



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE FEIRA DE SANTANA
DEPARTAMENTO DE SAÚDE
MESTRADO PROFISSIONAL EM ENFERMAGEM

LUYSE DA SILVA PEDREIRA OLIVEIRA ROCHA

**GESTÃO PARTICIPATIVA COMO ESTRATÉGIA DE
IMPLEMENTAÇÃO DA SISTEMATIZAÇÃO DA
ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM EM UM HOSPITAL
PÚBLICO**

FEIRA DE SANTANA- BA

2023

LUYSE DA SILVA PEDREIRA OLIVEIRA ROCHA

**GESTÃO PARTICIPATIVA COMO ESTRATÉGIA DE
IMPLEMENTAÇÃO DA SISTEMATIZAÇÃO DA
ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM EM UM HOSPITAL
PÚBLICO**

Dissertação apresentada ao Mestrado Profissional em Enfermagem da Universidade Estadual de Feira de Santana, na linha de pesquisa Produção do Cuidado, Avaliação de Serviços e Programas de Saúde em Enfermagem para fins de obtenção do título de mestre.

Orientador: Prof. Dr. Marcelo Torres Peixoto.

Coorientadora: Prof^a. Dr^a. Rosely Cabral de Carvalho.

FEIRA DE SANTANA- BA

2023

Ficha catalográfica - Biblioteca Central Julieta Carteado - UEFS

Rocha, Luyse da Silva Pedreira Oliveira
R574g Gestão participativa como estratégia de implementação da
Sistematização da Assistência de Enfermagem em um hospital
público / Luyse da Silva Pedreira Oliveira Rocha. – 2023.
71f. : il.

Orientador: Marcelo Torres Peixoto
Coorientadora: Rosely Cabral de Carvalho
Dissertação (mestrado) - Universidade Estadual de Feira de Santana.
Mestrado Profissional em Enfermagem, 2023.

1. Sistematização da Assistência de Enfermagem. 2. Cuidado em
Enfermagem. 3. Gestão participativa. 4. Fluxograma descritor. I. Peixoto,
Marcelo Torres, orient. II. Carvalho, Rosely Cabral de, coorient. III.
Universidade Estadual de Feira de Santana. IV. Título.

CDU: 616-083

Rejane Maria Rosa Ribeiro CRB-5/695



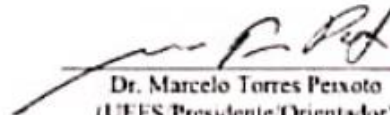
UNIVERSIDADE ESTADUAL DE FEIRA DE SANTANA
Autorizada pelo Decreto Federal nº 77.496 DE 27.4.1976
Reconhecida pela Portaria Ministerial nº 874/86 de 19.12.86
Recredenciada pelo Decreto Estadual nº 9.271 de 14/12/2004
Recredenciamento pelo Decreto nº 17.228 de 25/11/2016
Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação
Mestrado Profissional em Enfermagem - MPE

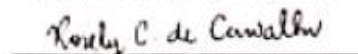


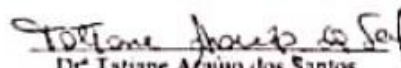
ATA DA DEFESA DE DISSERTAÇÃO DE Mestrado PARA OBTENÇÃO DO GRAU DE MESTRE EM ENFERMAGEM PELO Mestrado Profissional em Enfermagem DO DEPARTAMENTO DE SAÚDE DA UNIVERSIDADE ESTADUAL DE FEIRA DE SANTANA - BA.

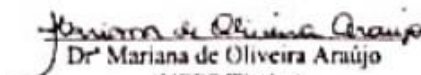
Ao Vigésimo oitavo dia do mês de julho do ano de 2023, às quatorze horas, reuniu-se, de modo híbrido, os membros da Banca Examinadora para a Defesa de Dissertação da mestranda **Luyse da Silva Pedreira Oliveira Rocha**, intitulada: **"GESTÃO PARTICIPATIVA COMO ESTRATÉGIA DE IMPLEMENTAÇÃO DA SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM EM UM HOSPITAL PÚBLICO"**, Área de Concentração em Enfermagem, Linha de Pesquisa: Produção do Cuidado, Avaliação de Serviços e Programas de Saúde em Enfermagem. A referida banca foi composta pelos professores: **Dr. Marcelo Torres Peixoto (UEFS/Orientador)**, **Drª Rosely Cabral de Carvalho (UEFS/Coorientadora)**, **Drª Tatiane Araújo dos Santos (UFBA/Titular)**, **Drª Mariana de Oliveira Araújo (UEFS/Titular)**, **Dr. Anderson Reis de Sousa (UFBA/Suplente)**, **Drª Mônica Oliveira Rios (UEFS/Suplente)**. O presidente convidou a mestranda **Luyse da Silva Pedreira Oliveira Rocha**, para que fizesse a apresentação da sua Dissertação. Após a apresentação, a mestranda foi questionada pelos examinadores, respondendo às perguntas com clareza, competência e argumentos coerentes, atenta às recomendações e considerações da banca examinadora, se propondo a acatar as sugestões de ajustes. A seguir, a Banca Examinadora realizou o julgamento da dissertação e considerou a mestranda **APROVADA**, recomendando elaboração de artigo científico, capítulo de livro e/ou outra produção técnica, para fins de publicação e divulgação dos resultados. Na forma regulamentar, esta ata foi lavrada pela Banca Examinadora e assinada por todos os membros presentes e pela(o) discente.

Feira de Santana, 28 de julho de 2023.

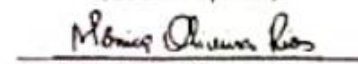

Dr. Marcelo Torres Peixoto
(UEFS Presidente/Orientador)

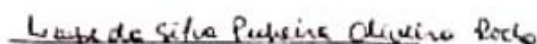

Drª Rosely Cabral de Carvalho
(UEFS/Coorientadora)


Drª Tatiane Araújo dos Santos
(UFBA/Titular)


Drª Mariana de Oliveira Araújo
(UEFS/Titular)


Dr. Anderson Reis de Sousa
(UFBA/Suplente)


Drª Mônica Oliveira Rios
(UEFS/Suplente)


Luyse da Silva Pedreira Oliveira Rocha
(Mestranda)

LUYSE DA SILVA PEDREIRA OLIVEIRA ROCHA

**GESTÃO PARTICIPATIVA COMO ESTRATÉGIA DE
IMPLEMENTAÇÃO DA SISTEMATIZAÇÃO DA
ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM EM UM HOSPITAL
PÚBLICO**

Dissertação apresentada ao Mestrado Profissional em Enfermagem da Universidade Estadual de Feira de Santana, na linha de pesquisa Produção do Cuidado, Avaliação de Serviços e Programas de Saúde em Enfermagem para fins de obtenção do título de mestre.

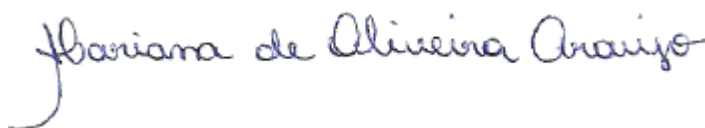
BANCA EXAMINADORA



Prof. Dr. Marcelo Torres Peixoto – Orientador
Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS)



Profª. Drª. Tatiane Araújo dos Santos - Titular
Universidade Federal da Bahia (UFBA)



Profª. Drª. Mariana de Oliveira Araújo - Titular
Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS)



Prof. Dr. Anderson Reis de Sousa - Suplente
Universidade Federal da Bahia (UFBA)



Profª. Drª. Mônica Oliveira Rios – Suplente
Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS)

Feira de Santana, 28 de julho de 2023.

AGRADECIMENTOS

Inicialmente, agradecer à Deus por permitir que eu estivesse mais uma vez no espaço da universidade, após 14 anos fora dela.

Depois, agradecer à minha família (mãe, companheira e filhos) por sempre respeitarem meu espaço e tempo de estudo, me acolhendo nas dificuldades e me “mimando” com um café quente para que eu encontrasse energia para continuar, mesmo após uma rotina de trabalho exaustiva, me deslocando de uma cidade para outra.

Não poderia deixar de falar da imensa gratidão que sinto por meu orientador (Marcelo Peixoto) pela paciência, tranquilidade, disponibilidade e motivação ao conduzir esse processo de construção. Foi um presente ter sido orientanda de um professor tão parceiro!

Agradeço também às minhas colegas enfermeiras, que se tornaram minhas grandes amigas (Gislane Marins, Thaize Estrela, Valéria Duboc), pela confiança, amizade, e leveza que transformaram nosso ambiente de trabalho no mais harmônico que já conheci por todos esses anos.

À UEFS e a CAPES por possibilitarem a realização dessa pesquisa.

À Dr. Pitangueira (*in memoriam*) por sempre ter acreditado e confiado no meu trabalho, minha eterna gratidão! Enfim, agradeço ao Hospital Geral Clériston Andrade que foi a minha segunda maior escola!

Dedico esse trabalho às queridas amigas Gislane, Thaize e Valéria por fazerem parte, como personagens principais, do que será lido nas próximas páginas.

“Ninguém é sujeito da autonomia de ninguém”.

Paulo Freire

RESUMO

O modelo de gestão participativa em saúde tem como fundamento a corresponsabilização entre, usuários, trabalhadores e gestores, propondo aos profissionais de saúde, o desafio de superar limites e experimentar novas formas de organizar os serviços e novos modos de circulação do poder. O conceito de Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) vem sendo constituído através de um processo de amadurecimento que abarca o aspecto organizacional da assistência fornecendo como base a operacionalização de métodos e instrumentos que possibilitem ações de cuidado. Portanto, a utilização da SAE torna-se um passo importante e poderá ser potencializado com a adoção de uma gestão participativa onde os profissionais tornam-se sujeitos no processo. Esta dissertação de mestrado tem como objetivo geral analisar como um modelo de Gestão Participativa contribui para o processo de implementação da SAE, em uma Diretoria de Enfermagem do Hospital Geral Clériston Andrade (HGCA), Feira de Santana-BA. Trata-se de um estudo de caso exploratório de abordagem qualitativa, que utilizou como *locus* o HGCA, e teve como participantes da pesquisa, onze gerentes de enfermagem e quatro enfermeiros que atuam em unidades assistenciais do hospital; para coleta dos dados utilizou-se a entrevista semiestruturada e análise documental. Os dados empíricos foram analisados através da técnica da análise de conteúdo. Os resultados do estudo sinalizaram que os profissionais de enfermagem compreendem o modelo de gestão participativa adotado pela diretoria de enfermagem do HGCA, entretanto, a maioria dos participantes não conhecem o conceito e os pilares da SAE, dificultando assim, o seu processo de operacionalização. Verificou-se que a utilização da gestão participativa colaborou para implementação de instrumentos, protocolos, fluxos e melhores condições de trabalho para a equipe de enfermagem, considerando o dimensionamento de pessoal e as ações voltadas para a Educação Permanente em Saúde. A partir dos dados empíricos foi elaborado um Fluxograma Descritivo do modelo de gestão participativa utilizado pela Diretoria de Enfermagem do hospital para a implementação de processos. Este fluxograma poderá contribuir com o processo de implementação da Sistematização da Assistência de Enfermagem no HGCA, a partir dos pilares: método, pessoal e instrumentos.

Palavras-Chave: Gestão Participativa, Sistematização da Assistência de Enfermagem, Cuidado em Enfermagem, Fluxograma Descritivo.

ABSTRACT

The participatory health management model is based on co-responsibility between users, workers and managers, proposing to health professionals the challenge of overcoming limits and experimenting with new ways of organizing services and new modes of power circulation. The concept of Systematization of Nursing Care (NCS) has been constituted through a process of maturation that encompasses the organizational aspect of care, providing as a basis the operationalization of methods and instruments that enable care actions; Therefore, the use of NCS becomes an important step and can be enhanced with the adoption of a participatory management where professionals become subjects in the process. This master's thesis has as general objective to analyze how a model of Participatory Management contributes to the process of implementation of the NCS, in a Nursing Board of the Clériston Andrade General Hospital (HGCA), Feira de Santana-BA. This is an exploratory case study with a qualitative approach, which used the HGCA as locus, and had as research participants, eleven nursing managers and four nurses who work in hospital care units; Semi-structured interviews and document analysis were used for data collection. The empirical data were analyzed through the technique of content analysis. The results of the study indicated that nursing professionals understand the participatory management model adopted by the HGCA nursing board, however, most participants do not know the concept and pillars of the NCS, thus hindering its operationalization process. It was verified that the use of participatory management collaborated for the implementation of instruments, protocols, flows and better working conditions for the nursing team, considering the dimensioning of personnel and the actions aimed at Permanent Education in Health. From the empirical data, a Descriptor Flowchart of the participatory management model used by the Nursing Board of the hospital for the implementation of processes was elaborated. This flowchart can contribute to the process of implementation of the Systematization of Nursing Care in the HGCA, from the pillars: method, personnel and instruments.

Keywords: Participatory Management, Systematization of Nursing Care, Nursing Care, Descriptor flowchart.

LISTA DE ABREVIATURAS

ABEN	Associação Brasileira de Enfermagem
CEP	Comitê de Ética e Pesquisa
CEPER	Centro de Educação Permanente
CNS	Conselho Nacional de Saúde
COFEN	Conselho Federal de Enfermagem
COREN	Conselho Regional de Enfermagem
EPS	Educação Permanente em Saúde
FD	Fluxograma Descritor
HGCA	Hospital Geral Clériston Andrade
PE	Processo de Enfermagem
POP	Procedimento Operacional Padrão
PNH	Política Nacional de Humanização
SAE	Sistematização da Assistência de Enfermagem
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UEFS	Universidade Estadual de Feira de Santana

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	12
2	OBJETIVOS	15
2.1	OBJETIVO GERAL.....	15
2.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	15
3	REFERENCIAL TEÓRICO	16
3.1	GESTÃO PARTICIPATIVA NA DEMOCRATIZAÇÃO DAS AÇÕES DE SAÚDE.....	16
3.2	SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM: uma reflexão conceitual.....	21
3.3	FLUXOGRAMA: suas revelações para condução dos serviços.....	27
4	METODOLOGIA.....	32
4.1	TIPO DE PESQUISA	32
4.2	CAMPO DE INVESTIGAÇÃO	32
4.3	PARTICIPANTES DO ESTUDO.....	33
4.4	TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS	34
4.5	PROCEDIMENTOS DE ANÁLISE.....	34
4.6	ASPECTOS ÉTICOS.....	36
5	RESULTADOS E DISCUSSÃO	37
5.1	GESTÃO PARTICIPATIVA: diálogo de sujeitos, pactuação de soluções, busca pela melhoria da assistência.....	38
5.2	SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM: uma conceitualização necessária.....	45
5.3	FLUXOGRAMA DESCRITOR: o modelo de gestão participativa da diretoria de enfermagem do HGCA	51
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	56
	REFERÊNCIAS.....	58
	APÊNDICE A ROTEIRO ENTREVISTA.....	63
	APÊNDICE B ROTEIRO PARA ANÁLISE DOCUMENTAL.....	64
	APÊNDICE C TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE).....	65
	ANEXO 1 TERMO DE APROVAÇÃO DO CEP	66

1 INTRODUÇÃO

O modelo de Gestão Participativa em saúde tem como fundamento a corresponsabilização entre, usuários, trabalhadores e gestores, propondo aos profissionais de saúde, o desafio de superar limites e experimentar novas formas de organizar os serviços e novos modos de circulação do poder (NOGUEIRA, 2019).

A ideia de cogestão implica em mudança do lugar do gestor dentro da instituição, bem como dos sujeitos que passam a ter um papel importante no processo de gestão, dissolvendo a separação entre quem formula e gere, de quem executa o trabalho como tarefa predeterminada. A cogestão pressupõe, então, construção de espaços de negociação, de trabalho e de gestão entre sujeitos com sentido mais coletivo e com um objetivo comum, a produção qualitativa de saúde (FREIRE et al., 2015).

Para Cecagno et al. (2010), a gerência participativa aproxima os trabalhadores de enfermagem dos usuários e os gerentes dos trabalhadores, numa relação dialógica de troca de experiências e busca constante de conhecimento, utilizando-se mais da interação profissional, aumentando vínculos, bem como o resgate do potencial cuidador.

Nessa perspectiva, onde o profissional participa do processo de construção de ideias e sua execução, a gestão participativa tem fundamental importância para implementação da Sistematização da Assistência de Enfermagem - SAE (SOUZA et al., 2020).

Segundo a Resolução do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) nº. 398/2009, a Sistematização da Assistência de Enfermagem possibilita a organização do trabalho profissional de enfermagem quanto ao método, pessoal e instrumentos, tornando possível a operacionalização do processo de Enfermagem.

O conceito de SAE vem sendo constituído através de um processo de amadurecimento que abarca o aspecto organizacional da assistência fornecendo como base a operacionalização de métodos e instrumentos que possibilitem ações de cuidado (BRANDÃO et al., 2021).

Portanto, a utilização da SAE torna-se um passo importante e poderá ser potencializado com a adoção de uma gestão participativa onde os profissionais tornam-se sujeitos no processo. Todos os trabalhadores, tanto enfermeiros quanto profissionais de nível técnico terão a possibilidade de entender sobre o seu processo de trabalho, construindo-o e reconstruindo-o em parceria com os gestores. Assim, haverá mudança também, nas relações de poder pela possibilidade de uso dessa ferramenta como estratégia de gestão para as instituições de saúde (SOUSA et al., 2020).

Observa-se, porém, que os modelos de gestão e atenção nos âmbitos da média e alta complexidades são permeados por uma lógica biologicista, médico-centrada e curativista. Nestes modelos, a prescrição do cuidado e a transferência de saber são realizadas de forma verticalizada e bancária, não levando em consideração a história de vida dos indivíduos. Torna-se necessário, portanto, reformular os modelos de gestão, principalmente nos hospitais, buscando envolver todos os sujeitos que permeiam o processo de cuidado.

Dessa forma, as mudanças nos modelos de gestão podem colaborar para a construção de novos arcabouços institucionais e dispositivos para dentro dos serviços, em especial no hospital, dando um novo significado ao trabalho em saúde (SANTOS, 2009).

É importante destacar que o termo gestão participativa, possui neste trabalho, o sentido de cogestão, ou seja, participação dos profissionais de enfermagem e gerentes no planejamento das atividades e sua execução como traz a Política Nacional de Humanização - PNH (BRASIL, 2004), diferenciando do termo participação social presente na lei nº 8142 (BRASIL, 1990) que versa sobre o controle social, onde os usuários, trabalhadores de saúde e gestores participam do processo de gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) através dos conselhos e das conferências de saúde.

Conforme Matos e Pires (2006), é necessário que as instituições aproximem os trabalhadores dos resultados do seu trabalho, através de mecanismos que estimulem o envolvimento destes para efetuar mudanças. Assim, fazer da reinvenção uma possibilidade e garantir a participação da maioria, pode contribuir para que haja implicação maior do trabalhador com as instituições, com a SAE e com os pacientes.

Este estudo buscou analisar como o modelo de gestão participativa utilizado por uma diretoria de enfermagem no Hospital Geral Clériston Andrade (HGCA), no município de Feira de Santana-BA, contribui para implementação da SAE. Desta forma, sua relevância reside na ampliação de conhecimento a despeito desse modelo de gestão, suas contribuições no processo de implementação da SAE, e na construção de um fluxograma do modelo de gestão adotado, com aprimoramento dos métodos para aplicabilidade prática, colaborando para motivação dos profissionais, trabalho em equipe e responsabilização com o resultado do trabalho.

O Hospital Geral Clériston Andrade, *locus* dessa pesquisa, foi inaugurado em 1984 e destaca-se por ser uma unidade hospitalar pública de grande porte que realiza atendimentos de média e alta complexidades, sendo referência para urgências e emergências clínicas e cirúrgicas para a Região Metropolitana de Feira de Santana-BA, onde residem aproximadamente 916.512 habitantes (SESAB, 2020).

De dezembro de 2015 a março de 2023, um grupo de enfermeiras atuou na gestão da diretoria de enfermagem do HGCA, utilizando um modelo de gestão mais democrático e participativo. Para tanto, estabeleceu com as gerentes dos setores uma relação horizontal com democratização das decisões, criando espaços para a construção de ideias e resolução de problemas que emergem da prática; e, com os profissionais de enfermagem, fomentou-se uma relação humanizada, tecnicamente focada com o processo de educação permanente, motivação profissional e melhoria das condições de trabalho das equipes de enfermagem, especialmente no que se refere ao dimensionamento de pessoal.

Por fazer parte daquele grupo de gestão do hospital, esta pesquisadora encontra-se implicada com as transformações implantadas e com a necessidade de analisar as singularidades do processo. Por isso, a condução do estudo está pautada na seguinte questão: Como a Gestão Participativa, enquanto prática de uma Diretoria de Enfermagem, pode contribuir para a implementação da Sistematização da Assistência de Enfermagem, em um hospital público no município de Feira de Santana-BA?

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Analisar como o modelo de gestão participativa contribui, enquanto estratégia para a implementação da Sistematização da Assistência de Enfermagem no Hospital Geral Clériston Andrade, Feira de Santana-BA

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Compreender os limites e possibilidades da Gestão Participativa na implementação da SAE pela Diretoria de Enfermagem do HGCA;
- Construir um fluxograma descritor do modelo de gestão participativa da diretoria de enfermagem do HGCA.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 GESTÃO PARTICIPATIVA NA DEMOCRATIZAÇÃO DAS AÇÕES DE SAÚDE

A construção do Sistema Único de Saúde no Brasil foi permeada por conquistas que dependeram da mobilização social em defesa do direito à saúde. A década de 80, do século passado, é marcada por um momento de institucionalização de novas práticas fundamentadas no conceito de saúde como produção social e direito. Tais práticas foram consolidadas na década de 90 através das Conferências de Saúde (BRASIL, 2009)

É nesse cenário que a Gestão Participativa como uma estratégia transversal presente no cotidiano da gestão do SUS, possibilita a formulação e a deliberação pelo conjunto de atores (trabalhadores, gestores, indivíduos e coletividades) no processo de controle social e produção de saúde. Para tanto, esse modelo de gestão requer, sobretudo, a adoção de práticas e mecanismos que possibilitem a participação dos profissionais de saúde e da comunidade (BRASIL, 2009).

Como já sinalizado anteriormente, reforçamos que nesse trabalho adotamos o conceito de gestão participativa na perspectiva de cogestão como apresenta a Política Nacional de Humanização. Portanto, a Cogestão expressa, segundo a PNH, a inclusão de sujeitos nos processos de análise e decisão bem como a ampliação das tarefas da gestão que passa a ser um espaço de realização da análise dos contextos, da política em geral e, em especial, da saúde, possibilitando a formulação e pactuação de tarefas e o aprendizado coletivo (BRASIL, 2013).

Corroborando com a ideia anterior, a cogestão possibilita que líderes e liderados governem juntos, num espaço onde não exista poder nem dominação absolutos, e sim relativos. Num processo que possibilite a participação com distribuições mais equilibradas de poder, e que além disso, garanta objetividade e praticidade ao funcionamento da instituição (CAMPOS, 1998).

Segundo Freire et al. (2015), a cogestão na organização do trabalho pode colaborar para a construção de espaços de poder compartilhado, ampliação da aprendizagem, estimulando o compromisso e responsabilidade pelos resultados. Este modo de gestão é centrado no trabalho em equipe, construções do saber no espaço coletivo para garantia que o poder seja, de fato, compartilhado, contribuindo para aumentar a qualidade das decisões, bem como a motivação e satisfação das pessoas (NOGUEIRA, 2019).

A gestão participativa objetiva dialogar com os conhecimentos, estimulando o potencial e a criatividade dos trabalhadores para modificar a realidade existente, capaz ainda de trazer para o cotidiano de trabalho um ambiente inovador e transformador que será construído coletivamente e que busca estratégias que permitam a administração de conflitos. Esse modo de gestão possibilitará o desenvolvimento de uma tecnologia leve para qualificação dos trabalhadores e o desenvolvimento organizacional (GARCIA et al., 2015).

Observa-se, entretanto, que no ambiente hospitalar, os organogramas são engessados e os trabalhadores devem segui-lo rigidamente. Os projetos também são, em sua maioria, construídos e implementados sem a participação dos trabalhadores da assistência e usuários, sem a existência, na maioria das vezes, de uma interface desses com as diretorias e gerentes dos setores (FREIRE et al., 2015).

Este cenário de organização do trabalho em saúde ainda é influenciado pelas ideias fordistas e tayloristas, destacando-se a fragmentação do trabalho e separação entre concepção e execução. Tais aspectos, juntamente com o forte controle gerencial e hierarquias rígidas tem provocado desânimo, desmotivação e alienação dos trabalhadores (MATOS; PIRES, 2006).

Portanto, a redução das hierarquias, a descentralização das decisões, a comunicação e o trabalho em equipe contribuem para a implementação de novas estratégias, rompendo com a alienação do trabalho, democratizando as decisões nas instituições de saúde, como também a produção de conhecimento através das práticas (CECAGNO et al., 2010).

Faz-se necessário que nos hospitais os paradigmas hegemônicos sejam questionados e que no período de hospitalização, possa existir a criação de vínculos das pessoas com o sistema de saúde, adquirindo novos hábitos de autocuidado e cidadania, deixando de ser um local apenas de práticas de cura e reabilitação como também um local de promoção da saúde, de defesa da vida e da cidadania, com suas equipes construindo novas relações dentro do sistema de saúde (CECÍLIO, 1997).

Portanto, as mudanças nos modelos de gestão podem colaborar para a construção de novos marcos institucionais e dispositivos para dentro dos serviços, em especial no hospital, dando um novo significado ao trabalho em saúde, bem como a produção de sujeitos com maior capacidade de análise e de intervenção no cotidiano (SANTOS, 2009).

Guizardi e Cavalcanti (2010) discutem que para construir novos modos de gestão compartilhada é necessário desconstruir as barreiras institucionais, as hierarquias e o processos de exclusão nas decisões administrativas e no planejamento.

E, é no modelo de gestão participativa que há possibilidade tanto do líder quanto dos seus liderados de construir espaços de crescimento dentro da coletividade, possibilitando que

o trabalhador se sinta valorizado conforme seu potencial e mais comprometido com o trabalho coletivo (GARCIA et al., 2015).

O exercício da gestão participativa para a produção de mudanças nas organizações de saúde requer, sobretudo, vontade política dos gestores, estabelecimento de condições concretas e método. Sem estas características corre-se o risco de transformar a cogestão em mero discurso (FREIRE et al., 2015).

Segundo Garcia et al. (2015), a organização cultural também influencia diretamente sobre o tipo de gestão que será adotada na instituição bem como a possibilidade de mudança organizacional. Assim, quanto maior for a capacidade de reflexão dos gerentes quanto às suas fragilidades no processo de trabalho maior a possibilidade de mudança para modelos gerenciais mais participativos.

A cogestão possibilita a ampliação da capacidade de análise e intervenção dos sujeitos para a produção conjunta, estabelecimento de metas e contratos de gestão. Nesta modalidade de gestão, as organizações são horizontais, com Unidades Funcionais ou de Produção, com definição clara das equipes de referência e apoio matricial (CAMPOS; RATES, 2008).

Segundo Cecílio (1997), é necessário reorganizar toda lógica gerencial do hospital centrada em Unidades de Produção que tenham as seguintes características: presença de equipes estáveis, com processos de trabalho bem definidos, e responsabilidade com o produto que será consumido pelos clientes. É necessário, então quebrar a lógica de gestão vertical centrada nas direções clínica, de enfermagem e administrativa.

A Unidade de Produção é o local onde o processo de trabalho é construído e desenvolvido por equipes multiprofissionais. Esse aspecto pode modificar e melhorar a satisfação dos trabalhadores que começam a visualizar o resultado do seu trabalho. Portanto, o estabelecimento dessas unidades, bem como de equipes de referência facilitam a reorganização dos processos de trabalho, da lógica gerencial e a pactuação pelos diferentes atores (CAMPOS; RATES, 2008).

No contexto da prática no HGCA, podemos colocar que as Clínicas Cirúrgica e Médica, unidades que também serão *locus* para esta pesquisa, estão constituídas como unidades de produção. Onde cada uma possui equipes multiprofissionais e de enfermagem referência para o cuidado em cada período.

A gestão participativa possibilita a criação de uma rede de espaços coletivos para cogestão do trabalho em saúde. Os sujeitos participantes desses espaços possuem interesses, desejos e valores diferentes capazes de construir um pensar e agir coletivo que contribuirão para o enfrentamento de conflitos e pactuações de compromissos e definição de metas. Os contratos

firmados corroboram para co-construir as relações entre trabalhadores e as instituições (CAMPOS; RATES, 2008).

Nessa perspectiva, Guizardi e Cavalcanti (2010) colocam que a responsabilidade ética na gestão das instituições é de todos que fazem parte do coletivo, partindo da ideia que a realidade é uma produção compartilhada. Portanto, o sentimento de pertença emerge e o outro é visto como alguém com quem se compartilha o direito a um bem comum, desmitificando o outro como uma ameaça a uma posição identitária.

O Sistema Único de Saúde como um sistema de saúde público, universal e integral, busca a horizontalidade nas relações e na gestão. Não há democracia sem a participação dos sujeitos concretos que através da ação coletiva confrontam poderes instituídos. A democracia está atrelada também a capacidade social de produzir espaços de poder compartilhado: rodas, onde exista acesso a informações, participação em discussões e na tomada de decisões (CAMPOS, 2007).

Nesse sentido, o método apresentado ao processar coletivamente os movimentos grupais, favorece a ampliação da capacidade de análise dos que participam do processo. É um modo que possibilita mudanças e tem sido utilizado em diversos serviços de saúde, construindo um espaço que permite ao trabalhador perceber o seu fazer, entender como funciona seu trabalho, conhecer seu cotidiano e seus problemas, refletir sobre sua prática (TORRES et al., 2012).

O sujeito é, então, um ser biológico com subjetividade e dentro de um conjunto de relações sociais que interferirão em seus desejos, interesses e necessidades e que possui autonomia para realizá-los através da negociação bem como lutando com o passado e o presente. É um ser com história e dentro de uma sociedade, mas que possui uma subjetividade singular e uma capacidade de reação ao que está a sua volta (CAMPOS, 2007).

Nesse cenário de gestão em saúde que envolve a participação dos trabalhadores/sujeitos que além de participar da construção, sintam-se corresponsáveis pelo produto do trabalho coletivo, que colocamos a fundamental importância dos enfermeiros na constituição dos espaços gerenciais de saúde. Estes aspectos fazem parte do processo de trabalho do enfermeiro articulado aos cuidados que são prestados diretamente aos pacientes. O processo de trabalho do enfermeiro é permeado por ações gerenciais que incluem a supervisão do cuidado, liderança de equipes, dimensionamento de pessoal e de recursos materiais que proporcionam condições adequadas para execução das atividades promovendo uma assistência segura e de qualidade (SILVA et al., 2021).

O enfermeiro ocupa lugar central na produção de saúde, uma vez que utiliza a

articulação dos saberes gerenciais, técnico-científicos e políticos na organização do processo de trabalho em Enfermagem e saúde (SILVA et al., 2021).

No entanto, os enfermeiros que ocupam as lideranças nas instituições são profissionais que se destacam na assistência e resolutividade dos problemas encontrados nas unidades e por isso são promovidos, sem que haja um processo de formação realizado pela instituição. As habilidades de liderança adquiridas por estes profissionais ocorrem durante o processo de trabalho. Portanto, existe um fosso tanto na formação acadêmica quanto nas organizações de saúde (NOGUEIRA et al., 2021).

Por entender a importância do enfermeiro na gestão do cuidado em saúde no SUS, este estudo adota o modelo da gestão participativa como ferramenta que pode ser utilizada para a implementação da Sistematização da Assistência de Enfermagem em um hospital público de grande porte.

O grupo de gestão que atuou na Diretoria de Enfermagem do HGCA de 2015 a 2023, utilizou intuitivamente a Gestão Participativa, sem um conhecimento profundo deste modelo de gestão, como uma das estratégias para realizar o levantamento de problemas, planejamento, implementação de fluxos, instrumentos, protocolos, bem como realização do dimensionamento de pessoal e educação permanente e consequentemente a SAE. Portanto, o aprofundamento da temática neste estudo poderá colaborar para a realização deste método por gestões vindouras.

As enfermeiras supervisoras que faziam parte dessa diretoria eram responsáveis por áreas específicas do hospital e no seu processo de trabalho eram realizadas visitas às unidades para observação do trabalho dos enfermeiros e técnicos de enfermagem, bem como de reuniões semanais, onde eram discutidas as demandas que surgiam nos setores e possíveis soluções em conjunto e em concordância com as partes envolvidas.

No espaço da diretoria, também era feita uma escuta atenta e humanizada dos profissionais de enfermagem que buscavam a mesma com objetivo de solucionar problemas que surgiam ou de sugerir estratégias para melhorias na assistência de enfermagem.

Observa-se, portanto que a busca por uma gestão participativa não é um processo fácil já que o modelo de gestão que perdura nas instituições hospitalares é verticalizado, havendo necessidade de mudanças na estrutura organizacional como também no ideário dos trabalhadores que podem desconhecer ou desacreditar os modelos de gestão mais democráticos e horizontais.

3.2 SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM: uma reflexão conceitual

Desde os anos de 1950, que surge na literatura norte-americana a preocupação em organizar a prática da enfermagem utilizando um método científico através do Processo de Enfermagem – PE (WYSOCKI; FRESCH; CESARINO, 2008).

No decorrer dos anos, as nomenclaturas PE e SAE foram tomando delineamentos diferentes em sua conceituação, desde ao tratamento como sinônimas até uma distinção de conceitos. A Associação Brasileira de Enfermagem (ABEN), por exemplo, realiza uma diferenciação com relação a esses dois termos, em conformidade com a resolução nº 358/2009. Nesse contexto, em outubro de 2021, por meio da Portaria COFEN nº 1226, foi instituído um grupo de trabalho para atualizar a Resolução COFEN nº 358/2009, indicando que existe um interesse com a temática e preocupação com a clarificação de tais conceitos para a Enfermagem no Brasil (SOUZA et al., 2021).

Conforme a resolução nº 358/2009, do Conselho Federal de Enfermagem, o PE é compreendido como uma dinâmica das ações sistematizadas em busca de um cuidado individualizado, devendo ser implementado em todos os ambientes públicos ou privados onde ocorra o cuidado profissional de enfermagem, devendo assegurar que as intervenções sejam elaboradas para a pessoa, família ou coletividade e não para a doença.

A referida Resolução traz ainda em seu artigo segundo que:

O Processo de Enfermagem organiza-se em cinco etapas inter-relacionadas, interdependentes e recorrentes:

I – Coleta de dados de Enfermagem (ou Histórico de Enfermagem) – processo deliberado, sistemático e contínuo, realizado com o auxílio de métodos e técnicas variadas, que tem por finalidade a obtenção de informações sobre a pessoa, família ou coletividade humana e sobre suas respostas em um dado momento do processo saúde e doença.

II – Diagnóstico de Enfermagem – processo de interpretação e agrupamento dos dados coletados na primeira etapa, que culmina com a tomada de decisão sobre os conceitos diagnósticos de enfermagem que representam, com mais exatidão, as respostas da pessoa, família ou coletividade humana em um dado momento do processo saúde e doença; e que constituem a base para a seleção das ações ou intervenções com as quais se objetiva alcançar os resultados esperados.

III – Planejamento de Enfermagem – determinação dos resultados que se espera alcançar; e das ações ou intervenções de enfermagem que serão realizadas face às respostas da pessoa, família ou coletividade humana em um dado momento do processo saúde e doença, identificadas na etapa de Diagnóstico de Enfermagem.

IV – Implementação – realização das ações ou intervenções determinadas na etapa de Planejamento de Enfermagem.

V – Avaliação de Enfermagem – processo deliberado, sistemático e contínuo de verificação de mudanças nas respostas da pessoa, família ou coletividade humana em um dado momento do processo saúde doença, para determinar se as ações ou

intervenções de enfermagem alcançaram o resultado esperado; e de verificação da necessidade de mudanças ou adaptações nas etapas do Processo de Enfermagem (COFEN, 2009, p. 2-3).

O Processo de Enfermagem é conceituado como um instrumento metodológico que direciona o cuidado profissional de Enfermagem e a documentação da prática profissional, promovendo a organização e direção do cuidado, desenvolvendo o pensamento crítico na tomada de decisões do enfermeiro (FULY; LEITE; LIMA, 2008).

Corroborando com a ideia anterior, no trabalho de Silva et al. (2016), está posto que o processo de enfermagem é compreendido como uma metodologia de trabalho que subsidia a prática do profissional de enfermagem através da utilização de um método científico. Constitui, portanto, uma ferramenta operacional que embasa com cientificidade o trabalho do enfermeiro e promove o cuidado individualizado (SILVA et al., 2016).

Para tanto, é necessário também, que o PE esteja ancorado num suporte teórico que oriente a coleta de dados, o estabelecimento de diagnósticos de enfermagem e o planejamento das ações ou intervenções de enfermagem; e que forneça a base para a avaliação dos resultados de enfermagem alcançados (COFEN, 2009).

Essa ancoragem será realizada pela SAE que, de acordo com a resolução COFEN 358/2009, é a responsável pela organização do trabalho profissional quanto ao método, pessoal e instrumentos, tornando possível a operacionalização do processo de Enfermagem.

Apoiados numa abordagem sistêmica, Souza et al. (2021, p. 14) propõem a seguinte definição para a SAE: “método de trabalho organizacional fundamentado nos elementos teóricos-científicos, capaz de fornecer condições para operacionalização do PE bem como ser justificada e aprimorada pelos resultados do PE”.

Os autores ratificam ainda que a SAE pode ser considerada como a representação da organização das ações da profissão desenvolvidas por aqueles que ocupam o espaço de gestão, pesquisa e ensino, levando em consideração a participação dos profissionais que desenvolvem o cuidado direto ao paciente. A SAE seria, então, um antecedente organizacional que facilitará a operacionalização do PE (SOUZA et al., 2021).

Portanto, a SAE fornece as condições imprescindíveis para que o PE seja realizado de forma sistematizada, definindo as necessidades, orientando o cuidado e a documentação da prática do cuidado em Enfermagem. A utilização dessa metodologia colabora para o reconhecimento da profissão (GARCIA; NÓBREGA, 2009).

Observa-se, porém, que a Decisão nº 01/2010 do Conselho Regional de Enfermagem- Seção Bahia (COREN-BA), traz um conceito referente à Sistematização da Assistência de

Enfermagem (SAE) diferente. Nessa decisão, a SAE utiliza método e estratégia de trabalho científico, subsidiando a prescrição e implementação de ações para a Assistência de Enfermagem que possam contribuir para a promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde da pessoa, família e coletividade. Tal conceito assemelha-se ao conceito de Processo de Enfermagem apresentado pela Resolução 358/2009 do COFEN.

Observamos, dessa forma, que a dubiedade de conceitos é presente inclusive em órgãos que regulamentam a profissão, como foi pontuado acima. É uma constatação real da necessidade de uma definição clara dos dois conceitos para que o método em si, que é o PE, possa embasar e dar cientificidade ao trabalho do enfermeiro na prática cotidiana.

Nessa pesquisa, utilizaremos o conceito de SAE conforme a resolução 358/2009 que a diferencia de PE. O conceito apresentado traz uma perspectiva gerencial e organizacional que pode favorecer a estruturação do processo de trabalho em enfermagem e que coaduna com a proposta desse estudo.

Segundo Fuly, Leite e Lima (2008), ainda que a produção acadêmica sobre a SAE tenha apresentado crescimento desde 2000, existe uma disparidade de conceitos. Esta disparidade corrobora para um enfraquecimento e desarticulação entre teoria e prática, gerando conflitos ideológicos que prejudicam o entendimento da prática de enfermagem, o ensino das teorias, do processo de enfermagem e da metodologia da assistência.

A expressão da organização do trabalho profissional da enfermagem brasileira está associada à SAE que é constituída por pilares: método, instrumentos e pessoal. Já o PE está associado à orientação do cuidado e ao registro, diz respeito à documentação clínica dos cuidados de enfermagem prestados e está dividido em fases, conferindo-lhe um caráter processual e dinâmico que ocorre no momento de encontro entre a ciência da enfermagem e as demandas de cuidado (SANTOS et al., 2021b)

A SAE representa a organização do trabalho, abrangendo o ambiente no qual a enfermagem é exercida (o serviço) e o PE representa a orientação do cuidado profissional e o registro da documentação clínica, resultante de sua implementação. Ainda que tais conceitos pareçam compreensíveis, muitas interpretações têm sido feitas de forma equivocada quanto ao termo SAE, em relação ao uso e aplicação do seu conceito tanto no âmbito da produção intelectual, quanto nos espaços assistenciais. Este aspecto dificulta as implicações práticas de sua utilização, considerando sua função que é a organização do trabalho profissional quanto aos seus pilares: método, pessoal e instrumentos (SANTOS et al., 2021b).

Esses pilares são áreas de conhecimento que representam as bases para utilização da SAE enquanto ferramenta para organização do trabalho profissional de enfermagem. Por isso,

é imprescindível compreender as bases que sustentam a materialização da SAE, como ela se processa na prática e de qual modo a SAE contribui enquanto ferramenta de gestão nos serviços de saúde (SANTOS et al., 2021).

A resolução COFEN 358/2009 não caracteriza de forma clara cada pilar da SAE. Entretanto, no estudo de Santos et al. (2021a), essa caracterização é elaborada da seguinte forma: o Pilar Pessoal implica em elementos da gestão de recursos humanos em Enfermagem; quanto ao Pilar Instrumentos, tem relação direta com supervisão dos serviços, a organização das ações assistenciais no sentido de impressos e indicadores; e no que tange ao Pilar Método, tem relação com a prática clínica de enfermagem, embasada pelo Processo de Enfermagem.

O Pilar Método tem relação direta com PE à medida que envolve a consulta de enfermagem, os registros de enfermagem, ou seja, os elementos que subsidiarão o cuidado de enfermagem. Para Santos et al. (2021a), esse pilar não deveria estar subordinado à SAE já que o Processo de Enfermagem existe independentemente da SAE e é anterior a esta. Para os autores, a Sistematização da Assistência de Enfermagem deve reunir os elementos necessários para operacionalização do Processo de Enfermagem.

Esse Pilar a partir dos seus elementos constituintes daria suporte a orientação e organização da assistência a ser prestada por meio da implementação do PE, pautado em uma teoria de enfermagem, bem como outros referenciais teóricos que coadunem com as ideias presentes na arte e ciência de Enfermagem (SANTOS et al., 2021a).

Quanto ao Pilar Pessoal, este refere-se à organização do pessoal de enfermagem no que diz respeito às atribuições de cada membro que compõe a equipe de enfermagem, à formação de recursos humanos e ao dimensionamento do pessoal de enfermagem. Faz parte, portanto, da gestão de pessoas nos serviços de Enfermagem (SANTOS et al., 2021a).

Portanto, o dimensionamento do pessoal de enfermagem deve ser realizado considerando as atividades que são desenvolvidas, instrumentos que envolvam a complexidade da assistência de enfermagem, bem como o total de horas de enfermagem necessárias para a assistência e a definição do número de trabalhadores que fará parte da equipe (RESCK et al., 2016).

De acordo com a resolução COFEN 543/2017 é necessário considerar as características relativas ao serviço de saúde, ao serviço de enfermagem e ao paciente. O referencial mínimo para o quadro de profissionais de enfermagem que atuarão no período de 24 horas deve ser realizado frente ao Sistema de Classificação de Pacientes (SCP), às horas da assistência de enfermagem prestada, à distribuição percentual do total de profissionais de enfermagem e à proporção de profissional/paciente (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 2017).

Entretanto, o cenário que se apresenta é marcado por sobrecarga de trabalho, quantitativo insuficiente de pessoal, refletindo na assistência prestada, no modo de agir desse profissional que culmina por adotar ações mecanizadas, repetitivas que atrapalham a percepção a respeito da individualidade de cada paciente (SOARES et al., 2016).

Para compor o Pilar Instrumentos, existe um arcabouço de elementos constituintes como: o manual de enfermagem, o regimento interno, o Procedimento Operacional Padrão (POP), os protocolos assistenciais, as escalas de avaliação clínicas, os indicadores gerenciais, os indicadores assistenciais, as instruções de trabalho e os formulários/impressos de Enfermagem. Portanto, esse Pilar fornece subsídio para gestão do processo de trabalho em Enfermagem corroborando com a implementação do PE, através da orientação do cuidado de Enfermagem e da documentação da prática profissional (SANTOS et al., 2021a).

Conforme o artigo 11 da lei nº 7498/86 COFEN, as atividades que devem ser desempenhadas pelos Enfermeiros para a organização e gestão adequadas dos serviços de enfermagem são:

direção do órgão de enfermagem integrante da estrutura básica da instituição de saúde, pública e privada, e chefia de serviço e de unidade de enfermagem; organização e direção dos serviços de enfermagem e de suas atividades técnicas e auxiliares nas empresas prestadoras desses serviços; planejamento, organização, coordenação, execução e avaliação dos serviços de assistência de enfermagem e consultoria, auditoria e emissão de parecer sobre matéria de Enfermagem (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 1986, s. p.)

As atividades desempenhadas pelo enfermeiro conforme a lei do exercício profissional exposta acima, demonstram os aspectos gerenciais da profissão, ratificando a importância do enfermeiro nos espaços de gestão em saúde e em enfermagem. Verifica-se também que a SAE, por abranger princípios organizativos e gerenciais, está em consonância com as atividades presentes na lei do exercício profissional.

Nesse sentido, a SAE pode colaborar com a gestão de enfermagem à medida que são utilizados seus pilares e elementos constituintes para analisar a estrutura do serviço de Enfermagem, identificar possibilidades de melhorias e realizar o diagnóstico situacional. Através dela, é possível avaliar o nível de organização de um serviço (SANTOS et al., 2021b).

A SAE encontra-se na esfera institucional, onde a organização das atividades de enfermagem vai interferir na implementação do processo de enfermagem como também na teoria de enfermagem que subsidia a metodologia aplicada na prática. Cabe destacar que a metodologia da assistência de enfermagem pode ser modificada a partir das teorias de enfermagem que serão utilizadas no trabalho processual, porém o processo de enfermagem é único (FULY, LEITE e LIMA, 2008).

Dessa forma, os pilares que ancoram a Sistematização da Assistência de Enfermagem são importantes para a prática de enfermagem. Podemos destacar, por exemplo, que o quantitativo insuficiente de profissionais é um aspecto que dificulta a implementação da SAE. Pesquisas tem mostrado que a aplicação do Processo de Enfermagem tem sofrido interferência direta da sobrecarga de trabalho, como também do número reduzido de profissionais. Portanto, o dimensionamento de pessoal adequado ao perfil da unidade possibilita ao profissional maior oportunidade para organizar, executar e avaliar os planos de cuidado (SILVA et al., 2016). Segundo Soares et al. (2016), quanto ao aspecto organizacional, o recurso humano é um dos mais importantes para operacionalização da SAE e implementação do PE.

Entretanto, o aumento do contingente de pessoal, não representa proporcionalmente uma melhoria na qualidade da assistência, se não vir acompanhado de uma revisão do processo de trabalho, retirando atividades desnecessárias que demandam tempo da equipe, bem como treinamento e sensibilização desta com relação à SAE e ao PE (SOARES et al., 2015).

É importante colocar que alguns fatores são apontados como dificultadores para o desenvolvimento da SAE, como por exemplo: o preparo inadequado durante a graduação; quantidade insuficiente de profissionais, podendo ter relação com o absenteísmo, rotatividade ou remanejamento de pessoal; sobrecarga de trabalho; dificuldade de liderança e de organização do serviço devido à estrutura administrativa da instituição; dentre outros (CAMELO et al., 2012).

Observa-se, portanto, que para analisar a SAE nos serviços de enfermagem de uma Instituição, tanto pública quanto privada, é crucial que se faça um levantamento dos pilares que a sustenta e que estejam estruturados para entender os pontos necessários para sua implementação.

Nessa perspectiva, que analisaremos a SAE como princípio organizativo e seus Pilares como arcabouço estrutural para o processo de trabalho do enfermeiro. Compreendemos que este conceito de SAE abrange os processos de gestão em Enfermagem e que podem estar apoiados num modelo de gestão participativo onde os profissionais de enfermagem participem da construção de ideias e levantamento de problemas chave, para uma assistência de enfermagem mais resolutiva, pautada na ciência e na segurança dos indivíduos.

3.3 FLUXOGRAMA DESCRITOR: suas revelações para condução dos serviços

Após a Segunda Guerra Mundial, houve uma ampliação da ação estatal em torno do bem-estar social, expansão dos serviços de saúde, incorporando a assistência individual, bem como houve o crescimento do interesse do capital pelo setor prestador de serviços de saúde, ampliando a presença das intervenções no terreno da administração (MERHY, 1999).

O setor de saúde foi se consolidando como um dos mais importantes cenários da ação do Estado e do capital. A partir daí, criou-se novas necessidades para o desenvolvimento especializado de novas tecnologias de gestão em saúde. Portanto, administrar processos políticos implicados com a formulação de estratégias a serem adotadas, e processos de produção de atos de saúde, tornaram-se veementemente uma necessidade na organização das melhores máquinas organizacionais. Tanto através do olhar universalista de um projeto social-democrata, quanto na perspectiva de lucro do olhar do capital. Todos buscavam por mais e melhor competência nesse território (MERHY, 1999).

Para Merhy (1999), a grande questão não é quanto às finalidades do trabalho em saúde que são inquestionavelmente, a de promover e proteger a saúde, bem como a de curar tanto indivíduos quanto os coletivos. Mas quanto ao modo de fazer isso, considerando que o trabalho em saúde produz um certo modo de cuidar que pode resultar ou não em cura ou promoção à saúde.

Existe também, uma lógica de supervalorização dos procedimentos que acabam se tornando a razão de ser dos profissionais de saúde que por fim, acabam confundindo os fins com os meios e assim eles deixam de ser responsáveis pelo doente em sua totalidade e passam a ser responsáveis apenas por procedimentos, fragmentando a terapêutica que deveria ser integral, e dificultando a articulação das ações necessárias para recuperação desse (ROLLO, 1997).

Para produzir o cuidado, os processos de trabalho em saúde primeiro produzem atos de saúde. Portanto, produzir um procedimento é produzir um ato de saúde. Isso pode acontecer dentro de um certo modo de cuidar que pode não ser cuidador. Esses atos em saúde podem ser elaborados e centrados apenas no procedimento, não levando em consideração às necessidades de saúde dos indivíduos, tendo como finalidade a produção de um paciente operado, por exemplo. Fato que pode ser considerado como comum às pessoas que usam os serviços de saúde no Brasil (MERHY, 1999).

É importante destacar que no território da saúde é possível experimentar uma infinidade de fazeres, com práticas que estão frequentemente se modificando, não existindo um formato único que seja possível; e por representar um território tenso e aberto, podem surgir processos novos que se estabeleçam como chaves para reforma do próprio campo de práticas. Isso representa um grande desafio para qualquer modelo a ser adotado (MERHY, 2002).

Merhy et al. (1997) afirmam ainda que o que seria um centro de saúde, não seria bem um organismo, mas uma arena, onde atuam diferentes agentes institucionais com perspectivas de ação, que apesar de não serem contraditórias, são distintas e, portanto, constituem uma arena.

Dessa forma, a gestão institucional teria que trabalhar com esse jogo de disputas dos diferentes agentes, fazendo intervenções de governo que culminassem com a publicização dos processos de disputa e revelassem a contratualidade que os agentes estabelecem entre si, definindo uma aparência de instituída para o serviço (MERHY et al., 1997).

Portanto, fazer gestão em saúde não é uma tarefa fácil. É um campo de tensão da política, da organização, e do processo de trabalho, onde sempre haverá conflitos dos sujeitos em cena. Cada projeto precisa utilizar como estratégias gerenciais novas modalidades assistenciais, mas que não anulem as que foram utilizadas anteriormente, sempre recriando o novo. É necessário também, manter as lógicas administrativas que possibilitem construir um agir em saúde mais eficiente, sem perder o foco principal que é o cuidado e o compromisso com a defesa da vida (MALTA; MERHY, 2004).

Nesse cenário, a organização dos serviços de saúde é imprescindível para a gestão do cuidado. Para o alcance dessa organização é necessário, então, a utilização de estratégias e outras tecnologias que possam produzir melhorias no acesso aos serviços como também no modo de conduzir o processo de trabalho.

O Fluxograma Descritor (FD) é uma dessas estratégias que se caracteriza por realizar a cartografia de processos dinâmicos do dia a dia, com o objetivo de traçar os fluxos e os processos de trabalho através de representações gráficas que colaboram para compreensão, planejamento, identificação dos nós críticos, bem como reorganização, se for necessário, do processo de trabalho (PLASSA, et al., 2018).

O FD consiste na elaboração de um diagrama do processo de trabalho ou um serviço, utilizando símbolos, onde cada um representa um significado diferente e são padronizados universalmente. Assim, o desenho de uma elipse significa a entrada ou o início de determinado fluxo, bem como seu fim; o retângulo representa a etapa de produção de ações e produtos, bem como o consumo de recursos; já o losango representa momentos de escolha e encaminhamentos a serem seguidos (MERHY, 1999).

Como todo processo de trabalho é dinâmico, o FD vai colaborar para realização de melhorias já que documenta o fluxo das atividades, clarificando o próprio fluxo de trabalho através de: melhor compreensão do mesmo, apresentação dos passos necessários para realização do trabalho, normatiza a execução dos processos, é útil na detecção de falhas, podendo ainda, ser utilizado como fonte de informação e consulta (FRANCO, 2003).

O fluxograma representa graficamente a descrição clara de determinado fluxo ou um processo, utilizando símbolos previamente convencionados. Um fluxograma descritor, por exemplo, constitui um instrumento de análise de um processo de trabalho e de como governá-lo. Tem como objetivos: padronização de métodos e procedimentos administrativos e maior celeridade na descrição dos métodos administrativos. Portanto, os fluxogramas são utilizados por possibilitar uma visão clara dos fluxos durante à assistência, contribuindo positivamente com o processo administrativo organizacional (TABILE, et al., 2015).

Num estudo realizado por Franco (2003), o fluxograma mostrou-se como uma ferramenta importante na detecção de problemas existentes no serviço de saúde, a partir da observação dos processos de trabalho. Os problemas levantados, através dessa ferramenta, podem ser a base para o planejamento desses serviços, possibilitando também uma mudança no modelo tecnoassistencial.

Ferramentas analisadoras permitirão realizar algumas perguntas para o modo de gestão tomado pelas organizações: é desse jeito que vale a pena trabalhar? É isso mesmo que queremos produzir como resultado? Para obter as respostas para essas perguntas, o conjunto de ferramentas analisadoras devem instrumentalizar os trabalhadores como gestores efetivos do processo de trabalho em três campos de questionamentos sobre os modelos de atenção e os processos gerenciais, como: ter a capacidade e sensibilidade para desvendar “o como” se trabalha para revelar o modo de operar a construção de um modelo de atenção em serviços concretos; ter a capacidade e sensibilidade para revelar o que este modo de trabalhar está produzindo; devem também ter a capacidade e sensibilidade de permitir o seguinte questionamento: o “para quê” se está trabalhando (MERHY et al., 1997).

É essa participação do trabalhador, enquanto responsável também com o produto do seu trabalho, que poderá contribuir para uma identificação quanto aos processos construídos no serviço, implicação com o resultado e produção de uma modelo de gestão que se mostre participativo, democrático e pautado na humanização e acolhimento da equipe de enfermagem.

A adesão dos trabalhadores a um novo projeto de saúde, depende do reconhecimento de que isso seja possível no cotidiano. De que esse viver cotidiano não precisa ser o da repetição, da renúncia da autonomia e do desejo. Entender que o trabalho num hospital ou em qualquer

instituição pública, pode ser um espaço para realização profissional, para a prática da criatividade, para que o sentir-se útil contribua para aflorar o sentimento de pertencimento àquela coletividade, transcendendo ao papel tradicional do trabalho que é o de assegurar a sobrevivência e um determinado nível de consumo. Uma possibilidade para transpor a alienação social (CAMPOS, 2006).

Posto isso, a construção do fluxograma da gestão estabelecida, com complementaridades que surgiram a partir da análise dos documentos e entrevistas realizadas, torna-se uma ação relevante por revelar as entrelinhas, como também os possíveis nós críticos, desse modo de fazer saúde (gestão) participativo, democrático e humanizado.

A perspectiva de revelar o agir tecnológico como um lugar que mostra a dimensão estratégica da produção de “falhas” no interior dos serviços de saúde é por nós tomada como um desafio fundamental, hoje, para se repensar as práticas e os modelos de atenção. E, neste movimento, o lugar especial que o agir tecnológico do trabalho vivo em ato, na sua expressão tecnológica leve, tem de ocupar, tanto no que apontamos na linha de produção de bens/produtos vinculados ao processo de consumo em busca de produção da saúde, quanto no modo de operar para governar os processos institucionais. Isto permite, enfim, ao coletivo dos agentes interessados nestes processos, responder se vale a pena fazer do jeito que se está fazendo, e deste modo pôr em xeque os distintos processos capturantes, abrindo-se para novos mundos de significações, mais publicamente interrogáveis e ético-politicamente comprometidos com a capacidade que o trabalho em saúde tem em ser uma poderosa arma em defesa da vida individual e coletiva (MERHY, 1997, p. 132).

A análise feita por Merhy (1997), nos leva a reflexão, se estamos todos preparados, suficientemente, para descobrir as falhas, e com elas aprender e recriar o processo de trabalho, buscando como fim principal produzir o cuidado e proteger a vida, através de meios, que sejam em todo seu percurso, permeados de cuidado e sensibilização.

Dessa forma, esse trabalho elabora um fluxograma descritor que apresenta o desenho do modelo de gestão utilizado por uma diretoria de enfermagem, com suas caracterizações, construções e implementação de processos através da participação de gerentes de unidade que representam o corpo de enfermagem assistencial do HGCA.

A apresentação desse modelo, através da construção do fluxograma, condiz com uma forma mais democrática de fazer gestão, como também a presença da humanização no acolhimento às demandas dos trabalhadores e fortalecimento do seu potencial, enquanto sujeitos que executam e compreendem o resultado do seu trabalho.

Entretanto, além dessa apresentação, o desenho pode evidenciar para o leitor que o estiver analisando, as falhas presentes no processo, e os nós críticos que estiveram por trás das dificuldades apresentadas, que podem estar atreladas à hegemonia dos modelos de gestão que são verticalizados e autocráticos, bem como do olhar vicioso de quem está na cena real do cotidiano do trabalho.

Portanto, o fluxograma descritor elaborado neste estudo, pode e deve ser modificado/atualizado, a partir de novos contextos, num exercício da gestão participativa da diretoria de enfermagem do HGCA.

4 METODOLOGIA

4.1 TIPO DE PESQUISA

Trata-se de um estudo de caso exploratório com abordagem qualitativa. Esta abordagem foi escolhida por compreender que o objeto do estudo, a gestão participativa na implementação da SAE, envolve a relação entre sujeitos com histórias, valores, cultura, posicionamento político, e outros fatores que não podem ser quantificados. Além do aspecto mencionado, a referida abordagem permitirá conhecer, compreender e analisar as diversas dimensões envolvidas no processo de gestão participativa em um hospital público de média e alta complexidades.

O Estudo de Caso nos permite uma interação profunda com o objeto de estudo, favorecendo a compreensão, análise e avaliação dos fenômenos encontrados com a maior amplitude possível (GOLDENBERG, 2011). Para Yin (2015) estudos desta natureza são desafiadores, pois busca investigar um dado fenômeno contemporâneo em profundidade, em seu contexto real, com muitas variáveis de interesse e utilizando múltiplas fontes de evidências.

A pesquisa qualitativa responde a questões muito particulares, ocupando-se nas ciências sociais com um nível de realidade que não pode nem deveria ser quantificado. Ela trabalha, então, com o universo dos significados, dos motivos, das aspirações, das crenças, bem como, das atitudes (MINAYO, 2020).

O emprego dessa tipologia de estudo contribuirá para a descrição da complexidade do problema, a compreensão de processos dinâmicos vividos por grupos sociais, colaboração no processo de mudança de determinado grupo e a possibilidade, em maior nível de profundidade, do entendimento das particularidades do comportamento dos indivíduos (RICHARDSON, 2017).

4.2 CAMPO DE INVESTIGAÇÃO

O Hospital Geral Clériston Andrade é um hospital de grande porte, com 301 leitos e realiza atendimentos de média e alta complexidades, sendo referência para urgências e emergências clínicas e cirúrgicas, prestando assistência exclusiva aos usuários do SUS da Região Metropolitana de Feira de Santana e demais municípios da macrorregião Centro-Leste do Estado da Bahia (SESAB, 2017).

O HGCA constitui-se como um campo de ensino e pesquisa fundamental na região, pois é campo de estágio para formação em saúde de várias categorias nos níveis técnico, de graduação e pós-graduação de instituições públicas e privadas (SESAB, 2017). Se constitui em um espaço importante de produção de saúde e conhecimento na região metropolitana de Feira de Santana e entorno, embora tenha sofrido por anos com a escassez de recursos, sobretudo humanos que incluem o subdimensionamento de pessoal, especialmente de enfermagem.

A pesquisa foi realizada nos espaços assistenciais da instituição que são divididas em: Unidades de Terapia Intensiva, Unidades de Internamento, Centro Cirúrgico, Central de Material e Esterilização.

A escolha por estes espaços está imbricada com o objeto dessa pesquisa. Trata-se de ambientes que demandam um grande suporte técnico do corpo de enfermagem e, portanto, locais fundamentais para a diretoria de enfermagem. Assim, pode-se estudar o processo de gestão participativa e seus impactos, consoante aos pilares da SAE, a partir de um fenômeno concreto, no cotidiano do cuidado prestado pelo HGCA.

4.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO

A equipe de enfermagem do HGCA é composta por enfermeiros, técnicos de enfermagem e auxiliares de enfermagem que atuam nos espaços assistenciais e administrativos, estando sob a coordenação das gerentes de unidades e da diretoria de enfermagem que, naquele momento, era composta pela diretora de enfermagem e três supervisoras.

Os profissionais de enfermagem (gerentes de enfermagem e enfermeiros), participantes do estudo, foram incluídos na pesquisa a partir dos seguintes critérios:

- Trabalhar na Instituição há dois anos, no mínimo;
- Estar lotado em uma das seguintes unidades: Unidades de Terapia Intensiva, Unidades de Internamento, Centro Cirúrgico, Central de Material e Esterilização;
- Atuar na assistência direta ao paciente e/ou gestão;

E, elegemos como critérios de exclusão:

- Estar afastado por licença médica, eleitoral ou sem vencimento;
- Atuar fora da assistência direta ao paciente e/ou gestão.

Por ser uma pesquisa de caráter qualitativo não houve necessidade de definir uma amostra, devido ao fato que o universo em questão não são os sujeitos em si, mas as suas representações, conhecimentos, práticas, comportamentos e atitudes (MINAYO, 2020). Os participantes foram incluídos, de forma progressiva na pesquisa até que houve saturação dos dados empíricos, ou seja, as respostas passaram a se repetir, não apresentando conteúdos novos que pudessem ser aprofundados na discussão dos resultados (TURATO et al, 2008).

4.4 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS

As técnicas utilizadas foram voltadas para a produção primária de dados, através da entrevista e análise documental. Isto acontece quando o pesquisador produz o dado na interação direta com os sujeitos. Desse modo, a entrevista semiestruturada e a análise documental foram os procedimentos metodológicos de coleta de dados empregados nesta pesquisa, devido à propriedade com que estes penetram na complexidade de um problema (MINAYO, 2020; RICHARDSON, 2017; TRIVIÑOS, 2009).

A entrevista semiestruturada associa perguntas fechadas (ou estruturadas) e abertas, permitindo que o sujeito discorra sobre o tema proposto, sem respostas ou condições pré-fixadas pelo investigador (TRIVIÑOS, 2009). Portanto, as questões norteadoras da entrevista foram elaboradas, considerando os objetivos propostos por esta pesquisa. Porém, tais questões puderam ser reconduzidas, à medida que as entrevistas aconteceram, para que se conseguisse alcançar, com maior precisão, os objetivos deste trabalho. As entrevistas foram gravadas, mediante a autorização dos participantes e posteriormente transcritas e codificadas para garantir a confidencialidade dos informantes. O roteiro das entrevistas encontra-se no apêndice A.

Também foi realizada uma análise documental através de documentos produzidos na Instituição, utilizando um roteiro para análise (APÊNDICE B), como: atas de reunião (atas de reuniões ocorridas de janeiro de 2016 até fevereiro de 2023), protocolos de enfermagem, cálculos de dimensionamento de pessoal de enfermagem, regimento interno; bem como normativas do COFEN (Lei 7.498/1986, resolução COFEN 543/2017, resolução COFEN 564/2017) que subsidiam o trabalho de enfermagem no HGCA. Nos documentos foi possível verificar: a participação dos sujeitos no processo de gestão; o planejamento baseado nos problemas levantados a partir da prática; os aspectos que caracterizam a SAE.

4.5 PROCEDIMENTOS DE ANÁLISE

Foi utilizada a técnica de Análise de Conteúdo, que é dividida em: Pré-análise, Exploração do material e Tratamento dos resultados/Inferência/Interpretação (MINAYO, 2020).

No primeiro momento, foi feita uma leitura compreensiva de todo o material coletado para posterior aprofundamento. Através dessa leitura buscou-se ter uma visão de conjunto; apreender as particularidades do material analisado; elaborar pressupostos iniciais que serviram de base para a análise e interpretação do material; escolher maneiras de classificação inicial; determinar os conceitos teóricos que orientarão a análise (MINAYO, 2020).

Já na etapa de exploração do material, foram distribuídos os trechos, frases ou fragmentos do texto analisado pelo esquema de classificação inicial; foi feita uma leitura dialogando com as partes destrinchadas do texto, em cada classe; foram identificados os núcleos de sentido, fazendo uma relação e análise entre eles; foram reagrupadas as partes dos textos por temas encontrados; e foi elaborada uma relação por tema (MINAYO, 2020). Nesta fase, emergiram as categorias de análise.

Para finalizar, elaboramos uma síntese interpretativa que possibilitou dialogar com os objetivos, questões da pesquisa (MINAYO, 2020). Portanto, a etapa da análise final de dados consistiu na triangulação do material empírico e das bases teóricas. A triangulação de dados é uma técnica usada em pesquisa qualitativa, onde a intersecção de diferentes olhares e falas possibilitam a verificação e validação da pesquisa. Segundo Minayo (2010), a triangulação significa a combinação e o cruzamento de múltiplos pontos de vista, contendo a visão de vários informantes, a partir do emprego de diversas técnicas de coleta de dados durante o processo de investigação científica.

A partir da análise dos dados empíricos foi possível, construir o Fluxograma Descritor que representa o modelo de gestão participativa utilizado pela diretoria de enfermagem do HGCA. A construção do FD, concretiza uma prática de gestão realizada intuitivamente por anos, possibilitando assim, para todos os profissionais da enfermagem, a compreensão do processo de elaboração e implementação de protocolos, fluxos, instrumentos. Favorecendo assim, o processo de implementação da SAE de modo dialogado e democrático.

4.6 ASPECTOS ÉTICOS

Os aspectos éticos relacionados à pesquisa com seres humanos, são regulamentadas pelas Resoluções nº 466/2012 (BRASIL, 2012) e nº 510/2016 (BRASIL, 2016), ambas do Conselho Nacional de Saúde (CNS). Estas resoluções foram respeitadas em todas as etapas deste estudo, desde a coleta e análise dos dados até a divulgação dos resultados.

Dessa forma, a coleta de dados só foi iniciada após aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS). A submissão deste projeto ao CEP, gerou a CAEE: 61382922.30000.0053 (ANEXO 1).

A eticidade da pesquisa foi assegurada através do respeito à autonomia dos indivíduos, tratando-os em sua dignidade, defendendo-os em sua vulnerabilidade; e na defesa dos princípios da beneficência, da não maleficência e da justiça.

Os indivíduos que concordaram em participar desta pesquisa, foram solicitados a assinar um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (APÊNDICE C), após serem informados sobre os objetivos, métodos e relevância social da pesquisa. Foi assegurado o anonimato dos sujeitos, utilizando nomes fictícios, podendo estes retirar-se do contexto da pesquisa, sem qualquer ônus, há qualquer momento. O TCLE foi assinado em duas vias, sendo que uma via ficou com o participante e a outra com os pesquisadores. As entrevistas foram gravadas e transcritas e ficarão sob a guarda dos pesquisadores por um período de cinco anos, após o qual, serão destruídas.

Os benefícios desta pesquisa estão relacionados a melhoria na Gestão em Enfermagem, implementação da Sistematização da Assistência em Enfermagem (SAE) e conseqüentemente melhoria do processo de trabalho, motivação profissional e trabalho em equipe. Os possíveis riscos estão relacionados ao desconforto devido ao conflito de opiniões, de suas falas se tornarem públicas, por falarem do seu processo de trabalho e da gestão. Para reduzir tais riscos, o participante pode interromper a entrevista a qualquer momento ou até mesmo desistir da participação sem que houvesse nenhum ônus. Caso os riscos sinalizados sejam concretizados, os profissionais poderão ser encaminhados para o serviço de Psicologia Institucional, presente na Instituição. Destacamos, que os resultados obtidos voltarão para Instituição através de um fluxograma e apresentação do trabalho em evento específico realizado pela mesma.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os participantes do estudo foram onze gerentes de enfermagem e quatro enfermeiros assistenciais, totalizando 15 entrevistados, todas do gênero feminino, com idade entre 25 e 56 anos, 14 com pós-graduação concluída e 01 com pós-graduação em andamento e com tempo de serviço superior ou igual a 3 anos.

A predominância do sexo feminino reforça a presença de uma quantidade maior de mulheres dentro da enfermagem, dando à profissão as mazelas de uma sociedade patriarcal balizada pela misoginia e desvalorização das mulheres. Portanto, o cenário dessa profissão é marcado por baixo reconhecimento, tanto profissional quanto salarial e exaustivas horas de trabalho, que podem colaborar para o adoecimento físico e psíquico.

Observa-se também que as participantes do estudo prezaram pela continuação dos estudos, pois a maioria possui mais de uma pós-graduação. Fato importante para o fortalecimento da profissão que carrega em sua essência o gerenciamento dos serviços e o cuidado embasado em métodos e teorias que fomentarão a prática do profissional de enfermagem nos serviços de saúde.

Após a transcrição das entrevistas e leituras exaustivas, foi possível construir um quadro síntese com os núcleos de sentido, que dialogam com as informações dos participantes, com os objetivos e referencial teórico do estudo. Dessa forma, emergiram duas categorias de análise: Gestão participativa: diálogo de sujeitos, pactuação de soluções, busca pela melhoria da assistência; e Sistematização da Assistência de Enfermagem: uma conceituação necessária.

Essas categorias foram analisadas, através de um diálogo entre os dados empíricos, o referencial teórico encontrado na literatura sobre cada temática apresentada e a percepção do pesquisador, com idas e vindas que permitem a construção e reconstrução do conhecimento científico.

Por fim, os dados empíricos corroboraram para a construção do Fluxograma Descritor do modelo de gestão participativa utilizado pela Diretoria de Enfermagem do Hospital Geral Clériston Andrade.

5.1 GESTÃO PARTICIPATIVA: diálogo de sujeitos, pactuação de soluções, busca pela melhoria da assistência

A análise dos dados empíricos, mostrou que em um modelo de gestão participativa é necessário que haja um diálogo entre as partes envolvidas para resolução de problemas, construção de estratégias e implementação de processos. Como mostram as falas dos entrevistados:

É onde todos podem opinar, todos podem fazer parte da construção de todo o processo. Todos vão ser ouvidos (ENTREVISTADO 4).

Eu compreendo que a gestão, ela tem que ser feita de forma onde o gestor maior, junto com seus colaboradores, eles passam opinar, e até juntamente definir as melhores propostas para o andamento do serviço. Nós tivemos uma gestão muito participativa, junto com a diretoria de enfermagem e muitas vezes com a diretoria geral” (ENTREVISTADO 5).

Na ata da reunião do dia nove de março de dois mil e dezesseis, foi possível visualizar que havia diálogo entre a diretoria e gerentes de enfermagem. Nessa reunião, estavam presentes dez gerentes e duas supervisoras.

[...] todos concordaram com o check list e solicitaram que fosse retirado o medicamento (etomidato) da lista pois não é padrão no hospital, acordado que em cada gaveta será fixado o impresso padrão que indica os medicamentos e materiais presentes nas mesmas. Definido que faremos nova reunião para discutir semana de enfermagem [...].

As falas apresentadas acima e o registro de uma das atas corroboram com a literatura. Para Garcia et al. (2015), a gestão participativa objetiva dialogar com os conhecimentos, estimulando o potencial e a criatividade dos trabalhadores para modificar a realidade existente, capaz ainda de trazer para o cotidiano de trabalho um ambiente inovador e transformador que será construído coletivamente e que busca estratégias que permitam a administração de conflitos. Esse modo de gestão possibilitará o desenvolvimento de uma tecnologia leve para qualificação dos trabalhadores e o desenvolvimento organizacional.

Outro aspecto mencionado pelos participantes e que coaduna com autores presentes neste estudo é que uma gestão participativa não é verticalizada, ela dialoga com os sujeitos. Observa-se que o SUS como um sistema de saúde público, universal e integral, busca a horizontalidade nas relações e na gestão. Não há democracia sem a participação dos sujeitos concretos que através da ação coletiva confrontam poderes instituídos. A democracia está

atrelada também a capacidade social de produzir espaços de poder compartilhado: rodas, onde exista acesso a informações, participação em discussões e na tomada de decisões (CAMPOS, 2007).

Os entrevistados 01 e 06 discorrem que em uma gestão participativa existe a participação dos trabalhadores na tomada de decisão, sendo, portanto, decisões compartilhadas, dialogadas e não verticalizadas.

Eu acho que uma gestão participativa é quando as decisões não são verticalizadas, são decisões transversais, [...] onde você ouve o funcionário e pode ser ouvida por sua gestão superior, onde você pode relatar seus problemas, onde você junto com seus liderados, e junto com os que lideram você, pode criar estratégias para que se torne assistência de enfermagem na ponta propriamente dita, de uma forma mais qualificada, mais sistematizada, mais profissional (ENTREVISTRADO 1).

É uma gestão que não é verticalizada, é uma gestão horizontal, onde há a participação dos agentes envolvidos no processo, tanto quem está como gestor superior, diretoria, como gerentes e também aquelas pessoas que estão na linha de frente que são os técnicos e enfermeiros que compõem, na linha de frente não, quem compõem a equipe de enfermagem (ENTREVISTRADO 6).

Na ata da reunião do dia dezoito de abril de dois mil e dezesseis, entre a diretoria de enfermagem, Pronto Atendimento Masculino (PAM), Pronto Atendimento Feminino (PAF) e Triagem, onde participaram onze enfermeiros e uma supervisora de enfermagem, apresenta o seguinte registro:

Ao décimo oitavo dia do mês de abril de dois mil e dezesseis, ocorreu reunião com diretoria de enfermagem, PAM, PAF e Triagem, para discussão de transferência de pacientes e fechamento de fluxos [...].

Portanto, a cogestão possibilita que líderes e liderados governem juntos, num espaço onde não exista poder nem dominação absolutos, e sim relativos. Num processo que possibilite a participação e distribuição de poder de um modo mais equilibrado, e que além disso, garanta objetividade e praticidade ao funcionamento da instituição (CAMPOS, 1998).

Outro aspecto mencionado pelos entrevistados como importante para uma gestão participativa é a aproximação do grupo da gestão, dos trabalhadores que estão na ponta do serviço, para aprofundamento sobre a realidade dos mesmos e a elaboração de estratégias para a melhoria da prática assistencial e entendimento das condições de trabalho que são ofertadas.

Então, a gente pensa num processo onde planejo a partir dos problemas. A gente ver quais são as situações-problema, quais são as dificuldades, ouço as pessoas que estão envolvidas, enfermeiros, técnicos, gerentes, e a gente consegue traçar um planejamento coletivo, conjunto com as pessoas. Não pensa de forma verticalizada (ENTREVISTRADO 6).

Eu compreendo que é um trabalho conjunto, onde visa a participação da coordenação com nós enfermeiros atuantes na assistência ao paciente e ofertar melhor qualidade a eles (ENTREVISTRADO 7).

Na gestão participativa você vê quem tá na ponta, o profissional que está na ponta, a necessidade dele, as deficiências... (ENTREVISTRADO 12).

[...] eu compreendo que uma gestão participativa, ela tem que ter acolhimento, boa escuta. É necessária uma integração entre a hierarquia e os subordinados (ENTREVISTRADO 15).

Segundo a Política Nacional de Humanização, a Cogestão expressa a inclusão de sujeitos nos processos de análise, na tomada de decisão, bem como ampliação das tarefas da gestão, tornando-se um espaço de realização da análise dos contextos, da política em geral e, em especial, da saúde. Tal aspecto possibilita a formulação e pactuação de tarefas e o aprendizado coletivo (BRASIL, 2013).

Percebe-se que os participantes da pesquisa atuam como sujeitos ativos no processo de gestão, trazendo para o diálogo os seus desejos, interesses e necessidades, conforme preconiza Campos (2007).

Para os entrevistados 03, 06 e 11, numa gestão participativa é necessário também a participação da equipe multiprofissional no desenvolvimento das atividades para construção de um aprendizado coletivo.

Gestão junto com a equipe multi que é importante né? Porque a enfermagem não vai fazer o papel sozinha. Ela sempre vai precisar da equipe multi para poder gerir esse processo (ENTREVISTRADO 3).

Então, a gestão participativa ela ouve todos os integrantes da equipe de enfermagem, com vistas na qualidade da assistência e envolve também a equipe interdisciplinar (ENTREVISTRADO 6).

Uma gestão é uma forma de compartilhamento com a equipe que ajuda a identificar onde tem erros, acertos e ajuda a evoluir, trazendo mais capacidade para cada um de nós assistente (ENTREVISTRADO 11).

No contexto de superespecialização das profissões, redução na resolutividade de problemas que envolvam o indivíduo de forma integral; o trabalho em equipe possibilita a superação da fragmentação do cuidado, a construção de relações horizontais e interligadas entre as diferentes categorias profissionais com o objetivo primordial de promover a cura, a reabilitação, a saúde, em defesa da vida dos indivíduos e coletividades (CAMPOS, 1997).

Entretanto, Rollo (1997) aponta que existe uma alienação no processo de trabalho, onde cada membro da equipe se preocupa com suas tarefas, e não com a integração das várias

atividades assistenciais, imperando a lógica de subordinação aos médicos, desperdiçando o potencial que o trabalho em equipe tem para aumentar a eficácia da assistência.

Segundo Freire et al. (2015), a cogestão na organização do trabalho pode colaborar para a construção de espaços de poder compartilhado, ampliação da aprendizagem, estimulando o compromisso e a responsabilidade pelos resultados. Este modo de gestão é centrado no trabalho em equipe, construções do saber no espaço coletivo para garantir que o poder seja, de fato, compartilhado, contribuindo para aumentar a qualidade das decisões, bem como a motivação e satisfação das pessoas (NOGUEIRA, 2019).

Portanto, as mudanças nos modelos de gestão podem colaborar para a construção de novos marcos institucionais e dispositivos para dentro dos serviços, em especial no hospital, dando um novo significado ao trabalho em saúde, bem como a produção de sujeitos com maior capacidade de análise e de intervenção no cotidiano (SANTOS, 2009).

Num processo de revolução permanente e progressiva, existe o esforço para aproximar os que comandam, planejam e dirigem, daqueles que executam as ações e realizam os serviços ordenados. É necessário que todos sejam em alguma medida gerentes, reformulando os organogramas das instituições para que haja redistribuição do poder de decidir e assim trazer para base as dificuldades de manutenção e reprodução das organizações, apesar de antagônico à lógica da propriedade privada (CAMPOS, 2006).

A fala do entrevistado 6 expressa a afirmação acima.

Então, a gestão participativa ela ouve todos os integrantes da equipe de enfermagem, com vistas na qualidade da assistência e envolve também a equipe interdisciplinar. Então, a gente pensa num processo onde planejo a partir dos problemas. A gente ver quais são as situações-problema, quais são as dificuldades, ouço as pessoas que estão envolvidas, enfermeiros, técnicos, gerentes, e a gente consegue traçar um planejamento coletivo, conjunto com as pessoas. Não pensa de forma verticalizada. [...] eu consigo permitir que os atores que são os enfermeiros, que são os técnicos no cuidado, eles relatem também quais são as suas dificuldades, onde está a fragilidade para implementação da assistência, porque se eu percebo onde está o problema no dimensionamento, o que eu preciso mudar de instrumento para a realização do cuidado, o processo de enfermagem, como é que o método pode ser implementado. Então eu vejo que a gestão participativa ouvindo todos os elos, e sendo feito de forma coletiva, não sendo de forma verticalizada, a gente consegue realmente implementar a sistematização (ENTREVISTADO 6).

Na ata de reunião do dia quatorze de maio de dois mil e dezoito, observa-se também a participação dos enfermeiros assistenciais, onde estiveram reunidos quarenta e um enfermeiros, cinco gerentes, uma supervisora de enfermagem, a diretora de enfermagem para discutir pontos da assistência que poderiam ser melhorados. Este registro explicita a participação dos diversos sujeitos no processo de gestão.

Assim, a construção de novos modos de gestão compartilhada é necessária para desconstruir as barreiras institucionais, as hierarquias e o processos de exclusão nas decisões administrativas e no planejamento (GUIZARDI; CAVALCANTE, 2010).

No modelo de gestão participativa existe a possibilidade tanto do líder quanto dos seus liderados construírem espaços de crescimento conjunto que possibilita ao trabalhador um sentimento de valorização conforme seu potencial, tornando-o mais comprometido com o trabalho coletivo (GARCIA et al., 2015).

Podemos observar esse aspecto na fala do entrevistado 12:

Crescimento mesmo da qualidade da assistência de enfermagem diretamente ao paciente. [...]. Até mesmo os profissionais trabalham com mais leveza, eles querem fazer o certo porque eles sabem que é o certo e também tem a satisfação [...] Influencia na prática do trabalhador, que vai refletir também na qualidade dessa assistência prestada ao paciente. [...]. Não é a aquela coisa ditatorial que só obedece (ENTREVISTADO 12).

Em contrapartida, os participantes também elencam possíveis limites desse modelo de gestão e necessidade de um posicionamento mais contundente, prezando pela organização do serviço e qualidade da assistência prestada.

Capacidade e maturidade para fazer o que deve ser feito se não for, de certa forma, em alguns momentos delimitados o que precisa fazer. [...] Às vezes as coisas podem ficar um pouco soltas e aí talvez precise que nesse modelo de gestão realmente, em alguns momentos, aconteça uma atuação mais incisiva de quem está acima, na diretoria para determinar realmente o que é função de cada um, para que as coisas aconteçam porque nem sempre dá pra contar só com o bom senso ou boa vontade de quem está envolvido no processo (ENTREVISTADO 2).

A presença dos moldes tayloristas nas instituições, inclusive, as de saúde reverberam no imaginário dos trabalhadores, mantendo-os presos nesses moldes que os conservam alienados, como executores de papéis. Uma organização vertical tem a função de castrar o trabalhador, tornando-o tarefeiro que não aprenderá a pensar, porque não foi educado para tomada de decisões que representem o coletivo. Portanto, tornam-se seres que não são estimulados a desejar participar da gestão do local onde trabalham (CAMPOS, 2009).

Segundo Campos (1997, p. 230), existe um paradoxo:

Como combinar liberdade com controle? Trabalho autônomo com atribuição de responsabilidade? Note-se que a delegação de responsabilidade, por mais democráticos que sejam os mecanismos de definição e distribuição de encargos, sempre ocorre com algum grau de externalidade em relação aos agentes implicados.

Mesmo em organizações mais livres e com esquemas de trabalho mais democráticos e horizontais na distribuição de poder, com discussões democráticas, a delegação de responsabilidade corresponderia a momentos de verticalização das linhas de mando, e imposição do contrato acordado. Portanto, haveria o uso de esquemas verticais de direção e cobrança pelos resultados (CAMPOS, 1997).

O entrevistado 02 retrata tal aspecto, como demonstra a fala abaixo:

Quando você não delimita muito bem as funções de cada um, nem todo mundo tem a capacidade e maturidade para fazer o que deve ser feito se não for, de certa forma, em alguns momentos delimitados o que precisa fazer. (...)às vezes as coisas podem ficar um pouco soltas e aí talvez precise que nesse modelo de gestão realmente, em alguns momentos, aconteça uma atuação mais incisiva de quem está acima na diretoria para determinar realmente o que é função de cada um (ENTREVISTADO 2).

Utilizar um modelo de gestão democrático não pode ser considerado uma tarefa simples, mas sim uma estratégia árdua para conciliação ou não das ideias de sujeitos com certo grau de autonomia na produção de uma gestão que seja participativa, humanizada e implicada com a justiça e o restabelecimento da saúde de indivíduos e coletividades, sem perder de vista o cuidado com os trabalhadores.

Outro aspecto pontuado como limitante, é a dificuldade dos trabalhadores de desenvolverem um pensamento crítico, construção de ideias e resolução de problemas que surjam no decorrer da prática. Esse aspecto pode ter relação com a formação bancária predominante nas Instituições de Ensino e o interesse do capital de manter os trabalhadores alienados.

Os limites, é porque como muitas vezes, a gente tem ainda o modelo hegemônico na própria formação, isso não só na graduação, mas isso desde o ensino fundamental, então muitas vezes, muitas pessoas são limitadas ao receber pronto. (...) então, eu vejo como um fator limitante, que é você não conseguir ter uma autocrítica, de ter um pensamento crítico-reflexivo, e às vezes as pessoas que poderiam participar que geralmente são os técnicos, os enfermeiros, os gerentes, às vezes não tem essa criticidade no processo (ENTREVISTADO 6).

A disciplina e o controle ainda são o eixo central das organizações, que é chamado Racionalidade Gerencial Hegemônica que aprisiona à vontade e expropria a possibilidade de governar das pessoas, substituindo seus desejos e interesses por objetivos e objetos de trabalho alheios ao trabalhador. As escolas também participam desse processo por não elaborarem uma crítica à função controle e pela obsessão de retirar do trabalhador o poder (CAMPOS, 2000).

Ainda que a diretoria de enfermagem daquele período tenha utilizado um modelo mais horizontal, democrático e participativo, o cenário do HGCA, de um modo geral, é marcado pela

verticalidade das ações e imposição de processos independentes dos desejos e anseios do trabalhador, mesmo que seja com o objetivo salutar de ofertar uma assistência de qualidade.

Também foi pontuado como limitante, a possibilidade de confundir uma gestão horizontal e democrática com a falta de regras ou de organização. Ainda que esse pensamento seja errôneo, é possível que gestões com essa perspectiva sejam avaliadas dessa forma.

É um dos principais limites que está relacionado com o profissional em si. Às vezes o profissional confunde achando que não terá punição, só escreverá na ficha funcional e aí ele acaba relaxando e acaba virando um vício e isso afeta diretamente a assistência (ENTREVISTRADO 12).

Em meio a essas reflexões que retratam a presença de um modelo hegemônico verticalizado e alienante, construído sobre as bases da força de trabalho, sem a inclusão do trabalhador nesse processo, compreende-se que a utilização de um modelo de gestão mais democrático contribui para valorização profissional e a produção de um cuidado comprometido com a qualidade assistencial.

Os dados empíricos demonstram que o modelo de gestão participativa adotado pela diretoria de enfermagem do HGCA, naquele momento, foi um modelo que possibilitou uma escuta qualificada, diálogo, construção coletiva de métodos, conhecimento da realidade e implicação dos sujeitos coletivos na implementação dos processos, instrumentos e fluxos através também de rodas de conversa que objetivaram uma melhoria na qualidade assistencial.

Salienta-se que tais rodas não utilizaram a técnica do método da roda discutido por Campos (2007), porém o diálogo com os trabalhadores da ponta, como também os treinamentos *in loco*, foram realizados utilizando o formato de círculo com um facilitador que na maioria das vezes era membro da própria equipe.

Na análise dos documentos (atas de reuniões ocorridas de janeiro de 2016 até fevereiro de 2023), foi possível verificar que os problemas que chegaram à diretoria através dos trabalhadores da assistência, gerentes, supervisão das unidades, ou através de demandas de ouvidoria foram apreciados em espaços de reuniões onde, diretora, supervisores e gerentes discutiram juntos e criaram estratégias, coletivamente, para resolução dos mesmos.

Foi identificado também, durante a análise dessas atas que a construção dos protocolos e fluxos passaram por discussões diversas, onde os gerentes levavam até aquele espaço de reuniões, a vivência dos trabalhadores da assistência direta e suas dificuldades para que cada processo fosse compreendido e adequado para cada realidade.

Através dos documentos, identifica-se a construção de fluxos, protocolos, oficina de dimensionamento de pessoal de enfermagem, impressos, instrumentos, a exemplo do impresso

de admissão de pacientes com lesões, impresso de evolução de enfermagem, histórico de enfermagem, instrumento de supervisão, protocolo de padronização do carro de emergência, padronização de soluções, bem como fluxo da nova emergência.

Os trechos das atas abaixo reforçam o caráter participativo na resolução dos problemas da diretoria de enfermagem do HGCA:

Ao vigésimo sétimo dia do mês de abril de dois mil e vinte e dois, ocorreu reunião com as gerentes de enfermagem da emergência e da semi-intensiva para discutir a proposta de planejamento das atividades da gerência de enfermagem. Foi discutido novo modelo do check list para supervisão de enfermagem das unidades. Ficou definido início do uso do instrumento no dia dois de maio de dois mil e vinte e dois.

Ao quarto dia do mês de julho de dois mil e dezesseis, ocorreu reunião ordinária entre diretoria de enfermagem e gerentes, no auditório do Banco de Leite do HGCA às dez horas [...] uma das supervisoras iniciou apresentando a ficha de admissão e evolução de pessoas com feridas e que será analisada posteriormente [...] segundo uma das supervisoras, a ficha tem o objetivo de avaliar e acompanhar a evolução da ferida, bem como determinar de quem será a competência da realização do curativo e que o enfermeiro tenha conhecimento de todos os pacientes que são acometidos com algum tipo de ferida. Ficou decidido que será responsabilidade do enfermeiro o preenchimento da ficha de admissão de pessoas com feridas em até 24 horas. Nas unidades abertas, o enfermeiro vai avaliar a ferida a cada 72 horas para a ferida que for de competência do curativo do técnico de enfermagem. Nas unidades fechadas, o enfermeiro irá avaliar a ferida diariamente, prescrevendo a mesma quando se fizer necessário. Será utilizada a escala de Braden na ficha de admissão. Foi colocado por uma das supervisoras que a ficha de admissão será reavaliada, para ser lançada posteriormente no projeto piloto.

A análise do material documental, corrobora com as falas dos participantes do estudo que trazem a presença do diálogo, horizontalidade das ações, escuta e construção coletiva como características presentes no modelo de gestão participativa, bem como a relevância desse modelo para qualidade da assistência prestada aos pacientes.

Nessa perspectiva, a luz dos dados empíricos foi possível construir um fluxograma descritor que traz o modelo de gestão participativa utilizado por uma diretoria de enfermagem na implementação de instrumentos, fluxos, protocolos, educação permanente, e na melhoria das condições de trabalho da equipe de enfermagem.

5.2 SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM: uma conceituação necessária

Ao analisar os dados da pesquisa, constatamos que existe uma limitação dos profissionais de enfermagem quanto ao conceito de Sistematização da Assistência de

Enfermagem, bem como do Processo de Enfermagem, ou até mesmo um desconhecimento do que tratam essas nomenclaturas.

Para alguns participantes, percebe-se que existe uma confusão no conceito de SAE, tratando-o como se fosse Processo de Enfermagem.

SAE é quando a gente faz todos os processos de enfermagem, desde que o paciente entra no hospital, até o paciente ser propriamente assistido, o histórico de enfermagem, onde a gente puxa o paciente, é o levantamento dos problemas, que são os diagnósticos de enfermagem, a prescrição de enfermagem, onde a gente consegue né, identificar, levantar esses problemas e fazer estes diagnósticos, depois a gente prescrever os cuidados de enfermagem, a gente implementar, e depois a gente voltar avaliando o que que esse paciente precisa ser revisto, precisa ser reimplementado (ENTREVISTADO 1).

É como se fosse a organização do processo de trabalho para que ele aconteça de forma ordenada, fazendo levantamento dos problemas com levantamento das estratégias para solucionar esses problemas. Uma maneira de tornar o processo de trabalho mais organizado (ENTREVISTADO 2).

Então, você tem que sistematizar, orientar aquele técnico para que ele faça a mudança de decúbito de 2 em 2 h, verificar o acesso em caso de flebite. Então, isso é uma sistematização de enfermagem. Não tem a prescrição médica? É a prescrição de enfermagem. Você tem que prescrever aquelas orientações para que o técnico venha a realizar. Se você coloca, por exemplo, o soro de 6 em 6h ou 8 em 8h, deixa o técnico já organizado (ENTREVISTADO 10).

As falas acima ratificam o que alguns autores trazem em seus estudos (FULY, LEITE e LIMA, 2008), onde referem que ainda que exista uma resolução no Brasil que conceitue de forma distinta os termos SAE e PE, mesmo que esta não aprofunde nas características de cada um, permanece uma confusão conceitual presente tanto em artigos científicos quanto na própria academia.

Conforme a resolução nº 358/2009, do Conselho Federal de Enfermagem, o PE é compreendido como uma dinâmica das ações sistematizadas em busca de um cuidado individualizado, dividido em: histórico de enfermagem, diagnósticos de enfermagem, planejamento de enfermagem, implementação e avaliação; devendo ser implementado em todos os ambientes públicos ou privados onde ocorra o cuidado profissional de enfermagem, e assegurar que as intervenções sejam elaboradas para a pessoa, família ou coletividade e não para a doença.

O Processo de Enfermagem é conceituado como um instrumento metodológico que direciona o cuidado profissional de Enfermagem e a documentação da prática profissional, promovendo a organização e direção do cuidado, desenvolvendo o pensamento crítico na tomada de decisões do enfermeiro (FULY; LEITE; LIMA, 2008).

Em contrapartida, através das falas de outros participantes, observa-se uma conceituação que se aproxima da resolução vigente (Resolução COFEN 358/2009), onde a SAE é estruturada por pilares que possibilitarão a implementação do Processo de Enfermagem.

Sistematização seria a organização dentro de alguns processos, desde sistematizar a questão dos recursos humanos, recursos materiais e os instrumentos de avaliação também. Eu vejo a sistematização também para que a gente avalie para criar metas e ver se a gente consegue conquistar essas metas (ENTREVISTRADO 5).

Sistematização da Assistência de Enfermagem são todos os elementos que possibilitam uma assistência sistemática, organizada, com continuidade. Então, teve o dimensionamento de pessoal, os instrumentos que são utilizados, ao próprio método que é o Processo de Enfermagem. Então sistematizar é a gente organizar o fazer enfermagem. E para a gente organizar, inclui método, inclui a questão do dimensionamento de pessoal, inclui a parte de avaliação, os instrumentos que são utilizados (ENTREVISTRADO 6).

A SAE é composta pelo Pilar Método que tem relação direta com PE à medida que envolve a consulta de enfermagem, os registros de enfermagem, ou seja, os elementos que subsidiarão o cuidado de enfermagem. O Pilar Pessoal refere-se à organização do pessoal de enfermagem no que diz respeito às atribuições de cada membro que compõe a equipe de enfermagem, à formação de recursos humanos e ao dimensionamento do pessoal de enfermagem. Por fim, o Pilar Instrumentos corresponde a: manual de enfermagem, regimento interno, Procedimento Operacional Padrão (POP), protocolos assistenciais, escalas de avaliação clínicas, indicadores gerenciais, indicadores assistenciais, instruções de trabalho e formulários/impressos de Enfermagem. Esse Pilar fornece subsídio para gestão do processo de trabalho em Enfermagem corroborando com a implementação do PE, através da orientação do cuidado de Enfermagem e da documentação da prática profissional (SANTOS et al., 2021a).

De acordo com a resolução COFEN 358/2009, a SAE é a responsável pela organização do trabalho profissional quanto ao método, pessoal e instrumentos, tornando possível a operacionalização do Processo de Enfermagem.

Apoiados numa abordagem sistêmica, Souza et al. (2021, p. 14) propõem a seguinte definição para a SAE: “método de trabalho organizacional fundamentado nos elementos teóricos-científicos, capaz de fornecer condições para operacionalização do PE bem como ser justificada e aprimorada pelos resultados do PE”.

Podemos também reconhecer na fala do entrevistado 15 e na leitura das atas de reunião que os pilares da SAE, Instrumentos e Pessoal, estão estruturados e para isso o modelo de gestão participativa foi relevante na construção de instrumentos, conhecimento da realidade das unidades na busca de estratégias para oferta de melhores condições de trabalho.

Eu quero começar a falar sobre os pilares da SAE, falar sobre as ferramentas da SAE que utilizamos, inclusive ao longo desses anos. Podemos utilizar que são os protocolos que conseguimos construir, impressos, falar também de recursos humanos, de um dimensionamento adequado de pessoal para trabalhar e eu vi quanto, nesses anos que estou aqui no hospital, quanto o hospital conseguiu avançar em relação à dimensionamento de pessoal (...) Muito valoroso para nosso Processo de Enfermagem e falar propriamente do Processo de Enfermagem que faz parte da SAE que é como nós vamos aplicar todo esse recurso que temos, de que forma vamos aplicar esses protocolos construídos, a depender das necessidades que levantamos com nossa assistência (ENTREVISTRADO 15).

A fala desse entrevistado coaduna com a literatura que diz que a SAE fornece as condições imprescindíveis para que o PE seja realizado de forma sistematizada, definindo as necessidades, orientando o cuidado e a documentação da prática do cuidado em Enfermagem. A utilização dessa metodologia colabora para o reconhecimento da profissão (GARCIA; NÓBREGA, 2009).

Essa fala também traz a constituição da SAE por pilares, que são áreas de conhecimento que representam as bases para utilização da mesma enquanto ferramenta para organização do trabalho profissional de enfermagem. Por isso, é imprescindível compreender as bases que sustentam a materialização da SAE, como ela se processa na prática e de qual modo a SAE contribui enquanto ferramenta de gestão nos serviços de saúde (SANTOS et al., 2021).

No estudo de Santos *et al.* (2021a) fica bem clara a caracterização de cada pilar, onde: o Pilar Pessoal implica em elementos da gestão de recursos humanos em Enfermagem; o Pilar Instrumentos, tem relação direta com supervisão dos serviços, a organização das ações assistenciais no sentido de impressos e indicadores; e no que tange ao Pilar Método, tem relação com a prática clínica de enfermagem, embasada pelo Processo de Enfermagem.

Segundo Fuly, Leite e Lima (2008), ainda que a produção acadêmica sobre a SAE tenha apresentado crescimento desde 2000, existe uma disparidade de conceitos. Esta disparidade corrobora para um enfraquecimento e desarticulação entre teoria e prática, gerando conflitos ideológicos que prejudicam o entendimento da prática de enfermagem, o ensino das teorias, do processo de enfermagem e da metodologia da assistência.

Os autores ratificam ainda que a SAE pode ser considerada como a representação da organização das ações da profissão desenvolvidas por aqueles que ocupam o espaço de gestão, pesquisa e ensino, levando em consideração a participação dos profissionais que desenvolvem o cuidado direto ao paciente. A SAE seria, então, um antecedente organizacional que facilitará a operacionalização do Processo de Enfermagem (SOUZA et. al., 2021).

Observamos que a dificuldade de conceituação poderá impactar negativamente na implementação da Sistematização da Assistência de Enfermagem, demonstrando que haverá

necessidade de levar até esses trabalhadores um movimento de educação permanente que contribua para o esclarecimento sobre tal temática, deixando claro os dois conceitos, e assim empoderá-los na utilização do método em si que é o Processo de Enfermagem.

A Educação Permanente em Saúde (EPS) é a aprendizagem que acontece no trabalho, a partir das experiências vividas, da problematização do processo de trabalho baseando-se na possibilidade de transformar as práticas profissionais tendo em vista as necessidades de saúde das pessoas e populações. Assim, o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano dos serviços e ao trabalho em saúde (BRASIL, 2007).

Nessa perspectiva, que a EPS contribuirá para superar as lacunas existentes com relação ao conhecimento da SAE e PE, no serviço, e colaborar para modificação das práticas dos enfermeiros que culminarão para a melhoria do processo de trabalho e conseqüentemente do serviço oferecido à população.

Alguns fatores são apontados como dificultadores para o desenvolvimento da SAE, como por exemplo: o preparo inadequado durante a graduação; quantidade insuficiente de profissionais, podendo ter relação com o absenteísmo, rotatividade ou remanejamento de pessoal; sobrecarga de trabalho; dificuldade de liderança e de organização do serviço devido à estrutura administrativa da instituição; dentre outros (CAMELO et al., 2012).

Porém, é importante colocar que ainda que haja o aumento no contingente de pessoal, isso não representa proporcionalmente uma melhoria na qualidade da assistência, se não estiver acompanhado de uma revisão do processo de trabalho, com substituição de atividades desnecessárias que demandam tempo da equipe, como também treinamento e sensibilização desta com relação à SAE e ao PE (SOARES et al., 2015).

No cotidiano da instituição, identificam-se os aspectos mencionados por Soares et al. (2015), onde houve uma melhoria exponencial do dimensionamento de pessoal, treinamentos, porém o processo de trabalho do enfermeiro ainda é carregado de funções burocráticas que poderiam ser executadas por outras categorias, mas que são absorvidas pelo mesmo, afastando-o da assistência direta ao paciente e da essência do trabalho do enfermeiro que além da função gerencial, é a prestação de um cuidado seguro pautado em teorias e método.

Constata-se também, que é necessário dialogar com os enfermeiros sobre a importância da SAE e do PE para a prática do mesmo e avaliar a relevância de iniciar um processo de Educação Permanente em Saúde sobre esses conceitos e suas características na tentativa de implantar o PE com todas as suas fases.

Os dados encontrados na pesquisa dialogam com o que está presente na literatura, quanto à dubiedade dos conceitos e à necessidade de deixar claro o que cada nomenclatura

representa para que possam ser utilizadas como ferramentas de trabalho tanto para quem faz a gestão do serviço de enfermagem, que poderá utilizar a SAE para embasá-la, quanto para aqueles que estão na assistência direta e que devem utilizar o Processo de Enfermagem como método científico que fundamentará sua prática.

A fragilidade conceitual apontada reverbera nas falas dos entrevistados quando são questionados sobre a relação que pode existir entre a Gestão Participativa e a implementação da SAE. Os participantes pontuam uma relação direta entre um modelo de gestão mais participativo, onde existe escuta e diálogo, e a melhoria da qualidade da assistência.

Nas falas que se encontram logo abaixo, pode-se verificar o aspecto mencionado.

Com relação à diretoria de enfermagem, foi sempre muito aberta. Sempre a diretoria de enfermagem trabalhou muito em parceria. [...] os avanços que ela teve foi muito pelo apoio que a diretoria e a confiança que depositava dentro da gestão do setor e aí conseguimos um número melhor de recursos humanos ne? Hoje, já alcançamos um número bem significativo que já atende as necessidades e muito pela gestão participativa de ouvir as situações que eram levadas pela gestão (ENTREVISTRADO 5).

O fato de ser uma gestão participativa, acaba que você compartilha ideias e acaba recebendo também contribuições em relação ao que pode ser feito em cada local. [...] Você acaba recebendo ideias de outras pessoas, acaba passando o seu ponto de vista e recebendo o ponto de vista de outras pessoas, e isso acaba contribuindo para resolução dos problemas que são levantados (ENTREVISTRADO 2).

O crescimento mesmo da qualidade da assistência de enfermagem diretamente ao paciente. [...]. Até mesmo os profissionais trabalham com mais leveza, eles querem fazer o certo porque eles sabem que é o certo e também tem a satisfação [...] Influencia na prática do trabalhador, que vai refletir também na qualidade dessa assistência prestada ao paciente. [...]. Não é aquela coisa ditatorial que só obedece (ENTREVISTRADO 12).

Outros participantes atrelam também o modelo de gestão participativa com a implementação da SAE, porém o modo como os entrevistados apresentam a SAE se confunde com o Processo de Enfermagem que é dividido em etapas. Nas falas dos entrevistados abaixo, é pontuado que é feito um levantamento de problemas para posterior resolução, como ocorre no Processo de Enfermagem que na etapa do histórico é realizada uma coleta de informações que possibilitará o levantamento de problemas e diagnósticos de enfermagem, para posterior elaboração do plano de cuidados.

A gestão participativa pode contribuir com a SAE no momento de identificar os problemas reais da situação. Porque não adianta eu ver um problema, achar que aquilo é um problema, mas não conhecer o real problema. Então essa gestão participativa, ela vai realmente buscar a causa do problema. Não é um problema que ela identificou, mas um problema que o grupo identificou e vai ver a prioridade

porque quando o grupo identifica e existe a gestão participativa, a gente prioriza os problemas e consegue resolvê-los (ENTREVISTRADO 5).

Então eu vejo que a gestão participativa ouvindo todos os elos, e sendo feito de forma coletiva, não sendo de forma verticalizada, a gente consegue realmente implementar a sistematização (ENTREVISTRADO 6).

A análise dos dados nos permite inferir que uma gestão mais democrática com acolhimento, espaços abertos para escuta, construção coletiva de processos possibilita maior sensibilização dos sujeitos na implementação de instrumentos, protocolos, fluxos, visando uma assistência segura e de qualidade.

Portanto, tal modelo de gestão possibilita a estruturação da SAE, a partir de alguns aspectos como: a gestão de pessoal, com melhoria do dimensionamento de pessoal, atividades de educação permanente, visando empoderamento, valorização dos trabalhadores de enfermagem para um cuidado mais resolutivo e seguro; construção de protocolos, fluxos, instrumentos com implementação e concretização dos mesmos através do diálogo entre a diretoria de enfermagem daquela gestão que ficou conhecida pelos trabalhadores como “Gestão da fé”, e esteve nesse lugar de 2015 à 2023, e gerentes de enfermagem. Entretanto, observa-se que o pilar método não foi implementado fidedignamente pois apenas o histórico de enfermagem por um tempo foi utilizado, mas com a introdução do prontuário eletrônico, tal instrumento entrou em desuso.

É válido destacar que o prontuário eletrônico possui as fases de diagnóstico de enfermagem e plano de cuidados, o que poderá facilitar a implementação do Processo de Enfermagem, já que na atual conjuntura os pilares da SAE estão bem estruturados no que diz respeito, principalmente, à gestão de pessoal já que existe um dimensionamento de enfermagem que se aproxima do ideal e seria o grande “nó” que dificultaria tal implementação, como apontam estudos presentes nesse trabalho.

5.3 FLUXOGRAMA DESCRITOR: o modelo de gestão participativa da Diretoria de Enfermagem do HGCA

A partir da análise dos dados empíricos foi possível identificar os aspectos do modelo de gestão participativa utilizado pela diretoria de enfermagem do HGCA e a sua relação com o processo para implementação da SAE.

Identifica-se na leitura das atas de reuniões que havia levantamento de problemas provenientes de cada unidade, com discussão e busca por soluções que partiram de construções

coletivas, a exemplo das oficinas de dimensionamento de pessoal que culminaram com relatórios embasados na legislação vigente (Resolução COFEN 543/2017). Esses dados possibilitaram a contratação de pessoal de enfermagem, que foi aumentando continuamente até chegar num quantitativo próximo do que é estabelecido por essa resolução.

Tal processo é visualizado também na implementação de alguns instrumentos, protocolos e fluxos, demonstrando a participação das gerentes na construção dos mesmos, levando em consideração a opinião de cada uma delas e as especificidades de cada setor, promovendo maior adesão à implementação do que fosse construído.

Trazemos como exemplo, a ata da reunião do dia treze de outubro de dois mil e dezesseis, fica evidenciado a participação das gerentes na construção de instrumentos que serão utilizados na prática assistencial. Participaram da reunião cinco gerentes e duas supervisoras de enfermagem.

[...] Iniciamos a discussão apresentando o impresso de admissão do paciente (histórico do paciente). Foram discutidos os pontos da ficha de admissão e foi pontuada a possibilidade de suprimir alguns itens para facilitar o preenchimento e promover a adesão. Ficou acordado que iremos avaliar o impresso e iremos reunir em outro momento para fazer o parecer. Discutiremos também a evolução de enfermagem e ver o status da ficha de feridas.

Identifica-se também que o planejamento das ações era realizado baseado em problemas que poderiam surgir, através de demandas de ouvidoria, trazido por trabalhadores, acompanhantes ou familiares ou através da supervisão das unidades. A partir daí, discutia-se tais problemas em reuniões para construção coletiva de soluções.

Na ata do dia cinco de agosto de dois mil e vinte dois, encontramos a seguinte informação:

Ao quinto dia do mês de agosto de dois mil e vinte dois, ocorreu reunião com as gerentes das clínicas Médica, Cirúrgica 1, Cirúrgica 2, Neuro, Ortopédica, Centro Cirúrgico, e Diretoria de Enfermagem para discutir sobre a assistência aos pacientes e a necessidade de sanar problemas encontrados [...].

Na ata da reunião do dia doze de agosto de dois mil e vinte e dois, tem a seguinte descrição:

Ao décimo quarto dia do mês de agosto de dois mil e dezessete, ocorreu reunião entre gerências e CCIH com o objetivo de discutir os relatórios realizados pela CCIH e a demanda referente à equipe de enfermagem. Foi sugerido que a CCIH levante o que é prioritário para manutenção, bem como reunião individual com as gerentes dos setores para resolução dos problemas que foram identificados. Fechado que a visita seja feita com o gerente mediante agenda prévia e reunião após visita (...).

Com base nos dados empíricos provenientes das entrevistas e documentos, foi construído um Fluxograma Descritor (FIGURA 1) que representa os processos do modelo de gestão utilizado pela diretoria de enfermagem para construção e implementação de instrumentos, protocolos e fluxos, como também oferta de melhores condições de trabalho para a equipe de enfermagem, através da melhoria do dimensionamento de pessoal, aspecto relevante para redução da sobrecarga de trabalho.

Assim, o planejamento das ações é feito baseado em um problema que pode ser identificado através do trabalhador; de uma demanda de ouvidoria; da fala de pacientes ou acompanhantes; através da supervisão das unidades e do processo de trabalho da equipe de enfermagem.

Se o problema identificado estiver relacionado com a prática de um trabalhador, existe um diálogo com o mesmo para buscar corrigir o problema e é solicitado à gerente que observe o cotidiano de trabalho desse profissional. Dessa forma, o contato entre o trabalhador e a gestão fica mais próximo, podendo facilitar a resolução do problema. Entretanto, caso o problema esteja relacionado à prática de enfermagem de muitos trabalhadores, torna-se ponto de pauta para reunião com as gerentes, com o objetivo de construir uma solução, de forma coletiva e pactuada.

O problema também pode estar relacionado com as condições de trabalho da equipe de enfermagem, no sentido da sobrecarga e dimensionamento de pessoal. Esse aspecto também se torna ponto de pauta para reunião com o grupo, oficinas de dimensionamento de pessoal e construção de relatórios para serem encaminhados aos órgãos competentes.

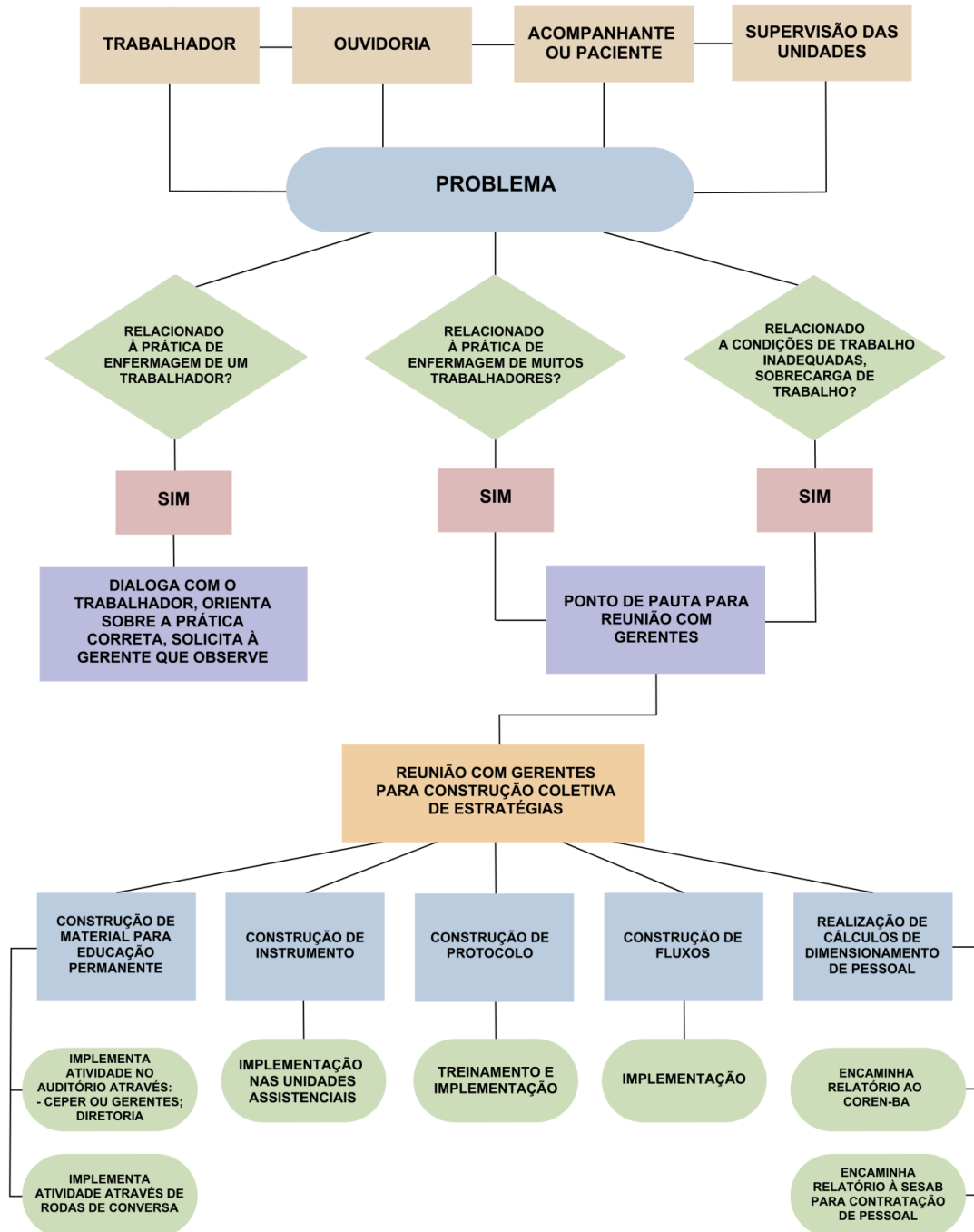
Nessa perspectiva, ao identificar um problema, discute-se o mesmo em espaços de reunião, onde a diretoria de enfermagem juntamente com as gerentes de enfermagem busca construir estratégias que possibilitem a obtenção de resolutividade das ações, operacionalizando um modelo de gestão participativa. Essas estratégias podem ser: a criação de material educativo, instrumentos, protocolos e fluxos que posteriormente são trabalhados em rodas de conversa ou atividades em auditório com as equipes assistenciais, para sua efetiva implementação.

O fluxograma tem a capacidade de demonstrar os processos presentes numa realidade, de forma rápida e concisa, expondo pontos fortes, nós críticos que podem ser desenrolados para melhoria do processo de gestão, bem como para qualidade da assistência prestada aos indivíduos e coletividades (TABILE, et al., 2015).

Portanto, a construção de um fluxograma descritor pode colaborar para realização de melhorias já que documenta o fluxo das atividades, clarificando o próprio fluxo de trabalho

através de: melhor compreensão do mesmo, apresentação dos passos necessários para realização do trabalho, normatiza a execução dos processos, é útil na detecção de falhas, podendo ainda, ser utilizado como fonte de informação e consulta (FRANCO, 2003).

Figura 1: Fluxograma Descritor do modelo de gestão participativa da Diretoria de Enfermagem do HGCA



Fonte: ROCHA, L. S. P. O (2023).

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A análise dos dados empíricos permitiu concluir que em uma gestão participativa é necessário que haja diálogo entre líderes e liderados, estabelecendo-se uma relação horizontal na tomada de decisões e na construção de estratégias para resolução de problemas que emergem do cotidiano da prática dos trabalhadores.

Nesse modelo de gestão, é imprescindível que exista acesso às pessoas que estão na posição de líderes, escuta atenta às demandas que são apontadas, com estreitamento de laços e aproximação destes aos trabalhadores da assistência direta, sem deixar de considerar as necessidades do serviço e dos indivíduos que são assistidos na instituição.

Nessa perspectiva que foi construído um fluxograma descritor do modelo de gestão participativa da diretoria de enfermagem do HGCA, onde é visualizada a construção de processos a partir dos problemas surgidos nos espaços assistenciais, com planejamento coletivo para busca de soluções e resolutividade na implementação das atividades desenvolvidas.

É importante destacar que ainda que muitas possibilidades da gestão participativa tenham sido assinaladas de forma positiva na implementação de ações pela diretoria de enfermagem, os limites também emergiram, como por exemplo: a dificuldade de participação dos trabalhadores pela carência em desenvolver o pensamento crítico, como também a hegemonia de modelos autocráticos presentes na instituição.

O aspecto mencionado acima carece de um aprofundamento maior quanto aos fatores que colaboram para alienação dos sujeitos e a dificuldade de identificarem-se com o resultado do seu trabalho, o que pode gerar insatisfação, cansaço, desmotivação e dificuldade na participação de processos que envolvam ações gerenciais.

Os trabalhadores expressam também que mesmo dentro de um modelo de gestão participativa, existirão decisões que terão um cunho vertical na organização das deliberações tomadas coletivamente; e na implementação de processos que primem, de forma prioritária, pela segurança do paciente e qualidade assistencial.

A utilização da gestão participativa pela diretoria de enfermagem do HGCA colaborou para implementação de instrumentos, protocolos, fluxos e melhores condições de trabalho para a equipe de enfermagem, considerando o dimensionamento de pessoal e as ações voltadas para a Educação Permanente em Saúde.

Em relação às contribuições da gestão participativa para a implementação da Sistematização da Assistência de Enfermagem, identificou-se que existe uma fragilidade na

equipe de enfermagem quanto aos aspectos operacionais da SAE/PE e desconhecimento dos pilares da SAE, principalmente devido à falta de embasamento nas teorias de enfermagem que fundamentam os conceitos de SAE e PE.

Nesse sentido, percebe-se que elementos dos pilares Pessoal e Instrumentos foram incorporados à gestão de enfermagem nesse período. Entretanto, o pilar Método não se encontra estruturado. Dessa forma, faz-se necessária a realização de atividades de educação permanente, sobre essa temática.

Por fim, acreditamos que se for de interesse da administração do HGCA trabalhar os aspectos conceituais para esclarecer o que cada Pilar representa, bem como aprofundar os aspectos teóricos relacionado ao pilar Método, poderá existir a possibilidade de estruturação dos três pilares da SAE e posteriormente a implementação do PE, corroborando para o fortalecimento da profissão e prestação de um cuidado individualizado, seguro e com qualidade.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.996, de 20 de agosto de 2007. **Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde**. Brasília, 2007. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt1996_20_08_2007.html. Acesso em: 14 jun 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. **Gestão Participativa e Cogestão**. Brasília, 2009. Disponível em: file:///C:/Documents%20and%20Settings/L%C3%BA/Desktop/gestao%20participativa/gestao_participativa_cogestao.pdf. Acesso em: 20 ago 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Humaniza SUS: política nacional de humanização: documento base para gestores e trabalhadores do SUS**. Brasília, 2004. Disponível em: C:/Users/pedr/Documents/projeto%20de%20pesquisa/humanizaSUS_politica_nacional_humanizacao.pdf. Acesso em: 06 mai 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa no SUS - ParticipaSUS** / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. – 2. ed. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2009. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicações/política_estratégica_participa_sus_2ed.pdf. Acesso em: 04 jan 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012**. Disponível em: <https://concelho.saude.gov.br/resoluções/2012/Reso466.pdf>. Acesso em: 04 mai 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Resolução nº 510, de 07 de abril de 2016**. Disponível em: www.conselho.saude.gov.br/resoluções/2016/Reso510.pdf. Acesso em: 04 mai 2022.

CAMELO, L. DO V. et al. Percepção da equipe de enfermagem sobre a implementação do processo de enfermagem em uma unidade de um hospital universitário. **Revista Mineira Enfermagem**, v. 16, n. 2, p. 258-263, 2012. Disponível em: <https://cdn.publisher.gn1.link/reme.org.br/pdf/v16n2a15pdf>. Acesso em: 11 nov 2021.

CAMPOS, G. W. DE S. Subjetividade e administração de pessoal: considerações sobre os modos de gerenciar o trabalho em equipes de saúde. In: MERHY, E. E., ONOCKO, R. **Agir em saúde: um desafio para o público**. São Paulo: Hucitec, 1997.

CAMPOS, G. W. DE S. O anti-Taylor: sobre a invenção de um método para co-governar instituições de saúde produzindo liberdade e compromisso. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 14, n. 4, p. 863–870, 1998.

CAMPOS, G. W. DE S. Considerações sobre a arte e a ciência da mudança: revolução das coisas e reforma das pessoas. O caso da saúde. In: CECÍLIO, L. C. DE O. **Inventando a mudança na saúde**. 3 ed. São Paulo: Hucitec, 2006.

CAMPOS, G. W. DE S. **Um método para análise e co-gestão de coletivos**: a constituição do sujeito, a produção de valor de uso e a democracia em instituições: o método da roda. 3 ed. São Paulo: Hucitec, 2007.

CAMPOS, G. W. DE S.; RATES, S. M. M. Segredos e impasses na gestão de um hospital Público. *In*: ARAÚJO, G. F. DE; RATES, S. M. M. (orgs). **Co-gestão e humanização na saúde pública**: experiências cosntruídas no Hospital Municipal Odilon Behrens. Belo Horizonte: Sigma Editora, 2008.

CECAGNO, D.; MEDEIROS, A. C. de; MORAES, L.M.; PEREIRA, Q.L.C.; SIQUEIRA, H. C. H. de. Gestão participativa na educação permanente em saúde: olhar das enfermeiras. **Revista Brasileira de Enfermagem**, n. 1, v. 63, p. 38-42, jan-fev, 2010. Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=267019595007>. Acesso em : 9 ago 2020.

CECÍLIO, L. C. DE O. O desafio de qualificar o atendimento prestado pelos hospitais públicos. *In*: MERHY, E. E.; ONOCKO, R (Orgs). **Agir em saúde**: um desafio para o público. São Paulo: Hucitec, 1997.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Resolução COFEN 358/2009**. Disponível em: www.cofen.gov.br/resolucao-COFEN-3582009_4384.html. Acesso em: 10 set 2021.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Resolução COFEN 543/2017Cofen**, 2017. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-5432017_51440.html. Acesso: 10 nov 2021.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Lei de nº 7498, de 25 de junho de 1986**. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/lei-n-749886-de-25-de-junho-de-1986_4161.html/print/. Acesso: 10 nov 2021.

FRANCO, T. B. **O uso do fluxograma descritor e projetos terapêuticos para análise de serviços de saúde, em apoio ao planejamento**: O caso de Luz – MG. *In*: MERHY, E. E. et al. O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano. São Paulo: Hucitec, 2003.

FREIRE, M.T.C.; MELO, R.H.V.; RODRIGUES, M. P.; SILVA, G. S. N., VILAR, R. L. A. A voz dos trabalhadores sobre a gestão participativa em um hospital de grande porte. **Revista Brasileira de Inovação Tecnológica Em Saúde**, n.4, v.4, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.18816/r-bits.v4i4.5896>. Acesso em: 09 ago 2020.

FULY, P. DOS S. C.; LEITE, J. L.; LIMA, S. B. S. Correntes de pensamento nacionais sobre sistematização da assistência de enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 61, n. 6, p. 883–887, 2008.

GARCIA, A. B. et al. Influence of organizational culture on participatory management in health organizations. **Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online**, v. 7, n. 2, p. 2615–2627, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.9789/2175-5361.2015.v7i2.2615-2627>. Acesso em: 12 nov 2021.

GARCIA, T. R.; NÓBREGA, M. M. L. DA. Sistematização da assistência de enfermagem: há acordo sobre o conceito? **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 11, n. 2, p. 2009, 2009.

Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312010000400010>. Acesso em: 12 nov 2021.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2017.

GOLDEMBERG, M. A arte de pesquisar: como fazer pesquisa qualitativa em ciências sociais. 12. ed. Rio de Janeiro: Record, 2011.

GUIZARDI, F. L.; CAVALCANTI, F. DE O. L. O conceito de cogestão em saúde: Reflexões sobre a produção de democracia institucional. **Physis**, v. 20, n. 4, p. 1245–1265, 2010.

MALTA, D. C.; MERHY, E. E. A avaliação do projeto vida e do acolhimento no Sistema Único de Saúde de Belo Horizonte. **REME – Rev. Min. Enf.** v. 8, c. 2, p. 259-267, abr-jun, 2004. Disponível em: <https://www.reme.org.br>. Acesso em: 26 maio 2023.

MATOS, E.; PIRES, D. Teorias administrativas e organização do trabalho: de Taylor aos dias atuais, influências no setor saúde e na Enfermagem. **Texto Contexto Enfermagem, Florianópolis**, n.15, v. 3, p.508-14, jul-set, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v15n3/v15n3a17.pdf>. Acesso em: 5 ago 2010.

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 o trabalho em saúde. In: MERHY, E. E., ONOCKO, R. **Agir em saúde: um desafio para o público**. São Paulo: Hucitec, 1997.

MERHY, E. E. O ato de governar as tensões constitutivas do agir em saúde como desafio permanente de algumas estratégias gerenciais. *Revista Ciência e Saúde Coletiva*, v. 04, n. 02, p. 305-314, 1999. Disponível em: <http://www.scielo.br/j/csc/a/vWLtrWY4YSbWpJzwG7YrBwz/>. Acesso em: 20 maio 2023.

MERHY, E. E. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo**. São Paulo: Hucitec, 2002.

MINAYO, M. C. S. **O Desafio do Conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 12 ed. São Paulo: HUCITEC, 2010.

MINAYO, Maria Cecília de Souza (Org). **Pesquisa Social: Teoria, método e criatividade**. Petrópolis/RJ: Vozes, 2020.

NOGUEIRA, J. **Gestão participativa em saúde: análise dos determinantes de uma gerência municipal de qualidade**. 2019. Disponível em: <http://administradores.com.br/artigos/gestao-participativa-em-saude-analise-dosdeterminantes-de-uma-gerencia-municipal-de-qualidade> . Acesso em: 9 ago 2020.

NOGUEIRA, A. L. G; MANUNARI, D. B.; SOUSA, E. T.; Ribeiro L. C. M. Nursing leadership succession planning: paths for elaboration. **Rev Esc Enferm USP**. 2021;55:e03758. <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2020022103758>. Acesso em: 11 nov 2022.

ORSOLINI, A. V. P.; OLIVEIRA, S. F. P. e. **Estudo de caso como método de investigação qualitativa**: uma abordagem bibliográfica. Uni-FACEF. Disponível em: https://pos.unifacef.com.br/_livros/Cultura_Desenv/Artigos/Alba_Sheila.pdf (unifacef.com.br). Acesso em: 09 maio 2021.

PLASSA, B. O. et. al. Fluxograma descritor no atendimento à pessoa idosa vítima de violência: uma perspectiva interdisciplinar. **Revista Escola Anna Nery**. v. 22, n. 4, 2018. Disponível: <https://www.scielo.br/j/ean/a/hnpYQRy7xzy6MtLWKS8FmWh/?format=pdf&lang=pt>. Acesso: 20 maio 2023.

RESCK, M. I. et al. Gerenciamento de recursos humanos e sistematização da assistência de enfermagem sua interface. **Revista Eletrônica Trimestral de Enfermagem**, n. 42. p. 353–364, 2016. Disponível em: https://scielo. Isciii.es / pdf/ eg./ v. 15 n 42/ pt_administracion 3. pdf. Acesso em: 01 jan 2022.

RICHARDSON, R. J. **Pesquisa Social**: Métodos e Técnicas. São Paulo: Atlas, 2017.

ROLLO, A. DE A. É possível construir novas práticas assistenciais no hospital público? In: MERHY, E. E., ONOCKO, R. **Agir em saúde**: um desafio para o público. São Paulo: Hucitec, 1997.

SANTOS, E. M. Gestão participativa: estratégia de consolidação do sistema único de saúde. **Semina: Ciências Biológicas e da Saúde**, Londrina, n. 2, v. 30, p. 107-112, jul-dez, 2009. Disponível em: <http://www.uel.br/revistas/uel/index.php/seminabio/article/view/4339/3622>. Acesso em: 01 ago 2020.

SANTOS, G. L. A. et al. Sistematização da Assistência de Enfermagem: compreensão à luz de seus pilares e elementos constituintes TT - Systematization of nursing care: understanding in the light of its pillars and constituent elements. **Enferm. foco (Brasília)**, v. 12, n. 1, p. 168–173, 2021a. Disponível em: revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/3993/1114. Acesso em: 05 ago 2020.

SANTOS, G. L. A. et al. Implications of Nursing Care Systematization in Brazilian professional practice. **Revista da Escola de Enfermagem**, v. 55, p. 1–8, 2021b. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reusp/a/JkL8WQXJZFvNSYMc4McTZct/?lang=en&format=pdf>. Acesso em: 10 ago 2020.

SESAB - SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DA BAHIA. **Hospital Geral Clériston Andrade**. Disponível em: <http://www.saude.ba.gov.br/hospital/hgca>. Acesso em: 23 ago 2020.

SILVA, I. N. C. et al. Modelos De Gestão Em Enfermagem Na Saúde Mental: Scoping Review. **Reme Revista Mineira de Enfermagem**, v. 25, 2021. Disponível em: <https://periodicos.ufmg.br/index.php/remede/article/view/44547>. Acesso em: 10 ago 2020.

SILVA et. al. Sistematização da Assistência de Enfermagem na perspectiva da equipe. **Enferm. Foco**, v. 7, n. 2, p. 32-36, 2016. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/ptbde-29754>. Acesso em: 20 dez 2021.

SOARES, M. I. et al. Sistematização da assistência de enfermagem: facilidades e desafios do enfermeiro na gerência da assistência. **Escola Anna Nery**, v. 19, n. 1, p. 47-53, 2015.

Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/ean/a/ghYPrPYCdG68TBW5yxrGqbq/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 10 out 2021.

SOUSA, B.V.N.; LIMA, C.F.M.; FÉLIX, N.D.C.; SOUZA, F.O. Benefícios e limitações da sistematização da assistência de enfermagem na gestão em saúde. **J. nurs. health**. 2020;10(2).

Disponível em: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2020/06/1099702/8.pdf>. Acesso em: 08 mai 2021.

SOUZA, J. F. DE et al. Sistematização da assistência de enfermagem: avaliação da maturidade do conceito. v. 14, n. versão 1, 2021. Disponível em:

<https://preprints.scielo.org/index.php/scielo/preprint/view/3344/6076>. acesso em: 05 dez 2021.

TABILE, P. M. et al. A importância do fluxograma para o trabalho da saúde da família na visão do projeto PET- Saúde. **Revista Eletrônica Gestão & Saúde**. v.06, n. 01, p.680-90, 2015. Disponível em:

<http://www.periodicos.unb.br/index.php/rgs/article/view/2600>.

Acesso: 03 abr 2023.

TORRES, A. E. et al. A roda em movimento e os movimentos da roda : refletindo sobre experiências *. **Caderno Brasileiro de Saúde Mental**, v. 4, p. 96–104, 2012. Disponível em:

<https://acervodigital.unesp.br/handle/11449/127015>. Acesso em: 04 abr 2022.

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à Pesquisa em Ciências Sociais: A pesquisa Qualitativa em educação**. 5 edição, 18 reimpressão. São Paulo: Atlas, 2009.

TURATO, E. R.; FONTANELLA, B. J. B.; RICAS, J. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, n. 24, v. 1, p. 17-27, jan, 2008. Disponível em:

<https://doi.org/10.1590/S0102311X2008000100003>. Acesso em: 21 set 2020.

WYSOCKI, A. D.; FRESCH, M. S.; CESARINO, C. B. Implementação da sistematização da assistência de Enfermagem: estudo de caso de acordo com a Teoria de Autocuidado de Orem TT - Implementation of the nursing care systematization: a case study according to Orem's self-care theory. **Arq. ciênc. saúde**, v. 15, n. 1, p. 38–41, 2008.

YIN, R.K. (org.). **Estudo de Caso: planejamento e métodos**. 5ª. ed. Porto Alegre: Bookman, 2015.

APÊNDICE A- ROTEIRO ENTREVISTA

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO:

Idade: _____ Gênero: _____ Profissão: _____

Função no HGCA: _____

Tempo de serviço no HGCA: _____

Instituição de Ensino/ano que se formou: _____

Possui pós-graduação: _____

Quais: _____

INFORMAÇÕES DA PESQUISA:

QUESTÕES DE APROXIMAÇÃO:

1. O que você compreende como Gestão Participativa em enfermagem. Você consegue citar características que considera importantes para esse modelo de gestão.
2. Para você o que é a Sistematização da Assistência em Enfermagem (SAE).

QUESTÕES NORTEADORAS:

3. Como é o processo de acesso/escuta/diálogo entre os profissionais de enfermagem e a gestão e/ou gerência de enfermagem do HGCA?
4. Como a gestão participativa pode contribuir para a implementação da SAE no HGCA?
5. Quais os limites/possibilidades de uma Gestão Participativa para implementação da SAE no HGCA?

APÊNDICE B – ROTEIRO PARA ANÁLISE DOCUMENTAL

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO

- Tipo de documento:
() Atas () Relatórios () Regimento () Protocolos

- Conteúdo:

- Características:

- Autores ou participantes:

APÊNDICE C- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

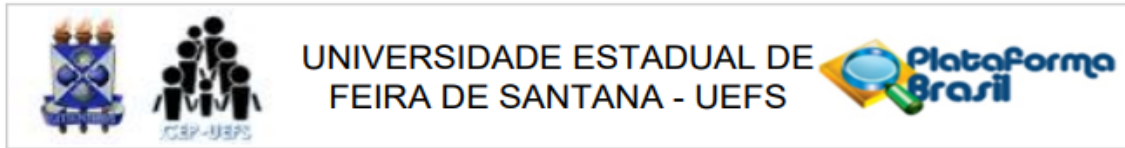
Nós, Luyse da Silva Pedreira Oliveira Rocha (pesquisadora responsável- mestrandanda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Estadual de Feira de Santana- UEFS) e Marcelo Torres Peixoto (orientador e pesquisador) convidamos você para participar da pesquisa intitulada Gestão Participativa como estratégia de implementação da Sistematização da Assistência de Enfermagem em um hospital público, que tem como objetivo geral: analisar como a Gestão Participativa contribui para o processo de implementação da SAE, em uma Diretoria de Enfermagem do Hospital Geral Clériston Andrade (HGCA), Feira de Santana-BA; e, como objetivos específicos; descrever os elementos da SAE implementados pela Diretoria de Enfermagem do HGCA, compreender os limites e possibilidades da Gestão Participativa que corroboram para implementação da SAE pela Diretoria de Enfermagem do HGCA, Construir um fluxograma integrativo do modelo de Gestão Participativa da Diretoria de Enfermagem do HGCA. Esclarecemos que esta pesquisa pode colaborar com a ampliação de conhecimento a despeito da Gestão Participativa e suas contribuições no processo de implementação da SAE, com aprimoramento dos métodos para aplicabilidade prática, contribuindo para motivação dos profissionais, trabalho em equipe e corresponsabilização com o resultado do trabalho. Sua participação é voluntária e caso concorde em participar dessa pesquisa, após sua autorização, suas respostas serão gravadas, utilizando-se para isso um gravador de áudio, ou registradas no momento da observação, e você poderá ter acesso ao material coletado, para revisão da gravação ou para retirar e/ou acrescentar informações, a qualquer tempo. O material coletado será organizado em um banco de dados pelos pesquisadores, após organização desse banco de dados o material será guardado no Núcleo de Pesquisa Integrada em Saúde Coletiva (NUPISC) por 05 anos e, após esse período, os instrumentos serão destruídos. As pessoas que queiram participar desta pesquisa não terão quaisquer gastos financeiros e os pesquisadores asseguram o seu anonimato, buscando respeitar a sua integridade moral, intelectual, social e cultural, sendo indenizado caso aconteça algum dano imediato ou tardio. Salienta-se que os sujeitos poderão a qualquer momento desistir de participar da pesquisa ou anular este consentimento em qualquer fase, sem nenhuma penalização ou prejuízo. Os benefícios desta pesquisa estão relacionados a melhoria na Gestão em Enfermagem, implementação da Sistematização da Assistência em Enfermagem (SAE) e consequentemente melhoria do processo de trabalho, motivação profissional e trabalho em equipe. Os possíveis riscos estão relacionados ao desconforto devido ao conflito de opiniões, pelo sentimento de estar sendo observado, de suas falas se tornarem públicas, por falarem do seu processo de trabalho e da gestão. Para reduzir tais riscos, o mesmo poderá interromper a entrevista a qualquer momento ou até mesmo desistir da participação sem que haja nenhum ônus. Caso os riscos sinalizados sejam concretizados, os profissionais poderão ser encaminhados para o serviço de Psicologia Institucional, presente na Instituição. No que se refere aos resultados da pesquisa, eles poderão ser divulgados em publicações científicas e também serão encaminhados para a Instituição (*locus* da pesquisa) e apresentados para os participantes do estudo. Se houver necessidade de esclarecimento de qualquer dúvida sobre a sua participação na pesquisa, você pode entrar em contato com os pesquisadores através do telefone (75) 3161-8165, ou ainda pelo endereço eletrônico: l.pedreira@outlook.com ou em caso de dúvidas relacionadas aos aspectos éticos da pesquisa, o Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) estará à disposição, no horário das 13:30h as 17:30h, no módulo 01, na sala MA17, localizado na UEFS, Av Transnordestina, s/n, bairro Novo Horizonte, Feira de Santana, CEP: 44036-900, ou pelo telefone 75 3161-8124, ou ainda pelo endereço eletrônico: cep@uefs.br. Caso concorde em participar desta pesquisa, afirmamos que as informações colhidas serão utilizadas apenas para fins científicos, podendo ser divulgadas em congressos, simpósios, seminários, estudos e publicados em periódicos, revistas científicas, artigos e livros. Se você concordar em participar desta pesquisa, por sua livre vontade, deverá assinar, juntamente conosco, este termo de consentimento em duas vias, ficando com uma via do mesmo.

_____, ____ de _____ de _____ .

Assinatura do(a) participante da pesquisa: _____

Luyse da Silva Pedreira Oliveira Rocha
Pesquisadora responsável

ANEXO 1 – TERMO DE APROVAÇÃO DO CEP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: GESTÃO PARTICIPATIVA COMO ESTRATÉGIA DE IMPLEMENTAÇÃO DA SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM EM UM HOSPITAL

Pesquisador: LUYSE DA SILVA PEDREIRA OLIVEIRA ROCHA

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 61382922.3.0000.0053

Instituição Proponente: Universidade Estadual de Feira de Santana

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

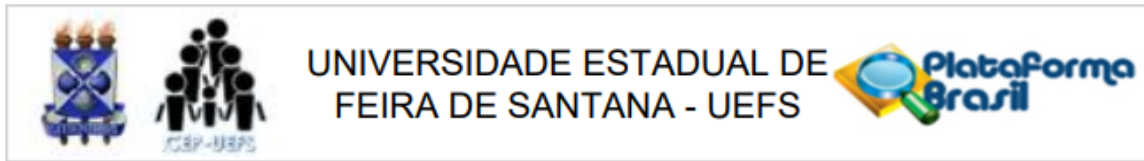
Número do Parecer: 5.951.224

Apresentação do Projeto:

Este parecer avaliou a versão 3 submetida ao CEP UEFS do protocolo de pesquisa "GESTÃO PARTICIPATIVA COMO ESTRATÉGIA DE IMPLEMENTAÇÃO DA SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM EM UM HOSPITAL PÚBLICO", da pesquisadora principal, estudante de mestrado, LUYSE DA SILVA PEDREIRA OLIVEIRA ROCHA e do pesquisador colaborador, seu orientador Prof Dr. Dr. Marcelo Torres Peixoto, ambos pertencentes ao Mestrado Profissional em Enfermagem da UEFS.

Quanto à metodologia: TIPO DE PESQUISA: "estudo de caso com abordagem qualitativa"; CAMPO DE INVESTIGAÇÃO "Hospital Geral Clériston Andrade"; PARTICIPANTES DO ESTUDO "Os profissionais de enfermagem (enfermeiros e técnicos de enfermagem", com total de 21 participantes; TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS: "[...] entrevistas, observação sistemática e análise de documentos"; PROCEDIMENTOS DE ANÁLISE: "Será utilizada a técnica de Análise de Conteúdo Temática". CRITÉRIO DE INCLUSÃO: "Trabalhar na Instituição há dois anos, no mínimo; Estar lotado em uma das seguintes unidades: Clínica Médica, Clínica Cirúrgica e Diretoria de Enfermagem. Atuar na assistência direta ao paciente e/ou gestão; - Aceitar participar da pesquisa e assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). CRITÉRIO DE EXCLUSÃO: Estar afastado por licença médica, eleitoral ou sem vencimento; Atuar fora da assistência direta ao paciente e/ou

Endereço: Avenida Transnordestina, s/n - Novo Horizonte, UEFS
Bairro: Módulo I, MA 17 **CEP:** 44.031-460
UF: BA **Município:** FEIRA DE SANTANA
Telefone: (75)3161-8124 **E-mail:** cep@uefs.br



Continuação do Parecer: 5.951.224

gestão.

A pesquisa tem financiamento próprio e orçamento de R\$ 6.128,00, com previsão de início e término da coleta de dados de 03/04/2023 a 10/04/2023.

Objetivo da Pesquisa:

OBJETIVO PRIMÁRIO

Analisar como a Gestão Participativa contribui para o processo de implementação da SAE, em uma Diretoria de Enfermagem do Hospital Geral Clériston Andrade, Feira de Santana-BA.

OBJETIVOS SECUNDÁRIOS

Descrever os elementos da SAE implementados pela Diretoria de Enfermagem do HGCA;

Compreender os limites e possibilidades da Gestão Participativa que corroboram para implementação da SAE pela Diretoria de Enfermagem do HGCA;

Construir um fluxograma integrativo do modelo de gestão participativa da Diretoria de Enfermagem do HGCA

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

RISCOS

"O participante poderá se sentir desconfortável, tímido ou envergonhado por se tratar de perguntas referentes ao processo de trabalho e a gestão da instituição. CASO OS RISCOS SINALIZADOS SEJAM CONCRETIZADOS, OS PROFISSIONAIS PODERÃO SER ENCAMINHADOS PARA O SERVIÇO DE PSICOLOGIA INSTITUCIONAL DO HGCA"

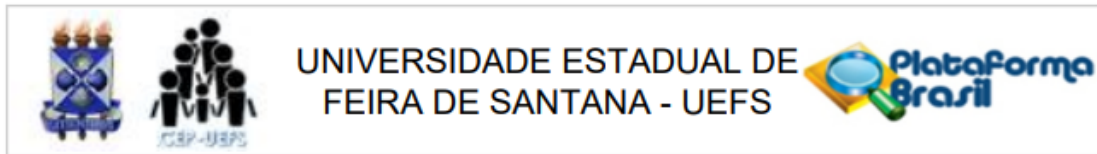
BENEFÍCIOS

"Beneficiará a equipe de enfermagem à medida que trata da Sistematização da Assistência de Enfermagem partindo da perspectiva organizacional para fortalecimento e organização do trabalho da Enfermagem"

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Este protocolo de pesquisa foi avaliado pela 1ª vez pelo CEP UEFS em 04/10/22 (Parecer Nº 5.680.938) e pela 2ª vez em 27/12/202 (Parecer Nº 5.839.508), ocasião na qual, pendências foram apontadas. Dessa forma, abaixo, seguem as pendências da SEGUNDA RELATORIA, assim como se as mesmas foram devidamente atendidas pelas pesquisadoras:

Endereço: Avenida Transnordestina, s/n - Novo Horizonte, UEFS
Bairro: Módulo I, MA 17 **CEP:** 44.031-460
UF: BA **Município:** FEIRA DE SANTANA
Telefone: (75)3161-8124 **E-mail:** cep@uefs.br



Continuação do Parecer: 5.951.224

PENDÊNCIA 1: CRONOGRAMA

a) atualizar a data de início da coleta de dados.

OBS.: atente-se que pelas resposta dos pesquisadores e análise do CEP, a data de início da coleta de dados vai ficando atrasada, desatualizada, por isso orienta-se observar 90 dias de tramitação.

RESPOSTA DOS PESQUISADORES: "A data para início da coleta de dados foi atualizada, conforme imagem abaixo"

ANÁLISE DO CEP UEF: Pendência atendida

PENDÊNCIA 2: TCLE

a) alterar o lugar do contato email da pesquisadora.

OBS.: Deve ser colocado após a frase [...] você pode entrar em contato com os pesquisadores através do telefone (75) 3161-8165 OU PELO EMAIL XXXXX

RESPOSTA DOS PESQUISADORES: "Foi alterado o lugar do contato email da pesquisadora, conforme imagem abaixo"

ANÁLISE DO CEP UEF: Pendência atendida

b) substituir a palavra "cópia" por "VIA". (Ver Res. CNS nº 466/12, item IV.3, letra f).

OBS.: última frase do TCLE: [...] este termo de consentimento em duas vias, ficando com uma VIA do mesmo

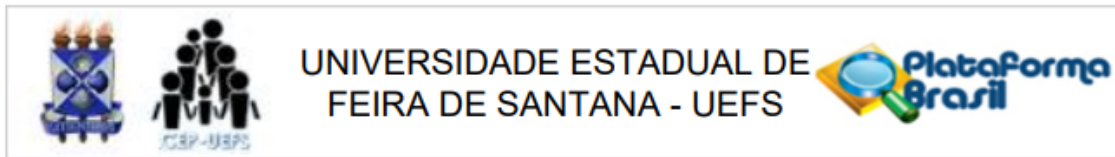
RESPOSTA DOS PESQUISADORES: "A palavra "cópia" foi substituída por "via", conforme imagem abaixo"

ANÁLISE DO CEP UEF: Pendência atendida

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os termos e documentos obrigatórios foram apresentados e/ou atualizados no primeiro e no segundo momento da submissão, avaliados com o 1º parecer N° 5.680.938 e com o 2º parecer N° 5.839.508.

Endereço: Avenida Transnordestina, s/n - Novo Horizonte, UEFS
Bairro: Módulo I, MA 17 **CEP:** 44.031-460
UF: BA **Município:** FEIRA DE SANTANA
Telefone: (75)3161-8124 **E-mail:** cep@uefs.br



Continuação do Parecer: 5.951.224

Recomendações:

Não há recomendações

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

PROTOCOLO APROVADO

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1993160.pdf	03/02/2023 08:19:54		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto de Pesquisa3.pdf	03/02/2023 08:19:00	LUYSE DA SILVA PEDREIRA OLIVEIRA ROCHA	Aceito
Cronograma	cronograma3.pdf	03/02/2023 08:04:25	LUYSE DA SILVA PEDREIRA OLIVEIRA ROCHA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	tcle.pdf	03/02/2023 07:58:33	LUYSE DA SILVA PEDREIRA OLIVEIRA ROCHA	Aceito
Outros	carta_cep.docx	03/02/2023 07:54:48	LUYSE DA SILVA PEDREIRA OLIVEIRA ROCHA	Aceito
Declaração de Pesquisadores	declaracaodospesquisadores.pdf	02/12/2022 12:49:18	LUYSE DA SILVA PEDREIRA OLIVEIRA ROCHA	Aceito
Declaração de Pesquisadores	declaracaodospesquisadores.docx	02/12/2022 12:46:53	LUYSE DA SILVA PEDREIRA OLIVEIRA ROCHA	Aceito
Outros	CARTACEP.docx	15/10/2022 18:49:43	LUYSE DA SILVA PEDREIRA OLIVEIRA ROCHA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETOPESQUISA2.pdf	15/10/2022 18:42:24	LUYSE DA SILVA PEDREIRA OLIVEIRA ROCHA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	APENDICE2.pdf	15/10/2022 18:40:31	LUYSE DA SILVA PEDREIRA OLIVEIRA ROCHA	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA2.pdf	15/10/2022 18:33:59	LUYSE DA SILVA PEDREIRA OLIVEIRA ROCHA	Aceito

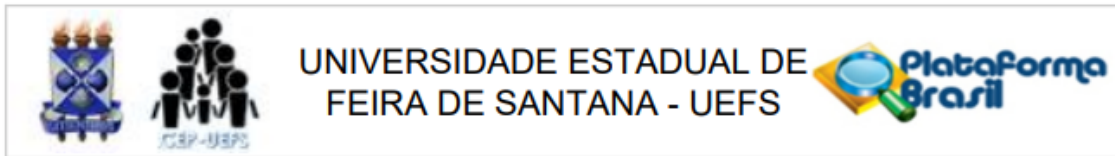
Endereço: Avenida Transnordestina, s/n - Novo Horizonte, UEFS

Bairro: Módulo I, MA 17 **CEP:** 44.031-460

UF: BA **Município:** FEIRA DE SANTANA

Telefone: (75)3161-8124

E-mail: cep@uefs.br



Continuação do Parecer: 5.951.224

Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_DE_PESQUISA.pdf	07/08/2022 12:21:33	LUYSE DA SILVA PEDREIRA OLIVEIRA ROCHA	Aceito
Outros	Folha_de_rosto_.docx	07/08/2022 12:05:09	LUYSE DA SILVA PEDREIRA OLIVEIRA ROCHA	Aceito
Outros	Apendice_C.pdf	07/08/2022 11:57:17	LUYSE DA SILVA PEDREIRA OLIVEIRA ROCHA	Aceito
Outros	Apendice_B.pdf	07/08/2022 11:56:27	LUYSE DA SILVA PEDREIRA OLIVEIRA ROCHA	Aceito
Outros	Apendice_A.pdf	07/08/2022 11:55:58	LUYSE DA SILVA PEDREIRA OLIVEIRA ROCHA	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Carta_de_Anuencia_.docx	06/08/2022 23:29:31	LUYSE DA SILVA PEDREIRA OLIVEIRA ROCHA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Apendice_D.pdf	06/08/2022 22:37:42	LUYSE DA SILVA PEDREIRA OLIVEIRA ROCHA	Aceito
Orçamento	Orcamento.pdf	06/08/2022 22:08:46	LUYSE DA SILVA PEDREIRA OLIVEIRA ROCHA	Aceito
Declaração de concordância	Anuencia.pdf	06/08/2022 22:00:07	LUYSE DA SILVA PEDREIRA OLIVEIRA ROCHA	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	CartaDeAnuencia.pdf	06/08/2022 21:55:28	LUYSE DA SILVA PEDREIRA OLIVEIRA ROCHA	Aceito
Brochura Pesquisa	Referencial.pdf	06/08/2022 21:19:27	LUYSE DA SILVA PEDREIRA OLIVEIRA ROCHA	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_rosto.PDF	04/08/2022 11:02:56	LUYSE DA SILVA PEDREIRA OLIVEIRA ROCHA	Aceito

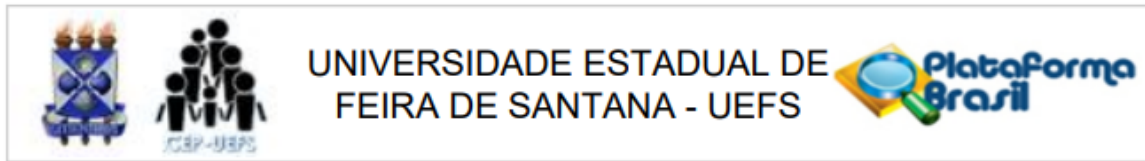
Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: Avenida Transnordestina, s/n - Novo Horizonte, UEFS
Bairro: Módulo I, MA 17 **CEP:** 44.031-460
UF: BA **Município:** FEIRA DE SANTANA
Telefone: (75)3161-8124 **E-mail:** cep@uefs.br



Continuação do Parecer: 5.951.224

FEIRA DE SANTANA, 17 de Março de 2023

Assinado por:
LIZ SANDRA SOUZA E SOUZA
(Coordenador(a))

Endereço: Avenida Transnordestina, s/n - Novo Horizonte, UEFS
Bairro: Módulo I, MA 17 **CEP:** 44.031-460
UF: BA **Município:** FEIRA DE SANTANA
Telefone: (75)3161-8124 **E-mail:** cep@uefs.br