

A PERCEPÇÃO DOS(AS) ENFERMEIROS(AS) DA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA DO HOSPITAL DE CARIDADE DE VIAMÃO, NO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL, SOBRE AS BOAS PRÁTICAS EM SAÚDE NO ATENDIMENTO AOS PACIENTES

Carine Chaulet¹

Carlos Strey²

Beatriz Barreto Machado Athanasio³

RESUMO

Este artigo tem como objetivo analisar a percepção dos(as) enfermeiros(as) na Unidade de Terapia Intensiva do Instituto de Cardiologia do Hospital de Caridade de Viamão, no estado do Rio Grande do Sul, sobre as boas práticas em saúde no atendimento aos pacientes. Como forma de aprofundar o estudo, buscou-se identificar os(as) enfermeiros(as) da Unidade de Terapia Intensiva, descrever as boas práticas em saúde e descrever a percepção dos(as) enfermeiros(as) da Unidade de Terapia Intensiva sobre as boas práticas em saúde no atendimento aos pacientes. Para melhor entendimento, procurou-se abordar temas relativos ao assunto como a organização: hospital, UTI – Unidade de Terapia Intensiva, Profissão: Enfermeiro(a) e Boas Práticas em Saúde. Para tanto, a presente pesquisa é exploratória quanto aos objetivos e, quanto aos procedimentos técnicos, é um estudo de caso e bibliográfica. A abordagem do problema é qualitativa, e o método de trabalho é o dedutivo. A pesquisa foi realizada por meio de um questionário semiestruturado para uma amostra, por acessibilidade e não probabilística e analisado de forma interpretativa. Desta forma se percebe que, para os profissionais, enfermeiros e enfermeiras, a Unidade de Terapia Intensiva é o local de maior cuidado e dedicação pelo grau de responsabilidade e, assim sendo, as boas práticas são as grandes aliadas para ambos os lados, pacientes e profissionais. Mantê-las e orientar a equipe deve ser um comprometimento de todos que pode salvar vidas.

Palavras-chave: UTI – Unidade de Terapia Intensiva; Enfermeiros(as); Boas Práticas em Saúde

ABSTRACT

This article aims to analyze the perception of nurses in the Intensive Care Unit of the Cardiology Institute of the Viamão Charity Hospital in the state of Rio Grande do Sul, about good health practices in patient care. As a way to deepen the study we sought to identify the nurses of the Intensive Care Unit, describe the good practices in health and describe the perception of the nurses of the Intensive Care Unit about the good practices in health care patients. For better understanding, we sought to address issues related to the subject such as the organization: hospital, ICU - Intensive Care Unit, Profession: Nurse and Good Health Practice. Therefore, this research is exploratory as to the objectives and, as to the technical procedures, is a case study and bibliographic. The approach to the problem is qualitative and the working method is deductive. The research was conducted using a semi-structured questionnaire for one sample, accessibility and non-probabilistic and interpretatively analyzed. Thus, it is clear that for the professionals: nurses and nurses, the intensive care unit is the place

¹ Acadêmica do Curso Tecnólogo em Gestão Hospitalar – FAMED. e-mail: kaka_med@hotmail.com

² Professor orientador da Faculdade Menino Deus – FAMED. e-mail: strey@gmail.com

³ Professora coorientadora da Faculdade Menino Deus – FAMED. e-mail: bia74athanasio@gmail.com

of greatest care and dedication for the degree of responsibility and, therefore, good practices are the great allies for both patients and professionals. Maintaining them and guiding the team must be a life-saving commitment for all.

Keywords: ICU - Intensive Care Unit; Nurses; Good Health Practice

1 INTRODUÇÃO

Segundo Roger Martin (2018), vive-se a era do capitalismo voltado para o cliente, na qual, ao beneficiar o cliente final e também os funcionários, haverá maior retorno, a longo prazo, aos acionistas, pois os clientes estão dispostos a pagar um pouco mais pela qualidade que recebem; logo, a diferença recebida pela empresa deve ser reinvestida constantemente na melhoria de processos e experiência de consumo voltadas para o cliente, e não esta mesma diferença recebida ir diretamente para o bolso dos acionistas.

Desta forma, o foco no valor do serviço prestado de boa qualidade, priorizando a inovação, o conhecimento e a execução de estratégia, possibilita retorno para o acionista superior.

A gestão na área da saúde procura uma solução para crescentes desafios, como associar qualidade de atendimento com redução ou pelo menos controle de custos.

Segundo Celestino (2002, p. 1) “[...] os hospitais estão entre os organismos mais complexos de serem administrados. Neles estão reunidos vários serviços e situações simultâneas”.

Um dos setores de maior complexidade é o setor de Unidade de Terapia Intensiva (UTI) que exige investimentos elevados e recursos humanos especializados.

Conforme Fernandes *et al.* (2011, p. 130), o conceito de terapia intensiva surgiu no conflito da Crimeia:

[...] quando Florence Nightingale em Scutari (Turquia) atendeu, junto com 38 enfermeiras, soldados britânicos seriamente feridos, agrupados e isolados em área com medidas preventivas para evitar infecções e epidemias, como disenteria e tétano, sendo marcante a redução de mortalidade. O objetivo principal das UTIs não mudou. Continua sendo manter estrutura capaz de fornecer suporte para pacientes graves, com potencial risco de morte.

Assim sendo, a essência da enfermagem em cuidados intensivos não está no ambiente ou nos equipamentos especiais, mas no processo de tomada de decisão, baseada na compreensão das condições fisiológicas e psicológicas do paciente, com ênfase em uma assistência segura.

O(a) enfermeiro(a), independente do diagnóstico ou do contexto clínico, deve estar apto a cuidar de todos os doentes e, ao cuidar de pacientes internados em Unidades de Terapia Intensiva – unidade hospitalar destinada ao atendimento de pacientes graves e recuperáveis – o(a) enfermeiro(a) e sua equipe defrontam-se, constantemente, com o binômio vida/morte e, devido às características tecnológicas e científicas desse local, faz-se necessária a priorização de procedimentos técnicos de alta complexidade, fundamental para manter a vida do ser humano.

Os(as) enfermeiros(as) de UTIs devem, ainda, aliar à fundamentação teórica (imprescindível) ao trabalho, o discernimento, a iniciativa, a habilidade de ensino, a maturidade e estabilidade emocional juntamente com as boas práticas em saúde, que segundo a ANVISA (2011, p. 4) “[...] deve desenvolver ações no sentido de estabelecer uma política de qualidade envolvendo estrutura, processo e resultado na sua gestão dos serviços”.

Ainda, com relação à segurança do paciente, a ANVISA (2011, p. 4-5) expõe que:

O serviço de saúde deve estabelecer estratégias e ações voltadas para a Segurança do Paciente, tais como: I. Mecanismos de identificação do paciente; II. Orientações para a higienização das mãos; III. Ações de prevenção e controle de eventos adversos relacionadas à assistência à saúde; IV. Mecanismos para garantir segurança cirúrgica; V. Orientações para administração segura de medicamentos, sangue e hemocomponentes; VI. Mecanismos para prevenção de quedas dos pacientes; VII. Mecanismos para a prevenção de úlceras por pressão; VIII. Orientações para estimular a participação do paciente na assistência prestada.

Desta forma, o trabalho de enfermagem na Unidade de Terapia Intensiva é descrito como estressante, ocasionando desgaste, cansaço e sobrecarga, principalmente em relação à jornada de trabalho e ao ambiente.

Sendo assim, aborda-se, neste artigo, o tema Boas Práticas em Saúde por meio de um estudo de caso elaborado e aplicado no Hospital de Caridade de Viamão, situado na cidade de Viamão, no estado do Rio Grande do Sul.

Este artigo tem como objetivo analisar a percepção dos(as) enfermeiros(as) na Unidade de Terapia Intensiva do Hospital de Caridade de Viamão sobre as boas práticas em Saúde no atendimento aos pacientes, onde se buscou identificar os(as) enfermeiros(as) da Unidade de Terapia Intensiva, descrever as boas práticas em Saúde e descrever a percepção desses profissionais da Unidade de Terapia Intensiva do Hospital de Caridade de Viamão com relação às boas práticas em saúde e à segurança do paciente.

Diante do exposto, cabe o questionamento:

Como os(as) enfermeiros(as) da Unidade de Terapia Intensiva do Hospital de Caridade de Viamão/RS percebem as boas práticas em saúde?

Na segunda seção deste artigo, serão abordados temas como a história do Hospital de Caridade de Viamão, UTI – Unidade de Terapia Intensiva, Profissão: Enfermeiro(a) e Boas Práticas em Saúde.

A metodologia utilizada para o desenvolvimento desta pesquisa encontra-se na terceira seção deste artigo, em que os procedimentos metodológicos e o tipo de estudo e de pesquisa são apresentados. Na quarta seção, encontra-se a análise e apresentação dos resultados, o que possibilitou explicitar, nas considerações finais, a percepção dos(as) enfermeiros(as) da Unidade de Terapia Intensiva do Hospital de Caridade de Viamão/RS sobre as boas práticas em saúde no atendimento aos pacientes.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1 A organização: Hospital

A expressão hospital é de raiz latina (*Hospitalis*). Vem de *hospes* – hóspedes, porque antigamente era nas casas de assistência que se recebiam os peregrinos, pobres e enfermos. O termo hospital tem, nos dias de hoje, o mesmo significado de *nosocomium*, de fonte grega, que é tratar os doentes. E, neste sentido, a estrutura dos hospitais foi idealizada de modo a cumprir as funções de prevenção, diagnóstico e tratamento de doenças (GONÇALVES, 1998).

Contudo, muitos dos hospitais modernos se regem por uma modalidade conhecida como cuidados progressivos, em que não há salas divididas por especialidades médicas, mas onde os tratamentos são antes prestados progressivamente ao paciente de acordo com a gravidade e a complexidade.

O universo do presente artigo é a Unidade de Terapia Intensiva (UTI) do Instituto de Cardiologia – Hospital de Viamão.

Fundado em 13 de fevereiro de 1947, o Hospital de Caridade de Viamão passou à gestão das Irmãs do Imaculado Coração de Maria em 1953 e foi por esta entidade filantrópica gerido até o ano de 2006 quando, em virtude das dificuldades financeiras, inerentes à área de saúde, a entidade religiosa fez a doação do hospital à Fundação Universitária de Cardiologia – FUC.

Desde 01 de Novembro de 2007, o hospital está sob a gestão técnica e administrativa da FUC, passando, a partir desta data, a se chamar Instituto de Cardiologia – Hospital de Viamão.

Situado no centro da cidade, o Hospital de Viamão distingue-se como uma instituição de nova geração com inserção e comprometimento crescente junto à comunidade, e que exerce uma gestão profissional sem abandonar os princípios da filantropia, da humanização e qualidade do atendimento.

Nestes doze anos sob gestão da FUC, o Hospital de Caridade de Viamão, como hospital geral, tem ampliado o seu papel assistencial na cidade de Viamão e na região metropolitana com destacada atuação na área de atendimento às urgências/emergências, que é onde o trauma se evidencia cada vez mais em maior número e com maior complexidade, em consequência, entre outros fatores, de sua localização na região metropolitana de Porto Alegre/RS.

Distante cerca de 25 km da Capital do estado do RS, constitui-se hoje em uma alternativa resolutiva na área da saúde, não só para a população de Viamão, mas também como referência pactuada para municípios de Alvorada, Cachoeirinha e Glorinha. Por sua localização e resolutividade, o hospital recebe pacientes oriundos destes e dos demais municípios vizinhos, principalmente vítimas de acidentes das estradas da região.

2.2 Unidade de Terapia Intensiva – UTI

O conceito de UTI teve como fundamento a necessidade de oferecer um suporte continuado de alta complexidade para pacientes graves, instáveis e/ou agudamente doentes que dependeriam de uma assistência avançada para ter chance de sobreviver.

Na UTI, as visitas são limitadas, a área é reservada e o paciente fica em monitoração constante e vigilância 24 horas. Essa unidade faz parte do setor de alta complexidade hospitalar, integrado aos outros níveis de atenção à saúde, com serviços de alta densidade tecnológica, elevada necessidade de suporte profissional especializado e alta demanda de serviços complementares como exames laboratoriais e de imagem, dentre outros. (NOGUEIRA *et al.*, 2012)

Idealmente, todo paciente considerado instável e ou grave, deveria ser cuidado em UTI, uma vez que já foi demonstrado menor mortalidade entre os pacientes que nela são tratados; entretanto nem sempre se consegue que todos os pacientes com indicação sejam internados em setor de cuidados intensivos no Brasil. (PEREIRA *et al.*, 2012)

Há, portanto, falta de leitos de UTI no nosso país, mesmo em grandes cidades. (ALMEIDA, 2013). Esses leitos de terapia intensiva são considerados “leitos raros”, uma vez que, para a instalação de uma UTI, são necessárias equipes altamente treinadas, usando tecnologia moderna em instalações hospitalares com requisitos específicos e insumos

imprescindíveis para assistência, manutenção e recuperação dos pacientes. Dessa forma, para que essa estrutura hospitalar funcione de modo articulado, a gestão adequada desse setor é fundamental para se alcançar os resultados desejados na assistência aos pacientes graves.

A gestão em saúde, notadamente na área hospitalar, é essencial para proporcionar aos cidadãos as oportunidades de tratamento às diversas doenças clínico-cirúrgicas, buscando soluções para os crescentes desafios. A gestão em saúde tem como principais metas prover assistência e cuidados à saúde de alta qualidade, com melhoria continuada associada ao menor custo possível, porém tem como fatores limitadores a dificuldade no controle preciso da demanda e restrição dos recursos. (GONÇALVES *et al.*, 2010)

Desde a publicação do relatório “*To err is Human*”, pelo *Institute of Medicine (Institute of Medicine [IMS Health], 1999)*, onde foi abordada a questão da preocupação com o atendimento médico, com a segurança do paciente e com a qualidade, até os dias atuais, a resposta definitiva da sociedade a esse problema ainda não foi encontrada. Sabe-se, no entanto, de interferentes que afetam a qualidade dos serviços prestados. No caso da UTI, por exemplo, uma experiência brasileira demonstra que a sobrecarga de trabalho da enfermagem está relacionada a maior risco de morbidade e de mortalidade dos pacientes. (NOVARETTI *et al.*, 2013)

Essa procura pela eficiência e baixo custo na área da saúde, nem sempre é benéfica aos pacientes. Um estudo conduzido em 3.794 hospitais norte-americanos mostrou que pacientes com infarto agudo do miocárdio e com insuficiência cardíaca tratados em hospitais de baixo custo tiveram uma qualidade de cuidado inferior quando comparados aos outros hospitais. (JHA *et al.*, 2009)

Mas, definir qualidade em saúde não é simples, uma vez que está relacionada à adequação ao propósito, inexistência de defeitos, conformidade com especificações, o que, diuturnamente, é almejado na assistência à saúde e, igualmente, nas unidades de terapia intensiva. (FERNANDES *et al.*, 2011)

Nas unidades de terapia intensiva, que são unidades de negócio que consomem expressivos recursos e geram custos consideráveis, face à complexidade de suas atividades, a melhoria da qualidade do atendimento juntamente com a contenção dos custos crescentes pode ser considerada um demonstrativo de eficiência (HIGGINS, 2010). A questão crítica é que eficiência na gestão em saúde não se restringe à obtenção de bons resultados a curto prazo e de menores custos, mas aos bons resultados também a longo prazo e à alta confiabilidade que uma organização de saúde possa conferir. (BOHMER, 2011)

Essa confiabilidade é conquistada com planejamento, especificações, desenvolvimento, aplicação e controle de processos, decisões baseadas em evidência e tratamento do conhecimento clínico como valor organizacional (BOHMER, 2011).

A justificativa teórica e prática para a realização deste trabalho é baseada no fato de que a unidade de terapia intensiva é um dos setores críticos do hospital, onde é necessário agilidade no atendimento, articulação adequada entre equipe multiprofissional, equipamentos de alta tecnologia e insumos imprescindíveis para assistência, manutenção e recuperação dos pacientes e que dependem da atividade do gestor, que busca a eficiência, elevada confiabilidade e maior qualidade com menor custo.

As atividades do gestor de UTI envolvem tarefas de naturezas diversas, tais como as pertinentes à área administrativa, gerenciamento de pessoal, controle de insumos, adequação da área física onde a UTI está instalada, intermediação junto à alta administração, inovação, manutenção e controle do parque tecnológico. Quanto aos aspectos técnicos da atividade do gestor da UTI, há a orientação dos demais profissionais que atuam na área, elaboração /divulgação de diretrizes clínicas, diagnósticas e terapêuticas, análise periódica dos resultados obtidos (mortalidade, alta, complicações, infecção hospitalar), dentre outras.

A gestão moderna da UTI deve perpassar pelos fundamentos básicos da administração, tais como, planejamento, visão estratégica, processo decisório compartilhado, foco em resultados, qualidade voltada ao cliente (paciente/família), organização de operações, envolvimento da alta administração do processo de gerenciamento, gestão de recursos humanos e custos. (VECINA, 2012)

A estratégia é a base do modelo de gestão de um serviço complexo como a UTI, em que o conhecimento e a aplicação dos requisitos legais multiníveis dos órgãos e conselhos relacionados devem ser associados à garantia da assistência proporcionada, sendo a estrutura organizacional a primeira etapa desse processo (FERNANDES *et al.*, 2011).

Segundo Cardoso *et al.* (2011), um dos aspectos críticos na gestão de UTI é o planejamento quanto ao número de leitos dessa unidade, que deve possibilitar uma capacidade adequada para gerenciar as admissões rotineiras, os desastres públicos e as pandemias, lembrando que o excesso de leitos é desperdício e a capacidade inadequada pode acarretar problemas médicos, éticos e legais. Um exemplo das consequências relacionadas à demora na internação de pacientes em UTI pôde ser evidenciado em pesquisa realizada na cidade de Londrina (Paraná, Brasil) que demonstrou que o atraso da internação em unidade de terapia intensiva tem significativa relação com a mortalidade desses pacientes. Os autores concluíram que, se pacientes são internados assim que têm indicação de UTI, a mortalidade é de

aproximadamente 37%, enquanto se ultrapassadas 24 horas no tempo de espera, a mortalidade chega a 67%.

Dentro da premissa de organizar a assistência aos pacientes em UTI, foi publicada a Portaria nº 1101/GM – 12 de junho de 2002, elaborada pelo Ministério da Saúde (2002), que tem como propósito estabelecer os parâmetros de cobertura assistencial. Dentre os itens abordados, destaca-se a necessidade de leitos hospitalares, que é estimada da seguinte forma:

- Leitos Hospitalares Totais: 2,5 a 3 leitos para cada 1.000 habitantes.

- Leitos de UTI: calcula-se, em média, a necessidade de 4 a 10% do total de leitos hospitalares, o que corresponde de 1 a 3 leitos de UTI para cada 10.000 habitantes.

Atualmente, há 505.078 leitos hospitalares no Brasil, o que resulta em 2,52 leitos hospitalares/1.000 habitantes. Destes, 38.667 são classificados como UTI (adulto, pediátrica, queimados, neonatal, clínica e cirúrgica), o que representa 1,92 leitos/UTI/10.000 habitantes. Todavia, ainda que à primeira análise poderia parecer que o número de leitos de UTI estaria adequado, a distribuição é desigual. (PEREIRA *et al.*, 2012)

Enquanto que, para os usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) há 1,28 leitos de UTI/10.000 habitantes, entre os usuários não-SUS há 3,87 leitos de UTI/10.000 habitantes, explicando, em parte, a falta de leitos de UTI para usuários do SUS (Conselho Nacional de Estabelecimentos de Saúde [CNES], 2014; Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [IBGE], 2014). Cabe, portanto, para o gestor público no Brasil, essa dificuldade extra a ser gerenciada.

Outra atividade pertinente ao gestor de UTI refere-se à organização, devendo levar em conta o ambiente externo, interno e suas oportunidades.

A análise dos ambientes permite a identificação de fatores que poderão impactar na qualidade dos serviços prestados, tais como inclusão de novos procedimentos cirúrgicos de grande porte na lista de procedimentos de um hospital, que poderá implicar maior uso de leitos de UTI, acarretando em maior necessidade de exames laboratoriais, de imagem, de enfermagem, de médicos intensivistas, de equipamentos e de insumos outros.

Periodicamente, portanto, o gestor da UTI deve rastrear, monitorar, rever, avaliar e compartilhar os dados obtidos na série histórica da UTI com aqueles de tendência, informando à alta administração quanto aos resultados encontrados e elencando um rol de soluções passíveis de viabilização. (FERNANDES *et al.*, 2011)

A labilidade dos pacientes e a necessidade de medidas rápidas e eficazes fazem com que o ambiente em UTI seja particularmente suscetível a erros (DAUD-GALLOTTI I *et al.*, 2012).

Para evitar a ocorrência de erros, o gestor habitualmente cerca-se de estratégias de implementação de processos operacionais para controle do setor.

Na prática, nem sempre os processos e diretrizes clínicas são completamente respeitados: há falhas de comunicação, sobrecarga de trabalho, a remuneração dos profissionais em vários locais deixa a desejar, fazendo com que, para alcançar e manter a qualidade dos serviços em terapia intensiva, sejam implantados sistemas de gestão de qualidade. A UTI, como subsistema altamente complexo no meio hospitalar, utiliza-se de ferramentas de melhoria continuada como o PDCA (planejar, executar, checar e revisar) para avaliação periódica dos processos (GERSHENGORN *et al.*, 2014).

Finalmente, há a gestão de custos que, na UTI, chega a 20% do total de gastos hospitalares em hospitais norte-americanos (HELPERN e PASTORE, 2010). Essa relevância se traduz em pesquisas para controle de custos em UTI, ajustes de tratamentos, mensuração e controle de atividades desenvolvidas, análise de custo/eficácia de procedimentos. Com os avanços tecnológicos e casos paliativos cada vez mais frequentemente internados em UTI, um dilema atual refere-se aos custos “fúteis”, isto é, aqueles que não vão causar benefícios aos pacientes, mas são realizados. (HUYNH *et al.*, 2013)

2.3 Profissão: Enfermeiro (a)

Ao longo da história, a saúde e o trabalho humano têm se conformado de acordo com as necessidades, as adversidades, os anseios e objetivos do homem. Desta forma, o contexto histórico-cultural de cada época influenciou de forma diversa a evolução do homem, do trabalho e da saúde. Juntamente com a saúde, a doença caminhou inerentemente à existência humana, e as diversas formas de tratá-la, preveni-la e de reestabelecer a saúde, surgiram, pela ação humana, através do cuidado de homens para e no homem.

Ao tratar-se da saúde, do cuidado e da enfermagem segundo as eras históricas, é preciso destacar alguns pontos, pois a história das profissões permite saber a forma como ocorreu a construção dos saberes práticos, teóricos, além do *modus operandi* pelo qual a profissão passou e assim conhecer e compreender o presente, e traçar seu futuro. (PADILHA *et al.*, 2011)

As profissões, ao longo do tempo, mais precisamente a enfermagem, têm passado por uma construção e reconstrução constantes de seus conhecimentos e conceitos, construindo sua história, na tentativa de desfazer-se de amarras de paradigmas, preconceitos, estereótipos presentes em sua realidade.

Nesse sentido é pertinente a abordagem da historicidade desta profissão, e a produção literária atual tem permitido a docentes, pesquisadores e pessoas com interesses comuns, manterem atualizados os conhecimentos clássicos e novos sobre esta profissão, seja no âmbito nacional ou internacional. Também é possível observar a criação e inserção da discussão histórica da profissão nos cursos de enfermagem, permitindo aos estudantes discutir e ter novos apontamentos a fazer quanto à profissão. (PADILHA *et al.*, 2011)

O período compreendido como Idade Moderna estende-se do século XV ao XVIII. Para a enfermagem, cuidado e saúde, além de todos os campos econômicos e políticos, foi um período de transição entre a Idade Média e a Moderna, mas marcado principalmente pela introdução do modo capitalista de produção, com a valorização do comércio, em substituição ao modo feudal de produção, o que será abordado mais adiante no próximo capítulo deste trabalho. Importante ainda destacar que este período foi marcado pelo renascimento da arte, cultura e ciência, bem como os grandes descobrimentos, e neste contexto, a descoberta e desbravamento do novo mundo, ou seja, da América do Sul e Central. (PADILHA *et al.*, 2011)

A organização religiosa na Europa também sofreu mudanças, advindas da Reforma Protestante. Essa reforma assumiu diferentes denominações e diferentes líderes nos locais em que se deu, mas seu ícone maior é, sem dúvida, Martinho Lutero, na Alemanha, dando origem ao luteranismo. Sua crítica recaía principalmente sobre o teologismo em que a economia, a sociedade, a política e a cultura estavam imersas, pela ideologia da Igreja Católica Romana. Lutero foi autor de 95 livros que criticavam e instigavam a população a repensar a forma como se dava, na Igreja Católica, o pagamento de indulgências; ele condenava também o paganismo e a avareza, propondo, assim, um debate teológico com força crítica. Essa reforma, apoiada no saber científico e nas questões que superavam o catolicismo, ultrapassou fronteiras e originou na Inglaterra, com Henrique VIII, o anglicanismo e, na Suíça, com João Calvino, o calvinismo. (PADILHA *et al.*, 2011)

Assim, essas mudanças decorrentes do movimento reformista acabaram por estender-se à enfermagem, ao cuidado e à saúde da população nos locais em que ocorreram. A forma de conceber os fenômenos, a partir da Reforma, trouxe problemas para a enfermagem, principalmente a saída da dominação do clero nos hospitais, deixando para trás um buraco no que diz respeito às pessoas qualificadas para o cuidado. Posterior à Reforma, a Igreja Católica tomou medidas para tentar conter a expansão do protestantismo em um movimento denominado Contrarreforma, outorgado pelo Concílio de Trento, com a missão catequizar o povo das terras recém-descobertas, e instituir novamente a Inquisição, além de limitar a atuação das mulheres

e, por conseguinte, prejudicar as ações de enfermagem por elas instituídas (GEOVANINI *et al.*, 2010).

A questão de gênero sempre fez parte da história da enfermagem; o que se sabe efetivamente é que a mulher, por possuir afinidade e ser mãe, sempre foi uma cuidadora, porém, dependendo do tempo histórico, não podemos generalizar, como ocorreu durante os séculos XIV a XIX, na Europa, com a perseguição das mulheres que realizavam partos ou cuidados, consideradas bruxas pela Inquisição. O parto, antes mesmo da enfermagem institucionalizar-se e assumir o papel de profissão, era inerente às mulheres, que primeiramente assumiram-no como instinto materno e, somente mais tarde, como um ofício, com cursos preparatórios. As viúvas e virgens nesse período também assumiram este papel caritativo de cuidado a doentes e pobres.

Porém, a enfermagem teve seu declínio no período da Reforma Protestante, com a saída das religiosas dos mosteiros e o fechamento de diversos hospitais. O cuidado, então antes realizado por pessoas com perfil de caridade e por motivos religiosos, foi deixado de lado, para ser assumido por pessoas despreparadas, mulheres recrutadas em prisões, nas ruas, não possuidoras de nenhum tipo de formação, na sua maioria analfabetas e de caráter duvidoso. Assim, na Idade Moderna a enfermagem tinha essa representação de pessoal, e foi desacreditada. Como era de caráter religioso o recrutamento de mulheres para a prática da enfermagem, com a saída da Igreja, ficou perdido, e a qualidade da assistência prestada declinou imensamente (GEOVANINI *et al.*, 2010).

A enfermagem praticada no Brasil no século XVI era de cunho experimental, ou seja, quase que uma prática doméstica, sem preparo de pessoal adequado, uma mistura de instinto, sem fundamentação científica, sendo praticada por escravos e voluntários, como uma ação caritativa nas visitas em domicílio dos doentes e nas Santas Casas. Com a vinda dos imigrantes e a falta de políticas específicas para a área da saúde, estes passaram a ser a maioria entre os cuidadores. Há registro de uma única bibliografia que foi especializada na época, o livro *Luz da Medicina ou prática racional metódica*, utilizado como guia de enfermagem, escrito por Francisco Morato em 1783, em Portugal (PIRES, 1989).

A primeira enfermeira do Brasil, historiadores registram como Francisca de Sande; esta viúva baiana foi uma das precursoras do trabalho profissional de enfermagem, prestava serviços a pobres e necessitados, cuidou de doentes assolados pelas epidemias da população do nordeste entre 1680 a 1694, e montou em sua própria casa um hospital, com doentes, escravos que recolhia na rua; além de providenciar medicamentos e alimentá-los, pagava médicos para

auxiliar no tratamento a esses doentes; ela morreu em 1702, em Salvador (PIRES, 1989; PADILHA, 1997).

Na década de 1950, desenvolveu-se a previdência social e a organização dos programas de assistência à saúde. Nesse período, o doente passou a ser institucionalizado, visto a necessidade de atenção médica ao trabalhador; assim grandes e vários hospitais foram edificados, além dos investimentos nos equipamentos lá colocados. Houve, ainda neste período, mudanças de denominações nos ministérios por meio de legislações específicas, mas o que ficava claro era a necessidade de promoção da saúde e de proteção contra algumas doenças específicas, visto que estas doenças não eram pertinentes à expansão em que o país estava; estas ações isoladas permaneceram até a década de 1960, sendo uma opção política do momento a redução dos gastos com a saúde pública (MALAGUTTI e MIRANDA, 2010).

Neste processo, a enfermagem envolveu-se, colaborando, implementando, avaliando e participando de todos os processos sociais que perpassavam ainda este sistema, apoiando assim esta nova forma de praticar a saúde (MALAGUTTI e MIRANDA, 2010).

2.4 Boas Práticas em Saúde

No que concerne à enfermagem, estudos têm demonstrado que o sistema de saúde não é desenhado para promover boas práticas de enfermagem. Os mais de 13 milhões de profissionais de enfermagem do mundo devem ter a segurança do paciente como fundamento de sua prática, mas poucos são os que trabalham em condições apropriadas que lhes permitam desenvolver os cuidados de enfermagem que aprenderam ou idealizaram para seus pacientes e familiares.

Evidências científicas produzidas em diferentes países indicam que instituições que possuem adequado número de enfermeiros com maior qualificação profissional, sendo este último aspecto mais significativo sobre os resultados, possuem melhores resultados em saúde e na promoção de segurança, com redução de taxas de infecção hospitalar, quedas, úlceras por compressão, erros de medicação, contribuindo com decréscimos significantes no tempo de permanência nas instituições de saúde e na mortalidade dos pacientes.

A busca e o uso de evidências científicas de enfermagem para a promoção de segurança do paciente têm como pressuposto utilizar e fomentar a realização de estudos que gerem práticas inovadoras de enfermagem, com vistas a sustentar as ações e as relações do profissional no sistema de saúde, bem como demonstrar o impacto de tais ações nos resultados do sistema.

Profissionais de enfermagem que atuam nas áreas de ensino, assistência e pesquisa, precisam somar esforços para demonstrar que enfermeiros e demais profissionais da área de enfermagem no país não trabalham em número suficiente, com a qualificação profissional e com os recursos que lhes permitam desenvolver práticas de enfermagem eficazes e seguras. No contexto assistencial do país, poucos são os enfermeiros que atuam em ambientes que centram suas ações em evidências científicas. Muitos passam seu dia de trabalho corrigindo falhas no sistema, procurando materiais, trocando equipamentos quebrados, buscando prescrições e documentos deixados em locais errados, corrigindo falhas da lavanderia, farmácia, manutenção, nutrição e limpeza, sendo que, ao final do dia de trabalho, percebem que não conseguiram realizar cuidados de enfermagem diretos ao paciente, e nem tampouco supervisionar de modo eficiente os cuidados prestados por técnicos ou auxiliares de enfermagem.

Neste contexto, a profissão deve ter estratégias que promovam, de modo revolucionário e dinâmico, a real interligação da teoria à prática, a fim de que consigamos proteger os valores essenciais da enfermagem, de centrar ações no paciente e família de modo integral e individual, o que distingue as ações de enfermagem das realizadas por outros profissionais de saúde.

Demonstrar que o número de profissionais de enfermagem altera os resultados do cuidado prestado ao paciente é contribuição de pesquisas em enfermagem que têm gerado mudanças nas políticas públicas de países desenvolvidos, em que tais evidências culminaram na criação de leis que regulamentam o número mínimo de profissionais de enfermagem por número de pacientes e características de atendimento.

Outra prioridade no país, na busca de evidências em enfermagem que promovam a segurança do paciente, refere-se à interligação entre capacitação do profissional e resultados em saúde. É necessário demonstrar que profissionais de enfermagem mais capacitados produzem melhores resultados no cuidado do paciente, aumentando a satisfação e a confiança do usuário com o sistema de prestação de assistência, mas sobretudo, reduzindo morbidade e mortalidade, como já evidenciado em grandes estudos conduzidos fora do país.

Somente depois que consigamos trabalhar em um ambiente que possua a quantidade e a qualificação adequadas dos profissionais de enfermagem, poderemos, de modo amplo e solidificado, realizar práticas de enfermagem baseadas em evidências, e buscar continuamente novas evidências capazes de mudar os resultados hoje identificados com relação à segurança do paciente, pois a enfermagem é a profissão, dentre todas as da área da saúde, mais capaz de promover práticas centradas na proteção, devido à sua constância e proximidade junto ao paciente e família.

A atuação do enfermeiro está presente em diversos campos, em todos os níveis de complexidade na promoção da saúde. As boas práticas do enfermeiro na promoção do cuidado seguro representam o repensar das práticas gerenciais e assistenciais na gestão do cuidado. Nesse sentido, percebe-se que, independente do campo de atuação do enfermeiro, na atuação dentro da perspectiva do processo de trabalho da enfermagem, tem-se como objeto do cuidado, o ser humano, que possui necessidades diversas com quadros clínicos não estáticos e são essas particularidades que moldam a gestão do cuidado em cada indivíduo.

Semelhante a qualquer outra área de atuação especializada, os erros podem ocorrer e as não-conformidades relacionadas ao processo de trabalho podem afetar diretamente a vida do sujeito, colocando a segurança do cuidado em risco eminente ou não. Diante desse cenário, em 2013, foi lançado, no Brasil, o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), que preconiza protocolos básicos de segurança ao paciente na prestação da assistência na perspectiva da equipe multiprofissional (GOMES *et al.*, 2016).

Percebe-se, nesse sentido, uma preocupação mundial em promover o cuidado seguro aos pacientes. Dessa forma, a OMS (2004) dá enfoque à discussão da promoção de boas práticas assistenciais para conseguir o cuidado seguro, ou seja, reduzir o risco de danos ao paciente a um mínimo aceitável.

Entretanto, observa-se, nos últimos anos, uma fragilidade entre as definições atribuídas à promoção da segurança do paciente e as estratégias e métodos utilizados para mensurar e monitorar a sua ocorrência (GOMES *et al.*, 2016). É nesse sentido que vale destacar que, diante desse cenário complexo, no Brasil, consolida-se de forma positiva o desenvolvimento de boas práticas na gestão do cuidado, a fim de proporcionar a segurança ao paciente.

A atuação do enfermeiro para a promoção do cuidado seguro deve estar pautada em condutas que tenham respaldo científico, ético, com relações de trabalho adequadas e eficientes, fortalecendo a chamada cultura de segurança. A busca por aperfeiçoamento das práticas de enfermagem com redução das não-conformidades e a consolidação de métodos para mensurar a ocorrência de eventos adversos danosos ao cliente é um dos caminhos para aperfeiçoar as táticas de segurança destinadas ao paciente. Dessa forma, as causas têm sido abordadas por estudos constantes, por representar uma gama de características dos eventos negativos no âmbito da saúde como o aumento de custos, desperdício, falta de comunicação, deficiência dos sistemas e relações de trabalho deficientes e danos associados aos cuidados de saúde (MASSOCO e MELLEIRO, 2015).

3 METODOLOGIA

De acordo com Gil (2010), quanto aos objetivos do trabalho, o presente estudo apresenta-se como pesquisa exploratória. Quanto aos procedimentos técnicos, Prodanov e Freitas (2009) e Gil (2010) qualificam o trabalho como de estudo de caso e bibliográfico. Ainda segundo Prodanov e Freitas (2009), a pesquisa foi qualitativa, e quanto à forma de abordagem do problema, utilizou-se o método dedutivo. Segundo Lakatos e Marconi (2012), o método de procedimento utilizado nesta pesquisa foi o monográfico.

O universo pesquisado utilizou como unidade de análise o setor de Unidade de Terapia Intensiva do Hospital de Caridade de Viamão, no município de Viamão no estado do Rio Grande do Sul.

A amostra da pesquisa, conforme Prodanov e Freitas (2009), possui característica não probabilística, intencional ou de seleção racional, por acessibilidade, e é composta por 10 (dez) colaboradores que atuam diretamente na UTI do Hospital de Caridade de Viamão.

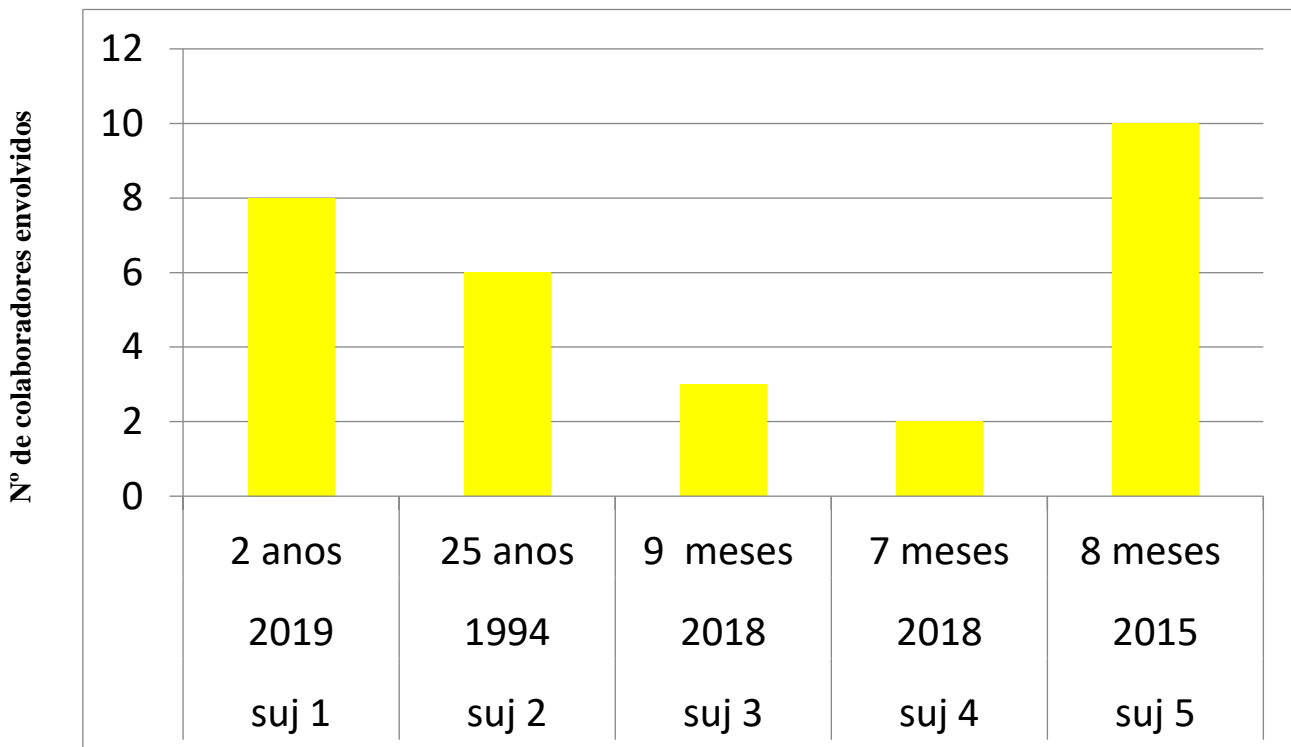
O instrumento de coleta de dados utilizado foi, segundo Vergara (2011), um questionário semiestruturado. Nessa circunstância, obteve-se retorno de 50% dos 10 (dez) questionários semiestruturados enviados.

Quanto à análise dos dados, conforme Vergara (2011), ela foi feita de forma qualitativa e analisada, conforme Severino (2007), na forma de análise interpretativa.

4. ANÁLISE E APRESENTAÇÃO DE RESULTADOS

Para que os dados possam ser analisados de maneira crítica, é preciso estabelecer o perfil do quadro de funcionários participantes da entrevista. O Gráfico 1 contém a quantidade de funcionários envolvidos diretamente com cada sujeito em seu ambiente de trabalho X o tempo de profissão e formação de cada um dos sujeitos da pesquisa.

Gráfico 1: Identificação dos sujeitos



Fonte: Elaborado pela autora (2019).

Conforme apresentado no Gráfico 1, em sua maioria, os colaboradores possuem menos de um ano de empresa, e suas formações também são mais recentes. O sujeito 2 é o único que permanece no grupo por mais tempo. Trata-se, então, de um grupo jovem com influência e interação com um sujeito de maior experiência em campo, o que inclui facilidades e resistências na interação entre o grupo.

Para a coleta de dados, foram realizados cinco questionamentos. O primeiro foi acerca dos desafios enfrentados para a realização das boas práticas.

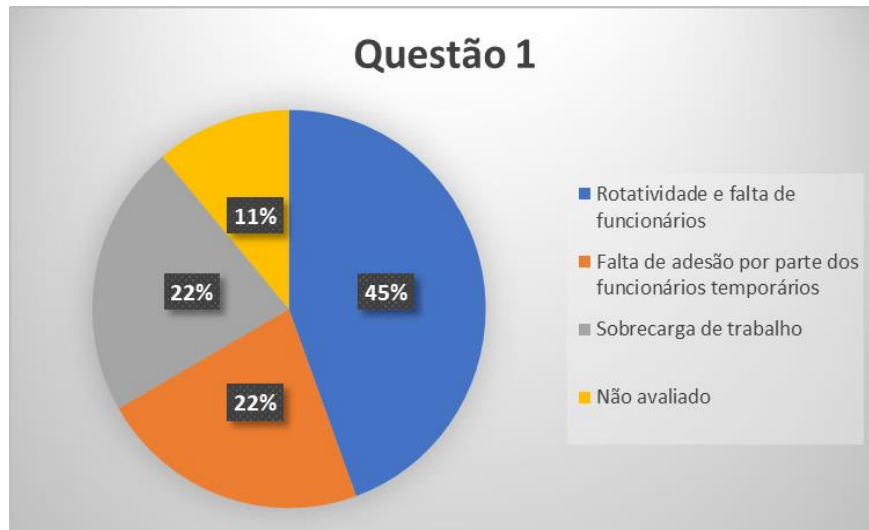
Os sujeitos de pesquisa 1, 2, 3 e 4 apontaram que os maiores desafios estão relacionados à intensa rotatividade de funcionários no setor e à falta de funcionários fixos e concursados, uma vez que dentro do hospital, há a contratação de funcionários temporários, sem vínculo trabalhista para suprir a falta de funcionários concursados.

Além disso, os sujeitos de pesquisa 3 e 4 apontam uma falta de adesão de parte dos colaboradores – principalmente os temporários – de executarem as boas práticas, o que, de acordo com os mesmos sujeitos, gera uma sobrecarga de trabalho por parte dos colaboradores fixos do setor, que também dificulta a execução das boas práticas.

Já o sujeito de pesquisa 5 não quis responder a esse questionamento.

A Figura 1 representa a porcentagem de respostas de acordo com os respondentes da Questão 1:

Figura 1: Desafios enfrentados para realização das boas práticas



Fonte: Elaborado pela autora (2019).

O segundo questionamento foi referente à avaliação da aplicação das boas práticas na instituição.

Todos os sujeitos concordam que a aplicação de boas práticas é feita “da melhor forma que conseguem com os recursos que possuem”, mas apontaram que há precariedade nas instalações, nos recursos humanos e nos materiais, o que ocasiona certa deficiência na execução de todas as orientações contidas no manual de boas práticas.

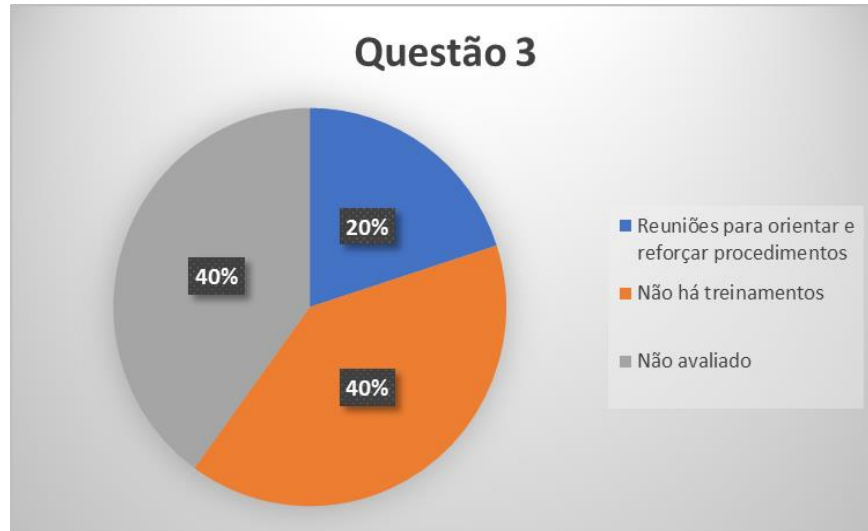
Já o terceiro questionamento se refere à existência de treinamentos e reforço das boas práticas junto aos colaboradores.

Somente o sujeito de pesquisa 1 afirmou que sim, explicando que há reuniões com reforço das orientações, porém não soube definir a periodicidade destes treinamentos.

Já os sujeitos de pesquisa 2 e 3 afirmam que esse tipo de treinamento ou reforço de informações não ocorre na instituição, enquanto os sujeitos 4 e 5 não quiseram responder à questão.

A Figura 2 representa a porcentagem de respostas de acordo com os respondentes da Questão 2:

Figura 2: Treinamentos e reforço das boas práticas



Fonte: Elaborado pela autora (2019).

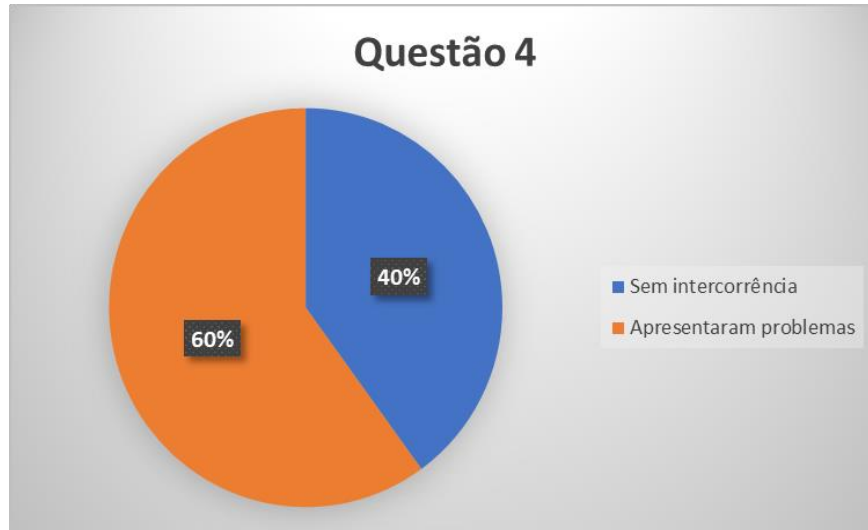
Dando sequência à pesquisa, os funcionários foram questionados sobre se ocorreram problemas ou intercorrências em seu setor por falta das realizações das boas práticas.

Os sujeitos de pesquisa 1 e 3 afirmaram que, em seu setor, não houve nenhuma intercorrência ou problema; já os sujeitos de pesquisa 2, 4 e 5 disseram que sim e citaram alguns problemas.

O sujeito de pesquisa 4 mencionou uma contaminação cruzada pela falta das medidas de bloqueio, enquanto o sujeito de pesquisa 5 citou os exemplos de queda de paciente e realização de exame de imagem em pacientes trocados por falta de identificação adequada.

A Figura 3 apresenta a porcentagem de setores que apresentaram problemas X os setores sem intercorrências.

Figura 3: Problemas ou intercorrências



Fonte: Elaborado pela autora. (2019)

Para finalizar as entrevistas, aos sujeitos de pesquisa foi solicitado que avaliassem a importância das boas práticas para o setor de UTI, considerando o conhecimento adquirido em suas formações e em seus ambientes de trabalho.

Os sujeitos de pesquisa 1, 2, 3 e 4 dizem que as boas práticas em saúde são essenciais para o desenvolvimento de uma assistência mais segura, com maior efetividade e menor custo e erros à instituição; já o sujeito 5 afirma que, por mais que saiba da real importância das boas práticas, os conhecimentos adquiridos em sua formação não são colocados em prática.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados demonstram que as boas práticas de enfermagem frente aos tratamentos vão além de técnicas e conhecimentos científicos, mostrando que a enfermagem é linha de frente no tratamento e possível evolução do paciente, como também permite que o profissional realize múltiplas funções. Assim é imprescindível a constante atualização e especialização, inclusive referente a noções praticadas na parte psicológica, em virtude de deparar-se com as emoções dos pacientes e familiares.

De acordo com Costa e Ceolim (2010), é função dos profissionais de enfermagem estabelecer uma relação de ajuda com paciente e família, através da comunicação efetiva e tratamento humanizado, proporcionando o controle dos sintomas, medidas para alívio do

sofrimento e apoio à família no processo da morte, para que se possa considerar a Enfermagem parte dessa equipe.

Segundo Silva *et al.* (2015), no ambiente hospitalar, as habilidades e competências que os enfermeiros demonstram para os pacientes são diminuir a ansiedade, a depressão e o medo; incentivar a expressão dos seus sentimentos, a comunicação, para melhorar o relacionamento; ajudar na organização familiar; reduzir e evitar riscos de infecção, hemorragia; evitar dor, desidratação; prevenir náuseas e vômitos; manter e melhorar o estado nutricional; estimular o apetite; ajudar na adaptação dos pacientes. Esses propósitos tornam-se possíveis se o gerenciamento da assistência de enfermagem é ofertado de forma efetiva e participativa.

Para Vieira, Castro e Coutinho (2016), o tratamento altera bruscamente a vida atual do paciente, suas perspectivas e suas capacidades de escolhas. Sendo retirado do convívio social com que estava familiarizado, devido à nova rotina, passa a residir em um mundo estranho e doloroso: o mundo hospitalar, de medicamentos e seus efeitos; do tratamento e seus procedimentos invasivos, do distanciamento dos amigos.

Conforme as respostas dos questionamentos, fica evidente a percepção dos enfermeiros quanto à real necessidade das boas práticas. Isso se manifesta principalmente nos relatos de problemas ocorridos por não conduzirem os procedimentos adequadamente.

Assim como entendem a importância, também fica evidente que, para um bom resultado, é necessário dar condições para a equipe. A falta de pessoal e de treinamentos adequados, tornam-se meios para a ineficiência do setor, desmotivação da equipe, falta de comprometimento com os padrões e as boas práticas. Fazer o possível com os recursos disponíveis torna os resultados não tão satisfatórios como se espera para o setor.

Após análise dos dados, pode-se afirmar que a pergunta que norteou a pesquisa foi devidamente esclarecida, mostrando que os funcionários de enfermagem têm boa percepção a respeito da importância das boas práticas em cuidados e saúde, o que gera outras perguntas e tópicos para pesquisas futuras, como a influência de treinamentos para o aperfeiçoamento das boas práticas ou até mesmo a influência dos equipamentos, materiais e mão-de-obra na execução das boas práticas em cuidados e saúde.

Conclui-se que a UTI é o local da esperança dos familiares e pacientes. Para os profissionais, é o local de maior cuidado e dedicação pelo grau de responsabilidade. As boas práticas são as grandes aliadas para ambos os lados. Mantê-las e orientar a equipe é a responsabilidade que pode salvar vidas.

REFERÊNCIAS

- ANVISA. Agência Nacional de Vigilância de Sanitária. Disponível em <<http://portal.anvisa.gov.br/>> Acesso em 05 ago. 2019.
- AZEVEDO, A. L. C. S.; PEREIRA *et al.*, 2012, A. P.; LEMOS, C.; COELHO, M. F.; CHAVES, L. D. P. *Organização de serviços de emergência hospitalar: uma revisão integrativa de pesquisas*. Rev. Eletr. Enf. [Internet]. 2010 out/dez;12(4):736-45. Disponível em: Acesso em: 10 set. 2019.
- BARRETO, S. S. M.; VIEIRA, S. R. R.; PINHEIRO, C. T. S. *Rotinas em terapia intensiva*. Porto Alegre: Editora Artmed, 2003.
- BOHMER, <http://files.bvs.br/2011>
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.390, de 30 de dezembro de 2013. Institui a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), estabelecendo as diretrizes para a organização do componente hospitalar da Rede de Atenção à Saúde (RAS). Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Acesso em: 10 out. 2018.
- CARDOSO, L. T. C., Grion, C. M. C., Matsuo, T., Anami, E. H. T.; Kauss, I. A. M., Sek, L., & Bonametti, A.M. (2011). Impact of delayed admission to intensive care units on mortality of critically ill patients: a cohort study. *Critical Care*, 15(1), R28-R36.
- CARVALHO, I. C. C. M.; SARAIVA, I. S. *Perfil das vítimas de trauma atendidas pelo serviço de atendimento móvel de urgência*. R. Interd. v. 8, n. 1, p. 137-148, jan. fev. mar. 2015.
- CELESTINO, P. *Nó de Normas. Notícias Hospitalares*. Gestão de Saúde em Debate, vol. 4, n. 39, out./nov. 2002
- COSTA T. F. D.; CEOLIM M. F. *A enfermagem nos cuidados paliativos à criança e adolescente com câncer: revisão integrativa da literatura*. Revista Gaúcha de Enfermagem: Porto Alegre, 2010; 31(4).
- DAUD-GALLOTTI I *et al.*, <https://www.researchgate.net/2012>
- Eletrônica de Enfermagem do Centro de Estudos de Enfermagem e Nutrição [serial online] 2013 jan-jul 4(4) 1-15. Disponível em: Acesso em: 30 ago. de 2017.
- FERNANDES, I. *et al.* Planejamento estratégico: Análise SWOT. Três Lagoas-MS, 2013. Disponível em: Acesso em: 17 Janeiro, 2015.
- GEOVANINI, *et al.*, <https://scholar.google.com.br/2010>.
- GERSHENGORN, H.B., Kocher, R., & Factor, P. (2014) *Management Strategies to Effect Change in Intensive Care Units: Lessons from the World of Business. Part II. Quality-Improvement Strategies*. *Annals of American Thoracic Society*, 11(3), 444-53.

- GIL, Antonio Carlos. Métodos e técnicas de pesquisa social. São Paulo: Atlas, 1987.
- GIL e JHA *et al.*, 2009, A. C. *Métodos e técnicas de pesquisa social*. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2010.
- GOMES *et al.*, <http://www.scielo.br/2016>.
- HELPERN e PASTORE, <http://www.spell.org.br/> 2010.
- HIGGINS, <http://www.ipv.pt/2010>
- JUNIOR, J. A. B.; MATSUDA, L. M. *Construção e validação de instrumento para avaliação do Acolhimento com Classificação de Risco*. Revista Brasileira de Enfermagem, v. 65, n. 5, p. 751-7, 2012. Disponível em: Acesso em: 31 out. 2018.
- JHA, A. K., Orav, E. J., Dobson, A., Book, R. A., & Epstein, A. M. (2009). Measuring efficiency: the association of hospital costs and quality of care. *Health Affairs (Millwood)*, 28(3), 897-906.
- LAKATOS, E. M.; MARCONI, M. de A. *Fundamentos de metodologia científica*. 6 ed. São Paulo: Atlas, 2009.
- LOPES, J. B. *Enfermeiro na classificação de risco em serviços de emergência: revisão integrativa*. Porto Alegre: Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul. 2011. Disponível em: Acesso em: 20 out. 2018.
- MALAGUTTI e MIRANDA, 2010. *Conteúdos de urgência/emergência na formação do enfermeiro generalista*. REME, Revista Mineira de Enfermagem, 2017.
- MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M. *Fundamentos da metodologia científica*. 5. Ed. São Paulo: Atlas, 2003.
- MARTIN ROGER. <https://administradores.com.br>, 2018.
- MASLOW, A. *Introdução à psicologia do ser*. Rio de Janeiro: Eldorado, 1962.
- MASSOCO e MELLEIRO, <https://bdpi.usp.br/2015>
- MELO, M. C. B.; SILVA, N. L. C. *Urgência e Emergência na Atenção Primária à Saúde*. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2011.
- MINAYO, M. C. S. *O Desafio do Conhecimento: Pesquisa Qualitativa em Saúde*. 10. ed. São Paulo: HUCITEC
- NOGUEIRA *et al.*, <https://home.unicruz.edu.br/2012>
- NOVARETTI *et al.*, <http://www.scielo.br/pdf/sdeb2013>
- OMS <http://bvsmms.saude.gov.br/> 2004
- PADILHA *et al.* <http://unifafibe.com.br/2011>

PIRES, M. F. C. *O materialismo histórico-dialético e a Educação*. Interface – comunic. Saúde. Educ. Rio de Janeiro, v.1, n.1, p. 83-94, 1997.

PRODANOV, C. C.; FREITAS, E. C. *Metodologia do trabalho científico: Métodos e técnicas da pesquisa e do trabalho acadêmico*. 01. ed. Novo Hamburgo: Editora Feevale, 2009.

ROCHA, E. C. A. *Atuação da enfermagem em urgências e emergências*. E-Governo: Portal de e-governo, inclusão digital e sociedade do conhecimento. Disponível em: Acesso em: 30 out. de 2018.

SANTOS, J. L. G.; LIMA, M. A. D. S. *Gerenciamento do cuidado: ações dos enfermeiros em um serviço hospitalar de emergência*. Revista Gaúcha de Enfermagem, v.32, n.4, p.695-702, 2011. Disponível em: Acesso em: 25 out 2017.

SEVERINO, A. J. *Metodologia do Trabalho Científico*. São Paulo: Cortez, 2007.

SILVA, A. P. V.; SANTOS, B. M. G.; BRASILEIRO, M. E. *Impacto da utilização de métodos de triagem no atendimento em urgência e emergência*. Revista Eletrônica de Enfermagem do Centro de Estudos de Enfermagem e Nutrição [serial online] 2013 jan-jul 4(4) 1-15. Disponível em: Acesso em: 30 ago. de 2017.

SILVA, et al. *Cuidados paliativos em oncologia pediátrica: percepções, saberes e práticas na perspectiva da equipe multiprofissional*. Revista Gaúcha de Enfermagem, 2015; 36(2): 56-62.

TORRES, S. F. S.; MACHADO MELO, S. A. B. E. *A Rede de Urgência e Emergência da Macrorregião Norte de Minas Gerais: um estudo de caso*. Saúde soc. 24 (1) jan-mar 2015. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902015000100028>.

VECINA, G. Neto. *Unidade de Tratamento Intensivo* in: Vecina, G. Neto, & Malik, A. M. (2012). *Gestão em Saúde*. São Paulo.p.224-226.

VERGARA, S. C. *Projetos e relatórios de pesquisa em administração*. 13. ed. São Paulo: Atlas, 2011.

VIEIRA, CASTRO e COUTINHO <http://atualizarevista.com.br/> 2016

ZANELLI, J. C. *Cultura Organizacional*. Porto Alegre: Artmed, 2004.