plena da equipe.” (viajante 5)

Canais diretos de comunicação é o terceiro elemento do projeto *Primary Nursing*, promove um canal direto de comunicação entre os membros da equipe de enfermagem, bem como da enfermeira com o paciente, médico, nutricionista, fisioterapeuta, farmacêutico, capelão, entre outros. Esse elemento é um achatamento da pirâmide de comunicação, para que informações importantes sejam filtradas, um cuidador comunica-se direto com outro cuidador (MANTHEY, 2014).

Como já discutido nesta tese, um dos processos mapeados foi a comunicação interpessoal que exibiu muitos ruídos desafiadores para alcançar este princípio, contudo os viajantes ressaltaram a importância da comunicação efetiva em prol da assistência.

O quarto e último princípio do sistema *Primary Nursing* discursa sobre a operacionalização da assistência com o enfermeiro referência, 24h sete dias na semana, falas que expressam esse entendimento:

“É viável, porém existem uma série de fatores que norteiam a ideia que necessita melhorar.” (viajante 1)

“com ênfase em um trabalho constante, continuidade do cuidado e uma comunicação efetiva.” (viajante 11)

“penso ser viável, mas depende de inúmeros fatores.” (viajante 5)

“claro que sim!!!! (viajante 10)

Qualidade da assistência é a responsabilidade pela qualidade global da gestão da assistência 24h por dia, sete dias por semana, é a responsabilidade de poder decidir como um paciente deve ser atendido, ter a capacidade de atribuir ao indivíduo pessoalmente a maioria dos cuidados de saúde, a adequação ou inadequação do plano de cuidados imediatamente evidente para a pessoa mais qualificada para decidir como ele pode ser melhorado. Importante pois promove a integração das funções de planejamento do cuidado e prestação do cuidado, a melhoria pode ser implementada sem demora (MANTHEY, 2014).

Hoffart e Woods (1996) comparam cinco modelos aplicados em reconhecidos hospitais americanos, estruturados em cinco eixos, a saber: Valores profissionais; Relações Profissionais; Sistema de Entrega do Cuidado; Proximidade do Gerenciamento e; Estrutura de Compensação e Recompensa. A similitude entre esses modelos se referem aos valores profissionais como autonomia, responsabilidade, crescimento e desenvolvimento profissional; às relações profissionais para o gerenciamento de conflitos e trabalho por time; ao sistema de entrega do cuidado por enfermeiro referência nas 24 horas; à proximidade de gerenciamento por meio de compartilhamento de visão, força e valores coerentes na clínica e na gestão e com decisão descentralizada conforme unidade e estado do paciente; à recompensa com base no reconhecimento por especialização e certificação.

Entendendo o cenário da Unidade de terapia intensiva como de alta complexidade, onde o humano se funde com a tecnologia, é necessário se buscar garantir uma qualidade entre esses pilares a fim de ofertar uma segurança na assistência ao cliente, além de estabelecer o compromisso e crescimento profissional de cada membro envolvido na assistência. A hospitalização em UTI acarreta alterações psicológicas e sociais para o paciente e sua família, mas a tecnologia disponível para assistir o paciente de alta complexidade não pode distanciar dessa interação (Knobel, 2006, p.18).

Ao enfermeiro de UTI é imprescindível a fundamentação teórica aliada à capacidade de discernimento, tomada de decisão, trabalho em equipe, iniciativa, liderança e responsabilidade. Autoconfiança é um trabalho metódico, apoiado em amplo conhecimento técnico-científico. É responsabilidade dos líderes implementar sistemas que proporcionem cuidados seguros aos pacientes voltados para monitoração e melhoria contínua. Dentre as atribuições de responsabilidade do enfermeiro intensivista estão a monitoração e avaliação das atividades; o delineamento do objetivo do tratamento oferecido; a identificação dos aspectos mais importantes do tratamento; a identificar e caracterização dos indicadores de segurança e qualidade; a aplicação da SAE e a comunicação efetiva para exercitar com autonomia o tratamento ao cliente (Knobel, 2006, p.32).

O processo de trabalho da Enfermagem particulariza-se em uma rede ou subprocessos que são denominados cuidar ou assistir, administrar ou gerenciar, pesquisar e ensinar. Cada um desses pode ser tomado como um processo à parte com seus próprios elementos (objeto, meios/instrumentos e atividade) que podem ou não coexistir em

determinado momento e instituição. Nesses diferentes processos, os agentes, ou seja, os trabalhadores de enfermagem, inserem-se de forma heterogênea e hierarquizada, expressando a divisão técnica e social do trabalho (Gerolin e Cunha, 2013, p. 37).

Ao analisar a nuvem de palavras que responde à questão do enfermeiro referência, é compreendido pelas viajantes como um modelo de cuidado centrado no paciente que tem a responsabilidade de manter o paciente informado e envolvido com a tomada de decisão em relação aos seus cuidados, fazendo-o sentir-se apoiado, confortável e confiante, para isso os profissionais precisam ter bom conhecimento da prática clínica, habilidade técnica e comunicação (Gerolin e Cunha, 2013).

Cabe destacar que ser enfermeiro referência implica ter capacidade e competência para o gerenciamento do cuidado ofertado de forma direta com o cliente e dominar o manejo da terapêutica clínica de Enfermagem, mais especificamente a capacidade de raciocínio clínico na aplicação do processo de enfermagem. Todavia, dado os resultados obtidos nos primeiro e segundo momentos da coleta de dados, é possível inferir que os problemas estruturais e processuais no cenário de estudo se configuram como fatores impeditivos ou pouco facilitadores para a implementação eficiente do processo de enfermagem. Os ruídos mais prevalentes no discurso das enfermeiras são a falta de conhecimento sobre a sistematização da assistência (SAE), carga de trabalho com número excessivo de tarefas, baixa qualidade da educação profissional e dos registros de enfermagem.

Estudos indicam que quando este método não é utilizado, problemas como a má qualidade dos cuidados de saúde, ausência de uma atividade sistemática em serviço, poucos reconhecimentos das atividades de enfermagem dentro do ambiente hospitalar podem estar presentes. (Pokorski et al, 2009, p.2).

O sistema *Primary Nursing* é uma forma de fortalecer a capacidade de liderança e exercício da autonomia do enfermeiro dentro de um raciocínio crítico. O pensamento crítico se apresenta como aptidão essencial no processo diagnóstico em enfermagem. É definido como um julgamento intencional que resulta em interpretação, análise, avaliação e inferência, além de explicação das evidências sobre as quais o julgamento foi baseado.

O pensamento crítico é considerado um pensamento reflexivo que consiste em avaliar corretamente as declarações e é focado na decisão acerca do que se acredita ou

não. Consiste, ainda, na capacidade de saber questionar e responder às questões que requerem habilidades para analisar, sintetizar e avaliar informações, sendo entendido como uma habilidade que pode ser aprendida e desenvolvida.

Na enfermagem, o pensamento crítico é considerado um componente essencial da responsabilidade profissional e da qualidade da assistência de enfermagem. Os pensadores críticos apresentam estes hábitos mentais: confiança, perspectiva contextual, criatividade, flexibilidade, curiosidade, integridade intelectual, intuição, compreensão, perseverança e reflexão. Eles praticam as habilidades cognitivas de análise, de aplicação de padrões, de discernimento, de busca de informações, de raciocínio lógico, de predição e de transformação de conhecimentos. (Bittencourt e Crosseti ,2013, p.3)

Dessa forma, pode estreitar seu relacionamento com o paciente, família e equipe de enfermagem visto que a equipe é reflexo de sua liderança. A forma de organização do enfermeiro reflete sua filosofia de ação. A diferença de escolaridade que temos na enfermagem, necessita de uma liderança participativa, porém com precisão nas condutas.

Carmona e Laluna (2002, p. 14) trazem o Primary Nursing como um meio de fazer uma enfermagem de alta qualidade, de forma humana e competente com continuidade. Esse modelo pode ser considerado para organização e aplicação de cuidados de enfermagem, que enfatiza a responsabilidade, autoridade e sentido de dever na tomada de decisão sobre os cuidados ao paciente. Segundo as autoras destacam-se quatro implicações para a prática, a saber:

- Implicações educacionais- o “Primary Nursing é a opção mais lógica para preparar as alunas para a complexidade do mundo real da prática da enfermagem profissional”.
- Implicações curriculares- com a modalidade “Primary Nursing”, deve desenvolver profundas habilidades básicas de tomada de decisão, proporcionar a realidades de estabelecimento de prioridades e judiciousa criação de atalhos para resolução de problemas, sendo assim essencial para a competência nesta modalidade.
- Implicações na assistência- a tomada de decisão clínica requer um profundo conhecimento e domínio sobre as doenças e sobre o paciente em seu contexto sócio-bio-psico-espiritual. Este conhecimento, por sua vez, vem da sua experiência prática do enfermeiro.

- Implicações sobre o conhecimento (poder) adquirindo-a enfermagem está 24h ao lado do paciente. Ela, mais do que qualquer outro profissional da saúde, conhece as suas necessidades, suas angústias, estado físico e mental. Isto pode incomodar outros membros da equipe de saúde se a modalidade “*Primary Nursing*” der certo, pois o conhecimento de todos esses fatores proporciona ao enfermeiro uma autonomia profissional conquistando reconhecimento e prestígio no meio de pacientes e familiares (Carmona e Laluna 2002, p. 15).

O modelo assistencial está implicado no modelo de gestão que orienta a melhoria, este processo ativo de determinação e orientação precisa ser seguido para a realização dos objetivos institucionais, compreendendo um conjunto de análises, decisões, comunicação, liderança, motivação e controle/avaliação (Gerolin e Cunha, 2013, p.37).

Magalhães et al (2000, p.10) afirma que a principal vantagem do *Primary Nursing* é a de resgatar a relação do enfermeiro com o paciente e com um modelo de cuidado centrado no enfermeiro e não na equipe de enfermagem.

4.3 – Análise do Segundo Momento do World Café: mesa 3.

Neste momento, caracteriza-se a terceira mesa onde trabalhamos o plano estratégico de ação visto que, os processos mapeados anteriormente evidenciam o número insuficiente de profissionais para execução de todas as tarefas previstas no processo produtivo, além das demandas inerentes a terapia intensiva que são de alta complexidade. Há gargalos e a exaustão de recursos, impactando nos resultados em relação a qualidade e segurança. Quando a demanda se aproxima da plena capacidade da equipe, começam as falhas pela perda da flexibilidade e pela sobrecarga imposta a equipe (SPILLER, 2009, p. 65.)

Quadro 7- Estrutura do plano de ação utilizando a ferramenta de gestão 5W1H

O que	Por que	Onde	Quando	Quem	Como
ORGANIZAÇÃO DE LOGÍSTICA, INFRAESTRUTURA E ASSISTENCIAL					
Construção de grupo de trabalho para implantação do modelo assistencial	Alinhamento das ideias sobre o modelo assistencial existente, levantamento de problemas e estabelecimento de prioridades das intervenções.	Em todo Hospital	Durante o primeiro ano, em especial nos primeiros 6 meses	Equipe de administração, governança e toda equipe de saúde	Através de Convite aos enfermeiros que desejam participar do grupo de trabalho para modelo assistencial no CTI, e de posse dos problemas encontrados no guia, determinar as intervenções baseado em evidência de utilização
Definir critérios para elaboração e entrega das prescrições, relacionado a plataforma prontuário carioca e ao fluxograma da farmácia.	1. É necessário melhorar o processo de entrada e saída relacionado a medicação para otimizar o plano de cuidados das enfermeiras melhorando a prática assistencial adequada a realidade institucional. 2. Para minimizar erros de medicação e riscos adversos. 3. Minimizar a falta de medicações decorrentes aos ruídos da prescrição. 4. Amenizar as rotineiras idas à farmácia pelas enfermeiras, por conta de acréscimos na prescrição fora do envio pelo sistema.	CTI e IPLAN	Em três semanas.	Enfermeira da gestão em parceria com administração, Coordenação médico assistente, coordenação médica, Direção de enfermagem, Chefia da farmácia e serviço da IPLAN- responsável pela plataforma do prontuário carioca.	Os enfermeiros precisam resgatar as seu papel, de aprazar as medicações dentro da realidade do cenário e dos pacientes, a prescrição de cuidados deve ser exclusiva do enfermeiro para que seja referência do processo de cuidar e consiga definir metas de resultados em prol do paciente e da família. 2. Exercer a autonomia em relação ao cuidado e acréscimos devem ser compreendidos na avaliação diária do paciente e devidamente ajustada as prescrições que são encaminhadas online. 3. A previsão do setor deve ter um estoque mínimo para as emergências com fluxo contínuo, amenizando as idas a farmácia
	5. Propiciar autonomia da enfermeira no plantão, sendo a referência dos cuidados. 6. Estabelecer um horário para envio das prescrições pelo sistema.				em detrimento da assistência direta ao paciente.
EDUCAÇÃO PERMANENTE E RECURSOS HUMANOS					
Sensibilizar a equipe multidisciplinar a realizar round onde todos participem do caso do paciente.	Alinhamento das ideias sobre o caso do paciente e as metas de resultados a serem alcançadas, sensibilizando e pontuando a importância de todos no processo de cuidar.	CTI	Entre 9 e 10h da manhã, de segunda a sexta.	Líderes de plantão, coordenação de enfermagem, fisioterapeuta, nutricionista e rotina médica	1. Apresentação dos casos e evolução do paciente otimizando a avaliação clínica para tomada de decisão mais assertiva, por identificação dos problemas e intercorrências. 2. Fortalecer o respeito mútuo e em especial pelo paciente. Comunicação em alça fechada.
Comunicação entre enfermeiros	1. Elaborar um instrumento de passagem de plantão. 2. Elaborar uma evolução de enfermagem no prontuário carioca para otimizar os registros em detrimento ao déficit de Recursos humanos.	CTI	Período diurno e noturno, no diurno junto ao momento do Round.	Enfermeiros e coordenação de enfermagem das terapias intensivas.	Criação de instrumento baseado na ferramenta SBAR; Elaborar um formulário para o registro no prontuário carioca.

Observa-se na unidade que os enfermeiros exercem a profissão sob a mesma perspectiva que os profissionais médicos, centralizando suas ações mais na doença do que no paciente, como preconizado no modelo biomédico. A sistematização dos cuidados de enfermagem possibilita que os profissionais se distanciem de uma prática sistemática (não padronizada) e muito intuitiva, ao mesmo tempo que, se aproximam de um saber fazer focado no cliente, como preconizado no modelo *Primary Nursing*.

O uso da metodologia 5W1H permitiu dividir o processo em duas categorias, uma relacionada com a organização de infraestrutura, logística e processos assistenciais e a outra com a educação permanente e recursos humanos, este último sendo um dos pontos nevrálgicos do CTI e com diferentes partes, que evidenciaram o que fazer em cada

situação, quais as pessoas que estavam operacionalizando cada fase, em que setor estava sendo realizada a etapa, em que sequência do processo a tarefa deve ser atribuída e como a ação deve ser realizada. A ação de custo não foi considerada.

O primeiro planejamento de ação foi a construção de grupo de trabalho para implantação do modelo assistencial operante dentro do hospital para alinhamento das ideias sobre o modelo assistencial existente, levantamento de problemas e estabelecimento de prioridades das intervenções em uma estimativa de prazo de duas semanas onde em conjunto com a educação continuada de enfermagem, Chefe de enfermagem e enfermeiros que formarão o grupo de trabalho estrutura-se o processo assistencial a partir de um convite aos enfermeiros que desejam trabalhar a mudança do modelo assistencial no CTI, e a partir dos problemas estruturar o guia para o modelo.

Como um dos processos mapeados tem a ver com o sistema de medicação e este em relação direta com a tecnologia de informação institucional, outro ponto importante foi a definição de critérios para elaboração e entrega das prescrições na plataforma prontuário carioca e incorporado ao fluxograma do setor de Farmácia, pois afeta substancialmente o trabalho do enfermeiro, sendo um obstáculo na mudança de modelo assistencial hoje. Os setores responsáveis para implantação das modificações do processo do sistema de medicação são o CTI e a IPLANRio (Empresa municipal de informática), de modo que otimize a melhoria do plano de cuidados das enfermeiras para melhor gestão do tempo com direcionamento à prática assistencial; controle os erros ou incidentes relacionados a medicamentos. Ademais, pode amenizar a demanda de deslocamentos rotineiros das enfermeiras ao setor de Farmácia, uma vez que há ruídos relacionados aos acréscimos na prescrição fora do envio pelo sistema.

Em relação ao período para a entrega dos medicamentos e os responsáveis pela ação, definiu-se o final da manhã e com atuação de todos os envolvidos nos dois setores, a saber: coordenação médico assistente, coordenação médica, coordenação de enfermagem das terapias intensivas, Direção de enfermagem, Chefia da farmácia e serviço da IPLAN. Para que os enfermeiros resgatem suas atribuições de aprazamento dos medicamentos prescritos. Os enfermeiros devem retomar seu papel de gestor do cuidado de enfermagem por meio de implementação da SAE e, em especial, a assunção da prescrição dos cuidados de enfermagem, de modo que os médicos não mais sejam seus prescritores. Desse modo, a prescrição de cuidados se tornará exclusiva do enfermeiro,

indicadores de desempenho poderão ser estabelecidos e metas de resultados serão estabelecidas.

A segunda categoria do plano de ação estrutura a educação permanente e recursos humanos, com a finalidade de sensibilização da equipe multidisciplinar a realizar as visitas de discussão clínicas leito a leito, com participação de médico, enfermeiros, técnicos, nutricionista, psicologia e fisioterapia. Essas discussões permitem o alinhamento de terapêuticas caso a caso e definição de intervenções e prognósticos específicos de cada área profissional. Esses momentos devem ocorrer no período inicial da manhã de segunda a sexta-feira, sob as coordenações do médico e da enfermeira.

Como proposta de melhoria da comunicação entre os enfermeiros, o plano contempla a proposta de elaboração e implantação de um instrumento para o momento da passagem de plantão diurno e noturno, fundamentado na ferramenta de gestão SBAR (situação, contexto, avaliação e recomendação). Acredita-se que as informações nele contidas possibilitará, ainda, melhor evolução no prontuário carioca e contribuirá para a tomada de decisão clínica. Esse instrumento será implantado pelos enfermeiros assistenciais e o coordenador de enfermagem do CTI, em formato de formulário no prontuário eletrônico.

As considerações sobre o plano de ação permitem afirmar que é possível migrar do modelo biomédico para um modelo Primary Nursing adaptado, apesar dos obstáculos institucionais. Entretanto, carece de um aprofundamento nos ruídos identificados nas mesas 1 e 2 e na expansão do plano de ação proposto. Infere-se que a qualificação e capacitação das enfermeiras, fortalecimento de uma política voltada ao capital humano e implantação de estratégias para melhoria do engajamento à SAE devem ser ações prioritárias para implantação do modelo a ser adaptado.

CAPÍTULO IV - Conclusão

Esta tese tem a proposta de discutir o modelo assistencial de enfermagem dentro do centro de terapia intensiva, em especial evidenciar o Sistema *Primary Nursing*, fundamentado no enfermeiro como referência do paciente. Ao se mergulhar na fundamentação desse modelo a ideia de cuidado humanizado se desfaz, visto que ao ser referência esse enfermeiro personaliza de forma sequencial sua assistência empregando suas competências, crescendo em seu desenvolvimento profissional com responsabilidade e autonomia.

Desse modo, se acredita na instrumentalização de um modelo assistencial de enfermagem aplicado à prática, uma fala única que deveria sair na formação do profissional que compreendeu durante sua trajetória acadêmica seu real papel na pirâmide assistencial. No universo da assistência, o enfermeiro tem inúmeras responsabilidades, muitos de cunho burocrático até mesmo imposto pelo papel social que ele representa, o modelo biomédico nos impõe esta representação, não crítico o modelo de forma absoluta contudo esse engessamento nos distanciou da assistência direta dos cuidados e fragilizou muitos em relação a suas competências e raciocínio crítico e estabeleceu uma grande barreira na comunicação.

O subjugamento histórico de nosso potencial trouxe a subvalorização e cria um vácuo entre a teoria e a prática da enfermagem que tem em sua responsabilização a

essência do cuidar que só é expresso na qualidade e segurança do paciente. O centro de terapia intensiva tem em sua história evolutiva um ambiente com uma estrutura que trabalha o limiar entre vida e morte, nossos processos de trabalho são complexos e desafiadores requer aplicação de conhecimento, habilidade e raciocínio crítico e por isso não pode ser etéreo, precisa ser estruturado e responder a objetivos com resultados compreendidos por todos que compõe a equipe interdisciplinar.

Nesse sentido, os objetivos propostos foram atingidos, na medida em que conseguimos cartografar o modelo existente e caracterizá-lo, contudo, não se teve uma visão panorâmica para aplicar um modelo adaptado ratificando a necessidade de mais estudos sobre a temática. A utilização de ferramentas de gestão nos ajudou a elaborar um plano estratégico para intencionar a mudança do modelo assistencial para um adaptado ao Sistema *Primary Nursing*, esse modelo estimula o empoderamento do enfermeiro, uma demanda cada dia mais presente diante de todo binômio de saúde doença que vivemos. A pandemia retratou muito o carecimento deste profissional, no primeiro ano as unidades de terapia intensiva estavam em voga e a falta de conhecimento dos profissionais que foram contratados de imediato pelo caráter catastrófico do vírus evidenciou nossa importância. O cuidado direto em terapia intensiva exige compromisso e dedicação, além de ser um ambiente vasto em conhecimento e ao mesmo tempo, cercado de fatores estressantes latentes na vida do enfermeiro intensivista. A carga de trabalho é um fator delicado neste cenário, assim como os processos aqui mapeados que dificultam o gerenciamento do cuidado potencializam os riscos de eventos adversos assim como a insatisfação profissional que impactará diretamente no paciente. O destaque emocional dado ao enfermeiro e sua equipe é discutido em vários estudos científicos que implicitamente colocam o enfermeiro como referência do paciente, por estar na linha de frente na maior parte do tempo.

A participação dos enfermeiros foi essencial para o desenvolvimento deste estudo, mesmo não reunindo a totalidade destes na adesão à pesquisa, os que participaram ao utilizarem a técnica de coleta *The World Cafe* reviveram o sentimento de felicidade em poder compartilhar seus anseios e frustrações além de um muro de lamentações, com cunho científico e com pontuações assertivas para um caminho de mudanças. O que torna evidente a necessidade de continuar pesquisando sobre o tema, contextualização da fundamentação teórica e as discussões acerca dos conceitos que são tratados neste estudo.

Ao contextualizar os mapeamentos de processo e os modelos assistenciais a gerência do cuidado espelhou-se em cada espaço e tempo ali administrado nos proporcionando o entendimento de que somos ocupantes dos “fixos” e “fluxos” que permeia esse ambiente, uma constante interação entre eles, desvelados nas questões individuais, institucionais e em especial em um modelo histórico que há muitos anos não produz resultados isoladamente, no quesito qualidade e segurança.

Os processos mapeados aqui estão relacionados ao sistema de medicação, comunicação interpessoal e barreira ambiental, temas amplos e profundos retratados em inúmeros ruídos que provam a dificuldade em mudar o modelo biomédico através do processo gerencial de enfermagem. Evidenciou-se a insegurança na tomada de decisão e na liderança, falta de reconhecimento profissional e a execução de tarefas não atribuídas que distanciam o enfermeiro do paciente crítico. Essa realidade implica em sobrecarga de trabalho para os enfermeiros e indicadores que depõem contra a qualidade do serviço. O mercado de trabalho exige competência, mas não consegue medi-la em relação ao conhecimento técnico científico e seus resultados quando se pensa no desempenho individual, na subjetividade atrelada à satisfação profissional. Ao ter satisfação, o indivíduo sente-se motivado e cresce, este lhe é intrínseco gerando impacto na sua capacidade de relacionamento, adaptações a mudanças e flexibilidade imbuído de conhecimento científico que lhe é inerente.

A vida é feita de renovação contínua, nada é estático, tudo muito dinâmico e o profissional deve ser estimulado a essas inquietudes, ampliando seu olhar e assim raciocínio crítico. A liderança tem um papel fundamental nessa motivação, é necessário valorizar as competências que o indivíduo já tem e que o qualificam para realizar seu trabalho esse é o maior senso de responsabilidade e autogestão, na utilização da ferramenta 5W1H, a gestão denominada coordenação no cenário de pesquisa está na resposta de quem fará o movimento, por entender que deve ser a primeira a instaurar o processo de mudança. É a forma mais simples de envolver as pessoas à luz das necessidades emanadas no contexto do seu trabalho.

A tarefa de despertar o movimento de ensinar a pensar, construir a experiência baseada nas evidências se dá através de métodos que são proporcionados também pela liderança, ao gerenciar uma unidade muitas das vezes não temos um aprendizado tão bem estruturado na gestão humana, fazendo da prática a aplicação de um aprendizado artificial, um planejamento ativo e voluntário agrega pessoas e minimiza riscos e

incertezas traduzindo essa oportunidade que o momento de coleta de dados nos deu. Repensar o planejamento da unidade é um passo fundamental para o despertar, e as ferramentas de gestão utilizadas neste estudo trouxeram a inexistência dessa administração, evidenciando a primordialidade da liderança centrada no serviço.

A dádiva divina da vida é dada ao enfermeiro intensivista, por ter o paciente em risco iminente de morte, e merece todo o envolvimento da gestão em parceria com os enfermeiros beira leito. O saber fazer é um crescimento diário que requer uma busca para a consolidação profissional do enfermeiro, a sua formação acadêmica não finaliza a aprendizagem, ela inicia o processo e a busca agregadora dos conhecimentos científicos consistentes e robustos.

Com esse entendimento, se recomenda a continuidade de estimular os profissionais às necessidades organizacionais e individuais, estimulando o líder a reconhecer e tratar condutas inadequadas e os desempenhos profissionais insatisfatórios que interferem na harmonia do cenário em prol do paciente e da equipe. A utilização de ferramentas de gestão como uma etapa que guiará a implementação dos processos que precisam ser reestruturados, ampliar o uso da 5W1H para que possa corrigir e ajustar e permanecer seguindo na intenção da implementação de um modelo adaptado do Sistema *Primary Nursing*.

REFERÊNCIAS

1. AFFARA F, Oguisso T. Classificação internacional para a prática de enfermagem. *Rev Bras Enferm* 1995; 48(4): 423-35
2. ALENCAR, Isabelita Rodrigues de; MACHADO, Aldenis da Silva; MARTINS, Álissan Karine. Programa Seis Sigma: estratégia para melhoria da gestão hospitalar / Six Sigma program: strategy to improvement of the hospital administration. *Rev. adm. saúde*; 13(50): 39-44, jan.-mar. 2011. Disponível: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/cid-64024> acesso em outubro,2021.
3. Alcantara LS et al. Adoecimento e finitude: considerações sobre a abordagem interdisciplinar no Centro de Tratamento Intensivo oncológico. **Ciência & Saúde Coletiva**, 18(9):2507-2514, 2013
4. ANDRADE, Edson Ribeiro; SOUSA, Edinilsa Ramos de; MINAYO, Maria Cecília de Souza. Intervenção visando a autoestima e qualidade de vida dos policiais civis do Rio de Janeiro. *Ciênc. Saúde coletiva* vol.14 n.1 Rio de Janeiro Jan./Fev.. 2009 <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232009000100034>
5. ANDRADE, G.E.V.; MARRA, B.A.; LEAL, F.; MELLO, C.H.P. Análise da aplicação conjunta das técnicas SIPOC, Fluxograma e FTA em uma empresa de médio porte. Bento Gonçalves, RS: XXXII ENCONTRO NACIONAL DE ENGENHARIA DE PRODUÇÃO Desenvolvimento Sustentável e Responsabilidade Social: As Contribuições da Engenharia de Produção Bento Gonçalves, outubro de 2012. Disponível: http://www.abepro.org.br/biblioteca/enegep2012_TN_WIC_157_920_20681.pdf

6. BARROS, José Augusto C., Pensando o processo saúde doença: a que responde o Modelo Biomédico? Revista Saúde e sociedade. 11(1):67-84, Rio de Janeiro, 2002. Disponível:
<https://www.scielo.br/j/sausoc/a/4CrdKWzRTnHdwBhHPtjYGWb/?format=pdf&lang=pt>
7. BERLO, David K., O processo da comunicação: introdução à teoria e à prática. Tradução Jorge Arnaldo. 10ª edição. São Paulo: Martins Fontes, 2003.
8. BITTENCOURT, Greicy Kelly Gouveia Dias e CROSSETTI, Maria da Graça Oliveira. Habilidades de pensamento crítico no processo diagnóstico em enfermagem. Revista da escola de enfermagem da USP. Vol.47. Nº2 São Paulo Abril, 2013.
9. BONASSA, E. M. et al. Enfermagem em Quimioterapia. Rio de Janeiro: Atheneu, 2012.
10. BURMEISTER H. Gestão da qualidade. In: Pereira LL, Galvão CR, Chanes M. Administração Hospitalar- instrumentos para gestão profissional. São Paulo: Loyola, 2005.
11. CARMONA, L.M.P.; LALUNA< M.C.M.C. “Primary Nursing”: pressupostos e implicações na prática. Revista Eletrônica de Enfermagem (on-line), v.4, n.1, p. 12-17, 2002. Disponível em <http://www.fe.ufg.br>.
12. CLARK, E. G.; LEAVELL, H. R. **Medicina Preventiva**. São Paulo: McGraw-Hill do Brasil, 1976
13. CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Lei nº 12.842 de 10 de Julho de 2013. Dispõe sobre o exercício da medicina. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 11 Julho 2013.
14. _____ . Resolução nº 2.299 de 30 de Setembro de 2021. Regulamenta, disciplina e normatiza a emissão de documentos médicos eletrônicos **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 16 Out. 2021.
15. CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Resolução nº 358, de 15 de Outubro de 2009. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 15 Out. 2009.
16. DINIZ, Samanta Oliveira da Silva. **Gerenciamento do tempo e carga de trabalho em Unidade de Terapia Intensiva: implicações nos registros dos enfermeiros**. Tese (Doutorado em Enfermagem e Biociências). Universidade Federal

do Estado do Rio de Janeiro – UNIRIO. Rio de Janeiro, 2017. Orientadora: Dr^a Teresa Tonini.

17.GEROLIN, Fátima Silvana Furtado, CUNHA, Isabel Cristina Kowal Olm. Modelos assistenciais na enfermagem- Revisão de Literatura. *Enfermagem em Foco* 2013;4(1);33-36.

18. GEROLIN, Fátima Silvana Furtado. Modelo Assistencial do Hospital Alemão Oswaldo Cruz: um estudo de caso. Tese de Doutorado (Ciências em Saúde) Universidade Federal de São Paulo. Escola Paulista de Enfermagem. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. - São Paulo: 2016.

19.FOUCAULT, M. **O Nascimento da Clínica**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1994.

20.FOUCAULT, M. **Microfísica do Poder**. Rio de Janeiro: Graal, 1979.

21.HUNSAKER, Phillip L.; HUNSAKER, Johanna. Manuais de gestão: gerir pessoas. Porto: Portugal Civilização editora, 2009.

22.KARIMI, Yadollah; SYED, Sharifah Latifah; KADIR, Abdul. Impacto da Cultura Organizacional na Implementação do TQM: Estudo Empírico na Iranian Oil Company. Departamento de Operação e Sistema de Informação Gerencial, Faculdade de Negócios e Contabilidade, Universidade da Malaya, Kuala Lumpur, Malásia . Faculdade de Administração e Contabilidade, Universidade da Malaya, Kuala Lumpur, Malásia . American Journal of Industrial and Business Management > Vol.2 No.4, outubro de 2012.
DOI: [10.4236 / ajibm.2012.24027](https://doi.org/10.4236/ajibm.2012.24027)

22. KNOBEL, Elias; LASELVA, Cláudia Regina; JÚNIOR, Denis Faria Moura. *Terapia intensiva: enfermagem*. São Paulo: Editora Atheneu, 2006.

23.KOERICH MS, BACKES DS, SOUSA FGM, ERDMANN AL, ALBURQUERQUE GL. Pesquisa-ação: ferramenta metodológica para a pesquisa qualitativa. *Rev. Eletr. Enf.* [Internet]. 2009;11(3):717-23. Disponível no site: <http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n3/v11n3a33.htm>. Acessado em 30/07/2017 as 14h.

24.LEÃO, Eliseth Ribeiro; SILVA, Cristiane Pavanello Rodrigues Silva; ALVARENGA, Denise Cavallini; MENDONÇA, Silvia Helena Frota(organizadores). *Qualidade em saúde e indicadores como ferramenta de gestão*. São Caetano do Sul, SP: Yendis Editora, 2008. ISBN978-85-7728-082-7

25.LUCENA, Maria Diva da Salette. *Planejamento de Recursos Humanos*. 1 °ed. 10° reimpr. São Paulo: Editora Atlas S. A, 2007. ISBN 978-85-226-0619-7

26. LUDOVICO, A.S.G, TONINI T. Modelos Assistenciais de Enfermagem e reflexos na prática profissional [internet]. Rio de Janeiro (BR); 2018. [Acesso em: 24 de agosto de 2019]. Disponível em: <https://journaldedados.files.wordpress.com/2018/10/modelos-assistenciais-de-enfermagem-e-reflexos-na-pratica-profissional.pdf>

27. MARX, Lore Cecília. *Competências da Enfermagem: sedimentadas no sistema primary Nursing*. Rio de Janeiro: EPUB- Petrópolis, 2006.

28. Koloroutis M. Cuidado Baseado no Relacionamento: Um modelo para transformação da prática. Coord. Fátima Silvana Furtado Gerolin. São Paulo: Atheneu, 2012, p.27.
29. MANTHEY, Marie, A prática do primary Nursing: prestação de cuidados dirigida pelos recursos, baseada no relacionamento. São Paulo: editora Atheneu, 2014.
30. M S, Ministério da Saúde (BR). Secretaria Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. HumanizaSUS - Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. 20 p.
31. MAGALHÃES, Ana Maria Muller; JUCHEM, Beatriz Cavalcanti. Primary Nursing: adaptando um novo modelo de trabalho no serviço de enfermagem cirúrgica do hospital de clínicas de Porto Alegre. R. gaúcha Enfermagem, Porto Alegre, v.21. n.2, p.5-18, jul.2000
32. MALAGUTTI, William; CAETANO, Karen Cardoso (organizadores). Gestão do serviço de enfermagem no mundo globalizado. Rio de Janeiro: Editora Rubio,2009. ISBN978-85-7771-054-6
33. MARQUIS, Bessie L.; HUSTON, CAROL J.. Administração e liderança em enfermagem: Teoria e prática. trad. Regina Garcez. 4ª ed. .Porto Alegre: Artmed, 2005.
34. MELO, E. C. P.; FIGUEIREDO, N.M. A. Níveis de Atenção à Saúde: cuidado preventivo para o corpo sadio. In: FIGUEIREDO, N.M. A. Ensinando a Cuidar em Saúde Pública. São Caetano do Sul: Difusão, 2003.
35. MENEZES, RA. Díficeis decisões: etnografia de um Centro de Tratamento Intensivo [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2006.
36. MERHY et al. 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.(org.) Agir em saúde: um desafio para o público. São Paulo: Hucitec, 2007.
37. MINAYO MCS, Costa AP. Técnicas que fazem uso da Palavra, do Olhar e da empatia: Pesquisa Qualitativa em Ação. Aveiro: Ludomedia; 2019. DOI: 10.1590/1413-81232020255.22042019MARQUES, Sueli Maria Fernandes. Implantação de programa de acreditação de serviços de saúde: a qualidade como vantagem competitiva. 1ºed. Rio de janeiro: MedBook, 2015. ISBN978-85-8369-009-2

38. MUNCK, Sergio. O prontuário do Paciente. In: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (org.). **Textos de Apoio em Registros de Saúde**. Rio de Janeiro, FIOCRUZ, 1999.
39. MUSSI, F. C.; FREITAS, K. S.; PIRES, C.G.S.; GAMA, G.G.G.. A História das Unidades de Terapia Intensiva: uma análise crítica de sua evolução. In: FIGUEIREDO, N.M.A et al. **Tratado de Cuidados de Enfermagem**. 1ª ed. v1. São Paulo: Roca, 2012.
40. NAPOLEÃO, Bianca Minetto. **Ferramentas da qualidade**. O Glossário definitivo sobre ferramentas de qualidade. Disponível no site: <https://ferramentasdaqualidade.org/5w2h/> Acessado em 16 de Fevereiro de 2021.
41. NCCMERP. National Coordinating Council for Medication Error Reporting and Prevention, 2020. Disponível : <https://www.nccmerp.org/>
42. NOVAES HM, PAGANINI JM. Garantia de Qualidade: Acreditação de hospitais para América Latina e Caribe Brasília; Organização Pan-Americana de Saúde; 1992. 209 p.
43. PAULA, Cristiane Cardoso; ZANON, Bruna Pase; PADOIN, Stela Maris de Mello; RIBEIRO, Aline Cammarano Ribeiro. Pesquisa convergente assistencial: produção de dados para revelação do diagnóstico de HIV para crianças e adolescentes. Revista Pesquisa Qualitativa. São Paulo (SP), v.6, n.10, p. 91-110, abr. 2018.
44. POKORSKI, Simoni; MORAES, Maria Antonieta; CHIARELLI, Régis; COSTANZI, Angelita Paganini; RABELO, Eneida Rejane. Processo de enfermagem: da teoria à prática. O que de fato estamos fazendo? Revista Latino-americana de Enfermagem vol. 17, nº3, Ribeirão Preto Maio/junho, 2009.
45. PROQUALIS. Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde (Icict/Fiocruz). Ministério da Saúde, Brasil, 2017. Disponível no site: <https://proqualis.net/indicadores-de-unidades-de-terapia-intensiva-de-adultos>. Acessado em 30/07/2017 às 13h.
46. SALES, Leila Miriam Conde; ARAUJO, Beatriz Rodriguês e JESUS, Élvio Henrique. Sistema de medicação hospitalar: análise do conceito. São Paulo: Rev Recien.2021;11(36):648-662.
DOI: <https://doi.org/10.24276/rrecien2021.11.36.648-66>
47. SANTOS, Milton. Espaço & método uma palavrinha a mais sobre a natureza e o conceito de espaço. São Paulo, 1988. Disponível:

https://www.academia.edu/35216065/ESPA%C3%87O_and_MET%C3%93DO_UMA_PALAVRINHA_A MAIS SOBRE A NATUREZA E O CONCEITO DE ESPA%C3%87O

48. SANTOS, Milton. Espaço e sociedade. Petrópolis: Vozes,1979.
49. SANTOS, Milton. Espaço e método. São Paulo: edusp,2008.
50. SILVA VEF. O desgaste do trabalhador de Enfermagem: a relação trabalho de Enfermagem e saúde do trabalhador [tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo; 1996.
51. SILVA, LMV. Conceitos, abordagens e estratégias para a avaliação em saúde. In: HARTZ, ZMA., and SILVA, LMV. orgs. Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde [online]. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2005, pp. 15-39. ISBN: 978-85-7541-516-0. Available from: doi: 10.7476/9788575415160. Also available from in ePUB from: <http://books.scielo.org/id/xzdnf/epub/hartz-9788575415160.epub>
52. SILVINO, Zenith Rosa(organizadora). Gestão baseada em evidências: recursos inteligentes para soluções de problemas da prática em saúde. Curitiba: CRV,2018.
53. SPILLER, Eduardo Santiago; SENNA, Ana Maria; SANTOS, José Ferreira dos; VILAR, Josier Marques. Gestão dos serviços em saúde. Rio de Janeiro: Editora FGV,2009.
54. STEFANELLI, Maguida Costa; CARVALHO, Emilia Campos de et org. A comunicação nos diferentes contextos da enfermagem. Barueri, Sp: Manole, 2005.
55. SURVEYGIZMO. Using Word Clouds To Present Your Qualitative Data. Sandy McKee. Acessível em <https://www.surveygizmo.com/survey-blog/what-you-need-to-know-when-usingword-clouds-to-present-your-qualitative-data>.
56. RASIS, Dana; GITLOW, Howard S.; POOVICH, Edward. Paper organizers international: a fictitious Six Sigma Green Belt case study. I. Quality Engineering. v. 15, n. 1, p. 127-145, 2002-03
57. RASMUSSEN, C.E; GAUSSIAN, Williams C. K. I. Processes for Machine Learning, the MIT Press, Massachusetts of Technology,2006. ISBN 026218253X. Disponível em <http://www.gaussianprocess.org/gpml/chapters/RW.pdf>

58. RIBEIRO J, Souza DN, Costa AP. Investigação qualitativa na área da saúde: por quê? *Cien Saude Colet* [Internet]. 2016 Ago [citado 2018 Fev. 07]; 21(8):2324-2324. Disponível em:http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232016000802324&lng=pt
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232016000802324&lng=pt
59. TRENTINI M, Paim L. Pesquisa Convergente Assistencial: um desenho que une o fazer e o pensar na prática assistencial em saúde-enfermagem. Florianópolis: Insular; 2004. 143p.
60. TRUPPELL, Thiago Christel, MEIER, Marineli Joaquim, CALIXTOLL Riciano do Carmo, PERUZZOLL, Simone Aparecida, CROZETAA, Karla. Sistematização da Assistência de Enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva. *Rev Bras Enferm*, Brasília 2009 mar-abril; -abril; 62(2): 221-7. Disponível: <https://www.scielo.br/j/reben/a/J6PzYNjhRrHv36RWZQ8QmJS/?format=pdf&lang=pt>
61. VIANA, Adane Domingues. Processo de Trabalho em Saúde no Centro Cirúrgico: implicações para a Enfermagem. Dissertação de mestrado. Rio de Janeiro: Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, 2010.

APÊNDICE A

CARTA CONVITE

Prezado(a) senhor(a),

Convido a Vossa Senhoria a participar da pesquisa sob o título de Avaliação do Modelo de Prática Profissional de Enfermagem no contexto do Centro de Terapia intensivo adulto (CTI) de um hospital público do município do Rio de Janeiro. Com o objetivo de realizar uma cartografia do modelo assistencial existente no Centro de Terapia Intensiva de um hospital público do município do Rio de Janeiro.

Nossos pressupostos são a adoção de um modelo assistencial de enfermagem pouco focado em competências atitudinais que valorizem a escuta, a comunicação, o acolhimento e a responsabilização, de forma individual para o cliente e sua família no CTI. Há possibilidade de migração desse modelo fragmentado para o Sistema *Primary Nursing* adaptado à realidade de um hospital público do município do Rio de Janeiro.

A pesquisa faz parte do programa *strictu sensu*, a pesquisa vincula-se ao estudo desenvolvido por mim como exigência para obtenção do grau de Doutor pelo programa de Pós Graduação em Enfermagem e Biociências da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro- UNIRIO sob a orientação da professora Dr. Teresa Tonini. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UNIRIO. Em observância às diretrizes do Conselho Nacional de Saúde (CNS) do Ministério da Saúde (MS) do Brasil, a pesquisa atende às diretrizes no que se refere ao consentimento, sigilo e anonimato, benefícios e propriedade intelectual.

Acreditando que a força intelectual das pessoas representa um grande diferencial na sua construção individual e profissional, emergindo deste o sentimento de valorização e crescimento, pontuo que a enfermagem necessita ter o conhecimento um processo contínuo e compartilhado utilizando-o de forma interpretativa e analítica na busca de melhores e contínuos resultados assistenciais que proporcionem a melhoria da qualidade e segurança dos cuidados. Nesta perspectiva, o modelo de prática profissional de enfermagem que tem foco em resultados e como elemento principal o cliente e sua família. Atenciosamente,

APÊNDICE B



Secretaria Municipal de saúde e Defesa Civil Comitê de Ética em Pesquisa

Rua Afonso Cavalcanti, 455 sala 710 – Cidade Nova Telefone: 3971-1463

<http://www.rio.rj.gov.br/web/smsdc/> / cepsms@rio.rj.gov.br /
cepsmsrj@yahoo.com.br

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO

Prezado(a), você está sendo convidado(a) a participar do estudo intitulado **Avaliação do Modelo Assistencial de Enfermagem no contexto do Centro de Terapia intensivo adulto (CTI) de um hospital público do município do Rio de Janeiro**, por você ser o elemento fundamental da assistência direta ao cliente deste cenário.

Este projeto tem por **objetivo** de cartografar o modelo assistencial existente no Centro de Terapia Intensiva adulto de um hospital público do município do Rio de Janeiro. Os objetivos secundários são caracterizar o modelo assistencial cartografado do Centro de Terapia Intensiva adulto e elaborar, coletivamente, um plano de ação para migração do modelo assistencial cartografado para o sistema *Primary Nursing* adaptado à realidade de um hospital público do município do Rio de Janeiro.

PROCEDIMENTO DO ESTUDO: Se você decidir integrar este estudo, a pesquisadora assistente irá lhe enviar um e-mail contendo o convite formal para participação na pesquisa e o TCLE. Uma vez que o aceite do TCLE se concretize, você será convidado a participar de um encontro presencial, onde serão respeitadas todas as normas de segurança relacionadas à pandemia COVID-19. Esta roda de conversa será realizada com a técnica *The World Café*, com o diferencial de ao invés de mesas será feito em cadeiras adequando às normas sanitárias da COVID-19, este procedimento será repetido por duas vezes no mesmo mês para oportunizar a inclusão na pesquisa da maioria dos enfermeiros, visto que atuam em escala de serviço de 12h por 60 horas. Esta roda de conversas no modelo citado acima, será gravada em áudio. O agendamento das rodadas

dar-se-á fora do horário do plantão, a média de horas desse encontro está prevista para duas horas. Podendo ser agendado para horários antes do início ou término do plantão.

RISCOS: Você será exposto a riscos mínimos ao participar desse estudo, tais como desconforto pelo tempo gasto nas rodas de conversas. Na ocorrência de eventuais danos decorrentes da pesquisa, a equipe de pesquisa adotará medidas garantindo apoio/suporte psicológico.

BENEFÍCIOS: Os benefícios ao participar deste estudo serão indiretos, sua participação contribuirá para avaliação do Modelo de Prática Profissional de Enfermagem no contexto da alta complexidade do Centro de Terapia intensivo adulto de maneira que possa ser adaptado um modelo assistencial de enfermagem para a realidade do cenário.

CUSTOS: Sua participação no estudo não implicará em custos adicionais. O(A) Sr(a) não terá qualquer despesa com a realização dos procedimentos previstos neste estudo em relação as rodadas de conversa no modelo *The World Café* e as medidas sanitárias relacionadas a Covid 19, que serão custeados pela pesquisadora principal. Também não haverá nenhuma forma de pagamento pela sua participação”

Assinando esse consentimento, o(a) senhor(a) não desiste de nenhum de seus direitos. Além disso, o(a) senhor(a) não libera os investigadores de suas responsabilidades legais e profissionais no caso de alguma situação que lhe prejudique. A sua participação é inteiramente voluntária. Uma vez aceitando participar desta pesquisa, o(a) Sr(a) deverá se sentir livre para abandonar o estudo a qualquer momento do curso deste, sem que isto afete o seu cuidado ou relacionamento futuro com esta instituição. O investigador deste estudo também poderá retirá-lo do estudo a qualquer momento, se ele julgar que seja necessário para o seu bem-estar.

CONFIDENCIALIDADE: Seu nome não aparecerá em nenhum formulário a ser preenchido. Nenhuma publicação partindo destes questionários revelará os nomes de quaisquer participantes da pesquisa. Sem seu consentimento escrito, os pesquisadores não divulgarão nenhum dado de pesquisa no qual você seja identificado.

DÚVIDAS E RECLAMAÇÕES: Esta pesquisa está sendo realizada no Hospital Municipal Souza Aguiar que não possui vínculo com a Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro-UNIRIO. Sendo o Doutorando do Programa de Pós-graduação PPGEnf-BIO, da Escola de Enfermagem Alfredo Pinto da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro – UNIRIO, Enfermeiro Andréa da Silva Gomes Ludovico, o pesquisador principal, sob orientação da Professora Doutora Teresa Tonini. O investigador está disponível para responder a qualquer dúvida que você tenha através do telefone (21) 974621948, ou ainda pelo e-mail: dealudovico2006@gmail.com. Os investigadores estão disponíveis para responder qualquer dúvida também pelo telefone fixo (21) 2542-6699 ou ainda pelo email: ttonini@terra.com.br.com. Caso seja de seu interesse, o Comitê de Ética em Pesquisa, CEP-UNIRIO pode ser acionado através do telefone 2542-7796 ou e-mail cep@unirio.br e o CEP-SMS/RJ através do telefone 2215-1485 ou e-mail cepsms@rio.rj.gov.br ou cepsmsrj@yahoo.com.br . Você terá uma via deste consentimento para guardar com você. Você fornecerá nome, endereço e telefone de contato apenas para que a equipe do estudo possa lhe contatar em caso de necessidade. Caso surja alguma dúvida quanto à ética do estudo, o(a) Sr.(a) deverá se reportar ao Comitê de Ética em Pesquisas envolvendo seres humanos – subordinado ao Conselho Nacional de Ética em Pesquisa, órgão do Ministério da Saúde, através de

solicitação ao representante de pesquisa, que estará sob contato permanente, ou contactando o Comitê de Ética em Pesquisa desta instituição, no telefone (21) 3971-1463. É assegurado o completo sigilo de sua identidade quanto a sua participação neste estudo, incluindo a eventualidade da apresentação dos resultados deste estudo em congressos e periódicos científicos.”.

Diante do exposto nos parágrafos anteriores eu, firmado abaixo,
 _____ (primeiro nome e sobrenome)
 residente _____ à _____ (endereço)

concordo em participar do estudo intitulado Avaliação do Modelo Assistencial de Enfermagem no contexto do Centro de Terapia intensivo adulto (CTI) de um hospital público do município do Rio de Janeiro .

Eu fui completamente orientado pela pesquisadora Andréa da Silva Gomes Ludovico que está realizando o estudo, de acordo com sua natureza, propósito e duração.

Eu pude questioná-lo sobre todos os aspectos do estudo. Além disto, ela me entregou uma cópia da folha de informações para os participantes, a qual li, compreendi e me deu plena liberdade para decidir acerca da minha espontânea participação nesta pesquisa.

Depois de tal consideração, concordo em cooperar com este estudo, patrocinado pela pesquisadora acima citada, e informar a equipe de pesquisa responsável por mim sobre qualquer anormalidade observada.

Estou ciente que sou livre para sair do estudo a qualquer momento, se assim desejar.

Minha identidade jamais será publicada. Os dados colhidos poderão ser examinados por pessoas envolvidas no estudo com autorização delegada do investigador e por pessoas delegadas pelo patrocinador.

Estou recebendo uma cópia assinada deste Termo.

Investigador: Andréa da Silva Gomes Ludovico Contato:(21)974621948
 Data:___ Assinatura: __

Participante: Nome: _____ Data: _____
 _____ Assinatura: __

Contato do CEP/UNIRIO:

Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro – UNIRIO, Avenida Pasteur, 296 subsolo do prédio da Nutrição – Urca – Rio de Janeiro – RJ – Cep: 22290-240, no telefone 2542-7796 ou e-mail cep@unirio.br

Contato do CEP/SMS- RJ:

Comitê de Ética em Pesquisa. Rua: Evaristo da Veiga, 16 - 4º andar - Sala 401. Centro - RJ. CEP: 20031-040. Telefone: 2215-1485. E-mail: cepsms@rio.rj.gov.br ou cepsmsrj@yahoo.com.br. Site: <http://www.rio.rj.gov.br/web/sms/comite-de-etica-em-pesquisa>.

APÊNDICE C

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

UNIRIO - UNIVERSIDADE
FEDERAL DO ESTADO DO RIO
DE JANEIRO



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Avaliação do Modelo de Prática Profissional de Enfermagem no contexto da alta complexidade do Centro de Terapia Intensiva adulto (CTI) de um hospital público do município do Rio de Janeiro.

Pesquisador: Andrea da Silva Gomes Ludovico

Área Temática:

Versão: 4

CAAE: 47777921.2.0000.5285

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

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.047.478

Apresentação do Projeto:

Texto retirado das Informações Básicas do Projeto e inseridas na Plataforma Brasil pela/e/o pesquisador responsável ou qualquer membro da pesquisa.

"Esta tese tem como primeiro pressuposto que existe a adoção de um modelo assistencial de enfermagem pouco focado em competências atitudinais que valorizem a escuta, a comunicação, o acolhimento e a responsabilização, de forma individual para o cliente e sua família no CTI. O segundo pressuposto é que há possibilidade de migração desse modelo fragmentado para o Sistema Primary Nursing adaptado à realidade de um hospital público do município do Rio de Janeiro. Os objetivos traçados para este estudo são Cartografar o modelo assistencial existente no Centro de Terapia Intensiva adulto de um hospital público do município do Rio de Janeiro; Caracterizar o modelo assistencial cartografado de um Centro de Terapia Intensiva adulto de um hospital público do município do Rio de Janeiro e Elaborar, coletivamente, um plano de ação para migração do modelo assistencial cartografado para o sistema Primary Nursing adaptado à realidade de um hospital público do município do Rio de Janeiro."

"Para a realização dessa pesquisa optou-se pela pesquisa-ação, onde o conceito de ação está

Endereço: Av. Pasteur, 295 suboto da Escola de Nutrição

Bairro: Urca **CEP:** 22.290-240

UF: RJ **Município:** RIO DE JANEIRO

Telefone: (21) 2562-7798

E-mail: cep@unirio.br

Continuação do Formar: 4.947.471

vinculado à noção de liberdade para agir e transformar o mundo que, para Heidegger, não constitui um lugar e sim um complexo formado pela significação das experiências que fazem do ser humano um ser histórico (MINAYO, 2011).

A abordagem qualitativa dar-se-á de forma a avaliar o modelo assistencial existente e construir bases para aplicação do sistema "Primary Nursing adaptado", relacionando as características de avaliação ex-ante, conforme pode ser observado na Figura 1 (ANDRADE et al, 2008).

"Não limitando a abrangência da pesquisa - ação, se tem o referencial teórico da Pesquisa de Convergência Assistencial abre a possibilidade de articulação de ações de assistência dos profissionais de saúde com as ações de pesquisa científica, de modo a se tomarem fonte de dados de investigação com valimento para a produção de mudanças na prática assistencial quando necessárias. No aspecto teórico-filosófico, a Pesquisa

Convergente Assistencial é considerada um delineamento híbrido, pois ela se tem sustentado na encruzilhada onde ocorre a convergência de duas linhas de ação: a prática de enfermagem e a prática de pesquisa" (TRENTINI; PAIM; A motivação para este estudo decorre do meu interesse enquanto coordenadora de unidades de terapia intensiva, em entender como o modelo assistencial da minha prática de hoje interfere na qualidade da assistência prestada pela equipe de enfermagem. E, se há possibilidade de aprimorá-lo e transformá-lo, a fim de garantir a segurança e qualidade na assistência de enfermagem.

Compreendo que o modelo assistencial de uma instituição pública pode e deve contemplar princípios doutrinários de universalidade, integralidade e equidade e os princípios organizativos de regionalização, hierarquização, descentralização, com a participação popular. Para aplicar esse modelo de gestão e atender a política do HumanizaSUS, faz-se necessário entender o modelo assistencial utilizado em cada instituição e de acordo com o seu nível de atenção à saúde, ressaltando que se faz mister alinhar o

modelo de gestão institucional à gestão assistencial. Modelo Assistencial diz respeito ao modo como são organizadas as ações de atenção à saúde em uma dada sociedade, envolvendo os aspectos tecnológicos e assistenciais e assim se estruturam e articulam entre diversos recursos físicos, tecnológicos e humanos disponíveis para enfrentar e resolver os problemas de saúde individual ou de uma coletividade (GEROLIN, 2017). Pensar conceitos e denominações sobre modelo assistencial implica em retomar diversas terminologias aplicadas (op.cit.), que têm sido utilizadas como sinônimos, tais como:

"modos de produzir saúde", modelos assistenciais, modelo técnico ou técnico assistencial e modelo técnico-assistencial, modos de intervenção, modelos de atenção ou modelos de cuidar. A assunção

Endereço: Av. Pasteur, 266 subterrâneo da Escola de Nutrição

Bairro: Urca

CEP: 22.280-340

UF: RJ

Município: RIO DE JANEIRO

Telefone: (21)2542-7760

E-mail: unp@unirio.br

Conteúdo do Material de Apoio

nessa etapa de planejamento existem muito pouco para a compreensão e o entendimento sobre modelos assistenciais, usando diferentes formas de cuidar do indivíduo e discutindo o alcance de objetivos comuns em prol de qualidade e

regulação remunerativa e satisfação do cliente e do profissional. Apesar de os modelos hierárquicos ser implementados no saber e fazer assistencial e dos prejuízos associados pela profissão vinculada para modelo assistencial próprio para Enfermagem, muitos enfermeiros vêm, aos poucos, ampliando os limites de fazer suas atividades nos clientes

e suas famílias. Há mais de 20 anos, essa preocupação se tem levado à busca de um modelo que retrate uma prática reconhecendo de ser humano de forma holística e como um ser em sua totalidade – dono de sua história, social e autor de sua vontade para cuidar de si. Hoje, se compreende que esses modelos conceituais não engessam a busca por um modelo aplicável à realidade da Enfermagem, em especial a brasileira, mas sim para qual tem se mostrado positivo na aplicação prática de alguns modelos existentes em países americanos e europeus.”

“A utilização da técnica World Café para compreender o modelo assistencial existente e a apresentação dos elementos do Primary Nursing possibilitando a construção, baseada nas diretrizes da técnica, de um modelo adaptado ao Primary Nursing.

As dinâmicas do World Café aproximam-se de um momento muito presente da enfermagem, “a hora do café” onde o reflexivo encontra um ponto em um processo participativo, simples e funcional possibilitando o surgimento das estruturas para prática. Momento na complexidade e diversidade dos pensamentos, observamos a emergência da inteligência coletiva.

Na condução deste planejamento estratégico de diagnóstico e identificação sobre o modelo assistencial utilizaremos uma ferramenta de gestão de processos com qualidade, o SWTH. O SWTH tem como objetivo principal auxiliar no planejamento de ações, por meio de questionamentos, partilhando as dúvidas sobre um problema e a sobre estratégias para tomada de decisões. Os benefícios são expressos na forma de compreensão das falas e melhor aproveitamento das informações, organizando e sistematizar ideias. Na construção deste planejamento estratégico de diagnóstico e identificação sobre o modelo assistencial utilizaremos uma ferramenta de gestão de processos com qualidade, o SWTH. O SWTH tem como objetivo principal auxiliar no planejamento de ações, por meio de questionamentos, partilhando as dúvidas sobre um problema e a sobre estratégias para tomada de decisões. Os benefícios são expressos na forma de compreensão dos fatos e melhor aproveitamento das

Endereço: Av. Maracanã, 1191 - Vila Maracanã, Rio de Janeiro, RJ
 CEP: 22.250-260
 UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO
 Telefone: (21)2543-0790 E-mail: unirio@unirio.br

Continuação do Formulário: 4.247.478

informações, organizando e sistematizar ideias.*

Objetivo da Pesquisa:

Texto retirado das Informações Básicas do Projeto e inseridas na Plataforma Brasil pelo/a pesquisador responsável ou qualquer membro da pesquisa.

***Objetivo Primário:**

Cartografar o modelo assistencial existente no Centro de Terapia Intensiva adulto de um hospital público do município do Rio de Janeiro.

Objetivo Secundário:

Caracterizar o modelo assistencial cartografado de um Centro de Terapia Intensiva adulto de um hospital público do município do Rio de Janeiro. Elaborar, coletivamente, um plano de ação para migração do modelo assistencial cartografado para o sistema Primary Nursing adaptado à realidade de um hospital público do município do Rio de Janeiro.*

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

***Riscos:**

Os riscos são mínimos, contudo sendo a mesma com seres humanos há a possibilidade de danos à dimensão física, psíquica, moral, intelectual, social, cultural ou espiritual do ser humano.

Benefícios:

A justificativa deste estudo se fundamenta na necessidade de oferecer um modelo assistencial onde haja a valorização das pessoas, o estilo de liderança e o clima organizacional como condições indispensáveis para o alcance de resultados, tendo assim uma enfermagem mais padronizada, sistematizada, satifeita e de qualidade. (MARX, 2008, p140).O Primary Nursing é um sistema para prestação de assistência de enfermagem cuja principal característica é a autonomia do enfermeiro na prática clínica. Visto que, uma abordagem linear e mecanicista hoje não faz mais sentido; atualmente a necessidade emergente é uma visão holística, dinâmica e interligada (MARX, 2008). Desta forma, o benefício é proporcionar um modelo assistencial centrado no paciente e na família, gerados de satisfação do profissional garantindo qualidade e um modelo baseado em resultados.*

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa relevante e bem delimitada eticamente, visando à proteção dos participantes.

Trata-se de estudo de doutorado em enfermagem e biociências, com inclusão de 15 enfermeiros

Endereço: Av. Pasteur, 290 subterrâneo da Escola de Enfermagem
Bairro: Urca CEP: 22.290-240
UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)2542-7798 E-mail: cep@unirio.br

**UNIRIO - UNIVERSIDADE
FEDERAL DO ESTADO DO RIO
DE JANEIRO**



Continuação do Parecer: 4947-473

que atuam no Centro de terapia intensiva de um hospital municipal.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Foram apresentados para a 4ª versão: Carta de atendimento às pendências; Projeto detalhado com pendências atendidas; TCLE com pendências atendidas; Folha de rosto devidamente preenchida; Orçamento detalhado com financiamento próprio; Carta convite; Questões propulsoras da coleta de dados; Termo de anuência da Instituição Coparticipante com assinatura e carimbo do responsável; Cronograma atualizado.

Recomendações:

Não há.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Todas as pendências apontadas em parecer consubstanciado anterior foram atendidas.

Considerações Finais a critério do CEP:

Prezada Pesquisador,

Por favor, não esqueça de inserir os relatórios parcial e final da pesquisa na Plataforma Brasil na parte de notificação (ícone à direita da tela, na linha do título do projeto).

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Typo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1704142.pdf	20/08/2021 15:26:49		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Anuência	TESE_ANUENCIA.pdf	20/08/2021 15:21:08	Andrea da Silva Gomes Ludovico	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Anuência	Carta_Pendencias.doc	21/07/2021 20:52:40	Andrea da Silva Gomes Ludovico	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	TEXTO_TESE.docx	21/07/2021 20:42:39	Andrea da Silva Gomes Ludovico	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Anuência	TCLE_CEP.pdf	21/07/2021 20:39:29	Andrea da Silva Gomes Ludovico	Aceito
Folha de Rosto	folha_de_rosto.pdf	25/04/2021 14:43:48	Andrea da Silva Gomes Ludovico	Aceito


Endereço: Av. Pasteur, 230 subseq da Escola de Nutrição

Bairro: Urca CEP: 22.200-240

UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO

Telefone: (21)2542-7796

E-mail: rno@unirio.br

UNIRIO - UNIVERSIDADE
FEDERAL DO ESTADO DO RIO
DE JANEIRO 

Contribuição do Parecer: 4.547.476

Situação do Parecer:
Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:
Não

RIO DE JANEIRO, 01 de Setembro de 2021

Assinado por:
Andressa Teoli Nunziaroni
(Coordenador(a))

Endereço: Av. Pasteur, 255 subsele da Escola de Nutrição
Bairro: Urca **CEP:** 22.250-240
UF: RJ **Município:** RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)2542-7790 **E-mail:** conp@unirio.br

Página 02 de 02

APÊNDICE D

REPRESENTAÇÃO DO FLUXOGRAMA ANALISADOR (MERHY; NOCKO,2007)

APÊNDICE I

REPRESENTAÇÃO DO FLUXOGRAMA ANALISADOR (MERHY; ONOCKO,2007)



*ELIPSE- Representa a entrada e a saída de uma unidade de produção de cuidado em saúde.

*RETÂNGULO- Usado para representar as etapas mais importantes do processo produtivo, a produção de insumos, e o consumo de recursos e procedimentos.

*LOSANGO- Representam momentos de decisão na cadeia de produção.

*PARALELOGRAMO- Usado para apresentar dados ou informações relevantes para análise do processo produtivo.

*R (Ruído)- Serão designados assim, os estranhamentos, elementos destoantes, contraditórios no processo produtivo.

*ELIPSE- Representa a entrada e a saída de uma unidade de produção de cuidado em saúde.

*RETÂNGULO- Usado para representar as etapas mais importantes do processo produtivo, a produção de insumos, e o consumo de recursos e procedimentos.

*LOSANGO- Representam momentos de decisão na cadeia de produção.

*PARALELOGRAMO- Usado para apresentar dados ou informações relevantes para análise do processo produtivo.

*R (Ruído)- Serão designados assim, os estranhamentos, elementos destoantes, contraditórios no processo produtivo.

ANEXO I

FOLHA DE EVOLUÇÃO – ESBOÇO ELABORADO NO PLANO ESTRATÉGICO

**EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM / TERAPIA INTENSIVA**

Data:	/ /20
--------------	-------

Hora:

Nome:	Leito:	Idade:	Matricula:
Diagnóstico Clínico:			
Patologia Associada:			
Precaução: [] NÃO [] SIM	Qual:		
HMSA: [] dias	CTI: [] dias	TOT: [] dias	TQT: [] dias
Acesso Periférico: _____ [] dias	Acesso Profundo: _____ [] dias		
Nível de Consciência: <input type="checkbox"/> Lúcido <input type="checkbox"/> Orientado <input type="checkbox"/> Desorientado <input type="checkbox"/> Agitado <input type="checkbox"/> Torporoso <input type="checkbox"/> Comatoso <input type="checkbox"/> Glasgow <input type="checkbox"/> Rass			
Estado Emocional: <input type="checkbox"/> Comunicativo <input type="checkbox"/> Ansioso <input type="checkbox"/> Depressivo <input type="checkbox"/> Outros:			
Avaliação das Pupilas: <input type="checkbox"/> Isocóricas <input type="checkbox"/> Anisocóricas Direita: <input type="checkbox"/> Fotorreagente a Luz <input type="checkbox"/> Miose <input type="checkbox"/> Midríase Esquerda: <input type="checkbox"/> Fotorreagente a Luz <input type="checkbox"/> Miose <input type="checkbox"/> Midríase			
Peles e Mucosas: <input type="checkbox"/> Corado <input type="checkbox"/> Hipocorado <input type="checkbox"/> Ictérico <input type="checkbox"/> Anictérico <input type="checkbox"/> Cianótico <input type="checkbox"/> Hidratado <input type="checkbox"/> Desidratado			
Sistema Respiratório: <input type="checkbox"/> Eupneico <input type="checkbox"/> Dispneico <input type="checkbox"/> Taquipneico <input type="checkbox"/> Bradipneico <input type="checkbox"/> Cheyne-stock <input type="checkbox"/> Outros:			
Suporte Ventilatório: <input type="checkbox"/> Ar Ambiente <input type="checkbox"/> Macronebulização a ___l/min <input type="checkbox"/> TOT N° ___ Comissura Labial de ___cm <input type="checkbox"/> TQT <input type="checkbox"/> Metálica <input type="checkbox"/> Portex N° ___			
Modo Ventilatório: <input type="checkbox"/> A/C <input type="checkbox"/> CPAP <input type="checkbox"/> PSV Peep: _____ cmH ₂ O Fio ₂ _____ % Saturação: _____ %			
Ausculta Pulmonar:			

Direito <input type="checkbox"/> MVUA <input type="checkbox"/> Adventícios: _____ <input type="checkbox"/> Ápice <input type="checkbox"/> Lobo Médio <input type="checkbox"/> Base
Esquerdo <input type="checkbox"/> MVUA <input type="checkbox"/> Adventícios: _____ <input type="checkbox"/> Ápice <input type="checkbox"/> Base
Secreção: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Expectoração Espontânea Aspecto: _____ <input type="checkbox"/> Trach-Care - Data de Colocação: ___/___/___ <input type="checkbox"/> Filtro - Data Colocação: ___/___/___ Trocado em: ___/___/___
Dieta Zero: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Horário: _____ Motivo: _____
Alimentação: <input type="checkbox"/> SNE <input type="checkbox"/> SOE <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Posicionada <input type="checkbox"/> Data Instalação: ___/___/___ <input type="checkbox"/> GTT <input type="checkbox"/> Jejunostomia <input type="checkbox"/> Oral c/ Ajuda <input type="checkbox"/> Oral s/ Ajuda <input type="checkbox"/> Assistida <input type="checkbox"/> Parenteral BI: _____ ml/h JEJUM: <input type="checkbox"/> SNG <input type="checkbox"/> SOG Motivo: _____
Abdome: <input type="checkbox"/> Flácido <input type="checkbox"/> Distendido <input type="checkbox"/> Peristáltico <input type="checkbox"/> Doloroso a Palpação PIA [_____] cmH ₂ O Outros: _____
Eliminações Intestinais: <input type="checkbox"/> Presente - Frequência [_____] <input type="checkbox"/> Ausente - [_____] dias Diarréia: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Aspecto: _____
Eliminações Vesicais: <input type="checkbox"/> Espontânea <input type="checkbox"/> Fralda <input type="checkbox"/> CVD - [_____] dia Aspecto: _____
Sistema Circulatório: <input type="checkbox"/> Edema: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não - Local: _____ Cianose: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não - Local: _____
Parâmetros Hemodinâmicos: PAM: [_____] mmhg PVC [_____] cmH ₂ O DC [_____] l/min SVO ₂ [_____] % PAP [_____] mmhg
INTEGRIDADE DA PELE: <input type="checkbox"/> Braden LOCAL: _____ INICIO: _____ ESTÁGIO: _____ PROCEDIMENTOS: _____
OBSERVAÇÕES/INTERCORRÊNCIAS: _____ ASSINATURA E CARIMBO: <input type="checkbox"/>

ANEXO II

FOLHA DE PASSAGEM DE PLANTÃO – SBAR

PASSAGEM DE PLANTÃO ENFERMAGEM CTI- DATA: _____

Nome:	
Leito e matrícula	
Diagnóstico	
Proposta terapêutica	
Infusões contínuas:	
Meta do dia:	

Nome:	
Leito e matrícula	
Diagnóstico	
Proposta terapêutica	
Infusões contínuas:	
Meta do dia:	