



Integralidade e humanização na gestão do cuidado de enfermagem na Unidade de Terapia Intensiva*

Comprehensiveness and humanization of nursing care management in the Intensive Care Unit

Integralidad y humanización en la gestión del cuidado de enfermería en la Unidad de Cuidados Intensivos

Adriane Calvetti de Medeiros¹, Hedi Crecencia Heckler de Siqueira¹, Claudia Zamberlan², Diana Cecagno³, Simone dos Santos Nunes¹, Mara Regina Bergmann Thurow¹.

Como citar este artigo:

Medeiros AC, Siqueira HCH, Zamberlan C, Cecagno D, Nunes SS, Thurow MRB. Comprehensiveness and humanization of nursing care management in the Intensive Care Unit. *Rev Esc Enferm USP*. 2016;50(5):816-822. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420160000600015>

*Extraído da tese “Gestão do Cuidado de Enfermagem na UTI: configuração ecossistêmica com base teórico-filosófica e organizativa nas políticas públicas”, Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Rio Grande, 2013.

¹ Universidade Federal do Rio Grande, Escola de Enfermagem, Rio Grande, RS, Brasil.

² Centro Universitário Franciscano, Santa Maria, RS, Brasil.

³ Universidade Federal de Pelotas, Faculdade de Enfermagem, Pelotas, RS, Brasil.

ABSTRACT

Objective: Identifying the elements that promote comprehensiveness and humanization of nursing care management in the Intensive Care Unit, with an ecosystemic approach. **Method:** A documentary qualitative study. The method of documentary analysis was used for data analysis. **Results:** Four pre-established categories were identified - Technical; Organizational; Technological; and Humanizing Dimensions. Data resulted in forming two sub-categories that integrate the humanizing dimension category, namely ‘Comprehensiveness in healthcare actions’ and ‘Integrating processes and promoters of humanization,’ bringing forth implications and challenges in forms of managing health work processes, enabling organizational, structural and managerial changes to the provided healthcare. **Conclusion:** It was considered that all structural elements in managing nursing care with a focus on the needs of users should be in line with public policies and the principles of comprehensiveness and humanization, thus possessing strong potential for transforming health practices.

DESCRIPTORS

Health Management; Nursing Care; Humanization of Assistance; Intensive Care Unit; Integrality in Health; Health Public Policy.

Autor correspondente:

Adriane Calvetti de Medeiros
Rua Prof. Araújo, 538 - Centro
CEP 96020-360 - Pelotas, RS, Brasil
adrianealvetti@gmail.com

Recebido: 06/12/2015
Aprovado: 30/09/2016

INTRODUÇÃO

A integralidade, como princípio doutrinário, constitucional e fundamental do Sistema Único de Saúde (SUS), constitui-se em um processo de construção, implantação e consolidação de um modelo assistencial que tem suas base e diretrizes estruturadas na promoção, na prevenção, no tratamento e na reabilitação da saúde. O objetivo a ser alcançado é a produção de saúde como um valor social e de cidadania. Assim sendo, a integralidade compõe o elemento central para a configuração de um modelo de saúde a incorporar, de forma efetiva, as diretrizes básicas do SUS, ou seja, a descentralização das ações, integralidade da assistência, promoção da equidade e participação social⁽¹⁾.

Nessa linha de pensamento, para potencializar e produzir mudanças na produção em saúde, as várias instâncias do SUS devem estar inter-relacionadas tanto na Atenção Básica de Saúde quanto nos serviços de média e alta complexidade⁽²⁾. Promover mudanças implica refletir sobre as diferentes possibilidades de aproximação com as distintas realidades dos serviços de saúde⁽³⁾. Para tal, é necessário transpor o modelo biomédico, baseado em práticas curativistas e fragmentadas e oferecer uma assistência integral, de qualidade, resolutive e humanizada aos usuários em todos os níveis assistenciais, incluindo a atenção hospitalar. Entende-se que as Políticas de Saúde no Brasil foram regulamentadas para sustentar e direcionar as práticas do cuidado, em suas perspectivas complexas e emergentes, visando a uma assistência em saúde que perpassa a dimensão cartesiana/fragmentada e possibilitando a integralidade.

A integralidade nas ações do cuidado traz implicações e desafios nos modos de gerir os processos de trabalho em saúde, bem como na ampliação de ações voltadas para as múltiplas dimensões do ser humano. Essas precisam ser percebidas e entendidas a partir das inter-relações dos componentes que integram a realidade, o que possibilita, aos profissionais de saúde, uma compreensão ampliada do processo saúde-doença-cuidado e da necessidade de intervenções por considerar o contexto no qual o evento acontece⁽³⁻⁵⁾.

A reconfiguração do processo saúde-doença-cuidado, com vistas a contemplar os aspectos epidemiológicos, biológicos, psíquicos, culturais, sociais e espirituais dos problemas dos usuários, compreende um novo modo de pensar e agir para a obtenção de soluções às questões emergentes na produção do cuidado⁽⁵⁾. Essa forma de pensar e agir apoia-se na teoria sistêmica/ecossistêmica ao considerar que todos os elementos/serviços precisam estar interconectados e contextualizados no intuito de oferecer o cuidado ao ser humano de forma integral e de qualidade. Assim, para compreender as necessidades das dimensões do ser humano, seus distintos modos de viver, é preciso incluir nas ações do cuidado o estudo das características e especificidades do espaço no qual vive, trabalha e se desenvolve⁽⁵⁻⁷⁾. Portanto, o pensamento emergente é capaz de contribuir para a (re)organização das práticas de saúde já existentes, qualificar o cuidado e direcionar a gestão do cuidado em saúde/enfermagem.

Na Unidade de Terapia Intensiva (UTI), a gestão do cuidado de enfermagem, tema da presente pesquisa, tem por

base a totalidade e as especificidades dos elementos integrantes desse ecossistema, entendido como espaço/ambiente do cuidado, o qual envolve, de forma inter-relacionada e interdependente, as dimensões técnica, organizacional, tecnológica e humanizadora na produção em saúde⁽⁸⁾. Para obter os resultados esperados é necessário entender as inter-relações existentes entre essas dimensões e suas interfaces na produção em saúde. Essa dinâmica inter-relacional constitui a complexidade do cuidado de enfermagem ao usuário da UTI^(6,8).

Na produção do cuidado, todos os elementos estruturantes, com enfoque nas necessidades dos usuários, devem estar em consonância com as políticas públicas e os princípios da integralidade assistencial e da humanização, respeitando a participação efetiva dos diferentes profissionais envolvidos nos cuidados ao usuário crítico⁽⁹⁾. Desta forma, na produção em saúde nas UTIs, é possível observar uma auto-organização estrutural dessas unidades, resultante da inter-relação do espaço físico, recursos materiais e equipamentos, como também de seus recursos humanos, formados por equipes multiprofissionais especializadas, que, integradas aos avanços tecnológicos, são capazes de se adequar à demanda e melhorar a qualidade e a segurança da assistência prestada.

Neste sentido, a Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão em Saúde no SUS (HumanizaSUS)⁽¹⁰⁾ vem contribuir para a melhoria da gestão do cuidado, porque como política inclusiva e resolutive propõe inovações nas práticas gerenciais e de produção em saúde. Isso implica aproximação crítica que permita compreender a produção em saúde para além de seus componentes técnicos, tecnológicos e organizacionais, envolvendo, essencialmente, as suas dimensões político-filosóficas, as quais lhe imprimem um sentido ético, solidário e humanizado.

Assim, para atingir o objetivo da integralidade e da humanização na gestão do cuidado de enfermagem na UTI, numa configuração ecossistêmica, deve-se respeitar o planejamento do ambiente, o desenvolvimento de esforços coordenados e integrados para a melhoria da assistência e da segurança, implicando também o atendimento das necessidades e a superação das expectativas dos usuários, profissionais e familiares. Compreender essas interconexões significa abranger a diversidade e circularidade das relações, interações e interdependências que movem e preservam a vida nas suas diferentes expressões e manifestações⁽⁵⁾.

Diante do exposto, a compreensão dos elementos do espaço/ambiente da UTI e suas interconexões, com base nas políticas públicas em saúde e nos princípios do SUS, tem a possibilidade de fornecer aos enfermeiros as estratégias necessárias para otimizar a gestão do cuidado de enfermagem na UTI e, com isso, contribuir para a produção em saúde.

Os resultados da Tese de Doutorado “Gestão do Cuidado de Enfermagem na UTI: configuração ecossistêmica com base teórico-filosófica e organizativa nas políticas públicas” obtidos por meio da análise dos documentos oficiais do Ministério da Saúde (MS), que definem e sustentam os eixos estruturantes da organização e funcionamento das UTIs, possibilitaram identificar e analisar as quatro categorias pre-estabelecidas: Dimensão Técnica; Dimensão Organizacional; Dimensão Tecnológica e Dimensão Humanizadora.

Como recorte da Tese, o presente artigo tem como objetivo identificar os elementos capazes de promover a integralidade e humanização na gestão do cuidado de enfermagem na Unidade de Terapia Intensiva, com enfoque ecossistêmico.

MÉTODO

O estudo resultou de um processo de pesquisa documental, de característica descritiva, exploratória e com abordagem qualitativa. Como método científico, a pesquisa documental caracteriza-se pela busca de informações em documentos que ainda não receberam nenhum tratamento analítico, tendo o documento como objeto de investigação⁽¹¹⁾. Dessa forma, a descrição dos fatos e fenômenos de determinada realidade possibilita a compreensão das dimensões, das variações e dos significados que possam constituir-se em elementos de análise.

A análise preliminar dos documentos das Políticas Públicas em Saúde, em relação à UTI, teve por finalidade identificar a existência de princípios teórico-filosóficos e organizativos capazes de configurar, com enfoque ecossistêmico, a gestão do cuidado de enfermagem na UTI e verificar o seu enquadramento aos critérios de inclusão: Ser documento/arquivo oficial do MS no período de 1998 a 2013; contemplar o tema de pesquisa; estar disponível *online* na Rede Mundial de computadores. Justifica-se a opção do período de 1998 a 2013 por contemplar as mais recentes definições oficiais referentes ao tema.

A partir dessa análise foram capturados sete documentos oficiais do Ministério da Saúde, disponibilizados no Portal da Saúde (Saúde *Legis*), e com acesso pela Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde (BVS/MS): Documento 1 – Portaria nº 3.432, de 12 de agosto de 1998, estabelece o Regulamento Técnico para o funcionamento dos Serviços de Tratamento Intensivo e sua respectiva classificação de acordo com o grau de complexidade, capacidade de atendimento e grau de risco inerente ao tipo de atendimento prestado⁽¹²⁾; Documento 2 – Resolução/RDC nº 50, de 21 de fevereiro de 2002, dispõe sobre o Regulamento Técnico para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde⁽¹³⁾; Documento 3 – HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização, apresenta a Humanização como Eixo Norteador das Práticas de Atenção e Gestão em Todas as Instâncias do SUS⁽¹⁰⁾; Documento 4 – Portaria MS 1071 de 04 de julho de 2005, determina que a Secretaria de Atenção à Saúde submeta à consulta pública a minuta da Política Nacional de Atenção ao Paciente Crítico⁽⁹⁾; Documento 5 – Portaria nº 2.690, de 5 de novembro de 2009, institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Política Nacional de Gestão de Tecnologias em Saúde⁽¹⁴⁾; Documento 6 – Resolução: RDC nº 7, de 24 de fevereiro de 2010, dispõe sobre os requisitos mínimos para funcionamento de Unidades de Terapia Intensiva, visando à redução de riscos aos pacientes, visitantes, profissionais e meio ambiente⁽¹⁵⁾; Documento 7 – Portaria nº 529, de 1º de abril de 2013, institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP)⁽¹⁶⁾. Os sete documentos receberam um código, letra D, seguido do algarismo arábico 1, 2, 3, 4, 5, 6 e 7 observando a ordem conforme o ano de sua publicação.

Na composição do estudo, esses documentos foram considerados como marco legal das Políticas Públicas em Saúde, pois estabelecem definições e orientações para as Unidades de Terapia Intensiva. Assim, foram necessárias a análise dos documentos oficiais e a procura no seu conteúdo pela fundamentação teórico-filosófica e organizativa que configura as normas técnicas e operacionais desta área específica.

Ao analisar o conteúdo dos documentos, procedeu-se à leitura preliminar, seguida de uma leitura seletiva, objetivando capturar os conceitos-chave destacados nos documentos oficiais. Em continuidade, correlacionou-se os principais pontos e sua aderência e/ou antagonismo em relação ao objetivo deste estudo. A análise documental propriamente dita foi abordada em três etapas: Primeira etapa: análise crítica do documento, sobre a qual se apoiam as cinco dimensões descritas por Cellard⁽¹¹⁾: 1ª Dimensão – Exame em relação ao contexto; 2ª Dimensão – Busca dos autores dos documentos; 3ª Dimensão – Autenticidade e confiabilidade do documento; 4ª Dimensão – Natureza do texto; 5ª Dimensão – Conceitos-chave e a lógica interna do texto.

Na sequência, realizaram-se a segunda e terceira etapas em relação à coleta – análise do conteúdo e análise em relação aos pontos-chave do documento, respectivamente. Para cada documento, foi aplicado o instrumento de pesquisa documental, elaborado e estruturado, especificamente, para tal finalidade.

A identificação dos fragmentos selecionados nos sete documentos oficiais do Ministério da Saúde foi realizada pelo código da letra D – que representa o documento, e o número arábico que segue a letra identifica a ordem cronológica do documento analisado. Exemplo: D1 – Portaria nº 3.432, de 12 de agosto de 1998.

Os dados foram registrados em Unidades de Análise e, em seguida, agrupados em categorias, possibilitando a realização da análise documental e, na sequência, sua interpretação.

Neste artigo serão apresentados os resultados e a discussão das duas subcategorias que emergiram da categoria Dimensão Humanizadora: Integralidade nas ações do cuidado e Processos integradores e promotores de humanização.

RESULTADOS

A dimensão humanizadora tem como base estruturante a criação de espaços/ambientes de trabalho que valorizem a prática cotidiana dos profissionais/trabalhadores, com ênfase nas tecnologias relacionais, como a escuta, o acolhimento, o diálogo e a negociação para a produção e gestão do cuidado⁽⁸⁾.

INTEGRALIDADE NAS AÇÕES DO CUIDADO

A partir dos fragmentos presentes nos documentos do MS, a integralidade nas ações do cuidado, sob a perspectiva ecossistêmica, encontra-se inter-relacionada aos elementos que estruturam e agregam a organização do processo de trabalho, a gestão, o planejamento e a construção de novos saberes e práticas de saúde, conforme constatação a seguir: (...) *elaboração de uma Política Nacional de Atenção ao Paciente Crítico, alicerçada na necessidade de incorporação de uma*

perspectiva sistêmica da terapia intensiva, integrada e multifacetada ao ambiente hospitalar e às demais áreas de atenção à saúde (...) eixo da atenção, propõe uma política incentivadora do protagonismo dos sujeitos, da democratização da gestão dos serviços e da ampliação integral da saúde (...). O Sistema de Atenção à Saúde deve contemplar a integralidade da necessidade do usuário/cidadão, garantindo a responsabilidade deste sistema sobre o processo assistencial como um todo (D4).

(...) princípios e modos de operar no conjunto das relações entre os profissionais, os usuários e as diversas unidades e serviços de saúde que constituem o SUS (D6).

Os fragmentos permitem distinguir a inter-relação de todos os elementos estruturantes da rede produtiva de saúde – os profissionais/trabalhadores, os usuários, os familiares, os serviços de apoio, recursos materiais, financeiros e as demais conexões do sistema de saúde como um todo, capazes de favorecer a integralidade no espaço/ambiente da UTI.

Para que se estabeleçam as inter-relações, os fragmentos a seguir evidenciam a diversidade de elementos que constituem a integralidade nas ações do cuidado em UTI e necessitam ser construídos a partir:

(...) de uma perspectiva sistêmica da terapia intensiva (...) como estratégia de interferência no processo de produção de saúde, levando-se em conta que sujeitos sociais quando mobilizados são capazes de transformar realidades, transformando-se a si próprios nesse processo (D4).

(...) do planejamento, dos mecanismos de decisão, das estratégias de implementação e de avaliação, mas principalmente o modo como tais processos se dão, devem confluir para a construção de trocas solidárias e comprometidas com a produção de saúde (D6).

(...) da integração com todos os processos de cuidado e articulação com os processos organizacionais (D7).

No que se refere ao processo de produção em saúde, o que predomina são as inter-relações existentes entre todos os elementos que integram os processos na gestão do cuidado de enfermagem na UTI.

PROCESSOS INTEGRADORES E PROMOTORES DE HUMANIZAÇÃO

Ao analisar a gestão do cuidado de enfermagem na UTI como um processo integrador e promotor de humanização na gestão do cuidado de enfermagem na UTI, vários aspectos se fazem necessários:

A valorização da dimensão subjetiva e social em todas as práticas de atenção e gestão, fortalecendo/estimulando processos integradores e promotores de compromissos/responsabilização (D3).

A terapia intensiva exige que se discuta o atendimento ao paciente crítico ou potencialmente crítico em todos os seus momentos e espaços assistenciais (D4).

Esses fragmentos, além de defender que as práticas de atenção em saúde estejam ancoradas nas especificidades e singularidades dos usuários, evidencia a necessidade de compreender as demandas do processo saúde-doença para promover o cuidado integral e humanizado.

Neste sentido, é necessário que a gestão do cuidado de enfermagem na UTI esteja interligada aos valores éticos da profissão, como a dignidade humana, a responsabilidade, a sensibilidade e a solidariedade, como expresso no fragmento:

(...) ofertar atendimento de qualidade articulando os avanços tecnológicos com acolhimento, com melhoria dos ambientes de cuidado e das condições de trabalho dos profissionais (...) processos comprometidos com a produção de saúde e com a produção de sujeitos (D4).

A inter-relação destes processos possibilita a configuração da gestão e propicia a construção de estratégias capazes de subsidiar a organização e a execução das ações do cuidado de enfermagem na UTI:

(...) ações que assegurem a participação dos trabalhadores nos processos de discussão e decisão, reconhecendo, fortalecendo e valorizando seu compromisso com o processo de produção de saúde e seu crescimento profissional (D3).

A atenção interdisciplinar e transdisciplinar necessária ao atendimento integral das necessidades do paciente crítico/potencialmente crítico deve compreender minimamente a participação efetiva e partilhada dos profissionais (D4).

DISCUSSÃO

Os resultados do estudo evidenciam que a integralidade na gestão do cuidado de enfermagem na UTI aponta alguns desafios em relação à complementaridade das ações de forma ampla e integradora. Observa-se que os profissionais de saúde, envolvidos na prestação desses cuidados, deparam com o crescente grau de exigência técnica, científica, afetiva, integrativa e social à promoção e à manutenção da saúde em situações críticas e emergenciais. Entretanto, a relação profissional, no ambiente da UTI, em muitas instituições de saúde, ainda perpassa a organização do trabalho mecanicista, hierárquico e fragmentado e tem sido ponto de instabilidade entre autores que vislumbram uma relação mais flexível, dinâmica e cooperativa, pautada no diálogo e na construção coletiva, buscando satisfazer os interesses e necessidades de todos que fazem parte daquele contexto^(6,17-19). Assinala-se, com base nessas pesquisas e apoiada na legislação vigente sobre UTIs, a necessidade de mudança na forma de pensar, agir e organizar o trabalho.

Esses achados induzem a configurar a organização do trabalho do enfermeiro na UTI de modo a considerar suas ações/atividades do cuidado aos usuários críticos não somente no tratamento de doenças, mas centrar o cuidado no ser humano de forma integral, criando possibilidades para atender às suas demandas de prevenção, promoção, diagnóstico e reabilitação da saúde, em suas múltiplas dimensões⁽⁸⁾.

A visão sistêmica e integrada, indicada nos documentos 4, 6 e 7, permite compreender a necessidade de inovar na maneira de organizar e executar o processo de trabalho em saúde. Assim, é emergente considerar que o modelo biomédico já não alcança acolher as necessidades do usuário e que é preciso que este seja visto na sua totalidade, de forma solidária, convergindo todos os esforços para alcançar resultados no que tange à produção em saúde. Essa nova forma

de organizar o processo de trabalho encontra sustentação nas pesquisas^(4-6,8,19-22), que indicam nos seus achados que é preciso compreender as necessidades de saúde, com vistas a desenvolver ações voltadas para a integralidade do cuidado, considerando a diversidade, as instabilidades e a complexidade das demandas dos usuários.

Ressalta-se que esta forma de pensar representa os desafios para a construção da integralidade, demonstra que existe a necessidade de interação entre todos os processos do cuidado, articulando-os com os organizacionais. Além disso, é importante considerar que a integralidade do cuidado encontra-se conectada às demais dimensões, conforme o fragmento D7. Essa inter-relação necessária, apontada nesta pesquisa, encontra ancoragem em pesquisas^(18,20-22) que consideram a integridade como princípio orientador das práticas em saúde, capaz de conduzir o processo gerencial a partir da complementaridade e da interdependência das ações em saúde. Ademais, é necessário compreender as inter-relações que permitem organizar o trabalho e produzir o cuidado em saúde, pois as práticas dependem desta dinâmica interativa/relacional entre os profissionais/trabalhadores, os usuários, articulada com os processos organizacionais/gerenciais.

A prática de enfermagem, inserida no contexto das práticas em saúde, enfrenta o desafio cotidiano de produzir uma nova lógica à organização do trabalho, configurando um agir pautado na integralidade e, assim, redefinir fazeres e saberes que incorporem a subjetividade e a singularidade à produção em saúde⁽²²⁾. Para as autoras, a integralidade na formação dos profissionais/enfermeiros é premissa para a reorganização das práticas, uma vez que determina e orienta a aquisição de competências e habilidades para a prática profissional.

A atuação do profissional/enfermeiro como coordenador das ações do cuidado está relacionada à responsabilidade pela organização do trabalho e pelas práticas de gestão em enfermagem/saúde⁽²³⁾. O *American Nurses Credentialing Center*, responsável pela designação do *status* de Magnet Hospital, defende que a excelência assistencial só pode ser alcançada e mantida se os enfermeiros tiverem influência e poder de decisão sobre a prática de enfermagem⁽²⁴⁾. Portanto, a excelência pode ser considerada como um modelo com potencial de promover a inter-relação multidisciplinar e a criação de uma cultura organizacional que possibilite a inovação e assegure maior qualidade e segurança nas ações do cuidado⁽²⁵⁾.

No cenário da prática, é possível observar uma auto-organização estrutural das UTIs, tanto na composição do ambiente como na área de recursos humanos, formada por equipes multiprofissionais especializadas que, integradas aos avanços tecnológicos, possibilitam melhorar a qualidade e a segurança da assistência prestada. No entanto, a qualidade do cuidado não está garantida somente pela qualificação de seus profissionais, mas também pela quantificação destes para o desenvolvimento das atividades legalmente previstas^(8,22).

Sob esse enfoque, as propostas de humanização em saúde também envolvem repensar o processo de formação dos profissionais de saúde, ainda centrado, predominantemente, no aprendizado técnico, racional e individualizado, com tentativas muitas vezes isoladas de exercício da crítica,

criatividade e sensibilidade. Isso implica aproximação crítica, que permita compreender esse processo para além de seus componentes técnicos, tecnológicos e organizacionais, envolvendo, essencialmente, as suas dimensões político-filosóficas que lhe imprimem um sentido ético, solidário e humanizado nas ações do cuidado⁽¹⁸⁻²²⁾.

Por outro lado, estudos^(17-22,26) identificam que o trabalho em equipe multiprofissional é um pressuposto orientador para a auto-organização do processo de trabalho nos serviços de saúde. Desta forma, a partir de uma maior interação entre os profissionais e as ações que desenvolvem, é possível buscar transformações nas formas de agir sobre os fatores que interferem na produção do cuidado.

A adoção do enfoque transdisciplinar no processo de humanização necessita levar em conta os princípios complementares e convergentes que configuram a gestão do cuidado de enfermagem na UTI. Nesta concepção encontram-se os trabalhos^(17-18,20,22,26) que consideram que é preciso entender a equipe de trabalho de modo interdisciplinar, respeitando-se as formas de expressão e autonomia, que resultam das relações, em permanente processo de construção.

No espaço/ambiente da UTI, o trabalho em equipe implicam o compartilhamento do planejamento, a organização coletiva do trabalho sustentada nas inter-relações que se processam por meio da cooperação, colaboração, troca de informações, entre outros saberes, habilidades e competências que potencializam as ações na produção do cuidado^(8,17-22,26).

Nessa perspectiva, é importante reconhecer e valorizar os saberes construídos pelos profissionais de saúde no cotidiano de trabalho^(6,8,17-19,21). Assim, entende-se que não existem ações isoladas, mas sim ações em rede que se constroem, se tecem e se complementam de forma relacional, energética, informacional e/ou material entre sistemas vivos e seu ecossistema⁽⁵⁻⁸⁾.

CONCLUSÃO

Ao repensar o modelo de gestão dos cuidados de enfermagem na UTI, em consonância com as políticas públicas e sob o enfoque da integralidade e humanização, considera-se a importância de resgatar as singularidades e complexidades dos usuários – os quais são seres humanos únicos e necessitam ser atendidos nas suas multidimensionalidades. O modelo de gestão com base no pensamento ecossistêmico, teoria emergente, induz a compreender o processo saúde-doença-cuidado como um todo, capaz de ampliar as possibilidades para que as ações de enfermagem, diante das instabilidades, flutuações e bifurcações que ocorrem no ambiente da UTI, aconteçam de forma efetiva, segura e de qualidade na produção do cuidado.

Esse modelo de gestão, ao ancorar-se na contextualização do espaço/ambiente, considerando todos os elementos que dele participam – os recursos físicos, humanos e tecnológicos, a legislação, os protocolos, as diretrizes clínicas – leva o enfermeiro a apropriar-se de conhecimentos capazes de propiciar o entendimento das inter-relações e influências de cada um dos elementos que se interconectam e participam, como um todo, no processo saúde-doença-cuidado. Nesse sentido, a aplicação teórico-filosófica e organizativa

presente nos documentos das políticas públicas, ao estabelecer o cumprimento de normas e regulamentos que regem o funcionamento das UTIs, propicia as condições básicas – de organização, de estrutura e de gestão – para que essas unidades possam operacionalizar, de forma sistêmica, os protocolos e as diretrizes clínicas de acordo com a legislação vigente, em benefício dos usuários e trabalhadores da saúde.

Diante dessas questões, a gestão do cuidado de enfermagem na UTI aponta alguns desafios em relação à complementaridade das ações de forma ampla e integradora. Para tanto, percebe-se a necessidade de produzir ações gerenciais criativas e inovadoras, capazes de integrar na prática processos mais flexíveis, dinâmicos e cooperativos, pautados no diálogo e na construção coletiva, bem como em resultados mais favoráveis à produção do cuidado, incluindo o usuário e a família nesse processo. Para que esse processo aconteça, no ambiente individual e coletivo, em conformidade com as necessidades dos usuários, há que se implementar efetivamente as políticas públicas abrangendo a promoção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o

tratamento e a reabilitação. Para tanto, considera-se necessário implementar o enfoque ecossistêmico no processo de gestão, articulando e interconectando as dimensões técnica, organizacional, tecnológica e humanizadora, que compõem a rede que configura a integralidade e humanização na gestão do cuidado de enfermagem na UTI.

Assim, a integralidade e humanização na gestão do cuidado de enfermagem na UTI, com base no pensamento ecossistêmico, desafia o profissional/enfermeiro a repensar sua postura profissional, tornando imprescindível a criação de um espaço dialógico, interativo e relacional para a partilha, a convivência e o estreitamento do vínculo afetivo entre usuário, família e equipe.

Reitera-se que a compreensão das relações dos elementos que estruturam a gestão do cuidado de enfermagem na UTI é capaz de produzir subsídios para a formulação de novas políticas públicas, propiciar uma reorganização das já existentes, promover a integralidade e humanização do cuidado em enfermagem/saúde e possuir forte potencial para a transformação das práticas em saúde.

RESUMO

Objetivo: Identificar os elementos capazes de promover a integralidade e a humanização na gestão do cuidado de enfermagem na Unidade de Terapia Intensiva, com enfoque ecossistêmico. **Método:** Pesquisa documental, de natureza qualitativa. Para a análise dos dados utilizou-se do método da análise documental. **Resultados:** Foram identificadas quatro categorias preestabelecidas – Dimensões: Técnica; Organizacional; Tecnológica e Humanizadora. Os dados resultantes das duas subcategorias que integraram a categoria Dimensão Humanizadora, Integralidade nas ações do cuidado e Processos integradores e promotores de humanização, trazem implicações e desafios nos modos de gerir os processos de trabalho em saúde, o que possibilita transformações organizacionais, estruturais e gerenciais na produção do cuidado. **Conclusão:** Considera-se que na gestão do cuidado de enfermagem todos os elementos estruturantes, com enfoque nas necessidades dos usuários, devem estar em consonância com as políticas públicas e os princípios da integralidade e da humanização e possuir forte potencial para a transformação das práticas em saúde.

DESCRITORES

Gestão em Saúde; Cuidados de Enfermagem; Humanização da Assistência; Unidade de Terapia Intensiva; Integralidade em Saúde; Políticas Públicas de Saúde.

RESUMEN

Objetivo: Identificar los elementos capaces de promover la integralidad y la humanización en la gestión del cuidado de enfermería en la Unidad de Cuidados Intensivos, con enfoque ecossistémico. **Método:** Investigación documental, de naturaleza cualitativa. Para el análisis de los datos se utilizó el método de análisis documental. **Resultados:** Fueron identificadas cuatro categorías preestablecidas – Dimensiones: Técnica; Organizacional; Tecnológica y Humanizadora. Los datos resultantes de las dos subcategorias que integraron la categoría Dimensión Humanizadora, Integralidad en las acciones del cuidado y Procesos integradores y promotores de humanización, traen implicaciones y retos en los modos de gestionar los procesos laborales sanitarios, lo que posibilita transformaciones organizacionales, estructurales y de gestión en la producción del cuidado. **Conclusión:** Se considera que en la gestión del cuidado de enfermería todos los elementos estructuradores, con enfoque en las necesidades de los usuarios, deben estar en consonancia con las políticas públicas y los principios de la integralidad y la humanización y tener fuerte potencial para la transformación de las prácticas sanitarias.

DESCRIPTORES

Gestión en Salud; Atención de Enfermería; Humanización de la Atención; Unidad de Cuidados Intensivos; Integralidad en Salud; Políticas Públicas de Salud.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 2.446, de 11 de novembro de 2014. Redefine a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) [Internet]. Brasília; 2014 [citado 2015 out. 12]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt2446_11_11_2014.html
2. Montenegro LC, Penna CMM, Brito MJM. Comprehensive care from the perspective of health care workers from Belo Horizonte. Rev Esc Enferm USP [Internet]. 2010 [cited 2015 Oct 03];44(3):644-51. Available from: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v44n3/en_14.pdf
3. Lima MM, Kloh D, Canever BP, Reibnitz KS, Amestoy SC, Prado ML. Integralidade na formação do enfermeiro: possibilidades de aproximação com os pensamentos de Freire. Saúde Transform Soc. 2013;4(1):3-8.

4. Oliveira R, Maruyama SAT. Princípio da integralidade numa UTI pública: espaço e relações entre profissionais de saúde e usuários. *Rev Eletr Enferm* [Internet]. 2009 [citado 2015 out. 15];11(2):375-82. Disponível em: https://www.fen.ufg.br/fen_revista/v11/n2/v11n2a19.htm
5. Zamberlan C, Calvetti A, Svaldi JSD, Siqueira HCH. Ambiente, saúde e enfermagem no contexto ecossistêmico. *Rev Bras Enferm*. 2013;66(4):603-6.
6. Svaldi JSD, Siqueira HCH. Ambiente hospitalar saudável e sustentável na perspectiva ecossistêmica: contribuições da enfermagem. *Esc Anna Nery*. 2010;14(3):599-604.
7. Zamberlan C, Calvetti A, Deisvaldi J, Siqueira HCH. Calidad de vida, salud y enfermería en la perspectiva ecossistémica. *Enferm Global* [Internet]. 2010 [citado 2015 out. 20];9(3). Disponible en: <http://revistas.um.es/eglobal/article/view/110941>
8. Siqueira HCH, Medeiros AC, Zamberlan C. Configuração da gestão do cuidado de enfermagem na UTI. In: Sousa FGM; Dirce Stein Backes DS, organizadoras. *Cuidado em enfermagem e saúde: diversidades e complexidades*. Florianópolis: Papa Livro; 2015. p. 307-35.
9. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 1.071, de 4 de julho de 2005. Dispõe sobre a Política Nacional de Atenção ao Paciente Crítico [Internet]. Brasília; 2005 [citado 2015 out. 25]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2005/prt1071_04_07_2005.html
10. Brasil. Ministério da Saúde; Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. *Acolhimento nas práticas de produção de saúde*. 2ª ed. Brasília: MS; 2010.
11. Celard A. A análise documental. In: Poupart J, Deslauriers J-P, Groulx L-H, Laperrière A, Mayer R, Pires AP, organizadores. *A pesquisa qualitativa: enfoques epistemológicos e metodológicos*. 2ª ed. Petrópolis: Vozes; 2010. p. 295-316.
12. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 3.432, de 12 de agosto de 1998. Estabelece Critérios de Classificação para as Unidades de Tratamento Intensivo [Internet]. Brasília; 1998 [citado 2015 out. 15]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1998/prt3432_12_08_1998.html
13. Brasil. Ministério da Saúde; Agência Nacional de Vigilância Sanitária. RDC n. 50, de 21 de fevereiro de 2002. Dispõe sobre o Regulamento Técnico para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde [Internet]. Brasília; 2002 [citado 2015 out. 20]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2002/res0050_21_02_2002.html
14. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 2.690, de 5 de novembro de 2009. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Política Nacional de Gestão de Tecnologias em Saúde [Internet]. Brasília; 2009 [citado 2015 out. 17]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt2690_05_11_2009.html
15. Brasil. Ministério da Saúde; Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução RDC n. 7, de 24 de fevereiro de 2010. Dispõe sobre os requisitos mínimos para o funcionamento de Unidades de Terapia Intensiva e dá outras providências [Internet]. Brasília; 2010. [citado 2015 out. 28]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2010/res0007_24_02_2010.html
16. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 529, de 1º de abril de 2013. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) [Internet]. Brasília; 2013 [citado 2015 out. 15]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529_01_04_2013.html
17. Pirolo SM, Ferraz CA, Gomes R. The integrality of care and communicative actions in the cross-discipline practice in intensive care. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2011 [cited 2015 Oct 20];45(6):1391-7. Available from: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45n6/en_v45n6a17.pdf
18. Medeiros AC, Pereira QLC, Siqueira HCH, Cecagno D, Moraes CL. Gestão participativa na educação permanente em saúde: olhar das enfermeiras. *Rev Bras Enferm*. 2010;63(1):38-42.
19. Camelo SHH. Professional competences of nurse to work in Intensive Care Units: an integrative review. *Rev Latino Am Enfermagem*. 2012;20(1):192-200.
20. Martins JJ, Albuquerque GL. A utilização de tecnologias relacionais como estratégia para humanização do processo de trabalho em saúde. *Ciênc Cuid Saúde*. 2007; 6(3):351-6.
21. Silva KL, Sena RR. Comprehensive health care: indications from the training of nurses. *Rev Esc Enferm USP*. 2008;42(1):48-56.
22. Backes MTS, Erdmann AL, Büscher A, Backes DS. O cuidado intensivo oferecido ao paciente no ambiente de Unidade de Terapia Intensiva. *Esc Anna Nery Rev Enferm*. 2012;16(4):689-96.
23. Chistovam BP, Porto IS, Oliveira DC. Nursing care management in hospital setting: the building of a construct. *Rev Esc Enferm USP* [internet]. 2012 [cited 2016 May 12]; 46(3):729-35. Available from: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v46n3/en_28.pdf
24. Barden AM, Griffin MT, Donahue M, Fitzpatrick JJ. Shared governance and empowerment in registered nurses working in a hospital setting. *Nurs Adm Q*. 2011;35(3):212-8.
25. Mcsherry R, Pearce P, Grimwood K, Mcsherry W. The pivotal role of nurse managers, leaders and educators in enabling excellence in nursing care. *J Nurs Manag*. 2012; 20(1):7-19.
26. Costa RKS, Enders BC, Menezes RMP. Trabalho em equipe de saúde: uma análise contextual. *Ciênc Cuid Saúde*. 2008;7(4):530-6.