3ª edição

Gerenciamento em Enfermagem

Coordenadora

Paulina Kurcgant

Autores

Antônio Fernandes Costa Lima
Cláudia Prado
Daisy Maria Rizatto Tronchin
Fernanda Maria Togeiro Fugulin
Genival Fernandes de Freitas
Heloisa Helena Ciqueto Peres
Marcelo José dos Santos
Maria Cristina Komatsu Braga Massarollo
Maria de Fátima Prado Fernandes
Maria Helena Trench Ciampone
Maria Madalena Januário Leite
Marina Peduzzi
Marta Maria Melleiro
Patricia Campos Pavan Baptista
Raquel Rapone Gaidzinski
Valéria Castilho
Valéria Marli Leonello
Vanda Elisa Andres Felli
Vera Lúcia Mira

gen | GUANABARA KOOGAN

3ª edição

Gerenciamento em Enfermagem

Coordenadora

Paulina Kurcgant

Autores

Antônio Fernandes Costa Lima
Cláudia Prado
Daisy Maria Rizatto Tronchin
Fernanda Maria Togeiro Fugulin
Genival Fernandes de Freitas
Heloisa Helena Ciqueto Peres
Marcelo José dos Santos
Maria Cristina Komatsu Braga Massarollo
Maria de Fátima Prado Fernandes
Maria Helena Trench Ciampone
Maria Madalena Januário Leite
Marina Peduzzi
Marta Maria Melleiro
Patricia Campos Pavan Baptista
Raquel Rapone Gaidzinski
Valéria Castilho
Valéria Marli Leonello
Vanda Elisa Andres Felli
Vera Lúcia Mira

gen | GUANABARA KOOGAN

Gerenciamento em Enfermagem

abdr
ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE DIREITOS REPROGRÁFICOS
Respeite o direito autoral

O GEN | Grupo Editorial Nacional, a maior plataforma editorial no segmento CTP (científico, técnico e profissional), publica nas áreas de saúde, ciências exatas, jurídicas, sociais aplicadas, humanas e de concursos, além de prover serviços direcionados a educação, capacitação médica continuada e preparação para concursos. Conheça nosso catálogo, composto por mais de cinco mil obras e três mil e-books, em www.grupogen.com.br.

As editoras que integram o GEN, respeitadas no mercado editorial, construíram catálogos inigualáveis, com obras decisivas na formação acadêmica e no aperfeiçoamento de várias gerações de profissionais e de estudantes de Administração, Direito, Engenharia, Enfermagem, Fisioterapia, Medicina, Odontologia, Educação Física e muitas outras ciências, tendo se tornado sinônimo de seriedade e respeito.

Nossa missão é prover o melhor conteúdo científico e distribuí-lo de maneira flexível e conveniente, a preços justos, gerando benefícios e servindo a autores, docentes, livreiros, funcionários, colaboradores e acionistas.

Nosso comportamento ético incondicional e nossa responsabilidade social e ambiental são reforçados pela natureza educacional de nossa atividade, sem comprometer o crescimento contínuo e a rentabilidade do grupo.

Gerenciamento em Enfermagem

Coordenadora

Paulina Kurcgant

Autores

Antônio Fernandes Costa Lima
Cláudia Prado
Daisy Maria Rizatto Tronchin
Fernanda Maria Togeiro Fugulin
Genival Fernandes de Freitas
Heloisa Helena Ciqueto Peres
Marcelo José dos Santos
Maria Cristina Komatsu Braga Massarollo
Maria de Fátima Prado Fernandes
Maria Helena Trench Ciampone
Maria Madalena Januário Leite
Marina Peduzzi
Marta Maria Melleiro
Patricia Campos Pavan Baptista
Raquel Rapone Gaidzinski
Valéria Castilho
Valéria Marli Leonello
Vanda Elisa Andres Felli
Vera Lúcia Mira

3ª edição

gen | GUANABARA KOOGAN

■ Os autores deste livro e a EDITORA GUANABARA KOOGAN LTDA. empenharam seus melhores esforços para assegurar que as informações e os procedimentos apresentados no texto estejam em acordo com os padrões aceitos à época da publicação, *e todos os dados foram atualizados pelos autores até a data da entrega dos originais à editora*. Entretanto, tendo em conta a evolução das ciências da saúde, as mudanças regulamentares governamentais e o constante fluxo de novas informações sobre terapêutica medicamentosa e reações adversas a fármacos, recomendamos enfaticamente que os leitores consultem sempre outras fontes fidedignas, de modo a se certificarem de que as informações contidas neste livro estão corretas e de que não houve alterações nas dosagens recomendadas ou na legislação regulamentadora. *Adicionalmente, os leitores podem buscar por possíveis atualizações da obra em http://gen-io.grupogen.com.br.*

■ Os autores e a editora se empenharam para citar adequadamente e dar o devido crédito a todos os detentores de direitos autorais de qualquer material utilizado neste livro, dispondo-se a possíveis acertos posteriores caso, inadvertida e involuntariamente, a identificação de algum deles tenha sido omitida.

■ Direitos exclusivos para a língua portuguesa

Copyright © 2016 by

EDITORA GUANABARA KOOGAN LTDA.

Uma editora integrante do GEN | Grupo Editorial Nacional

Travessa do Ouvidor, 11

Rio de Janeiro – RJ – CEP 20040-040

Tels.: (21) 3543-0770/(11) 5080-0770 | Fax: (21) 3543-0896

www.grupogen.com.br | editorial.saude@grupogen.com.br

■ Reservados todos os direitos. É proibida a duplicação ou reprodução deste volume, no todo ou em parte, em quaisquer formas ou por quaisquer meios (eletrônico, mecânico, gravação, fotocópia, distribuição pela Internet ou outros), sem permissão, por escrito, da EDITORA GUANABARA KOOGAN LTDA.

■ Capa: Editorial Saúde

Produção digital: Geethik

■ Ficha catalográfica

G317

3. ed.

Gerenciamento em enfermagem/Antônio Fernandes Costa Lima… [et al.]; Coordenação Paulina Kurcgant. – 3. ed. – Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2016.

il.

ISBN 978-85-277-3018-1

1. Enfermagem. 2. Serviços de enfermagem – Administração. I. Lima, Antônio Fernandes Costa. II. Kurcgant, Paulina. III. Título.

16-33150

CDD: 610.73

CDU: 616-083

Autores

Antônio Fernandes Costa Lima

Professor-associado da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (USP). Professor Doutor, Livre-docente do Departamento de Orientação Profissional da Escola de Enfermagem da USP. Vice-presidente da Comissão de Graduação da Escola de Enfermagem da USP.

Cláudia Prado

Professora-associada da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (USP). Professora Doutora, Livre-docente do Departamento de Orientação Profissional da Escola de Enfermagem da USP. Coordenador do Curso de Licenciatura em Enfermagem da Escola de Enfermagem da USP.

Daisy Maria Rizatto Tronchin

Professora-associada da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (USP). Professora Doutora, Livre-docente do Departamento de Orientação Profissional da Escola de Enfermagem da USP. Pós-doutorado pelo Instituto Universitario Avedis Donabedian, Espanha.

Fernanda Maria Togeiro Fugulin

Professora-associada da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (USP). Professora Doutora, Livre-docente do Departamento de Orientação Profissional da Escola de Enfermagem da USP. Coordenadora do Grupo de Estudos sobre Dimensionamento de Pessoal de Enfermagem do Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo (Coren).

Genival Fernandes de Freitas

Professor Doutor, Livre-docente do Departamento de Orientação Profissional da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (USP). Pós-doutorado pela Universidad de Alicante, Espanha. Especialização em História, Sociedade e Cultura pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP).

Heloisa Helena Ciqueto Peres

Professora Titular da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (USP). Professora Doutora, Livre-docente do Departamento de Orientação Profissional da Escola de Enfermagem da USP. Diretor do Departamento de Enfermagem do Hospital Universitário da USP.

Marcelo José dos Santos

Professor Doutor do Departamento de Orientação Profissional da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (USP). Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da USP. Pós-doutorado pela Escola de Enfermagem da USP.

Maria Cristina Komatsu Braga Massarollo

Professora-associada da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (USP). Professora Doutora, Livre-docente do Departamento de Orientação Profissional da Escola de Enfermagem da USP. Conselheira do Conselho Regional de Enfermagem do Estado de São Paulo.

Maria de Fátima Prado Fernandes

Professora-associada da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (USP). Professora Doutora, Livre-docente do Departamento de Orientação Profissional da Escola de Enfermagem da USP. Membro suplente na Comissão Interunidades da Licenciatura da USP.

Maria Helena Trench Ciampone

Professora Titular do Departamento de Orientação Profissional da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (USP). Professora Doutora, Livre-docente do Departamento de Orientação Profissional da Escola de Enfermagem da USP.

Maria Madalena Januário Leite

Professora Titular da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (USP). Professora Doutora, Livre-docente do Departamento de Orientação Profissional da Escola de Enfermagem da USP. Representante da Escola de Enfermagem da USP junto ao Conselho Universitário da USP.

Marina Peduzzi

Professora-associada da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (USP). Professora Doutora, Livre-docente do Departamento de Orientação Profissional da Escola de Enfermagem da USP. Pós-doutorado pelo Florence Nightingale School of Nursing and Midwifery, Kings College London.

Marta Maria Melleiro

Professora-associada da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (USP). Professora Doutora, Livre-docente do Departamento de Orientação Profissional da Escola de Enfermagem da USP. Pós-doutorado pelo Instituto Universitario Avedis Donabedian, Espanha.

Patricia Campos Pavan Baptista

Professora-associada da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (USP). Professora Doutora, Livre-docente do Departamento de Orientação Profissional da Escola de Enfermagem da USP. Pós-doutorado pela Escola de Enfermagem da USP.

Paulina Kurcgant

Professora Emérita da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (USP). Professora Sênior e Titular do Departamento de Orientação Profissional da Escola de Enfermagem da USP. Professora Doutora, Livre-docente do Departamento de Orientação Profissional da Escola de Enfermagem da USP.

Raquel Rapone Gaidzinski

Professora Titular do Departamento de Orientação Profissional da Escola de Enfermagem da USP. Professora Doutora, Livre-docente do Departamento de Orientação Profissional da Escola de Enfermagem da USP.

Valéria Castilho

Professora-associada da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (USP). Professora Doutora, Livre-docente do Departamento de Orientação Profissional da Escola de Enfermagem da USP. Membro do Conselho de Editores da Revista da Escola de Enfermagem da USP.

Valéria Marli Leonello

Professora Doutora do Departamento de Orientação Profissional da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (USP). Membro da Comissão Coordenadora de Curso de Bacharelado da Escola de Enfermagem da USP. Membro do Grupo de Apoio Pedagógico da Escola de Enfermagem da USP.

Vanda Elisa Andres Felli

Professora Sênior e Livre-docente do Departamento de Orientação Profissional da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (USP). Doutora em Enfermagem pelo Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da USP.

Vera Lúcia Mira

Professora-associada da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (USP). Professora Doutora, Livre-docente do Departamento de Orientação Profissional da Escola de Enfermagem da USP. Pós-doutorado pela Universidade de Brasília (UnB).

Prefácio

Sinto-me honrada ao prefaciar esta obra, elaborada, coletivamente, por docentes do Departamento de Orientação Profissional da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (USP), comprometidos com as possibilidades e os desafios que se apresentam na formação dos enfermeiros e no exercício da Enfermagem.

Ao longo dessas três edições, o propósito dos autores vem sendo o de conduzir o leitor a refletir e revisitar a sua prática profissional, objetivando expandir concepções frente ao gerenciamento em saúde e em Enfermagem, assim como discutir as inúmeras questões de ordem técnica, política e ética, que permeiam o processo de trabalho gerencial.

Trata-se, ainda, de uma oportunidade de rever o conhecimento e a experiência dos autores, construídos ao longo da vida profissional em atividades de ensino, pesquisa e extensão de serviços à comunidade, bem como incorporar novos autores, que fortalecem e ampliam o olhar para o gerenciamento em Enfermagem.

Nessa perspectiva, os temas são apresentados de modo a possibilitar a compreensão dos saberes de Enfermagem e outros integrantes do processo de trabalho gerencial, do objeto do trabalho, bem como dos meios e dos instrumentos empregados para a sua consecução.

Nos primeiros capítulos são discutidos temas basilares das organizações de saúde como cultura e poder, ética, planejamento e processo decisório, conflito e negociação, avaliação dos serviços, qualidade e segurança do paciente e sistema de informação.

Os tópicos qualidade de vida e saúde do trabalhador, trabalho em equipe, dimensionamento de pessoal, recrutamento e seleção, treinamento e desenvolvimento e avaliação de desempenho profissional compõem a área de gerenciamento de recursos humanos com vistas à organização dos processos e às relações de trabalho em saúde.

Outrossim, os temas gerenciamento de recursos materiais, físicos, ambientais, custos e responsabilidade civil do enfermeiro são tratados sob a ótica da legislação e da dimensão técnica e científica, elementos essenciais para a sustentabilidade das instituições de saúde.

Em nome dos autores, docentes do Departamento de Orientação Profissional da Escola de Enfermagem da USP, não poderia deixar de expressar o nosso reconhecimento e apreço pela Prof.a Dr.a Paulina Kurcgant, que, com sua competência e espírito de liderança, nos incentiva, encoraja e participa, efetivamente, da concretização dos nossos objetivos como docentes e pesquisadores.

Daisy Maria Rizatto Tronchin

Sumário

1 Cultura e Poder nas Organizações de Saúde

Paulina Kurcgant | Maria Cristina Komatsu Braga Massarollo

2 Ética e Gerenciamento em Enfermagem

Maria Cristina Komatsu Braga Massarollo | Maria de Fátima Prado Fernandes | Marcelo José dos Santos **3 Trabalho Gerencial em Enfermagem**

Vanda Elisa Andres Felli | Marina Peduzzi | Valéria Marli Leonello

4 Planejamento e Processo Decisório como Instrumentos do Trabalho Gerencial Maria Helena Trench Ciampone | Daisy Maria Rizatto Tronchin | Marta Maria Melleiro **5 Gerenciamento de Conflitos e Negociação**

Maria Helena Trench Ciampone | Paulina Kurcgant

6 Avaliação de Serviços, Qualidade e Segurança do Paciente no Setor de Saúde Daisy Maria Rizatto Tronchin | Genival Fernandes de Freitas | Marta Maria Melleiro **7 Sistemas de Informação em Saúde**

Heloisa Helena Ciqueto Peres | Maria Madalena Januário Leite

8 Qualidade de Vida no Trabalho e Saúde do Trabalhador de Enfermagem

Vanda Elisa Andres Felli | Patricia Campos Pavan Baptista

9 Trabalho em Equipe e Prática Colaborativa

Marina Peduzzi | Valéria Marli Leonello | Maria Helena Trench Ciampone

10 Dimensionamento de Pessoal de Enfermagem em Instituições de Saúde

Fernanda Maria Togeiro Fugulin | Raquel Rapone Gaidzinski | Antônio Fernandes Costa Lima **11 Educação Continuada | Recrutamento e Seleção, Treinamento e Desenvolvimento e Avaliação de Desempenho Profissional**

Vera Lúcia Mira | Maria Madalena Januário Leite | Cláudia Prado

12 Gerenciamento de Recursos Materiais

Valéria Castilho | Vera Lúcia Mira | Antônio Fernandes Costa Lima

13 Gerenciamento de Recursos Físicos e Ambientais

Valéria Castilho | Patricia Campos Pavan Baptista

14 Gerenciamento de Custos nos Serviços de Enfermagem

Valéria Castilho | Antônio Fernandes Costa Lima | Fernanda Maria Togeiro Fugulin **15 Responsabilidade Civil do Enfermeiro na Assistência e na Gestão**

Genival Fernandes de Freitas | Marcelo José dos Santos | Maria de Fátima Prado Fernandes

1 Cultura e Poder nas Organizações de Saúde

Paulina Kurcgant

Maria Cristina Komatsu Braga Massarol o

Introdução

Neste capítulo, pretendemos tecer reflexões sobre dois elementos constitutivos da estrutura de toda organização que objetiva a produção de bens ou a prestação de serviços: a cultura e o poder. Esses elementos fazem parte da estrutura informal das organizações e, assim, diferentemente dos que constituem a estrutura formal (como organogramas, regulamentos, manuais de técnicas e procedimentos), não são explicitados ou visualizados de maneira concreta e documental.

Como fatores da estrutura informal perpassam toda a dinâmica organizacional, concretizando-se nas relações interpessoais, nas quais a subjetividade, a intersubjetividade, os valores e as crenças individuais, bem como os interesses particulares e institucionais, constituem a argamassa que dá textura e, principalmente, significado ao trabalho que ali se desenvolve. É também nesse contexto que está alicerçada a missão da organização, bem como as políticas e propostas que regem a dinâmica

organizacional. Essas pontuações mostram a importância de considerar, para o entendimento de uma realidade organizacional, tanto a estrutura formal como a estrutura informal da organização.

Entretanto, como aspectos abstratos e de difícil apreensão, a cultura e o poder podem ter sua existência facilmente negada ou minimizada quando são tratados problemas, dificuldades ou conflitos organizacionais. Por outro lado, quando considerados como integrantes das políticas e determinantes das práticas institucionais, tanto podem ser adotados como ferramentas que ajudam a corrigir os desvios e a propor alternativas mais adequadas à vida organizacional, como podem ser usados como instrumento de força e de dominação.

Na verdade, para uma efetiva compreensão da realidade organizacional, é necessário captar o maior número possível de elementos constitutivos, tanto da estrutura formal como da informal, e analisá-los de forma conjunta, ou seja, correlacioná-los, avaliando regulamentos, regimentos, organogramas, manuais, padrões culturais específicos e processos e relações de poder que determinam a dinâmica organizacional. De outro modo, pode haver um reducionismo na leitura e na assimilação dessa realidade.

Assim, parece ser necessário, em um primeiro momento, o entendimento do que é “cultura” para a melhor compreensão do significado de “cultura organizacional” e sua relação com “poder organizacional”.

Para antropólogos, a cultura pode ser vista como: instrumento a serviço das necessidades biológicas e psicológicas dos seres humanos, mecanismo adaptativo-regulatório que une os indivíduos em estruturas sociais, ou ainda como cognições compartilhadas. Na antropologia contemporânea de Lévi-Strauss (1958) e Geertz (1973), os homens vivem em um universo de significados que decodificam sem cessar e que estão longe de serem universais. A cultura fornece às sociedades e às nações um referencial que possibilita aos homens atribuir um sentido ao mundo no qual vivem. Esse fenômeno é também

denominado “cultura nacional”. Uma característica da cultura é que ela deve ter algum nível de continuidade; entretanto, segundo Lévi-Strauss (1958), a existência de uma continuidade cultural nada tem a ver com a evolução de uma sociedade. A cultura não é uma qualidade, mas, sim, um contexto, um sistema de relações.

Por outro lado, toda cultura é caracterizada por alguma forma de oposição. Um exemplo disso é a cultura do perde/ganha, quando valores atribuídos ao ganhador estimulam a competição em determinada área. Porém, sem dúvida, como aspecto cultural, estarão estimulando a competição, estabelecendo critérios valorativos e determinando posições hierarquizadas em outras áreas. A oposição aos valores culturais vigentes é denominada “contracultura” e mobiliza outros interesses, originando novos elementos constitutivos da cultura.

Entre os sociólogos, uma corrente que analisa a cultura é a do interacionismo simbólico. Para Berger e Luckmann (1967), citados em Fleury e Fisher (1989), exemplos dessa corrente, a realidade se impõe objetivada, ou seja, constituída por objetos.

O indivíduo percebe correspondência entre o significado que ele e outros indivíduos atribuem a um mesmo objeto, ou seja, existe o compartilhamento de um senso comum sobre a realidade. Na sociedade contemporânea, um exemplo que simboliza poder é a posse de objetos aos quais essa mesma sociedade atribui valores de riqueza. Outro exemplo nas organizações é a existência, nas salas de reuniões, de uma única cadeira de espaldar alto, que simboliza o poder do seu ocupante. Assim, para esses autores, o universo simbólico integra um conjunto de significados, atribuindo-lhes consistência, justificativa e legitimidade. O universo simbólico possibilita aos membros de um grupo ter uma forma consensual de captar a realidade, integrando os significados e viabilizando a comunicação.

Para fins de propostas gerenciais, é preciso reconhecer a cultura da organização, uma vez que o desempenho dos recursos humanos constitui, sem dúvida, o elemento determinante do sucesso ou insucesso de qualquer proposta. Por outro lado, são as pessoas que viveram e que vivem o

cotidiano organizacional que, interagindo, criam e modelam a cultura organizacional.

Nesse sentido, as organizações, como partes constitutivas de uma totalidade social, compartilham do mesmo contexto cultural da sociedade em que estão inseridas, podendo ser consideradas como subculturas dessa sociedade e, assim, ser estudadas a partir de traços das culturas nacionais. Entretanto, para fins de apreensão e análise, uma subcultura organizacional pode ser considerada como uma cultura, uma vez que as organizações são sistemas sociais artificiais e diferentes de outras culturas.

Schein (2010), pesquisador dessa temática, avançou na conceituação de cultura organizacional, considerando-a "um conjunto de pressupostos básicos que um grupo inventou, descobriu ou desenvolveu ao aprender como lidar com os problemas de adaptação externa e de integração interna e que funcionaram bem o suficiente para serem considerados válidos e ensinados a novos membros como a forma correta de perceber, pensar e sentir em relação a esses problemas".

Para Morgan (1996), administrador e estudioso dos fenômenos sociais nas organizações, deve-se tentar compreender o termo "cultura" como um processo contínuo, proativo da construção da realidade e que dá vida ao fenômeno da cultura em sua totalidade. Quando assim compreendida, não é apenas uma variável organizacional, mas também um fenômeno ativo, vivo, por meio do qual as pessoas criam e recriam os mundos nos quais vivem.

Fleury e Fisher (1989), estudiosas da cultura organizacional, analisando as relações interpessoais nas organizações, acresceram ao significado de cultura organizacional a dimensão política, conceituando-a como "um conjunto de valores e pressupostos básicos expressos em elementos simbólicos, que, em sua capacidade de ordenar, atribuir significações e construir a identidade organizacional, tanto agem como elemento de comunicação e consenso como ocultam e instrumentalizam as relações de dominação".

Assim, culturas, subculturas e contraculturas constituem um universo de valores, crenças, pressupostos básicos, ritos, rituais, cerimônias, mitos, heróis, lendas e outros símbolos que estabelecem e concretizam as relações e interações humanas nas organizações.

Cultura organizacional

De acordo com Fleury e Fisher (1989), o processo de investigação da cultura de uma organização coloca-se como uma categoria empírica metodológica importante para o desvelamento de aspectos formadores da identidade organizacional.

Entende-se por identidade organizacional os elementos das estruturas formal e informal que caracterizam, são peculiares, próprios de uma organização e que a diferenciam de outras organizações.

Schein (1996) considera que a cultura pode ser assimilada em diferentes níveis: nível dos artefatos visíveis, nível dos artefatos que governam o comportamento das pessoas e nível dos pressupostos inconscientes. No âmbito dos artefatos visíveis estão a divisão e a utilização da área física, a maneira como as pessoas se vestem, os padrões de comportamento adotados, os conteúdos documentais; enfim, tudo o que é visível. Nesse nível, os artefatos são de fácil apreensão, mas de difícil compreensão, uma vez que a lógica que rege esses comportamentos não é facilmente entendida. No nível dos valores que governam o comportamento das pessoas estão as informações a respeito da organização, que podem ser obtidas por meio da análise de documentos e de depoimentos de pessoas-chave da organização. Esses valores relatados pelos sujeitos podem ser considerados apenas os valores manifestos da cultura, ou seja, o que eles consideram ser o motivo de seu comportamento,

podendo ser, entretanto, idealizações ou racionalizações pessoais, embora as razões subjacentes a esses comportamentos permaneçam escondidas ou inconscientes.

No âmbito dos pressupostos inconscientes estão os que determinam como as pessoas percebem, pensam e sentem. À

medida que os valores compartilhados pelo grupo conduzem a determinados comportamentos, e estes, por sua vez, mostram-se adequados para solucionar problemas, o valor é gradualmente transformado em um pressuposto inconsciente sobre como as coisas realmente são.

Assim, um grupo com a mesma capacitação tecnológica e desenvolvendo as mesmas atividades no convívio contínuo pode desenvolver cultura própria. Isso explica a existência de diferentes culturas, próprias de distintos grupos profissionais, interagindo em uma mesma organização. Segundo Schein (1996), o gerenciamento dos processos de trabalho desenvolvidos por esses grupos é um desafio do gerenciamento do século 21, uma vez que esses grupos passam a usar linguagens diferentes, a fazer abordagens sobre o que é importante de formas diferenciadas e a ter dificuldade em aceitar como válida ou normal a cultura de outros grupos.

Por outro lado, a presença de uma ideologia hegemônica nas culturas organizacionais pode ser evidenciada nas práticas sociais e nas manifestações simbólicas das organizações. Essa ideologia é que permite, a todos os membros da instituição, articulação e coerência nas atividades que ali desenvolvem.

Para o desvelamento da cultura organizacional, é interessante a recuperação de como se deu a criação da organização e sua inserção no contexto político e social da época. Os fundadores ou idealizadores de uma organização têm uma função importante na construção da identidade organizacional, assumindo um papel mítico e imprimindo, muitas vezes, nessa construção seus valores pessoais. O resgate de momentos de crises, dificuldades, fracassos e sucessos também fornece elementos para a apreensão dos valores aceitos ou questionados pelos grupos. O processo de socialização de novos membros da organização, quando resgatado, mostra muito do universo simbólico. Os programas de treinamento dos novos membros reproduzem esse universo simbólico por meio de conteúdos trabalhados e de estratégias de integração do indivíduo à organização. A análise das políticas explícitas ou implícitas de recursos humanos, em seus processos de recrutamento, seleção, avaliação de desempenho e de

desenvolvimento de pessoal, bem como a organização dos processos de trabalho, também fornecem subsídios importantes para a captação da cultura organizacional.

Rituais, cerimônias e festas também mostram como se dão as relações no trabalho, quais os padrões de comportamento aceitos e quais são os valores e crenças subjacentes aos fatos, datas e acontecimentos que são valorizados a ponto de serem reproduzidos e comemorados.

A assimilação da cultura de uma organização, no entanto, não é tarefa fácil porque a cultura não é um fenômeno estático.

A dimensão psicossocial da organização é dinâmica, uma vez que cada membro se transforma continuamente, percebendo, interagindo e modificando a realidade em que vive e atua. Assim, o sentir, o pensar e o agir individuais estão perpassados de intenções e interesses próprios de cada um. Esse universo particular, quando analisado coletivamente, permite, além da apreensão da cultura da organização, a apreensão dos processos e das relações de poder determinantes e imanentes da dinâmica organizacional.

O poder nas organizações

A relação estreita entre cultura e poder pode ser entendida pelo caráter relacional que também é atribuído ao poder nas organizações. Assim, como relação social, o poder está profundamente imbricado com a cultura organizacional.

Nesse sentido, a cultura não pode ser entendida sem a incorporação dos atributos do poder e dos mecanismos que ele utiliza (Torelli e Shavitt, 2010). Nessa direção, é importante considerar como poder político desde o poder formalmente constituído pelo Estado e concretizado nas ações dos aparelhos administrativos até os poderes que são exercidos nos diferentes âmbitos da vida social.

Nas organizações de saúde, a estrutura formal estabelece os níveis hierárquicos dos serviços e dos agentes sociais, indicando, pelas diferentes

posições no desenho organizacional, as relações de poder entre os cargos.

Já em uma sociedade feudal, o poder difere, no seu exercício, daquele exercido em uma sociedade regida por um sistema político-social socialista. Consequentemente, os poderes exercidos nas organizações guardam as diferenças culturais das sociedades nas quais essas organizações estão inseridas.

Conforme Foucault (1999), o poder penetra no cotidiano da vida social "como algo que funciona e se exerce em rede". Ele considera que os indivíduos tanto exercem o poder como sofrem os seus efeitos, comportando-se, assim, como centros de transmissão.

Desse modo, assim como a cultura, o poder concretiza-se nas relações e nas práticas cotidianas, extrapolando os limites da estrutura formal e de todo o aparato legal. Contudo, ele usa o aparato formal quando exercido nas práticas de coerção, que garantem a coesão e o consenso necessários e suficientes aos grupos para a continuidade das propostas e dos processos de trabalho.

Como os mecanismos de poder guardam os mesmos valores, crenças e ideologias da cultura organizacional, também agem como elementos de manutenção do *status quo* e como reforço da identidade organizacional.

Para Srour (1998), cientista social, toda coletividade abriga diferenças sociais e exige mediações para manter a convivência e organizar os interesses e as atividades coletivas. Essas mediações são atividades de gestão, traduzidas por processos de controle, articulação, arbitragem e deliberação; enfim, são políticas que regem as atividades organizacionais, restringindo, muitas vezes de maneira consentida ou não, a autonomia dos agentes sociais. Nesse contexto, o poder é concebido como a capacidade de intervir sobre a vontade dos agentes sociais ou sobre seus interesses, e também como uma relação social, e não apenas como uma posse unilateral. Ainda para Srour (1998), falar de poder é falar de uma relação de forças, mesmo que assimétricas. Assim, nenhum agente está destituído de alguma parcela de poder, ou de contrapoder, que resiste e produz efeitos sobre o poder vigente.

Para Pagès (1987), na determinação da forma e do conteúdo das regras e dos princípios que regem as relações no seu interior, as organizações procuram apresentá-los como uma necessidade, como ordem das coisas, acima da sua própria vontade. No entanto, por meio deles, elas procuram organizar as relações contraditórias entre os grupos sociais existentes, assim como os conflitos oriundos a partir da lógica interna.

A cultura e o poder nas organizações de saúde

A análise da cultura e do poder nas organizações de saúde é fruto da necessidade de se compreender melhor como se dão as relações de trabalho nessas organizações; como ocorrem as relações indivíduo/organização, indivíduo/grupo, indivíduo/indivíduo; o relacionamento entre os diferentes grupos profissionais; e o relacionamento da organização, enquanto grupo culturalmente consensual, com a sociedade que abriga essa organização. As organizações de saúde, como também as que atuam em diferentes segmentos do processo produtivo ou de prestação de serviços, têm estruturas formais próprias.

Entretanto, estruturas de organizações pertencentes a um mesmo segmento do trabalho humano guardam semelhanças entre si.

Desse modo, a missão dessas organizações, as atividades que ali são desenvolvidas, os recursos humanos e materiais adotados, bem como as demandas da sociedade que justificam a existência dessas organizações, estabelecem um perfil organizacional próprio de um determinado segmento do trabalho humano.

As organizações de saúde, como um desses segmentos, têm como missão prevenir e curar doenças, reabilitando os indivíduos para que possam usufruir de bem-estar físico, mental, espiritual e social e, assim, contribuir com o seu trabalho para o bem-estar coletivo. Elas se organizam de diferentes maneiras (hospitais, clínicas, serviços, unidades básicas), com diversas entidades mantenedoras (governamentais, particulares, filantrópicas), ocupando um espaço essencial na sociedade, tanto para os que usufruem de seus serviços como para os que nelas trabalham. Assim, qualificam-se como organizações prestadoras de serviços e caracterizam-se

por trabalhar prioritariamente com o elemento humano. Logo, o paciente/cliente, a família do paciente/cliente e o pessoal que nelas trabalham constituem tanto a matéria-prima essencial quanto a mais importante ferramenta do trabalho nelas desenvolvido.

Nessas organizações, como em outras áreas, o resgate da cultura e do poder como categorias empíricas de análise institucional tem ocorrido com estudos, pesquisas acadêmicas ou em nível discursivo (Bezrukova et al., 2012). De modo geral, a cultura e o poder têm sido pouco considerados pelos chefes, gerentes ou administradores dos diferentes níveis formais da estrutura como variáveis que influenciam e até determinam a tomada de decisões, as propostas de mudanças institucionais, o gerenciamento de conflitos interpessoais e intergrupais e o gerenciamento do pessoal, desde sua entrada até a saída da instituição. Acredita-se que uma das dificuldades para a cultura e o poder serem consideradas como categorias empíricas de análise organizacional é que carregam forte componente emocional, exigindo de quem gerencia capacitação para trabalhar o diálogo existente entre a subjetividade e a objetividade, sempre presentes nos processos relacionais. Requer do gerente capacidade política de trabalhar com estratégias de resistência dos trabalhadores, como a luta contra "as formas de dominação, de exploração e de submissão da subjetividade" (Foucault, 1999). Segundo Cecilio e Moreira (2002), esse papel político do poder disciplinar acaba permitindo que se estruturem outras estratégias dialeticamente opostas. Nessa direção, outro elemento importante é a valorização da dimensão humana e a consideração para com os sentimentos presentes nas relações de trabalho.

A análise organizacional também exige, de quem gerencia, liderança (Bass, 2008), autoconhecimento, conhecimento do comportamento humano, prontidão emocional para lidar com as diferenças de interesses e de projetos e efetivo envolvimento com o pessoal, resgatando valores, crenças, hábitos, costumes, potencialidades, necessidades e expectativas que permeiam e até determinam os relacionamentos.

Por outro lado, o conhecimento desses elementos obriga o gerente a ouvir o pessoal e a considerá-lo nas suas decisões.

Enfim, essa nova relação passa a exigir formas mais participativas e compartilhadas de trabalho, o que, sem dúvida, leva a uma nova reflexão sobre as relações no trabalho e, inclusive, a mudanças de paradigma. Embora, muitas vezes, esse novo conhecimento seja minimizado na sua importância e considerado apenas um conhecimento empírico (sem base científica) e, assim, não fazendo parte do saber considerado essencial na formação dos profissionais de saúde, é ele que, sendo constitutivo da capacitação ético-política, dá consistência à formação de vínculos e de compromissos pessoais e institucionais. Esse

resgate é paradoxal se levarmos em consideração que a formação de vínculos, bem como a de comprometimento com o trabalho, é desejável e valorizada nas instituições de saúde.

Como consequência das mudanças valorativas e culturais, ocorrem transformações nos processos e nas estruturas de poder, sendo um dos focos de investigação os antecedentes estruturais do poder (Paz e Neiva, 2014). Assim, as estruturas formais passam a ter desenhos mais flexíveis e menos centralizadores com o achatamento vertical e o alargamento horizontal dos níveis hierárquicos. Informalmente, o poder é redistribuído, e as relações de poder passam a ser mais igualitárias. Mais do que as modificações na estrutura formal, são essas transformações na estrutura informal que constituem entraves para mudanças proativas, uma vez que o grupo que detém o poder maior resiste a elas.

Sem dúvida, não se pode ignorar ou subestimar a eficácia dessas forças, uma vez que essa instância detém o poder do uso dos instrumentos administrativos, tanto no que se refere às pessoas como às coisas. Por outro lado, não se pode ignorar a importância das forças da contracultura e do contrapoder na transformação dessa realidade.

As forças de contracultura e de contrapoder são mais efetivas quando o grupo que detém menor poder está capacitado ético-politicamente para perceber a realidade de maneira contextualizada. Assim, a tomada de consciência da importância de cada um nos processos de trabalho, da necessidade de participação de todos nas decisões que dizem respeito à vida na instituição, da necessidade de atualização técnico-científica e da

eficiência da responsabilidade compartilhada, bem como o entendimento dos interesses e intencionalidades do grupo em oposição, são elementos integrantes das forças de contrapoder.

A visão ingênua e linear da realidade permite o ocultamento ou a opacidade no resgate das reais intenções e interesses dos grupos dominantes, o que reforça a manutenção do *status quo*.

Referendando essa percepção, Morgan (1996) afirma que o poder é o meio pelo qual conflitos de interesses são, afinal, resolvidos e considera que o poder influencia quem consegue o que, quando e como.

A relação cultura/poder nas instituições de saúde é regida por um forte aparato disciplinar, que, em geral, é justificado pela responsabilidade que reveste as atividades que ali são desenvolvidas. Entretanto, muitas vezes, o controle como elemento sempre presente no gerenciamento em saúde recai sobre os agentes que desenvolvem essas atividades, sob a égide da responsabilidade individual em detrimento da responsabilidade coletiva.

Assim, a obediência a horários preestabelecidos, protocolos, procedimentos, programas e propostas assistenciais, bem como a ênfase na responsabilidade individual, passa a ter, além da importância própria da dimensão técnica, diferentes significados de acordo com interesses dos grupos. Muitas vezes, a responsabilidade dos resultados é igualmente compartilhada pelos diferentes níveis decisórios e agentes que militam na instituição. Entretanto, o poder e a autonomia, compatíveis com essa responsabilidade, nem sempre são igualmente compartilhados. Por isso, regulamentos, regimentos, normas, diretrizes e políticas são formalmente explicitados e valorizados pelas instituições, tornando-se efetivo instrumental no gerenciamento do pessoal.

Para Fleury e Fisher (1989), a regulamentação é um instrumento eficaz de poder, pois define a “normalidade” em termos de comportamento. Assim, homogeneíza todos, ocasionando a classificação e a hierarquização.

Outro valor considerado nas instituições de saúde diz respeito à dimensão técnico-científica. Esse valor é compatível com a valorização que o mundo

atual atribui ao conhecimento científico, a saberes específicos e ao desenvolvimento e apropriação de novas tecnologias. Assim, propostas grupais e institucionais que visam à capacitação e à atualização técnico-científica dos agentes são valorizadas tanto pelos profissionais como pelas instituições.

Outro aspecto a ser pensado na realidade do trabalho em saúde é o convívio com o sofrimento e a morte. Talvez a exagerada importância dada à tecnologia somada à banalização do sofrimento sejam maneiras de diminuir as cargas psíquicas decorrentes desse trabalho.

Por outro lado, todas as propostas de desenvolvimento e de capacitação técnico-científica guardam um significado ético-político. Como já considerado neste capítulo, a escolha de conteúdos programáticos, as diferentes estratégias adotadas e a avaliação dos resultados não acontecem ao acaso, pois visam influenciar e direcionar o desempenho humano na instituição.

Programas de orientação para recém-admitidos, além de orientá-los sobre direitos e deveres, função e atividades específicas, missão e estrutura organizacional, resultam, muitas vezes, e de acordo com os interesses do grupo de poder, em propostas modelares, ou seja, definidoras dos comportamentos aceitos na instituição. Frequentemente, os agentes que operacionalizam as propostas de capacitação o fazem de modo alienado, sem se dar conta de que, subjacente às escolhas feitas nesse nível decisório, está a intencionalidade de agentes de outros níveis decisórios para a conformação de comportamentos desejados.

Segnini (1988), pesquisadora de cultura organizacional, reforça essa ideia ao afirmar que a organização cria formas de controle social sobre seus funcionários por meio do processo de treinamento.

Os eventos científicos que são organizados pelos profissionais da instituição, os temas de estudos e pesquisas que ali acontecem e a participação em cursos e eventos externos à organização também guardam forte relação com a cultura organizacional, mostrando o que é valorizado institucionalmente.

Sem a pretensão de esgotar as diferentes possibilidades de reflexão sobre cultura e poder nas organizações de saúde, uma última consideração diz respeito às relações que se dão entre os diferentes sujeitos sociais que prestam serviços na instituição e os que recebem esses serviços. Dependendo das mesmas variáveis constitutivas da cultura organizacional e do poder que

permeia as relações do trabalho que nelas se desenvolvem, somados às diferentes realidades de poder econômico existentes nas organizações de saúde, concretiza-se a relação entre o grupo que assiste e o grupo assistido.

A simbologia própria do ambiente, a área física, os equipamentos, as vestimentas, a linguagem usada pelo grupo que assiste e o sigilo de que se reveste o uso das tecnologias, das intervenções e dos registros conformam-se, para quem é assistido, como um espaço onde a determinação dos direitos e deveres de ambos os grupos é prerrogativa do grupo que assiste. Na verdade, a maneira como se estabelecem as relações de poder entre os diferentes agentes que assistem repete-se nas relações entre o grupo que assiste e o grupo assistido. Entretanto, essa relação é intensificada pelo poder de controle exercido pelo grupo que assiste e pela fragilidade em que se encontra o grupo assistido.

O controle exercido pelo grupo assistido sobre o grupo que assiste ocorre apenas em função do poder econômico, uma vez que o grupo assistido não partilha da cultura organizacional com as mesmas vivências do grupo que assiste, não tem o poder do conhecimento que embasa o trabalho que ali se desenvolve, não participa da determinação dos processos de trabalho e da dinâmica organizacional, e não permanece e interage de maneira continuada, como acontece com os agentes sociais da instituição.

No contexto da realidade brasileira, a participação e o controle da sociedade, ou melhor, dos sujeitos sociais assistidos nas instituições de saúde, ainda é um horizonte a ser alcançado.

O poder nas relações multiprofissionais

Sem a pretensão de explicar o complexo processo das relações profissionais, pode-se refletir sobre alguns fatores que ajudam no entendimento desse fenômeno e, assim, tentar conduzir, de maneira mais consensual e humana, as decisões que envolvem o convívio no trabalho.

Nessa direção, serão discutidos elementos que integram o gerenciamento de recursos humanos em saúde e outros que permeiam as relações entre profissionais, como o poder, a cultura e as políticas.

O enfoque nesses tópicos objetiva a capacitação do enfermeiro na formação de competências ético-políticas e socioeducativas, por serem estas as menos trabalhadas pelos profissionais, mas as que melhor demarcam o espaço ocupado e as relações entre os trabalhadores.

O enfermeiro, no que se refere à dimensão técnico-científica, desenvolve seu trabalho no campo da saúde individualmente; porém, sem dúvida, esse esforço compõe um serviço coletivo, uma vez que existe divisão do trabalho tanto entre os diferentes elementos da equipe de enfermagem (enfermeiro, técnico e auxiliar de enfermagem) como entre os diversos profissionais que assumem distintas áreas de atuação e que compõem a equipe de saúde (médico, enfermeiro, nutricionista, psicólogo, fisioterapeuta, fonoaudiólogo e outros).

Um aspecto importante a ser considerado nessa divisão de trabalho é que, além de os diferentes profissionais assumirem diversas áreas de atuação, sendo cada uma referente a um saber e a um fazer específico, esse trabalho é marcado por desigualdades nas relações de poder que ocorrem entre os diferentes profissionais, o que caracteriza a existência de uma divisão técnica e social do trabalho.

Outro ponto a ser considerado diz respeito a como se dá a relação entre esses profissionais e entre eles e a organização na qual desenvolvem o trabalho.

É possível considerar, no resgate do cotidiano, em que se desenvolve o trabalho e o convívio entre os profissionais; e entre eles e as organizações de saúde, as seguintes premissas:

•

O trabalho deve ser competitivo frente ao mundo globalizado

•

O domínio atualizado da tecnologia é um dos indicadores de desempenho individual e organizacional

•

O fator econômico é o elemento determinante na avaliação dos resultados organizacionais.

A precariedade dos vínculos empregatícios, como ocorre na terceirização, a má remuneração do trabalhador, a dupla jornada de trabalho e a sobrecarga de trabalho, entre outras causas, interferem e/ou determinam "como" se dão e explicam, em parte, "por que" ocorrem as relações técnicas e sociais no trabalho.

Nesse contexto, as organizações têm estruturas formais (organogramas) que guardam um desenho de forma piramidal em que, no vértice, está o grupo que delibera, composto por poucos agentes, tendo, na base, o maior número de agentes que são executores das deliberações do pequeno grupo.

Em contrapartida, a estrutura de poder configura-se em outra pirâmide que se sobrepõe à da estrutura formal de forma invertida: a base da pirâmide da estrutura de poder coincide com o vértice da pirâmide da estrutura organizacional.

Esse desenho explica como se estabelecem as relações de poder na organização, uma vez que evidencia como poucos agentes detêm um grande poder decisório, restando para grande número de agentes uma pequena parcela de poder.

Essa é uma das variáveis organizacionais que, quando reproduzida pelos demais profissionais nas relações de trabalho, referenda o modelo maior, é

aceita pela organização e promove relações assimétricas de poder entre os diferentes profissionais em todos os âmbitos da organização.

Para Felli e Peduzzi (2005), as transformações no mundo do trabalho impõem novas relações no mercado marcadas pela desregulamentação, levando à existência de novos mecanismos de gestão e à exigência de novos perfis profissionais. Esses perfis exigem, por um lado, a formação de competências que atendam às demandas organizacionais com maior produtividade em menor tempo, e, por outro, um desempenho multifuncional qualificado no mercado de trabalho.

Frente a essa realidade, políticas consensuais, novos mecanismos de gestão e revisão de competências profissionais devem ser considerados. Para essa tarefa, os profissionais terão de assumir responsabilidades tanto no que se refere à capacitação como às demandas que deverão encaminhar à organização para que as mudanças ocorram.

Assim, quanto aos novos mecanismos de gestão no âmbito da organização, existe a possibilidade de maior integração e articulação no trabalho desenvolvido entre os diferentes profissionais e entre os profissionais de uma mesma área, em contraposição ao trabalho fragmentado e justaposto que se desenvolve até então. Essa proposta caracteriza a formação e a efetivação de equipes, tornando necessária uma explicitação melhor dos conceitos de “trabalho em grupo” e de “trabalho em equipe”.

Sem dúvida, na área da saúde, estudos sobre cultura e poder nas organizações são importantes para explicitar essa dimensão organizacional ainda obscura. Entretanto, pesquisas ainda se encontram no plano discursivo, do sentir e do pensar, enquanto o cotidiano vivido é algo concreto, que, para ser transformado, precisa de ações.

Referências bibliográficas

Bass BM. The Bass handbook of leadership, theory, research and managerial applications. New York: Free Press; 2008.

Berger PL, Luckmann T. The social construction of reality. New York: Archor Books; 1967. In: Fleury MTL, Fisher RM (Coords.). Cultura e poder nas organizações. São Paulo: Atlas; 1989.

Bezrukova K, Thatcher SM, Jehn KA et al. The effects of alignments: examining group faultlines, organizational cultures, and performance. J Appl Psychol. 2012; 97(77):-82.

Cecilio LCO, Moreira ME. Mecanismos de controle, disputa de interesses e conflito: a trama de poder nas organizações de saúde. RAP.

2002; 36(4):587-608.

Felli VEA, Peduzzi M. O trabalho gerencial em enfermagem. In: Kurcgant P. (Coord.). Gerenciamento em enfermagem. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2005.

Fleury MTL, Fisher RM (Coords.). Cultura e poder nas organizações. São Paulo: Atlas; 1989.

Foucault M. Microfísica do poder. 14. ed. Rio de Janeiro: Graal; 1999.

Geertz C. The interpretation of culture. New York: Basic Books; 1973.

Lévi-Strauss C. Antropologie structurale. Paris: Plon; 1958.

Morgan G. Imagens da organização. São Paulo: Atlas; 1996.

Pagès M. O poder das organizações: a dominação das multinacionais sobre os indivíduos. São Paulo: Atlas; 1987.

Paz MGT, Neiva ER. Configurações do poder organizacional. In: Siqueira MM (Org.). Novas medidas do comportamento organizacional: ferramentas de diagnóstico e de gestão. Porto Alegre: Artmed; 2014.

Schein EH. Organizational culture and leadership. 4. ed. San Francisco: Jossey Bass; 2010.

Schein EH. Three cultures of management: the key to organizational learning in the 21st century. Sloan Manage Rev. 1996; 9-20.

Segnini L. A liturgia do poder: trabalho e disciplina. São Paulo: EDUC; 1988.

Srour RH. Poder, cultura e ética nas organizações. Rio de Janeiro: Campus; 1998.

Torelli CJ, Shavitt S. Culture and concepts of power. J Personal Soc Psychol. 2010; 99:703-23.

2 Ética e Gerenciamento em Enfermagem

Maria Cristina Komatsu Braga Massarol o

Maria de Fátima Prado Fernandes

Marcelo José dos Santos

Introdução

Para muitas empresas, a adoção de uma postura ética está relacionada com a possibilidade de sobrevivência (manutenção da imagem e da confiança pública na reputação da empresa e prevenção dos altos custos impostos

pelos escândalos), podendo vir a ser, inclusive, uma vantagem diferencial entre elas (Nash, 2001; Srour, 2000). A ética deve ser considerada como parte essencial da política da organização e imprescindível para o seu desenvolvimento e crescimento, uma vez que a opção por valores que humanizam o processo de trabalho e a relação com os clientes traz benefícios para a própria empresa e para a sociedade.

Nas instituições de saúde essa preocupação vai além, pois o foco da atenção são pessoas que necessitam de assistência, e a natureza da atividade desenvolvida pode provocar consequências irreversíveis, e até fatais, quando realizadas inadequadamente. Soma-se a essa situação o contexto de recursos humanos, materiais, físicos e financeiros acentuadamente limitados, em que as condições de trabalho nem sempre são as mais favoráveis, e a assistência, muitas vezes, é prestada em uma situação de risco, tanto para a clientela quanto para os profissionais. Devem ser lembradas ainda as inúmeras situações de desrespeito aos direitos dos usuários pelas ações e pelos serviços de saúde nas instituições.

Essa constatação deixa patente que o gerenciamento como função integrante das instituições de saúde envolve uma dimensão ética, uma vez que as decisões nesse âmbito não afetam somente o serviço em que uma decisão é tomada, mas também a instituição, os trabalhadores, os usuários, os familiares e a comunidade. Como afirma Srour (2000), as decisões gerenciais não são inócuas ou isentas, pois carregam um enorme poder de irradiação pelos efeitos que provocam nos agentes dos ambientes interno e externo, que mantêm vínculo com a organização, evidenciando que as questões éticas são inerentes ao processo administrativo.

Nas instituições de saúde, outros fatores concorrem para a evidência da dimensão ética do gerenciamento: o reconhecimento do poder de interferência dos profissionais de saúde na vida dos usuários dos serviços; o surgimento de novas realidades decorrentes dos intensos avanços científicos e tecnológicos, que trazem muitos benefícios e conflitos para a humanidade; a pluralidade moral existente na sociedade, não havendo normas únicas para resolver as diversas situações; as características da clientela, em especial a condição vulnerável dos usuários dos serviços de

saúde; e a precariedade do sistema de saúde, que acarreta dificuldades de acesso e provoca deficiências na assistência. Entretanto, para que haja a valorização das questões éticas no gerenciamento, é imprescindível reconhecer que elas existem e qual o seu significado nesse contexto. Para a solução de um conflito, deve-se considerar a avaliação do fato de maneira reflexiva e ponderada.

Uma reflexão ética indaga criticamente sobre a consistência e a coerência dos valores que norteiam as ações, buscando sua fundamentação para que tenham significado autêntico nas relações sociais (Rios, 1995). A tarefa da ética é a procura e o estabelecimento das razões que justificam "o que deve ser feito", e não "o que pode ser feito"; logo, a ética pode ser considerada como uma questão de indagação, e não de normatização do que é certo e do que é errado. Os atos éticos devem ser livres, voluntários e conscientes (Ribeiro, 1996); assim, ética é a reflexão crítica sobre o comportamento humano, no sentido de interpretar, discutir e problematizar os valores, os princípios e as regras morais, à procura do "bom" para a vida em sociedade (Zoboli e Fortes, 2002).

Uma ética pensada para todos os homens é uma abstração, pois cada cultura, raça, grupo e até mesmo cada pessoa tem a sua maneira própria de compreender e articular o sentido da vida humana, evidenciando a existência de diversos valores e princípios que justificam o posicionamento frente às várias situações (Oliveira, 1995). Desse modo, as questões éticas podem ser analisadas sob diferentes perspectivas para uma tomada de decisão.

Fatores que interferem nas decisões éticas

Existem diversos fatores que influenciam a tomada de decisão organizacional: individuais, profissionais, organizacionais, ambientais, sociais, políticos, econômicos, éticos e legais.

Ferrell et al. (2001) consideram como principais fatores que interferem nas tomadas de decisões éticas a identificação da gravidade da questão ética, os aspectos individuais, a cultura organizacional, os terceiros significativos e a

oportunidade, que são inter-relacionados e que influenciam as avaliações éticas.

A *gravidade da questão ética* diz respeito à importância de que ela se reveste para quem vai tomar a decisão. Assume caráter pessoal e temporal, no sentido de serem levados em conta valores, crenças, necessidades, características especiais da situação e pressões pessoais frente às situações que se apresentam, influenciando a dimensão da sensibilidade. Por esse motivo, as questões éticas podem ser interpretadas de maneiras distintas por diferentes indivíduos.

Nash (2001) aborda a necessidade de as pessoas adquirirem habilidade para reconhecer e articular o componente ético de um problema, complementando que nem sempre a questão ética é identificada, já que, muitas vezes, as pessoas não param para pensar na presença dessa questão nas diferentes situações.

Por outro lado, a ocorrência frequente de infrações éticas causa o perigo de pessoas, organizações e sociedade se surpreenderem cada vez menos com esses acontecimentos, perdendo a capacidade de indignação e passando a não avaliar adequadamente a gravidade da situação. Outro grande risco é quando a sociedade começa a esperar que as pessoas tirem proveito das oportunidades para obter benefícios particulares, ajam irresponsavelmente e abusem de seu poder, passando essas situações a serem vistas como naturais.

Conforme citado anteriormente, os *aspectos individuais* comportam, dentre outros, idade, sexo, metas, interesses, necessidades e conjunto de valores, crenças e convicções pessoais. Esse conjunto de valores, crenças e convicções (assumidos por meio do desenvolvimento cultural e social e, portanto, podendo mudar de pessoa para pessoa e na mesma pessoa ao longo do tempo) é de importância crucial nas tomadas de decisões éticas, pois ajuda a compreender as decisões de um indivíduo na organização e ainda explica por que as pessoas tomam decisões diferentes em situações semelhantes. Nas organizações, esse conjunto pode ser influenciado também pela cultura organizacional e, principalmente, pela sensibilização relativa à dimensão ética.

Assim, as pessoas podem ser culturalmente diferentes e ter valores distintos, além de interpretar diferentemente as situações e diversificar suas decisões concernentes às mesmas questões éticas, demonstrando que podem usar distintos enfoques para tomar decisões.

A *cultura organizacional* pode ser concebida como um conjunto de valores, convicções, objetivos, normas, rituais e maneiras de resolver problemas compartilhados por seus membros.

Como a cultura reflete os objetivos e valores da instituição, ela tem um papel fundamental; afinal, quanto mais valorizada a dimensão ética na cultura da organização, mais provável a valorização dessa dimensão por seus membros. Por conseguinte, a reação da organização, nem sempre efetiva e eficaz frente aos casos de infrações éticas, faz com que muitos considerem a dimensão ética um aspecto que não merece atenção no desenvolvimento de suas ações.

Muitas vezes, os funcionários esforçam-se para cumprir as políticas e regras da instituição; porém, se a esta não explicita quais são suas normas e o que é esperado do funcionário, não promovendo qualquer tipo de sensibilização para a dimensão ética da atuação, alguns não cumprem as regras institucionais por não ter o esclarecimento das condutas adequadas. Nesse sentido, é importante explicitar quais são os valores da instituição no tocante à cultura organizacional, uma vez que, se a organização não define e não informa quais são as condutas esperadas, cada indivíduo estabelece as suas. Assim, deve haver a preocupação de promover e manter a sensibilização para a dimensão ética da atuação profissional, possibilitando que comportamentos éticos sejam a prática corrente na instituição.

Outro elemento bastante imbricado com a cultura organizacional e que exerce grande interferência na ética organizacional é o poder. Exercer poder é uma das maneiras de influenciar as decisões, incluindo as de cunho ético. O *status* e o poder de

membros da organização relacionam-se diretamente com o volume de pressão que podem exercer sobre os subordinados para que se conformem às suas expectativas. Uma pessoa em posição hierárquica superior pode

exercer pressão sobre os subordinados para que cumpram suas ordens, mesmo quando os valores deles colidem com os seus. Embora o poder em si não seja ético ou antiético, seu uso pode criar conflitos dessa natureza.

Os *terceiros significativos* são aqueles que exercem influência sobre o indivíduo ou grupo de trabalho, tais como colegas, outros profissionais, superiores, subordinados, dentre outros, e que produzem forte impacto nas decisões dos trabalhadores no dia a dia. A pessoa que convive muito próximo de quem não valoriza condutas éticas tem maior probabilidade de agir do mesmo modo no seu cotidiano. Na verdade, acredita-se que terceiros significativos podem mudar o sistema de valores inicial do indivíduo, e essa mudança, seja temporária ou permanente, parece mais pronunciada quando o terceiro significativo é um superior hierárquico. Além disso, elementos de posições hierárquicas mais elevadas podem produzir um efeito negativo na conduta ética dos subordinados, quando dão maus exemplos ou deixam de fazer a supervisão. Outro aspecto a ser considerado é a pouca experiência da pessoa no âmbito profissional, pois, quanto menos experiente, maior a possibilidade de ser influenciada.

A *oportunidade* diz respeito às circunstâncias que podem impedir ou incentivar a conduta ética. Relaciona-se com o contexto imediato do trabalho do indivíduo: onde trabalha, com quem trabalha e a natureza do trabalho. Algumas vezes, a cultura organizacional propicia a oportunidade, quando “apoia” decisões tomadas com a finalidade de aproveitar possibilidades de maximizar benefícios para a organização. A reação desta de estímulo, indiferença ou repressão ao comportamento dos indivíduos pode incentivar ou inibir a repetição do mesmo tipo de conduta.

Uma conclusão importante é que a tomada de decisão de natureza ética não depende estritamente dos valores e crenças dos indivíduos, mas também das organizações, que, por intermédio das suas culturas, constituem influência importante sobre o comportamento dos seus membros.

Nash (2001) reforça a necessidade de um posicionamento ético, firme e claro por parte dos dirigentes da organização, explicitando a importância do respeito pelos outros, da habilidade de reconhecer o lugar do outro e do

senso de compromisso com as pessoas (honestidade, justiça, cumprimento da palavra). Ele acrescenta que esses aspectos não derivam de um cálculo teórico, mas, sim, de um traço de caráter pessoal.

A ética no gerenciamento e a responsabilidade

O comportamento ético dos profissionais concretiza-se na medida em que eles contam com a sustentação dada pela cultura da organização e a consonância no desenvolvimento do trabalho técnico. Por outro lado, a conduta dos dirigentes não pode justificar as atitudes inadequadas ou a passividade dos profissionais frente às situações (Campos, 1994). Assumir posturas éticas na atuação profissional conduz à identificação de responsabilidades em diversos âmbitos, dentre eles, o individual, o grupal e o organizacional. As instituições precisam discutir qual a responsabilidade de cada profissional, de cada equipe, de cada serviço e a da própria organização.

A responsabilidade individual é inalienável a cada um pelo que faz. Todo o cuidado e sensibilidade são importantes para tomar uma decisão em uma organização, pois muitos são afetados pelo modo como se processa a tomada de decisão e por aquilo que se decide (Leisinger e Schmitt, 2001).

Falar em responsabilidade pressupõe também falar em liberdade, pois ambas são parceiras inseparáveis. A prática da liberdade exige mais do que um olhar superficial e imaturo para a realidade em que se vive. Exige um olhar reflexivo e uma autonomia pessoal, porque o indivíduo que exerce a liberdade responsabiliza-se pelos próprios atos, colocando como questão ética fundamental o compromisso em relação à decisão tomada (Ponce, 2000). Nesse sentido, compreender o que se passa no mundo depende do grau de maturidade de cada pessoa, de como ela trabalha com as diferenças e os conflitos do cotidiano e de outras variáveis que estão contidas em sua história de vida (Fernandes, 2001).

A ética supõe que as pessoas tenham liberdade e poder para considerar as diferentes posições frente às situações que se apresentam, analisar os aspectos favoráveis e desfavoráveis das distintas possibilidades de ação, e fazer a escolha. Assim, para a pessoa fazer uma escolha, além de ter

conhecimento da situação, dos valores e das crenças presentes, é importante conhecer as normas jurídicas e o código de ética profissional, uma vez que o desconhecimento não exime da responsabilidade. Nas instituições de saúde, onde há comissões de ética, estas podem ser solicitadas para dar suporte à tomada de decisão que envolve aspectos éticos. Quando essa consulta não for possível, é importante que a situação seja discutida com pessoas que possam trazer contribuições para a análise, pois se deve evitar que o sistema de valores de um indivíduo coloque empecilhos ao exame de todas as alternativas possíveis (Marquis e Huston, 1999). Por exemplo, diante da recusa de um paciente em receber transfusão sanguínea devido à sua crença religiosa, em situação de risco iminente de morte, não deve prevalecer a posição do profissional, de não aceitação diante de tal situação, mesmo que ele considere a recusa inaceitável.

A não assunção da responsabilidade pela organização pode dificultar ou impossibilitar a postura ética do profissional. A organização, ao não prover condições que dependem dela e, portanto, são de sua responsabilidade, para que o profissional desenvolva suas atividades, respeitando direitos e princípios éticos, estará interferindo na postura ética do profissional.

A ética e o contexto do gerenciamento em enfermagem

Gerenciar em enfermagem pressupõe a tomada de decisões, que depende do grau de autonomia do gerente de enfermagem e como se dá a sua relação com as pessoas e com a própria política da instituição, para desenvolver eticamente o seu processo de trabalho. Nos serviços de enfermagem, a cultura e o poder da organização também condicionam a forma de apreensão e de valoração dos acontecimentos a partir das relações que se estabelecem no cotidiano.

Deve-se ressaltar que o perfil do gerente e sua postura na tomada de decisões afetam significativamente os resultados dessas decisões, principalmente no que tange às inovações referentes à assistência, ao ensino e ao incentivo à pesquisa, como também à abertura de novos espaços de atuação do enfermeiro.

Muitas são as questões éticas relacionadas com o gerenciamento em enfermagem, as quais, frequentemente, assumem a dualidade entre aquilo que pode ser feito e aquilo que deve ser realizado. Existem valores morais diversos; contudo, a prática da enfermagem depende dos recursos disponíveis para acessar as escolhas. Muitas vezes, há limites, e a deliberação diante do que fazer, do que é prioridade e de menor risco, fica condicionada a processos predeterminados, oriundos das condições de trabalho.

A reflexão ética na prática profissional é um processo de aprendizagem permanente que requer a participação dos envolvidos em determinada situação, circunstância ou problema; afinal, todos devem trabalhar as questões éticas em suas atividades cotidianas. Há grandes conflitos e desafios enfrentados no dia a dia do gerenciamento em enfermagem. Uma situação bastante frequente é o desrespeito aos direitos dos usuários dos serviços de saúde, apesar da existência de instrumentos legais e deontológicos que respaldam esses direitos e dos debates ocorridos sobre o tema. Nesse contexto, reside a questão ética, que é a necessidade da convicção pessoal e da adesão institucional a valores e princípios, traduzidos em medidas administrativas para que esses direitos sejam respeitados, devendo ser identificado, na cultura da instituição, qual o valor dado aos direitos dos usuários dos serviços de saúde. Na prática profissional, principalmente em instituições hospitalares, o enfermeiro tem diversas oportunidades de facilitar e manifestar o respeito pelos direitos dos pacientes (Trevizan et al., 2002). Uma questão que se apresenta é o quanto a obediência às normas e rotinas institucionais prevalece sobre o respeito aos direitos dos usuários.

Na prática assistencial, uma ocorrência comum é o não reconhecimento, por parte dos profissionais, da autonomia dos usuários dos serviços de saúde, que se refere ao poder de tomar decisões relativas a sua saúde, seu bem-estar, seu tratamento e, enfim, sua vida mediante seus valores, crenças, necessidades, expectativas e prioridades. Liberdade e competência são condições fundamentais para a manifestação da autonomia. Um dos fatores dificultadores é a assimetria de poder existente entre os profissionais e os usuários. Nesse sentido, é preciso que os profissionais não

só reconheçam esse direito, mas também possibilitem a aquisição de competência por esses usuários, por meio de estratégias que aumentem o poder desse grupo vulnerável para que as escolhas sejam feitas frente às possibilidades oferecidas. A competência dos usuários poderá ser adquirida com os esclarecimentos necessários para que eles possam tomar as decisões, inclusive as relativas à prática de enfermagem.

O reconhecimento da autonomia do paciente pressupõe também a aceitação de que, muitas vezes, a decisão tomada pelo usuário poderá ser diferente daquela que possivelmente o profissional tomaria.

Ao mesmo tempo que ocorrem avanços científicos e tecnológicos tão intensos, muitas vezes, na prática assistencial, vive-se o conflito e a angústia de ter de decidir qual o paciente, dentre os que precisam, ocupará o leito disponível, ou, dentre os pacientes graves, qual receberá a única vaga da unidade de terapia intensiva (UTI). Os parcos recursos da saúde impõem a situação de ter de escolher, com sérias implicações éticas, como distribuir os recursos cada vez mais escassos para uma demanda progressivamente maior. A decisão deve ser criteriosamente fundamentada, com a participação das pessoas envolvidas.

Outra preocupação existente no gerenciamento em enfermagem diz respeito ao risco de a assistência à saúde ser desumanizada e despersonalizada com o crescente desenvolvimento e incorporação tecnológicos. Esse risco parece ser maior nas instituições que têm como foco o paradigma técnico-científico, centrado no conhecimento científico e na eficiência técnica, com a ênfase na tecnologia de ponta e na especialização. Em instituições assim caracterizadas, observa-se a tendência em tratar a doença, e não a pessoa (Martin, 2003). Nesse sentido, não deve ser permitido que o ser humano seja tratado como uma máquina a ser consertada, sendo esquecidas suas dimensões psíquica, social, cultural e espiritual.

Uma situação que, com frequência, provoca conflito aos profissionais, remetendo a uma reflexão ética, é a assistência aos pacientes terminais, ou seja, aqueles para os quais foram esgotadas as possibilidades terapêuticas de cura ou prolongamento da vida de maneira digna. Com os avanços

tecnológicos, torna-se cada vez mais difícil o estabelecimento do limite de introdução de suportes, e encaminhar o doente para a UTI acaba se tornando uma atitude automática. A conduta de não intervir dificilmente é tomada tranquilamente diante dessa realidade. A preocupação da enfermagem deve ser a de manter a dignidade, a tranquilidade e o alívio do paciente até o final de seus dias.

Para o enfrentamento dessas situações, muitas vezes são necessários posicionamentos nos quais existem conflitos de valores, prioridades diferentes e compromissos diversos relacionados com o indivíduo, a família, a sociedade e a profissão.

Muitas dessas questões éticas, que frequentemente expressam profundos problemas, não têm uma resposta pronta, que possa

ser encontrada nos códigos de ética ou nas leis (Davis, 1999), requerendo reflexão e discussão ética que possibilitem uma tomada de decisão.

Outro enfoque que deve ser ressaltado quando se trata de ética e gerenciamento em enfermagem é o referente à administração de recursos humanos, pois os vários instrumentos do processo de trabalho de administrar (dimensionamento, recrutamento, seleção e distribuição de pessoal, educação continuada, supervisão e avaliação de desempenho) englobam uma dimensão ética.

No contexto da distribuição de pessoal, Farias (2015) identifica algumas situações causadoras de conflito. Dentre elas está a confecção de escala de enfermagem, que visa manter uma assistência segura e de qualidade, concomitante ao desejo de atender às solicitações de folgas da equipe e à distribuição exequível da carga de trabalho, dentro das limitações laborais dos profissionais que compõem o quadro de enfermagem. A autora acrescenta, ainda, que há situações em que a instituição exerce pressão para que ocorra redução no quadro de pessoal; nesse cenário, o enfermeiro se vê obrigado a estabelecer critérios para selecionar os membros que serão desligados.

Considerações finais

As questões éticas fazem parte do cotidiano do gerenciamento em enfermagem. O conhecimento da situação, o uso dos instrumentos éticos e legais e o reconhecimento dos valores, crenças e convicções presentes nas situações propiciam tomadas de decisões respaldadas por preceitos éticos, fortalecendo o compromisso profissional. Os profissionais de enfermagem devem adotar uma postura ética e, de modo reflexivo, devem buscar conhecimento, trabalhando conflitos éticos que emergem no processo de trabalho, e participar dos processos decisórios.

Os profissionais tomarão decisões respeitando os princípios fundamentados na ética, quanto mais reflexões e discussões éticas ocorrerem na prática profissional, quanto mais participação houver no processo decisório, quanto mais valorização dessa dimensão houver na cultura do serviço e da organização, e quanto maior for a sensibilização das pessoas frente às questões éticas.

Assim, é desejável que os gerentes de enfermagem planejem, junto às suas equipes, ações que viabilizem a assunção de condutas éticas pelos profissionais.

Referências bibliográficas

Campos GWS. A ética e os trabalhadores de saúde. Saúde em Debate. 1994; 43:60-3.

Davis AJ. Las dimensiones éticas del cuidar en enfermería. Enfermería Clínica. 1999; 9(1):21-8.

Farias DECS. Conflitos éticos no gerenciamento de enfermagem: da percepção à tomada de decisão [tese]. São Paulo: USP; 2015.

Fernandes MFP. Postura ética e a interação grupal. Rev Nursing. 2001; 36:20-3.

Ferrell OC, Fraedrich J, Ferrell L. Ética empresarial: dilemas, tomadas de decisões e casos. 4. ed. Rio de Janeiro: Reichmann & Affonso; 2001.

Leisinger KM, Schmitt K. Ética empresarial: responsabilidade global e gerenciamento moderno. Rio de Janeiro: Vozes; 2001.

Marquis BL, Huston CJ. Administração e liderança em enfermagem: teoria e aplicação. 2. ed. Porto Alegre: Artes Médicas Sul; 1999.

Martin LM. A ética e a humanização hospitalar. O Mundo da Saúde. 2003; 27(2):206-18.

Nash LL. Ética nas empresas. São Paulo: Makron Books; 2001.

Oliveira MA. Ética e práxis histórica. São Paulo: Ática; 1995.

Ponce BJ. Ética e vida social. Guia de estudos e manual de trabalho (marco curricular) para professores de fundamentos de filosofia e sociologia. São Paulo: Fundação Bradesco; 2000.

Ribeiro RJ. Ética é uma questão de indagações. Cremesp. 1996; 16(108).

Rios TA. Ética e utopia. In: Martini A et al. O humano, lugar do sagrado. São Paulo: Olho d'Água; 1995.

Srour RH. Ética empresarial. Rio de Janeiro: Campus; 2000.

Trevizan MA, Mendes IAC, Lourenço MR et al. Aspectos éticos na ação gerencial do enfermeiro. Rev Latino-Am Enfermagem. 2002; 10(1):85-9.

Zoboli ELCP, Fortes PAC. Ética e gestão em serviços de saúde. In: Cianciarullo TI, Cornetta VK. Saúde, desenvolvimento e globalização: um desafio para os gestores do terceiro milênio. São Paulo: Ícone; 2002.

3 Trabalho Gerencial em Enfermagem

Vanda Elisa Andres Fel i

Marina Peduzzi

Valéria Marli Leonel o

Contexto do trabalho gerencial em enfermagem

Ao analisarmos o contexto atual do trabalho de enfermagem, avançamos da conceituação realizada por Felli e Peduzzi (2010) em edição anterior deste livro. A partir das conceituações de “trabalho” (Marx, 1982), “processo de trabalho gerencial”

(Castellanos et al., 1989) e “determinantes do processo de trabalho gerencial em enfermagem” (Gomes et al., 1997; Soares, 2000), e dos conceitos de gerência nos diferentes modelos (racional e histórico) e suas dimensões (Mishima et al., 1997; Felli, 2002), propomos explorar como os enfermeiros vêm exercendo o gerenciamento, quais as tendências e quais as potencialidades. É certo que a conceituação realizada é ainda atual, uma vez que a produção científica mais recente a respeito ainda é escassa.

Atualmente, e ainda como consequência da globalização e das políticas de recorte neoliberais, o trabalho de enfermagem é impactado e se reorganiza.

O cenário de crise financeira mundial, iniciado em 2008 (com cortes significativos no financiamento dos sistemas de saúde de todo o mundo), aliado à mudança no perfil epidemiológico (como o aumento da expectativa de vida populacional e das doenças crônicas, a incorporação tecnológica e a elevação dos custos do sistema de saúde), impacta e continuará a impactar na força de trabalho em saúde, bem como na reorganização dos processos de trabalho, dentre eles o de enfermagem (Ono et al., 2013; Dal Poz, 2013).

Estudo recente sobre o trabalho em enfermagem desenvolvido em três hospitais com modelos de gestão distintos (administração pública, terceirização para organizações sociais de direito privado e iniciativa privada) analisa suas características de trabalho relacional cujo objeto é o cuidado, sob a organização pós-fordista do capitalismo financeirizado (Souza, 2015). O estudo mostra que a organização do trabalho de enfermagem fundamentada no fluxo tensionado, com ritmo intenso e sobrecarga na execução das ações de cuidado, provoca desgaste físico e psicológico e, eventualmente, erros. O autor afirma que:

Para nós, a relação desproporcional entre a quantidade de profissionais e o fluxo de pacientes é o principal aspecto do modelo flexível na racionalização do trabalho em enfermagem, ou seja, o número de pacientes, o grau de complexidade e, consequentemente, os procedimentos de cuidado requeridos são executados por uma quantidade de profissionais sempre abaixo do necessário. Essa inadequação tornou-se *modus operandi* "naturalizado" de todas as instituições, a ponto de os profissionais entrevistados não conseguirem sequer imaginar outra condição de trabalho (Souza, 2015).

Destaca-se a contribuição de Souza (2015), pois sua revisão de literatura sobre o trabalho de enfermagem mostrou: aumento da produção nos anos 2000, crescente abordagem dos aspectos microssociais relacionados com a esfera dos sujeitos no cotidiano dos serviços e um vazio importante de estudos da esfera macrossocial do trabalho, a despeito das mudanças

acarretadas pela globalização e financeirização dos mercados e suas implicações na área de enfermagem (Mandú et al., 2012).

Outro estudo corrobora esses resultados ao assinalar que, a partir de meados da década de 1990, houve um redirecionamento das pesquisas do trabalho em saúde e enfermagem, no sentido de flexibilizar o determinismo estrutural e a abordagem macrossocial e destacar a dinâmica das relações sociais cotidianas trabalhador/usuário e trabalhador/trabalhador (Carvalho et al., 2012). Ao se adotarem outras vertentes teóricas associadas ao referencial marxiano do trabalho (análise institucional, psicodinâmica do trabalho e teoria da ação comunicativa), os estudos mostram uma tendência a enfatizar e aprofundar a análise da dimensão intersubjetiva e minimizar os aspectos estruturais. Por isso, estudos como o de Souza (2015) são bem-vindos e ajudam a colocar o foco sobre os impactos do modelo de produção flexível, pós-fordista, sobre os profissionais de enfermagem e sua prática heterogênea, executada por enfermeiros e profissionais de enfermagem de nível médio, auxiliares e técnicos de enfermagem.

Segundo a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), a enfermagem tem um papel importante no contexto das últimas décadas, pois representa mais de 60% da força de trabalho em saúde no mundo e cobre cerca de 80% das necessidades de cuidado. Mais de 5 milhões de profissionais de enfermagem estão localizados nas Américas, com forte concentração na América do Norte, que tem cerca de 3 milhões desses trabalhadores (OPAS, 2015).

No Brasil, segundo os dados da última pesquisa sobre o perfil da enfermagem (Cofen, 2015), a força de trabalho de enfermagem é constituída por cerca de 1.800.000 trabalhadores, que representam 50% dos profissionais da área da saúde, sendo 80% de técnicos e auxiliares de enfermagem, e 20% de enfermeiros; a maioria é de mulheres (84,6%) e se concentra na região Sudeste do país (55,6%). A pesquisa ainda revela que os melhores salários se encontram no setor público, o qual privilegia mais a jornada de 30 horas, quando comparado ao setor privado (Cofen, 2015). Depreende-se do estudo que existem cerca de 360.000 enfermeiros, o que configura um quadro de trabalhadores de enfermagem no qual, a cada 10

trabalhadores, dois são enfermeiros. Esse perfil, que tem se mantido ao longo de décadas, mostra os enfermeiros predominantemente envolvidos com ações de gerenciamento em diferentes níveis. Atualmente, há muitos enfermeiros que assumem a gestão nas secretarias de saúde estaduais e municipais, a coordenação da Atenção Básica (AB) nos municípios, a coordenação de unidades básicas de saúde, a coordenação de equipes de saúde da família, a direção de serviços de enfermagem e de unidades assistenciais na Atenção Especializada (AE) e ainda a prestação de cuidado direto aos pacientes e o gerenciamento do cuidado de enfermagem. Ao mesmo tempo que se reconhece a contribuição do profissional tanto na AB como na AE, a formação e a prática com tamanha diversidade de competências constituem grande desafio para a enfermagem e para os enfermeiros brasileiros.

No Brasil, estudos apontam a presença expressiva de enfermeiros na gestão, gerência de unidade e gerenciamento do cuidado na AB, relacionando-a com: o reconhecimento do compromisso desses profissionais com a saúde dos indivíduos e a coletividade, dada sua atuação em promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde; e a sua formação na área de administração e gerência e sua competência no que se refere a comunicação e interação com profissionais de outras áreas, na perspectiva interprofissional (Carvalho et al., 2014). Contudo, as autoras assinalam que a intensa participação dos enfermeiros na gerência da AB também está relacionada com a sua adesão aos modelos tradicionais de gestão e atenção à saúde, predominantemente (taylorista e biomédico), e o seu destacado posicionamento a favor do cumprimento de normas e regras sem questionamento. Cabe destacar que os demais profissionais, auxiliares e técnicos de enfermagem também atuam no apoio à execução de ações gerenciais, amparados nas lógicas referidas.

A Organização Mundial da Saúde (OMS, 2010) reconhece o papel crucial dos enfermeiros na melhoria dos resultados da saúde de indivíduos, famílias e comunidades. A instituição salienta que, atuando individualmente ou como membros e coordenadores de equipes interprofissionais, os enfermeiros prestam cuidado centrado nas pessoas mais próximas das comunidades onde são mais necessários, contribuindo, assim, para melhorar os

resultados da saúde e da relação custo/eficácia global de serviços. Também segundo a OMS, eles contribuem para a prevenção da doença e seu controle por meio de vigilância, detecção precoce e promoção da saúde e estilos de vida saudáveis; ajudam a promover e manter a saúde e o bem-estar de uma população em envelhecimento dentro da comunidade, alinhados ao conceito de envelhecimento ativo; podem contribuir para reduzir as mortes prematuras de recém-nascidos e mães; oferecem uma ampla gama de serviços em ambientes hospitalares de emergência por meio de cuidados paliativos; e são os principais intervenientes em situações de crise e pós-crise, contribuindo para a comunicação do risco, o planejamento de resposta e a participação multissetorial em programas de preparação para emergências (traumas, gestão para a saúde mental e reabilitação na recuperação pós-emergência).

Apesar da ampla contribuição, muitas vezes os enfermeiros não são identificados como pessoas-chave, como partes interessadas nas políticas de saúde. Por isso, a OMS (2010) propôs estratégias de fortalecimento para eles, com impacto no processo de trabalho gerencial:

•

Contribuição da enfermagem no desempenho do sistema de saúde, da prestação de serviços, da cobertura universal e do acesso universal no contexto brasileiro do Sistema Único de Saúde (SUS), bem como nos resultados de saúde por meio do

envolvimento ativo e de liderança de enfermeiros, em todos os níveis de desenvolvimento da política de saúde/programa e tomada de decisão

•

Desempenho de um papel proativo, no sentido de garantir que políticas de saúde, planos e decisões que afetam suas profissões sejam específicos e de acordo com os princípios de liderança, inclusive uma governança eficaz e prática regulamentada

•

Gerenciamento da força de trabalho, tornando-a capaz de cumprir, de modo consistente, padrões estabelecidos de cuidados e expectativas do público. Para tanto, as estratégias podem recorrer a recomendações com base em evidências e apoio técnico, a fim de melhorar a escala de pessoal, as competências, o desempenho e a mobilidade

•

As estratégias para educação, treinamento e desenvolvimento de carreira salientam o contínuo monitoramento, a avaliação e a pesquisa, visando fornecer subsídios para a formação de enfermeiros e outras categorias de trabalhadores da área de saúde que se relacionam com a enfermagem. É considerado que, nessa estratégia, uma ênfase especial deva ser mantida na melhora da qualidade e da mobilização de recursos humanos, materiais e financeiros.

Na perspectiva do objetivo de organizar o processo assistencial, novas tendências vêm sendo discutidas, como a prática com base em evidências e a enfermagem de prática avançada, que ampliam a prática clínica do enfermeiro. A liderança vem sendo retomada como ferramenta importante, não só para a organização da assistência, como também para o efetivo gerenciamento do cuidado. Essas tendências implicam a ampliação do papel gerencial do enfermeiro. A literatura, portanto, possibilita observar a tendência de ampliação da dupla dimensão do processo de trabalho de enfermagem e do enfermeiro: cuidado e gerenciamento do cuidado.

No que diz respeito ao cuidado direto a pacientes/usuários, família e comunidade, merece destaque a tendência de ampliação da atenção direta à saúde e da prática clínica dos enfermeiros, por meio da enfermagem de prática avançada.

Embora não seja o tema de análise deste capítulo, a seguir é destacado o fortalecimento da prática avançada de enfermagem, por representar movimento mundial na área.

A(o) enfermeira(o) de prática avançada (EPA) é definida(o) pelo International Council Nursing (ICN, 2014) como aquela(e) que adquiriu uma

base de conhecimentos especializados, habilidades na tomada de decisões complexas e competências clínicas para uma prática mais ampla, cujas características são moldadas pelo contexto e/ou país no qual ela(e) está credenciada(o) a praticar a profissão. O mestrado é recomendado para esse nível.

O relatório do Institute of Medicine (2011) também faz referência à prática avançada de enfermagem, definindo-a como um nível de formação que qualifica e desenvolve as competências necessárias aos enfermeiros para o atendimento das necessidades de saúde nos diferentes níveis de atenção. Embora o relatório reconheça a capacidade do enfermeiro para oferecer e melhorar o cuidado centrado nos usuários, com base em evidências, há barreiras que precisam ser transpostas para transformar o processo de trabalho, o escopo da prática, a formação e a força de trabalho desse profissional. Dentre as barreiras, destacam-se a resistência de outros profissionais de saúde à ampliação das funções dos enfermeiros e a consequente falta e/ou insuficiente regulação dessas funções, bem como a necessidade de melhoria dos processos de formação profissional.

Para enfrentar essas barreiras, é preciso um investimento político em todo o sistema, reconhecendo e apoiando o papel do enfermeiro (IOM, 2011). Nesse sentido, existe a Resolução 52 da OPAS sobre a política Recursos Humanos em Saúde, que preconiza a melhoria do acesso de profissionais de saúde capacitados aos sistemas de saúde baseados na atenção primária à saúde (OPAS, 2013), recomendando aos países das Américas o aumento do número de vagas de enfermeiros de práticas avançadas.

A(o) enfermeira(o) de prática avançada, na maioria dos países, foi capacitada(o) para atuar em atividades que vão além daquelas realizadas por enfermeiras(os) generalistas.

No Brasil, a implantação do Programa Saúde da Família, em 1994, e, posteriormente, da Estratégia Saúde da Família levou ao crescimento do número de enfermeiros na AB e à sua maior atuação no cuidado direto a usuários, famílias e comunidade, possibilitando reorientar a prática de enfermagem na perspectiva clínica do cuidado (Matumoto et al., 2011).

Contudo, as autoras analisam que a clínica ampliada aponta como caminho do cuidar a construção em equipe e a necessidade de revisão e ressignificação das linhas que demarcam os territórios de atuação profissional (Matumoto et al., 2011).

Observa-se tendência mundial de reconhecimento do caráter interprofissional das práticas de saúde e da formação dos profissionais de saúde, acentuada pela mudança do perfil demográfico e epidemiológico das populações nos diversos países e pela complexidade crescente das necessidades de saúde e da rede de serviços de saúde (Peduzzi et al., 2013; WHO, 2010; Frenk et al., 2010).

Essas mudanças provocaram, ao longo das últimas décadas, a ampliação do escopo de prática das profissões da saúde, no sentido de criar condições para atuação de cada área profissional com todas as respectivas competências previstas na formação. Isso levou a maior sobreposição das fronteiras das áreas e à configuração de um leque de competências de três modalidades: específicas de cada área, comuns do campo da saúde e colaborativas (Barr, 1998; Barr et al., 2005). As competências colaborativas, que têm potencial para enfrentar e minimizar a fragmentação dos serviços e o isolamento das práticas profissionais, foram definidas por um grupo de estudo canadense e podem ser consideradas referência também para o contexto do SUS no Brasil. São elas: comunicação interprofissional, atenção centrada no paciente, clareza do trabalho e papel

dos diferentes profissionais, dinâmica de funcionamento da equipe, liderança colaborativa e resolução de conflitos interprofissionais (CIHC, 2010).

Orchard et al. (2010) apontam que os profissionais de enfermagem são o maior grupo nos sistemas de saúde de vários países e estão quase sempre inseridos em equipes de saúde, de modo que farão diferença se saírem do seu isolamento e da reiteração da ordem institucional e mudarem efetivamente o foco de seu trabalho para as necessidades dos pacientes, dos familiares e da comunidade. Os autores destacam que isso significa estimular a participação dos pacientes, familiares e da comunidade na tomada de decisão sobre seu plano de cuidado de maneira também

compartilhada com os demais profissionais da equipe. Outro estudo também destaca a contribuição dos enfermeiros na maior sinergia do trabalho em equipe e melhor tomada de decisão sobre o cuidado dos pacientes, visto que esses profissionais são reconhecidos como um centro de recepção e divulgação de informações nos diversos serviços de saúde (Propp et al., 2010).

Entretanto, esse cenário torna mais visíveis tensões e contradições entre: de um lado, a crescente valorização do trabalho em equipe e da prática interprofissional colaborativa centrada no paciente (para enfrentamento da complexidade e da fragmentação das práticas de saúde e enfermagem) e a permanente busca por assegurar acesso e qualidade à atenção à saúde (Morgan et al., 2015; Brandt et al., 2014; D'Amour et al., 2008); e de outro, a manutenção de estruturas organizacionais tradicionais, centralizadas e hierárquicas, e da dominação da área médica, que resiste em compartilhar o poder com as demais áreas profissionais e com os pacientes e seus familiares. Essas tensões, se não questionadas e enfrentadas, tendem a reforçar o convencional paradigma biomédico, em vez de impulsionar a mudança do modelo de atenção e de educação em saúde na perspectiva interprofissional (Fox e Reeves, 2015).

Portanto, é preciso estar atento às tendências atuais de ampliação da dupla face do processo de trabalho de enfermagem, em especial do enfermeiro, para que sejam orientadas no sentido das mudanças almejadas pelo SUS – modificações da atenção à saúde voltadas para as necessidades de usuários e da população, com mais claro delineamento do modelo de atenção centrado no usuário e interprofissional colaborativo, bem como mudanças do modelo de gestão e gerenciamento no sentido participativo, comunicativo e integrado à atenção à saúde e à educação na saúde.

O reconhecimento da articulação entre ações de cuidado de enfermagem e o seu gerenciamento levou ao que vários autores denominam "gerenciamento do cuidado" (Hausmann, 2006; Rossi e Lima, 2005; Rodrigues e Lima, 2004; Lima et al., 2000).

Muitas críticas são feitas ao gerenciamento, ou administração (aqui tratados como termos equivalentes), exercido pelo enfermeiro, em que existe um apego exagerado às normas e rotinas, com objetivos desvinculados da assistência ao paciente, e que identificamos como burocracia.

Ao abordarmos o processo gerencial em enfermagem, o fazemos conforme concebido por Castellanos et al., 1989; Gomes et al., 1997; Felli e Peduzzi, 2010, o que não se identifica com a burocracia, na medida em que tem como finalidade a assistência a indivíduos, famílias, grupos e coletividade. Há quase três décadas, Castellanos (1987) defendia que o ato de administrar do enfermeiro, em vez de ser negado, deveria ser tomado como um desafio para, em última instância, provocar a transformação desse processo de trabalho. Lima (1998) salienta que o papel gerencial do enfermeiro é reconhecido e valorizado pelos demais membros da equipe de saúde, uma vez que ele exerce inúmeras atividades que o tornam necessário e indispensável para garantir o desenvolvimento do trabalho coletivo envolvido no cuidado do paciente.

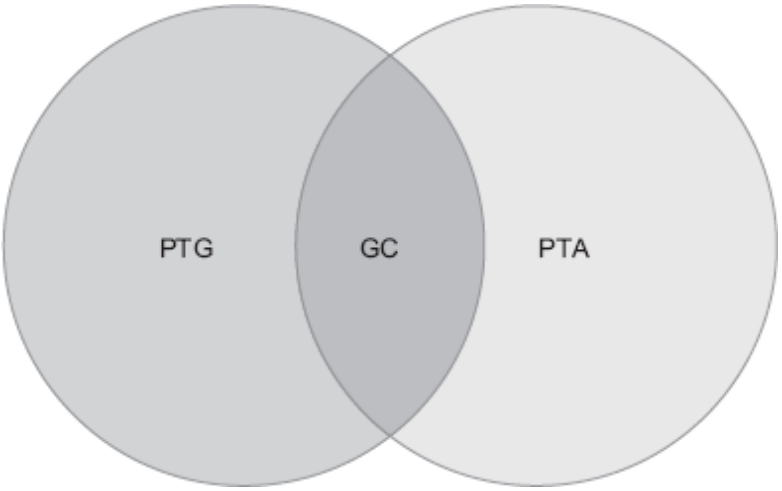
Hausmann (2006) identifica que o gerenciamento do cuidado refere-se ao "momento no qual há a articulação entre o processo de trabalho gerencial e assistencial para atender às necessidades dos pacientes, da equipe de enfermagem e da instituição" (Figura 3.1). Ele aponta, ainda, a sistematização da assistência de enfermagem (SAE) como um instrumento importante para o gerenciamento do cuidado.

O conceito de gerenciamento do cuidado é abstrato e dinâmico, e depende de a intencionalidade das ações estarem ou não voltadas para a assistência aos pacientes e clientes. Nesse sentido, diferencia-se do conceito de gerenciamento propriamente dito.

Santos et al. (2013), em uma revisão integrativa sobre as práticas de enfermeiros na gerência do cuidado em enfermagem, observaram que existem poucas definições na produção científica sobre o gerenciamento do cuidado porque ainda há um foco grande no gerenciamento dos serviços, associado a ações de "previsão, aquisição, transporte, recebimento, armazenamento, conservação, distribuição e controle" (Santos et al., 2013).

Já as definições encontradas pelos autores, referentes ao gerenciamento do cuidado, relacionam-se com uma prática mais ampla, a qual envolve ações de cuidado, administrativas, educativas e de pesquisa que resultam em benefício do paciente; logo, o gerenciamento do cuidado deve ser centrado no paciente e em suas necessidades. Observa-se também que é um processo “intransferível e exige um critério profissional que, desde o planejamento até a execução, responda aos padrões éticos, jurídicos e técnico-científicos que só se alcançam com uma formação superior” (Santos et al., 2013).

Outros autores já buscaram conceituar o gerenciamento do cuidado há pelo menos uma década. Rodrigues e Lima (2004), por exemplo, identificaram que havia uma multiplicidade nos papéis de enfermeiros em unidades de internação hospitalar,



com destaque ao gerenciamento relacionado diretamente com a operacionalização da assistência de enfermagem. Para os autores, o enfermeiro era o profissional da equipe de enfermagem mais preparado para a tomada de decisões, com segurança na avaliação dos pacientes, preocupando-se em prover e oferecer as condições necessárias para uma assistência de qualidade.

Os autores também concluíram que a multiplicidade do trabalho do enfermeiro faz dele uma referência não só para a equipe de enfermagem, mas também para os demais trabalhadores que compõem a equipe de

saúde. Isso porque são os profissionais que detêm o conjunto mais ampliado de informações relacionadas com a assistência prestada ao paciente. Os autores destacam:

Figura 3.1 Representação gráfica do gerenciamento do cuidado. (*Fonte*: adaptada de Hausmann, 2006.) PTG: processo de trabalho gerencial; GC: gerenciamento do cuidado; PTA: processo de trabalho assistencial.

Esse somatório de atividades é importante e demonstra a efetividade do trabalho do enfermeiro nesse contexto e o quanto são relevantes os papéis assumidos na organização e na execução do trabalho, auxiliando tanto no redirecionamento do tratamento e da terapêutica médica como no processo de tomada de decisão ou implementação da assistência (Rodrigues e Lima, 2004).

Entretanto, os próprios autores ressaltaram que, em muitas ocasiões, o enfermeiro sente-se vulnerável na equipe de saúde, principalmente quando tem de lidar com escassez de materiais e de profissionais no contexto de trabalho e seus efeitos na qualidade da assistência oferecida. Por isso, é necessário maior reconhecimento do enfermeiro nos papéis de decisão dos contextos, para que sua visão ampliada do gerenciamento do cuidado seja incluída nos processos de tomada de decisão estrutural das instituições.

Rossi e Lima (2005) também reiteraram a defesa de que o enfermeiro ocupe os espaços de decisão estratégicos para a garantia do cuidado. As autoras destacam que esse posicionamento frente à organização do trabalho é o que realmente caracteriza o gerenciamento do cuidado do enfermeiro, ou seja, como esses profissionais desenvolvem suas atividades, que saberes e instrumentais utilizam e a quem ou ao que respondem no contexto institucional.

[…] fazer gerenciamento do cuidado implica tê-lo como foco das ações profissionais e utilizar os saberes administrativos como mais uma tecnologia no sentido de sua concretizaíão. No caso específico da enfermagem, essa concretização pode ser através de ações diretas do profissional com o usuário, por intermédio de delegação e/ou articulação com outros profissionais da equipe de saúde. O enfermeiro gerencia o cuidado quando

o planeja, quando o delega ou o faz, quando prevê e provê recursos, capacita sua equipe, educa o usuário, interage com outros profissionais, ocupa espaços de articulação e negociação em nome da concretização e melhorias do cuidado (Rossi e Lima, 2005, p.

466).

As autoras destacam ainda que os modelos da administração clássica e científica e o modelo clínico da assistência precisam ser analisados e rediscutidos para que o gerenciamento do cuidado possa ser desenvolvido dentro de uma nova prática que leve em conta também os aspectos subjetivos das relações, o reconhecimento dos diferentes sujeitos que fazem parte desse processo de cuidar e a necessidade de colaboração. Desse modo, além da organização do trabalho, também será possível "construir sujeitos sociais nesse território singular de práticas" (Rossi e Lima, 2005).

Christovam et al. (2012) realizaram um estudo com o objetivo de construir uma definição teórica sobre o gerenciamento do cuidado em cenários hospitalares. A partir de técnicas relacionadas com a análise de conceito de produções científicas nacionais, as autoras concluíram que as ações do gerenciamento do cuidado relacionam-se com as ações de cuidado direto e indireto, instrumentais, realizadas pelo enfermeiro de maneira articulada com o objetivo de garantir um cuidado sistematizado e de qualidade aos pacientes. Elas definem que, dentre as ações, é necessário um conjunto de instrumentos gerenciais como coordenação, supervisão, comunicação, observação e delegação.

Já Santos et al. (2013) identificam outro conjunto de ações relacionadas com o gerenciamento do cuidado desenvolvido pelos enfermeiros: dimensionar a equipe de enfermagem; exercer liderança no ambiente de trabalho; planejar a assistência de enfermagem; educar/capacitar a equipe de enfermagem; gerenciar os recursos materiais; coordenar o processo de realização do cuidado; realizar o cuidado/e ou procedimentos mais complexos; e avaliar o resultado das ações de enfermagem (Santos et al., 2013).

Observa-se, portanto, que há ainda, na própria literatura nacional, um caminho a ser percorrido no que se refere ao consenso sobre o conceito de gerenciamento do cuidado. Entretanto, defende-se que, para além de uma "nova" expressão ou conceito, o "gerenciamento do cuidado" precisa se tornar exequível como parte do trabalho dos enfermeiros que compõem a rede de serviços em saúde no Brasil.

São muitos os desafios para que esse projeto alcance sua plenitude, pois há várias barreiras que podem dificultar ou mesmo minar essa prática de cuidado, e a primeira refere-se à formação. Como preparar enfermeiros capazes de desenvolver um gerenciamento do cuidado com base em tudo o que foi até aqui mencionado se ainda existe um cenário de formação que carece, dentre outros fatores, de regulação efetiva por parte do Estado a fim de garantir a qualidade dos cursos de enfermagem oferecidos no Brasil? Como desenvolver habilidades clínicas e gerenciais com uma política de formação que, embora tenha avançado em muitos aspectos, ainda possui brechas para que muitas instituições de ensino superior ofereçam o mínimo de experiências de aprendizado em campo, essenciais para esse tipo de formação?

Ainda que a formação inicial fosse capaz de desenvolver as competências necessárias ao gerenciamento do cuidado, como garantir que estas sejam desenvolvidas pelos profissionais em cenários de prática tão diversificados, marcados, muitas vezes, por oportunidades escassas de ações de educação permanente?

Na sequência, para além da formação, podemos nos indagar como garantir que profissionais competentes e com boa formação possam desenvolver o gerenciamento do cuidado em tais cenários, com escassez, insuficiência ou até mesmo ausência de condições mínimas de trabalho?

Essas são algumas das muitas barreiras que serão encontradas pela frente contra o avanço da prática gerencial de enfermagem e do gerenciamento do cuidado no país. Certamente, processos de educação permanente que promovam a reflexão sobre essa prática constituem um dos muitos caminhos a serem perseguidos pelos enfermeiros. Avançar no

gerenciamento do cuidado requer, portanto, um olhar atento para esses aspectos.

Considerações finais

Ao abordarmos o tema do trabalho gerencial do enfermeiro, o fazemos mediante as várias possibilidades que esse processo de trabalho encerra. É certo que são necessárias políticas sociais e de saúde, de recursos humanos e institucionais que precisam ser formuladas e implementadas. No entanto, relembramos que o processo de trabalho gerencial é um instrumento para alcançarmos a assistência e, como tal, contém a possibilidade de propor mudanças, implementá-las e instituir novas ações.

Esse é o grande desafio que 50% dos trabalhadores da saúde têm pela frente.

Referências bibliográficas

Barr H. Competent to collaborate: towards a competency-based model for interprofissional education. J Interprof Care. 1998; 12:181-7.

Barr H, Koppel I, Reeves S et al. Effective interprofessional education: arguments, assumption & evidence. Oxford: Blackwell; 2005.

Brandt B, Lutfiyya MN, King JA et al. A scoping review of interprofessional collaborative practice and education using the lens of the Triple Aim. J Interprof Care. 2014; 28(5):393-9.

Canadian Interprofessional Health Collaborative (CIHC). A national interprofissional competence framework. Vancouver: Canadian Interprofessional Health Collaborative; 2010.

Carvalho BG, Peduzzi M, Mandú ENT et al. Trabalho e intersubjetividade: reflexão teórica sobre sua dialética no campo da saúde e enfermagem. Rev Latin-Am Enfermagem. 2012; 20(1). [08 telas.]

Carvalho BG, Peduzzi M, Nunes EFPA et al. Gerência de unidade básica de saúde em municípios de diferentes portes: perfil e instrumentos gerencias

utilizados. Rev Esc Enferm USP. 2014; 48(5):907-14.

Castellanos BEP. O trabalho do enfermeiro: a procura e o encontro de um caminho para o seu estudo. Da abordagem mecânico-funcionalista à pesquisa emancipatória. 1987 [tese]. São Paulo: USP; 1987.

Castellanos BEP, Rodrigues AM, Almeida MCP et al. Os desafios de enfermagem para os anos 90. In: Congresso Brasileiro de Enfermagem, 41. 1989. Florianópolis. Anais... Florianópolis: ABEn; 1989. p. 147-69.

Christovam BP, Porto IS, Oliveira DC. Gerência do cuidado de enfermagem em cenários hospitalares: a construção de um conceito. Rev Escola Enfermagem da USP. 2012; 46(3):734-41.

Conselho Federal de Enfermagem (Cofen). Perfil de enfermagem no Brasil. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/pesquisa-inedita-traca-perfil-da-enfermagem_31258.html. Acesso em: 30 de outubro de 2015.

Dal Poz MR. The crisis of health workforce. Cadernos de Saúde Pública. 2013; 29(10):1924-6.

D'Amour D, Goulet L, Labadie JF et al. A model and typology of collaboration between professionals in healthcare organizations. BMC

Health Services Research. 2008; 8(1):188.

Felli VEA. A saúde do trabalhador e o gerenciamento em enfermagem [tese de Livre-docência]. São Paulo: USP; 2002.

Felli VEA, Peduzzi M. O trabalho gerencial em enfermagem. In: Kurcgant P (Coord.). Gerenciamento em enfermagem. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2010.

Fox A, Reeves S. Interprofessional collaborative patient-centred care: a critical exploration of two related discourses. J Interprofessional Care. 2015; 29(2):113-8.

Frenk J, Chen L, Bhutta ZA et al. Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world. The Lancet. 2010; 376(9756):1923-57.

Gomes ELR, Anselmi ML, Mishima SM et al. Dimensão histórica da gênese e incorporação do saber administrativo na enfermagem. In: Almeida MCP, Rocha SMM (Orgs.). O trabalho de enfermagem. São Paulo: Cortez; 1997. p. 229-50.

Hausmann M. Análise do processo de trabalho gerencial do enfermeiro em um hospital privado do município de São Paulo: possibilidades para o gerenciamento do cuidado [dissertação]. São Paulo: USP; 2006.

Institute of Medicine (IOM). Committee on the Robert Wood Johnson Foundation Initiative on the Future of Nursing. The future of nursing: leading change, advancing health. National Academies Press; 2011.

International Council Nursing (ICN). Nurse practitioner/advanced practice nurse: definition and characteristics. Nursing Matters; 2009.

Disponível em: https://acnp.org.au/sites/default/files/33/definition_of_apn-np.pdf. Acesso em: 24 de setembro de 2014.

Lima MADS. O trabalho de enfermagem na produção de serviços de saúde no modelo clínico [tese]. Ribeirão Preto, SP: USP; 1998.

Lima MADS, Gustavo AS, Coelho DF et al. Concepções de enfermeiras sobre seu trabalho no modelo clínico de atenção à saúde. Rev Bras Enferm. 2000; 53(3):343-54.

Mandú ENT, Peduzzi M, Silva AMN. Análise da produção científica nacional sobre o trabalho de enfermagem. Rev Enferm UERJ. 2012; 20(1):118-23.

Marx K. O capital: crítica da economia política. vol. 1. 8. ed. São Paulo: Difusão Editorial; 1982.

Matumoto S, Fortuna CM, Kawata LS et al. Nurses' clinical practice in primary care: a process under construction. Rev Latino-Am Enferm. 2011; 19(1):123-30.

Mishima SM, Villa TCS, Silva EM et al. Organização do processo gerencial no trabalho em saúde pública. In: Almeida MCP, Rocha SMM

(Orgs.). O trabalho de enfermagem. São Paulo: Cortez; 1997.

Morgan S, Pullon S, Mckinlay E. Observation of interprofessional collaborative practice in primary care teams: an integrative review. Int J

Nurs Stud. 2015. Disponível em: http://dx.doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2015.03.008. Acesso em: 30 de outubro de 2015.

Ono T, Lafortune G, Schoenstein M. Health workforce planning in OECD countries: a review of 26 projection models from 18 countries.

OECD Health Working Papers. 2013; 62.

Orchard C, King GA, Khalili H et al. Assessment of interprofessional team collaboration sacale (AITCS): development and testing of instrument. J Continuing Education in the Health Professions. 2012; 32(1):58-67.

Organização Mundial da Saúde (OMS). Strategic directions for strengthening nursing and midwifery services 2011-2015. Health Professions Networks, Nursing and Midwifery Office, Department of Human Resources for Health. Geneve: WHO; 2010. Disponível em: http://www.who.int/hrh/nursing_midwifery/en. Acesso em: 30 de outubro de 2015.

Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS). Organização Mundial da Saúde (OMS). Resolução CD52.R13. Recursos humanos em saúde: melhorar o acesso a profissionais de saúde capacitados em sistemas de saúde baseados na atenção primária à saúde. Washington, D.C.: OPAS; 2013.

Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS). La OPS/OMS destaca la necesidad de formar más personal de enfermería en América Latina y el Caribe. Disponível em: http://www.paho.org/hq/index.php?id=10948&lang=es&option=com_content&Itemid=1926. Acesso em: 30 de outubro de 2015.

Peduzzi M, Norman IJ, Germani ACCG et al. Educação interprofissional: formação de profissionais de saúde para o trabalho em equipe com foco nos usuários. Rev Esc Enferm USP. 2013; 47(4):977-83.

Propp KM, Apker J, Ford WSZ et al. Meeting the complex needs of the health care team: identification of nurse-team communication practices perceived to enhance patient outcomes. Qualitative Health Research. 2010; 20(1):15-8. Disponível em: http://qhr.sagepub.com/content/20/1/15. Acesso em: 14 de março de 2012.

Rodrigues FCP, Lima MADS. A multiplicidade de atividades realizadas pelo enfermeiro em unidades de internação. Rev Gaucha Enferm.

2004; 25(3):314-22.

Rossi FR, Lima MADS. Fundamentos para processos gerenciais na prática do cuidado. Rev Esc enferm USP. 2005; 39(4):460-8.

Santos JLG, Pestana AL, Guerrero P et al. Práticas de enfermeiros na gerência do cuidado em enfermagem e saúde: revisão integrativa. Rev Bras de Enf. 2013; 66(2):257-63.

Soares LTR. As atuais políticas de saúde: o Brasil no contexto das reformas neoliberais. In: Congresso Brasileiro de Enfermagem, 52.

Anais… Recife: ABEn; 2000.

Souza HS. A interpretação do trabalho em enfermagem no capitalismo financeirizado: um estudo na perspectiva teórica do fluxo tensionado [dissertação]. São Paulo: USP; 2015.

World Health Organization (WHO). Framework for action on interprofessional education & collaborative practice. Geneva: WHO; 2010.

4 Planejamento e Processo Decisório como Instrumentos do Trabalho Gerencial

Maria Helena Trench Ciampone

Daisy Maria Rizatto Tronchin

Marta Maria Mel eiro

Introdução

Diariamente o cérebro recebe milhares de informações, todavia somente uma pequena parte é arquivada na memória, a partir daquilo que faz sentido para o indivíduo, o qual é proveniente de suas crenças e valores. Com a mesma frequência, o ser humano é impelido a tomar um número elevado de decisões no cotidiano, como, por exemplo, que caminho fazer para ir ao trabalho de modo a enfrentar menos trânsito, ou como priorizar tantas atividades do dia a dia. É certo que muitas dessas decisões são automáticas e aleatórias, sem consciência do processo, das etapas percorridas e dos critérios utilizados para fazer as escolhas ou tomar as decisões.

Contudo, a necessidade de tomar decisões corretas não se restringe a essas situações corriqueiras. Em um mundo cada vez mais complexo e competitivo, com maiores exigências para que se tenha um bom desempenho no trabalho e onde é preciso decidir de modo assertivo, as decisões tomadas podem ser a chave para o sucesso ou insucesso pessoal e profissional. Assim, diante dessas situações complexas, não se pode simplesmente arriscar e fazer escolhas pelo processo de acerto ou erro.

Reconhecidamente, o erro pode ser fatal para um indivíduo ou para outros envolvidos em determinada situação. Uma parcela dos erros cometidos nos processos decisórios ocorre devido a falhas de informação ou de formação.

Nessa direção, cometemos erros por não estarmos devidamente preparados para analisar as situações complexas e para fazer escolhas de modo a percorrer todas as alternativas possíveis para a resolução de problemas.

Os estudiosos no assunto afirmam que as melhores decisões são tomadas quando detemos o conhecimento acerca dos componentes organizacionais e percorremos todas as fases do processo decisório.

Assim, este capítulo tem por finalidade sensibilizar os profissionais de saúde que ocupam posições de coordenação ou gestão de serviços ou de setores específicos para oportunidades de intervenção e de transformação da realidade, por meio do exercício do planejamento sistematizado e da análise de problemas, transcorrendo um processo decisório cuidadoso sem atropelar nenhuma de suas etapas essenciais. Por experiência, sabemos que, quanto mais urgente é a situação, mais pressionados ficamos para fazer escolhas que resolvam os problemas e, assim, tendemos a abreviar o seu processo de definição e explicação, busca e escolha de alternativas.

Isso posto, pretendemos defender a ideia de que a análise de problemas constitui-se de uma série de processos, que podem ser aprendidos para serem empregados como instrumentos do processo de trabalho gerencial. Esses processos auxiliam na qualificação das decisões dos profissionais de saúde e gestores de modo participativo, ouvindo todos os envolvidos na

situação e escolhendo ações que obtenham o máximo êxito na resolução de problemas, com menor custo e com o mínimo de desvantagens ou riscos para todos os envolvidos.

Nesse cenário, o planejamento do processo decisório é determinante para o gerenciamento de conflitos e para possíveis negociações entre os envolvidos.

Para tanto, procuraremos explicitar as bases conceituais e metodológicas, além das características dos processos de tomada de decisão e de planejamento segundo as perspectivas normativa e estratégica, discutindo as implicações dessas duas abordagens para o gerenciamento dos serviços de saúde.

O planejamento tem sido considerado um tema cada vez mais importante na vida do ser humano contemporâneo em três situações: como instrumento/atividade dos processos de gestão das organizações; como impulsionador de práticas sociais transformadoras; e como método de ação governamental no que se refere à produção de políticas (Mehry, 1994).

Sob essa ótica, o planejamento como instrumento do processo de trabalho gerencial pode ser definido como a arte de fazer escolhas e de elaborar planos para favorecer um processo de mudança. Compreende, assim, um conjunto de conhecimentos práticos e teóricos ordenados de modo a possibilitar a interação com a realidade e a programar as estratégias e as ações necessárias para alcançar os objetivos e metas desejados e preestabelecidos (Tancredi et al., 1998).

Quando se pensa em planejamento, a primeira ideia que se associa é a de conformação de uma ação no futuro. Para definir um pouco melhor o foco do planejamento, relacionando-o ao próprio trabalho na área de saúde, formulamos a seguinte interrogação: por meio do planejamento tem sido possível alcançar os resultados que desejamos? Se a reposta a essa indagação for afirmativa, poderemos deduzir que temos governabilidade em relação ao nosso processo de trabalho. Caso contrário, será importante indagar por que o planejamento não tem possibilitado seguir uma dada direção desejada.

Portanto, se os instrumentos utilizados para operar na realidade não forem os mais apropriados, o movimento da realidade, com toda a força e dinâmica que lhe são peculiares, imprimirá a direção a seguir, que pode não ser a pretendida, como a produção de serviços com a qualidade almejada.

É evidente que transformar a realidade não é tarefa simples; desse modo, a função do planejamento impõe uma série de variáveis que condicionam o êxito dos nossos propósitos.

O planejamento é um processo contínuo, que visa possibilitar uma postura ativa dos gestores de uma organização na sua relação com os usuários/cidadãos e com o meio em que atuam. Como a realidade é dinâmica, não existem planos definitivos e fechados, sendo necessário considerar as incertezas dos mesmos, deixando margens para os imprevistos (Almeida et al., 2001). Para esses autores, um plano não pode ser visto como um produto final, e sim constituir-se em um instrumento aberto, que permita aos gestores explicitar os resultados que se deseja alcançar, como quem são os responsáveis pelas ações e em que tempo elas poderão ser realizadas.

Nesse sentido, torna-se imprescindível manter um diálogo constante com todos os indivíduos envolvidos na situação, para que o planejamento e as ações sejam responsivos à realidade.

No processo do trabalho gerencial em enfermagem, a função do planejamento costuma figurar como uma das atividades desenvolvidas privativamente pelos enfermeiros, em virtude da divisão social e técnica do trabalho, estando associado ao planejamento da assistência de enfermagem ou ao gerenciamento do serviço (Ciampone et al., 1998).

Assim, o planejamento passa a ser reduzido à sua dimensão técnica e a um conjunto de ações que visam colocar uma ação em prática. Poucas têm sido as discussões ou produções na enfermagem que associam o planejamento às questões político-ideológicas e de poder que lhes são inerentes.

Em revisão de literatura sobre planejamento, podemos identificar autores filiados a correntes distintas de pensamento, as quais propõem abordagens

diferentes que conduzem a diversas possibilidades de planejar.

No entanto, todas essas abordagens buscam sistematizar ações futuras, com a finalidade de intervir na realidade, a fim de propiciar o alcance dos objetivos desejados.

Por conseguinte, os métodos de planejamento mais difundidos são o normativo e o estratégico situacional, os quais são explicitados a seguir.

Planejamento normativo ou tradicional

A construção de uma metodologia aplicada à área do planejamento em saúde na América Latina decorreu da necessidade de transposição do referencial teórico voltado para a esfera econômica para a programação de atividades em saúde.

O documento denominado *Problemas Conceptuales y Metodológicos de la Programación de la Salud* consiste em um dos desdobramentos da Conferência de Punta del Leste, ocorrida em 1961. Nessa oportunidade, os ministros de Estado dos diferentes países da América Latina reconheceram a importância do planejamento como uma ferramenta tanto de promoção do crescimento econômico como de promoção do bem-estar social (Mattos, 1993).

Assim, na *Carta de Punta del Leste*, estabeleceu-se um amplo programa de auxílio financeiro internacional aos países menos desenvolvidos, conhecido como Aliança para o Progresso. Contudo, para ter acesso ao financiamento de ações, os

países latino-americanos necessitariam elaborar programas nacionais de desenvolvimento que contemplassem projetos ligados ao desenvolvimento econômico e social.

A fim de atender a esse propósito, a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) solicitou ao Centro de Estudos del Desarrollo (CENDES) a elaboração do referido documento *Problemas Conceptuales y Metodológicos de la Programación de la Salud*, que deveria dimensionar as necessidades e os

recursos destinados à área de saúde, em consonância com os demais investimentos necessários ao crescimento econômico dos países em desenvolvimento.

A aplicação de recursos foi vinculada à ideia da apresentação de planos que comprovassem a eficiência e a eficácia das ações, otimizando ao máximo a utilização dos recursos em ações que o governo deveria realizar, orientadas diretamente para manter e melhorar a saúde da população.

Essa prerrogativa exigia a formação de técnicos especializados em planejamento, instituindo-se a figura do planejador, um profissional que empregaria um conjunto de conhecimentos sistemáticos e que se responsabilizaria pelo estudo da eficiência do emprego dos recursos. Caberia a ele, portanto, a função central de nortear as tomadas de decisão relativas à definição de prioridades no campo da saúde das populações.

Nesse modelo supunha-se que o planejador partiria de um diagnóstico de situação e seria capaz de priorizar ações programáticas detendo poder de previsão e controle de todas as variáveis em um cenário estável. Dessa maneira, seria possível elaborar um único plano de ação, predizendo soluções eficazes para os problemas mapeados como se estes se comportassem de modo uniforme na população.

Os resultados do plano dependeriam, assim, apenas do conhecimento técnico daqueles que iriam operacionalizar as ações, eliminando-se, do planejamento, a esfera do político e do social. Partia-se, então, de uma proposta idealizada e tecnocrática que restringiria espaços para a negociação política e que desconsideraria os conflitos entre os diferentes atores sociais nela envolvidos.

Método CENDES/OPAS

O método CENDES/OPAS foi composto por uma sucessão de etapas predefinidas, com tarefas precisas e limites cronológicos demarcados, abarcando quatro etapas, a saber:

•

Descrição da situação (diagnóstico) e *explicação* dessa situação de saúde no país, segundo os princípios da Teoria da Multicausalidade. Visualização de possíveis ações por meio de indicadores quantitativos, de impacto e de resolutividade dessas ações mediante a situação descrita

•

Elaboração da programação propriamente dita, compreendendo a descrição de um conjunto de ações técnicas

•

Implementação da programação obedecendo à uniformidade das ações técnicas em todos os territórios, como se os problemas atingissem todos em proporcionalidade semelhante em âmbito nacional

•

Avaliação reconhecida como forma final de conferir se os resultados almejados foram alcançados.

Observa-se, nesse método, uma racionalidade instrumental que determina a direcionalidade das ações, além de um forte poder de centralização das decisões no âmbito ministerial, sem distinção entre as necessidades de saúde nos diferentes territórios, desconsiderando os distintos perfis de morbimortalidade e o controle social.

No referencial do planejamento normativo ou tradicional, as tensões sociais são ignoradas e, sobretudo, encobertas no sentido da participação dos atores sociais, por representarem ameaça à ordem social vigente. Assim, qualquer possibilidade de conscientização das populações sobre os determinantes sociais no processo saúde-doença era negada e controlada pelo Estado, que vivia um período de ditadura militar.

Nesse contexto, torna-se imperativo conhecer os princípios do planejamento normativo/tradicional e todos os seus pressupostos norteadores, uma vez que esse método ainda é empregado na formação

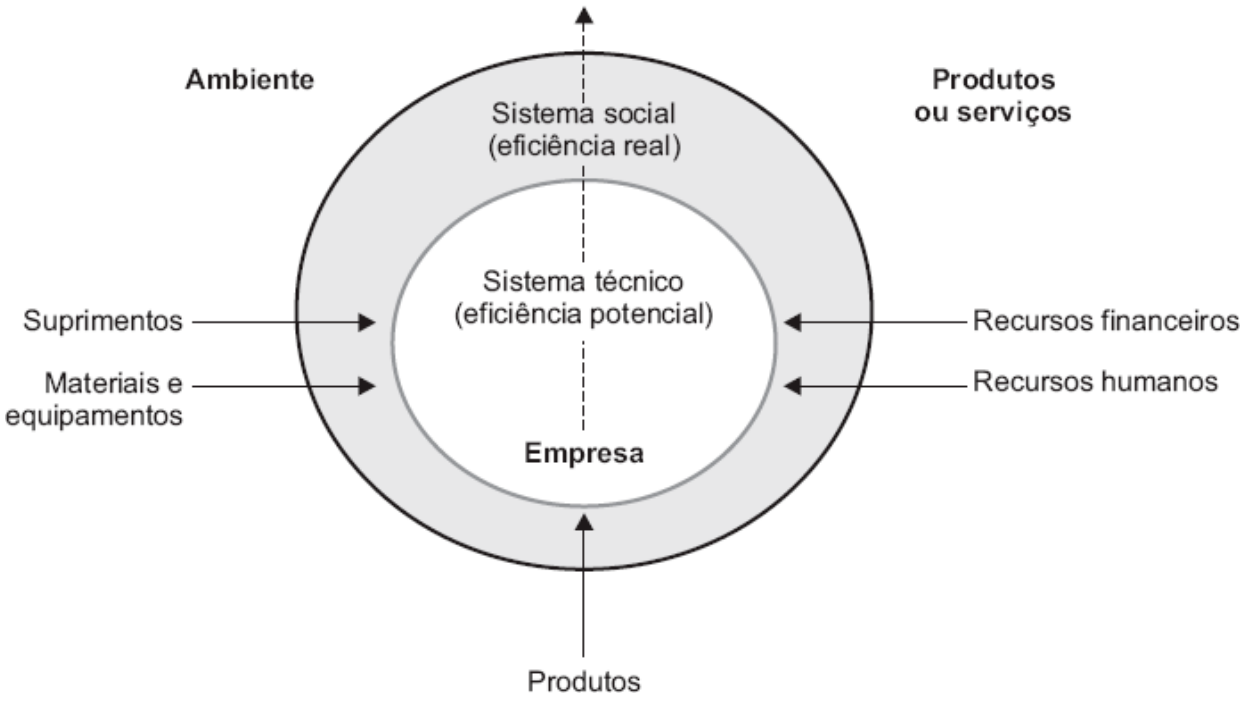
em gestão dos profissionais de saúde, influenciando os modelos assistenciais e gerenciais prevalentes nos serviços de saúde, em sentido contrário às diretrizes e aos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS).

Fases do planejamento normativo ou tradicional

Fase 1 – Diagnóstico | Conhecimento do sistema como um todo

A concepção da fase de diagnóstico é oriunda da Teoria de Sistemas, cujo precursor é o biólogo Ludwig Von Bertalanffy, o qual relatava que a organização deve ser estudada como um todo, uma vez que não é possível separá-la em partes sem que haja perda de suas características essenciais (Silva, 2008). Esse autor refere-se ao sistema como um conjunto de elementos interagentes e interdependentes, relacionados cada um com o seu ambiente, de modo a formar um todo organizado.

Essa ideia de funcionamento sistêmico das organizações foi adotada por facilitar a percepção de que qualquer alteração em uma das partes produz interferências no resultado final. Posteriormente, a ideia de sistema aberto foi incorporada na área da administração, referindo-se a uma complexa interação do funcionamento interno das organizações e o intercâmbio



contínuo destas com o ambiente. Entre as várias contribuições da teoria sistêmica, pode-se assinalar a necessidade de um diagnóstico de situação como ponto de partida para realizar qualquer planejamento.

Somando-se à Teoria de Sistemas, a abordagem dos estudiosos da administração do Instituto de Relações Humanas de Tavistock, na Inglaterra, que ficou conhecida como Escola Sociotécnica, prestou importantes contribuições para a área de planejamento no contexto das organizações de saúde. Assim, foram identificados dois sistemas que compõem a organização: o técnico e o social.

Nessa perspectiva, o sistema técnico compreende as demandas específicas que definem as tarefas, a área física, os equipamentos e os recursos existentes. É esse sistema técnico, portanto, o responsável pela eficiência potencial da organização. Por sua vez, o sistema social refere-se às relações entre os agentes responsáveis pela execução das tarefas que transformam a eficiência potencial em eficiência real (Figura 4.1).

Figura 4.1 Visão da sociedade segundo o modelo sociotécnico.

A partir dessa concepção, considerou-se que qualquer organização é um sistema aberto que mantém constantes trocas com os ambientes físico e social, tanto internas quanto externas a ela.

Assim, de acordo com a visão de sistemas e com a abordagem sociotécnica, o planejamento de ações e programas de um serviço de saúde deveria partir do conhecimento do sistema como um todo, implicando:

•

Conhecer o sistema social:

■ Levantar necessidades de saúde, perfil de morbimortalidade, hábitos, crenças e valores da comunidade onde o serviço está inserido

■ Identificar os recursos humanos necessários e disponíveis na região

■ Explicar os problemas de saúde a partir das dimensões estrutural, particular e singular da realidade dos serviços, embora essas denominações sejam peculiares à perspectiva do planejamento estratégico e não do normativo, do qual se está tratando

•

Conhecer o sistema técnico:

■ Identificar os recursos físicos, financeiros e materiais disponíveis para o serviço de saúde, a fim de otimizá-los de acordo com as necessidades da comunidade.

Nessa ótica, há maior visualização da interdependência interna e externa dos sistemas que compõem a organização. Por conseguinte, ao se iniciar o processo de planejamento, um dos pontos fundamentais para que os planos não se constituam em instrumentos teóricos é partir do conhecimento real do sistema como um todo antes mesmo de estipular os objetivos a serem alcançados e as metas do serviço.

Fase 2 – Determinação dos objetivos

Os objetivos são propósitos, intenções, resultados ou estados futuros que as organizações pretendem atingir por meio da alocação de recursos em determinada direção (Sobral e Peci, 2008).

Em qualquer organização, pode ser reconhecida uma hierarquia vertical de objetivos. No ápice da pirâmide estariam os objetivos da instituição, que predominam sobre os demais; em seguida, os objetivos de cada departamento, que se sobrepõem aos da divisão, do serviço, da seção e sucessivamente até o nível operacional.

O planejamento envolve um conjunto de planos que variam desde o detalhamento das atividades cotidianas, no nível operacional, até as estratégias políticas de longo prazo. Deve, assim, constituir-se em um todo integrado e estruturado de ações que se relacionam entre si, com os vários

níveis de objetivos e com as múltiplas ações necessárias para alcançá-los, em cada instância da organização.

O plano constitui-se na descrição formal do planejamento, estipulando como os objetivos devem ser alcançados, como os recursos serão alocados e quais e por quem as atividades serão realizadas (Almeida et al., 2001; Melleiro et al., 2005).

Portanto, é a partir dos objetivos mais amplos que uma instituição passa a definir políticas, diretrizes, metas, programas, procedimentos e normas, segundo uma abrangência que vai de uma amplitude maior (planos estratégicos e táticos) a outra menor e mais detalhada (planos operacionais).

Fase 3 – Estabelecimento de prioridades

Uma vez determinados os objetivos da organização, com base nas condições ambientais que a envolvem e no conhecimento das inter-relações dos sistemas técnico e social que a compõem, são estabelecidas as prioridades de ação para o alcance dos objetivos.

Para determinar quais são as ações que devem ser realizadas no âmbito do serviço de saúde, é necessário definir previamente o que se deseja mudar no perfil de necessidades da população que esse serviço atende e, a partir de então, selecionar as ações mais propícias para tal. Nessa etapa do planejamento, aplica-se diretamente o critério da racionalidade, pois se usa a capacidade de escolher os meios para alcançar os fins.

Fase 4 – Seleção dos recursos disponíveis

Com base nas ações consideradas prioritárias para atender as metas e os objetivos, é primordial um levantamento dos recursos que serão necessários para implementar as ações.

Frente ao levantamento dos recursos necessários, deve ficar claro quais são os recursos disponíveis (humanos, materiais, físicos e financeiros). Conhecendo exatamente todos os recursos disponíveis, passa-se a pensar

nas estratégias possíveis para otimizá-los ao máximo. Isso implica redistribuí-los, agrupá-los, pensar na maneira como a divisão de tarefas será organizada e também na satisfação pessoal dos agentes na execução de cada atividade.

Fase 5 – Estabelecimento do plano operacional

É fundamental esclarecer previamente que o planejamento pode ser visualizado em várias dimensões. Nesse sentido, deve estar explicitado o seu conteúdo (genérico/detalhado), a extensão de tempo (longo, médio ou curto prazo) e a sua amplitude (macro ou micro-orientado).

Fase 6 – Desenvolvimento

A fase de desenvolvimento engloba a execução do programa, sua aprovação pelas instâncias superiores e sua concretização, além da ação e da coordenação. Esta é essencial para minimizar atritos, definindo precisamente as responsabilidades de todas as partes envolvidas na ação para facilitar a consecução dos objetivos. As limitações específicas de qualquer um dos recursos alocados, previstos anteriormente, devem ser consideradas para que sejam feitos os ajustes necessários à situação real.

Fase 7 – Aperfeiçoamento

O aperfeiçoamento inclui as fases de avaliação e replanejamento das ações desenvolvidas.

A avaliação não deve ocorrer unicamente após ter sido implementado o plano; ao contrário, deve acontecer como um processo permanente e contínuo, paralelamente a cada uma das fases. Porém, nesta etapa, a avaliação programada visa medir os resultados em relação ao cumprimento dos objetivos estabelecidos. Quando realizada sistematicamente durante todo o processo, possibilita localizar imediatamente qualquer falha para que seja corrigida a tempo. Durante todo o processo de avaliação, deve-se ter em mente a possível necessidade de implementar outros programas auxiliares de aperfeiçoamento de pessoal, de modo a estarem aptos a desenvolver todas as ações previstas.

Assim, esse modelo de planejamento, que ficou conhecido como planejamento normativo ou método CENDES/OPAS, concentra algumas características que o distinguem do planejamento estratégico, conforme descrito no Quadro 4.1.

Quadro 4.1 Principais características do planejamento normativo.

• O sujeito que planeja e o objeto do planejamento são independentes. O primeiro é único e situa-se fora e acima da realidade (que é idealizada no desenho do "deve ser")

• O conhecimento da realidade se dá por meio do diagnóstico cientí co, em que a verdade é concebida como única e objetiva

• Prega-se a neutralidade cientí ca do planejador

• O planejamento é anti-histórico, isto é, não leva em consideração a historicidade e a dinamicidade dos fenômenos

• Trabalha com sistemas fechados ou visualiza a mínima interligação entre os pontos de partida e pontos de chegada

• Nega e negligência a questão do con ito e do poder

Desse modo, o planejamento normativo/tradicional pode ser efetivo quando empregado na resolução de problemas bem definidos e em situações estáveis. Como os problemas que são enfrentados na gestão dos serviços de saúde são complexos e ocorrem em ambientes instáveis e em permanentes mudanças, o uso desse método tem importantes limitações.

Planejamento estratégico situacional

O planejamento estratégico situacional (PES) no campo das políticas públicas surge a partir da rejeição da ideia de racionalidade econômica para a solução das questões políticas e sociais. Além disso, valoriza-se o reconhecimento da pluralidade de atores sociais envolvidos em uma realidade complexa e dinâmica, bem como os conflitos decorrentes das

disputas de poder inerentes a projetos que coexistem nos espaços institucionais.

Essa metodologia, que tem como precursores Carlos Matus e Mário Testa, parte do princípio de que o planejamento é a ferramenta que o homem tem para viabilizar a possibilidade de exercer governo diante do próprio futuro; refere-se ao controle e ao empoderamento do ator para a situação que pretende governar.

O planejamento estratégico é um método voltado para a resolução de problemas, entendendo-se como problema “algo detectado que incomoda o ator social e o motiva a buscar soluções adequadas, ou seja, aquilo que o ator detecta na realidade e confronta com um padrão que ele considera não adequado ou não tolerável e o estimula a enfrentá-lo, visando à promoção de mudanças” (Matus, 1996).

Testa (1995) e Matus (1996) afirmam que, para a promoção de mudanças e, consequentemente, para que o processo decisório ocorra, é necessário, aos diferentes atores envolvidos em uma situação, acumular poder, pois sem ele são ínfimas ou inexistentes as possibilidades de promover mudanças.

De acordo com Matus (1996), em um determinado cenário situacional, o poder pode adquirir as seguintes dimensões:

•

Poder político: representado por atores sociais que detêm o poder em função do exercício de um mandato eleitoral, bem como em função da representação formal de parcelas organizadas da sociedade civil por meio do exercício de cargos em instituições com legitimidade social

•

Poder econômico: representado por atores sociais que detêm o manejo de recursos econômico-financeiros

•

Poder administrativo: representado por atores sociais que ocupam cargos administrativos nas esferas municipal, estadual ou federal

•

Poder técnico: representado por atores sociais que detêm o conhecimento sobre determinadas áreas, como os profissionais de saúde.

O PES é um método que trabalha no processamento de problemas atuais, problemas potenciais (ameaças e oportunidades) e macroproblemas.

Nesse sentido, processar problemas implica: explicar como eles nascem e se desenvolvem; fazer planos para atacar as suas causas; e analisar a viabilidade política do plano ou verificar o modo de construir sua viabilidade e atacar o problema na prática, o que corresponde a ter uma visão real dos problemas locais sem generalizá-los na descrição e nas propostas de solução.

Isso posto, delineia-se o triângulo de governo, representado por seus três vértices: o projeto de governo, a governabilidade e a capacidade de governar (Figura 4.2).

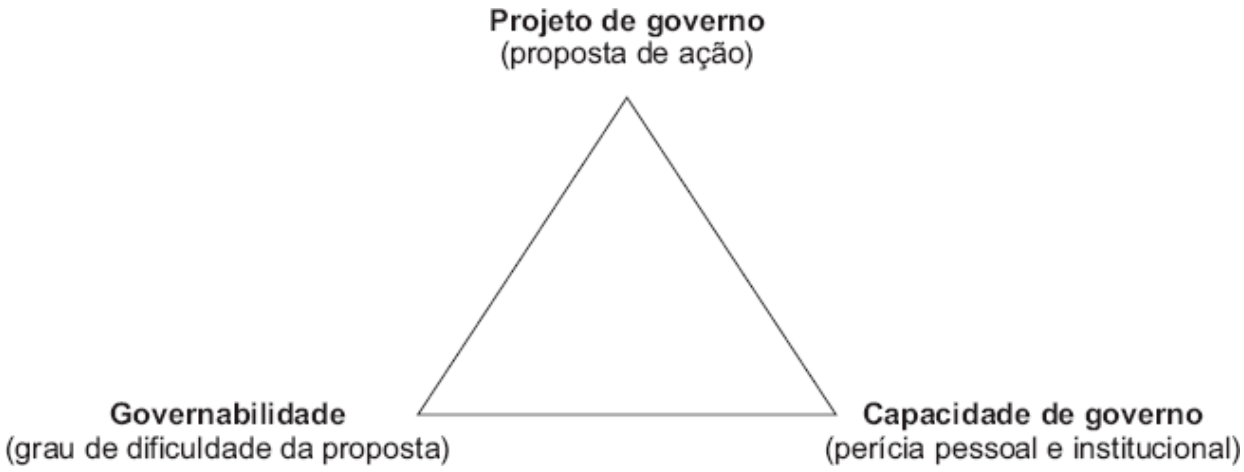


Figura 4.2 Triângulo de governo no planejamento estratégico situacional (PES).

O *projeto de governo* diz respeito ao conteúdo da proposta de governo, iniciada pela seleção de problemas e a maneira de enfrentá-los.

A *governabilidade* refere-se ao quanto de controle o ator tem sobre a situação que pretende governar. Depende da relação entre o peso das variáveis que o ator controla e o das que não controla. Finalmente, a *capacidade de governar* versa sobre a perícia pessoal e institucional para exercer governo. Depende do capital intelectual e da experiência que o ator que declara o problema detém.

No processo de governo de uma situação existem três balanços que devem ser cuidadosamente gerenciados:

•

Balanço I: gestão política, que compreende o manejo da legalidade e legitimidade política, a ética, a representatividade, a descentralização, a sintonia política do projeto e o equilíbrio de poderes

•

Balanço II: gestão macroeconômica que compreende o manejo da economia e dos recursos financeiros

•

Balanço III: compreende o manejo sobre o saldo do enfrentamento dos problemas que têm maior valor para a comunidade, como segurança, qualidade de vida, habitação, saúde, educação e serviços básicos.

O princípio fundamental no manejo desses três balanços, segundo Matus (1996), é que, se for necessário, não se deve hesitar em “apertar” um deles, mas nunca se deve “apertar” os três ao mesmo tempo. No exercício do governo, é importante compensar os efeitos negativos de um balanço com os efeitos positivos dos outros dois.

O PES é composto por quatro momentos que se inter-relacionam, buscando responder quatro indagações fundamentais no processo decisório. Esses momentos são denominados: explicativo, normativo, estratégico e tático-operacional.

Os quatro momentos do planejamento estratégico situacional (PES)

• Explicativo: como explicar a realidade?

• Normativo: como conceber o plano?

• Estratégico: como tornar viável o plano?

• Tático-operacional: como agir no cotidiano de maneira planejada?

A seguir, será descrito cada um desses momentos, ressaltando-se que a ordenação dos mesmos em uma sequência deve-se apenas a uma estratégia didática, pois os mesmos são extremamente interdependentes e articulados.

Momento explicativo

Segundo Matus (1996), diferentes planos justificam-se porque é possível explicar a realidade de modos distintos, a depender da situação na qual o ator que declara o problema se situa. Isso poderá imprimir diferentes direcionalidades ao desenvolvimento dos planos.

No momento explicativo, a realidade é explicada mediante a seleção de problemas relevantes, buscando a compreensão mais ampla do motivo pelo qual eles ocorrem e identificando seus nós críticos, reconhecidos como os centros práticos de ação dentre as principais causas do problema.

A seleção de problemas consiste no desafio de fazer opções, escolher o que incluir no plano, estabelecer prioridades, identificar nós críticos e pensar a realidade a partir da compreensão do problema, por meio de uma análise situacional.

Ao se explicar o problema sob a perspectiva descrita, não se está negando a importância do diagnóstico; contudo, parte-se do pressuposto de que podem coexistir diferentes diagnósticos da situação. Esses diagnósticos constituem a base da explicação situacional e devem ser processados pelo ator, que construirá as várias hipóteses explicativas das possíveis causas do problema.

Em nosso meio, o conhecimento da avaliação da tríade estrutura/processo/resultado, dos recursos epidemiológicos, dos estudos do sistema de referência e de contrarreferência, e do fluxo dos usuários é considerado elemento essencial para uma explicação dinâmica da situação-problema a ser enfrentada.

Para Tancredi et al. (1998) e Almeida et al. (2001), o momento explicativo do PES pode ser sintetizado no que Matus (1996) denominou de fluxograma situacional, no qual estão inseridas as seguintes categorias substantivas que resumem o conteúdo básico desse momento:

•

O problema formulado com clareza e objetividade

•

Quem é o ator responsável pela explicação, coordenação e articulação das ações, no sentido de conceber e operar as possíveis intervenções

•

Quais são os descritores do problema, representados, preferencialmente, por indicadores monitoráveis ao longo do tempo e que possibilitem verificar como o problema se comporta em uma dada realidade situacional

•

Quais as consequências do problema, consistindo em exercício, análise e discussão, que terá como produto a síntese das principais consequências advindas da persistência do problema

•

A representação sistêmica de causalidade consiste na listagem das principais causas que estão contribuindo para a ocorrência, manutenção ou ampliação do problema, dispostas em um quadro (fluxograma situacional)

composto por nove quadrantes, nos quais irão localizar-se os nós explicativos do problema

•

Cada causa é denominada “nó explicativo”, e o conjunto desses nós será ordenado no fluxograma situacional, distinguindo-se três áreas, a saber:

■ Governabilidade: área em que o controle do ator que declara o problema é total

■ Influência: o ator tem capacidade de influenciar outros atores que detêm governabilidade sobre os nós críticos do problema, dispostos nessa área

■ Fora do jogo: área em que o ator não tem qualquer controle ou influência sobre as causas do problema.

Esse quadro, denominado árvore explicativa, permite situar os nós críticos* e as áreas em que os mesmos se encontram.

Isso facilita a análise para definir quais, dentre todas as causas listadas, serão consideradas nós críticos, e visualizar o grau de dificuldade para solucioná-los.

Os nove quadrantes do fluxograma explicativo correspondem, assim, aos diferentes planos que expressam o grau de controle do ator sobre as causas, bem como se estas se referem às *regras* (leis e normas formais documentadas em regimentos e/ou regulamentos), às *acumulações* (causas de caráter cognitivo que expressam capacidades ou incapacidades dos atores) e aos *fluxos* (que representam ações) (Quadro 4.2).

A relevância e a precisão do estabelecimento dos nós críticos justificam-se porque serão os focos a serem trabalhados no momento normativo.

Quadro 4.2 Modelo de fluxograma situacional.

Regras

Acumulações

Fluxos

Governabilidade

In uência

Fora do jogo

Momento normativo

Esse momento inclui a identificação dos atores que fazem parte do problema, a identificação dos recursos de que eles dispõem para controlar as operações e o peso de cada ator. Faz-se a projeção de cenários em que são mapeadas as variáveis de teto (as melhores possibilidades), as de centro e as de piso (as piores possibilidades). Nesses diferentes cenários, ocorre a projeção de cada uma das operações pensadas, o que corresponde ao que Matus (1996) denomina de construção de uma árvore de apostas.

A projeção das operações nos cenários é extremamente importante, visto que considera a relação entre os poderes advindos da instância política, do conhecimento técnico sobre o problema, da capacidade organizativa dos atores envolvidos e dos recursos financeiros necessários para a resolutividade do problema. Nessa etapa, projeta-se o controle de cada um dos tipos de recursos necessários para a viabilização das ações/operações.

No momento normativo se lida com a incerteza; por isso, segundo Matus (1996), deve-se constantemente avaliar o cálculo sobre o futuro, construindo diferentes cenários de atuação, conhecendo os atores envolvidos, os possíveis conflitos e os

recursos que cada ator controla.

Outrossim, é relevante a definição de prazos e metas em relação às operações propostas, o que possibilita a previsão de início e término.

Momento estratégico

Busca responder às seguintes indagações: as operações do plano são viáveis nesse momento? Quais as possíveis reações de cada ator envolvido no problema? Como construir a viabilidade para as ações inviáveis?

Para Matus (1996), a arte da política consiste em fazer possível, amanhã, aquilo que hoje parece impossível. A estratégia não se refere ao cálculo do possível, mas à construção da viabilidade por meio do gerenciamento de conflitos e de negociação.

Nesse âmbito, é fundamental salientar que a análise deve estar focada em construir a viabilidade, mapeando todos os atores que possam estar a favor ou contra o plano proposto e calculando o tipo de controle que cada um detém dos recursos a serem utilizados na operacionalização do mesmo plano.

Cabe ressaltar que o momento estratégico permeia e deve ser desenvolvido em todos os momentos da elaboração e execução do plano.

Momento tático-operacional

Consiste no momento de implementação das ações propostas, quando é necessário fazer a mediação do plano na realidade, isto é, adequá-lo diante das situações que se apresentam.

O fazer é considerado parte do plano, e não uma etapa posterior. Assim, quebra-se a lógica linear –

planejar/executar/avaliar. Defende-se o ato de recalcular o plano, no qual o monitoramento das operações ajuda a redesenhá-las permanentemente, e a avaliação contínua do impacto no processo de organização dos serviços realimenta a leitura da realidade e da melhor maneira de nela intervir (Almeida et al., 2001).

Ao se analisar o PES, pode-se descrevê-lo como um método de permanente exercício de diálogo e reflexão sobre os problemas que incidem em uma dada realidade, visando prever situações e alternativas, antecipar

possibilidades de decisão e preparar estratégias para a obtenção de governabilidade sobre as mesmas (Quadro 4.3).

Quadro 4.3 Principais características do planejamento estratégico situacional (PES).

• O sujeito que planeja faz parte da realidade junto com outros atores

• Admite-se que não há uma realidade única estática, avançando-se para o entendimento da mesma no que diz respeito à superação da visão da multicausalidade para uma teoria explicativa pautada na determinação social

• Reconhece-se que não há neutralidade e que o planejamento tem uma importante dimensão política e social, além da dimensão técnica

• É histórico e identi ca-se com o "pode ser"

• Trabalha com a visão dialética situacional-estratégica

• Reconhece o con ito e as relações de poder, trabalhando com ambos

Considerações finais

As metodologias de planejamento apresentadas são complementares, pois o PES inclui o normativo como um dos momentos do planejamento, avançando, portanto, além dele. Ambas as metodologias conferem maior viabilidade ao processo decisório, favorecendo a análise de situações. Contudo, o método do PES se aplica melhor a situações complexas e à busca de alternativas de ações viáveis, que possam ser executadas na resolução de problemas emergentes e/ou problemas potenciais, a fim de prever ações prospectivas.

O domínio da metodologia do PES propicia ao gestor a perspectiva de poder atuar sem negligenciar as consequências críticas de uma ação, conferindo-lhe capacidade de análise de viabilidade dos planos possíveis, a depender dos cenários e das ações que possa projetar.

O PES pode ainda identificar ameaças ao processo decisório por responder às indagações: O que poderia sair errado? Em que consiste cada problema em potencial? Quão arriscada é cada ação? Quais são as possíveis causas dos problemas e qual a governabilidade do gestor sobre elas? Quão provável é a ocorrência de cada cenário em que as ações são projetadas, e qual a viabilidade de cada uma delas nesses cenários? É possível intervir para minimizar resistências dos atores envolvidos no processo decisório? É possível projetar ações e planos de contingência para atuar nos piores cenários?

Assim, na análise dos problemas potenciais, o planejamento estratégico consiste em potente instrumento do processo de trabalho gerencial, possibilitando ao gestor lançar mão das ações preventivas e contingenciais. As preventivas são aquelas que buscam eliminar ou minimizar as possíveis causas potenciais de um problema, reduzindo sua probabilidade de ocorrência. As contingenciais facilitam tomar providências para compensar ou minimizar os efeitos de um problema potencial de elevada gravidade, caso ele ocorra em um cenário não favorável.

Concordamos com Tancredi et al. (1998) quando afirmam que “não existe planejamento perfeito e nem plano irreprovável”. Todavia, acredita-se que a adoção de metodologias de planejamento por gestores e profissionais de saúde é crucial, pois construir competências para planejar permite ampliar a capacidade de análise de problemas e, consequentemente, qualificar os processos decisórios.

Referências bibliográficas

Almeida ES, Vieira CL, Castro CGJ et al. Planejamento e programação em saúde. In: Westpal MF, Almeida ES. Gestão de serviços de saúde. São Paulo: EDUSP; 2001. p. 255-72.

Ciampone MHT, Melleiro MM, Silva MRB et al. Processo de planejamento na prática da enfermagem em um hospital de ensino. Rev Escola de Enfermagem da USP. 1998; 32(3):273-80.

Mattos RA. O processo de construção conceitual do método Cendes-OPS. Rio de Janeiro: UERJ/MS; 1993.

Matus C. Política, planejamento & governo. Brasília: IPEA; 1996.

Mehry EE. Razão e planejamento. São Paulo: Hucitec; 1994.

Melleiro MM, Tronchin DMR, Ciampone MHT. O planejamento estratégico situacional no ensino do gerenciamento em enfermagem. Acta Paul Enferm. 2005; 18(2):165-71.

Silva RO. Teorias da administração. São Paulo: Pearson Prentice Hall; 2008.

Sobral F, Peci A. Administração: teoria e prática no contexto brasileiro. São Paulo: Pearson Prentice Hall; 2008.

Tancredi FB, Barrios SRL, Ferreira JHG. Planejamento em saúde. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo; 1998 (Série Saúde & Cidadania).

Testa M. Pensamento estratégico e lógica de programação: o caso da saúde. São Paulo: Hucitec; 1995.

_____

*Alguns dos nós explicativos do problema são considerados críticos, pois representam centros práticos e oportunos de ação interferindo na mudança dos descritores do problema.

5 Gerenciamento de Conflitos e Negociação

Maria Helena Trench Ciampone

Paulina Kurcgant

Conflito | O que é e como entendê-lo

Inicialmente, propõe-se ao leitor que se recorde de uma situação conflituosa que tenha vivenciado e faça uma associação livre sobre o que lhe vem à mente quando pensa em conflito. Ao elencar as ideias, é interessante ressaltar que frequentemente o termo é associado a dificuldades, desavenças, injúrias, ameaças, competição, oposição, desarmonia, incompatibilidade e outros conceitos que apontam para alguns pressupostos, os quais serão explicitados a fim de se entender melhor a dinâmica dos conflitos.

Pelos significados atribuídos ao termo “conflito”, pode-se resgatar uma intensa proximidade com a dimensão emocional em que afloram sentimentos, na sua maioria, negativos. Estes, por sua vez, emergem de valores, crenças e percepções dos indivíduos na sua relação com o outro e com o mundo onde vive. Trajetórias de vida distintas, bem como vivências negativas anteriores, também conferem diferentes significados ao termo “conflito”.

Percepções sobre conflitos

Nas associações mencionadas, há uma percepção de que o conflito implica sempre a quebra da ordem, em uma experiência negativa proveniente de erro ou falha. Existe ainda outra percepção, a de que no conflito está implícita uma batalha de interesses incompatíveis, ou seja, o bem contra o mal. Um terceiro aspecto refere-se a uma concepção de que o conflito é algo destrutivo das relações.

Essas percepções estão corretas? Isso faz sentido? O conflito é sempre negativo, ou pode ser positivo?

Diante disso, a atenção volta-se para os seguintes aspectos:

•

Cada um tem influência e poder sobre o fato de o conflito tornar-se negativo ou não, e essa influência e poder encontram-se na maneira como se lida com ele. Permitir que apenas as emoções determinem como conduzir o conflito é impedir que a dimensão racional interfira nessa condução

•

Há necessidade de habilidades específicas para o gerenciamento de conflitos. Isso implica a necessidade de se conhecer internamente, ou seja, reconhecer e refletir sobre as próprias tendências, padrões e crenças, para o reposicionamento dos enfoques com os quais se tende a lidar nos conflitos.

O tema, apesar de complexo, é fascinante e importante porque diz respeito, diretamente, a situações vividas tanto na vida pessoal como no trabalho.

Assim, estão explicitados neste capítulo alguns motivos para se estudar negociação e conflito em um livro sobre gerenciamento dirigido a profissionais de saúde; afinal, na dinâmica das organizações de saúde, é de

importância fundamental, para os que ali desenvolvem seu trabalho, saber gerenciar conflitos e fazer negociações.

As teorias administrativas propostas até a década de 1980 negavam as questões que envolviam o poder e o conflito nas organizações. Naquele período, predominou o enfoque mecanicista das teorias Clássica e Científica, bem como da teoria Burocrática, que, em última instância, tentava suprimir os conflitos, considerados negativos pelo simples fato de existirem.

Caso surgissem, eram atribuídos às falhas da administração.

A teoria das Relações Humanas enfocou o conflito como uma doença das organizações e das relações. Assim, todas as estratégias desenvolvidas visavam eliminar (curar) o conflito ou remediá-lo, uma vez que ele era indício de "doença"

organizacional. Assim, buscou-se, na motivação e no enriquecimento de cargos, subterfúgios para "remediar" os conflitos.

A partir da década de 1980, mudanças no ambiente externo às organizações, como a globalização e a abertura de mercados, provocaram maior competitividade tanto na produção de bens quanto na prestação de serviços, obrigando as organizações a adotarem respostas rápidas e a buscarem soluções criativas, conciliatórias e de qualidade para os problemas e interesses de todos os envolvidos, ou seja, dos clientes externos e internos. Com essa dinâmica institucional fica caracterizado o caráter relacional que ocorre no conflito intra e extramuros.

Segundo esse enfoque, surgem as abordagens gerenciais que visualizam as organizações como redes de negociação, fazendo emergir a necessidade de mudar a ênfase do planejamento normativo para o planejamento estratégico. É nesse contexto que se evidencia melhor a importância de se refletir sobre a temática de gerenciamento de conflitos.

Para maior aproximação do campo que este estudo se propõe a compreender, é preciso buscar respostas a algumas questões: o que é um

conflito? Como ele pode ser definido?

Diferentes autores mostram perspectivas diversas com legítima preocupação em abordar o tema. Esses estudiosos são provenientes de campos distintos do saber, como sociologia, psicologia, administração e filosofia.

Segundo Ferreira (1986), o termo vem do latim *conflictu* e significa "o embate dos que lutam; discussão acompanhada de injúrias; desavença; oposição e luta de diferentes forças".

Diferentemente de uma visão tradicional, o enfoque gerencial atual reconhece que existe o conflito, e que o fato de se querer abordá-lo é sinal de saúde organizacional. Como já visto, embora o termo "conflito" denote com frequência situações desagradáveis, como competição, oposição, incompatibilidade e discordância, nem sempre deve ser analisado apenas pelo seu prisma negativo.

Entre definições que explicitam o que é conflito, há uma particularmente simples, mas que permite boa apreensão de significado: "Conflito é o processo que começa quando uma parte percebe que a outra parte frustrou ou vai frustrar seus interesses" (Hampton, 1991).

Outra conceituação insere o conflito no processo gerencial. Assim, para Berg (2012), o conflito é um estado antagônico de ideias, pessoas ou interesses, e não passa, basicamente, da existência de opiniões e de situações divergentes ou incompatíveis.

É inevitável e sempre evidente, mas compreendê-lo e saber lidar com ele é fundamental no gerenciamento.

Com uma percepção positiva de conflito, Burbridge e Burbridge (2012) consideram que conflitos são eventos naturais e, em muitos casos, necessários. São o motor que impulsiona mudanças. Admitindo que o conflito tem caráter relacional, podendo ocorrer entre pessoas, entre grupos, entre uma pessoa e um grupo, entre uma organização e um grupo e assim por diante, e que a frustração de interesses de uma das partes

envolvidas, ou de ambas, é que desencadeia um conflito, as organizações frequentemente são *loci* privilegiados para o surgimento de conflitos. Por envolver dilemas de ordem profissional que muitas vezes se sobrepõem a outros de ordem pessoal, há quem diga que as organizações são uma arena onde eles se desenvolvem.

Por outro lado, as relações no ambiente de trabalho são intermediadas pelo jogo do poder, bem como pela diferenciação de interesses e de intencionalidades entre os agentes. As distintas leituras e interpretações da realidade, segundo os diferentes agentes, também devem ser fatores considerados quando se busca o entendimento do conflito.

Assim, tentar decodificar o conflito nos seus componentes emocionais e racionais; buscar diferentes modos de abordá-lo e entender o conflito no contexto em que ocorre pode ter um efeito construtivo ou destrutivo, dependendo da maneira como são administrados.

Origem do conflito

Atualmente, as organizações constituem área propícia para o surgimento de conflitos individuais ou grupais, pois os trabalhadores disputam recursos limitados e lutam por reconhecimento e progresso na carreira, bem como por outras formas de recompensa que possam ser proporcionadas pela empresa. Considerando ainda que a experiência de frustração de uma ou de ambas as partes diante da impossibilidade de atingir metas; que a parte frustrada interpreta a situação, projetando suas consequências e passando a comportar-se à luz da situação imaginada; e que a outra parte envolvida reage a este comportamento com base em suas próprias percepções e conceituações da situação, as quais podem ser bem diferentes

daquelas imaginadas pela outra parte, torna-se evidente o quanto todos os participantes do processo precisam de preparo para lidar com os conflitos.

Esse processo cíclico de frustrações ocorre em virtude da inadequada interpretação ou incompreensão dos interesses ou necessidades dos atores sociais envolvidos no problema, fazendo com que cada um interprete a situação somente sob o seu próprio ponto de vista.

Sabe-se ainda que outras causas de conflitos podem ser: diferenças de personalidade, existência de atividades interdependentes no trabalho, metas diferentes, recursos compartilhados, diferenças de informação e de percepção, dentre outras.

Efeitos negativos do conflito

No vivencial do processo conflituoso, a relação entre as partes envolvidas passa a causar uma série de sentimentos ambíguos, criando-se uma relação hostil entre as partes conflitantes, o que dificulta a comunicação e estende o conflito para além do problema original. Na vigência de um conflito, ocorre um enorme dispêndio de energia, que é desviada para fora dos propósitos organizacionais em função da dinâmica destrutiva do mesmo. Assim, o fluxo de comunicação e de informação sofre inferências, ficando distorcido, e as interações tendem a ser direcionadas aos aliados, isto é, aos que pensam e se posicionam de maneira semelhante diante do conflito.

As tomadas de decisão, então, tornam-se de baixa qualidade, com tendência ao não compartilhamento, focalizando a parte e não o todo do problema ou da situação envolvida.

Muitas vezes, os efeitos negativos dos conflitos estão relacionados com o modo destrutivo com que se lida com eles. Se há sinais aparentes de um clima organizacional em que as pessoas ou os grupos envolvidos estão desmotivados; se há evidências de que o conflito é mais significativo do que a missão institucional; se os grupos tornam-se não cooperativos; e se na organização predomina o desprezo pela negociação, há fortes indícios de que os conflitos estão sendo tratados de modo destrutivo. Nesse caso, predomina a falta de confiança, e os valores individuais sobrepõem-se aos grupais e institucionais.

Efeitos positivos do conflito

Embora haja preponderância no pensamento de que os efeitos negativos dos conflitos se sobrepõem aos positivos, deve-se considerar, segundo uma visão mais proativa, que um dos efeitos benéficos refere-se à oportunidade de incrementar o entendimento de diferentes perspectivas na análise dos

problemas. Essa possibilidade, no entanto, ocorre quando há disposição para trabalhar os conflitos segundo uma visão eclética. Nessas circunstâncias, haverá mobilização dos recursos e energia de ambas as partes, para que se voltem para a busca de soluções alternativas, bem como o esclarecimento de soluções competitivas e explicitação dos poderes e recursos que cada ator detém ou dispõe.

Abre-se, então, a perspectiva de desenvolvimento de lideranças compartilhadas, condicionando as partes a apresentarem, de maneira transparente, não só os fatos, mas também as impressões sobre a situação conflituosa. Assim, ocorre a aprendizagem no trabalho como grupo operativo, ou seja, o crescimento individual e grupal, caracterizando-se verdadeiramente como um trabalho em equipe.

Essa vivência propicia o desenvolvimento de habilidades de negociação, que tem início nos processos de discussão, com a apresentação dos fatos, dos sentimentos e das impressões de todos os envolvidos na situação. Nessa etapa da negociação, cada uma das partes apresenta suas metas e seus métodos eleitos, mantendo-se a objetividade na defesa dos mesmos. A competição aberta, com base em padrões de desempenho igualitários, é também um ponto positivo resgatado nas situações de conflito.

Situações de conflito nas organizações | Como trabalhar com elas

Dependendo do paradigma de base, isto é, dos sentimentos, valores, crenças, propósitos e mecanismos que são adotados para se olhar e apreender a realidade, é que serão decididas a direção para uma ou outra proposta de trabalho e a ação diante das situações de conflito. Segundo a visão clássica tenta-se suprimir o conflito, já que, na perspectiva do paradigma que embasa essa visão, ele é sempre negativo.

Se o paradigma que embasa a ação está sob o enfoque da teoria das Relações Humanas, deve-se tentar curar o conflito, que, nesse enfoque, é considerado uma doença.

Por fim, se o paradigma em que se pautam as ações dá sustentação a uma abordagem psicossocial e psicodinâmica das organizações, precisam ser

entendidas as necessidades, as dificuldades, os pontos de vista e as propostas de um lado e do outro, visualizando a possibilidade de uma proposição conjunta. Nesse contexto, o conflito é reconhecido como inerente às organizações e à vida em sociedade, e administrado de maneira compatível com a manutenção do respeito à dignidade humana.

Embora sintético, o esquema a seguir ilustra esses paradigmas:

•

Teorias clássica e científica:

■ Partem do pressuposto de que o conflito pode ser suprimido

■ Buscam aperfeiçoar regras da organização e mudar posturas pessoais

■ Objetivam o restabelecimento da harmonia

■ Visualizam a organização de modo idealizado e planejado racionalmente

•

Teoria das relações humanas:

■ Parte do pressuposto de que o conflito é uma doença que deve ser curada

■ Parte da hipótese de que os conflitos surgem em função de características individuais

■ Enfatiza a importância do desenvolvimento de projetos voltados para ampliar a motivação no trabalho

•

Enfoque gerencial contemporâneo:

■ Percebe as organizações como uma rede de negociações, incluindo os ambientes interno e externo

■ Admite que o conflito é inerente às organizações e que, portanto, não é patológico. As organizações saudáveis são aquelas que explicitam e discutem os conflitos de modo transparente à medida que eles surgem, e não aquelas que não têm conflitos

■ Nesse enfoque, a estratégia de negociação rompe com o estilo predominante "ganha-perde", em que uma das partes ganha e a outra perde, passando a adotar o estilo "ganha-ganha", ou seja, as duas partes compartilham ganhos.

Gerenciamento dos conflitos

Assim como existem diferentes paradigmas para a visualização dos conflitos, há também diversas maneiras de administrá-los.

Desse modo, conforme o paradigma que dá sustentação e define o caminho a ser seguido, os conflitos podem ser administrados por, pelo menos, quatro estratégias diferentes: acomodação, dominação, barganha/compromisso e solução integrativa de problemas.

Na *acomodação*, busca-se a harmonia na situação com o encobrimento dos problemas. Dessa maneira, diminui-se a seriedade deles, negando-os ou tratando-os de modo superficial. Com isso, espera-se manter uma aparente sociabilidade nas relações. Busca-se também não abordar diretamente o conflito como forma de evitar aborrecimentos ou problemas emocionais. Nessa direção, ele é negado, mas permanece implícito, desencadeando sintomas crescentes que muitas vezes não são compreendidos se olhados isoladamente, pois não têm explicação direta na situação vivida, mas sim no conflito negado. A tendência é, então, o ressurgimento do conflito em uma situação posterior, acompanhado de uma enorme carga afetiva que é nele depositada, tornando-o de difícil compreensão.

Na *dominação*, o exercício do poder é levado ao extremo, quando uma das partes, a mais forte, impõe sua solução preferida. Isso leva a ressentimentos e sentimentos de desvalorização da outra parte, que tende a adotar condutas de hostilidade; indiferença; ruptura do relacionamento; e um fluxo de informações desviado para os interesses pessoais ou dos grupos

envolvidos. A negociação não ocorre de fato, e o estilo adotado é o “perde-ganha”, o que corresponde a dizer que, para uma parte ganhar, a outra tem de perder.

Quando se adota o estilo da *barganha/compromisso*, cada parte cede um pouco a fim de resolver o conflito. Embora alguns autores sejam contrários a estabelecer posições que não sejam plenamente favoráveis às partes envolvidas, em situações de impasse profundo, nas quais está em jogo assegurar que pontos essenciais sejam mantidos, pode ser estratégico renunciar a pontos menos importantes e buscar, posteriormente, renegociá-los em situação mais favorável.

A *solução integrativa de problemas* visa satisfazer as exigências de ambas as partes pela busca de soluções alternativas.

Nesse processo, identificam-se as considerações básicas ou subjacentes às partes envolvidas e buscam-se alternativas considerando as consequências para ambas as partes, escolhendo-se a mais favorável.

Nessa proposta, a confiança entre as partes é fundamental; afinal, se ela não existir, ninguém compartilha informações, tampouco consegue pensar em alternativas que favoreçam o “ganha-ganha”.

Processo de negociação

Conceitos básicos

Uma vez discutidos os principais aspectos da abordagem dos conflitos, passamos a dar enfoque ao processo de negociação.

Segundo especialistas no assunto, o termo pode ser definido de maneiras distintas:

•

“É o uso da informação e do poder, com o fim de influenciar o comportamento dentro de uma rede de tensão” (Cohen, 1980)

•

“É um processo de comunicação bilateral, com o objetivo de se chegar a uma decisão conjunta” (Fisher e Ury, 1985)

•

“É o processo de comunicação com o propósito de atingir um acordo agradável sobre diferentes ideias e necessidades”

(Acuff, 1993)

“É o processo pelo qual as partes se movem de suas posições iniciais divergentes até um ponto no qual o acordo pode ser

•

obtido” (Steele et al., 1995).

Em todas as definições apresentadas, apreende-se que a flexibilidade no processo de negociação é fundamental para o bom desempenho dos acordos a serem firmados. O processo envolve o reconhecimento da situação segundo os diferentes atores envolvidos, os poderes correspondentes e a capacidade de comunicação e de planejamento estratégico.

Habilidades básicas em negociação

De acordo com a própria conceituação de negociação, algumas habilidades parecem ser fundamentais para os negociadores, como: ser proativo; não aceitar as coisas como elas são, sem antes perguntar por que elas não poderiam ser feitas melhor; trabalhar o medo da perda e do ataque que surge diante do enfrentamento de situações desconhecidas; quebrar resistências e acreditar que é possível aprender a negociar.

Planejamento da negociação

Frente a um processo de negociação, o primeiro ponto é de importância fundamental e consiste em identificar claramente qual é o problema a ser resolvido. Somente depois de definido e declarado, e de listadas as possíveis causas e consequências do problema, é que podem ser visualizados os atores envolvidos e os nós críticos para sua resolução. Entende-se por nós críticos as possíveis causas do problema, que são de grande impacto nos descritores e na elucidação do mesmo, e que constituem os centros principais e práticos da ação.

Depois de percorrida essa trajetória, é obtida alguma possibilidade de definir com mais clareza o que se pretende negociar.

Uma boa negociação tem início segundo alguns passos importantes:

•

Separar as pessoas do problema

•

Concentrar-se nos interesses básicos de ambas as partes

•

Buscar alternativas de ganhos mútuos

•

Encontrar critérios justos e objetivos para a solução do problema, que satisfaçam o máximo possível os lados envolvidos.

Desse modo, as etapas básicas de uma negociação com base em princípios do “ganha-ganha” consistem em: identificação e análise do problema; proposição de ideias e ações que dão respostas aos pontos essenciais e importantes do problema; e operacionalização do processo de negociação.

Algumas variáveis básicas a serem consideradas no processo de negociação estão relacionadas com: (1) o poder ou a capacidade de controlar recursos

críticos de que cada ator envolvido dispõe (recursos econômicos, conhecimento e capacidade organizativa); (2) o tempo correspondente ao prazo limite para resolução do problema, pois, quanto maior a pressão de tempo, maior a tensão para concessões e a realização do acordo; e (3) a informação ou a capacidade de conhecer as necessidades dos atores envolvidos, o que inclui também a habilidade de comunicação verbal e não verbal.

Estilos de negociação

Quanto aos estilos de negociação, Martinelli e Almeida (1998) enfatizam que estão intimamente relacionados com a ética presente na negociação. Ética, entendida de modo abrangente como um código de princípios e valores morais que governam o comportamento de uma pessoa ou um grupo, estabelece os limites do que é certo ou errado em uma conduta a ser adotada. As questões éticas e legais têm sido, algumas vezes, fatores causadores de conflitos, uma vez que são avaliadas como legais e éticas segundo os padrões de cada pessoa ou grupo. Assim, a ética no processo de negociação dependerá de valores pessoais e profissionais, dentre outros aspectos importantes, que deveriam ser discutidos de modo mais aprofundado pelos participantes do processo. Em última instância, a influência desses valores indicará fortemente a adoção preferencial de um estilo ou outro de negociação.

Alguns estilos são pontuados como principais, embora tenham nos interstícios uma diversidade de nuances:

•

Estilo restritivo/duro: baseado em estratégias de coerção, medo e ameaça. Combina o impulso para o controle e para o desrespeito com o outro, considerando que o oponente só chega a um acordo se for forçado

•

Estilo ardiloso: como o próprio termo define, trata-se de um estilo em que a astúcia é privilegiada, predominando o impulso para a desconsideração.

Busca a estratégia da abstenção, do adiamento e do atraso na negociação para manter o outro a distância. Concentra-se nos procedimentos e regras e considera como objetivo predominante do oponente sobreviver à negociação

•

Estilo amigável: prioriza objetivos mínimos, flexibilidade e cordialidade. Impulso para a deferência e para a confiança. O

principal intuito é manter o relacionamento com o negociador, independentemente de alguma conquista importante ser alcançada ou não nessa etapa

•

Estilo confrontador: impulso voltado para o controle e para a confiança entre os negociadores, que, supostamente, buscam a equidade. Cuida-se da necessidade de contestar as questões em pauta enquanto trabalha mutuamente com o outro para chegar a um acordo sólido. O objetivo principal do oponente é o melhor acordo global nas circunstâncias, que se apoia no mérito e no compromisso mútuo a ser aprovado.

Os estilos apresentados a seguir ganham diferentes nomenclaturas, a depender de determinados autores.

Estilos para lidar com con itos

A adoção adequada de um estilo ou outro no processo de negociação e de solução de conflitos é muito importante e pode variar de situação para situação; por isso, é imprescindível analisar amplamente a circunstância. É possível, também, que as pessoas definam um estilo híbrido de negociação, até porque existem muitas combinações possíveis e nuances entre um e outro estilo. Contudo, é importante saber diferenciar os estilos adotados pelos negociadores; caso contrário, haverá mais conflitos na negociação. O fato de, em um processo de negociação, ocorrerem diferenças de estilo e estas serem reconhecidas pode facilitar o entendimento da argumentação

apresentada por ambas as partes e a solução dos conflitos. Assim, a flexibilidade que respeita os limites ético-legais é desejável no processo de negociação.

Existem inúmeras e diferentes classificações utilizadas para caracterizar estilos de negociação e abordagem de conflitos.

Uma das propostas de Hampton (1991) pode ajudar na compreensão dos estilos adotados.

O *estilo colaborativo* é ao mesmo tempo confrontador e cooperativo e bem adotado quando é muito importante encontrar soluções nas quais os dois lados têm seus interesses preservados. Portanto, requer compromisso mútuo. Esse estilo exige tempo e esforço, não sendo indicado para questões triviais.

O *estilo contestador*, que também é confrontador, é indicado quando as situações exigem ações decisivas e rápidas, a exemplo das emergências ou quando há um índice considerável de rejeição de propostas e interesses das pessoas envolvidas no processo.

O *estilo da aceitação* não é confrontador, mas é cooperativo. É indicado quando o interesse da outra parte, no conflito, é muito mais importante, ou quando se pretende obter um crédito para negociação futura.

O *estilo da retirada*, não sendo confrontador nem cooperativo, tende a ser mais apropriado para questões triviais ou para quando o benefício de não enfrentar um conflito prevalece sobre o seu enfrentamento naquele momento. Pode constituir-se em uma estratégia de acumulação de força ou de conquista de aliados para que a negociação se torne mais fortalecida.

O *estilo do compromisso* compõe-se dos elementos dos demais estilos. É indicado quando os objetivos têm importância relativa, o que não justifica confronto, ou quando as pressões de tempo não estão presentes e permitem aguardar situação mais oportuna de negociação. Esse estilo envolve certa negociação e barganha, caracterizando-se como uma rápida troca de concessões que satisfazem às necessidades de ambas as partes.

Considerações finais

Em um ambiente no qual predominam incertezas e coexistem diferentes projetos em disputa, como os que definem os modelos e processos de trabalho, a negociação tem sido considerada uma alternativa possível e útil para a solução de impasses diante de conflitos.

As organizações de saúde não estão imunes a essa problemática. Ao contrário, são altamente influenciadas pelos contextos macro e microssocial, como as expressivas mudanças dos perfis de morbimortalidade, a depender das determinações sociais e econômicas que incidem de modo prevalente na comunidade.

As pressões econômicas e competitivas do mercado obrigam os dirigentes e todos aqueles que ocupam posições de gerenciamento e coordenação de grupos, independentemente de ser em instituição pública ou privada, a estarem preparados para a abordagem e o encaminhamento de conflitos no âmbito das relações interpessoais, intergrupais e institucionais. Esses agentes inevitavelmente estão envolvidos em um processo de trabalho multidisciplinar, que guarda interfaces com diversos setores e, consequentemente, com diferentes interesses.

Muitas vezes, as pressões no trabalho induzem os gestores a uma baixa demanda por planejamento e, por conseguinte, a decisões que tendem a ser de baixa resolutividade. Grupos profissionais ou agentes, individualmente, têm suas propostas desprestigiadas pelos demais, por não terem habilidade na análise de problemas, no planejamento estratégico, no gerenciamento de conflitos ou na coordenação de grupos. Nessas situações, as competências relacionais, que incluem a habilidade de negociação, são essenciais.

Estas competências e habilidades constituem importantes ferramentas que auxiliam os profissionais, gestores de unidades de saúde, a identificar conflitos, analisá-los e detectar as melhores formas de negociação dos problemas.

Há necessidade de se buscar e ampliar o leque de competências para além das habilidades técnicas inerentes a cada área de saber profissional, as quais, indiscutivelmente, são importantes e necessárias, mas não suficientes para um desempenho de qualidade no gerenciamento da assistência à saúde. Ainda, apenas as competências e habilidades vinculadas ao saber-fazer

não são suficientes para a ocupação efetiva e qualificada de um espaço profissional, no alcance da autonomia correspondente e do reconhecimento profissional. As competências relacionadas com o aprender a aprender, aprender a ser, aprender a relacionar-se e melhor conviver são essenciais na gestão dos serviços de saúde (Ciampone e Kurcgant, 2004).

Compreende-se que o caminho não é reto nem único; portanto, devem-se buscar as interfaces do trabalho em saúde com os diferentes campos do conhecimento. Esse é o desafio proposto pela interdisciplinaridade necessária na abordagem de problemas complexos, que requerem clareza e segurança para o gerenciamento de conflitos e consequente negociação. O

compromisso com o desempenho do profissional em saúde passa, necessariamente, pela escolha do projeto ético-político que se elege e que define, em última instância, qual é a sociedade que se pretende construir e como vão se inserir nela os profissionais e cidadãos responsáveis, compromissados e atuantes.

Referências bibliográficas

Acuff FL. How to negociate anything with anyone anywhere around the world. New York: American Management Association; 1993.

Berg EA. Administração de conflitos: abordagens práticas para o dia a dia. Curitiba: Juruá; 2012.

Burbridge RM, Burbridge A. Gestão de conflitos: desafios do mundo corporativo. Rio de Janeiro: Saraiva; 2012.

Ciampone MHT, Kurcgant P. As transformações nos processos de trabalho de gerenciamento em saúde frente ao SUS: visualizando ações através da construção de competências no ensino de Administração em Enfermagem nas escolas de enfermagem do Brasil. Relatório de Pesquisa, CNPq; 2004.

Cohen H. Você pode negociar qualquer coisa. Rio de Janeiro: Record; 1980.

Ferreira ABH. Novo dicionário da língua portuguesa. 2. ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira; 1986. p. 451.

Fisher R, Ury W. Como chegar ao sim: a negociação de acordos sem concessões. Rio de Janeiro: Imago; 1985.

Hampton DR. Administração: comportamento organizacional. São Paulo: McGraw-Hill; 1991.

Martinelli DP, Almeida AP. Negociação e solução de conflitos: do impasse do ganha-ganha através do melhor estilo de negociação. São Paulo: Atlas; 1998.

Steele P, Murphy J, Russill R. It's a deal: a practical negotiation handbook. London: McGraw-Hill; 1995.

6 Avaliação de Serviços, Qualidade e Segurança do Paciente no Setor de Saúde

Daisy Maria Rizatto Tronchin

Genival Fernandes de Freitas

Marta Maria Mel eiro

Introdução

As transformações ocorridas no cenário político mundial, a globalização, a crescente difusão de novas tecnologias e a socialização dos meios de comunicação foram determinantes na mudança do comportamento dos usuários dos serviços, bem como no aumento da competitividade na maioria das organizações. Nesse contexto, os estabelecimentos prestadores de serviços de saúde têm se adaptado a esse novo cenário e incorporado estratégias capazes de atender ao usuário, razão de ser dessas instituições.

Nogueira (1994) salienta que o atendimento eficiente e eficaz das necessidades e das expectativas dos usuários dos serviços de saúde deve ser a questão norteadora dos pressupostos filosóficos e das bases metodológicas que orientam as ações dos estabelecimentos de saúde. Assim, o sistema de saúde brasileiro enfrenta, nas últimas décadas, um novo imperativo: a busca pela qualidade e pela segurança nos serviços.

Para o alcance dessa premissa, é fundamental a implementação de medidas que assegurem processos de trabalho confiáveis e eficazes. Atualmente, constata-se que o constructo “qualidade” tem sido abordado das mais diferentes maneiras e em diversas situações, destacando-se nos modelos gerenciais, na política de recursos humanos, na organização dos processos de trabalho e, sobretudo, no cuidado centrado no usuário.

Em se tratando da qualidade em saúde, Malik (2006) aponta três grupos cujos critérios são fundamentais para conceituá-la: os cidadãos (usuários diretos ou não dos serviços); os técnicos envolvidos na prestação da assistência ou das ações voltadas para a saúde/qualidade de vida; e os tomadores de decisão (gerentes responsáveis pela alocação de recursos, políticos que definem prioridades, dentre outros). Também há outros

agentes a se considerar, como os fornecedores, os reguladores e os financiadores do setor de saúde.

Nessa direção, sendo a qualidade um atributo inquestionável na atenção à saúde, cabe explicitar o seu significado em políticas, metas e ações em suas diferentes concepções.

A qualidade assume um caráter político, técnico, ético e social que empreende esforços coletivos e ações sistematizadas pautadas no conhecimento técnico-científico e no estabelecimento de métodos capazes de avaliá-la e monitorá-la nas organizações de saúde.

Segundo Donabedian (1992a), qualidade é a obtenção de maiores benefícios em detrimento de menores riscos para o usuário. Os benefícios, por sua vez, definem-se em função do alcançável de acordo com os valores e recursos disponíveis.

Para esse autor, a qualidade pode ainda ser definida como a satisfação das necessidades dos usuários, que devem ser ouvidos

tanto sobre a avaliação sistemática das atitudes dos profissionais de saúde como a respeito do impacto dos processos da terapêutica oferecida.

O Institute of Medicine do Committee on Quality of Health Care in America descreveu a qualidade da assistência à saúde como “o grau com que os serviços de saúde aumentam a chance de se atingirem desfechos desejados, tanto de indivíduos quanto de populações, e que são consistentes com o conhecimento profissional vigente” (IOM, 2001).

Para a Fundação Nacional da Qualidade (FNQ, 2006), o termo qualidade é o resultado da somatória das características de uma organização, que propicia a satisfação das necessidades implícitas e explícitas dos usuários e de outros interessados.

Qualidade em saúde pode ainda ser considerada o grau segundo o qual os cuidados ao paciente aumentam a possibilidade da almejada recuperação e

reduzem a probabilidade de eventos indesejados, dado o atual estado de conhecimento (JCAHO, 1989).

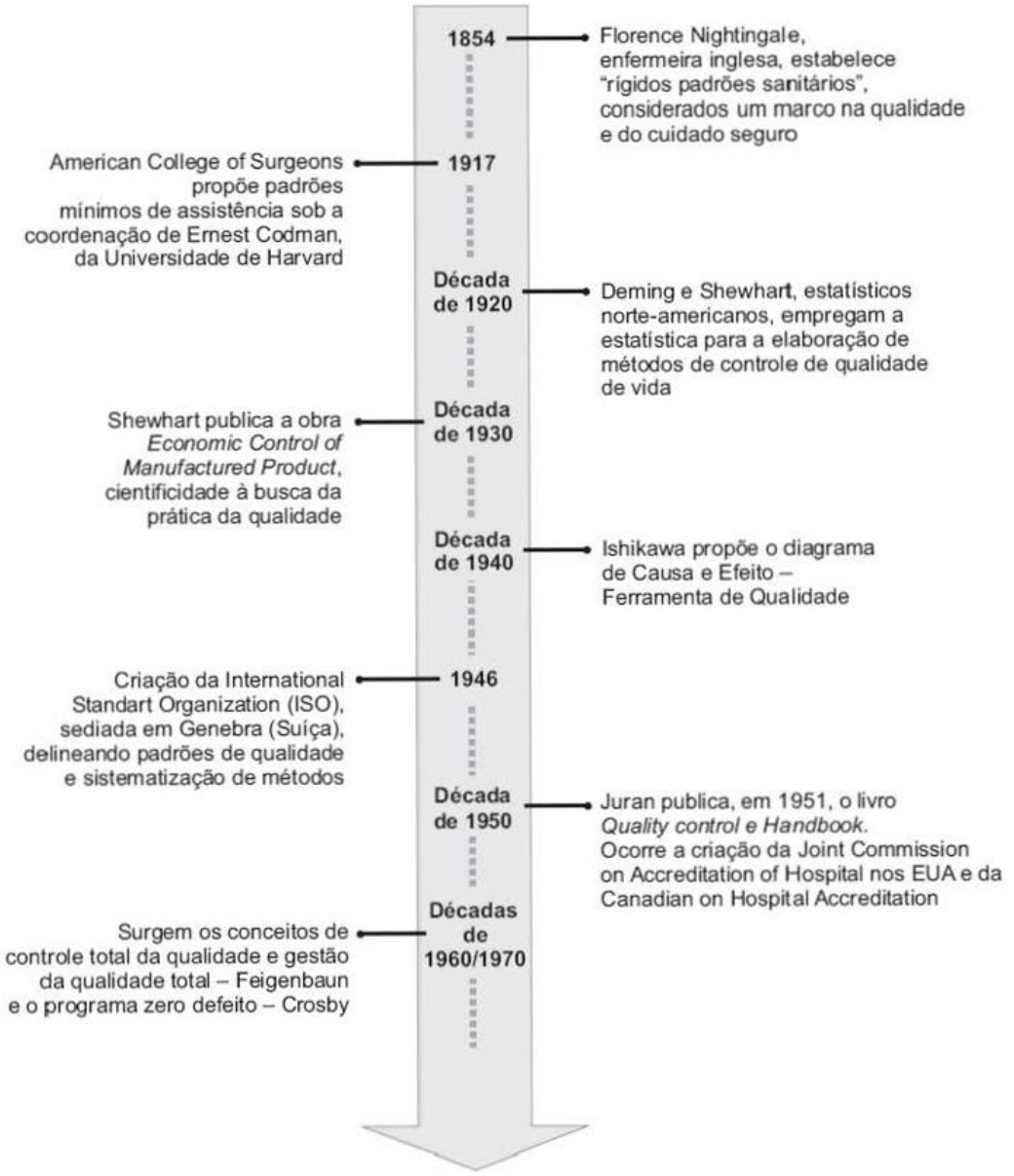
Ao se conjecturar acerca do tema “qualidade nos serviços de saúde”, é impossível não reconhecer sua aproximação com os preceitos que envolvem a segurança do paciente. Conforme a World Health Organization (WHO/OMS, 2009, 2011), a segurança do paciente é conceituada como a ausência de danos desnecessários ou potenciais para o paciente, associada aos cuidados de saúde. Trata-se de um princípio fundamental do cuidado e um componente crítico de gestão da qualidade; sua melhoria exige esforço complexo e abordagem abrangente e multifacetada para identificar e gerenciar riscos.

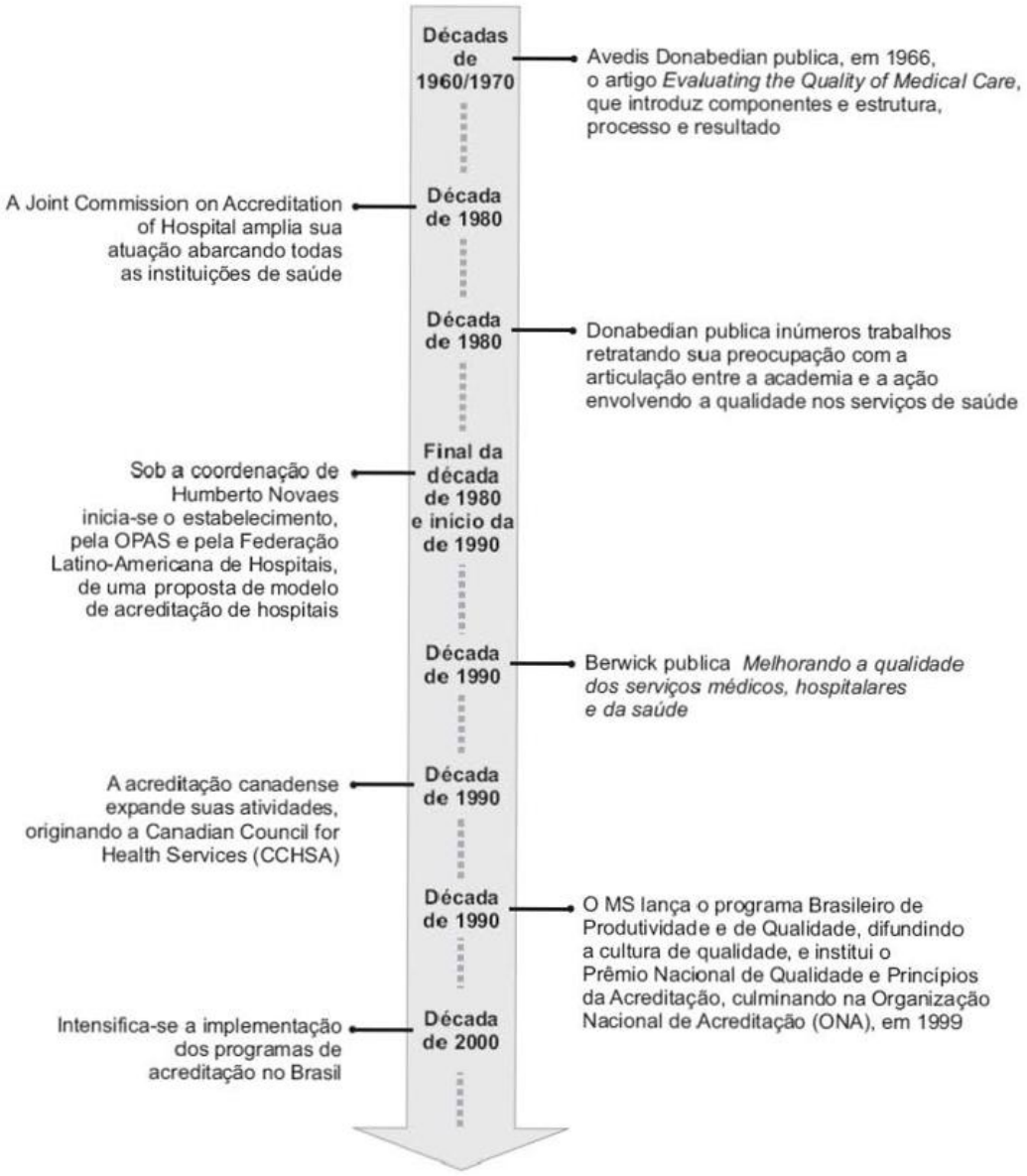
Vincent (2009) afirma que segurança consiste em evitar, prevenir e melhorar os resultados adversos dos processos de assistência à saúde, e que ela se encontra nos sistemas e nas pessoas. Assim, necessita ser ativamente buscada e estimulada para se obter alta confiabilidade nos processos, componente essencial de uma prática assistencial dotada de qualidade, possibilitando a confiança dos usuários em processos eficazes.

Na compreensão de Runciman et al. (2009), reduzir ao mínimo aceitável a ocorrência de um dano desnecessário ao paciente traduz o significado de segurança. Nessa ótica, o termo é definido como a redução do risco de dano ao mínimo possível pela situação causada por uma ação ou agente potencial.

Com base nessas assertivas, pode-se concluir que tanto a qualidade como a segurança são atributos indissociáveis na avaliação dos serviços de saúde, cabendo aos gestores e aos profissionais atuantes nessas organizações o papel de disseminar tais conceitos e propiciar meios e instrumentos para que os serviços alcancem padrões elevados de atendimento.

Frente ao exposto e no intuito de compreender a evolução e a incorporação dos conceitos citados no setor de saúde, considera-se pertinente a apresentação das principais iniciativas relacionadas com a temática em questão, por meio de uma linha do tempo (Figura 6.1).


1854
Florence Nightingale, enfermeira inglesa, estabelece "rígidos padrões sanitários", considerados um marco na qualidade e do cuidado seguro
American College of Surgeons propõe padrões mínimos de assistência sob a coordenação de Ernest Codman, da Universidade de Harvard
1917
Década de 1920
Deming e Shewhart, estatísticos norte-americanos, empregam a estatística para a elaboração de métodos de controle de qualidade de vida
Shewhart publica a obra Economic Control of Manufactured Product, cientificidade à busca da prática da qualidade
Década de 1930
Década de 1940
Ishikawa propõe o diagrama de Causa e Efeito – Ferramenta de Qualidade
Criação da International Standart Organization (ISO), sediada em Genebra (Suíça), delineando padrões de qualidade e sistematização de métodos
1946
Década de 1950
Juran publica, em 1951, o livro Quality control e Handbook. Ocorre a criação da Joint Commission on Accreditation of Hospital nos EUA e da Canadian on Hospital Accreditation
Surgem os conceitos de controle total da qualidade e gestão da qualidade total – Feigenbaun e o programa zero defeito – Crosby
Décadas de 1960/1970


Décadas de 1960/1970
Avedis Donabedian publica, em 1966, o artigo *Evaluating the Quality of Medical Care*, que introduz componentes e estrutura, processo e resultado
A Joint Commission on Accreditation of Hospital amplia sua atuação abarcando todas as instituições de saúde
Década de 1980
Década de 1980
Donabedian publica inúmeros trabalhos retratando sua preocupação com a articulação entre a academia e a ação envolvendo a qualidade nos serviços de saúde
Sob a coordenação de Humberto Novaes inicia-se o estabelecimento, pela OPAS e pela Federação Latino-Americana de Hospitais, de uma proposta de modelo de acreditação de hospitais
Final da década de 1980 e início da de 1990
Década de 1990
Berwick publica *Melhorando a qualidade dos serviços médicos, hospitalares e da saúde*
A acreditação canadense expande suas atividades, originando a Canadian Council for Health Services (CCHSA)
Década de 1990
Década de 1990
O MS lança o programa Brasileiro de Produtividade e de Qualidade, difundindo a cultura de qualidade, e institui o Prêmio Nacional de Qualidade e Princípios da Acreditação, culminando na Organização Nacional de Acreditação (ONA), em 1999
Intensifica-se a implementação dos programas de acreditação no Brasil
Década de 2000

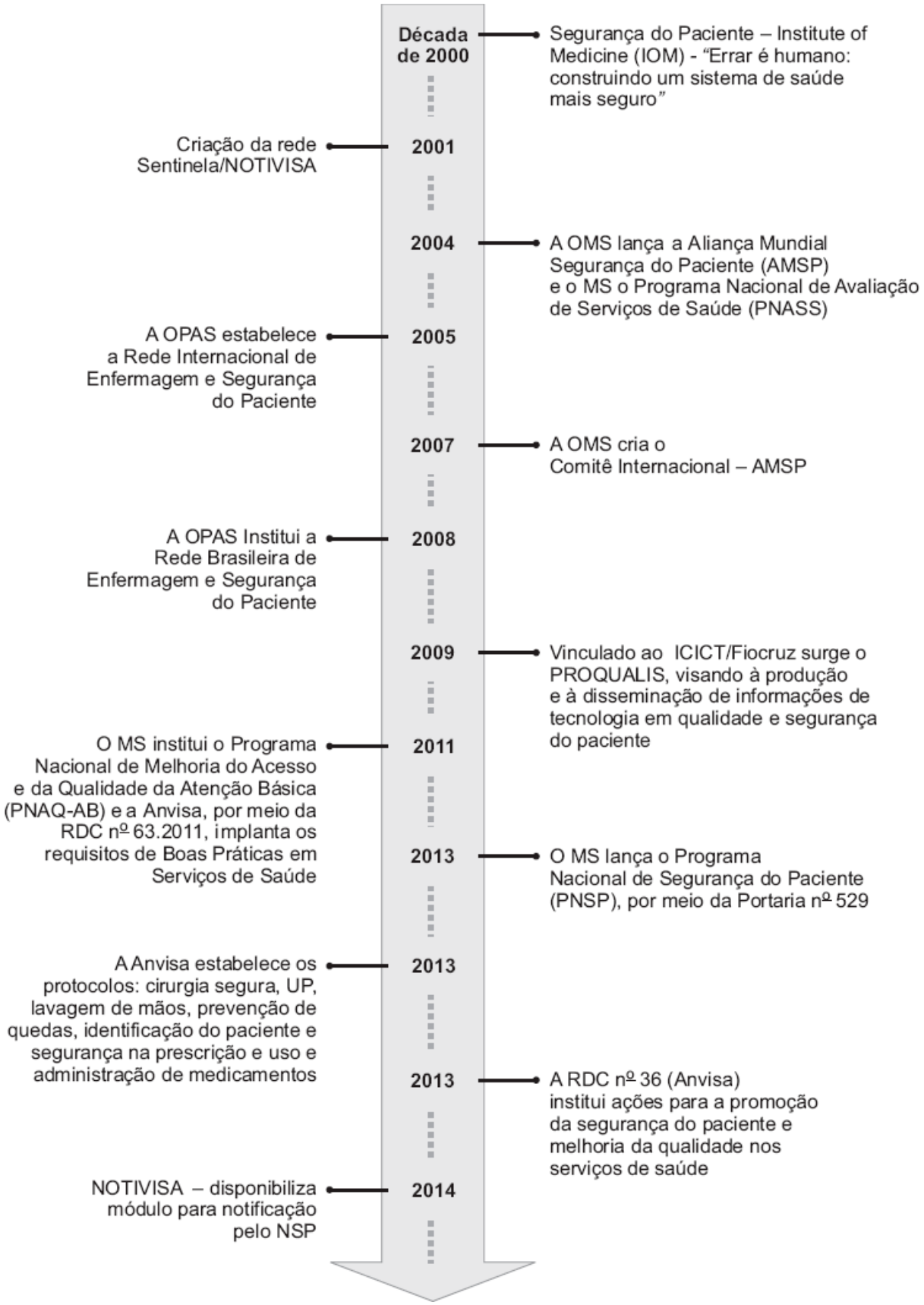

Década de 2000
Segurança do Paciente – Institute of Medicine (IOM) - "Errar é humano: construindo um sistema de saúde mais seguro"
2001
Criação da rede Sentinela/NOTIVISA
2004
A OMS lança a Aliança Mundial Segurança do Paciente (AMSP) e o MS o Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde (PNASS)
2005
A OPAS estabelece a Rede Internacional de Enfermagem e Segurança do Paciente
2007
A OMS cria o Comitê Internacional – AMSP
2008
A OPAS Institui a Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente
2009
Vinculado ao ICICT/Fiocruz surge o PROQUALIS, visando à produção e à disseminação de informações de tecnologia em qualidade e segurança do paciente
2011
O MS institui o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PNAQ-AB) e a Anvisa, por meio da RDC nº 63.2011, implanta os requisitos de Boas Práticas em Serviços de Saúde
2013
O MS lança o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), por meio da Portaria nº 529
2013
A Anvisa estabelece os protocolos: cirurgia segura, UP, lavagem de mãos, prevenção de quedas, identificação do paciente e segurança na prescrição e uso e administração de medicamentos
2013
A RDC nº 36 (Anvisa) institui ações para a promoção da segurança do paciente e melhoria da qualidade nos serviços de saúde
2014
NOTIVISA – disponibiliza módulo para notificação pelo NSP

Figura 6.1 Linha do tempo: principais iniciativas relacionadas com a qualidade, a segurança do paciente e a avaliação de serviços de saúde.

Anvisa: Agência Nacional de Vigilância Sanitária; Fiocruz: Fundação Oswaldo Cruz; MS: Ministério da Saúde; NOTIVISA: Sistema de Notificações para a Vigilância Sanitária; OMS: Organização Mundial da Saúde; OPAS: Organização Pan-Americana da Saúde;

RDC: Resolução da Diretoria Colegiada.

Em relação a essa linha do tempo, é relevante destacar alguns pontos que notadamente influenciaram a evolução dos conceitos envolvendo qualidade, segurança e avaliação em saúde.

Remonta ao final do século 19 a atuação de Florence Nightingale (1820-1910), uma das precursoras na implantação do primeiro modelo de melhoria contínua da qualidade em saúde, em 1854, durante a Guerra da Crimeia. Naquela ocasião, no Hospital de Scutari, os resultados de suas intervenções – rígidos padrões sanitários e eficazes cuidados de enfermagem –

propiciaram um significativo declínio da taxa de mortalidade de 40 para 2% (Nogueira, 1996).

Na sequência, início do século 20, nos EUA, o Colégio Americano de Cirurgiões, sob a coordenação de Ernest Codman, estabeleceu padrões mínimos para avaliar a qualidade dos cuidados aos pacientes hospitalizados.

A preocupação com a qualidade advém do contexto industrial, cujo foco principal foi a elaboração de métodos de controle da mesma. Nessa perspectiva, William Edwards Deming e Walter Shewhart (apud Malik e Schiesari, 1998) são também considerados pioneiros nos estudos sobre o assunto, nos quais empregaram estatística para elaborar métodos de controle de qualidade. Na década de 1950, no pós-guerra, Deming, a convite do governo japonês, introduziu as práticas de gestão da qualidade, tornando-se o responsável pelo treinamento dos gerentes japoneses no campo de controle estatístico da qualidade (Malik e Schiesari, 1998).

Corroborando com Deming no que tange ao controle da qualidade, Joseph Moses Juran publicou o livro *Quality control handbook*, o qual se tornou um clássico para os estudiosos do tema. Para esse autor, a administração da qualidade compreende três processos: o planejamento, o controle e a melhoria da qualidade, teoria conhecida como trilogia de Juran. Ele alerta que os custos de não se trabalhar com essa tríade favorecem a ocorrência de erros, desperdícios e retrabalho.

Outra iniciativa observada na década de 1950 foi a criação da Joint Commission on Accreditation of Hospitals (JCAH), de natureza privada, com objetivo de introduzir conceitos de qualidade para análise de casos por meio de auditoria. Essa comissão proporcionou o desenvolvimento de indicadores, padrões e critérios visando instrumentalizar as organizações na melhoria da qualidade dos cuidados prestados aos usuários.

No decorrer dos anos 1980, a qualidade dos serviços passou a ser assunto prioritário no setor de saúde, sendo impulsionada por diversos fatores, como: o elevado custo da assistência, a consequente necessidade de redução dos gastos, o aumento dos processos judiciais por erros, a maior exigência de qualidade por parte dos usuários e a precisão de melhor organização dos serviços. Esse movimento levou a *JCAH* a ampliar seu domínio de atuação, passando a denominar-se, a partir de 1988, Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organization (JCAHO) (Malik e Schiesari, 1998).

Durante todo esse período, os autores anteriormente citados fizeram referências às possibilidades de aplicação de métodos de controle estatístico em serviços de saúde. Todavia, foi Avedis Donabedian, a partir da década de 1980, que passou a enfatizar e a disseminar a necessidade da avaliação da qualidade, contemplando a participação dos profissionais e dos usuários nos processos avaliativos.

Na década de 1990, Donald Berwick envolveu-se com o gerenciamento da qualidade, contribuindo para que os profissionais de saúde se apropriassem dos conceitos da qualidade por meio da publicação do livro intitulado *Melhorando a qualidade dos serviços médicos, hospitalares e da saúde*, no

qual adaptou para a saúde os conceitos utilizados na indústria e ofereceu exemplos de efetiva aplicação das ferramentas da qualidade.

Nos países da América Latina e do Caribe, ações visando à garantia da qualidade não foram adotadas de maneira sistemática e extensiva como nos EUA e na Europa. Nessa direção, verifica-se, na década de 1990, um movimento promovido pela Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) e pela Federação Latino-Americana de Hospitais, com a proposta de implantação de um modelo de acreditação de hospitais (Novaes e Paganini, 1994).

No Brasil, em 1998, o Ministério da Saúde instituiu o Programa Brasileiro de Qualidade e Produtividade, dando origem à criação, em 1999, da Organização Nacional de Acreditação (ONA) (Feldman et al., 2005).

O processo de acreditação surge como uma das maneiras que podem contribuir para a avaliação da qualidade e garantir aos usuários e trabalhadores a segurança nos serviços de saúde. Essa iniciativa é de cunho voluntário e educativo, que pressupõe uma ação proativa das organizações em apresentar à população, aos gestores e aos fornecedores de serviços de saúde um padrão de qualidade compatível com uma referência externa e sem a finalidade de fiscalização (Brasil, 2012).

No que tange à segurança do paciente, a análise dos dados explicitados pelo relatório *To err is human: building a safer healthcare system*, conduzido pelo Institute of Medicine, nos EUA, permitiu uma série de discussões acerca de mudanças e avanços para o estabelecimento e a implementação de práticas seguras no cuidado ao paciente (Kohn et al., 2000).

Outro marco relativo à segurança do paciente diz respeito ao estabelecimento da Aliança Mundial para a Segurança do Paciente, com a finalidade de socializar conhecimentos e propor recomendações a partir de programas e campanhas internacionais destinados a garantir a segurança dos pacientes (WHO, 2002).

No Brasil, inúmeras ações governamentais com o propósito de garantir a segurança do paciente vêm sendo implantadas, salientando-se a Resolução

de Diretoria Colegiada (RDC) no 63/2011 e o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), por meio da Portaria no 529/2013, regulamentado pela RDC no 36/2013.

O PNSP tem por objetivos promover melhorias no âmbito da atenção à saúde e prevenir e reduzir a incidência de eventos adversos. Esse programa está estruturado em quatro eixos, a saber: estímulo à prática assistencial segura, envolvimento dos usuários em sua segurança, inserção da temática segurança do paciente no ensino e incremento de pesquisas (Brasil, 2013).

No intuito de adensar as medidas destinadas ao cuidado seguro, o PNSP instituiu seis protocolos referentes à prevenção de eventos adversos. São eles: cirurgia segura, higiene das mãos, identificação do paciente, prevenção de quedas, segurança medicamentosa e úlcera por pressão. Tais protocolos foram elaborados, e, por meio da RDC no 36, sua implementação ficou sob a responsabilidade dos núcleos de segurança do paciente de cada instituição (Brasil, 2014).

Em virtude do que foi mencionado e reconhecendo a qualidade e a segurança do paciente como componentes basilares no atendimento das necessidades de saúde dos usuários, torna-se imperativa a sua incorporação na cultura organizacional e nas atitudes e desempenho profissionais, não só dos trabalhadores como também do corpo diretivo dos estabelecimentos de saúde.

Qualidade e segurança em saúde e sua interface com a avaliação de serviços Na saúde, em decorrência da característica do processo de trabalho, a qualidade e a segurança do paciente adquiriram um significado particular e diferenciado em relação às demais atividades envolvidas na produção de bens e serviços.

De acordo com Nogueira (1994), a qualidade pode ser traduzida por três elementos subjetivos, mas que se manifestam de modos objetivamente diferentes. São eles:

•

Intenção em criar e manter consciência quanto às propriedades dos produtos (bens e serviços) que estão sendo gerados, diminuindo sua variabilidade ao serem adotados determinados padrões ou especificações técnicas

•

Preocupação em satisfazer demandas explícitas dos usuários e necessidades não declaradas, porém previsíveis, dos mesmos

•

Orientação para a qualidade envolvendo a gerência, os profissionais e os trabalhadores.

Nesse âmbito, segundo Nogueira (1994), a qualidade é “algo que os envolvidos nos atos de saúde estarão constantemente preocupados em auferir e aperfeiçoar para dar maior satisfação aos que necessitam desses serviços”. Portanto, a qualidade transforma-se em filosofia de gerência, uma atitude face à produção que pode ser mais bem apreendida quando se examina o modo como se relacionam os polos produção-consumo, em que a produção parte de uma consideração minuciosa das características do processo de consumo, da opinião e da sugestão dos usuários dos serviços.

Conforme dito anteriormente, ao abordar a temática qualidade e segurança em saúde, é inevitável não correlacioná-la à avaliação dos serviços de saúde, uma vez que na essência do conceito de qualidade está embutida a ideia de avaliação. Assim, é de suma importância que o conceito de qualidade esteja presente na missão institucional e incorporado pelos atores sociais integrantes da organização.

E o que significa avaliar? No entender de Tanaka e Melo (2001), é expor um valor assumido a partir do julgamento realizado com base em critérios previamente definidos. Acrescentam, ainda, que, no âmbito dos programas e dos serviços de saúde, a avaliação é compreendida como uma estratégia técnico-administrativa destinada à tomada de decisão, na qual o exercício

dessa capacidade é dado pelo contexto e pela organização do processo de trabalho.

Para esses mesmos autores, a avaliação é uma função de gestão destinada a auxiliar o processo de decisão, visando torná-lo o mais racional e efetivo possível. Assim, afirmam que é necessário que se defina claramente para que a avaliação está sendo feita, cabendo ainda ao avaliador analisar as informações disponíveis para conhecer melhor a situação que se pretende avaliar.

A avaliação nos serviços de saúde vem sendo considerada como um processo de determinação da extensão com a qual as metas e os objetivos estão sendo alcançados e de como esse processo técnico-administrativo fornece subsídios para uma tomada de decisão. Dessa maneira, algumas medidas, embora incipientes, vêm sendo empregadas como estratégias para garantir a qualidade assistencial e a segurança do paciente.

A implementação de ações e programas com o intuito de garantir a qualidade é uma necessidade na busca da eficiência e um dever do ponto de vista ético e moral para com os usuários e trabalhadores. Toda instituição, cuja missão essencial é assistir o ser humano, deve preocupar-se com a melhoria constante do atendimento, de tal maneira que alcance uma relação harmônica das áreas administrativa, tecnológica, econômica, assistencial, de ensino e de pesquisa.

Novaes (2000) destaca a possibilidade do emprego de três tipologias para a avaliação de serviços: a investigação avaliativa, a avaliação para a decisão e para a gestão. Esses tipos de avaliação diferem entre si quanto ao objetivo, à posição do avaliador, ao objeto avaliado, à metodologia adequada, ao contexto, à utilização da informação e ao juízo formulado em relação à temporalidade.

Independentemente do tipo ou do objetivo das ações ou dos programas, quando se aborda a temática avaliação de serviços de saúde, o modelo de Avedis Donabedian é referendado pelos estudiosos em gestão da qualidade assistencial.

Donabedian (1992b) afirma que a qualidade da assistência não se constitui em um atributo abstrato, mas é construída pela avaliação da assistência por meio de três dimensões:

•

Estrutura: refere-se às características relativamente estáveis das instituições, como: recursos humanos, materiais, físicos, financeiros e modelo organizacional

•

Processo: refere-se ao conjunto de atividades desenvolvidas na produção em geral e no setor saúde, nas relações estabelecidas entre os profissionais e os clientes, desde a busca pela assistência até o diagnóstico e o tratamento

•

Resultado: é a obtenção das características desejáveis dos produtos ou serviços, retratando os efeitos da assistência na saúde da população.

Além desses aspectos, esse mesmo autor aponta para a importância da participação do usuário na concepção, na produção e na avaliação dos serviços de saúde, enfatizando que um modelo de avaliação deve responder às seguintes questões:

•

A infraestrutura existente atende às necessidades do usuário?

•

Os processos estão ocorrendo de maneira adequada?

•

Os resultados obtidos são bons?

•

Os usuários estão satisfeitos com os serviços oferecidos?

Cabe ainda enfatizar que ferramentas de auferibilidade, tais como padrões, critérios e indicadores, são importantes elementos empregados no processo de trabalho dos profissionais de saúde, considerando-se tanto a dimensão qualitativa como a quantitativa. Assim, torna-se imprescindível a esses profissionais verticalizar continuamente o conhecimento e a reflexão a respeito desses aparatos, implementando-os nos diferentes contextos de sua prática profissional.

Avaliação da qualidade e da segurança nos serviços de saúde | Meios e instrumentos O alcance da qualidade da assistência à saúde é uma meta que vem sendo almejada por instituições preocupadas em garantir um ambiente seguro para o exercício profissional e, consequentemente, com um mínimo de riscos a seus usuários.

No setor de saúde observa-se uma tendência a construir indicadores de eficiência, eficácia e efetividade com base em padrões e critérios preestabelecidos para uma dada realidade.

Para Donabedian (1990), padrão é uma medida específica, quantitativa e capaz de definir a qualidade almejada; e critério é um atributo de estrutura, de processo ou resultado capaz de direcionar a mensuração da qualidade.

O indicador é uma unidade de medida de uma atividade com a qual está relacionado, ou ainda uma medida quantitativa que pode ser usada como um guia para monitorar e avaliar a qualidade assistencial e as atividades de um serviço (JCAHO, 1989).

Os indicadores são construídos mediante uma expressão matemática em que o numerador representa o total de eventos predefinidos, e o denominador, a população de risco selecionada, observando-se a confiabilidade, a validade, a sensibilidade, a especificidade e o valor preditivo dos dados.

Nesse cenário, uma das ferramentas destinadas a monitorar a qualidade de um serviço é o emprego de indicadores visando a eficiência, eficácia, confiabilidade e completude dos processos de trabalho, constituindo-se, desse modo, em uma prática valiosa para avaliação dos serviços de saúde.

Os indicadores são utilizados para: compreender o funcionamento dos sistemas e estipular a maneira como podem ser melhorados; avaliar o desempenho dos serviços quando comparados a um dado padrão; propiciar transparência nas tomadas de decisão; e a responsabilização. Reconhece-se que, na maioria das vezes, os indicadores não fornecem respostas definitivas, mas propõem um novo olhar para as questões pesquisadas e avaliadas (Tronchin et al., 2006).

Ressalta-se que os indicadores (tanto o evento sentinela como os baseados em índices) são sinalizadores de não conformidades e que a sua utilização dependerá do contexto em que estiverem inseridos.

Considerando que o indicador é uma medida que será utilizada para iniciar uma série de atividades em uma organização, há necessidade de obtenção de informações antes de empregá-lo e de ser referendado por uma política de qualidade. Para tanto, a instituição precisa assegurar e disponibilizar documentação para o levantamento de dados.

Cabe salientar que os indicadores estão intimamente relacionados com as políticas e metas a serem alcançadas pela avaliação da qualidade de serviços de saúde. Destaca-se também a relevância do emprego de referenciais teóricos e de políticas organizacionais que sustentem tanto a elaboração dos indicadores como a sua aplicabilidade nos contextos assistenciais e gerenciais. Outrossim, é imprescindível validar o conteúdo dos indicadores construídos, considerando que será aplicado com maior segurança e confiabilidade.

Por conseguinte, evidencia-se que, no âmbito gerencial, a utilização de indicadores propicia identificar problemas reais e potenciais visando implementar ações efetivas e monitorar seu desenvolvimento. Para a assistência, possibilita a revisão dos processos empregados e dos resultados, no sentido de alcançar padrões de excelência; e no que tange ao

ensino e à pesquisa, viabiliza a disponibilização de um instrumento válido para a comunidade científica, articulando interesses e demandas de serviços e de pesquisadores.

Há ainda que se considerar a importância de elaborar indicadores passíveis de serem estudados e comparáveis (*benchmarking*), no âmbito do gerenciamento, com os padrões internos e externos à instituição.

No caminho que leva à qualidade, envolver os recursos humanos da instituição é essencial, devendo-se criar espírito de grupo e proporcionar estratégias que conduzam as pessoas a trabalharem com maior entusiasmo, criatividade e motivação.

Aspectos ético-legais da qualidade e da segurança do paciente

Quanto aos aspectos ético-legais, ao se discorrer sobre qualidade e segurança do paciente, chamam a atenção as consequências da ausência desses atributos para os profissionais, os usuários e as instituições de saúde. Isso porque, quando ocorrem erros ou eventos adversos ao usuário dos serviços de saúde, pode haver responsabilização do profissional e/ou da instituição na qual o paciente está sendo ou foi atendido, seja o dano de ordem física ou psicológica.

Nesse sentido, o Código Civil Brasileiro reza: “Aquele que, por ação ou omissão voluntária, negligência ou imprudência, violar direito e causar dano a outrem, ainda que exclusivamente moral, comete ato ilícito” (art. 186). Desse modo, se comprovada a culpa do profissional, mesmo não tendo uma conduta premeditada de causar dano, tal agente poderá ter cometido um ato ilícito, lesando o direito de terceiro, que, nesse caso, é o usuário. Assim, o profissional de saúde que der causa à ilicitude e tiver sua culpa comprovada, terá de ressarcir esse terceiro lesado.

A responsabilidade será sempre pessoal e intransferível em caso de ato ilícito penal ou crime. Nesse caso, não se cogita a responsabilidade institucional por culpa ou dolo, sendo esta possível somente na esfera cível.

Ainda no que diz respeito à segurança do usuário/paciente, será configurada a responsabilidade individual do trabalhador de saúde quando houver dano ao paciente, por culpa exclusiva desse profissional que cometeu ilicitudes decorrentes da falta de atenção, insuficiência ou ausência de conhecimentos ou habilidades necessárias ou da falta de prudência nas ações profissionais. Porém, para que isso ocorra, é preciso que a empresa comprove que ofereceu condições materiais, humanas, físicas, dentre outras, para a prestação de uma assistência segura. Desse modo, o profissional terá de arcar com o ônus da reparação do dano, eximindo a instituição de quaisquer responsabilizações.

No entanto, a responsabilidade poderá ser, também, institucional ou objetiva. Segundo o Código de Defesa e Proteção do Consumidor: "Os produtos e serviços colocados no mercado de consumo não acarretarão riscos à saúde ou *segurança* dos consumidores, exceto os considerados normais e previsíveis em decorrência de sua natureza e fruição, obrigando-se os fornecedores, em qualquer hipótese, a dar as *informações* necessárias a seu respeito" (art. 8).

O referido código aponta ainda outros direitos básicos do consumidor, a saber: "A informação adequada e clara sobre os diferentes produtos e *serviços*, com especificação correta de quantidade, características, composição, qualidade e preço, bem como os *riscos* que apresentem" (art. 8, inciso III). Há, inclusive, a possibilidade de *inversão do ônus da prova*, quando o consumidor do produto ou serviço for considerado *hipossuficiente*, contrariando a máxima do Direito, segundo a qual a obrigação de provar incumbe a quem acusa ou alega algo contra terceiro.

No setor de saúde, a responsabilidade de comprovar pode ser imposta pelo Estado ao responsável pelo serviço ou produto.

Com isso, o profissional que comete um grave erro, expondo a vida do paciente/usuário a risco de morte ou lesão gravíssima, poderá ter de comprovar que não agiu com culpa, caso o Estado entenda que a vítima é hipossuficiente. Isso ocorre quando o paciente alega que não foi informado sobre um tratamento, seus riscos, suas consequências ou os efeitos indesejáveis de uma ação de saúde. Nessa direção, pergunta-se: haveria ou

não previsibilidade da ocorrência desse(s) risco(s)? Se a resposta for afirmativa, pode-se deduzir a obrigação legal do profissional responsável por aquele ato ou ação de comunicar, de maneira clara e compreensível ao entendimento do usuário/paciente e seus familiares, as questões que demandam tais riscos, consequências ou efeitos indesejáveis. Recomenda-se, portanto, que o profissional não só comunique verbalmente, mas que o faça por escrito, a fim de obter o consentimento do usuário/paciente e da família previamente à realização daquele ato.

A Lei Estadual no 10.241, de 17 de março de 1999, estabelece os direitos dos usuários dos serviços e ações de saúde. O

art. 2o, inciso XIV dispõe: "Ter assegurados durante as consultas, internações, procedimentos diagnósticos e terapêuticos e na satisfação de suas necessidades fisiológicas: a) integridade física; b) privacidade; c) individualidade; d) respeito aos seus valores éticos e culturais; e) confidencialidade de toda e qualquer informação pessoal; e f) *segurança* do procedimento."

Depreende-se da leitura e interpretação desse inciso que a responsabilidade pela segurança do usuário/paciente é uma questão de direito e uma obrigação dos profissionais ou dos serviços de saúde. Logo, não se pode descuidar da gestão dos riscos que envolvem as ações de saúde (que representam a possibilidade de dano ou de lesão), os quais devem ser prevenidos e evitados. Para tanto, o que se espera dos profissionais que lidam com isso nas organizações de saúde é que mapeiem quais são os riscos possíveis nas práticas ou ações desenvolvidas em cada serviço de saúde, buscando minimizar suas ocorrências.

Deve-se, portanto, agir de maneira ética, no sentido de garantir o direito dos usuários/pacientes relativos à sua segurança, garantindo também o direito à informação sobre custos, riscos e benefícios em cada tratamento ou cuidado.

Dessa maneira, a segurança do usuário/paciente pode ser considerada um importante elemento da segurança do profissional, pois é desejável que

este seja capaz de discernimento e tomada de decisão no que tange ao ato de “avaliar

criteriosamente sua competência técnica, científica, ética e legal, e somente aceitar encargos ou atribuições quando capaz de *desempenho seguro* para si e para outrem” (Cofen, 2007).

Além de enfocar a segurança na atenção primária, secundária e terciária, cabe destacá-la também nas práticas domiciliares. Qual a relevância da gestão de riscos englobando a assistência domiciliária? Segundo o art. 13 do Código Penal Brasileiro (1940), “a omissão é penalmente relevante quando o omitente devia e podia agir para evitar o resultado. O dever de agir incumbe a quem: a) tenha por lei obrigação *de cuidado, proteção ou vigilância*; b) de outra forma, assumiu a responsabilidade de impedir o resultado e c) com seu comportamento anterior, criou o risco da ocorrência do resultado.”

Diante dessas considerações, deve-se reflexionar sobre a obrigação e a responsabilização dos profissionais de saúde em termos de previsibilidade dos riscos de suas ações. No entanto, não basta prever os riscos, é imprescindível que os profissionais sejam capacitados, do ponto de vista técnico-científico e ético-político, no sentido de prevenir as ocorrências danosas ao usuário/paciente como uma política institucional. Além disso, eles devem assumir para si o dever de bem informar o paciente e a família sobre custos, riscos e benefícios, obtendo deles o consentimento para o agir profissional respaldado nos âmbitos do saber técnico, fundamentado científica e eticamente e amparado no consentimento livre e esclarecido do paciente.

Considerações finais

Neste capítulo, foram discutidos conceitos a respeito de qualidade e segurança do paciente, sua evolução por meio de uma retrospectiva histórica, sua aplicabilidade nos serviços de saúde e os aspectos ético-legais envolvidos.

A interface do conceito de qualidade com a avaliação dos serviços de saúde está pautada, fundamentalmente, no referencial teórico de Avedis Donabedian, tendo como eixo norteador os elementos de estrutura, processo e resultado.

Destaca-se a importância do alcance da qualidade nos serviços de saúde, além da implementação de instrumentos para avaliar e monitorar as ações e os programas sob sua responsabilidade.

Foi apontado também que os conceitos *qualidade* e *segurança* devem estar incorporados à cultura organizacional e à vontade política dos profissionais que nela atuam.

Salienta-se ainda a necessidade de os profissionais e usuários estarem cientes de seus direitos e deveres, acreditando que a qualidade está intrinsecamente ligada à dimensão de otimização, segundo a qual é preciso utilizar, ao máximo, os recursos existentes.

Finalmente, é fundamental garantir espaços e meios para que esses atores sociais sejam efetivamente protagonistas dos processos em busca da qualidade e da segurança nos serviços de saúde.

Referências bibliográficas

Berwick D. Qualidade dos serviços médicos, hospitalares e de saúde. São Paulo: Makron; 1994.

Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa). Resolução da Diretoria Colegiada. RDC no 36, de 25 de julho de 2013. Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências. Brasília: DOU; 2013. (Seção 1:43.) Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa). Resolução da Diretoria Colegiada. RDC no 63, de 25 de novembro de 2011.

Dispõe sobre os requisitos de boas práticas de funcionamento para os serviços de saúde. Brasília: DOU; 2011.

Brasil.

Decreto-Lei

no

2.848,

de

7

de

dezembro

de

1940.

Código

penal.

Disponível

em:

http://www.amperj.org.br/store/legislacao/codigos/cp_dl2848.pdf. Acesso em: 2 de jul. 2015.

Brasil. Lei no 10.406, de 10 de janeiro de 2002. Institui o Código civil. In: Código civil. 8. ed. São Paulo: Saraiva; 2002. Legislação Brasileira.

Brasil. Lei no 8.078, de 11 de setembro de 1990. Dispõe sobre a proteção do consumidor e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/CCIVIL_03/leis/L8078.htm. Acesso em: 2 de julho de 2015.

Brasil. Ministério da Saúde (MS). Manual brasileiro de acreditação hospitalar. 2. ed. Brasília: Secretaria de Políticas de Saúde.

Departamento de Avaliação de Políticas de Saúde; 2012.

Brasil. Ministério da Saúde (MS). Portaria 529/13. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). Brasília: DOU; 2013.

Brasil. Ministério da Saúde (MS). Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente. Brasília: MS; 2014.

Conselho Federal de Enfermagem (Cofen). Resolução no 311/2007. Código de ética dos profissionais de enfermagem. In: Conselho Regional de Enfermagem do Estado de São Paulo. Principais legislações para o exercício da enfermagem; 2007.

Donabedian A. The seven pillars of quality. Arch Pathol Lab Med. 1990; 114(11):1115-8.

Donabedian A. Evalución de la calidad de la atención médica: In: White KL, Frank, J (Orgs.). Investigaciones sobre serviços de salud: una antologia. Washington, D.C.: OPAS; 1992a. p. 382-404.

Donabedian A. The role of outcomes in quality assessment and assurance. Quality Review Bulletin. 1992b; 20(6):975-92.

Feldman LB, Gatto MAF, Cunha ICK. O. História da evolução da qualidade hospitalar: dos padrões a acreditação. Acta Paul Enferm. 2005; 18(2):213-9.

Fundação Nacional da Qualidade (FNQ). Rumo à excelência: critérios para avaliação do desempenho e diagnóstico organizacional. Prêmio Nacional da Gestão em Saúde (ciclo 2006-2007). São Paulo: FNE/CQH; 2006.

Institute of Medicine (IOM). Committee on Quality of Health care in America. Crossing the quality chasm: a new health system for the 21st century. Washington, D.C.: National Academy Press; 2001.

Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organization (JCAHO). Characteristics of clinical indicators. QRB Qual Rev Bul. 1989; 15(11):330-9.

Joint Commission Resources. Quality & Safety Network. The 2007 national patient safety goals. Disponível em: http://www.gehealthcare.com/gecommunity/tip_tv/subscribers/sup_material/supplement/3174.pdf.

Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS (Eds.). To err is human: building a safer health system. Washington, DC: IOM/National Academy Press; 2000.

Malik AM. Qualidade e avaliação nos serviços de saúde: uma introdução. In: D'innocenzo M. Indicadores, auditoria, certificações: ferramentas de qualidade para gestão em saúde. São Paulo: Martinari; 2006. p. 21-35.

Malik AM, Schiesari LMC. Qualidade na gestão local de serviços e ações de saúde. São Paulo: USP; 1998.

Nogueira LCL. Gerenciando pela qualidade total na saúde. Belo Horizonte: QFCO; 1996.

Nogueira PN. Perspectivas da qualidade em saúde. Rio de Janeiro: Qualitymark; 1994.

Novaes HM. Avaliação de programas, serviços e tecnologias em saúde. Rev Saúde Pública. 2000; 34(5):547-9.

Novaes HM, Paganini JM. Padrões e indicadores de qualidade para hospitais. Washington: OPAS; 1994.

Organização Mundial da Saúde (OMS). Estrutura conceitual da classificação internacional sobre segurança do doente. Relatório técnico final. OMS; 2011.

Runciman W, Hibbert P, Thomson R et al. Towards an international classification for patient safety: key concepts and terms. Int J Qual Health Care. 2009; 21(1):18-26.

São Paulo. Lei no 10.241, de 17 de março de 1999. Dispõe sobre os direitos dos usuários dos serviços e ações de saúde do Estado de São Paulo

e

dá

outras

providências.

Disponível

em:

http://www.pge.sp.gov.br/centrodeestudos/bibliotecavirtual/dh/volume%20i/saudelei10241.htm. Acesso em: 2 de jul. 2015.

Tanaka OY, Melo C. Avaliação de programas de saúde do adolescente: um modo de fazer. São Paulo: EDUSP; 2001.

Tronchin DMR, Naves LK, Lima RPM et al. Avaliação da assistência de enfermagem: o emprego de indicadores. In: Leite MMJ (Coord.).

Programa de atualização em enfermagem: saúde do adulto (Procenf). Porto Alegre: Artmed/Panamericana; 2006. p. 9-22.

Vincent C. Segurança do paciente: orientações para evitar eventos adversos. São Caetano do Sul: Yendis; 2009.

World Health Organization (WHO). Patient Safety: rapid assessment methods for estimating hazards. Genebra: WHO; 2002. Disponível em: http://www.who.int/patientsafety/research/methods_measures/en/index.html World Health Organization (WHO). World Alliance for Patient Safety. Taxonomy: the concept framework for the international classification for patient safety – final technic report. Genebra: WHO; 2009.

7 Sistemas de Informação em Saúde

Heloisa Helena Ciqueto Peres

Maria Madalena Januário Leite

Introdução

Para discorrer sobre sistemas de informação, faz-se necessário considerar que a revolução tecnológica é fruto da interação de vários recursos tecnológicos, como telecomunicações, imprensa, rádio, televisão, computadores, Internet e transmissões via satélite. O resultado fundamental dessa interação é que as fronteiras nacionais estão se tornando cada vez mais irrelevantes, conformando uma nova ordem de comunicação democrática, global e instantânea.

A tecnologia está interconectando os seres humanos e possibilitando uma socialização e democratização da informação e do conhecimento científico. A sociedade está se apropriando desse estoque de informação com a possibilidade de criar um fluxo contínuo de saber, em um processo de construção de conhecimento coletivo permanente.

O avanço tecnológico na sociedade causa impacto em novos comportamentos e, portanto, em um novo processo comunicativo social,

com inúmeras implicações técnicas, éticas e morais. No âmbito dessa sociedade em rede e de cenários mutantes e complexos, as organizações operam e lutam para se manter, para cumprir sua missão e sua visão e para cultivar seus valores (Krohling Kunsch, 2007).

Para Lévy (2001), toda instituição é uma tecnologia intelectual, e os processos sociais são atividades cognitivas, com base no pressuposto de que os sujeitos individuais não apenas transmitem ou reproduzem as estruturas de sua cultura, mas também as reinterpretam de acordo com seus interesses e projetos. Assim, as coletividades cognitivas se auto-organizam, mantêm-se e transformam-se por meio do envolvimento permanente dos indivíduos, e as técnicas de comunicação e processamento das representações, que também fazem parte delas, desempenham papel essencial.

A utilização de novas tecnologias da comunicação e da informação vem se tornando um eficaz instrumento de gestão, pela introdução de novas possibilidades de comunicação e, consequentemente, de novas práticas de socialização e de interação com o meio ambiente interno e externo às organizações.

As tecnologias de informação e comunicação (TICs) rompem com a estrutura histórica da comunicação, na clara existência de uma distinção entre emissor, meio e receptor, possibilitando outras formas e dinâmicas de interação, impossíveis de serem representadas segundo os modelos dos paradigmas comunicativos tradicionais. Nesse sentido, elas possibilitam o alcance das informações e a transmissão real de uma quantidade infinita de informações e de mensagens a públicos ilimitados, fornecendo a cada sujeito o mesmo poder de comunicação (Di Felice, 2008).

O fluxo informacional convertido em fluxo de conhecimento e inovações por intermédio das TICs tem impactado nas estruturas organizacionais, mediante a perspectiva de descentralização do poder da comunicação e do seu potencial interativo, ratificando a necessidade de superação de modelos de gestão tradicionais.

Embora os recursos da multimídia favoreçam a democratização da informação, a independência geográfica e a constante atualização da informação demandam grande investimento em infraestrutura e em revisão dos processos de trabalho.

Nessa visão, apesar de as tecnologias beneficiarem o acesso à informação, aos tipos de conhecimento e ao compartilhamento de documentos entre indivíduos, envolvem a renovação permanente e progressiva dos saberes para um novo horizonte de trabalho (Prado, 2013).

Essa realidade sugere que há ainda um longo, mas urgente, caminho a ser trilhado em direção aos sistemas de informação em saúde e em enfermagem, que deve incluir considerações sobre a lógica burocrática inerente ao fluxo informacional de uma única via, bem como uma análise crítica das amarras culturais que afetam cada sistema, as relações de poder e as intencionalidades e interesses envolvidos nas organizações.

Antes de discorrer sobre sistema de informação, é preciso distinguir informação de comunicação, apesar de, no senso comum, ambos os conceitos serem adotados como sinônimos.

Na informação, não há interação de sujeitos, enquanto, na comunicação, só existe quando há interação pessoal. A informação é a manifestação ou expressão de um conteúdo de conhecimento qualquer, seja um fato, um dado, um acontecimento, um resultado científico, um gesto, um sentimento; enfim, tudo que se deixa conhecer (Brasil, 2003).

É preciso distinguir, também, dados de informação, que correspondem a conceitos distintos. Dados constituem um conjunto de registros sobre fatos passíveis de serem ordenados, analisados para se chegar a uma conclusão. Um dado é um simples registro de fatos. Assim, informações são dados que foram ordenados de maneira coerente e significativa para fins de compreensão e análise.

A informação é o apoio básico para todas as ações e, especificamente nas organizações, constitui a sustentação para o processo de tomada de

decisão. Para tanto, ela necessita ser precisa, relevante, pertinente e permitir uma abordagem real e completa da situação.

A informação é todo dado *trabalhado ou tratado*, e pode ser entendida como um dado com valor significativo, atribuído ou agregado a ele e com um sentido natural e lógico para o usuário da informação. Os sistemas de informação podem ser definidos como um conjunto de procedimentos organizados, que usam ou não recursos de tecnologias da informação, que processam dados e geram informação de suporte às organizações (Rezende, 2005).

Para Oliveira (1997), sistema de informação com enfoque na gerência consiste no "processo de transformação de dados em informações que são utilizadas na estrutura decisória da empresa, proporcionando, ainda, a sustentação administrativa para otimizar os resultados obtidos".

O sistema de informação está fundamentalmente relacionado com a cultura organizacional do grupo em que ocorre, uma vez que representa as formas de comunicação utilizadas pela organização. É, portanto, complexo porque envolve a dimensão política e cultural, não sendo objeto neutro, mas que corresponde a um modo de fazer o trabalho que determina e é determinado pelas relações de poder.

No que se refere à dimensão política do sistema de informação, considera-se essencial identificar quais são os interesses de cada grupo da organização e quais as vantagens relativas à implementação do sistema para cada um desses grupos quanto a controle, produtividade e poder de negociação. Já no âmbito cultural, focaliza-se o sistema de informação a partir de uma retrospectiva histórica, do levantamento do contexto da informação, do conhecimento dos diferentes interesses e das relações de poder entre os grupos envolvidos. Assim, é possível ir além das estratégias que levam à aceitação do sistema de informação, o que representa um valor inestimável para o entendimento das consequências organizacionais pela sua implementação e seu uso (Silva e Fleury, 2000; Castellani e Zwicker, 2000).

Sistema de informação na área da saúde

Para a World Health Organization (WHO, 2001), o sistema de informação no setor de saúde representa um grande impacto na melhoria da gestão, da qualidade da assistência e da satisfação dos pacientes. Isso porque contribui para ampliar a conectividade em toda a rede de atenção; possibilita o desenvolvimento de métodos de comparação de práticas (*benchmarking*) e de ferramentas que assegurem a qualidade e a eficiência em função de redução de custos; permite estabelecer intercâmbio com instituições de saúde internacionais e nacionais, facilitando a educação permanente dos profissionais de saúde; e apoia decisões e provoca mudanças de padrões e condutas.

O sistema de informação em saúde também constitui um fator essencial para o conhecimento da realidade socioeconômica, demográfica e epidemiológica de uma sociedade, de modo a viabilizar a gestão dos vários níveis que constituem o Sistema Único de Saúde (SUS).

Os sistemas de informação em saúde configuram-se como ferramentas para a produção de informações que direcionam o processo decisório dos profissionais dos serviços dos diferentes níveis de atenção à saúde (Montenegro et al., 2011).

De acordo com Tasca et al. (1993), é indispensável ter o sistema de informações como uma área estratégica, como um dos principais instrumentos para o gerenciamento. Segundo esses autores o sistema de informação deve ser capaz de se adaptar às

diferentes realidades, bem como ter a ampla participação da comunidade na implementação e no uso do sistema de informações. Para tanto, ele deverá estar baseado nos seguintes princípios:

•

Flexibilidade para ser capaz de identificar problemas e recursos relevantes ao nível local

•

Especificidade e capacidade de discriminação das informações, com mapas e bancos de dados informatizados

•

Participação dos profissionais e da população organizada.

Entretanto, de acordo com esses autores, ao se fazer uma análise dos sistemas de informação em saúde vigentes, percebe-se que eles não vêm atendendo aos princípios expostos, tendo como consequência a dificuldade de elaboração de indicadores confiáveis para o nível local, o que impossibilita a identificação dos grupos populacionais prioritários. Também ocorre a sobrecarga de tarefas para os profissionais responsáveis pela coleta de dados, uma vez que há variedade de questionários, fichas, formulários e boletins que as unidades de saúde têm de preencher e encaminhar para diferentes coordenadorias. Além disso, existe a falta de retorno, para o nível local, das informações devidamente consolidadas que geraram os dados primários.

De acordo com Tasca et al. (1993), as razões principais dessas inadequações são:

•

Elevada centralização dos dados, com diversas instituições coletando dados semelhantes com sistemas diferentes, tendo como consequência a duplicação de ações e de recursos

•

Agregação de informações, o que as torna de pouca utilidade para o nível local, além de mascarar desigualdades

•

Ênfase na coleta de dados médicos ou de doenças, não coletando aqueles relativos a saneamento de meio e perfil de saúde da clientela, os quais repercutem sobre os indicadores epidemiológicos

•

Inexistência de participação da comunidade na geração e no uso das informações, dificultando a relação transparente entre serviço e usuário.

Diante dessa situação, Tasca et al. (1993) propõem as informações a seguir, que devem ser coletadas para auxiliar, em nível local, a construção de um sistema de informação:

•

Dados demográficos: relativos a grupos prioritários dos serviços por meio de fontes como IBGE e fontes informais, como associações de bairro e comunitárias, entidades religiosas, clubes de mães e outras

•

Dados socioeconômicos com informações obtidas por meio da observação local e da aplicação de questionários específicos

•

Dados epidemiológicos que permitem entender a distribuição dos problemas de saúde no território.

Os sistemas de informação em saúde, inicialmente, tinham como finalidade dar suporte às análises médicas, ao controle de material e ao controle de folha de pagamento, atendendo aos setores financeiros e administrativos. Posteriormente, sua finalidade foi ampliada, sendo direcionada para a assistência ao paciente orientada para problemas médicos e para cuidados de enfermagem a usuários de unidades clínicas. Com a expansão do uso de computadores, teve início a implantação das redes e a tecnologia de informação (TI).

A Constituição de 1988 e a lei 8.080, de 1990, outorgam ao Ministério da Saúde (MS) atribuição específica para a organização do Sistema Nacional de Informação em Saúde, para o qual a construção da Política de Informação e Informática em Saúde é estratégica. Nesse processo, a criação da Área de Informação e Informática em Saúde no MS constitui um marco histórico.

O MS vem coordenando, desde 2004, por meio de processo participativo, uma Política de Informação e Informática em Saúde, que conduz o processo de informatização do trabalho em saúde tanto nos cuidados individuais quanto nas ações de saúde coletiva. Essa proposta visa à obtenção de ganhos em eficiência e qualidade permitidos pela tecnologia, gerando, automaticamente, registros eletrônicos com base nos sistemas de informação de âmbito nacional, o que resulta em informação de maior confiabilidade para gestão, geração de conhecimento e controle social (Brasil, 2004).

Entretanto, em 2011, várias lacunas operacionais da gestão do SUS relacionadas à falta de padronização nos procedimentos de obtenção e tratamento dos dados em saúde, bem como à insuficiência de estratégias de financiamento no campo da informação e informática em saúde e à deficiência relativa de qualificação profissional, levaram o MS a redefinir o Comitê de Informação e Informática em Saúde (CIINFO) (Brasil, 2011b), incluindo, dentre suas competências, a revisão, a promoção e o fortalecimento da Política Nacional de Informação e Informática em Saúde (PNIIS) (Brasil, 2004).

Atualmente, a partir da experiência acumulada por um conjunto de atores envolvidos historicamente com o desenvolvimento das tecnologias de comunicação e informação em saúde, o Ministério da Saúde, por iniciativa da Secretaria de Gestão Estratégica e conduzida pelo Departamento de Informática do SUS (Datasus), apresenta a Estratégia e-Saúde para o Brasil alinhada às diretrizes e aos princípios do SUS e à política de governo eletrônico do Brasil (Brasil, 2014).

Essa estratégia propõe uma visão de e-Saúde até 2020 e descreve mecanismos contributivos para a consecução dos objetivos do Plano

Nacional de Saúde e do SUS. Os blocos construtores são agrupados em quatro pilares: governança e recursos organizacionais; padrões e interoperabilidade; infraestrutura; e recursos humanos. Conclui apresentando nove ações

estratégicas para cada pilar de e-Saúde, além dos resultados esperados, com o intuito de fortalecer a construção de processos e práticas de e-saúde nas três esferas do SUS (Brasil, 2014).

Cabe destacar a reestruturação do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), denominado *Estratégia e-SUS AB*, planejado pelo Departamento de Atenção Básica (DAB) da Secretaria de Atenção à Saúde (SAS) do MS. O objetivo foi melhorar a qualidade da informação em saúde e otimizar o uso dessas informações pelos gestores, profissionais de saúde e cidadãos. Essa reestruturação conta com dois sistemas de *software* para a captação de dados: o sistema com Coleta de Dados Simplificada (CDS-AB) e o sistema com Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC-AB). Ambos alimentam o novo Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB), que substitui o SIAB e atende aos diversos cenários de informatização e conectividade nas unidades de saúde da atenção básica (Brasil, 2014).

O registro das informações em saúde de maneira individualizada possibilita o acompanhamento do histórico de atendimentos de cada usuário e da produção de cada profissional da atenção básica de modo automatizado e em tempo real, bem como a integração dos diversos sistemas de informação oficiais existentes na atenção básica. Com isso, reduz-se a necessidade de registrar informações similares em mais de um instrumento (fichas/sistemas), otimizando o trabalho dos profissionais e o uso da informação para a gestão e qualificação do cuidado em saúde (Brasil, 2014).

Nesse sentido, em 2015, constituiu-se a PNISS, tendo como finalidade precípua a melhoria da governança no uso da informação, da informática e dos recursos de informática, com vistas à promoção do uso inovador, criativo e transformador da tecnologia da informação nos processos de trabalho em saúde. Essa política foi traçada a partir das diretrizes relacionadas com a Política de Governo Eletrônico Brasileiro (e-Gov), da

Estratégia e-Saúde para o Brasil, da Gestão da PNIIS e da formação permanente de pessoal para o SUS na área de informação e informática em saúde (Brasil, 2015).

O desenvolvimento de soluções das tecnologias de informação adaptadas à saúde vem sendo gradativamente utilizado, apresentando-se em diferentes estágios de implementação. Tachinardi (2000) aponta como experiências já consagradas à automação administrativa os bancos de dados de diferentes especialidades e finalidades, as bases bibliográficas e o Prontuário Eletrônico do Paciente (PEP).

Para esse autor, um dos grandes desafios do prontuário eletrônico é a necessidade de contemplar os aspectos legais das informações digitalizadas e da assinatura eletrônica com a equivalência em papel, e de assegurar o sigilo, de preservar a individualidade e o direito à privacidade dos pacientes, além de garantir a não adulteração das informações.

Entre os benefícios do sistema informatizado está a possibilidade de visualização das informações no momento da sua geração, em tempo real, com a possibilidade de aplicação e atuação imediatas.

Entretanto, de acordo com Peres (2009), o sistema informatizado ainda é uma área emergente na saúde porque exige grande infraestrutura e alto custo de implantação e manutenção tecnológica, sendo necessário o desenvolvimento de pesquisas relacionadas com os aspectos éticos e legais, de segurança da informação, de aplicabilidade das tecnologias e de custos/benefícios, objetivando a implementação e a disseminação da informação para melhor qualidade de assistência à saúde da população.

Uma pesquisa sobre o uso das TICs nos estabelecimentos de saúde brasileiros, em 2013, traça uma radiografia do setor visando subsidiar políticas voltadas para a incorporação estratégica das TICs nas práticas clínicas. Os resultados indicam presença marcante de computadores em 83% dos estabelecimentos e de Internet em 77%. Entretanto, ainda existe defasagem no acesso ao computador e à Internet, principalmente em organizações de atenção básica e ambulatorial. A pesquisa mostra que apenas 22% dos estabelecimentos de saúde têm departamento ou área de

TI, e essa estrutura está concentrada nas organizações com mais de 50 leitos de internação (79% têm departamento de TI) (CGI.br, 2015a).

O estudo aponta ainda que os dados de caráter administrativo encontram-se mais disponíveis eletronicamente do que as informações de natureza clínica. Enquanto 79% dos estabelecimentos que utilizaram a Internet nos últimos 12 meses afirmaram ter disponíveis os dados cadastrais do paciente, apenas 21% têm informações em meios eletrônicos sobre vacinas tomadas pelo paciente, e 18% possuem imagens de exames radiológicos (CGI.br, 2015a).

O uso que médicos e enfermeiros fazem das TICs também foi avaliado pela pesquisa. Os números indicam que esses profissionais já estão conectados ao universo das novas tecnologias digitais: 99% dos médicos e 96% dos enfermeiros são usuários de Internet. Entretanto, o acesso às TICs no trabalho é restrito; entre os médicos, somente 79% têm acesso ao computador no trabalho, e 46%, à Internet; entre os enfermeiros, 72% têm acesso ao computador, e 67%, à Internet. Essas proporções revelam que ainda é preciso promover maior integração das TICs ao cotidiano de trabalho desses profissionais.

As principais barreiras para a implementação e o uso das TICs nas organizações de saúde, segundo os médicos (83%) e enfermeiros (72%), são: falta de prioridade por parte das políticas públicas, insuficiência de treinamento e capacitação do pessoal e problemas de infraestrutura. A obsolescência dos equipamentos apresenta o mesmo nível de dificuldade para a adoção de TICs na opinião de 75% dos médicos e 71% dos enfermeiros (CGI.br, 2015a).

A pesquisa TIC saúde foi desenvolvida também em 2014, apontando evidências comparativas anuais referentes aos avanços de infraestrutura básica de TIC nos estabelecimentos de saúde. Entretanto, o desenvolvimento de competências e habilidades de informática em saúde por parte dos profissionais continua a ser um tema de grande atenção e desafio na promoção de oportunidades de socialização de conhecimentos e atualização na área. Nos 12 meses anteriores à pesquisa, 14%

dos médicos e 18% dos enfermeiros declararam ter participado de algum curso ou treinamento sobre o uso de TIC aplicada à saúde (CGI.br, 2015b).

Esses dados corroboram a constatação de que a existência das ferramentas tecnológicas não é suficiente; afinal, é preciso que elas sejam disseminadas e utilizadas por um número cada vez maior de instituições e de profissionais. Para isso, são necessárias políticas específicas para o setor, determinação dos gestores e investimento na área.

Uma postura crítica e reflexiva deve ser adotada na busca da racionalização, da aquisição e da incorporação de novas tecnologias, em que se torna necessária uma avaliação sob o ponto de vista ético, da privacidade, do sigilo, dos custos, da qualidade da assistência, dos benefícios, das limitações, dos riscos e da adequação às necessidades da população.

Nessa direção, a lógica contemporânea de organização das informações em saúde emerge da mesma maneira como a do paradigma de atuação da clínica no processo saúde/doença/cuidado. Esse processo define a visão de mundo como orientadora da modelagem dessas informações, representando o poder que institucionaliza as informações em saúde como parte integrante dos dispositivos políticos de atuação, controle e monitoramento da população. Pode-se afirmar que, para a superação das atuais limitações das informações em saúde, é preciso (re)pensar as bases políticas que mantêm e fortalecem esse modo específico de olhar/representar os processos de saúde/doença/cuidado no contexto fragmentado das decisões concretas e cotidianas relacionadas com a saúde (Moraes e Gómez, 2007).

Considera-se que a informação e a informática em saúde constituem, juntas, uma das áreas de desenvolvimento teórico, metodológico e tecnológico de crescente importância e, para tanto, devem superar a visão tecnicista e instrumental das tecnologias e adotar uma abordagem transdisciplinar (Moraes e Gómez, 2007).

Para orientação, desenvolvimento e implementação de um sistema de saúde sustentável, é imperativa a adoção de novas tecnologias baseadas na melhor evidência científica disponível, com a participação de todos os

grupos interessados e de especialistas em informática em saúde. O foco tem de ser o bem público, e não os interesses próprios. É importante reconhecer que a tecnologia da informação não é uma panaceia universal, e a má concepção e utilização das TICs pode conduzir a práticas insustentáveis. TICs são apenas um componente de um serviço clínico, e não a meta final em si. Serviços de saúde sustentáveis requerem significativa ênfase na mudança de gestão e de processos organizacionais (Hovenga e Johanna, 2008).

A rápida evolução tecnológica faz com que novas tecnologias sejam assimiladas sem que haja uma reflexão sobre os valores e a intencionalidade do seu uso, tornando os profissionais da saúde e os clientes vulneráveis a aceitarem e acreditarem que a informática, por si só, resolve os problemas da saúde e melhora a qualidade da assistência.

As tecnologias não são neutras, e a sua aplicação tem uma intencionalidade. Na saúde, cabe ao profissional analisar essas intencionalidades e as relações de poder relacionadas com o seu uso, de modo a resgatar as dimensões éticas e humanas, tornando sua aplicação menos vulnerável às pressões do mercado e promovendo a qualidade da assistência e a melhoria das condições de saúde da população.

Assim, para melhor aproveitamento das TICs na área da saúde, são necessárias ações integradas e estratégias nacionais que utilizem e melhorem os recursos existentes e formem uma base sólida que forneça o investimento e a inovação.

Sistema de informação na área da enfermagem

A enfermagem exerce papel fundamental no sistema de informação em saúde, tanto por contribuir significativamente com informações que integram os conhecimentos técnicos, de controle de qualidade e de documentação clínica e administrativa dos serviços prestados, quanto por necessitar de informações sobre o desenvolvimento científico e os recursos institucionais disponíveis relacionados com as necessidades dos pacientes para a tomada de decisões. Assim, esse grupo profissional deve ter acesso às informações sobre planejamento de programas, execução, supervisão

das intervenções clínicas e de gestão e avaliação dos resultados da atenção à saúde (WHO, 2001).

Marin (2007) considera que a enfermagem, por ser responsável pelo cuidado clínico individual aos pacientes, pela administração dos serviços de saúde e pelo gerenciamento dos problemas de saúde nos mais variados níveis de complexidade, é um grupo profissional que depende de informações exatas e em tempo real para desempenhar a grande variedade de intervenções envolvidas com a assistência de enfermagem, necessitando, assim, de sistemas eficientes de documentação dos dados clínicos e administrativos.

Évora (1993) descreve que o conceito de sistema de informação em enfermagem surgiu em 1982, nos EUA, como resultado do esforço de um grupo nacional de estudos de sistema de informação em enfermagem. Esse grupo visava à utilização de um sistema automatizado de dados para planejar, fornecer, avaliar e documentar o cuidado prestado ao paciente; coletar os dados necessários para apoiar a assistência prestada pela equipe; e controlar os custos hospitalares.

A autora afirma ainda que o propósito fundamental de um sistema de informação em enfermagem é apoiar as atividades, ajudando os enfermeiros a documentar apropriadamente o processo de enfermagem, constituindo benefícios relacionados com a eficiência do trabalho e permitindo ao enfermeiro maior aproximação do paciente e, consequentemente, melhora da qualidade da assistência prestada.

Hannah et al. (2009) consideram os sistemas de informação em enfermagem como sistemas que coletam, armazenam, processam, recuperam, mostram e comunicam a informação necessária, em tempo real, para que se possa gerenciar os serviços e a assistência de enfermagem, e as informações sobre o cuidado, unindo os recursos de pesquisa e de aplicações educacionais à prática de enfermagem. Na prática clínica, esse sistema de informação, de modo independente ou como componente de um sistema de informação hospitalar, auxilia os enfermeiros no planejamento e na documentação da assistência.

A informática em enfermagem e os sistemas de informação em saúde compreendem a ciência e a prática da enfermagem com base em informações, conhecimentos e gerenciamento integrados às TICs, para promoção da saúde e o cuidado a pessoas, família e comunidades em todo o mundo.

O sistema de informação computadorizado, orientado clinicamente para documentar e processar informação no cuidado direto ao paciente, é fundamental no processo de enfermagem, que requer integração e interpretação de complexas informações clínicas para a tomada de decisão sobre o cuidado de enfermagem individualizado.

Esses sistemas auxiliam no processo de trabalho da enfermagem, permitindo flexibilidade no uso do sistema para visualizar e coletar a informação necessária, fornecer qualidade ao cliente e documentar as suas condições. Eles ainda oferecem instrumentos e informações *on-line* sobre medicamentos, guias de conduta e protocolos da prática.

Em termos de benefícios, os sistemas proporcionam recursos para inovar e redesenhar o processo de enfermagem; apoiam a decisão clínica com informações mais precisas e de maneira organizada, subsidiando o planejamento dos cuidados de enfermagem; e minimizam o tempo gasto em documentar as informações do paciente, eliminando redundâncias, melhorando o tempo de comunicação entre os membros da equipe, otimizando o acesso à informação e oferecendo informações à equipe multiprofissional (Marin, 2007; Marin e Lorenzi, 2010). Desse modo, tem como consequências: aumento de tempo dos enfermeiros para o cuidado direto, melhor qualidade da documentação, melhora da produtividade, redução da margem de erros, elevação da satisfação no trabalho e desenvolvimento de uma base de dados clínica comum aos profissionais envolvidos na assistência.

Pesquisas relativas à carga de trabalho da enfermagem demonstram que o registro dos dados pertinentes ao paciente no processo de enfermagem despende maior tempo da jornada de trabalho dos profissionais (Borden, 2008; Soares, 2009).

Diante do exposto e da crescente necessidade de desenvolvimento de sistemas de informações mediado pelo computador nas organizações de saúde, a participação dos enfermeiros é fundamental para a seleção e implementação desse sistema. Isso porque a linguagem de enfermagem padronizada e o gerenciamento das informações são essenciais para as tomadas de decisão em relação ao atendimento ao paciente e ao próprio serviço, possibilitando identificar a qualidade do cuidado prestado, auxiliando na pesquisa clínica e constituindo importante apoio na análise dos processos de tomada de decisão, bem como na melhoria de desempenho das organizações.

A informatização da documentação de enfermagem é o grande desafio enfrentado mundialmente, pois visa à implementação da prática baseada em evidências, à possibilidade de ampliar a capacidade de julgamento clínico do enfermeiro e, consequentemente, à melhoria na qualidade da assistência à saúde.

Ressalta-se que, para a introdução dos registros de enfermagem, é fundamental a adoção de sistemas padronizados de linguagem (ou sistemas de classificação), com a utilização de metodologias estruturadas e padronizadas de dados para ajudar a organizar, armazenar, transmitir e avaliar a prática, e oferecer conhecimento que agregue valor à enfermagem. Isso possibilitará a codificação e a organização de dados, a elaboração de protocolos e guias práticos e teóricos, além de contribuir para o processo de decisão clínica e para a prática com base em evidências (Jetté, 2007).

Os registros eletrônicos de enfermagem devem atender à demanda dos usuários, buscando melhorar a eficiência e a organização sistematizada da informação clínica a ser compartilhada entre os membros da equipe de saúde. Esses sistemas devem ser interoperáveis, ou seja, ter a capacidade de comunicação com outros sistemas (Melo et al., 2012).

Cabe exclusivamente ao enfermeiro estabelecer os dados de enfermagem essenciais para o cuidado, bem como selecionar e avaliar os sistemas compatíveis com o processo de trabalho do enfermeiro que apresentem *design* ergonômico e facilidade de manuseio. Os sistemas de saúde devem

ter como principal objetivo fornecer um cuidado humanizado e integrado ao paciente, para estabelecer vínculos reais que traduzam suas expressões em informações a fim de melhorar o cuidado de enfermagem (Lovis et al., 2011).

De acordo com Peres (2009), evidencia-se que o sistema de informação na saúde e na enfermagem é reflexo da política da organização, dos seus valores e pressupostos sobre tecnologia, do processo saúde/doença e do trabalho em equipe, tudo fluindo do reservatório de conhecimento e de experiências individuais e se mesclando às convicções e aos valores socialmente aprovados. Apreende-se ainda que o sistema de informação de determinada organização de saúde e de serviço de enfermagem é consequência de uma construção histórica. Assim, sofre interferências do contexto sociopolítico no qual está inserido e das exigências colocadas pela realidade social sobre as finalidades da saúde em diferentes momentos, determinando, portanto, o papel e o modelo de sistema de informação a ser implantado.

Depreende-se que os sistemas de informação informatizados exigem dos enfermeiros o empreendimento de esforços para impor e definir o seu papel frente à inserção da informática como instrumento de informação. Exige também reflexão sobre

sua atuação frente a um contexto tecnológico, em que a enfermagem será mediada pela tecnologia que amplia as maneiras de interagir, compartilhar, cuidar e gerenciar em tempos e espaços anteriormente não imaginados.

Nesse contexto, fica evidente que o desenvolvimento de um sistema de informação é complexo, desafiando os enfermeiros a repensarem os seus processos de trabalho, a proporem inovações que sejam aderentes à realidade e compromissadas com esse processo e reconhecendo a importância de sua participação e responsabilidade na construção de um sistema de informação nas organizações de saúde.

Nessa perspectiva, as competências do enfermeiro para a efetiva participação nos sistemas de informação informatizados nas organizações de saúde devem contemplar as políticas institucionais e o compromisso

individual com o desenvolvimento tecnológico, fundamentado na reflexão ético-política e integrando a tecnologia às necessidades da profissão e da dimensão humana da enfermagem.

Referências bibliográficas

Borden LC. Distribuição do tempo das enfermeiras: identificação e análise em unidades médico-cirúrgicas [dissertação]. São Paulo: USP; 2008.

Brasil. Ministério da Saúde (MS). Política Nacional de Informação e Informática em Saúde. Portaria GM no 589, de 20 de maio de 2015.

Brasil. Ministério da Saúde (MS). Portaria no 2.072, de 31 de agosto de 2011. Redefine o Comitê de Informação e Informática em Saúde (CIINFO/MS) no âmbito do Ministério da Saúde. Brasília: DOU; 2011b. (Seção 1, p. 93.) Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2072_31_08_2011.html. Acesso em: 25 de outubro de 2015.

Brasil. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria – Executiva. Manual do sistema com coleta de dados simplificada – CDS. Versão 1.3. Brasília: MS; 2014.

Brasil. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Formação Pedagógica em Educação Profissional na área de Saúde enfermagem – núcleo contextual: educação, sociedade, cultura. 2. ed. Brasília: MS; 2003.

Brasil. Ministério da Saúde (MS). Secretaria Executiva. Política de informação e informática em saúde. Brasília: MS; 2004. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/PoliticaInformacaoSaude29_03_2004.pdf. Acesso em: 20 de outubro de 2015.

Castellani MR, Zwicker R. Informatizando a comunicação na universidade: uma análise cultural. Rev Adm USP. 2000; 35(2).

Comitê Gestor de Internet no Brasil (CGI.br). TIC saúde 2013: pesquisa sobre o uso das tecnologias de informação e comunicação nos estabelecimentos de saúde brasileiros. ICT in health 2013: survey on the use of information and communication technologies in Brazilian health care facilities. 2. ed. rev. São Paulo: CGI.br; 2015a.

Comitê Gestor de Internet no Brasil (CGI.br). TIC saúde 2014: pesquisa sobre o uso das tecnologias de informação e comunicação nos estabelecimentos de saúde brasileiros. ICT in health 2014: survey on the use of information and communication technologies in Brazilian health care facilities. 2. ed. rev. São Paulo: CGI.br; 2015b.

Di Felice M (Org.). Do público para as redes. vol. 1 São Caetano do Sul: Difusão; 2008.

Évora YDM. Enfermagem e informática: tendências atuais e perspectivas futuras. 1993 [tese]. Ribeirão Preto: USP; 1993.

Hannah KJ, Ball MJ, Edwards MJ. Introdução à informática em enfermagem. 3. ed. Porto Alegre: Artmed; 2009.

Hovenga E, Johanna S. Importance of achieving semantic interoperability for national health information systems. Texto Contexto Enferm.

2008; 17(1):158-63.

Jetté S. Nursing classifications and computerized nursing information systems (CNIS): situation and issues. Perspect Infirm. 2007; 4(4):24-8.

Krohling Kunsch MM. Comunicação organizacional na era digital: contextos, percursos e possibilidades. Signo Pensam, Bogotá. 2007; 51.

Disponível em: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-48232007000200005&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 3 de janeiro de 2013.

Lévy P. Tecnologias da inteligência. São Paulo: Editora 34; 2001.

Lovis C, Ball M, Boyer C et al. Hospital and health information systems – current perspectives. Contribution of the IMIA health information systems working group. Yearbook of Medical Informatics. 2011; 116-25.

Marin HF. Nursing informatics: advances and trends to improve health care quality. Int J Med Inform. 2007; 76(2):267-9.

Marin HF, Lorenzi NM. International initiatives in nursing informatics. In: Weaver CA, Delaney CW, Weber P et al. (Eds.). Nursing and informatics for the 21st century: an international look at practice, education. 2. ed. Chicago: HIMSS; 2010. p. 45-51.

Melo MRAC, Évora DM, Pereira MCA. Enfermagem. In: Galvão MCB, Ricarte ILM. Prontuário do paciente. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2012.

Montenegro LC, Brito MJM, Cavalcante RB et al. Sistema de informação como instrumento de gestão: perspectivas e desafios em um hospital filantrópico. J Health Inform. 2011; 5(1):3-8.

Moraes IHS, Gómez MNG. Informação e informática em saúde: caleidoscópio contemporâneo da saúde. Ciênc Saúde Coletiva. 2007; 12(3):553-65.

Oliveira R. Informática educativa: dos planos e discursos à sala de aula. Campinas: Papirus; 1997.

Peres HHC. Sistema de documentação eletrônica do processo de enfermagem: desenvolvimento, avaliação e implementação no Hospital Universitário da Universidade de São Paulo [tese de livre-docência]. São Paulo: USP; 2009.

Prado C. Tecnologias digitais no curso de licenciatura em enfermagem: uma inovação no processo ensino-aprendizagem [tese de livre-docência]. São Paulo: USP; 2013.

Rezende DA. Sistemas de informações organizacionais: guia prático para projetos em cursos de administração, contabilidade e informática.

São Paulo: Atlas; 2005.

Silva SM, Fleury MTL. Aspectos culturais do uso de tecnologia de informação em pesquisa acadêmica. Rev Adm USP. 2000; 35(2).

Soares AVN. Carga de trabalho de enfermagem no sistema de alojamento conjunto [tese]. São Paulo: USP; 2009.

Tachinardi U. Tendência da tecnologia da informação em saúde. Mundo da Saúde. 2000; 24(3):165-72.

Tasca R et al. Sistemas de informação em saúde para distritos. In: Mendes EV (Org.). A vigilância à saúde no distrito sanitário. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde. Escritório Regional da Organização Mundial da Saúde; 1993. p. 31-43. (Série Desenvolvimento de Serviços de Saúde, 10.)

World Health Organization (WHO). Pan-American Health Organization. Building standard-based nursing information systems.

Washington, D.C.: WHO; 2001.

Qualidade de Vida no Trabalho e Saúde do Trabalhador de Enfermagem

Vanda Elisa Andres Fel i

Patricia Campos Pavan Baptista

Concepções acerca da qualidade de vida e sua interface com o trabalho

O conceito de qualidade de vida (QV) é abrangente, de natureza abstrata e subjetiva. Sendo de percepção individual, está relacionado com múltiplos fatores, contemplando dimensões contidas no momento histórico, na cultura e na classe social a que pertence determinado indivíduo (Minayo et al., 2000). Logo, a QV pode ser retratada e discutida sob inúmeras facetas e pontos de vista, trazendo à tona amplos debates sobre o seu conceito e a sua aplicabilidade.

Nesse sentido, a discussão dessa temática pode ser realizada, no mínimo, em duas abordagens, como afirmam Silva e Massarollo (1998): a primeira é o *enfoque tradicional*, que busca e identifica a existência ou não dessa qualidade segundo alguns critérios ou categorias; a segunda é uma *abordagem histórica*, que procura apreender os seus determinantes.

A concepção de QV no *enfoque tradicional*, ou seja, positivista, tem sido mais estudada e divulgada pelas pesquisas.

Nessa linha de pensamento, a busca do conhecimento é neutra, objetiva, livre de juízo de valor e de implicações político-sociais, marcada pela neutralidade e pela objetividade (Minayo, 1993).

Sob essa óptica, a expressão “qualidade de vida” foi empregada pela primeira vez pelo presidente dos EUA Lyndon Johnson, em 1964. Ele declarou que “os objetivos não podem ser medidos por meio do balanço dos bancos, mas sim por meio da QV que proporcionam às pessoas” (Meeberg, 1993; The Whoqol Group, 1998).

Embora não haja uniformidade quanto ao conceito, nessa visão há uma concordância entre os pesquisadores acerca do constructo, cujas características são a subjetividade, a multidimensionalidade e a existência de dimensões positivas e negativas, como a mobilidade e a dor (The Whoqol Group, 1998).

A Organização Mundial da Saúde (OMS), entendendo a complexidade do fenômeno e disposta a discutir o tema, reuniu um grupo de *experts* de diferentes locais e culturas visando conceituar a expressão "qualidade de vida". Eles a definiram como "a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura e do sistema de valores no qual vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações" (The Whoqol Group, 1998).

Para Meeberg (1993), QV é um constructo multifacetado que engloba aspectos de comportamento individual e capacidades cognitivas, bem-estar emocional e habilidades requeridas para desempenhar o papel familiar, vocacional e social no qual se encontra a natureza objetiva e subjetiva do ser humano. A autora destaca quatro atributos intrinsecamente relacionados com a expressão: sentimento de satisfação com a vida; capacidade mental de evoluir e vencer na vida com prazer; ter um estado aceitável de saúde física, mental, social e emocional segundo a referência individual; e uma avaliação objetiva de outra pessoa acerca das condições adequadas ou não da vida ou terapêutica.

Padilha e Souza (1999) acrescentam que QV é a condição da existência do ser humano relacionada aos modos de viver em sociedade, dentro dos limites que são colocados em cada momento histórico para se viver o cotidiano. Relaciona-se, portanto,

com os atributos e as propriedades que qualificam a vida e com o sentido que cada indivíduo atribui a ela.

Nesse aspecto, a expressão "qualidade de vida" perpassa pela qualidade de saúde, suas possibilidades e limitações individuais e coletivas, e pela satisfação das necessidades relativas a moradia, educação, alimentação, trabalho, lazer e relações sociais, além das dimensões que favorecem a conquista da cidadania.

Nordenfelt (1994) aproxima a QV a felicidade e bem-estar, relacionando-os com fatores internos e externos associados aos contextos social, cultural e histórico. Assim, o conceito é apreendido como subjetivo, dinâmico, que se modifica conforme o processo de viver, uma vez que a satisfação com a vida

e a sensação de bem-estar pode, muitas vezes, ser um sentimento transitório.

Sob essa óptica, a captação da QV é realizada tanto genérica como especificamente. Genericamente, captam-se o perfil de saúde-doença e seus aspectos, bem como o impacto de uma doença sobre a população geral ou grupos específicos, como os portadores de doenças crônicas. A captação específica busca detectar particularidades da QV nos indivíduos, como as funções física e sexual (Dantas et al., 2003).

Segundo Minayo et al. (2000), um amplo repertório de indicadores e instrumentos tem sido utilizado mundialmente no sentido de quantificar e apreender a QV dos grupos, destacando-se: Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), Índice de Condições de Vida (ICV), Qualidade de Vida Ligada à Saúde (QVLS), Health Related Quality of Life (HRQL), World Health Organization Quality of Life (WHOQOL), Quality-adjusted Life-Years (QALY) e outros. Mininel e Ratier (2015) ainda citam outros instrumentos, como 36-Item Short Form Survey (SF-36), Índice de Qualidade de Vida de Ferrans e Powers.

Do mesmo modo, diferentes instrumentos são utilizados para identificar a satisfação no trabalho e da QV no trabalho, como o Índice de Satisfação no Trabalho (Lino, 1999; 2004; Schmidt, 2004), o Questionário de Medida da Satisfação no Trabalho (Del Cura, 1994; Ferreira et al., 2006) e o Instrumento de Medida de Qualidade de Vida no Trabalho (Carandina, 2003).

A OMS, em busca de um instrumento que mensurasse a QV em uma perspectiva internacional, desenvolveu um projeto em vários continentes, originando dois instrumentos gerais disponíveis em 20 idiomas: o WHOQOL-100 e WHOQOL-BREF.

No Brasil, o WHOQOL-BREF foi validado e aplicado por Fleck et al. (2000).

Empregando esse instrumento, vários estudos foram realizados com trabalhadores de enfermagem. Dentre estes, um estudo (Lima et al., 2013) mostrou que o domínio “Físico” sobressaiu com maior média, de 73,05 ±

15,05, e o domínio “Meio Ambiente”, com a menor média, 63,12 ± 12,65. Os domínios “Relações Sociais” (71,37 ± 15,36) e “Psicológico” (71,62 ±

13,16) apresentaram médias de valores próximas.

Na segunda abordagem, ou seja, na *abordagem histórica*, Silva e Massarollo (1998) citam que a busca é pela historicidade dos fatos objetivando transformar a realidade, tendo como categoria básica de análise da sociedade o modo de produção, e como categoria mediadora das relações sociais o trabalho (Minayo, 1993). Portanto, nessa perspectiva, a preocupação encontra-se em apreender os determinantes que influenciam a QV e a reflexão com os processos que a determinam.

Demo (1996) salienta que a dimensão cultural também deve integrar a QV, entendida como a demonstração histórica concreta da competência humana, tanto como memória e patrimônio quanto como potencialidade futura, ambas destinadas à construção da identidade, condição essencial de cidadania.

Breilh et al. (1990), estudiosos vinculados à corrente latino-americana de medicina social, concebem a QV como resultado histórico e social, apontando seus determinantes. Para os autores,* os membros de cada classe social inserem-se na esfera produtiva de maneira especial, com seus padrões característicos de consumo e suas formas específicas de organização e cultura, que se desenvolvem em um sistema contraditório no qual se opõem, de um lado, os bens ou forças benéficas que protegem e aperfeiçoam sua saúde e o avanço dos processos biológicos, e, de outro, os aspectos destrutivos que os constringem e deterioram. Os autores complementam que, tanto os aspectos benéficos de que desfrutam como os destrutivos de que padecem, constituem o que se tem denominado perfil saúde-enfermidade. Eles destacam, ainda, que esse sistema integrado de contradições, denominado perfil epidemiológico, está reportado à reprodução social, a qual, em última instância, modela a QV e os padrões de saúde-enfermidade resultantes.

A partir das diferentes abordagens, observa-se na literatura uma crescente preocupação em aprofundar o estudo da QV não somente por meio dos

instrumentos, mas também sob o aspecto qualitativo, que contempla a subjetividade atribuída pelo sujeito.

Essas pesquisas buscam conhecer as experiências dos pacientes diante de mudanças no ciclo da vida, como a maternidade, a aposentadoria, o adoecimento, as incapacidades, os tratamentos e outras situações que tenham acarretado alguma transformação em sua QV. Há também pesquisas que discutem a vivência de cuidadores ou trabalhadores diante do processo de trabalho, com vistas à melhor compreensão da relação entre trabalho e QV (Freire e Batista, 2012; Merighi et al., 2011; Sales et al., 2010; Mininel, 2006).

A compreensão das diferentes maneiras de conhecer a QV para os sujeitos torna-se extremamente valiosa na prática, uma vez que pode subsidiar a construção de intervenções, políticas e mudanças em protocolos de assistência que acarretem melhorias.

Qualidade de vida no trabalho de enfermagem

O trabalho, no contexto mundial, vem sofrendo transformações importantes decorrentes da globalização,* que tem exigido constantes mudanças na sua forma de organização. Inserido nessa realidade, o trabalho exercido no Brasil reproduz essas transformações. Em particular e no cenário da América Latina, esse trabalho sofre o impacto das políticas de recorte neoliberal, como uma forma do capitalismo avançado. Nesse contexto, estão presentes a redução da força de trabalho, o desemprego, a competitividade e a consequente busca por novos modos de organização dos processos trabalhistas, além da intensificação do ritmo em que o trabalho é executado, a flexibilização dos direitos trabalhistas e a inserção informal nos mercados, dentre tantas outras mudanças.

Gelbecke (2002) comenta que é necessária a implantação de novos modelos de gestão e tecnologia para produtos ou serviços de melhor qualidade para os consumidores, que se encontram cada vez mais exigentes. Alerta a autora que a exigência pela qualidade tem repercutido nas instituições, que, agora, visam a maior produtividade e melhor qualidade de produtos em detrimento, muitas vezes, da QV do trabalhador.

Essas transformações no mundo do trabalho têm trazido à tona as discussões a respeito da QV do trabalhador.

Silva e Massarollo (1998) afirmam que a QV dos trabalhadores de enfermagem depende do modo como o trabalho é organizado e operado, e de como os profissionais se utilizam das estratégias de enfrentamento. Afirmam ainda que as dimensões da estrutura política e organizacional se articulam aos processos particulares que culminam com a personalidade e a subjetividade, definidoras dos interesses, das motivações, das vulnerabilidades e da capacidade de reação dos trabalhadores.

Estudos mostram o comprometimento da QV dos trabalhadores de enfermagem em decorrência do processo de trabalho com essas características (Queiroz, 2012; Mininel, 2006).

Historicamente, a origem da denominação "qualidade de vida no trabalho" (QVT) é atribuída a Eric Trist et al., que, na década de 1950, desenvolveram estudos de abordagem sociotécnica relativa à organização do trabalho, no Tavistock Institute.

O termo foi usado para designar experiências pautadas na relação entre indivíduo, trabalho e organização com base na análise e na reestruturação da tarefa, objetivando tornar a vida dos trabalhadores menos sofrida (Rodrigues, 1994; Fernandes, 1996).

Assim, os estudos sobre a QVT, que, na sua primeira fase, detêm uma abordagem sociotécnica em que a organização do trabalho direciona-se para a análise e reestruturação da tarefa, passam para uma segunda fase, com enfoque na administração do contexto organizacional (Rodrigues, 1994).

Ambas as fases são marcadas pela égide da abordagem tradicional positivista, discutida na primeira parte deste capítulo, e os principais estudos fundamentados nessa abordagem serão apresentados a seguir.

Na revisão de literatura, constata-se que a maioria das pesquisas é desenvolvida com base nessa abordagem tradicional, cuja ênfase é na

satisfação profissional. Os estudos acerca do tema específico de QV com trabalhadores de enfermagem, em particular, foram incrementados na última década, como se pode analisar pelas produções de Vieira (1993), Matos (1999), Martins (1999), Gelbecke (2002), Souza (2003), Carandina (2003), Schmidt (2004; 2009), Lino (2004) e Guerreiro e Monteiro (2008).

Vieira (1993) pesquisou a QVT dos enfermeiros em um hospital de ensino, seguindo o referencial teórico de Walton (1975), e concluiu que ela se encontrava prejudicada nos aspectos referentes a: remuneração salarial inadequada, desequilíbrio entre o processo de trabalho e a vida fora da organização, ausência de perspectiva de ascensão na carreira, estrutura organizacional burocrática e escassez de recursos humanos.

Matos (1999) realizou uma investigação baseando sua análise nas categorias de Walton (1975). Como resultado, evidenciou a necessidade de repensar o processo de trabalho com o envolvimento dos diversos trabalhadores na concepção e execução da assistência de enfermagem, procurando alternativas que valorizem a contribuição de cada um no desenvolvimento do trabalho coletivo. Constatou também que é preciso implementar medidas que contribuam para melhorar a QVT, como jornada única, elaborar um plano de capacitação viável e implantar monitoramento periódico à saúde.

A pesquisa de Martins (1999) define a QVT como um conjunto de fatores contidos em uma instituição que possibilita ao trabalhador o completo desenvolvimento de suas potencialidades intelectuais e físicas, associadas ao seu bem-estar físico, mental, material e social, respeitando-se os princípios de segurança, higiene e ergonomia, o que impulsiona o indivíduo à conquista de seus direitos de cidadania.

Gelbecke (2002), em um estudo exploratório-descritivo quanti-qualitativo, buscou apreender como os trabalhadores de enfermagem percebiam a QVT em um hospital de ensino. A maioria dos profissionais respondeu afirmativamente quando questionados se a organização do trabalho interferia em sua QV, destacando-se tanto o modo como o trabalho era realizado quanto as inter-relações que se estabeleciam, ou seja, a organização do trabalho surgia como uma relação intersubjetiva e social. O

estudo apontou que pensar em QVT é pensar na pessoa executora do trabalho e em propostas que possibilitem ao trabalhador uma real autonomia e uma prática crítica e reflexiva capaz de mostrar seu potencial sem se preocupar somente com a produção. Assim, aliar poder criativo e produtividade conduz também à satisfação e, consequentemente, à melhor QVT.

Souza (2003) analisou a percepção dos trabalhadores de enfermagem a respeito do que é ter QVT, empregando o referencial de Walton (1975). Os participantes consideraram que QVT era: “ter recursos materiais e humanos, ambiente agradável e condições de trabalho, remuneração adequada, liberdade de escolha e expressão, diálogo e companheirismo entre a equipe, além de poder conciliar tranquilamente a vida particular com o seu trabalho.”

Carandina (2003) construiu e validou um instrumento para medida da QVT de enfermeiros, o qual possibilita identificá-la em 13 domínios e 65 itens.

Schmidt e Dantas (2006) constataram alto grau de satisfação com os 16 itens abordados pelo questionário de QV, estando entre satisfeitos e bastante satisfeitos. Os itens considerados como fontes de maior satisfação foram “relacionamento com amigos”, “independência” e “ter e criar filhos”.

Lino (2004) identificou o domínio “saúde e funcionamento” como o mais comprometido para a QV das enfermeiras de terapias intensivas.

O estudo de Schmidt (2009) apontou trabalhadores de enfermagem moderadamente satisfeitos e uma frequência elevada de trabalhadores com sintomas de ansiedade, depressão, distúrbios osteomusculares e estresse. Loiola e Felli (2007) associam a elevada frequência de distúrbios osteoarticulares à baixa QV no trabalho de enfermagem.

Na Atenção Básica, pesquisa recente realizada com 90 enfermeiros das equipes de saúde da família da Macrorregião de Saúde do Triângulo Sul mostrou o impacto negativo do número de vínculos, do vínculo empregatício inseguro e da excessiva carga horária de trabalho na QV da categoria profissional (Fernandes et al., 2012).

Guerreiro e Monteiro (2008), em revisão bibliográfica, constataram que a maior influência na QVT é a satisfação, e o maior motivador é o *status* profissional.

A satisfação como principal definidor da QVT é associada à remuneração, à autonomia, ao *status* profissional, às normas organizacionais e à maior participação do trabalhador (Schmidt et al., 2008). Isso porque o trabalho significa sobrevivência econômica, condição social e oportunidades de vida. Por outro lado, a falta do trabalho ou de seu significado compromete o equilíbrio e o desenvolvimento do ser humano e a sua saúde física e mental.

Alguns estudos ainda relacionam a QVT com outros aspectos, como a capacidade para o trabalho. Nesse sentido, Queiroz (2012) estudou a correlação do Índice de Capacidade para o Trabalho/WHOQOL-Breve e obteve baixos escores dos domínios

"psicológico" (p = 0,00), "relações pessoais" (p = 0,00) e "meio ambiente" (p = 0,00). Assim, concluiu que quanto menor o Índice de Capacidade para o Trabalho, mais baixos os escores de QV dos trabalhadores de enfermagem.

Uma segunda abordagem sobre a QVT encontra-se fundamentada na *historicidade* desse processo. Seguindo essa fundamentação e ancoradas no conceito de QV segundo Breilh et al. (1990), discutido anteriormente neste capítulo, Silva e Massarollo (1998) fazem uma aproximação dessa abordagem para o trabalho de enfermagem.

Para essas autoras, "a qualidade de vida dos trabalhadores de enfermagem, como um grupo social específico, em última instância, resulta das contradições existentes entre os aspectos saudáveis e protetores que esse grupo desfruta e os aspectos destrutivos de que padece, de acordo com sua inserção histórica e específica na produção em saúde". Elas afirmam ainda que

"esses processos potencializadores da saúde e os destrutivos ocorrem simultaneamente, tanto no momento produtivo – na situação de trabalho –, como no momento de consumo – na vida social. Sendo assim, quando os

processos destrutivos se acumulam e se intensificam, ocorre o favorecimento da doença, do envelhecimento e da morte desses trabalhadores. Por outro lado, quando se expandem e potencializam os aspectos saudáveis e protetores, há o favorecimento da saúde e da vida.

Portanto, é nas contradições da reprodução social que a qualidade de vida é gerada".

Nesse caso, cada grupo social tem um perfil protetor e um destrutivo, expresso pela relação saúde-doença (Breilh et al., 1990). Desse modo, Silva e Massarollo (1998) concebem que a QVT é originada pelos processos potencializadores em oposição aos destrutivos apreendidos no momento de trabalho.

Essa abordagem é interessante na medida em que agrega os aspectos positivos do trabalho como potencializadores da saúde, pois, ainda hoje, há necessidade de estratégias de enfrentamento no que concerne às situações desgastantes impostas pelo trabalho, embora também se reconheçam e se mantenham os aspectos positivos. Essas proposições podem ser sintetizadas na Figura 8.1.

Nessa direção, são enumerados determinantes, tanto de um perfil favorável como de um perfil destrutivo, que, em última instância, estabelecem a QVT de enfermagem (Laurell e Noriega, 1989; Breilh et al., 1990; Silva e Massarollo, 1998). Assim, no momento produtivo, um *perfil favorável* pode ser apreendido pela possibilidade de integração social e gregarismo humano, concebendo uma aprendizagem não só de conhecimentos, mas também de relações sociais; pela formação de uma identidade social e pessoal; e pelo desenvolvimento e utilização de capacidades humanas. Por outro lado, um *perfil destrutivo* pode ser apreendido por alienação, subordinação e hierarquização; falta de autonomia e criatividade; exposição às sobrecargas e subcargas, que provocam processos de desgaste e elevada rotatividade e desarticulação de defesas coletivas.

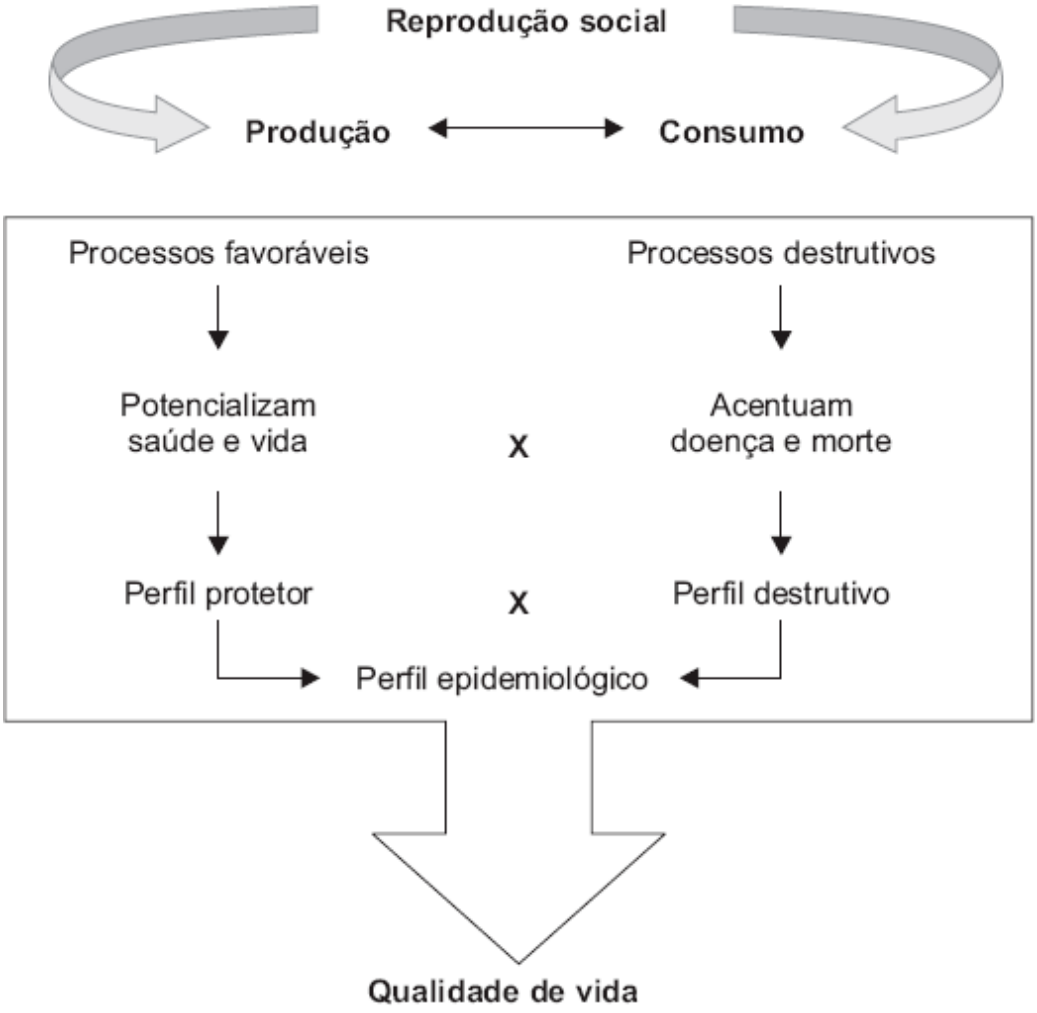


Figura 8.1 Processos determinantes da qualidade de vida. (*Fonte*: adaptada de Breilh et al.,1990.) Partindo dessa fundamentação e considerando o processo de trabalho de ensino de enfermagem, Rocha e Felli (2004) desenvolveram um estudo em uma instituição privada e verificaram que, para os professores, a QVT significou boas condições de trabalho, remuneração adequada, bom relacionamento interpessoal e identificação profissional. Os participantes apontaram como fatores potencializadores da QVT o investimento institucional, a possibilidade de capacitação docente e a prática de relações horizontalizadas; e afirmaram como condições desgastantes o regime de trabalho horista, a desarticulação entre a teoria e a prática, a remuneração e os aspectos didático-pedagógicos. A exposição desses trabalhadores, sobretudo às cargas psíquicas, foi identificada como causadora de manifestações psicossomáticas e psicoemocionais.

Os estudos conduzidos sob a abordagem histórica possibilitam o reconhecimento dos agravos de saúde provocados pela exposição dos trabalhadores a uma diversidade de cargas, apontando seus determinantes e intervenções em diferentes níveis.

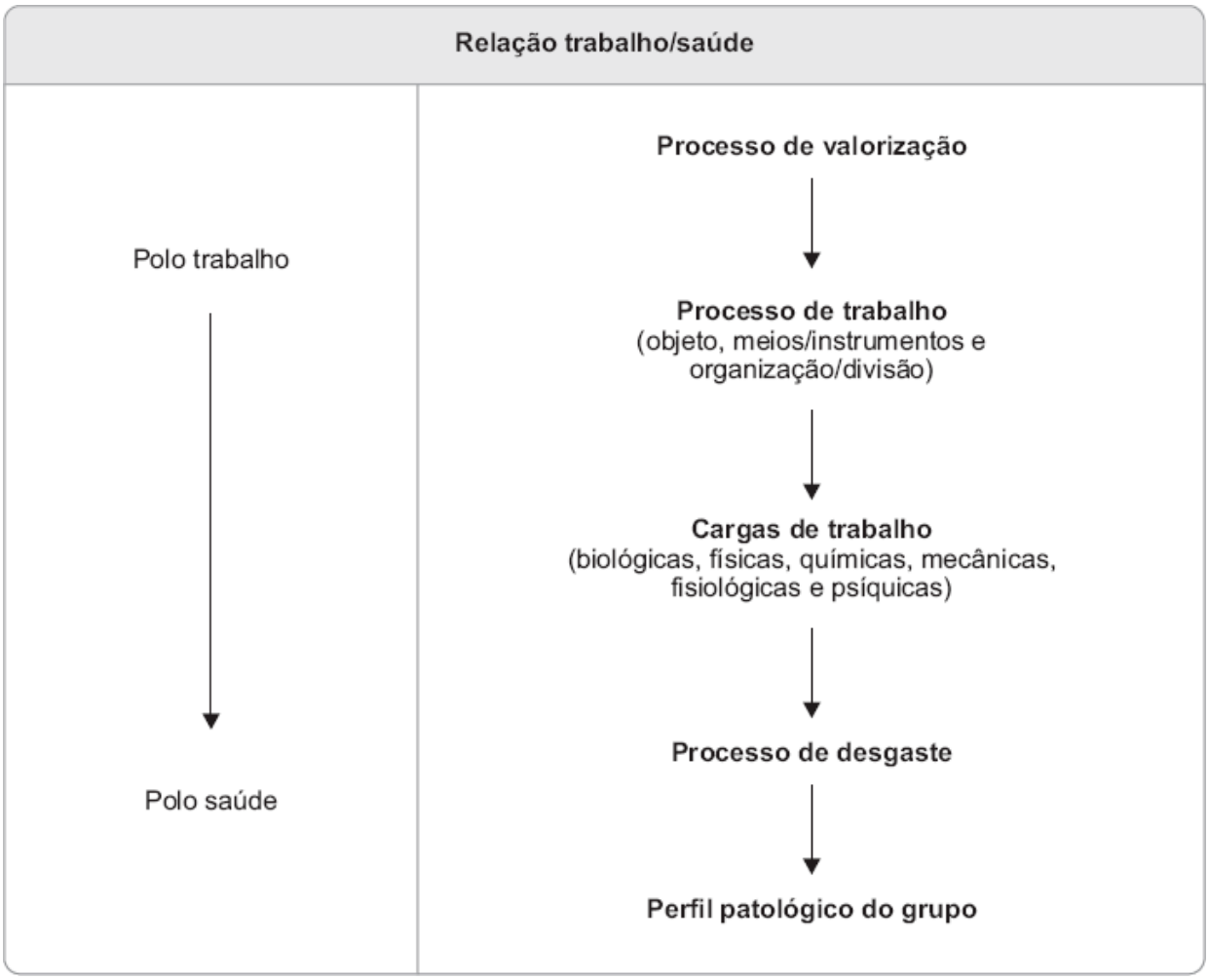
Enquanto trabalho que se insere no setor de prestação de serviços de saúde da produção brasileira, há de se reconhecer que o trabalho de enfermagem sofre o impacto da globalização e das políticas de recorte neoliberal, tendo como consequências o desemprego, a rotatividade da força de trabalho, a introdução de processos perigosos e a crescente terceirização e exclusão dos trabalhadores do trabalho formal, comprometendo a garantia dos direitos sociais, exemplificada pela inserção dos trabalhadores nas cooperativas (Silva e Massarollo, 1998). Por conseguinte, ocorre um incremento dos processos destrutivos originados no trabalho, os quais comprometem a QVT.

Saúde dos trabalhadores de enfermagem

A compreensão da saúde como uma expressão da QV dos trabalhadores de enfermagem pressupõe apreendê-la no contexto histórico e social, para articular e entender como é determinada. Logo, os processos saúde-doença são a expressão da QVT de enfermagem (Silva, 1996).

O entendimento dos problemas de saúde vivenciados pelos profissionais de enfermagem, segundo Felli (2002), deve ser buscado na internalidade do processo de trabalho, o que permite uma visão abrangente da realidade e a possível resolutividade dos agravos de saúde focada no coletivo dos trabalhadores.

Nesse sentido, a saúde dos trabalhadores de enfermagem refere-se à exposição deles às cargas de trabalho como causadoras de processos destrutivos que conduzem a outros desgastantes e, portanto, potencializadores dos processos saúde-



doença originados no momento de trabalho. Isso não significa negar que há processos potencializadores da saúde no momento de trabalho.

Silva (1996) desenvolveu uma investigação fundamentada no referencial teórico-metodológico sistematizado por Laurell e Noriega (1989), buscando evidenciar como o trabalho causa problemas de saúde entre os trabalhadores de enfermagem.

Nesse referencial, os autores apontam que o processo saúde-doença, enquanto coletivo e social que se expressa no biológico e adquire historicidade, é concebido como *nexo biopsíquico humano*. Esse nexo manifesta-se a partir da atividade humana no trabalho, e sua historicidade é apreendida pelo conceito de adaptação, como “capacidade de o corpo responder com plasticidade diante de condições específicas de

desenvolvimento nos processos corporais, que se expressam como formas biológicas características" (Laurell e Noriega, 1989).

Os processos de *adaptação* significam a transformação dos processos biológicos e psíquicos, com o desenvolvimento ou a destruição de capacidades e potencialidades. Incluem os processos fisiológicos, capazes de proteger o organismo para a sobrevivência ou transformar-se em destruidores da integridade corporal, como o estresse. Ele representa, nos seus estágios iniciais, uma reação que prepara o indivíduo para o enfrentamento a um agressor; e, nos estágios finais, concretiza-se como uma doença de diferentes naturezas, como diabetes, hipertensão e outras crônicas e degenerativas, podendo conduzir o indivíduo à morte.

Esses processos de adaptação são característicos dos grupos sociais, uma vez que emergem a partir do modo específico como os homens se apropriam da natureza por meio de uma organização social (Laurell e Noriega, 1989). Essa forma de apropriação e transformação da natureza é o que entendemos por *trabalho*, o qual, ao mesmo tempo, é por ela transformado.

De acordo com Silva (1996), os processos saúde-doença são expressos no corpo biopsíquico (entendido em todas as suas dimensões) dos trabalhadores de enfermagem pelo desgaste sofrido e provocado pela exposição às cargas de trabalho ocasionadas nos processos de trabalho e de valorização a que estão submetidos (geradores de valor). Assim, a relação de como o trabalho, enquanto uma categoria social, se expressa no corpo do trabalhador e, portanto, no âmbito biológico, pode ser visualizada na Figura 8.2.

Figura 8.2 Relação trabalho-saúde. (*Fonte*: adaptada de Laurell e Noriega, 1989.)

O *processo de valorização*, segundo Laurell e Noriega (1989), é aquele no qual ocorre a geração de valor – *mais-valia*, no modo de produção capitalista, como um valor que não é pago ao trabalhador. Esta pode ocorrer por meio de duas estratégias: absoluta (aumento da jornada ou redução do salário) e relativa (introdução de mudanças tecnológicas ou

intensificação do ritmo de trabalho). No serviço em saúde, o produto é um serviço consumido no momento da produção e, como tal, reproduz a lógica produtiva (Gonçalves, 1994). Um exemplo de mais-valia relativa é o intenso ritmo em que o trabalho de enfermagem é executado em detrimento da contratação de um número maior de trabalhadores para a realização das atividades (Silva, 1996).

O *processo trabalho* parte da concepção histórica do mesmo, em que é concebido como uma atividade em que o trabalhador, orientado por uma finalidade, transforma determinado objeto de trabalho em um produto final, utilizando meios e instrumentos sob certa organização (como ocorre o trabalho em si) e constituindo estes em seus elementos (Marx, 1988).

O trabalho de enfermagem insere-se no trabalho coletivo em saúde como subsidiário e complementar (Castellanos et al., 1989). Diante da finalidade de recuperar a força de trabalho e controlar as doenças, ele transforma o objeto –

indivíduo/coletivo com demandas no processo saúde-doença, empregando meios e instrumentos como a força de trabalho, o saber e outros mais específicos. Isso ocorre segundo certas formas de organização e divisão do trabalho, as quais o caracterizam como parcelado, hierarquizado, composto por pessoas de diferentes categorias e qualificações (Silva, 1996).

Nesse processo de trabalho, há elementos, denominados *cargas de trabalho*, que interatuam dinamicamente entre si (objeto, meios, instrumentos e modos de organização) e com o corpo do trabalhador, provocando processos de desgaste (Laurell e Noriega, 1989).

Silva (1996) afirma que, ao transformar o objeto no processo de trabalho de enfermagem, o trabalhador interage com a sua natureza, ou seja, os corpos individuais/coletivos e doentes dos clientes são tomados em sua natureza biológica/psíquica como determinantes do processo saúde-doença desses trabalhadores. Na interação com os *meios e instrumentos* (materiais, equipamentos, estrutura física, força de trabalho, saber), a sofisticação técnica destes e as relações sociais que determinam a maneira específica de trabalhar são geradoras de cargas. Na interação com as formas de

organização/divisão do trabalho, o trabalhador expõe-se por meio dos diferentes modos de uso da força de trabalho, que implicam distintas maneiras de desgastar-se, vinculados à extração de mais-valia, principalmente relativa, pelo aumento da produtividade.

A exposição dos trabalhadores de enfermagem às cargas provoca *processos de desgaste* particulares, ou seja, a perda da capacidade efetiva e/ou potencial corporal e psíquica. Os desgastes referem-se aos processos de adaptação que são destrutivos da integridade corporal biopsíquica. Esses processos não se relacionam somente às doenças diagnosticadas, mas também ao processo que as concretiza, uma vez que é possível recuperar as perdas e capacidades, bem como desenvolver as potencialidades. Indicadores globais vêm sendo mais frequentemente empregados para reconhecer o desgaste: sinais e sintomas inespecíficos, morbidade, anos de vida úteis perdidos, envelhecimento acelerado e morte prematura (Laurell e Noriega, 1989). Um exemplo que permite apreender que um processo de desgaste está em andamento é a *dor nas costas*, queixa constante entre os trabalhadores de enfermagem. Essa condição é um indicativo de que as estruturas que sustentam a coluna vertebral estão, de algum modo, comprometidas, e, se alguma intervenção não for realizada, esse processo poderá materializar-se como doença (hérnia de disco, por exemplo).

O desgaste deve ser considerado junto com os processos reprodutivos, e a combinação deles determina a constituição característica de doenças particulares conhecidas como *perfil patológico* desse grupo social.

Felli et al. (2007) apontam as principais cargas a que estão expostos os trabalhadores de enfermagem no cenário nacional, descritas a seguir.

■ **Carga biológica.** Ocorre pelo contato com pacientes portadores de doenças infecciosas, infectocontagiosas ou parasitárias e/ou com suas secreções, que caracterizam a interação com o objeto de trabalho. Ocorre também por contato com materiais contaminados e com pequenos animais (barata, mosca, mosquito, formiga), caracterizando a interação com instrumentos de trabalho.

A exposição a essas cargas geralmente é relatada no momento em que se presta o cuidado aos pacientes/clientes, por ocasião da manipulação dos materiais e instrumentos, e no contato esporádico com pequenos animais. A literatura tem registrado uma série de patologias decorrentes dessa exposição, como processos infecciosos localizados e sistêmicos, toxoplasmose, hepatites, síndrome da imunodeficiência adquirida (AIDS), pneumonia, gripes e resfriados de diversas naturezas, infecções urinárias e outras (Sarquis et al. 2015).

■ **Carga física.** É proveniente dos ruídos de ar-condicionado, sons dos instrumentos de trabalho e outros serviços, concentração e trânsito de pessoas, pacientes/clientes e reformas das estruturas físicas; umidade; iluminação; alterações bruscas de temperatura; eletricidade; risco de incêndio e radiação ionizante.

Na maioria das vezes, a exposição às cargas físicas acontece tanto pela falta de manutenção dos equipamentos como pela inadequação de sua previsão e uso. Por exemplo, a exposição a choques elétricos e risco de incêndios ocorre pelo insuficiente número de pontos de eletricidade nas unidades. É comum vários aparelhos encontrarem-se ligados em extensões e em várias tomadas elétricas, o que comumente é chamado de “árvore de natal”. Isso predispõe os profissionais aos eventos referidos. Também é importante a exposição à radiação ionizante (Okuno et al., 2015) e não ionizante no tratamento dos pacientes.

■ **Carga química.** Decorre da exposição dos trabalhadores a substâncias químicas, que podem estar em diferentes estados (sólido, líquido e gasoso) e ter variadas finalidades (medicamentosa, antisséptica, desinfetante, esterilizante e outras).

As exposições de maior importância relatadas foram a: óxido de etileno, glutaraldeído, formaldeído, hipoclorito de sódio, sabões, éter, benzina, álcool, água oxigenada, iodo, gases anestésicos, antibióticos, quimioterápicos, pó de gesso, talco, fumaça de cigarro e materiais de borracha.

As substâncias químicas são amplamente utilizadas na assistência à saúde, e poucas vezes os trabalhadores têm as informações necessárias sobre sua manipulação e seus efeitos na sua saúde. Elas podem ser irritantes, tóxicas, alergênicas, carcinogênicas, teratogênicas e mutagênicas (Silva, 1996; Costa e Takayanagui, 2015).

■ **Carga mecânica.** Provém da manipulação de materiais perfurocortantes, quedas, agressões, preensão de dedos e mãos.

Essas cargas são as mais visíveis, uma vez que constituem a ruptura de continuidade instantânea do corpo. Dessa maneira, são facilmente reconhecidas como acidentes de trabalho. Alguns exemplos são contusões, fraturas, perfurações, cortes e hematomas. Assumem importância nesse grupo os ferimentos perfurocortantes, potencializados pelas cargas biológicas e pela capacidade de contaminar os trabalhadores com vírus, como os da hepatite B e C e da AIDS.

■ **Carga fisiológica.** Decorre da manipulação de peso excessivo, trabalho em posição ortostática, posicionamento inadequado e incômodo, trabalho noturno e rodízios de turno, que interferem no funcionamento do organismo.

A exposição às cargas fisiológicas está associada aos problemas osteoarticulares (lesão por esforço repetitivo

[LER]/distúrbios osteoarticulares relacionados ao trabalho [DORT]), às dores nos membros inferiores, às alterações dos ritmos biológicos e aos diferentes tipos de câncer. A manipulação excessiva de peso, comum aos profissionais de enfermagem, é verificada pela escassez de trabalhadores para transportar e movimentar pacientes obesos, dependentes e anestesiados, bem como equipamentos como torpedos de gases, macas, cadeiras de rodas e outros (Silva e Baptista, 2015).

■ **Carga psíquica.** Resulta de: atenção constante do trabalhador; supervisão estrita; ritmo acelerado; trabalho parcelado monótono e repetitivo; dificuldade na comunicação; trabalho predominantemente feminino; desarticulação de defesas coletivas; agressão psíquica; fadiga, tensão,

estresse; insatisfação; e situações que conduzem ao consumo de álcool e drogas.

A exposição às cargas psíquicas é a mais referida pelos trabalhadores de enfermagem e está relacionada com o objeto de trabalho (humano, que sofre, sente dor e morre), que os envolve em situações causadoras de estresse, sofrimento, fadiga e tensão; e também às formas de organização desse trabalho, como rotinizado, parcelado, com supervisão controladora e falta de autonomia. A organização do trabalho de enfermagem também evidencia um ritmo acelerado e um trabalho desgastante, imposto pela escassez ou má distribuição de trabalhadores, não permitindo as pausas para o descanso no decorrer da jornada (Baptista et al., 2015).

A exposição a essas cargas provoca vários problemas de saúde, como pode ser visualizado no Quadro 8.1.

Esse quadro permite visualizar que as principais doenças que compõem o perfil de morbidade são os distúrbios osteoarticulares, os transtornos mentais e comportamentais, as exposições aos fluidos biológicos e as doenças infecciosas, infectocontagiosas e parasitárias, nas diferentes formas de expressão do desgaste dos trabalhadores de enfermagem apreendido no momento de trabalho.

Assim, tornam-se imprescindíveis intervenções nas diferentes realidades de trabalho de enfermagem, no sentido de potencializar a saúde e contribuir para a melhor QV.

A demanda atual dos serviços de saúde, caracterizada por sobrecarga dos trabalhadores e elevados níveis de exigência, tem acarretado um quadro de sérios problemas de saúde nos trabalhadores, impondo às empresas a necessidade de revisarem seu processo de trabalho e, consequentemente, implementarem estratégias de promoção da saúde dos trabalhadores.

Quadro 8.1 Processos de desgaste relatados pelos trabalhadores de enfermagem, segundo exposição às diferentes cargas de trabalho.

Tipos de carga

Desgastes

Biológicas

Hepatite, AIDS, tuberculose e outras contaminações por doenças infectocontagiosas Manipulação de pacientes com doenças infecciosas e parasitárias, e material infectado; Conjuntivite, resfriados e gripe, infecção da garganta, sinusites (infecções do trato contato com pequenos animais no local de trabalho

respiratório superior), gastrenterite, pneumonia, malária, dengue, leptospirose e outras infecções em geral

Ansiedade e estresse

Químicas

Dermatite, rinite, asma, alergias em geral, reações ana láticas, coriza, as xia Manipulação e inalação de substâncias químicas, manejo de medicamentos, inalação da Queimaduras e ir itação dos olhos, trato respiratório superior, estômago; tosse, fumaça de cigar os

respiração difícil

Neoplasias e câncer de pulmão

Náuseas, vômitos, tonturas, dores de cabeça crônicas

Sensibilização aos medicamentos

Estresse

Físicas

Desgaste físico e mental

Radiação ionizante, radiação não ionizante, ruído, umidade e mudança de temperatura Estresse, ir itabiliade Doença hematológica, osteomuscular, do

aparelho auditivo, do aparelho respiratório e alergia

Ressecamento de pele e mucosas

Ambiente molhado

Acidentes elétricos e in amáveis

Choque térmico

Queimadura

Mecânicas

Lesões perfurocortantes

Manipulação de materiais pontiagudos, quedas, agressões corporais, preensão de partes Fraturas, torções, contusões do corpo

Lesões musculoesqueléticas

Hematomas

Dor nas costas, calosidades

Depressão e estresse, desespero

Fisiológicas

Lesões musculoesqueléticas em geral

Manipulação de pesos excessivo, trabalho em pé durante todo o turno, adoção de Dor lombar

posições desconfortáveis, intenso ritmo de trabalho, longas distâncias a pé, e trabalho Inchaço e dor dos membros inferiores

em turnos e noturno

Hérnia de disco

Varizes

Cansaço corporal e mental, fadiga

Estresse

Falta de concentração e de atenção, diminuição da capacidade de julgamento Psíquicas

Depressão, ir itabilidade, angústia, ansiedade, tristeza, raiva, insubordinação, insônia e Atenção constante, agressão psíquica, supervisão estrita, falta de criatividade e estresse mental, cefaleia crônica

autonomia, abuso de álcool e drogas ilícitas, falta de comunicação, falta de defesa Náuseas, tonturas, cansaço, esgotamento

coletiva, intenso ritmo de trabalho, trabalho feminino, trabalho repetitivo e monótono Insatisfação com as relações autoritárias

Falta de interesse e entusiasmo, falta de proteção, falta de perspectivas de resultados Problemas de fertilidade, síndrome pré-menstrual

Exposição às substâncias teratogênicas na gravidez e idade fértil

Fonte: adaptado de Felli et al., 2007.

Um aspecto essencial é o monitoramento epidemiológico como instrumento para conhecer, acompanhar e intervir nos problemas de saúde no trabalho. A vigilância à saúde do trabalhador de enfermagem é uma estratégia importantíssima, não só para conhecer as condições de trabalho e os problemas de saúde dos trabalhadores de enfermagem, mas também para monitorá-los por meio de indicadores (Felli et al., 2015). É um instrumento importante de planejamento e promoção da saúde para esses profissionais.

Pesquisa recente relata a experiência de um hospital universitário em institucionalizar um grupo de saúde do trabalhador destinado a construir estratégias de intervenção para a melhoria da QVT e aponta resultados positivos junto aos trabalhadores de enfermagem (Telles et al., 2015).

É nesse contexto que surgem as várias propostas de QVT, visando à valorização do trabalhador, a sua participação no processo decisório, ao incentivo do potencial criativo, à satisfação de suas necessidades, à humanização nas relações de trabalho e à melhoria das condições trabalhistas, entre outras.

Considerações finais

Diante dessas argumentações, consideramos que promover e manter a qualidade de vida no trabalho é um desafio para os enfermeiros que assumem a gerência e também para os trabalhadores de enfermagem, partilhando responsabilidades e adversidades em um esforço conjunto.

Evidencia-se, cada vez mais, a necessidade de compreender esse constructo em diferentes aspectos, além de articular estratégias que apontem para investimento nas relações interpessoais e implementação de ações que promovam o autocuidado do trabalhador, ao mesmo tempo que a organização deve responsabilizar-se por manter um ambiente promotor de QV.

Para tanto, deve-se pensar no local de trabalho da enfermagem como um espaço micropolítico, no qual são reproduzidas as políticas sociais e de saúde, contendo as possibilidades de mudanças e transformações, com ênfase na QVT e na saúde do trabalhador.

Referências bibliográficas

Baptista PCP, Tito RS, Carvalho MBC. Exposição às cargas psíquicas e os processos de desgaste em trabalhadores de enfermagem. In: Felli VEA, Baptista PCP (Orgs.). Saúde do trabalhador de enfermagem. Barueri: Manole; 2015. p. 189-203.

Breilh J, Granda E, Campaña A et al. Deterioro de la vida: un instrumento para análisis de prioridades regionales en lo social y la salud.

Quito: CEAS; 1990.

Carandina DM. Qualidade de vida no trabalho: construção de um instrumento de medida para enfermeiras [tese]. São Paulo: USP; 2003.

Castellanos BEP, Rodrigues AM, Almeida MCP et al. Os desafios da enfermagem para os anos 90. In: Congresso Brasileiro de Enfermagem, 41. Florianópolis. Anais, Florianópolis: ABEn/ABEn-SC; 1989. p. 147-69.

Costa TF, Takayanagui AMM. A exposição às substancias químicas e o gerenciamento de resíduos perigosos. In: Felli VEA, Baptista PCP

(Orgs.). Saúde do trabalhador de enfermagem. Barueri: Manole; 2015. p. 130-55.

Dantas RAS, Sawada NO, Malerbo MB. Pesquisas sobre qualidade de vida: revisão da produção científica das universidades públicas do Estado de São Paulo. Rev Latino-americana de Enfermagem. 2003; 11(4):532-8.

Del Cura MLA. Satisfação profissional do enfermeiro [dissertação]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. São Paulo: USP; 1994.

Demo P. Educação e qualidade. 2. ed. Campinas: Papirus; 1996.

Felli VEA. A saúde do trabalhador e o gerenciamento em enfermagem [tese de livre-docência]. São Paulo: USP; 2002.

Felli VEA, Mininel VA, Sarquis LMM et al. Sistema de monitoramento da saúde do trabalhador de enfermagem – Simoste. In: Felli VEA, Baptista PCP (Orgs.). Saúde do trabalhador de enfermagem. Barueri: Manole; 2015. p. 204-68.

Felli VEA, Mininel VA, Sarquis LMM et al. Surveillance of the health of nursing workers in Brazil. In: State-of-the-art Conference/International

Conference on Occupacional Health for Health Care Workers (SOTAC/ICOH), 2007, Vancouver. Anais.

Vancouver: American College of Occupacional and Environmental Medicine; 2007. p. 4-5.

Fernandes EC. Qualidade de vida no trabalho: como medir para melhorar. Salvador: Casa da Qualidade; 1996.

Fernandes JS, Miranzi SSC, Iwamoto HH et al. A relação dos aspectos profissionais na qualidade de vida dos enfermeiros das equipes Saúde da Família. Rev Esc Enferm USP. 2012; 46(2):404-12.

Ferreira EC, Possari JF, Moderno AMB. Fatores de satisfação e insatisfação profissional do enfermeiro do centro cirúrgico de um hospital universitário de grande porte. Revista SOBECC (São Paulo). 2006; 11(9):15-23.

Fleck MPA, Louzada S, Xavier M et al. Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida

"WHOQOL-Bref". Rev Saúde Pública. 2000; 34(2):178-83.

Freire de Aguiar MI, Batista Braga AV. O significado do transplante de fígado para o paciente em lista de espera: abordagem fenomenológica. Rev Cubana Enfermer. 2012; 28(4):485-94.

Gelbecke FL. Qualidade de vida e organização do trabalho: questões relevantes para a enfermagem. In: Cianciarullo TI, Corneta VK.

Saúde, desenvolvimento e globalização: um desafio para os gestores do terceiro milênio. São Paulo: Ícone; 2002. p. 199-227.

Gonçalves RBM. Tecnologia e organização social das práticas de saúde: características tecnológicas de processo de trabalho na rede estadual de centros de saúde de São Paulo. São Paulo: Hucitec; 1994.

Guerreiro IC, Monteiro MI. Qualidade de vida no trabalho dos trabalhadores de enfermagem: revisão sistemática da literatura. In: Vilarta R, Gutierrez GL

(Orgs.). Qualidade de vida no ambiente corporativo. Campinas: Ipes; 2008. p. 139-45.

Ianni O. Globalização: novo paradigma das ciências sociais. Estudos Avançados. 1994; 8(21):147-63.

Laurell AC, Noriega M. O processo de produção e saúde: trabalho e desgaste operário. São Paulo: Hucitec; 1989.

Lima EFA, Borges JV, Oliveira ERA et al. Qualidade de vida no trabalho de enfermeiros de um hospital universitário. Rev Eletr Enf. 2013; 15(4):1000-6.

Lino MM. Qualidade de vida e satisfação profissional de enfermeiras de unidades de terapia intensiva [tese]. São Paulo: USP; 2004.

Lino MM. Satisfação entre enfermeiras de UTI adaptação transcultural do Index of Work Satisfaction [dissertação] São Paulo: USP; 1999.

Loiola RA, Felli VEA. Musculoskeletal disorders among nursing workers and the quality of life. Ergonomia: An International Journal of Ergonomics an Human Factors. 2007; 29:251-6.

Martins JJ. Qualidade de vida e trabalho: o cenário atual do trabalho da enfermagem numa unidade de terapia intensiva (UTI). Texto & Contexto Enfermagem. Florianópolis. 1999; 8(3):126-48.

Marx K. O capital: crítica da economia política. 3. ed. São Paulo: Nova Cultural; 1988.

Matos E. Refletindo sobre a qualidade de vida no trabalho da enfermagem no hospital universitário. Texto & Contexto Enfermagem.

Florianópolis. 1999; 8(3):27-43.

Meeberg GA. Quality of life: a concept analysis. J Adv Nurs. 1993; 18:32-8.

Merighi MAB, Jesus MCP, Domingos SRF et al. Being a nursing teacher, woman and mother: showing the experience in the light of social

phenomenology. Rev Latino-am Enfermagem. 2011; 19(1):164-70.

Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 2. ed. São Paulo/Rio de Janeiro: Hucitec/Abrasco; 1993.

Minayo MCS, Hartz ZMA, Buss PM. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. Ciência e Saúde Coletiva. 2000; 5(1):7-18.

Mininel VA. Promoção da qualidade de vida dos trabalhadores de enfermagem: responsabilidade gerencial do enfermeiro [dissertação]. São Paulo: USP; 2006.

Mininel VA, Ratier APP. Implicações das condições de trabalho na qualidade de vida dos trabalhadores de enfermagem. In: Felli VEA, Baptista PCP (Orgs.). Saúde do trabalhador de enfermagem. Barueri: Manole; 2015. p. 269-88.

Nordenfelt L. Concepts and measurement of quality of life in health care. Philosophy and medicine, Dordrecht: Kluwer Academic. 1994; 47(viii):283.

Okuno E, Flor RC, Gelbcke FL. A exposição às cargas físicas: o caso das radiações ionizantes. In: Felli VEA, Baptista PCP (Orgs.). Saúde do trabalhador de enfermagem. Barueri: Manole; 2015. p. 156-75.

Padilha MICS, Souza LNA. Qualidade de vida – reflexão de enfermeiras. Texto & Contexto Enfermagem. 1999; 8(3):11-26.

Queiroz DL. Qualidade de vida e capacidade para o trabalho dos profissionais de enfermagem de um hospital de grande porte de Dourados/MS [dissertação]. Campo Grande: Universidade Católica Dom Bosco; 2012.

Rocha SSL, Felli VEA. Qualidade de vida no trabalho docente em enfermagem. Revista Latino-Americana de Enfermagem. 2004; 12(1):28-35.

Rodrigues MVC. Qualidade de vida no trabalho. 2. ed. Rio de Janeiro: Vozes; 1994. p. 75-111.

Sales CA, Matos PCB, Mendonça DPR et al. Cuidar de um familiar com câncer: o impacto no cotidiano de vida do cuidador. Rev Eletr Enf.

2010; 12(4):616-21.

Sarquis LMM, Miranda FMA, Amaral PM. Biossegurança e exposição a fluidos biológicos. In: Felli VEA, Baptista PCP (Orgs.). Saúde do trabalhador de enfermagem. Barueri: Manole; 2015. p. 86-101

Schmidt DRC. Qualidade de vida e qualidade de vida no trabalho de profissionais atuantes em unidades do bloco cirúrgico [dissertação].

Ribeirão Preto: USP; 2004.

Schmidt DRC. Qualidade de vida no trabalho e sua associação com o estresse ocupacional, a saúde física e mental e o senso de coerência entre profissionais de enfermagem do bloco cirúrgico [tese]. Ribeirão Preto: USP; 2009.

Schmidt DRC, Dantas RAS. Qualidade de vida entre profissionais de enfermagem do bloco cirúrgico. Rev Gaúcha Enferm. 2006; 27(1):100-8.

Schmidt DRC, Dantas RAS, Marziale MHP. Qualidade de vida no trabalho: avaliação da produção cientifica na enfermagem brasileira.

Acta Paulista de Enfermagem. 2008; 21(2):330-7.

Silva SM, Baptista PCP. Cargas fisiológicas e processos de desgaste em trabalhadores de enfermagem. In: Felli VEA, Baptista PCP (Orgs.).

Saúde do trabalhador de enfermagem. Barueri: Manole; 2015. p. 176-88.

Silva VEF. O desgaste do trabalhador em enfermagem: relação trabalho de enfermagem e saúde do trabalhador [tese]. São Paulo: USP; 1996.

Silva VEF, Massarolo MCKB. A qualidade de vida e a saúde do trabalhador de enfermagem. Mundo da Saúde. 1998; 22(5):283-6.

Souza TM. O gerenciamento no cotidiano de uma unidade de terapia intensiva pediátrica e neonatal e a qualidade de vida no trabalho da equipe de enfermagem [dissertação]. São Paulo: USP; 2003.

Telles ACM, Baptista PCV, Vasconcelos LHS et al. Promoção da qualidade de vida no trabalho: relato de experiência de um workshop envolvendo os trabalhadores de enfermagem. Cogitare Enferm. 2015; 20(3):626-31.

The Whoqol Group. The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): development and general psychometric properties. Social Science of Medicine. 1998; 46(12):1569-85.

Vieira DF. Qualidade de vida no trabalho dos enfermeiros em hospital de ensino [dissertação]. Porto Alegre: UFRGS; 1993.

Walton RE. Criteria of quality of working life. In: Davis LE, Cherns AB. The quality of working life. New York: The Free Press; 1975. p.

91-104.

_____

*Texto traduzido pelas autoras.

*A globalização pode ser definida como a intensificação das relações sociais em escala mundial, que ligam localidades distantes de tal maneira que acontecimentos locais são modelados por eventos que ocorrem a muitas milhas de distância e vice-versa. É um processo dialético porque tais acontecimentos locais podem se deslocar em uma direção inversa às relações muito distanciadas que os modelam. A transformação local é tanto parte da globalização quanto a extensão lateral das conexões sociais através do tempo e no espaço. Assim, quem quer que estude as cidades hoje em dia, em qualquer parte do mundo, está ciente de que o que ocorre em uma vizinhança local tende a ser influenciado por fatores – tais como dinheiro mundial e mercados de bens – operando a uma distância indefinida da vizinhança em questão (Giddens apud Ianni, 1994).

9 Trabalho em Equipe e Prática Colaborativa

Marina Peduzzi

Valéria Marli Leonel o

Maria Helena Trench Ciampone

Introdução

O trabalho em equipe de saúde e de enfermagem começou a ser praticado na década de 1950, em um cenário de mudanças das concepções de saúde e doença e do modo de organização dos serviços de saúde, orientadas pela abordagem biopsicossocial do processo saúde-doença e da noção de atenção integral ao paciente (Peduzzi, 2009). Essas mudanças continuam em curso, com avanços e retrocessos, e, sobretudo, reforçadas pelo novo perfil demográfico e epidemiológico da população brasileira e mundial, caracterizado pelo aumento da expectativa de vida e pelo crescimento da incidência das doenças crônicas. Esse perfil populacional evidencia o desafio crescente de cuidados a longo prazo nas múltiplas dimensões das necessidades de saúde, para as quais é preciso contar com profissionais de diferentes áreas atuando como equipes.

A partir de 1990, o debate em torno do trabalho em equipe se ampliou com o reconhecimento de que não bastava cada equipe funcionar bem, mas era igualmente necessária integração e colaboração entre as diferentes equipes de um serviço e entre equipes de diversos serviços da rede de atenção à saúde. Mais do que isso, era preciso que a formação para o trabalho em equipe e a prática colaborativa tivessem início nos cursos de graduação e se mantivessem ao longo dos processos de educação permanente dos profissionais de saúde e de enfermagem (Peduzzi et al., 2016).

Assim, surge no cenário mundial o crescente reconhecimento da necessidade de transição do modelo *uniprofissional* de prática e formação, ainda predominante, para a prática e a educação *interprofissionais* colaborativas e centradas no paciente, com vistas à qualidade da atenção à saúde de usuários, famílias e comunidades (WHO, 2010; Frenck et al., 2010).

Nesse processo, os profissionais de enfermagem ocupam um espaço de destaque: de um lado, representam mais da metade dos profissionais de saúde e asseguram a continuidade dos cuidados, em especial nos hospitais e serviços especializados, mas também nos serviços de atenção primária à saúde. De outro, realizam ações específicas de enfermagem e ações complementares às outras áreas profissionais, o que lhes permite construir interfaces e articulações que dão sustentação ao conjunto da atenção à saúde. Este segundo aspecto é explorado por Propp et al. (2010), em estudo que analisa os padrões de comunicação dos enfermeiros junto aos demais profissionais de enfermagem e de saúde, e identifica que os enfermeiros são reconhecidos como centros de recepção e difusão de informação e, assim, ajudam na tomada de decisão sobre o plano de cuidado dos pacientes e na sinergia da equipe.

Um estudo desenvolvido no Brasil identifica que os profissionais de enfermagem reconhecem a complementaridade das várias profissões em que atuam na resolução dos problemas de saúde dos pacientes, buscando a articulação entre as ações de

saúde executadas pelos diferentes profissionais e expressando uma concepção de trabalho em equipe de enfermagem que inclui a ação

interprofissional (Souza, 2011).

Cabe destacar que a divisão do trabalho de enfermagem expressa, desde sua origem, a marca do trabalho coletivo. A enfermagem não é um trabalho que possa ser desenvolvido por uma pessoa só, tal como ocorre com outras especialidades como medicina e psicologia. Estas, ao longo do tempo, limitaram-se predominantemente no âmbito da consulta – relação entre profissional e paciente. O cuidado de enfermagem caracteriza-se pelo cuidado contínuo e constante de pacientes e familiares, e também pela organização de como foi se constituindo, como prática exercida por um conjunto de agentes. Isso levou os enfermeiros a desenvolverem competências de cunho gerencial, como coordenação, supervisão, liderança e trabalho em equipe.

Estudos recentes têm destacado a importância do papel de liderança do enfermeiro (Institute of Medicine, 2011) como elemento central não só para a equipe de enfermagem, mas também para a equipe de saúde. A visão ampliada do enfermeiro e sua atuação no gerenciamento do cuidado tornam-no uma referência para toda a equipe de saúde (Moura et al., 2013).

Curtis et al. (2011) ressaltam que há distinção entre o que chamamos de gerente e de líder. Para os autores, embora a própria literatura ainda não apresente um consenso sobre essa distinção, o elemento-chave que diferencia os dois é a atitude diante do processo de trabalho. O gerente gerencia, enquanto o líder inova; o gerente mantém os processos, enquanto o líder desenvolve; o gerente controla, enquanto o líder inspira; o gerente tem uma visão mais restrita, e o líder, uma visão mais ampliada; o gerente pergunta como e quem executará ou desenvolverá um trabalho, o líder pergunta o que e por que esse trabalho deve ser desenvolvido; gerentes aceitam o *status quo*, enquanto líderes o desafiam.

Embora se reconheça um movimento na direção das relações profissionais mais horizontais em um ambiente organizacional mais participativo, o que favoreceria o trabalho em equipe, observa-se um movimento contraditório, em permanente tensão, entre a necessidade de integração dos trabalhos produzidos pelas diferentes áreas da saúde e a tendência à especialização

profissional precoce. Esta, por sua vez, ocorre tanto no âmbito da produção do conhecimento quanto na atuação prática dos profissionais inseridos na prestação dos serviços de saúde. Assim, tanto as ciências e os saberes técnicos que fundamentam as intervenções como as próprias ações executadas tendem a ser cada vez mais especializados. Dessa especialização, em parte depende a eficácia do cuidado aos usuários, pois a crescente incorporação tecnológica em saúde e a velocidade de produção e difusão de novos conhecimentos requer que os profissionais aprofundem de modo vertical suas competências e habilidades, o que intensifica a especialização. Por outro lado, o serviço de saúde especializado tende à fragmentação do cuidado prestado ao paciente, configurando uma teia de ações executadas por diferentes agentes e frequentemente sem conexões aparentes. Na atualidade, a nenhum trabalhador de saúde cabe, em separado, a possibilidade de atender ao conjunto de demandas apresentadas pelos pacientes, ou mesmo por um único usuário em particular. Por isso, torna-se necessário que os profissionais reconheçam as conexões que existem entre as diversas atividades executadas e tomem esses nexos verdadeiramente em consideração, articulando suas ações.

A integralidade da assistência entendida como um conjunto articulado e contínuo de ações e serviços de promoção, prevenção, diagnóstico precoce, tratamento e reabilitação, exigidos para cada caso, em todos os níveis de complexidade do sistema, consiste em um dos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), conforme consta na Lei 8.080 de 19/09/1990 (Brasil, 1991). Portanto, a noção de integralidade abrange desde a formulação de políticas no nível macro da União, dos Estados e Municípios até a produção de ações de cuidado de saúde e de enfermagem, tanto na prática cotidiana dos serviços como na dos indivíduos específicos – os profissionais de saúde.

Nessa perspectiva, Penna e Viegas (2013) analisam que o trabalho em equipe representa um dos principais pilares para uma assistência integral e equânime na saúde. Assim, uma abordagem integral dos indivíduos/famílias pode ser facilitada pela soma de olhares de distintos profissionais que compõem as equipes de Saúde da Família, favorecendo uma ação interdisciplinar. Logo, é necessário que o trabalho em equipe seja norteado

por um processo assistencial comum, e que os profissionais desenvolvam ações de interação entre si e com a comunidade.

Dessa maneira, é preciso articular as diversas ações realizadas no interior da equipe, do setor, da unidade e do serviço, bem como integrar os setores, as unidades e os serviços entre si.

A necessidade de integração também se torna evidente se consideradas as múltiplas dimensões das necessidades de saúde.

Estas expressam, simultaneamente, dimensões biológicas, psicológicas, sociais e culturais de indivíduos e grupos sociais que vivem em determinadas condições sócio-históricas. A complexidade das necessidades e dos problemas de saúde, com os quais se defrontam usuários e profissionais, demanda investimentos efetivos na integração de pessoas e ações.

Retomando a contradição referida anteriormente entre especialização e integração, é justamente a intensa especialização do trabalho em saúde que suscita a necessidade de recomposição dos trabalhos especializados e o desafio da integração das ações. Essa integração pode ser vista tanto como expressão da articulação entre trabalhos de agentes de uma mesma área profissional (equipe de enfermagem, médica, de nutrição e outras) como também entre trabalhos produzidos por profissionais de diferentes áreas (equipe interprofissional de saúde). Ambas as modalidades de trabalho em equipe serão tratadas a seguir, especialmente o trabalho em equipe de enfermagem e o trabalho em equipe interprofissional.

Mais adiante, neste capítulo, o trabalho em equipe também será abordado na perspectiva do processo grupal, considerando este um dos aspectos relevantes para o gerenciamento de pessoas na área da saúde e de enfermagem.

Organização do trabalho em saúde por equipes

A noção de equipe predominante nos serviços de saúde ainda se limita à coexistência de vários profissionais em uma mesma situação de trabalho,

compartilhando o mesmo espaço físico e a mesma clientela, o que não se traduz, imediata e automaticamente, em integração e colaboração entre os profissionais. Essas qualificações são as que se espera que ocorram em equipes efetivas, ou seja, aquelas que produzem resultados de qualidade na atenção às necessidades de saúde de pacientes, familiares e comunidade (West e Lyubovnikova, 2013).

Identificam-se, assim, dois tipos diferentes de trabalho em equipe: a *equipe integração*, na qual se observa a busca de articulação das ações e de interação dos profissionais, e a *equipe agrupamento*, em que ocorre a justaposição das ações e o mero agrupamento de agentes. Essa tipologia expressa uma polaridade que mostra, de uma parte, a tendência à integração dos trabalhos especializados e também dos profissionais que os executam e, de outra parte, a tendência à manutenção da fragmentação das ações e ao estranhamento e distanciamento dos agentes (Peduzzi, 2009). Cabe, portanto, perguntar o que caracteriza o trabalho em equipe integrado (do tipo equipe integração) e, sobretudo, como alcançá-lo.

Considera-se que a integração no trabalho em equipe expressa, simultaneamente e de modo complementar, dois aspectos que a caracterizam: a articulação das inúmeras ações executadas pelos distintos profissionais da equipe e a comunicação entre seus componentes, orientada para o entendimento. Assim, para integrar a equipe, não basta tomar isoladamente as intervenções, independentemente dos sujeitos que as executam, tampouco tomar a interação dos profissionais como se fossem relações pessoais independentes da situação de trabalho coletivo em que se encontram envolvidos (Peduzzi, 2009). Além disso, o veículo por meio do qual ocorre efetivamente a articulação das ações é a comunicação.

Assim sendo, entende-se a *articulação das ações* no sentido de se colocar em evidência as conexões existentes entre as intervenções técnicas realizadas pelo conjunto de profissionais inseridos em uma mesma situação de trabalho, e a *interação dos agentes* no sentido da prática comunicativa, em que os envolvidos buscam reconhecimento e entendimento mútuos e se colocam de acordo acerca de seus planos de ação.

Na prática comunicativa, os profissionais de saúde e de enfermagem constroem consensos sobre um plano de ação por meio de uma modalidade de comunicação dialógica – de dupla mão, em que os envolvidos partilham o conteúdo dos enunciados, as normas e os valores que os acompanham, ou seja, colocam-se de acordo quanto ao que dizem e quanto aos valores pressupostos, compartilhando um horizonte ético (Habermas, 2012).

Entretanto, a comunicação que articula as ações realizadas pelos diversos profissionais pode ser de mão única, que visa apenas à passagem de informações para otimizar a realização da técnica e para obter resultado. Isso não representa um problema ou obstáculo para a integração da equipe, desde que esta saiba reconhecer os momentos em que é necessário não apenas reiterar a técnica, mas também refletir e negociar para esclarecer a melhor interpretação da situação encontrada e a melhor conduta frente a ela. Existe um conjunto de intervenções já consagradas que não requerem um novo acordo entre os componentes da equipe, mas há também uma série de situações de trabalho e de cuidado ao usuário e à população, para as quais é preciso buscar consenso com o diálogo e a negociação.

Nessa perspectiva, a interação dos profissionais não é externa ao trabalho; pelo contrário, faz parte do próprio processo de trabalho. Assim, quando a equipe atua de maneira integrada e colaborativa, expressa uma relação recíproca, de mútua influência, entre trabalho e interação (Peduzzi, 2009).

Com base nessa concepção de trabalho em equipe, pode-se identificar um conjunto de características de uma equipe integrada: comunicação efetiva; reconhecimento do trabalho do(s) outro(s) profissional(is) e suas especificidades; questionamento da desigualdade na valoração dos distintos trabalhos e respectivos agentes; construção de objetivos comuns; promoção da tomada de decisão compartilhada; exercício da autonomia profissional, levando em consideração a interdependência das diversas áreas; e construção de um projeto assistencial comum (Peduzzi, 2009).

A flexibilização da divisão do trabalho busca superar a rigidez da divisão estanque de atividades por área profissional, construir ações comuns executadas por agentes de distintas profissões e reconhecer e aceitar a

sobreposição das fronteiras profissionais. Portanto, convivem trabalho especializado e trabalho comum, compartilhado e colaborativo. Isso significa que é necessário e importante preservar as diferenças técnicas dos trabalhos especializados, pois cada área profissional realiza certo elenco de ações próprias, para as quais seus respectivos agentes encontram-se especialmente capacitados. A busca da clareza e da especificidade de cada trabalho especializado convive com o questionamento das próprias fronteiras estabelecidas.

Outros questionamentos precisam ser feitos para avançar na integração da equipe, principalmente sobre as desigualdades entre os trabalhadores, que expressam uma hierarquia estabelecida entre as áreas de conhecimento e as profissões, reproduzidas no cotidiano do trabalho.

A autonomia profissional representa um aspecto importante do trabalho no campo da saúde, pois as ações não devem ser executadas automaticamente, mas segundo avaliações fundamentadas no conhecimento profissional a fim de implementar a conduta mais adequada às necessidades de saúde do usuário, da família e da comunidade. Todos os profissionais de saúde executam suas ações de acordo com certa esfera de autonomia e de responsabilidade correspondente à sua área de atuação; porém, para que a equipe possa articular seu trabalho, é preciso que os seus componentes considerem a interdependência de suas ações e a autonomia profissional do outro.

Todas essas características do trabalho em equipe requerem, para sua efetivação, comunicação e interação dos agentes, no sentido de construírem consensos e acordos, mesmo que provisórios e revistos, sempre que necessário. Esse processo possibilita, ao longo de uma experiência comum de trabalho em equipe, construir um projeto assistencial comum, o que poderia ser destacado como uma marca da equipe. Será em torno desse projeto comum que os diferentes componentes da equipe organizarão seu trabalho, reconhecendo o trabalho do outro e os pontos de conexão.

A literatura sobre trabalho em equipe tem sido unânime em reconhecer que as equipes constituem pequenos grupos de trabalho, pois, quanto

maior o número de componentes, mais numerosos os mecanismos de controle que precisam ser inseridos nos processos de trabalho, os quais tendem a burocratizá-lo e, assim, tornar mais difícil a comunicação e a interação dos membros.

Estudos mais recentes têm acrescentado a noção de prática colaborativa interprofissional ao trabalho em equipe, na atenção em saúde. A colaboração é entendida como um processo em que diferentes profissionais trabalham juntos para impactar positivamente o cuidado em saúde; portanto, requer a construção de consensos e de reconhecimento do papel de cada profissional envolvido na equipe. Já a interprofissionalidade refere-se à articulação de, pelo menos, dois profissionais de diferentes áreas para o desenvolvimento do cuidado em saúde (WHO, 2010).

A literatura internacional oferece evidências do impacto do trabalho em equipe na perspectiva da prática colaborativa interprofissional na atenção à saúde, melhorando os resultados do cuidado no que se refere à segurança e à satisfação do usuário. Observa-se também o impacto positivo nos próprios profissionais, associado a maior retenção profissional e satisfação no ambiente de trabalho (Carter et al., 2012; Zwarenstein et al., 2009).

Para o alcance da prática colaborativa interprofissional, faz-se necessário reconhecer os aspectos que a fortalecem e a facilitam, bem como as barreiras e os desafios que podem dificultar ou até mesmo impedir que os profissionais atuem de maneira colaborativa, em prol do atendimento às necessidades de saúde dos usuários/comunidade.

Competências para o trabalho em equipe na perspectiva da prática interprofissional e colaborativa Conforme apontado anteriormente, a representação usual de alguns gerentes, que ainda acreditam que o trabalho em equipe acontece quando um grupo se encontra e discute o trabalho, deve ser reconhecida e superada. Nessa direção, existe a comprovação de que, quando o trabalho em equipe ocorre, não há desavenças, conflitos ou atritos e todos se dão bem. É

comprovado também que ele flui melhor quando um grupo toma decisões votando democraticamente. O que foi ressaltado até então é que esses

elementos não constituem necessariamente uma equipe integrada, nem mesmo um grupo, mas sim um agrupamento ou uma serialidade. Trabalhar em harmonia, votar e reunir-se para discutir questões comuns pode ocorrer sem que se configure um trabalho em equipe.

Segundo Pichon Rivière (2000), que foi um estudioso do processo grupal, um grupo torna-se equipe quando estabelece objetivos e metas comuns, quando a liderança se alterna entre as pessoas e quando o processo de comunicação flui entre todos os membros, possibilitando que as ações sejam desenvolvidas em complementaridade. Desse modo colaborativo/cooperativo, a tarefa grupal se desenvolve rumo a um projeto comum, estabelecido em consenso.

Uma equipe usa as habilidades, as competências e os recursos de todos os seus membros; planeja suas atividades; é sistêmica em seu processo decisório e de resolução de problemas e se empenha para chegar à produtividade máxima.

Uma equipe torna-se uma organização coesa quando envolve seus membros no processo de planejamento e de tomada de decisões. Assim, todos os membros sentem-se responsáveis pelo sucesso da equipe e visualizam-se como parte integrante da organização. Além disso, todos os membros da equipe empenham-se para manter relações de cooperação, por meio do estabelecimento de objetivos mútuos compartilhados, da comunicação aberta e do reconhecimento e apoio recíprocos. Desse modo, quando a equipe ganha, cada um se sente um vencedor.

Atualmente, a necessidade de desenvolvimento contínuo das competências para trabalhar em equipe e coordenar grupos acentua-se à medida que o fenômeno da globalização – que engloba uma multiplicidade de outros fenômenos que configuram uma redefinição nas relações internacionais em diferentes áreas da vida social (economia, finanças, tecnologia, comunicações, cultura e outras) – cria um cenário de extrema complexidade. Esse cenário complexo, em que o trabalho em saúde se insere no setor terciário da economia, sob a forma de prestação de serviços, exige que esforços sejam feitos para uma compreensão global e ampliada da problemática, a qual, em última instância, requer dos

profissionais/trabalhadores o desenvolvimento de competências para trabalhar de modo cooperativo, em times ou equipes de trabalho.

Isso exige que os profissionais tenham fundamentação teórica e prática, mas em referenciais que ainda estão em processo de construção e, portanto, inacabados. Assim, estudos a respeito do trabalho em equipe e dos processos grupais constituem importantes pistas para se redefinirem as relações interpessoais e intergrupais nas organizações de saúde, bem como as políticas de gestão de pessoas que vão ao encontro das necessidades que incidem sobre os cenários de trabalho.

Com base no conceito atual de que as organizações configuram-se a partir de redes de relações, constituindo-se em verdadeiras arenas onde os conflitos emergem inevitavelmente, é importante considerar que as equipes podem aprender a exercitar a análise das situações de conflito, possibilitando que as questões implícitas a ele venham à tona, sejam explicitadas e exploradas para desenvolver a capacidade do grupo na autoanálise.

Baremblitt (1986), referindo-se ao processo de autoanálise do grupo, explica que esta consiste na capacidade de ser protagonista dos próprios problemas, das necessidades e das demandas, compreendendo-as, enunciando-as com vocabulário próprio, organizando-se e buscando recursos para melhorar a própria vida.

Esse processo não é feito de cima para baixo, nem de fora para dentro, mas no próprio seio heterogêneo do coletivo interessado. Assim, no cenário dos serviços de saúde, as complexas demandas das clientelas interna e externa, bem como a necessidade de articular as ações nos diferentes âmbitos, por si sós justificam o investimento no desenvolvimento de competências específicas nos profissionais para trabalharem em equipe e, principalmente, para exercerem a coordenação de grupos.

Para Campos (2000), a gerência é ao mesmo tempo condicionante *do* e condicionada *pelo* modo como se organiza a produção de serviços de saúde. Essa dupla posição, de produto de um determinado contexto e de criador desse mesmo contexto, torna o processo de gestão permeável à

influência dos diferentes sujeitos sociais, interessados em diversas políticas de saúde.

Nesse âmbito, a gerência é um instrumento necessário, mas não suficiente, à implantação de políticas. Entretanto, na prática, sabe-se que o funcionamento de um serviço depende muito das configurações micropolíticas e tecnológicas do trabalho, que, em última instância, estabelecem-se em "trabalho vivo em ato", isto é, na relação com as pessoas (Franco e Merhy, 2012). Desse modo, é preciso haver consenso quanto às maneiras de se trabalhar, de modo que estejam em sintonia com as propostas, exigindo negociações.

O desafio consiste, então, em transitar da *equipe agrupamento* – trabalho de diferentes profissionais, que detém assimetria de relações, poderes e saberes para operar diferentes tecnologias – para a *equipe integração*, o que implica redesenhar o somatório de pequenas ações parciais para compor uma trama de atos negociados e articulados entre os agentes, superando a posição de disputa e passando para a de complementação.

A formação profissional passa a requerer processos educativos que possibilitem adquirir e desenvolver conhecimentos teóricos, técnicos e operacionais relacionados com a produção de serviços, a fim de contemplar a contradição entre ser capaz de desempenhar uma polivalência funcional e ser capaz de deter um conhecimento especializado que favoreça a atuação em diferentes cenários e práticas. Diante disso, instala-se a necessidade de discussão sobre o conceito de competência.

A perspectiva da gestão dos recursos humanos de uma organização com base em competências surge como uma alternativa ao modelo de gestão por cargos. O objetivo deixa de ser o preenchimento de requisitos para ocupar funções e passa a ser a busca por um perfil profissional desejado, fundamentado em competências requeridas para o desempenho de dada função. Desse modo, na era da informação e do conhecimento, a vantagem competitiva do trabalhador no mercado de trabalho é dificilmente mensurável, pois diz respeito às competências que alicerçam a força de trabalho.

A abordagem por competências compreende um conceito polissêmico trabalhado e estudado em diferentes áreas, como educação, administração e psicologia. Perrenoud (1999), por exemplo, define competência como um conjunto de conhecimentos, habilidades e atitudes que devem ser colocados em ação para o desenvolvimento de uma prática.

Para Le Boterf (2003), o desenvolvimento de competências profissionais se desloca da qualificação para a capacidade de agregar valores ao grupo, isto é, saber agir de modo responsável e reconhecido, o que reúne os atos de saber mobilizar, integrar e transferir recursos, traduzidos em conhecimentos e capacidades.

Esses conhecimentos e habilidades para o trabalho em equipe e para a coordenação de grupos implicam aprender a viver junto, com os outros, conviver. Isso requer a capacidade de aprender a questionar o próprio conhecimento, aprender a aprender com o outro para o desenvolvimento de projetos solidários e cooperativos, identificados pela busca de objetivos comuns. Implica, em última instância, trabalhar o autoconhecimento e a autoestima.

No âmbito das organizações de saúde, da mesma maneira que podem ser definidas competências para cada indivíduo, em cada processo de trabalho também podem ser estabelecidas competências para as equipes e para a instituição como um todo.

Sob essa perspectiva, com o objetivo de nortear a prática e a formação para o trabalho em equipe colaborativo interprofissional, o Canadian Interprofessional Health Collaborative (CIHC, 2010) apresenta seis domínios de competências interprofissionais aplicados a todas as profissões da saúde. As identificadas referem-se à apropriação de conhecimentos, habilidades e atitudes que permitam o alcance da colaboração interprofissional. São elas: comunicação interprofissional, atenção centrada no usuário/paciente, clareza de papéis, dinâmica de funcionamento da equipe, liderança colaborativa e resolução de conflitos.

A comunicação refere-se à necessidade de profissionais e estudantes de diferentes áreas comunicarem-se uns com os outros de maneira

colaborativa e responsável.

Na atenção centrada no usuário, profissionais e estudantes procuram integrar e valorizar como parceiros o engajamento do usuário da sua família e da comunidade na definição e implementação do cuidado e da atenção à saúde.

A clareza do trabalho e do papel dos diferentes profissionais refere-se ao conhecimento que profissionais e estudantes precisam ter de seu próprio processo de trabalho e de sua função, bem como dos demais. Também se refere à utilização desse conhecimento de modo apropriado, para o estabelecimento e o alcance dos objetivos da atenção à saúde de usuários e da população do território.

Por meio da dinâmica de funcionamento da equipe, profissionais e estudantes entendem os princípios da dinâmica do trabalho em equipe e da dinâmica de grupo, que promovem efetiva colaboração interprofissional.

Liderança colaborativa diz respeito ao fato de profissionais e estudantes entenderem e poderem aplicar princípios de liderança compartilhada e coletiva que dão suporte e promovem o trabalho em equipe e a prática colaborativa.

Por fim, a resolução de conflitos interprofissionais permite que profissionais e estudantes se envolvam e envolvam os demais – usuários/família/comunidade – no manejo positivo e construtivo de conflitos e desacordos (CIHC, 2010).

O estabelecimento das referidas competências, tanto na prática como na formação profissional, tem a potencialidade de formar, desenvolver e preparar os profissionais de saúde para o trabalho em equipe interprofissional e colaborativo.

É necessário considerar também a criação de ambientes favoráveis para que ocorram processos decisórios compartilhados nas equipes, os quais incluem definir, na filosofia institucional, a descentralização dos processos decisórios. Assim, as estruturas organizacionais matriciais são as que mais

se ajustam à proposta do trabalho em equipe, visto que as estruturas verticais e tradicionais, em geral, baseiam-se na definição de cargos hierarquizados, e não de competências.

Ressalta-se que, para trabalhar em equipe, cada membro deve estar preparado para assumir o papel de coordenador de grupo, pois o enfoque da liderança se desloca para a tarefa. O coordenador de grupo deve favorecer o espaço de integração do pensar, sentir e agir, estimulando a superação do pensamento racional-explicativo, deixando-se saber pelo contato e pelas sensações de descoberta e aprendizagem com o outro.

Um fato que não se pode deixar de abordar consiste nas resistências que se apresentam ao trabalho em equipe e à prática colaborativa. As mudanças requeridas passam por abandonar a segurança do modelo funcionalista de organização do trabalho, em que cada um é responsável por uma parte da atividade, e assumir posturas criativas que precisam ser empreendidas para que se crie o consenso e a flexibilização das tarefas. Isso faz emergir o medo da perda dos padrões conhecidos, porque traz à tona a fragilidade dos saberes inerentes aos períodos de construção e coloca a necessidade de lidar com incertezas, cenas temidas, definições imprecisas de papéis e alternância de saberes e práticas, sempre provisórios. Assim, assumir o compromisso de tecer a autonomia dos sujeitos para trabalhar em equipe – incluindo os diferentes agentes (profissionais, clientes, familiares, comunidade) –, com base na ética da solidariedade, constitui-se em um grande desafio.

Muito poderia ser discutido sobre a dinâmica e os fenômenos inerentes aos processos grupais. Há, por exemplo, aspectos intrínsecos à natureza humana que tendem a ser desconsiderados quando se lida com pessoas, como: inveja, competitividade, agressividade, sabotagem, mecanismos de defesa, necessidade de aceitação e reconhecimento, projeção, deslocamentos, entre outros. Esses fatores levam à emergência de sentimentos contraditórios que circulam no campo grupal, sendo de difícil manejo. Contudo, cabe destacar a importância de preparar os profissionais para assumirem a função de coordenação de grupos, a qual, na proposta do

trabalho em equipe, deve ser alternante entre os seus componentes (Ciampone, 1998; Ciampone e Peduzzi, 2000; Peres e Ciampone, 2006).

Para esse preparo, considera-se que deve haver investimento em pelo menos três dimensões.

Na *dimensão individual* estariam os investimentos pessoais em busca do autoconhecimento. A carência de habilidades pessoais na mobilização de recursos internos para o enfrentamento ativo das situações pode ser explicada pela ausência de experiências e interações que favoreçam a aprendizagem, pela existência de emoções e sentimentos negativos que bloqueiam ou dificultam o uso dessas habilidades, ou ainda pela discrepância entre a extensão dos problemas reais e os recursos do sujeito para enfrentá-los.

Na *dimensão grupal* estariam os investimentos do grupo no sentido de exercitar a aprendizagem coletiva e a análise ampliada das situações-problema (envolve conhecer as diferentes percepções e definições atribuídas pelos atores que explicam os problemas, explorando o perfil ou padrão de comportamento de cada um diante dos mesmos); a identificação de recursos e alternativas; os sentimentos emergentes explícitos e implícitos que permeiam o campo grupal; e a identificação dos porta-vozes que os enunciam. A vivência do processo grupal contribui para a construção coletiva de estratégias de enfrentamento das cargas de trabalho e dos processos de desgaste, isto é, do sofrimento acarretado pelo trabalho, potencializando a saúde.

Na *dimensão institucional*, deveriam ocorrer investimentos como a mudança da filosofia, da estrutura organizacional e das políticas de gerenciamento de pessoal, que constituem suportes importantes para a sustentação da proposta do trabalho em equipe.

É importante salientar que, mesmo buscando a participação de todos – uma das grandes justificativas para o trabalho em equipe –, o grupo nem sempre será democrático. Tem sido observado que, nas práticas de gerenciamento, muitas vezes o grupo é usado por aqueles que detêm poder e autoridade de modo manipulativo, isto é, para referendar ou ratificar decisões ou

posições já tomadas, tornando-as mais aceitáveis. Caso não seja estabelecido de antemão se a instância grupal é de decisão ou de legitimação, surgem, então, importantes questões éticas decorrentes do gerenciamento. Portanto, nas três dimensões (institucional, grupal e pessoal), as questões relativas à circulação de poder e autoridade devem ser amplamente debatidas por todos. Cabe lembrar que, para que o poder de decisão ocorra, as informações precisam ser amplamente socializadas nas três dimensões.

Qualquer proposta fechada em si mesma nos "condomínios de saber" de qualquer área poderia caminhar na contramão de qualquer processo de inovação, pois evitaria o risco da aprendizagem, do contágio, da troca, da interação e, portanto, da

formação de verdadeiras equipes. Considera-se, assim, que a busca por construir trabalho em equipe e prática colaborativa efetivas, com qualidade no cuidados aos pacientes, aos familiares e à comunidade coloca os partícipes do processo diante de desafios permanentes a serem superados.

Referências bibliográficas

Baremblitt G. Grupos: teoria e técnica. Rio de Janeiro: Edições Graal; 1986.

Brasil. Ministério da Saúde (MS). Lei orgânica da saúde. 2. ed. Brasília: MS/Assessoria de Comunicação Social; 1991.

Campos GWS. Um método para a análise e co-gestão de coletivos. São Paulo: Hucitec; 2000.

Canadian Interprofessional Health Collaborative (CIHC). A national interprofissional competence framework. Vancouver: Canadian Interprofessional Health Collaborative; 2010.

Carter BL, Bosworth HB, Green BB. The hypertension team: the role of the pharmacist, nurse, and teamwork in hypertension therapy. J

Clin Hypertens. 2012; 14(1):51-65.

Ciampone MHT. Grupo operativo: construindo as bases para o ensino e a prática na enfermagem [tese de livre-docência]. São Paulo: USP; 1998.

Ciampone MHT, Peduzzi M. Trabalho em equipe e trabalho em grupo no programa de saúde da família. Rev Bras Enferm. 2000; 53:143-7.

Curtis EA, De Vries J, Sheerin FK. Developing leadership in nursing: exploring core factors. Brit J Nurs. 2011; 20(5):306.

Franco TB, Merhy EE. Cartografias do trabalho e cuidado em saúde. Tempus Actas de Saúde Coletiva. 2012; 6(2):151-63.

Frenck J, Chen L, Bhutta ZA et al. Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world. The Lancet. 2010; 376(9756):1923-57.

Habermas J. Teoria do agir comunicativo I: racionalidade da ação e racionalização social. São Paulo: Martins Fontes; 2012.

Institute of Medicine (IOF). Committee on the Robert Wood Johnson Foundation Initiative on the Future of Nursing. The future of nursing: leading change, advancing health. National Academies Press; 2011.

Le Boterf G. Desenvolvendo a competência dos profissionais [Trad. Patrícia Chittoni Ramos Reuilard]. 3. ed. Porto Alegre: Artmed; 2003.

Merhy EL, Franco TB. Trabalho em saúde. In: Pereira IB, Lima JCF. Dicionário da educação profissional em saúde. 2. ed. rev. e ampl. Rio de Janeiro: EPSJV; 2009.

Moura GMSS, Inchauspe JAF, Dall'Agnol CM et al. Expectativas da equipe de enfermagem em relação à liderança. Acta Paul Enferm.

2013; 26(2):198-204.

Peduzzi M. Trabalho em equipe. In: Pereira IB, Lima JCF (Orgs.). Dicionário da educação profissional em saúde. 2. ed. rev. e ampl. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz; 2009. p. 419-26.

Peduzzi M et al. Trabalho em equipe, prática e educação interprofissional. In: Martins MA, Carrilho JF, Alves VAF (Eds.). Clínica médica.

vol. 1. 2. ed. Barueri: Manole; 2016. p. 171-9.

Penna CMM, Viegas SMF. A construção da integralidade no trabalho cotidiano da equipe saúde da família. Esc Anna Nery. 2013; 17(1):133-41.

Peres AMP, Ciampone MHT. Gerência e competências gerais do enfermeiro. Texto Contexto Enferm. 2006; 15(3):492-9.

Perrenoud P. Construir as competências desde a escola. Porto Alegre: Artmed; 1999.

Pichon Rivière E. O processo grupal. Martins Fontes; 2000.

Propp KM, Apker J, Zabava Ford WS et al. Meeting the complex needs of the health care team: identification of nurse-team communication practices perceived to enhance patient outcomes. Qual Health Res. 2010; 20(1):15-28.

Souza GC. Trabalho em equipe de enfermagem: interação, conflito e ação interprofissional em hospital especializado [dissertação]. São Paulo: USP; 2011.

West MA, Lyubovnikova J. Illusions of teamwork in health care. Journal of Health Organization and Management. 2013; 27(1):134-42.

World Health Organization (WHO). Framework for action on interprofessional education & collaborative practice. Geneva: WHO; 2010.

Zwarenstein M, Goldman J, Reeves, S. Interprofessional collaboration: effects of practice-based interventions on professional practice and healthcare outcomes. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2009; 3:CD000072. DOI: 10.1002/14651858.pub2.

10 Dimensionamento de Pessoal de Enfermagem em Instituições de Saúde

Fernanda Maria Togeiro Fugulin

Raquel Rapone Gaidzinski

Antônio Fernandes Costa Lima

Introdução

A temática “dimensionamento de pessoal de enfermagem” tem se constituído, ao longo dos anos, como o foco de atenção das enfermeiras e dos administradores dos serviços de saúde, por interferir diretamente na eficácia, na qualidade e no custo da assistência à saúde. No entanto, tem sido responsável também pela instalação de conflitos entre esses profissionais, uma vez que a necessidade crescente de diminuir custos e aumentar a oferta de serviços na área da saúde coloca imediatamente em questão o quadro de pessoal de enfermagem existente nas instituições, que representa o maior quantitativo e, consequentemente, o maior custo nas organizações de saúde.

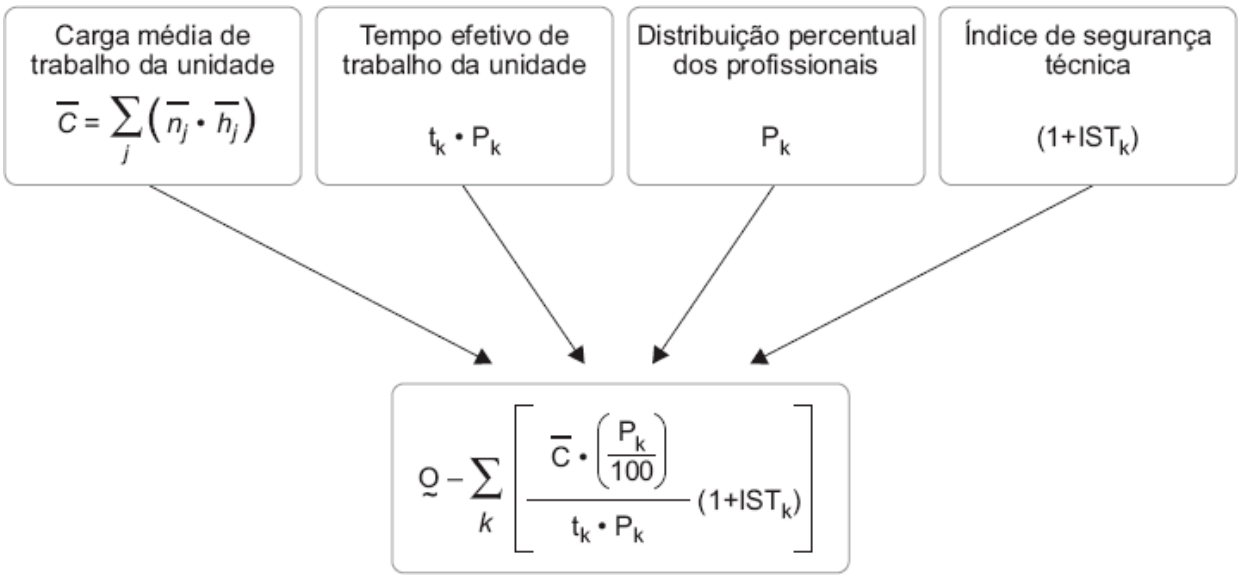
Por outro lado, a demanda de atendimento aos pacientes com necessidades cada vez mais complexas tem imprimido sobrecarga de trabalho aos integrantes das equipes de enfermagem, o que influencia e dificulta a

implantação de qualquer medida que favoreça a qualidade da assistência prestada. Diante desse contexto, as chefias dos serviços de enfermagem buscam instrumentos que possibilitem a melhor gerência dos recursos humanos sob sua responsabilidade, desenvolvendo conhecimentos, habilidades e competências que lhes permitam realizar melhor planejamento, alocação, distribuição e controle do pessoal de enfermagem. Assim, eles assumem um papel relevante na negociação do quadro de pessoal e no direcionamento das políticas de recursos humanos das instituições de saúde (Fugulin, 2002).

Na prática, mediante o desconhecimento de parâmetros para o planejamento e a avaliação do quantitativo de recursos humanos de enfermagem, essa atividade tem sido realizada com base na experiência e no julgamento intuitivo das enfermeiras, ou por meio de equações matemáticas disponíveis na literatura, sem que haja, contudo, compreensão do significado e do comportamento das variáveis envolvidas no processo de dimensionar o pessoal de enfermagem (Gaidzinski, 1994). Desse modo, as enfermeiras têm encontrado inúmeras dificuldades para planejar e justificar as necessidades de adequação no quantitativo de recursos humanos, tanto para a melhoria da qualidade assistencial como para o atendimento das novas demandas impostas pelos administradores das instituições de saúde, principalmente frente à necessidade crescente de racionalizar os custos e aumentar a oferta de serviços (Fugulin, 2002).

É nesse cenário que o dimensionamento de pessoal de enfermagem, enquanto instrumento gerencial para uma assistência de qualidade, necessita ser investigado, de modo a produzir resultados que possibilitem a conscientização do significado de um quadro de pessoal adequado às necessidades dos pacientes e da instituição (Gaidzinski, 1998).

O conceito mais utilizado na literatura sobre o assunto no Brasil foi proposto por Kurcgant et al. (1989), que definem dimensionamento de pessoal de enfermagem como a etapa inicial do processo de provimento de pessoal, que tem por



$\overline{C}$

$$\overline{C} = \sum_j (\overline{n}_j \cdot \overline{h}_j)$$

$\overline{C}$

$\sum_j$

$\overline{n}_j$

$\overline{h}_j$

finalidade a previsão da quantidade de funcionários por categoria requerida para suprir as necessidades de assistência de enfermagem direta ou indiretamente prestada aos pacientes. Entretanto, considerando que o processo de dimensionar pessoal de enfermagem possibilita também a avaliação da carga de trabalho existente nas unidades já em funcionamento, esse conceito pode ser ampliado, sendo compreendido como um processo sistemático que fundamenta o planejamento e a avaliação da quantidade e da qualidade de enfermagem para prover a assistência de acordo com a singularidade dos serviços de saúde e que garanta a segurança dos pacientes e dos trabalhadores.

Método para dimensionar o pessoal de enfermagem

Para Gaidzinski (1998), a operacionalização do processo de dimensionamento de pessoal de enfermagem requer a aplicação de um método capaz de sistematizar o inter-relacionamento e a mensuração das variáveis que interferem na carga de trabalho da equipe. Nesse sentido, a autora propôs um método que possibilita identificação e análise das variáveis intervenientes no processo, tornando-o um instrumento auxiliar no planejamento e na avaliação do serviço de enfermagem, uma vez que possibilita projetar um quadro de pessoal para os serviços de saúde a serem instalados, bem como avaliar o quantitativo e o qualitativo de pessoal de enfermagem para unidades já em funcionamento.

Para sua aplicação, o método indica a identificação das seguintes variáveis: carga média de trabalho da unidade, distribuição percentual dos profissionais de enfermagem, índice de segurança técnica e tempo efetivo de trabalho. A partir do conhecimento do comportamento dessas variáveis, aplica-se uma equação que possibilita estimar o quantitativo e o qualitativo de pessoal de enfermagem. O método proposto pode ser sintetizado por meio das expressões apresentadas na Figura 10.1.

Figura 10.1 Etapas do método de dimensionamento de pessoal de enfermagem. (*Fonte*: adaptada de Gaidzinski, 1998.) Carga média de trabalho da unidade ( )

A carga média de trabalho da unidade de assistência de enfermagem é a soma do produto da quantidade média diária de pacientes assistidos, segundo o grau de dependência da equipe de enfermagem ou do tipo de intervenção, pelo tempo médio de assistência de enfermagem despendido por paciente, de acordo com o grau de dependência ou intervenção realizada.

: carga média de trabalho;

: soma da carga média diária de trabalho referente a cada categoria de cuidado do Sistema de Classificação de Pacientes SCP;

: quantidade média diária de pacientes assistidos segundo o grau de dependência ou o tipo de atendimento;

: tempo médio diário de cuidado segundo o grau de dependência ou o tipo de intervenção; *j*: qualquer grau de dependência ou tipo de intervenção.

$\overline{n}_j$

A Resolução Cofen no 293/04, que indica parâmetros para "dimensionar o quantitativo mínimo dos diferentes níveis de formação dos profissionais de enfermagem para a cobertura assistencial nas instituições de saúde" (Cofen, 2004), denomina essa variável como "Total de Horas de Enfermagem" (THE), representada pela expressão: THE = [(NMPCMn × HECMn) + (NMPCInterm × HECinterm) + (NMPCSI × HECSI) + (NMPCIntens × HE

CIntens)]

NMP: número médio de pacientes; HE: horas de enfermagem; NMPCMn: número médio de paciente de cuidados mínimos; NMPCinterm: número médio de pacientes de cuidados intermediários; NMPCSI: número médio de pacientes de cuidados semi-intensivos; NMPCIntens: número médio de pacientes de cuidados intensivos; HECMn: horas de enfermagem/dia para assistência de pacientes de cuidados mínimos; HECInterm: horas de enfermagem/dia para assistência de pacientes de cuidados intermediários; HECSI: horas de enfermagem/dia para assistência de pacientes de cuidados semi-intensivos; HECIntens: horas de enfermagem/dia para assistência de pacientes de cuidados intensivos.

Quantidade média diária de pacientes ( )

Para determinar a quantidade média diária de pacientes assistidos de acordo com o grau de dependência da equipe de enfermagem ou do tipo de intervenção, é necessário classificar os pacientes quanto ao grau de dependência de enfermagem ou tipo de intervenção realizada. Nas unidades de internação de instituições hospitalares, essa variável pode ser identificada por meio da adoção de um sistema de classificação de pacientes (SCP).

Giovannetti (1979) conceituou o SCP como a identificação e a classificação de pacientes em grupos de cuidados ou categorias, e a quantificação dessas categorias como uma medida de esforços de enfermagem requeridos. Para Gaidzinski (1994), o SCP pode ser entendido como uma forma de determinar o grau de dependência de um paciente em relação à equipe de enfermagem, objetivando estabelecer o tempo despendido no cuidado direto e indireto, bem como o quantitativo de pessoal para atender às necessidades biopsicossociais e espirituais do paciente.

A literatura apresenta vários instrumentos de classificação que possibilitam evidenciar o grau de dependência do paciente em relação à enfermagem. Perroca (1996; 2000) construiu um instrumento de classificação de pacientes com base nas necessidades básicas preconizadas por Horta (1979). Dini (2013) propôs e validou um instrumento para classificação dos pacientes pediátricos, constituído por onze indicadores de demanda de enfermagem: atividade; intervalo de aferição de controles; oxigenação; terapêutica medicamentosa; alimentação e hidratação; eliminações; higiene corporal; integridade cutâneo-mucosa; mobilidade e deambulação; rede de apoio e suporte; e participação do acompanhante.

A Resolução Cofen no 293/2004 (Cofen, 2004) referendou a definição das categorias de cuidados do SCP de Fugulin et al.

(1994) como uma forma de classificar o grau de dependência do paciente em relação à assistência de enfermagem. O SCP de Fugulin et al. define cinco categorias de cuidado, de acordo com a complexidade assistencial dos pacientes:

•

Cuidados intensivos: pacientes graves e recuperáveis, com risco iminente de vida, sujeitos à instabilidade de funções vitais, que requeiram assistência de enfermagem e médica permanente e especializada

•

Cuidados semi-intensivos: pacientes recuperáveis, sem risco iminente de vida, sujeitos à instabilidade de funções vitais, que requeiram assistência de enfermagem e médica permanente e especializada

•

Cuidados de alta dependência: pacientes crônicos que requeiram avaliações médicas e de enfermagem. Estáveis sob o ponto de vista clínico; porém, com total dependência das ações de enfermagem quanto ao atendimento das necessidades humanas básicas

•

Cuidados intermediários: pacientes estáveis sob o ponto de vista clínico e de enfermagem que requeiram avaliações médicas e de enfermagem, com parcial dependência para o atendimento das necessidades humanas básicas

•

Cuidados mínimos: pacientes estáveis sob o ponto de vista clínico e de enfermagem que requeiram avaliações médicas e de enfermagem, mas fisicamente autossuficientes quanto ao atendimento das necessidades humanas básicas.

Para classificar os pacientes em cada uma dessas categorias, foi criado um instrumento que atribui pontos a cada nível de dependência em relação às áreas de cuidado estabelecidas, que são: estado mental, oxigenação, sinais vitais, motilidade, deambulação, alimentação, cuidado corporal, eliminação e terapêutica. Assim, o paciente é avaliado em relação a todas as áreas, na opção que melhor retrate a sua situação, sendo inserido na categoria correspondente à soma dos valores parciais obtidos, observando-se ainda a correlação entre a pontuação alcançada e a definição da categoria de cuidado correspondente (Fugulin, 2002; Fugulin et al., 2005).

Apesar da pontuação, determinadas alterações nas áreas “estado mental” e “oxigenação” são consideradas compulsórias para a classificação dos pacientes nas categorias de cuidado “alta dependência” e “intensivo”,

respectivamente. Isso significa que a existência de confusão mental ou qualquer outro tipo de alteração no comportamento que coloque em risco a segurança

$\overline{h}_j$

$\overline{h}_j$

do paciente e requeira sua vigilância constante determina a classificação do paciente na categoria de cuidados “alta dependência” de enfermagem. Da mesma maneira, a necessidade de ventilação mecânica estabelece a classificação do paciente na categoria de “cuidado intensivo”, com exceção daqueles considerados fora de possibilidades terapêuticas, internados para receber cuidados paliativos, que também são classificados na categoria “alta dependência” de enfermagem (Tsukamoto, 2010).

Embora tenha referendado o SCP de Fugulin et al. (1994), o Cofen não considerou a categoria de cuidados “alta dependência”, a qual contempla as necessidades dos pacientes crônicos que apresentam total dependência de enfermagem para o atendimento das necessidades humanas básicas, desconsiderando esse perfil de pacientes, frequentemente encontrado na maioria das instituições hospitalares brasileiras.

Em unidades de centro cirúrgico, os pacientes podem ser classificados de acordo com o porte da cirurgia a que são submetidos (I, II, III, IV), conforme estudo desenvolvido por Possari (2001).

Diante das dificuldades encontradas para operacionalizar os métodos de dimensionamento de pessoal de enfermagem em unidades onde há impossibilidade de utilização de instrumentos de classificação de pacientes, estudos realizados no cenário nacional identificaram as horas médias de assistência por meio da mensuração da frequência e do tempo médio despendido para a realização das intervenções de enfermagem em diversas áreas, tais como alojamento conjunto (Soares, 2009), emergência (Garcia, 2009), centro cirúrgico especializado em oncologia (Possari, 2011), central de quimioterapia (Souza, 2012), ambulatório de oncologia e hematologia (Martin, 2013), sala de recuperação pós-anestésica (Ricardo, 2013), unidade

básica de saúde (Bonfim, 2014), pediatria (Rogenski, 2014), centro de diagnóstico por imagem (Cruz, 2015), terapia intensiva pediátrica (Guimarães, 2015) e central de material e esterilização (Costa, 2015).

Esse mesmo procedimento pode ser utilizado para outras áreas de assistência de enfermagem com a finalidade de identificar a demanda dos pacientes e determinar a carga de trabalho decorrente de suas necessidades.

Os pacientes devem ser classificados de acordo com grau de dependência, porte da cirurgia, tipo de intervenções realizadas etc., por um período mínimo de 30 dias, uma vez ao dia, para se obter uma amostra que retrate o perfil dos pacientes atendidos (quantidade de pacientes segundo o tipo de intervenção ou grau de dependência da equipe de enfermagem). Entretanto, considerando que a representatividade da população estudada se baseia no pressuposto de que uma oferta constante gera uma demanda constante, recomenda-se, para a escolha do período de coleta de dados, que seja utilizado um "mês típico", ou seja, um mês em que a unidade não esteja exposta a qualquer tipo de ocorrência que possa influenciar a quantidade de pacientes assistidos ou o tipo e número de intervenções realizadas.

A quantidade de pacientes assistidos segundo o SCP ou o número de atendimentos por intervenção possibilita a identificação da média diária de pacientes internados de acordo com o nível de dependência da equipe de enfermagem ou a média diária de atendimentos por intervenção realizada.

Tempo médio diário de cuidado ( )

A maior dificuldade encontrada na operacionalização dos métodos de dimensionamento de pessoal de enfermagem está relacionada com a identificação do tempo médio despendido para o atendimento das necessidades assistenciais dos pacientes (

) em decorrência de um conjunto de fatores que intervêm na sua determinação. Esses fatores estão ligados à instituição, ao amparo legal, ao serviço de enfermagem e à clientela.

A Resolução Cofen no 293/04 indicou parâmetros para as horas mínimas de assistência para cada tipo de cuidado. Embora não tenha referendado a categoria de cuidados “alta dependência” de enfermagem, essa resolução recomendou que, para atender as necessidades assistenciais do paciente crônico, com idade superior a 60 anos, sem acompanhante, classificado nas categorias de “cuidado intermediário” ou “semi-intensivo”, seja acrescida meia hora de assistência ao tempo total preconizado para essas categorias de cuidado (Cofen, 2004).

Pesquisa realizada por Fugulin (2010) junto a sete instituições hospitalares públicas e privadas da cidade de São Paulo, com o objetivo de avaliar a aplicabilidade da Resolução Cofen, concluiu que preconizar horas médias de assistência possibilita atender as necessidades assistenciais dos pacientes por meio do processo de enfermagem e constitui importante referencial para o dimensionamento de profissionais de enfermagem nas instituições hospitalares.

Entretanto, o estudo considerou que o acréscimo de meia hora ao tempo de assistência recomendado para o atendimento das necessidades assistenciais dos pacientes crônicos pode não ser suficiente para assistir aqueles que apresentam total dependência de enfermagem para o atendimento das necessidades humanas básicas, cujas exigências não são supridas pela presença de um acompanhante (Fugulin, 2010).

Assim, para a categoria de cuidado “alta dependência” de enfermagem, não considerada pelo Cofen, recomenda-se o tempo médio de assistência de 12 horas, conforme identificado no estudo realizado por Lima et al. (2008) e Tsukamoto (2010).

A pesquisa realizada por Soares (2009) verificou que as horas médias de assistência de enfermagem necessárias para assistir o binômio mãe-filho em unidade de alojamento conjunto correspondeu a 5,8 horas. Em unidade de internação

pediátrica, a carga média de trabalho da equipe de enfermagem correspondeu a 5,8 horas, valor que apresenta correspondência em relação às horas de assistência de cuidados intermediários preconizadas pelo Cofen

(Rogenski, 2014). Investigação recente, realizada em unidade de terapia intensiva pediátrica, concluiu que as horas médias de assistência de enfermagem indicadas pelo Cofen também são suficientes para atender as necessidades dos pacientes pediátricos de cuidados intensivos (Guimarães, 2015).

No estudo desenvolvido por Possari (2001), as cirurgias foram classificadas quanto ao porte cirúrgico, de acordo com o tempo utilizado para sua realização (Quadro 10.1).

Quadro 10.1 Tempo de assistência por porte cirúrgico, em centro cirúrgico.

Distribuição percentual (%)

Tempo médio de assistência intraoperatória

Porte cirúrgico

(min)

Enfermeiro

Auxiliar/técnico de enfermagem

I

113

15

85

I

205,9

15

85

I I

328,6

15

85

IV

627,3

15

85

Fonte: adaptado de Possari, 2001.

Para a projeção do quadro de profissionais de enfermagem de novas unidades/serviços, parte-se do conhecimento da demanda e do perfil epidemiológico dos pacientes, bem como da proposta assistencial a ser implementada. Então, projeta-se a carga de trabalho da unidade/serviço com base na previsão da quantidade de pacientes, de acordo com suas necessidades assistenciais e o tipo de intervenções oferecidas, e na estimativa do tempo de assistência a ser dispensado.

Distribuição percentual dos profissionais de enfermagem (Pkj%)

A distribuição da carga média diária de trabalho da unidade entre as categorias da equipe de enfermagem varia de acordo com o significado atribuído à assistência de enfermagem e com a disponibilidade do mercado de trabalho.

O Cofen estabeleceu a distribuição percentual do total de profissionais de enfermagem de acordo com as categorias de cuidado do SCP, recomendando que ela deva “seguir o grupo de pacientes de maior prevalência” na unidade. Entretanto, verifica-se que os percentuais

preconizados pela Resolução no 293/04 estão distantes da realidade brasileira e são ainda um horizonte a ser alcançado.

Índice de segurança técnica

A determinação de um índice de segurança técnica (IST) consiste em um acréscimo no quantitativo de pessoal de enfermagem por categoria profissional, para a cobertura das ausências ao serviço. O IST merece atenção especial na área de enfermagem pelas implicações que a redução da equipe acarreta na quantidade e na qualidade da assistência prestada ao paciente, especialmente nas unidades que funcionam ininterruptamente.

Gaidzinski (1998) entende como ausências previstas os dias relativos às folgas (descanso semanal remunerado e feriados) e às férias. Como ausências não previstas eles consideram os dias referentes às faltas e às licenças. O IST tem sido utilizado a fim de designar os percentuais para a cobertura de todos esses tipos de ausências.

A Resolução Cofen no 293/2004, que já considera a cobertura das folgas por descanso semanal remunerado na equação utilizada para dimensionar a equipe de enfermagem, estabeleceu que, ao quantitativo de profissionais necessários para a prestação da assistência de enfermagem, deverá ser acrescido um IST não inferior a 15%, dos quais 8,33% destinam-se à cobertura de férias, e 6,67%, à cobertura da taxa de absenteísmo, ou seja, das ausências não previstas (Cofen, 2004).

A Resolução Cofen considera ainda que:

Art. 8o – O responsável técnico de enfermagem deve dispor de 3 a 5% do quadro geral de profissionais para a cobertura de situações relacionadas à rotatividade de pessoal e à participação de programas de educação continuada.

Art. 9o – O quadro de profissionais de enfermagem da unidade de internação composto por 60% ou mais de pessoas com idade superior a 50 (cinquenta) anos deve ser acrescido de 10% ao IST.

Os percentuais referentes a cada tipo de ausência podem ser calculados a partir das equações propostas por Gaidzinski (1998).

Ausências previstas por folga semanal (E%)

$$E\% = \frac{e}{d - e} \cdot 100$$

$$F\% = \frac{f}{D - f} \cdot 100$$

$$V_k\% = \frac{v_k}{D - v_k} \cdot 100$$

$$A_k\% = \left(\frac{\sum_i a_{k,i}}{D - \sum_i a_{k,i}} \right) \cdot 100$$

As cargas de trabalho semanal mais frequentemente adotadas nas instituições de saúde do país são o sistema de 36 horas de trabalho por semana, com uma folga semanal, e o sistema de 30 horas de trabalho por semana, com duas folgas semanais.

O valor percentual do acréscimo de pessoal devido à variável “folgas semanais por trabalhador” (*E%*) pode ser calculado pela equação:

E%: percentual de folgas; *e*: número de dias de folga, por semana, dos trabalhadores da enfermagem; *d*: número de dias trabalhados na unidade.

Ausências previstas por feriado (F%)

Nos serviços ininterruptos de enfermagem, os profissionais têm direito a tantos dias de folga quantos forem os feriados não coincidentes com os domingos. O número de folgas varia de acordo com o ano, em função da quantidade dos feriados não coincidentes com o domingo.

Dessa maneira, calculam-se os valores percentuais limites dos acréscimos devidos aos dias de feriados (*F%*) pela aplicação da equação:

F%: percentual de dias de feriados; *f:* dias de feriados no ano; *D*: dias do ano (365).

Ausências previstas por férias (Vk%)

O valor máximo para férias de qualquer categoria profissional, conforme a legislação, é de 30 dias/ano por trabalhador. No entanto, para a avaliação de uma unidade já em funcionamento, recomenda-se que os valores de *Vk%* sejam determinados por meio de um levantamento direto do número médio de dias de férias gozadas durante o ano, por cada categoria profissional que compõe o quadro de pessoal de enfermagem da unidade, utilizando a seguinte equação: *Vk%* = percentual de férias segundo a categoria profissional (*k*) (enfermeiro, técnico/auxiliar); *vk*: média de dias de férias da categoria profissional (*k*); *D*: dias do ano (365).

Ausências não previstas (Ak%)

A variável “ausência não prevista” é resultante da soma de uma série de tipos de ausência, como: faltas abonadas e não abonadas, licença médica, licença-maternidade, licença-prêmio, licença por acidente de trabalho e outras (casamento, luto, paternidade etc.), cujos valores diferem de uma categoria profissional para outra.

Todos esses tipos de ausência comportam-se como variáveis aleatórias, pois podem ocorrer em qualquer dia do ano. Para efeito de avaliação das condições de uma unidade, o serviço de enfermagem poderá levantar o quantitativo dessas ausências por profissional, usando os registros da instituição durante o período de um ou mais anos.

Como a ausência não prevista é composta pela soma das diversas situações relatadas anteriormente, pode-se representá-la com a seguinte equação:

$$\sum_i a_{k,i}$$

$$IST_k\% = \left\{ \left[\left(1 + \frac{E\%}{100} \right) \cdot \left(1 + \frac{F\%}{100} \right) \cdot \left(1 + \frac{V_k\%}{100} \right) \cdot \left(1 + \frac{A_k\%}{100} \right) \right] - 1 \right\} \cdot 100$$

$$Q = \sum_k \frac{\left[\sum_j \left(\overline{n}_j \cdot \overline{h}_j \right) \right] \cdot \frac{P_{kj}}{100}}{t_k \cdot p_k} \cdot \left[\left(1 + \frac{E\%}{100} \right) \cdot \left(1 + \frac{F\%}{100} \right) \cdot \left(1 + \frac{V_k\%}{100} \right) \cdot \left(1 + \frac{A_k\%}{100} \right) \right]$$

Ak%: percentual de ausências não previstas segundo a categoria profissional (*k*) (enfermeiro, técnico/auxiliar de enfermagem);

: somatória dos dias médios de ausências não previstas, segundo os tipos de ausências (*i*) (faltas e licenças) por categoria profissional (*k*) (enfermeiro, técnico/auxiliar de enfermagem); *D*: dias do ano (365).

Quando as ausências referentes às licenças-maternidade e médicas forem repostas pela instituição, com contratação temporária de pessoal para cobertura dos dias de afastamento, não deverão ser computadas no cálculo das ausências não previstas.

Sugere-se, para fins de avaliação ou projeto de uma nova unidade, adotar os seguintes valores para a determinação do IST:

•

Folgas semanais remuneradas: 17% para o sistema de 36 horas de trabalho por semana, com uma folga semanal, e 40%

para os sistemas de 30 e 40 horas de trabalho por semana, com duas folgas

•

Folgas por feriados não coincidentes com o domingo: 3,6%

•

Férias: 9% para 30 dias de férias

•

Faltas e licenças: 3% para 10 dias de ausência, por trabalhador, durante o ano

•

Treinamento e desenvolvimento: 1,5%.

Diante dos resultados referentes às ausências previstas e não previstas, calcula-se o IST para o acréscimo de pessoal de enfermagem, conforme demonstrado a seguir:

Tempo efetivo de trabalho (tk · pk)

A identificação da variável "tempo efetivo de trabalho" considera o tempo diário de trabalho da equipe de enfermagem, determinado pela instituição. No entanto, de acordo com Gaidzinski (1998), desde os primeiros estudos sobre o trabalho, constata-se que os trabalhadores não são igualmente produtivos em todo o tempo do turno de trabalho, pois realizam uma série de atividades não diretamente relacionadas com as suas tarefas profissionais, como: necessidades fisiológicas, períodos de descanso, trocas de informações não ligadas ao trabalho, deslocamentos desnecessários, comemorações e outras. Desse modo, a autora sugere que sejam consideradas as perdas de produtividade dos trabalhadores de enfermagem mediante a redução das horas disponíveis do trabalhador em seus turnos de trabalho, quando nas horas médias adotadas para o dimensionamento de profissionais de enfermagem não estiver incluída essa variável, de maneira que o tempo efetivo de trabalho seja assim mensurado:

$tefetivo = tk \cdot pk$

tk: jornada de trabalho da categoria profissional (*k*); *pk*: proporção do tempo produtivo da categoria profissional (*k*).

Para a determinação do tempo produtivo, pode-se optar pelo percentual de 85% ($p = 0{,}85$) da jornada diária de trabalho, avaliado como excelente por

Biseng (1996) e por Ide et al. (1992). Estudo realizado por O'Brien-Pallas et al. (2004) também recomenda que os níveis de produtividade da equipe de enfermagem devem ser mantidos em 85%, com variações de 5%.

Níveis acima de 90% podem representar elevação de custos e queda na qualidade da assistência ao paciente e nos resultados de enfermagem; e abaixo de 80% indicam maior probabilidade de satisfação dos profissionais e redução do absenteísmo.

Aplicação da equação para dimensionar o pessoal de enfermagem

Diante do levantamento das variáveis descritas, pode-se, finalmente, calcular o dimensionamento do pessoal de enfermagem, substituindo os valores na seguinte equação:

$\sum_{k} =$

$\sum_{j} =$

$\overline{n_j}$

$\overline{h_j}$

Q: quantidade total de pessoal de enfermagem;

: somatória do quantitativo de pessoal de cada categoria

profissional (*k*);

: somatória da carga média diária de trabalho referente a cada categoria de cuidado do SCP; *j* :

quantidade média diária de usuários/clientes assistidos, segundo o grau de dependência ou o tipo de atendimento; *j* :

tempo médio diário de cuidado, segundo o grau de dependência ou o tipo de atendimento; *j*: qualquer grau de dependência ou tipo de atendimento;

Pkj: percentual da carga de trabalho atribuída à categoria profissional (*k*), de acordo com o tipo de cuidado prevalente (*j*); *tk*: jornada de trabalho da categoria profissional (*k*); *pk*: proporção do tempo produtivo da categoria profissional (*k*); *E%*: percentual de ausência por folga semanal; *F%*: percentual de ausência por dias de feriados no ano; *Vk%*: percentual de ausência por férias anuais da categoria profissional (*k*); *Ak%:* percentual de ausência não prevista da categoria profissional (*k*).

A partir dos resultados qualitativos e quantitativos obtidos, caberá aos enfermeiros, que vivenciam o dia a dia da assistência de enfermagem, a decisão de distribuir o pessoal nos diferentes turnos, de acordo com a dinâmica da unidade. Para tanto, eles devem avaliar se o quadro de enfermagem obtido com a aplicação do método exposto é qualitativa e quantitativamente suficiente para prestar a assistência no padrão pretendido.

Os modelos de dimensionamento de pessoal de enfermagem propostos evidenciam a necessidade de lançar mão dos recursos da informática, com o desenvolvimento de um programa computacional que disponibilize informações quanti-qualitativas eficazes para um adequado planejamento do quadro de profissionais, agilizando o processo de tomada de decisão com economia de custos, tempo e energia.

Considerações finais

As instituições de saúde estão constantemente incorporando novas tecnologias e novos métodos terapêuticos, o que incide na elevação do custo hospitalar. A necessidade de contenção de gastos, no entanto, tem colocado em evidência o quantitativo de pessoal de enfermagem, que representa, em geral, o maior contingente de pessoal dessas organizações.

A redução de despesas por meio da diminuição numérica e qualitativa de pessoal de enfermagem colabora para a instalação de conflitos que se estabelecem entre o custo e o benefício, entre o pessoal e o institucional, entre o capital e o trabalho, entre o técnico e o ético. Assim, torna-se necessário que os enfermeiros ética, técnica e politicamente capacitados explicitem as reais condições da assistência prestada, utilizando métodos de

dimensionamento de pessoal adequados, que possibilitem fundamentar a argumentação e as justificativas de suas propostas referentes ao quadro de pessoal. Dessa maneira, os responsáveis pela aprovação desse quadro de pessoal estarão cientes da responsabilidade que estão assumindo frente aos riscos a que os usuários/clientes estão expostos devido à ausência de recursos necessários à prestação de uma assistência segura e humanizada.

Referências bibliográficas

Biseng W. Administração financeira em engenharia clínica. São Paulo; 1996. Workshop.

Bonfim D. Planejamento da força de trabalho na estratégia de saúde da família: indicadores de carga de trabalho [tese]. São Paulo: USP; 2014.

Conselho Federal de Enfermagem (Cofen). Resolução no 293/04. Fixa e estabelece parâmetros para dimensionamento do quadro de profissionais de enfermagem nas instituições de saúde. In: Conselho Regional de Enfermagem; 2004. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-2932004_4329.html.

Costa JA. Método para aferição da carga de trabalho dos profissionais de enfermagem em centro de material e esterilização (CME) [tese].

São Paulo: USP; 2015.

Cruz CMC. Carga de trabalho de profissionais de enfermagem em centro de diagnóstico por imagem [tese]. São Paulo: USP; 2015.

Dini AP. Validação do instrumento de classificação de pacientes pediátricos [tese]. Campinas: Unicamp; 2013.

Fugulin FMT. Dimensionamento de pessoal de enfermagem: avaliação do quadro de pessoal de enfermagem das unidades de internação de um hospital de ensino [tese]. São Paulo: USP; 2002.

Fugulin FMT. Parâmetros oficiais para o dimensionamento de profissionais de enfermagem em instituições hospitalares: análise da resolução Cofen no

293/2004 [tese de Livre-docência]. São Paulo: USP; 2010.

Fugulin FMT, Gaidzinski RR, Kurcgant P. Sistema de classificação de pacientes: identificação do perfil assistencial dos pacientes das unidades de internação do HU-USP. Rev Lat-Am Enferm. 2005; 13(1):72-8.

Fugulin FMT, Silva SHS, Shimizu HE et al. Implantação do sistema de classificação de pacientes na unidade de clínica médica do hospital universitário da USP. Rev Med HU-USP. 1994; 4(1/2):63-8.

Gaidzinski RR. Dimensionamento de pessoal de enfermagem em instituições hospitalares [tese]. São Paulo: USP; 1998.

Gaidzinski RR. O dimensionamento do pessoal de enfermagem segundo a percepção de enfermeiras que vivenciam esta prática [tese]. São Paulo: USP; 1994.

Garcia EA. Distribuição do tempo de trabalho das enfermeiras em unidade de emergência [dissertação]. São Paulo: USP; 2009.

Giovannetti P. Understanding patient classification systems. J Nurs Adm. 1979; 9(2):4-9.

Guimarães CP. Tempo médio de assistência de enfermagem em unidade de terapia intensiva pediátrica [dissertação]. São Paulo: USP; 2015.

Horta WA. Processo de enfermagem. São Paulo: EPU; 1979.

Ide P, Kirby KK, Stark MS. Operating room productivity. An evaluation format. J Nurs Adm. 1992; 22(10):41-8.

Kurcgant P, Cunha K, Gaidzinski RR. Subsídios para a estimativa de pessoal de enfermagem. Enfoque. 1989; 17(3):79-81.

Lima KF, Tsukamoto R, Fugulin FTM. Aplicação do Nursing Activities Score (NAS) em pacientes de alta dependência de enfermagem.

Texto Contexto Enferm. 2008; 17(4):638-46.

Martin LGR. Dimensionamento de profissionais de enfermagem em ambulatório de oncologia e hematologia [dissertação]. São Paulo: USP; 2013.

O'Brien-Pallas L, Thomson D, Hall LM et al. Evidence-based standards for measuring nurse staffing and performance. Ottawa: Canadian Health Services Research Foundation; 2004.

Perroca MG. Instrumento de classificação de pacientes de Perroca: validação clínica [tese]. São Paulo: USP; 2000.

Perroca MG. Sistema de classificação de pacientes: construção e validação de um instrumento [dissertação]. São Paulo: USP; 1996.

Possari JF. Dimensionamento de profissionais de enfermagem em centro cirúrgico especializado em oncologia: análise dos indicadores intervenientes [tese]. São Paulo: USP; 2011.

Possari JF. Dimensionamento de pessoal de enfermagem em centro cirúrgico no período transoperatório: estudo das horas de assistência segundo o porte cirúrgico [tese]. São Paulo: USP; 2001.

Ricardo CM. Tempo das intervenções e atividades de enfermagem na sala de recuperação pós-anestésica: subsídio para determinação da carga de trabalho [dissertação]. São Paulo: USP; 2013.

Rogenski KE. Carga de trabalho de enfermagem em unidade de pediatria [tese]. São Paulo: USP; 2014.

Soares AVN. Carga de trabalho de enfermagem no sistema de alojamento conjunto [tese]. São Paulo: USP; 2009.

Souza CA. Mensuração da carga de trabalho de enfermeiros em central de quimioterapia [dissertação]. São José do Rio Preto, SP: Famerp; 2012.

Tsukamoto R. Tempo médio de cuidado ao paciente de alta dependência de enfermagem segundo o Nursing Activities Score (NAS)

[dissertação]. São Paulo: USP; 2010.

11 Educação Continuada | Recrutamento e Seleção, Treinamento e Desenvolvimento e Avaliação de Desempenho Profissional

Vera Lúcia Mira

Maria Madalena Januário Leite

Cláudia Prado

Introdução

Atualmente, para a maioria das organizações, é inquestionável a necessidade de capacitar seus profissionais por meio de uma educação reflexiva e participativa. Tempos atrás, no entanto, não era possível fazer essa afirmação, pois as organizações limitavam-se às práticas simplistas de admitir e demitir pessoas a fim de reduzir erros operacionais e baixar custos.

A mudança no enfoque do desenvolvimento profissional foi impulsionada, principalmente, por pressões sociais, como a elevação da escolaridade, o crescente aumento do nível de informação das pessoas e as inovações tecnológicas, além da motivação e da expectativa dos indivíduos na participação das decisões, nos resultados e no futuro da empresa. Isso

tornou imperativa a flexibilização da estrutura organizacional, na perspectiva de preparar seus trabalhadores para enfrentar as mudanças.

Eboli (1997) acrescenta a esse panorama o “resgate do sujeito” como condição necessária para a modernidade, situando-o no centro das dimensões organizacionais e valorizando o ser humano e suas manifestações de desejo. A essa condição incluem-se a iniciativa e a responsabilidade individuais, o estímulo à participação das pessoas nos processos da organização, o favorecimento do alcance de objetivos pessoais, o autodesenvolvimento e a preocupação com a avaliação de resultados, tanto da organização como das pessoas.

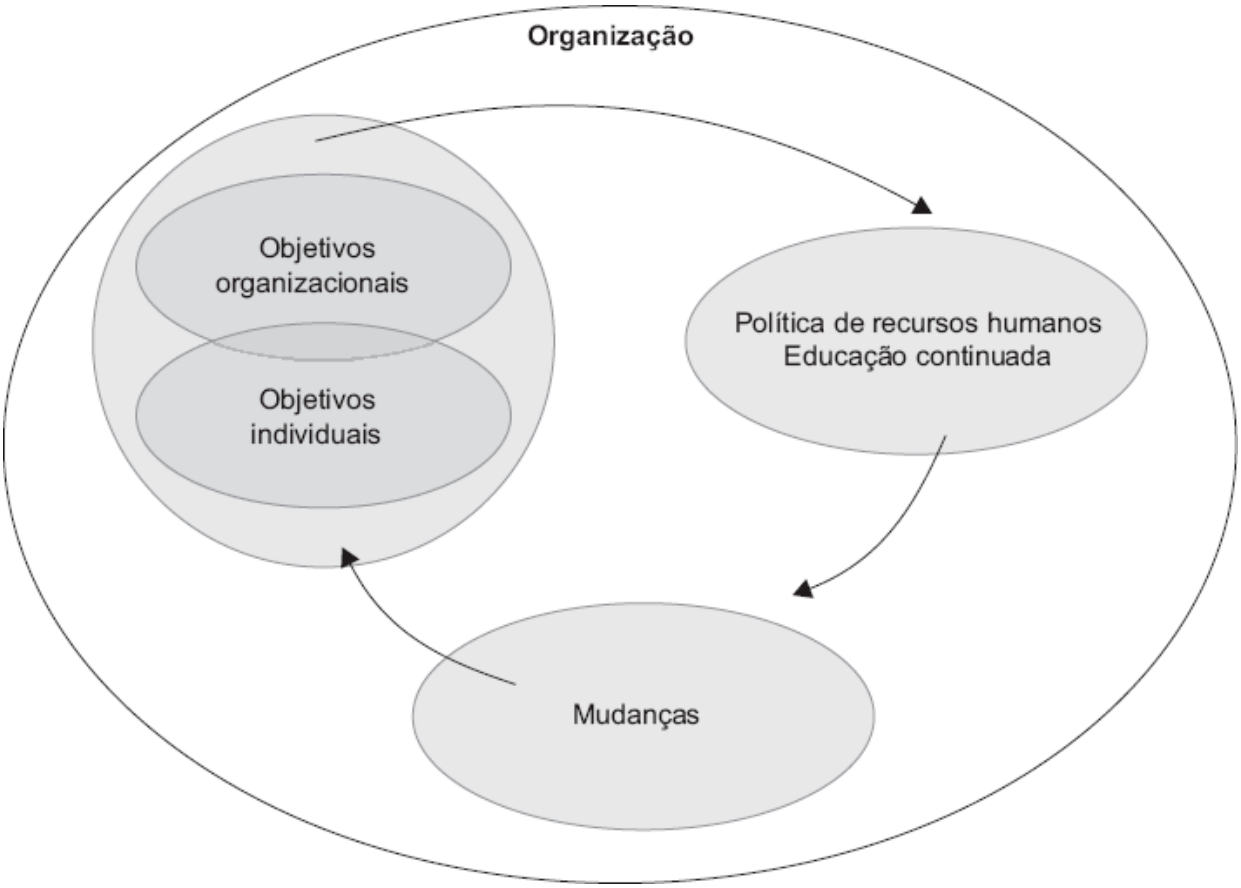
Isso significa que o homem pode ser considerado como um agente facilitador ou impeditivo para o alcance dos objetivos organizacionais. Como destaca Pereira Garcia (1999), é unânime, entre aqueles que buscam a excelência, que “a base do trabalho está no homem”, porque é ele que produz os recursos materiais e os métodos de trabalho, os quais ficam, portanto, subordinados ao seu desempenho. Assim, é essencial promover o ajuste entre os objetivos e as expectativas da empresa com os dos indivíduos.

As organizações investem no desenvolvimento dos profissionais para um desempenho adequado da função, o que facilita o alcance dos objetivos e resultados pretendidos. Por outro lado, os objetivos pessoais são alcançados em parte, pois o aumento da qualificação implica maior competitividade profissional no mercado, além de proporcionar ao indivíduo maior satisfação no trabalho, uma vez que ele percebe sua contribuição nos resultados obtidos (Gonçalves, 1998).

Em síntese, como afirmam Abbad e Borges-Andrade (2004), atualmente é muito grande a importância dada a aquisição, manutenção e transferência do conhecimento como estratégia organizacional e como instrumento de empregabilidade individual.

Como ilustra a Figura 11.1, é essencial que a modernização das formas de trabalho esteja sintonizada com uma política integrada dos recursos

humanos (RH), buscando mecanismos apropriados para diagnóstico, desenvolvimento e avaliação de



desempenho individual e grupal.

Nessa perspectiva, compreende-se a educação continuada (EC) como um processo que impulsiona a transformação da organização, criando oportunidades de capacitação e de desenvolvimento pessoal e profissional dentro de uma visão crítica e responsável da realidade, o que resulta na construção de conhecimentos importantes para a organização, a profissão e a sociedade.

Figura 11.1 Política de recursos humanos na dimensão da organização.

Apreende-se daí que é papel da EC apoiar os processos de mudança, adotando uma gestão de pessoal que considere o homem como centro da organização. Nessa proposta, o profissional assume uma posição estratégica

nas instituições de saúde e adota uma gestão participativa com flexibilização das relações de poder, compartilhando planos e decisões e sensibilizando as pessoas quanto à responsabilidade pelo autodesenvolvimento, pela disseminação do conhecimento e pelo aprendizado na vivência de novos valores.

A EC tem, portanto, a finalidade precípua de promover o crescimento pessoal e profissional, sendo as demais atribuições compreendidas como meios para alcançar os objetivos específicos, tais como:

-

Participar dos processos de mudança da organização, compreendendo o processo de trabalho

-

Incentivar as pessoas ao autodesenvolvimento

-

Analisar e desenvolver competências individuais e coletivas

-

Capacitar pedagogicamente os enfermeiros para difusão e socialização do conhecimento

-

Coordenar o processo de recrutamento e seleção

-

Coordenar programas de treinamento e desenvolvimento

-

Coordenar o processo de avaliação e de desempenho profissional

•

Avaliar os processos de EC tendo como referência objetivos e metas estabelecidos

•

Analisar e documentar os processos de EC visando subsidiar a tomada de decisão em enfermagem.

Para viabilizar os objetivos e concretizar as atribuições, os profissionais envolvidos com a EC devem manter-se integrados aos ambientes interno e externo e às políticas vigentes em ambos, preocupando-se em desenvolver suas próprias competências, capacitando-se e atualizando-se com propostas pedagógicas, a fim de implementar novas tecnologias de ensino.

Além disso, é essencial a integração entre os enfermeiros das unidades e os enfermeiros da EC, além do claro estabelecimento dos papéis dos diferentes agentes e a compreensão das lógicas da estrutura de poder e do sistema de

informação e comunicação, a fim de obter consonância com as características e necessidades dos usuários internos e externos à instituição. A não observância desses aspectos tem causado conflitos e insatisfação entre os enfermeiros da EC e os das unidades, levando a decisões inadequadas e, consequentemente, ineficiência e ineficácia do processo educacional.

A EC é constituída de diversos processos referentes ao gerenciamento de RH. Neste capítulo, serão discutidos os processos de recrutamento e seleção, treinamento e desenvolvimento (T&D) e avaliação de desempenho profissional.

Recrutamento e seleção de pessoal de enfermagem

Historicamente, os processos de recrutamento e seleção de pessoal nas organizações mostram supervalorização do suprimento das necessidades da

instituição. Assim, consistem em processos mecânicos que visam apenas captar a melhor mão de obra disponível no mercado, sem a preocupação com o humano, o que caracteriza uma abordagem tecnicista e burocrática.

Em uma era de constantes mudanças e imprevisibilidade, o recrutamento e a seleção de pessoal não podem mais ser concebidos como processos de escolha da pessoa certa para o lugar certo. Na atualidade, devem ser enxergados como um processo complexo, atrelado a propostas, políticas e objetivos organizacionais, ao mercado de trabalho, à situação social, política e econômica vigente, e às necessidades individuais.

Para Covey (2002), o grande desafio das empresas de hoje é atrair e reter pessoas talentosas, que detenham conhecimento e agreguem valores com suas potencialidades, habilidades e saberes. Para o autor, as empresas devem proporcionar condições para que as pessoas expressem seus talentos, articulando as necessidades próprias e das pessoas.

O ponto-chave do processo de recrutamento e seleção é construir um relacionamento em que ambas as partes sintam-se compreendidas e atendidas em suas necessidades econômicas, sociais e psicológicas, identificando oportunidades de mútua contribuição e fazendo uma diferença real para a organização e para o indivíduo. O problema é que esta não tem sido a abordagem nas instituições de saúde; ela ainda é centrada exclusivamente no enfoque das necessidades da empresa, desconsiderando os indivíduos. As organizações buscam encontrar as pessoas com o máximo de talentos, sem considerar, no entanto, suas necessidades e expectativas, e negligenciando o desenvolvimento dos potenciais que inicialmente foram tão exigidos.

Vários autores, ao analisarem o contexto institucional e a gênese das políticas de RH, conferem importância ímpar ao processo de recrutamento e seleção de pessoal como uma ferramenta de manutenção ou mudança da cultura organizacional, na medida em que atrai seletivamente as pessoas com perfis compatíveis com a transformação ou com o reforço dos pressupostos e valores organizacionais (Chiavenato, 1999a; Lucena, 1991; Lodi, 1992).

Lodi (1992) chama a atenção para a importância social do processo, considerando essencial direcionar os recursos humanos (pessoas empregadas) para posições em que farão o melhor uso de seus talentos; caso contrário, as pessoas serão incentivadas a se empregarem em lugares onde se sentirão frustradas, desencorajadas e insatisfeitas, o que contribuirá para a desorganização social.

Na realidade hospitalar, sob o ponto de vista da gestão de RH, são poucos os hospitais que mantêm uma política de pessoal desalienadora, voltada para o desenvolvimento das potencialidades dos indivíduos e que contemple de maneira integrada a captação e a retenção de pessoal. Em sua maioria, eles não estão preocupados em estabelecer uma política efetiva de valorização dos recursos humanos internos, acreditando, ainda, que o pessoal pode ser substituído facilmente e supervalorizando a tecnologia para melhoria da qualidade da assistência.

Na enfermagem, o processo seletivo é reflexo da política vigente nos hospitais; portanto, ele é conduzido com a simplicidade de apenas preencher os cargos existentes na instituição de saúde e voltado exclusivamente para a atuação em procedimentos burocráticos e discriminatórios, decorrentes do vínculo empregatício (Pereira e Leite, 1991).

No entanto, para Peres (1995), o recrutamento e a seleção em enfermagem são percebidos como um processo complexo, determinado pelas relações entre homem, organização e sociedade. Portanto, são um fenômeno dinâmico que se concretiza nas relações interpessoais, podendo ser analisado com base nas constantes mudanças de cenários do mundo moderno, em que o homem adquire experiências e redefine seus esquemas de ação em constante construção do conhecimento.

Nessa perspectiva, o diagnóstico situacional do processo seletivo deve estar fundamentado nas necessidades do homem, da organização e da sociedade, caracterizadas pelos múltiplos determinantes que atuam como facilitadores ou dificultadores.

Os fatores determinantes são: as políticas social, econômica, cultural, educacional, trabalhista e de saúde vigentes no país; a cultura, os pressupostos e os objetivos organizacionais; as peculiaridades da profissão; e as características pessoais e profissionais do pessoal de enfermagem.

A etapa inicial do processo seletivo é a construção do perfil profissional com base em tal diagnóstico, considerando objetivos, perspectivas e pontos críticos da área, além do relacionamento interpessoal, das características e expectativas do grupo e do modelo gerencial.

O perfil profissional é um conjunto constituído pelas atribuições profissionais, pelas competências indispensáveis e também pelas desejáveis para o desempenho da função ou cargo, representando claramente as exigências pessoais e

$$\text{IRS} = \frac{\text{Nº de admissões no período} \times 100}{\text{Nº de desligamentos no período}}$$

profissionais. Considerando que as competências para os cargos sofrem mudanças, o perfil deve ser constantemente ajustado às necessidades do trabalho e do indivíduo.

Para que a organização selecione profissionais que correspondam ao perfil estabelecido, visando ao alcance dos resultados esperados e à integração ao grupo de trabalho, devem ser elaborados critérios de seleção. Esses critérios têm por finalidade propiciar a comparação entre o perfil estabelecido e o perfil do candidato, identificando as competências indispensáveis (sem as quais não seria possível contratar o profissional) e as competências desejáveis (que, mesmo não estando presentes, poderão ser desenvolvidas posteriormente).

Os critérios devem ser flexíveis e compatíveis com o mercado de trabalho. Assim, quando a oferta de candidatos for grande, os critérios poderão ser mais rigorosos; em contrapartida, quando a oferta for baixa, esse rigor poderá fazer com que um cargo permaneça vago por longo tempo. Assim,

os critérios devem ser adequados ao mercado e às possibilidades de capacitação e desenvolvimento da instituição e do indivíduo.

Peres (1995), em estudo sobre o processo seletivo de enfermeiros, visando à adequação dos profissionais às características e aos pressupostos organizacionais, verificou que, nos critérios seletivos do pessoal de enfermagem, as competências pessoais, como atributos psicológicos e atitudinais dos candidatos, predominavam em relação ao conhecimento técnico específico.

Assim, a capacitação técnico-específica era prescindível na aprovação do candidato, pelo fato de o mesmo ter a possibilidade de suprir suas deficiências com treinamentos.

O estabelecimento de critérios seletivos remete à reflexão sobre o caráter discriminatório inerente ao processo de recrutamento e seleção de pessoal, por se tratar de julgamento e avaliação de candidatos. Entretanto, a construção dos mesmos deve contemplar os aspectos éticos e legais, assegurando a justiça do processo.

Os critérios devem fundamentar a escolha de técnicas de seleção para proporcionar o levantamento de informações específicas sobre os candidatos, com o objetivo de medir e avaliar a capacidade técnica e as competências pessoais. Assim, técnicas como análise de currículo, prova situacional, prova teste, prova prática, prova dissertativa, entrevista, testes de personalidade, testes psicométricos, técnicas de simulação, dinâmica de grupo, entre outras, são adotadas nos processos seletivos. Há ainda a adoção de métodos menos convencionais e polêmicos, como grafologia, mapa astral e numerologia, que ainda não tiveram sua eficácia comprovada cientificamente.

Cada técnica apresenta vantagens e desvantagens. Além da observância aos critérios, é indispensável uma análise de custo-benefício; afinal, quanto maior o número de técnicas de seleção aplicadas, maior a oportunidade de informações para análise, embora também seja maior o custo operacional e o tempo despendido na realização do processo.

A avaliação do processo seletivo, tanto quantitativa quanto qualitativa, não tem sido realizada sistematicamente nas organizações de saúde. O que se apreende é que o processo tem sido desgastante e estressante para a empresa e para os candidatos, diminuindo sua eficiência e eficácia.

Uma forma de avaliar o processo é o índice de rotatividade de seleção (IRS), que representa a relação entre o número de admissões e o de desligamentos de profissionais de determinado processo seletivo em dado período. A avaliação deve ser estabelecida para curto e médio prazo, de acordo com os ambientes interno e externo à instituição, pois geram diferentes significados.

Essa relação expressa um parâmetro relevante para a análise do processo. Um alto IRS a curto prazo sugere problemas de adaptação dos recém-admitidos à organização, que podem ser decorrentes da inadequação do perfil estabelecido ou dos critérios e/ou técnicas seletivas adotadas. Um alto IRS em médio prazo pode traduzir, por exemplo, problemas na EC ou desequilíbrio em relação ao mercado na dimensão oferta e procura.

Diante disso, enfermeiros que trabalham nessa área, ao analisarem o recrutamento e a seleção de pessoal, revelam que o processo representa um grande desgaste para os profissionais em decorrência das políticas de RH adotadas e das condições de trabalho inadequadas (Silva et al., 1989; Peres, 1995; Pereira e Leite, 1991).

Essas autoras constataram que a participação do enfermeiro no processo de recrutamento e seleção de pessoal de enfermagem é restrita, e que grande parte da responsabilidade cabe ao departamento de pessoal, o qual desconhece as reais necessidades da enfermagem. Entretanto, julgam ser fundamental a participação do enfermeiro, principalmente, no estabelecimento de critérios seletivos e na tomada de decisão dos candidatos que devem ser admitidos. Para tanto, eles devem ter consciência da importância do papel que desempenham como responsáveis pelo processo de recrutamento e seleção em enfermagem, como agentes propulsores de mudanças na cultura das organizações de saúde, não referendando apenas valores, crenças e pressupostos organizacionais.

Nesse contexto, é importante considerar que o processo seletivo não pode ser um fim, mas sim a porta de entrada dos recursos humanos e, desse modo, um meio para alimentar outros processos gerenciais, como liderança, supervisão,

treinamento e desenvolvimento e avaliação de desempenho, imprescindíveis à gestão de pessoal e às propostas de mudança, que integram as políticas de RH.

Treinamento e desenvolvimento

Enquanto o treinamento constitui ação sistematizada de capacitação e adaptação do indivíduo em uma situação profissional específica, realizado a curto prazo, o desenvolvimento propõe ações voltadas para o aperfeiçoamento e crescimento pessoal e profissional do indivíduo, sendo realizado em médio e longo prazos (Carvalho, 1999). Assim, o treinamento busca como resultado o aumento do conhecimento teórico e prático, que capacita o indivíduo para a realização eficiente de seu trabalho. O

desenvolvimento vai além da eficiência no trabalho e pressupõe a ampliação das competências profissionais e pessoais que instrumentalizam o indivíduo para a transformação da realidade.

Os programas de treinamento e desenvolvimento (T&D) devem ser fundamentados na compreensão das necessidades e competências a serem alcançadas, na adequada aplicação de métodos disponíveis e na conscientização e manutenção do interesse dos treinandos pelo aprendizado. Se não houver uma política de valorização do capital humano, integrando aprendizagem, conhecimento e competências, não haverá programa de T&D que consiga estimular as pessoas para o autodesenvolvimento.

Desse modo, capital humano pode ser entendido, em seu sentido mais amplo, como o conhecimento, as habilidades, a capacidade autorreflexiva e empreendedora, e a criatividade dos profissionais na busca de novas fontes de conhecimento (Spender, 2001).

Com frequência, alguns programas não têm bons resultados devido a, entre outros motivos: desinteresse dos envolvidos, especialmente dos próprios treinandos; falta de objetivos ou objetivos não factíveis ou inadequados; falta de disponibilidade das pessoas; e alto custo. Assim, esses programas são caracterizados como não pertinentes às políticas e aos valores das pessoas e da organização.

Diante disso, refletindo sobre o cenário atual na era da informação e considerando a presença e a importância do homem nas organizações, a política de RH deverá, obrigatoriamente, privilegiar programas que busquem a modernização dos processos de trabalho.

Para desenvolver programas de T&D que tenham os resultados esperados, deverá ser realizado um *planejamento* com metas congruentes às políticas da organização, construídas de modo participativo e integrando mentores e executores dos programas aos treinandos.

A Figura 11.2 mostra as fases do planejamento de T&D.

Como destaca Milioni (2001), o gestor de RH – nesse caso, o enfermeiro de EC – deve proceder ao *diagnóstico*, definindo os problemas tratáveis ou não pelo treinamento, isto é, se as necessidades identificadas se configuram como problemas passíveis de solução por meio de ações de T&D e desenvolvimento de pessoal. Portanto, o *levantamento de necessidades* deve ser apreciado em um contexto maior, com análise das relações de causa e efeito entre as disfunções evidenciadas e os problemas de competências das pessoas, identificando os motivos/causas desses problemas e se a falta de conhecimentos é decorrente do despreparo ou de outros fatores relacionados com o trabalho (Milioni, 1999).

É preciso proceder, então, à *avalição das necessidades de treinamento* (ANT), traduzindo-as em ações práticas do cotidiano do trabalho e analisando as condições do ambiente que dão suporte à aprendizagem. Ferreira e Abbad (2014) definem ANT “como o processo sistemático de coleta, análise e interpretação de dados ligados a discrepâncias de competências nos níveis organizacional e individual de tarefas destinadas a desenho, planejamento, execução e avaliação de cursos”.

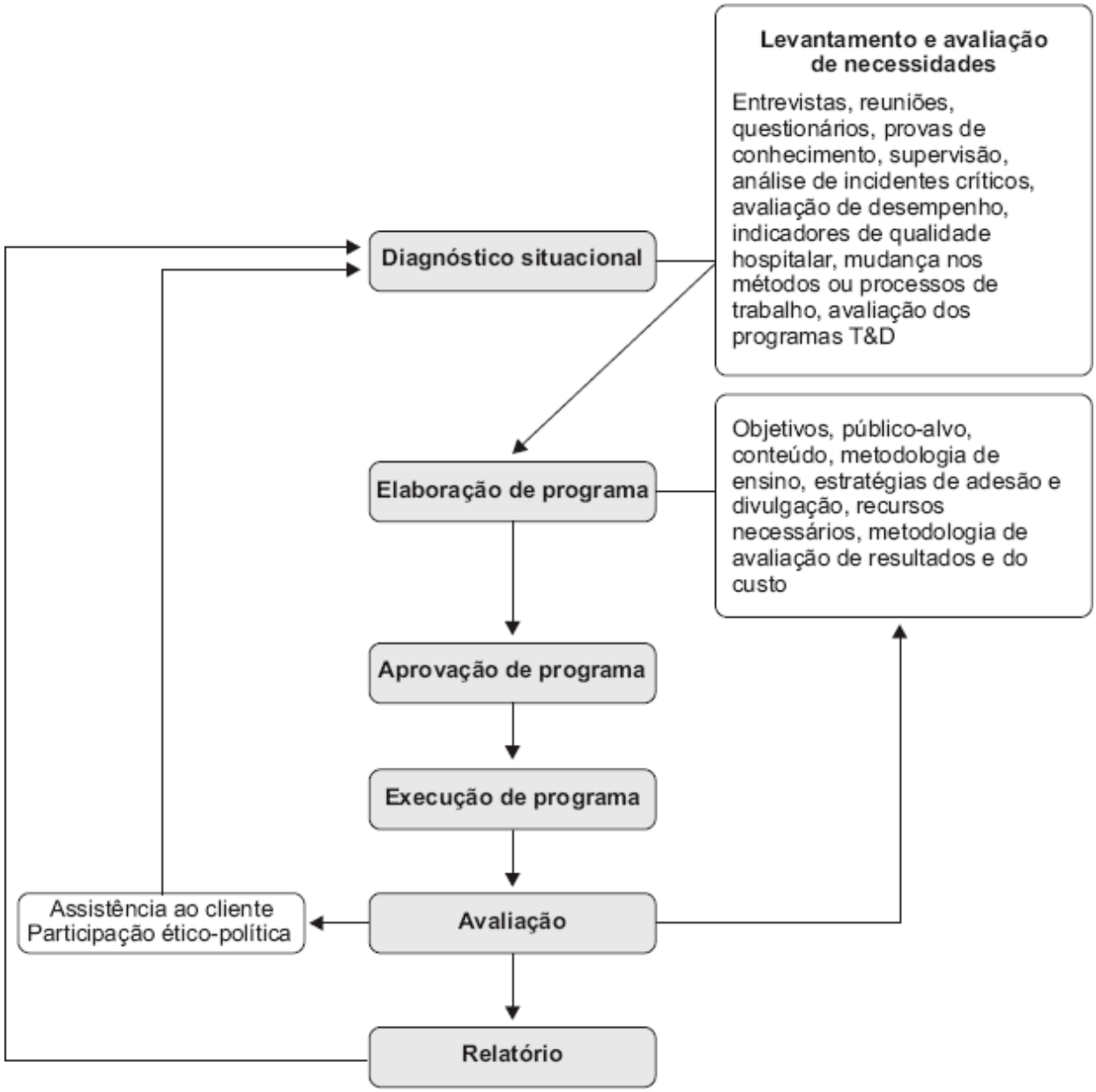


Figura 11.2 Fluxo do planejamento de T&D.

O planejamento de T&D pressupõe a aplicação dos princípios do planejamento descritos no Capítulo 4 e a reflexão sobre as seguintes questões:

•

Onde e como estamos hoje? – Diagnóstico situacional

•

Onde e como pretendemos estar amanhã? – Objetivos

•

Como faremos para chegar lá? – Metodologia/estratégias

•

Como saberemos que chegamos? – Avaliação

•

Quanto custará ao indivíduo e à organização? – Análise dos recursos e dos custos.

Para a *elaboração do programa*, a EC, como agente de transformação da realidade organizacional, deverá adotar uma metodologia que favoreça a reflexão crítica, a criatividade e a aprendizagem significativa. Para tanto, será indispensável abandonar técnicas de ensino prescritivas e se preocupar com estratégias ativas e com a individualização do processo ensino-aprendizagem.

Nesse sentido, o processo de T&D tem sido facilitado pela ação de agentes multiplicadores ou enfermeiros instrutores, pois se trata de uma estratégia em que os profissionais de determinada área são responsáveis pelo processo de T&D da respectiva equipe. Um dos fatores mais relevantes dessa ação é a pertença do agente ao grupo, o que favorece a troca de experiências e informações, estimula a motivação e a cooperação entre os membros e facilita a realização do diagnóstico situacional e a mensuração dos resultados.

Para a adoção dessa estratégia, é essencial uma análise das dimensões estruturais e relacionais, ou seja, é preciso dimensionar os recursos humanos e tecnológicos, e estabelecer objetivamente a função do agente, sobretudo no que se refere às relações de poder.

A facilidade de *aprovação do programa* será proporcional ao grau de participação das pessoas e à coerência em relação à cultura e às necessidades das pessoas e da organização; afinal, o respeito às pessoas e à organização confere legitimidade ético-política ao programa, sendo mais facilmente aprovado e executado.

Avaliar o processo de T&D significa verificar se as informações transmitidas promoveram conhecimento e se este está sendo aplicado às ações. A *avaliação do programa* averigua a pertinência do conteúdo e a adequação das estratégias de ensino e dos recursos, enquanto *a avaliação dos resultados* preocupa-se com a verificação da mudança de comportamento dos treinandos.

A avaliação dos programas de T&D teve suas primeiras publicações com os estudos de Donald L. Kirkpatrick, em 1954 e 1959, quando tiveram origem os quatro níveis de avaliação: reação (opinião e sentimentos do treinando a respeito da ação educativa a que foi submetido), aprendizagem (aquisição ou aumento do conhecimento), comportamento (capacidade de aplicação do que foi aprendido) e resultados (efeitos do treinamento na organização). Para uma avaliação consistente, é recomendável o emprego dos quatro níveis.*

Na atualidade, há várias técnicas de avaliação, cuja maioria é baseada na obra de Kirkpatrick. Alguns exemplos estão nos estudos de: Hamblin (1978), que ampliou os níveis de avaliação para cinco; Borges-Andrade (2006), que incluiu aspectos relacionados com o ambiente de trabalho no Modelo de Avaliação Integrado e Somativo (MAIS); e Abbad (1999), com o Modelo Integrado de Avaliação do Impacto do Treinamento no Trabalho (IMPACT).

Nessa diversidade, o primordial é perceber que a fase de avaliação retorna ao início do planejamento, pois é capaz de oferecer novas informações a respeito das necessidades que fundamentam o diagnóstico situacional.

Apesar da irrefutável importância, a avaliação tem recebido pouca atenção dos responsáveis, que alegam falta de tempo ou de preparo para tal. O não envolvimento das pessoas no processo como um todo também explica essa resistência, já que, por não conhecerem os objetivos do programa, pouco

sabem o que avaliar e que resultados esperar. Além disso, a situação demonstra como a avaliação está diretamente relacionada com a política de RH e o processo de planejamento dos programas.

Um processo participativo e uma política integrada de desenvolvimento de pessoal proporcionam maior interação das pessoas e melhores resultados dos programas.

Na avaliação dos programas de T&D, a EC reforça seu papel estratégico e gestor, analisando e interpretando os dados obtidos a partir dos diversos tipos de avaliação, que, isoladamente, não caracterizam uma análise de resultados e pouco contribuem para a retroalimentação do programa, evidenciando, assim, a necessidade de integração de diferentes técnicas avaliativas.

A *avaliação dos custos*, embora indispensável, pouco tem sido realizada, tanto no que se refere ao levantamento do custo direto, como e, principalmente, no que tange à análise de custo-benefício ou custo-efetividade, verificando se o investimento valeu a pena. Sistematicamente, ao finalizar um programa, a EC deve emitir *relatórios* analíticos com a finalidade de proporcionar as informações necessárias para a tomada de decisão, bem como divulgar as atividades realizadas. Essa divulgação é essencial ainda para a visibilidade e o reconhecimento da EC no que diz respeito à sua ação como promotora de mudanças.

Desse modo, constata-se que a EC, apesar de estar subordinada à política institucional, tem poder político diretamente relacionado com a sua contribuição no alcance dos objetivos organizacionais. Assim, se a política da organização ainda for a de substituição rápida da mão de obra, o que não é tão raro, o treinamento será pautado na proposição de ações imediatas, e o desenvolvimento, restrito aos poucos funcionários que se destacam.

Planejar e implementar programas de T&D não constituem tarefas fáceis; é preciso coadunar a alta complexidade de informações com os problemas específicos da capacitação de pessoas. Assim, para a construção de uma educação transformadora, participativa e crítica, é indispensável a reflexão

ética e política, a fim de assegurar que tal educação não favoreça o aumento das diferenças sociais impostas pela condição econômica que privilegia o acesso ao conhecimento.

Ainda será necessária uma cultura organizacional de saúde que valorize não só a formação didático-pedagógica e tecnológica dos enfermeiros de T&D, mas que vá além da apropriação desses saberes, considerando seus aspectos éticos e políticos.

Em um sentido mais amplo e para além de aquisição de conhecimento, habilidade e atitude (CHA) do trabalho, a educação implica a transmissão de valores, seja por experiências pessoais ou por meio de ação intencional. Nessa premissa está intrínseca a sua importância como ferramenta, pois ela tanto pode instruir para reprodução das diferenças sociais instaladas como pode ser o mecanismo de transformação social. Assim, a escolha do método e do conteúdo de ensino é uma opção mais política do que técnica.

Avaliação de desempenho profissional

Considerando a qualidade dos resultados da organização como consequência do desempenho humano e o cenário atual de constantes transformações e de valorização do conhecimento, o processo de avaliação de desempenho profissional tem sido concebido como um importante recurso gerencial para a promoção do crescimento profissional e pessoal.

A avaliação de desempenho profissional individualizada e sistematizada não é uma prática comum nas organizações de saúde. Na enfermagem, embora não seja uma prática recente, também não é comum. Kurcgant (1991) refere-se a essa prática como uma atividade isolada, que não reflete a filosofia da organização e do próprio serviço de enfermagem.

Para Leite et al. (1997), a avaliação de desempenho é um recurso para dimensionar a qualidade da *performance* profissional, identificando o nível de capacitação para o alcance dos objetivos organizacionais. No entanto, ela tem assumido um caráter normativo que não contribui, de fato, para análise do potencial, nem para o desenvolvimento pessoal ou profissional.

A *avaliação de desempenho* é um processo dinâmico de mensuração individual da qualidade do desempenho profissional no exercício de um cargo, conforme critérios pre-definidos. Constitui um instrumento de diagnóstico gerencial que fundamenta as decisões administrativas, por meio do qual é possível estabelecer metas de desenvolvimento. Compreende a análise de aspectos atitudinais e técnicos, como o comportamento no trabalho, o conhecimento, as competências, as habilidades, a produtividade, a eficiência e a eficácia do avaliado, bem como a sua satisfação e a da instituição (Gonçalves, 2003).

Para essa autora, sua finalidade é promover o crescimento profissional do avaliado e do avaliador, tendo como principais *objetivos*:

•

Caracterizar e documentar o desempenho profissional

•

Detectar necessidades de treinamento e de desenvolvimento de pessoal, considerando as competências a serem desenvolvidas e valorizando as adquiridas

•

Planejar junto com o avaliado as estratégias educacionais e as metas de desenvolvimento

•

Monitorar o alcance das metas de desenvolvimento

•

Identificar e analisar as condições de trabalho e os fatores intervenientes no desempenho

•

Identificar dificuldades de integração do profissional à organização

•

Analisar junto com o avaliado a adequação de seu perfil ao cargo, subsidiando a alocação de pessoal

•

Fornecer informações para retroalimentação do processo de recrutamento e seleção

•

Fundamentar tomadas de decisão referentes à movimentação de pessoal, como transferências, desligamentos, promoções e aumentos salariais.

Avaliar é um ato natural do homem, e o trabalho e os profissionais são constantemente avaliados. Entretanto, o processo de avaliação de desempenho profissional pressupõe um sistema formal, provido de objetivos bem definidos e de métodos coerentes com a política e a filosofia institucionais. As possibilidades de investimento em programas de T&D de pessoal devem estar claramente estabelecidas na política de RH, uma vez que têm estreita relação com os resultados da avaliação de desempenho.

Os pontos fundamentais para formalização do processo de avaliação de desempenho estão esquematicamente apresentados na Figura 11.3.

A elaboração de um *instrumento* é essencial para que todas as pessoas avaliem sob os mesmos parâmetros, observando critérios objetivos na apreciação do desempenho, visando diminuir a subjetividade.

Embora o instrumento não resolva os problemas da avaliação, pois não pode dirimir a subjetividade humana tampouco a intencionalidade das pessoas, alguns profissionais, sobretudo os avaliadores, tendem a responsabilizar o instrumento de avaliação pelo insucesso do processo. Isso é decorrente da ênfase no preenchimento do instrumento em detrimento

de uma avaliação reflexiva e objetiva do desempenho. Para sua construção, a Figura 11.4 mostra os elementos essenciais.

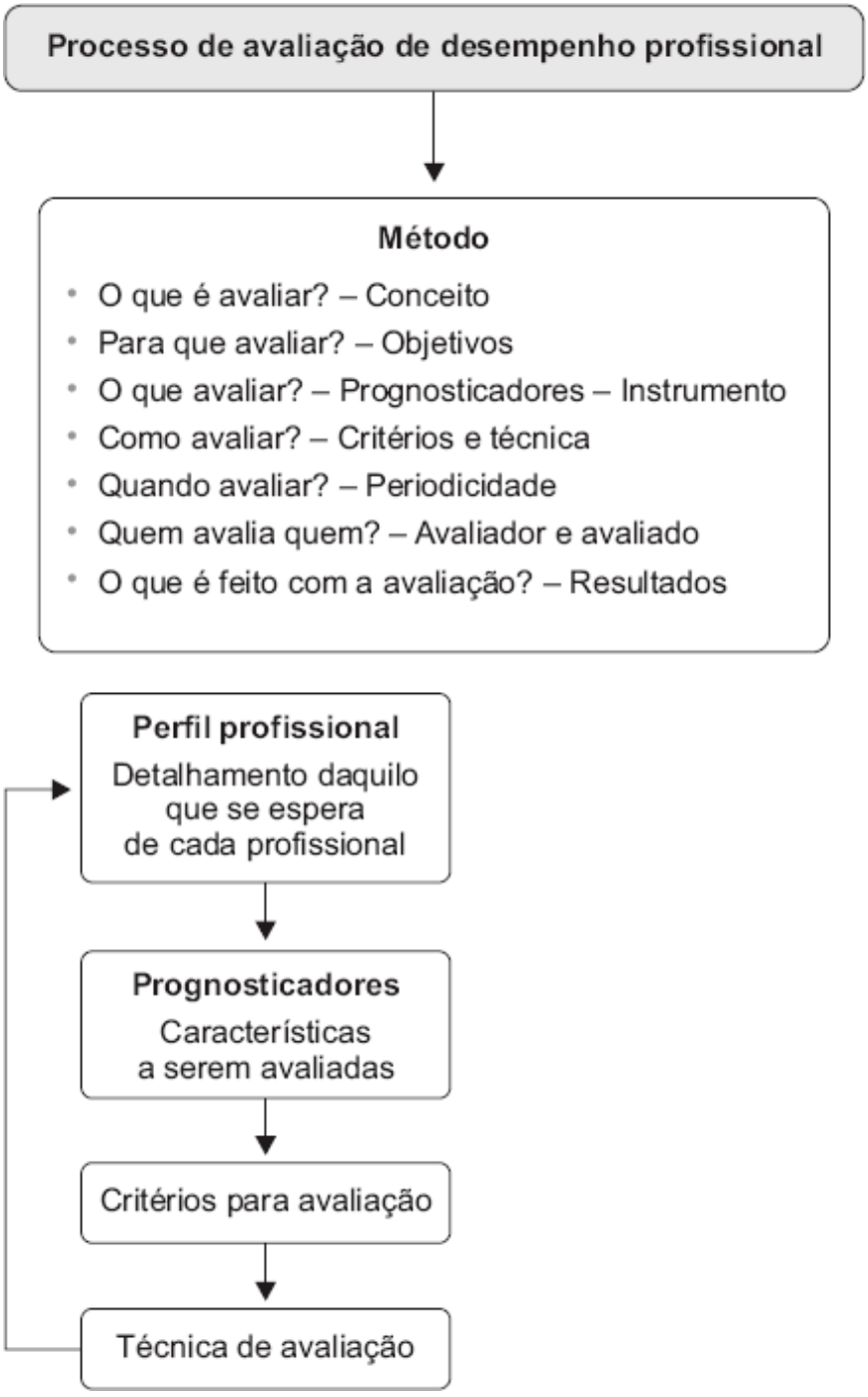


Figura 11.3 Elementos constitutivos do processo de avaliação de desempenho.

Figura 11.4 Elementos constitutivos para construção de instrumento.

O passo inicial para construção do instrumento é o *perfil profissional*, no qual constam as competências ou características do desempenho que serão avaliadas em cada categoria funcional, representando o desempenho demandado pela organização.

Essas características ou competências podem ser denominadas, dentre outras maneiras, de fatores, itens, indicadores ou *prognosticadores* do desempenho e referem-se às características técnicas e pessoais diretamente relacionadas com o exercício profissional.

Bergamini e Beraldo (1992) ressaltam a importância de conceituar os prognosticadores de modo a expressar o que se deseja no desempenho, e não o indesejável. A definição deve garantir a mesma compreensão de linguagem e de julgamento emitido tanto pelo avaliador como pelo avaliado ou outro profissional envolvido na avaliação.

Os prognosticadores, portanto, representam aquilo que se deve considerar nos profissionais, sendo definidos de modo a permitir sua mensuração e possibilitar a intervenção voltada para o desenvolvimento de pessoal.

Gonçalves (2003) afirma que um processo de avaliação de desempenho que atenda as necessidades institucionais e as expectativas da equipe à qual se destina deve emergir do consciente coletivo. Assim, para a construção de prognosticadores de avaliação do enfermeiro, adotou-se o método da pesquisa-ação e a técnica do grupo focal, com a participação ativa das

pessoas envolvidas no processo de avaliação visando à captação do conteúdo dos prognosticadores. Além disso, esse método possibilita a expressão e discussão dos sentimentos intervenientes no processo.

Após discussão e análise do perfil profissional do enfermeiro e das competências mais importantes para o desempenho da função na instituição hospitalar estudada, os enfermeiros participantes da pesquisa definiram 13 prognosticadores, e dois deles estão exemplificados a seguir:

•

Comunicação oral e escrita: capacidade de entender e se fazer entender nas relações, sendo claro e objetivo na expressão de suas ideias, na comunicação oral e na comunicação escrita

•

Critérios: sequência lógica de raciocínio, objetividade, fluência na linguagem, observância das regras da língua portuguesa.

A avaliação feita por prognosticadores facilita o diagnóstico de pontos específicos; entretanto, leva a uma fragmentação da visão do desempenho, exigindo do avaliador e do avaliado uma apreciação mais global para reintegralizar o indivíduo em suas competências técnicas e pessoais.

Para avaliação do desempenho e mensuração dos prognosticadores, existem várias *técnicas* e *métodos de avaliação*, dependendo do que se deseja apreciar, do desempenho individual ou grupal, e de quem avalia quem (Kurcgant, 1991; Bergamini e Beraldo, 1992; Gil, 1994; Chiavenato, 1998; Marquis e Huston, 1999; Marras, 2000; Pontes, 2002).

Com maior frequência é utilizada a avaliação direta ou absoluta, a qual se volta exclusivamente ao desempenho individual do avaliado, descrevendo suas características em determinado trabalho e a avaliação relativa ou por comparação, que enfoca a maior ou menor eficiência de desempenho do avaliado em relação à eficiência do grupo do qual faz parte.

A avaliação 360 graus é um método de ressonância atual nas organizações brasileiras, identificando-se com ambientes democráticos e participativos em que o avaliado é focado por praticamente todos os elementos que tenham contato com ele –

subordinados, superiores, pares e clientes. Recebe o nome de 360 graus por ser um processo total (Marras, 2000).

A avaliação 360 graus é um método enriquecedor e indicado para diminuir situações de conflito entre avaliador e avaliado, restringindo o abuso de poder. Na enfermagem, no entanto, é pouco comum devido à alta exigência de capacitação, maturidade e equilíbrio emocional, que são fatores determinantes para seu sucesso.

As avaliações podem ser realizadas de modo descritivo, nas quais se discorre livremente sobre os prognosticadores, ou pode haver um gradiente em que, a cada grau ou intervalo, é atribuído um nível de desempenho. Ambas as técnicas apresentam vantagens e desvantagens. Descrever espontaneamente sobre o desempenho, embora exija mais preparo e capacitação, facilita a expressão genuína e criativa e, por esse motivo, pode facilitar também a subjetividade. Graduar o desempenho em níveis ou intervalos preestabelecidos pode diminuir a subjetividade, mas é inviável descrever em quatro ou cinco graus toda a diferença de desempenho possível de se encontrar.

Gonçalves (2003) propõe a mensuração dos prognosticadores com base em cinco conceitos:

•

Não alcança as exigências

•

Alcança pouco as exigências

•

Alcança satisfatoriamente as exigências

•

Alcança plenamente as exigências

•

Supera as exigências.

O conceito “alcança plenamente as exigências” corresponde ao perfil profissional estabelecido, que deve nortear o quão próximo ou distante está o desempenho observado do desempenho exigido.

Outro aspecto a ser definido no processo de avaliação do desempenho é a *periodicidade* das avaliações, conforme o que se pretende avaliar. Se o objetivo for avaliar a *adaptação* do profissional à instituição e a *adequação* do perfil ao cargo, deverá ser agendada uma avaliação logo após a admissão; e, para avaliar a *evolução* do desempenho e o *domínio* das atividades desempenhadas, poderão ser estabelecidas avaliações anuais.

É importante ressaltar que a avaliação é uma constante, devendo ser realizada de maneira continuada, reforçando os pontos positivos e dialogando sobre os problemas tão logo eles apareçam, a fim de evitar que outros ocorram. Não se pode deixar tudo para o momento formal da avaliação, que é o período de caracterizar o desempenho como um todo, e não simplesmente apontar fatos isolados que não retratam o perfil de competências do avaliado.

Para o sucesso e a continuidade do processo de avaliação, é indispensável proceder a uma análise de seus *resultados*, com intuito de viabilizar as intervenções administrativas, traduzidas em ações educacionais ou decisões de movimentação de pessoal.

Essa análise deve contemplar: a apreciação dos fatores intervenientes ao desempenho e às possibilidades, além de oportunidades de desenvolvimento profissional considerando as características e a constância do desempenho do profissional no período avaliado; a ciência do avaliado sobre suas deficiências e habilidades; e o tipo de intervenção a ser implementada para a melhoria do desempenho.

Os resultados de uma avaliação, portanto, devem fundamentar as ações a serem empregadas, não se restringindo às informações obtidas isoladamente.

Na formalização do processo de avaliação do desempenho, ainda é preciso decidir quem são os *avaliadores*. Essa escolha está relacionada com a estrutura e a política organizacional, mas, tradicionalmente, o responsável por avaliar tem sido o chefe imediato. Como afirma Kurcgant (1991), a avaliação não deveria ter como único responsável o chefe imediato, ou aquele que registra formalmente a avaliação no instrumento, pois todos os que participam do processo são responsáveis por seus resultados.

Compreendendo o processo de avaliação do desempenho na perspectiva de uma educação crítica e reflexiva, o avaliado deve expressar-se sobre a própria *performance*, sendo sua a responsabilidade e a prerrogativa de desenvolver-se. Assim, ele deve ser um dos principais responsáveis por sua avaliação.

Algumas organizações, como explica Chiavenato (1999b), atribuem a responsabilidade da avaliação exclusivamente ao chefe imediato, para reforçar a hierarquia; outras procuram integrar o gerente e o subordinado na avaliação, para reduzir a diferença hierárquica; e, em outras, a avaliação ainda é realizada pelas equipes, principalmente quando se trata de grupos autogeridos. Algumas organizações centralizam o processo de avaliação em uma comissão central.

Na avaliação 360 graus, a responsabilidade de avaliar é de todos os profissionais da estrutura hierárquica, bem como de clientes e pessoas externas à organização que têm relação com o avaliado. Ser o avaliado o único responsável pela avaliação, embora seja menos frequente, pode demonstrar uma flexibilização da estrutura e uma gestão de pessoal mais participativa.

No entanto, é bom lembrar que, nos casos em que há divergências e discordâncias entre avaliador e avaliado, prevalece, normalmente, a avaliação do avaliador, que em geral é um superior hierárquico e, portanto, quem toma as decisões.

Independentemente do método adotado e do avaliador, considera-se imprescindível a autoavaliação, pois, como dito anteriormente, a

responsabilidade de desenvolvimento é do próprio indivíduo, e, em última instância, esta é a finalidade da avaliação do desempenho.

Além disso, analisar o próprio desempenho leva à reflexão de pontos importantes, como pensar nas condições de trabalho; detectar suas competências, habilidades e deficiências; e definir expectativas e metas de desenvolvimento. É também o meio mais adequado para o alcance dessas metas.

Pensando na avaliação do desempenho como um instrumento útil no gerenciamento de pessoal e relevando seus pontos de vulnerabilidade, que a tornam bastante polêmica, sua *implantação* requer, mais do que cuidados técnicos, uma mudança nas atitudes e na postura das pessoas.

Como afirma Gonçalves (2003), parte da insatisfação das pessoas pode advir do pressuposto de que a avaliação de desempenho é tratada como um fim em si mesma, utilizada para finalidades punitivas ou de recompensa, como o sistema de mérito adotado na maioria das empresas. Essa afirmação explica, em parte, o fato de a avaliação ser utilizada como um instrumento de poder, sendo considerada como um processo injusto e tendencioso, o que leva a uma reação negativa por parte do avaliado.

Nesse círculo, aparecem sentimentos de tensão, medo e ansiedade, causando impacto ainda mais negativo. Desse modo, e reforçando o já dito anteriormente, o primeiro aspecto a ser observado na implementação do processo é definir sua finalidade, que deverá estar integrada à política de RH de maneira clara e explícita.

Ponderando que a avaliação de desempenho não é um fim, mas um meio por si só, pois não é capaz de promover o crescimento das pessoas ou demiti-las, é que se faz indispensável seu ajuste à política de RH, definindo claramente seus objetivos e limites enquanto instrumento de diagnóstico. Assim, ações subsequentes e providências administrativas a serem concretizadas dependem da política do processo, e não da avaliação propriamente dita.

Os *programas de T*& *D* são uma dessas ações, haja vista que, para alcançar a finalidade da avaliação de desempenho, que é promover o crescimento, devem ser concretizadas as estratégias educacionais.

A *supervisão* também é uma atividade indissociável da avaliação de desempenho, pois pressupõe o acompanhamento constante do desempenho. Educar também é princípio da supervisão; por isso, problemas isolados, que não caracterizam o desempenho profissional como um todo, devem ser resolvidos conforme acompanhamento e orientação constantes, em vez de serem apontados somente no momento da avaliação.

Para compreensão da avaliação de desempenho e de seus fatores intervenientes, é indispensável a *capacitação* dos avaliadores e avaliados considerando os aspectos cognitivos e afetivos, pois a capacitação não se restringe à técnica de avaliar.

O resultado disso é que as pessoas mais preparadas necessitam menos de usar o poder enquanto avaliadores, porque não precisam se defender por não se sentirem atacadas.

Referências bibliográficas

Abbad GS. Um modelo integrado de avaliação de impacto de treinamento no trabalho [tese]. Brasília: UnB; 1999.

Abbad GS, Borges-Andrade JE. Aprendizagem humana em organizações de trabalho. In: Zanelli JC, Borges-Andrade JE, Bastos AVB

(Org.). Psicologia, organizações e trabalho no Brasil. Porto Alegre: Artmed; 2004. p. 237-75.

Bergamini CW, Beraldo DGR. Avaliação de desempenho humano na empresa. 4. ed. São Paulo: Atlas; 1992.

Borges-Andrade JE. Avaliação integrada e somativa em TD&E. In: Borges-Andrade JE, Abbad GS, Mourão L. Treinamento, desenvolvimento e

educação em organizações e trabalho: fundamentos para a gestão de pessoas. Porto Alegre: Artmed; 2006. p. 343-58.

Carvalho LCF. T&D estratégicos. In: Boog GG (Coord.). Manual de treinamento e desenvolvimento – ABDT. São Paulo: Makron Books; 1999. p. 125-44.

Chiavenato I. Administração nos novos tempos: os novos horizontes em administração. São Paulo: Makron Books; 1999a.

Chiavenato I. Desempenho humano nas empresas: como desenhar cargos e avaliar o desempenho. São Paulo: Atlas; 1998.

Chiavenato I. Gestão de pessoas: o novo papel dos recursos humanos nas organizações. Rio de Janeiro: Campus; 1999b.

Covey SR. Leadership is choice. New York: Hardcover; 2002.

Eboli MP. Modernidade na gestão de bancos. Rev Adm. 1997; 32(3):40-51.

Ferreira RR, Abbad GS. Avaliação de necessidades de treinamento no trabalho: ensaio de um método prospectivo. Rev Psicol Organ Trab.

2014; 14(1).

Gil CA. Administração de recursos humanos: um enfoque profissional. São Paulo: Atlas; 1994.

Gonçalves VLM. Crenças, sentimentos e capacitação dos enfermeiros no processo de avaliação de desempenho da equipe de enfermagem

[dissertação]. São Paulo: USP; 1998.

Gonçalves VLM. Reconstruindo o processo de avaliação de desempenho da equipe de enfermagem do Hospital Universitário da USP

[tese]. São Paulo: USP; 2003.

Hamblin AC. Avaliação e controle do treinamento. São Paulo: McGraw-Hill do Brasil; 1978.

Kurcgant P. A avaliação de desempenho do pessoal de enfermagem. In: Kurcgant P. (Coord.). Administração em enfermagem. São Paulo: EPU; 1991. p. 133-45.

Leite MMJ et al. Análise do instrumento utilizado no processo de avaliação de desempenho da equipe de enfermagem do Hospital Universitário da USP. Relatório de pesquisa FAPESP. São Paulo; 1997.

Lodi JB. Recrutamento de pessoal. São Paulo: Pioneira; 1992.

Lucena MDS. Planejamento de recursos humanos. São Paulo: Atlas; 1991.

Marquis LB, Huston CJ. Administração e liderança em enfermagem: teoria e aplicação. Porto Alegre: Artes Médicas; 1999.

Marras JP. Administração de recursos humanos: do operacional ao estratégico. São Paulo: Futura; 2000.

Milioni B. Avaliação e validação dos resultados dos investimentos em T&D. In: Boog GG (Coord.). Manual de treinamento e desenvolvimento – ABDT. São Paulo: Makron Books; 1999. p. 289-307.

Milioni BA. Integrando o levantamento de necessidades com a avaliação e validação do treinamento. In: Boog GG. (Coord.). Manual de treinamento e desenvolvimento: um guia de operações. São Paulo: Makron Books; 2001. p. 9-27.

Pereira Garcia JF. T&D mobilizando a organização para a qualidade. In: Boog GG (Coord.). Manual de treinamento e desenvolvimento –

ABDT. São Paulo: Makron Books; 1999. p. 209-36.

Pereira LL, Leite MMJ. Recrutamento e seleção do pessoal de enfermagem. In: Kurcgant P (Org.). Administração em enfermagem. São Paulo: EPU; 1991. p. 97-105.

Peres HHC. O fenômeno recrutamento e seleção de enfermeiros em hospitais: um enfoque fenomenológico [dissertação]. São Paulo: USP; 1995.

Pontes BR. Avaliação de desempenho: nova abordagem. São Paulo: LTr; 2002.

Silva MJP, Pereira LL, Benko MA. Educação continuada: estratégia para o desenvolvimento do pessoal de enfermagem. Rio de Janeiro: Marques-Saraiva/São Paulo: EPU/EDUSP; 1989.

Spender JC. Gerenciando sistemas de conhecimento. In: Fleury MTL, Oliveira Jr., MM (Orgs.). Gestão estratégica do conhecimento: integrando aprendizagem, conhecimento e competências. São Paulo: Atlas; 2001. p. 27-49.

_____

*Disponível em: http://www.kirkpatrickpartners.com.

Gerenciamento de Recursos Materiais

Valéria Castilho

Vera Lúcia Mira

Antônio Fernandes Costa Lima

Importância e objetivo

Os avanços tecnológicos têm impulsionado o aumento constante da complexidade assistencial, exigindo um nível de atenção cada vez mais elevado por parte dos profissionais de saúde e criando uma demanda crescente por recursos materiais.

Assim, impõe-se a necessidade de os serviços de saúde aprimorarem os sistemas de gerenciamento desses recursos, a fim de garantir uma assistência contínua de qualidade a um custo menor e ainda assegurar a quantidade e a qualidade dos materiais necessários para que os profissionais realizem suas atividades sem riscos para si mesmos e para os pacientes.

A administração dos recursos materiais tem sido motivo de preocupação dos gestores das organizações de saúde, tanto do setor público como do privado. As do setor privado, sujeitas às regras de mercado, precisam gerenciá-los com preços competitivos em relação às outras; as do setor público, devido a orçamentos restritos, necessitam de maior controle do consumo e dos custos, para que não privem funcionários e pacientes do material necessário.

Os sistemas de recursos materiais das organizações hospitalares têm registrado cerca de 3.000 a 6.000 itens de consumo (Vecina neto e Reinhardt Filho, 1998). Esses dados variam dependendo das peculiaridades de cada organização de saúde, das especialidades atendidas, do número de leitos e dos processos assistenciais desenvolvidos, entre outros itens.

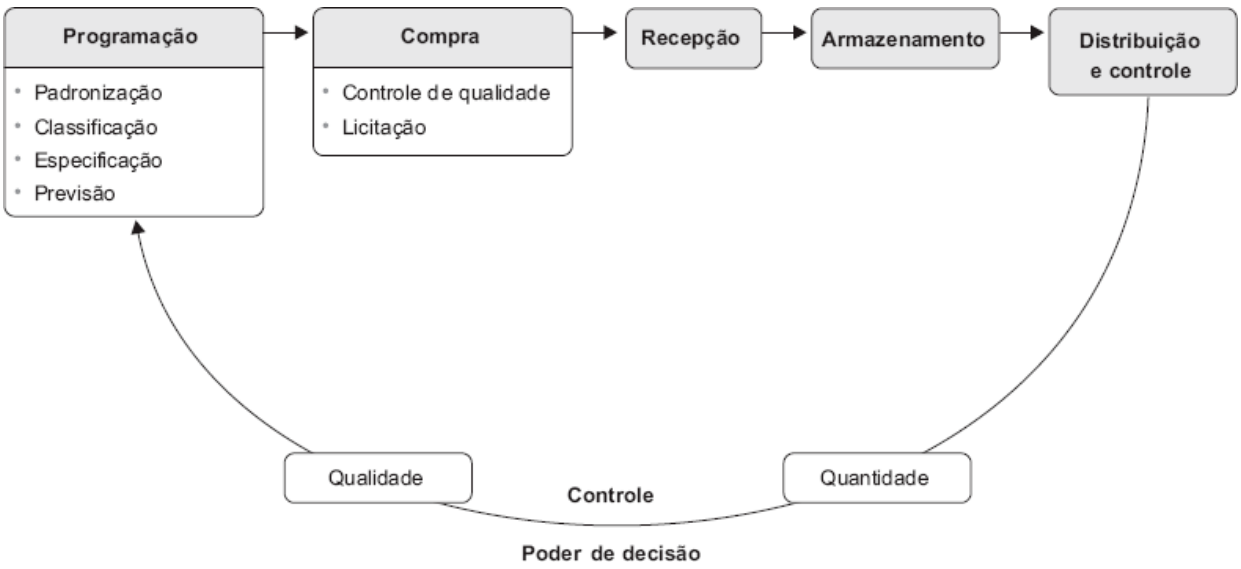
Sabe-se que uma organização hospitalar geral, de ensino, de grande porte, com aproximadamente 300 leitos, trabalha com cerca de 2.500 itens referentes a materiais de consumo assistenciais. Só esses materiais apresentam uma média de 1.500.000

unidades consumidas mensalmente, podendo gerar um custo anual de, aproximadamente, R$ 4.000.000,00.

Estudo realizado por Castilho et al. (2001) em unidades básicas de saúde mostrou que, nesses serviços, o número de materiais utilizados é bem menor: uma média de 110 itens, cujo consumo mensal é da ordem de 3.500 unidades. Assim, o gasto com esses recursos tem representado uma parcela importante do orçamento das organizações. Além disso, a complexidade no gerenciamento devido à diversidade e à quantidade de materiais também tem consumido uma grande quantidade de recursos humanos e financeiros.

Diante desses fatores, o objetivo do gerenciamento de materiais na área da saúde não difere do das outras organizações e consiste em oferecer os recursos necessários ao processo produtivo com qualidade, em quantidades adequadas, no tempo correto e ao menor custo (Vecina Neto e Reinhardt Filho, 1998).

Um aspecto fundamental no gerenciamento de recursos materiais nas organizações de saúde refere-se ao seu produto final ou atividade fim, que é a assistência aos clientes por meio de ações que não podem sofrer interrupções. Essas interrupções são atribuídas a fatores como insuficiência na quantidade ou falta de qualidade de materiais.



Processo de gerenciamento de recursos materiais em organizações de saúde

Os termos “gerenciamento de recursos materiais”, “administração de recursos materiais”, “gerenciamento de suprimentos” e

“logística” têm sido empregados, muitas vezes, como sinônimos. Cabe, no entanto, esclarecer algumas diferenças entre eles.

A administração de materiais envolve a totalidade dos fluxos de materiais de uma organização e compreende programação, compra, recepção, armazenamento no almoxarifado, movimentação de materiais, transporte interno e armazenamento no depósito de produtos acabados (Chiavenato, 1991).

Suprimento designa todas as atividades que visam ao abastecimento de materiais para a produção, envolvendo programação de materiais, compra, recepção, armazenamento no almoxarifado, movimentação de materiais e transporte interno para abastecer as unidades produtivas. Não engloba o depósito de produtos acabados (Chiavenato, 1991).

Já o conceito de logística é empregado para o armazenamento dos produtos acabados e sua movimentação, ou seja, a distribuição física até o cliente. Seu objeto de atenção está mais relacionado com a estocagem e a distribuição externa do material produzido, não incluindo a programação nem as compras (Chiavenato, 1991).

Segundo Machline e Amaral, apud Rosa et al. (2001), “atualmente, o conceito de administração de materiais está sendo englobado por uma visão mais ampla que é a logística, conceituada em 1986, pelo Council of Logistics Management, como o processo de planejamento, implementação e controle do fluxo eficiente e eficaz de matérias-primas, estoques de produtos semiacabados e acabados, bem como o fluxo de informações desde a origem até o consumo, com o propósito de atender requisitos dos clientes”.

Esses conceitos, elaborados para o setor de fabricação de bens, envolvendo transformação de insumos em produtos acabados que podem ser estocados e comercializados, são mais amplos do que os aplicados na administração

de serviços de saúde, embora haja um movimento de se agregarem aspectos da logística também nesse setor.

A administração ou o gerenciamento de materiais nessas organizações compreende o processo gerencial para aquisição e disponibilização de produtos já manufaturados, essenciais para a produção de serviços de saúde. Materiais são produtos que podem ser armazenados, distribuídos e consumidos para a produção de serviços.

Gerenciamento de recursos materiais, administração de recursos materiais ou suprimentos constituem a totalidade dos fluxos de materiais de uma organização de saúde, compondo um processo com as seguintes atividades principais: programação, compra, recepção, armazenamento, distribuição e controle.

O setor responsável pelo gerenciamento dos recursos materiais nas instituições hospitalares está vinculado à área administrativa da estrutura organizacional e compreende os setores de Compras e de Almoxarifado, nos quais as atividades são desenvolvidas por profissionais que, geralmente, não são da área da saúde.

Dadas a diversidade e a complexidade dos materiais utilizados na área da saúde, a participação das áreas fins como a enfermagem, a farmácia e o laboratório, dentre outras, é indispensável no processo de gerenciamento dos recursos materiais, assessorando a área administrativa nos aspectos técnicos e nas ações locais.

A *programação* começa pela classificação, padronização, especificação dos materiais e estabelecimento da quantidade a ser adquirida (Figura 12.1).

Nos hospitais e unidades de saúde, os materiais têm diferentes *classificações*. A mais comum é a classificação por finalidade, como: medicamentos, materiais médico-hospitalares, escritório, informática, gêneros alimentícios e de higiene. Os materiais médico-hospitalares também podem ser denominados materiais de consumo ou assistenciais.

Figura 12.1 Fluxo das principais atividades do gerenciamento da cadeia logística.

A *padronização* de materiais é essencial, haja vista a variedade de bens e produtos com a mesma finalidade técnica e as mesmas indicações de uso. Consiste, portanto, na determinação do produto específico para procedimentos específicos, com o objetivo de diminuir a diversidade desnecessária de alguns itens e normatizar o uso de similares. É realizada por meio do estabelecimento de critérios objetivos de indicação técnica do uso do material e do custo-benefício. Segundo Bittar (1997), a padronização, particularmente, oferece resultados compensadores, tanto do ponto de vista econômico como do técnico, o que facilita a administração de materiais, sobretudo a previsão, pela redução de itens. Melhora também a organização e o controle dos materiais e diminui o desperdício.

Na padronização, devem-se considerar também os aspectos relacionados com os riscos e impactos da utilização do material para os pacientes, trabalhadores e para o ambiente, como será abordado no Capítulo 13.

Como exemplo de padronização, pode ser citada a necessidade de normatização de cateteres venosos utilizados pela enfermagem, que diferem em características como biocompatibilidade, tempo de permanência, preço e segurança para o usuário. Portanto, somente por meio de uma avaliação rigorosa poderá ser determinada a indicação do cateter, analisando o benefício para o paciente, o risco ocupacional, o impacto ambiental e a disponibilidade de recursos financeiros.

Devido a essa complexidade, algumas instituições têm comissões interdisciplinares para a padronização de materiais, que deve ser amplamente discutida. Após seu estabelecimento, estratégias educacionais para a capacitação dos usuários deverão ser promovidas.

A *especificação* técnica consiste em uma descrição minuciosa do material, representando com precisão aquilo que se deseja adquirir. Isso impõe, principalmente às instituições públicas, uma rigorosa análise do produto no que se refere às características de fabricação, utilização e desempenho. Para

Vecina Neto e Reinhardt Filho (1998), é também um meio de comunicação entre a área técnica e a área administrativa.

A especificação tem início com o nome do produto. Devem constar também dados a respeito de: indicação de uso, desempenho técnico, matéria-prima usada na fabricação, dimensões e tamanhos, acabamento, embalagem, propriedades físico-químicas, método de esterilização e prazo de validade, código e procedência, entre outros.

Para esse detalhamento, devem ser consultados os órgãos oficiais que normatizam e fazem recomendações relativas a fabricação, esterilização e uso de materiais, como a Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT), a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), o Ministério da Saúde e o Ministério do Trabalho. Um exemplo é a Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) no 3/2011 da Anvisa, que estabelece os requisitos mínimos de identidade e qualidade para seringas hipodérmicas estéreis de uso único. É útil, também, recorrer às diferentes especificações constantes nos manuais de instrução dos fabricantes.

A *previsão* de materiais, ou seja, a quantidade a ser requisitada pelas unidades ao almoxarifado, é determinada pelo perfil de consumo de cada unidade, estabelecendo-se uma cota de materiais que representa uma estimativa de gastos por determinado período (Castilho e Leite, 1991). A previsão é um dos componentes do controle de estoque, compreendendo as ações gerenciais para determinação do “quanto” comprar. As ações relacionadas a isso serão mencionadas adiante.

A estimativa do material a ser comprado depende do consumo mensal das unidades hospitalares, ou seja, da soma das

“cotas” de todas as unidades, cujos valores são calculados com base na média aritmética do consumo, que pode ser estimada pela seguinte expressão:

CM = CMM + ES

CM: cota mensal; CMM: consumo médio mensal; ES: estoque de segurança.

O consumo médio mensal (CMM) é a média dos valores do material utilizado nos últimos meses divididos pelo número de meses. A cota mensal com base na média aritmética móvel é o método mais usado no meio hospitalar, pois torna possível prever o consumo para o período seguinte, conforme o consumo médio do período anterior. Esse período é arbitrário, mas recomenda-se que seja, no mínimo, de 3 meses ou mais, ou igual a 12 meses (Castilho e Leite, 1991; Rosa et al., 2001).

(Quadro 12.1):

Quadro 12.1 Exemplo de previsão de consumo de materiais para o período.

Unidades mensais consumidas

Material

Janeiro

Fevereiro

Março

Seringa 10 mℓ

200

240

220

O cálculo do CMM de seringas de 10 mℓ seria:

$$\text{CMN} = \frac{\text{Soma do consumo dos 3 meses}}{\text{3 meses}}$$

$$\text{CMS} = \frac{660}{3} = 220$$

Para o cálculo da média aritmética móvel a cada novo mês, acrescenta-se o valor do consumo mais recente e se despreza o mais antigo.

Existem outros métodos para calcular a previsão de consumo, como o consumo do último período, a média móvel ponderada, a média ponderada exponencial e os mínimos quadrados (Chiavenato, 1991).

O estoque de segurança (ES), ou estoque mínimo, é a quantidade de cada item que deve ser mantida como reserva para garantir a continuidade do atendimento caso haja elevação brusca no consumo ou atraso no suprimento (Rosa et al., 2001). A maneira mais simples e empírica de se calcular o ES é acrescentar à cota mensal 10 a 20% do CMM, somado ao consumo diário durante o tempo de reposição (CTR).

ES = 10 a 20% do (CMM + CTR)

CTR = CMM/30 × N

N: número de dias de espera para reposição.

O tempo de reposição varia de acordo com o sistema de compra do hospital. Os hospitais públicos, devido ao processo de licitação, levam de 4 a 6 meses do início até o recebimento, a armazenagem e a distribuição interna do material. Com a adoção da modalidade de compra por pregão, o tempo tem diminuído para cerca de 1 mês.

Devido ao custo de se manterem estoques elevados, além do consumo e do tempo de ressuprimento, pode-se considerar a classificação do material obtido pela aplicação da curva ABC. Esta foi desenvolvida por Pareto (Chiavenato, 1991) e adaptada à administração de materiais, classificando-os em classes A, B e C e obedecendo a faixas predeterminadas, em que os itens classe A correspondem a 20% do total de itens; os de classe B, a 20 a 30%; e os de classe C, a 50%. Esses valores têm uma relação com o percentual de custos ou investimentos. Assim, os de classe A correspondem a quase 50% dos custos; os de classe B, a cerca de 20 a 30%; e os de classe C, a 20%. Os de classe A, embora em menor número, são os de maior custo

ou investimento e, por isso, têm maior importância quanto à maneira de gerenciá-los.

Para a construção da curva ABC, deve-se levantar a relação de todos os itens, os custos unitários, o consumo anual de cada item e o custo anual ou capital investido, ordenando-os segundo o custo anual. Os itens que alcançarem o custo anual acumulado próximo de 50% do total serão classificados como grupo A (Quadro 12.2).

Quadro 12.2 Classificação ABC.

Percentual do custo anual

Percentual do no de itens

Item

Custo anual (R$)

Custo anual acumulado (R$) acumulado (%)

acumulado (%)

Classi cação

1

35.250,00

35.250,00

41,60

7,30

A

2

18.640,00

53.890,00

64,00

20,90

3

10.631,00

64.521,00

76,14

35,80

B

4

8.000,00

72.521,00

85,58

52,50

5

6.034,00

78.555,00

92,70

64,30

6

2.880,00

81.435,00

96,10

72,70

7

1.940,00

83.375,00

99,03

81,90

C

8

820,00

84.195,00

99,35

88,70

9

545,00

84.740,00

100,00

100,00

O estoque de segurança deverá ser calculado por item e por classe, de acordo com as seguintes fórmulas (Rosa et al., 2001):

ES de itens A = CMM × 1/3 do TR

ES de itens B = CMM × 1/2 do TR

ES de itens C = CMM × TR

TR: tempo de reposição em meses.

Nesse exemplo, se o tempo de reposição do material do hospital fosse de 30 dias, o estoque dos itens A seria para 10 dias; dos itens B, para 15 dias; e dos itens C, 30 dias. O ES dos materiais classe A deve ser menor devido ao seu custo, tendo, assim, maior rotatividade. Isso é aconselhável para possibilitar maior capital de giro disponível, evitando a imobilização de recursos financeiros.

Outra classificação importante para auxiliar na decisão de quando comprar é a XYZ (Vecina Neto e Reinhardt Filho, 1998). Ela tem com critério o grau de imprescindibilidade do material para a produção dos serviços de saúde, ou seja, o quanto a sua falta pode acarretar interrupções no atendimento e colocar os pacientes ou profissionais em risco.

Os itens classe Z são imprescindíveis, não podendo ser substituídos por outros, e/ou são de difícil acesso no mercado. Por isso, precisam de um controle melhor, já que não podem faltar na organização. Os de nível Y são de média criticidade, podem ser substituídos por outros e são encontrados no mercado com relativa facilidade. Os de classe X são de baixa criticidade, e sua falta não acarreta danos ou riscos. Eles apresentam facilidade na sua obtenção (Barbieri e Machline, 2006; Lourenço e Castilho, 2007).

Outro aspecto do controle de estoque é a decisão sobre quando comprar. Esse momento é denominado ponto de requisição ou nível de ressuprimento. Ele é deflagrado quando o nível de estoque alcançado é incompatível com a demanda de consumo, ou seja, a quantidade do produto é suficiente apenas para atender as necessidades de consumo entre a solicitação de compra e a sua entrega pelo fornecedor. Esse nível de estoque deve levar em consideração as classificações ABC e XYZ.

Existem vários modelos para calcular o ponto de ressuprimento (PR), como modelo de estoque mínimo, modelo de estoque máximo ou de renovação

periódica, lote de ressuprimento e lote econômico (Chiavenato, 1991; Vecina Neto e Reinhardt Filho, 1998; Rosa et al., 2001). A escolha depende da política financeira e de compras da organização, do processo de compra, da capacidade de armazenamento, da facilidade de obtenção do material, da pontualidade de entrega pelo fornecedor, dentre outros fatores. Nas instituições que apresentam facilidade e rapidez no processo de compra, o ES será igual ao do nível de ressuprimento, calculado de acordo com a classificação ABC. As organizações cujo prazo de aquisição é longo podem determinar o PR pelo estoque máximo.

Para Rosa et al. (2001), o PR pode ser calculado da seguinte maneira:

PR = CM × TR + ES

CM: média aritmética móvel; TR: tempo de reposição (em meses); ES: estoque de segurança (calculado de acordo com a classificação ABC).

Exemplificando, a sua aplicação para um item classe A seria:

CM: 1.000 unidades; TR: 4 meses; ES: 1.000 × 1/3 do TR: 1.300; PR: 1.000 × 4 meses + 1.300; P: 5.300

unidades.

Isso significa que, quando o estoque chegar a 5.300 unidades, deverá ser deflagrado o pedido de compra do material.

A área de *compras* é responsável pelas atividades de apoio fundamentais ao processo produtivo, suprindo-o com todas as necessidades de materiais. Pode ser também um excelente sistema de redução de custos da empresa, por meio da negociação de preço e da busca de materiais alternativos e de novos fornecedores (Pozo, 2001).

No gerenciamento de recursos materiais, é inquestionável a necessidade do *controle de qualidade*, tanto dos produtos existentes na instituição como dos disponíveis no mercado. Para aquisição de um material, portanto, é

preciso submetê-lo a testes de desempenho técnico e análise de riscos para os pacientes e trabalhadores.

Esses testes devem ser realizados pelos usuários diretos, cabendo ao responsável pelo teste coordenar o processo de avaliação estabelecendo, junto com os usuários, critérios técnicos objetivos para apreciação do produto e emissão de parecer técnico. Além disso, o responsável deverá proceder a uma pré-seleção, encaminhando para teste somente os produtos que atenderem a alguns pré-requisitos, como a observância das normas técnicas de embalagem.

Qualquer que seja a finalidade da organização de saúde, o processo de compra deverá observar os requisitos de qualidade do material. No entanto, a condução desse processo difere nas organizações públicas, pois, segundo Bandeira de Mello (1997), enquanto à administração privada é permitido fazer tudo o que a lei não proíbe, à administração pública só é permitido fazer o que a lei autoriza (Princípio da Legalidade).

Assim, os órgãos governamentais procedem às compras por meio de *licitação*, que é o procedimento administrativo regido por legislação específica, utilizado para aquisição ou alienação de bens e serviços com os objetivos de garantir a observância

do princípio constitucional da isonomia e de selecionar a proposta mais vantajosa para a Administração (Brasil, 1993).

Para o procedimento de licitação, estão previstas fases a serem rigorosamente observadas. Para cada uma delas há prazos estabelecidos, e toda documentação é unida aos autos do processo, cabendo recurso por parte dos licitantes. Com base em Santos e Carrijo (1999), a Figura 12.2 mostra uma simplificação desse fluxo.

Para a licitação, é indispensável que se faça uma caracterização detalhada do projeto do serviço ou objeto licitável sem indicação de marca, salvo em casos excepcionais, o que reforça a importância da especificação do material. É necessário, ainda, realizar orçamentos com, no mínimo, três

fornecedores, além de ter recursos orçamentários disponíveis para compra e condições de armazenamento.

As modalidades de licitação constantes na Lei no 8.666/93 são:

•

Convite: utilizado entre os interessados, cadastrados ou não, escolhidos e convidados em número mínimo de três pela unidade administrativa, sendo extensivo aos demais cadastrados na correspondente especialidade. É indicado para aquisições de valores baixos estabelecidos pela lei

•

Tomada de preço: utilizada entre interessados devidamente cadastrados ou que atenderem a todas as condições exigidas para cadastramento. É indicada para aquisições de valores médios estabelecidos pela lei

•

Concorrência: utilizada entre quaisquer interessados que, na fase inicial de habilitação preliminar, comprovem ter os requisitos mínimos de qualificação exigidos no edital. É indicada para aquisições de valores altos estabelecidos pela lei

Figura 12.2 Fluxo simplificado do processo licitatório.

•

Concurso: utilizado entre quaisquer interessados para escolha de trabalho técnico, científico ou artístico

•

Leilão: utilizado entre quaisquer interessados para venda de bens móveis inservíveis para a Administração, ou de produtos legalmente apreendidos ou penhorados.

Outra forma prevista nas Leis no 8.666 (Brasil, 1993) e no 6.544 (São Paulo, 1989) é o *Sistema de Registro de Preços*, definido como um conjunto de procedimentos para registrar formalmente em ata obrigatória, em relação ao objeto licitatório, os preços, as quantidades e as condições a serem observadas em contratações futuras. Para tal, realiza-se ampla pesquisa de mercado com a finalidade de aferir os preços praticados, antes da realização do certame e trimestralmente, verificando a compatibilidade dos preços registrados com os praticados.

O *pregão* é uma modalidade de licitação mais recente, instituída pela Lei no 10.520, de 17 de julho de 2002 (Brasil, 2002).

A opção por essa modalidade não depende do valor estimado da contratação, e a disputa pelo fornecimento de bens e serviços comuns é feita por meio de propostas e lances sucessivos em sessão pública.

Essa modalidade vem ganhando espaço na Administração Pública por ser um processo mais dinâmico, que proporciona maior competitividade entre os concorrentes e maior transparência à gestão de compras, visto que a negociação é realizada em sessão pública. Tem também contribuído para a diminuição dos gastos com materiais.

A determinação da modalidade é baseada no valor estimado da contratação, podendo ser adotada uma acima da que deveria ser escolhida. Não é permitida a combinação de modalidades em um mesmo procedimento licitatório.

O valor estimado de contratação é obtido multiplicando-se a quantidade total a ser adquirida pela média de preço de mercado. Para calcular a média de mercado é obrigatório o orçamento em pelo menos três diferentes fornecedores. A quantidade total refere-se ao montante dos objetos afins a serem adquiridos no período de ressuprimento.

Assim, somam-se as previsões mensais de seringas descartáveis de todos os setores da instituição e multiplica-se essa soma pelo número de meses relativos ao período de ressuprimento; faz-se o mesmo procedimento para cada tamanho de seringa e, somando-se todos eles, obtém-se o valor total estimado para aquisição de seringas. Essa quantidade não poderá ser dividida, pois poderá ocasionar a escolha incorreta da modalidade de licitação, devido à diminuição do valor total de contratação.

O critério para avaliação das propostas é, em geral, o “menor preço”, e os critérios de “melhor técnica” ou de “técnica e preço” são utilizados para julgamento de serviço intelectual (Führer e Führer, 2000).

Mais uma vez, destaca-se a importância de especificações técnicas consistentes, pois, em uma licitação, inúmeros materiais são oferecidos, de boa qualidade ou não. Além disso, o critério de “menor preço” impõe algumas dificuldades no julgamento das propostas, caso as especificações não garantam exatamente aquilo que se deseja adquirir.

A *recepção* e o *armazenamento* dos materiais após a compra e a distribuição aos diferentes serviços da organização são de responsabilidade do serviço de almoxarifado, que, por ter o controle dos estoques, deflagra novos processos de compra quando os materiais alcançam o nível de ressuprimento. O recebimento se dá pela conferência dos materiais entregues pelo fornecedor no prazo determinado, constantes na nota fiscal com os dados da nota de empenho. Depois disso, é registrada a entrada do material no almoxarifado, sendo este codificado de acordo com as normas e a tecnologia disponível na organização. Com isso, o material pode ser distribuído.

A *distribuição* dos materiais e o *controle* de estoque estão diretamente associados e constituem pontos centrais de todo o sistema, exigindo

subsistemas de controles mais sofisticados. O almoxarifado dá baixa no estoque e aloca medicamentos e materiais para os usuários de acordo com o sistema de distribuição adotado. Geralmente, são distribuídos por quantidades preestabelecidas (cotas) por períodos de tempo (diariamente, semanalmente, mensalmente), segundo o perfil histórico de gastos de materiais por serviço, como já visto anteriormente. No entanto, esse sistema tem produzido estoques nas unidades, dificultando o conhecimento do consumo real de materiais.

Os estoques representam investimentos significativos para os hospitais; por isso, seu gerenciamento garante tanto a excelência dos serviços como resultados financeiros satisfatórios. O objetivo do gerenciamento de estoques é minimizar o capital investido, a soma dos custos de manutenção de estoques e os custos para a sua obtenção. Os custos de manutenção de estoques referem-se aos valores de armazenamento, controle, seguros, impostos, deterioração, furtos, dentre outros; e os de obtenção referem-se ao processo de compra para a sua formação (Martins, 2001).

Outra situação causada pelo desconhecimento do consumo real, decorrente da falta de controle desses estoques periféricos, é a compra de materiais em ponto de reposição ou ressuprimento no almoxarifado, mas ainda existentes nas unidades, em detrimento de materiais que também estão em ponto de reposição, mas em falta nas unidades.

Uma tendência para melhorar o controle, principalmente, de materiais de consumo e medicamentos, devido ao volume de itens, ao custo e às dificuldades assistenciais que a sua falta representa, tem sido a alocação de todo o material que chega para os serviços de farmácia, que unitarizam cada item, ou seja, codificam unidade por unidade de cada material com a ajuda de sistemas informatizados de código de barra e leitoras ópticas. Eles distribuem para os demais serviços com base no perfil do consumo diário das unidades, identificadas também pelo código de barra. O objetivo dessa codificação não é classificar o material, mas identificá-lo. Com isso, pode-se rapidamente rastrear o consumo dos produtos e repô-los às unidades, além de evitar estoques desnecessários nas mesmas e possibilitar o conhecimento do consumo real diário por material, por unidade.

Assim, as unidades assistenciais ficam apenas com pequenas quantidades de materiais e medicamentos necessários para emergências. Esse sistema está sendo implantado em alguns hospitais com algumas variações e necessita de maiores estudos quanto a sua eficácia.

Seja qual for o sistema de controle de materiais adotado, é preciso analisar o comportamento do consumo mensal de cada serviço, observando as razões que justificam as variações de consumo, tais como as alterações no número de atendimento ou na taxa de ocupação, as ocorrências sazonais das doenças e a quantidade de alunos, dentre outras.

Papel do enfermeiro

O enfermeiro, por assumir o gerenciamento das unidades de atendimento e coordenar toda a atividade assistencial, tem papel preponderante no que diz respeito a: determinação do material necessário à consecução da assistência, tanto nos aspectos

quantitativos como qualitativos; definição das especificações técnicas; análise da qualidade; participação do processo de compra; e estabelecimento de controle e avaliação (Silva et al., 1990; Castilho e Leite, 1991; Bogo et al., 2015).

A participação na operacionalização dessas atividades dependerá do sistema de gerenciamento de materiais implantado na organização hospitalar, isto é, se suas fases estão mais ou menos informatizadas (Paschoal e Castilho, 2010). Contudo, independentemente disso, o enfermeiro deve sempre estar envolvido nos processos de gerenciamento de recursos materiais, com a finalidade de garantir a eficácia da assistência de enfermagem.

Um aspecto essencial no papel do enfermeiro está em conhecer e acompanhar o perfil de consumo de materiais de sua unidade, não só os de medicamentos, mas também os esterilizados, encaminhados pelos centros de material. Outra atividade importante do enfermeiro é, junto com o serviço de educação continuada, promover estratégias de orientação e

capacitação dos profissionais de enfermagem quanto ao uso racional do material disponível e à otimização dos recursos (Silva et al., 1990).

É fundamental lembrar ainda que as medidas de contenção de gastos de materiais dependem também do estilo de liderança, do processo comunicacional que se estabelece com os funcionários, da satisfação no trabalho e da adequação do espaço físico, entre outros. Para tanto, é indispensável que o enfermeiro mantenha-se atualizado em relação aos novos produtos lançados no mercado e às novas técnicas terapêuticas que exigem a adoção de outros materiais. No entanto, é preciso avaliar sempre o impacto da inclusão de novas tecnologias na assistência e no custo para a organização.

É inquestionável que todos os profissionais, enquanto usuários e prestadores de serviço, estejam cientes de sua responsabilidade no alcance dos objetivos assistenciais e do compromisso individual e coletivo no uso e na administração de materiais. Assim como outros profissionais, os enfermeiros têm integrado as comissões de licitação (nas entidades públicas) e os grupos de assessoria de compras.

A atuação do enfermeiro no gerenciamento de recursos materiais é uma conquista para as esferas de tomada de decisão, destacando-se seu importante papel na dimensão técnico-administrativa e financeira, inerente aos processos de cuidar e gerenciar, e não apenas na concepção de mais uma atividade burocrática que não agrega valor à profissão e ao cuidado.

Referências bibliográficas

Bandeira de Mello CA. Curso de direito administrativo. São Paulo: Malheiros Editores; 1997.

Barbieri JC, Machline C. Logística hospitalar: teoria e prática. São Paulo: Saraiva; 2006.

Bittar OJNV. Hospital: qualidade e produtividade. São Paulo: Sarvier; 1997.

Bogo PC, Bernardino E, Castilho V et al. O enfermeiro no gerenciamento de materiais em hospitais de ensino. Rev Esc Enferm USP. 2015; 49(4):632-9.

Brasil. Lei no 10.520, de 17 de julho de 2002. Institui, no âmbito da União, Estados, Distrito Federal e Municípios, nos termos do art. 37, inciso XXI, da Constituição Federal, modalidade de licitação denominada pregão, para aquisição de bens e serviços comuns, e dá outras providências. Disponível em: www.pregao.sp.gov.br. Acesso em: 3 de maio de 2004.

Brasil. Lei no 8.666, de 21 de junho de 1993. Regulamenta o art.37, inciso XXI, da Constituição Federal, institui normas para licitações e contratos da Administração Pública e dá outras providências. Disponível em: http://www.fazenda.sp.gov/cge/pdf/Lei%208.666.pdf.

Castilho V, Kopte R, Yamada MAT. Estudo do gasto de material de consumo de unidades de saúde. Relatório técnico. Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo. Divisão Regional da Saúde (DIRII). Santo Amaro; SP. 2001.

Castilho V, Leite MMJ. A administração de recursos materiais na enfermagem. In: Kurcgant P (Coord.). Administração em enfermagem.

São Paulo: EPU; 1991. p. 73-88.

Chiavenato I. Iniciação à administração de materiais. São Paulo: Makron Books; 1991.

Führer MCA, Führer MRE. Resumo de direito administrativo. São Paulo: Malheiros Editores; 2000.

Lourenço KG, Castilho V. Nível de atendimento dos materiais classificados como críticos no Hospital Universitário da USP. Rev Bras Enferm. 2007; 60(1):15-20.

Martins D. Gestão financeira de hospitais. São Paulo: Atlas; 2001.

Paschoal MLH, Castilho V. Implementação do sistema de gestão de materiais informatizado do Hospital Universitário da Universidade de São Paulo. Rev Esc Enferm USP. 2010; 44(4):984-8.

Pozo A. Administração de recursos materiais e patrimoniais: uma abordagem logística. São Paulo: Atlas; 2001.

Rosa MB, Gomes MJVM, Reis AMM. Abastecimento e gerenciamento de materiais. In: Gomes MJVM, Reis AMM (Coord). Ciências farmacêuticas: uma abordagem em farmácia hospitalar. São Paulo: Atheneu; 2001. p. 365-86.

Santos WB, Carrijo MTD. Licitações e contratos: roteiro prático. São Paulo: Malheiros Editores; 1999.

São Paulo. Lei no 6.544, de 22 de novembro de 1989. Dispõe sobre o estatuto jurídico das licitações e contratos pertinentes a obras, serviços, compras, alienações, concessões e locações no âmbito da Administração Centralizada e Autárquica. Disponível em: http://www.fazenda.sp.gov/cge/pdf/Lei%206.544.pdf.

Silva SH, Fernandes RAQ, Gonçalves VLM. A enfermagem e a administração de recursos materiais: experiências do Hospital Universitário da USP. Rev Hosp Adm Saúde. 1990; 14(1):34-8.

Vecina Neto G, Reinhardt Filho W. Gestão de recursos materiais e de medicamentos. São Paulo: USP; 1998.

13 Gerenciamento de Recursos Físicos e Ambientais

Valéria Castilho

Patricia Campos Pavan Baptista

Introdução

Para o desenvolvimento das atividades assistenciais de saúde, é preciso assegurar condições adequadas de trabalho para o atendimento tanto das necessidades dos usuários como das necessidades dos profissionais, sendo responsabilidade de todos os integrantes da instituição assegurar essas condições.

Nesse aspecto, as ações gerenciais devem contemplar a análise necessária de toda a estrutura física e ambiental para a assistência à saúde, a fim de garantir segurança aos profissionais e aos usuários, minimizando a exposição aos riscos ocupacionais e preservando o meio ambiente. As preocupações com a problemática relacionada ao meio ambiente estão inseridas na saúde pública desde seus primórdios, apesar de ter se estruturado como uma área específica para tratar dessas questões somente na segunda metade do século 20. Essa área, que trata da inter-relação saúde e meio ambiente, foi denominada saúde ambiental (Ribeiro, 2004).

Trata-se, portanto, de um amplo campo de estudo, que envolve profissionais de diversas formações acadêmicas e técnicas, tanto das áreas biológicas quanto das ciências da natureza e das ciências exatas (Ribeiro, 2004).

A Organização Mundial da Saúde (OMS, 1998) conceitua a saúde ambiental como aquela que "se refere aos aspectos da saúde e qualidade de vida humana determinada por fatores ambientais, sejam estes físicos, químicos, biológicos ou sociais.

Refere-se também à teoria e à prática de avaliação, correção, controle e prevenção daqueles fatores que, presentes no ambiente, podem afetar potencialmente de forma adversa a saúde humana de gerações presentes e futuras".

A Constituição do Brasil, em seu artigo 225, dispõe que todos têm direito ao meio ambiente ecologicamente equilibrado, de uso comum do povo e essencial à sadia qualidade de vida, impondo-se ao poder público e à coletividade o dever de defendê-lo e de preservá-lo para a presente e as futuras gerações (Brasil, 1988).

Junto com a evolução da legislação, ampliou-se a consciência de que a saúde, individual e coletiva, nas suas dimensões física e mental, está intrinsecamente relacionada com a qualidade do meio ambiente. Essa relação tem se tornado mais evidente para a sociedade devido à sensível redução da qualidade ambiental verificada nas últimas décadas, como consequência do padrão de crescimento econômico adotado no país e de suas crises (Ribeiro, 2004).

Entre setembro de 2012 e março de 2013, a Consulta Global Temática sobre a Saúde na Agenda pós-2015 recebeu pessoas e organizações de todo o mundo para discutir sobre a melhor maneira de garantir a saúde das gerações futuras. No documento resultante, as questões de saúde relacionadas com sustentabilidade ambiental, água e energia aparecem como uma das prioridades (United Nations, 2015).

Assim, independentemente do ambiente, seja ele interno ou externo, torna-se imperativa a gestão dos fatores adversos ao mesmo, visando à promoção da saúde e da vida.

O grande número de fatores ambientais que podem afetar a saúde humana é um indicativo da complexidade das interações existentes e da amplitude de ações necessárias para melhorar os fatores ambientais determinantes da saúde (Ribeiro, 2004). A gestão desses recursos físicos e ambientais não é uma atividade simples, pois pressupõe, além de conhecimento específico, compromisso com o meio ambiente e com a qualidade de vida das pessoas e do trabalhador.

Gerenciamento de recursos físicos

O conceito de recursos físicos engloba as áreas internas e externas que compõem um serviço de saúde. Uma unidade, especificamente, compreende o espaço físico determinado e especializado para o desenvolvimento de atividades assistenciais, caracterizado por dimensões e instalações diferenciadas. A dimensão refere-se ao tamanho da unidade em função dos equipamentos, da população a ser atendida e das atividades a serem realizadas.

O estabelecimento de assistência à saúde (EAS) é entendido como qualquer edificação destinada à prestação da assistência à saúde da população, em qualquer nível de complexidade de atenção à saúde, em regime de internação ou não.

Para assegurar a viabilidade técnica e compatibilizar a necessidade com a disponibilidade de recursos, observando os parâmetros legais, é fundamental a participação do enfermeiro na proposição e no planejamento da área física, pois a visão da equipe profissional especializada em construções composta por engenheiros, ergonomistas e arquitetos não é suficiente para reconhecer as necessidades assistenciais e as atividades que devem ser desenvolvidas pela equipe de saúde.

O gerenciamento de recursos físicos e ambientais em enfermagem consiste na participação do enfermeiro no planejamento e na alocação desses

recursos, com o objetivo de organizar ou gerir, cotidianamente, uma unidade de saúde, provendo segurança, conforto e privacidade aos pacientes e assegurando condições de trabalho apropriadas.

O papel do enfermeiro, desse modo, está voltado para o planejamento do espaço físico, dimensionando os recursos constituintes das unidades assistenciais e considerando a inserção e o impacto desse espaço no ambiente social dos clientes, usuários e profissionais de saúde.

Para a construção de ambientação de EAS, é indispensável atender aos requisitos estabelecidos pelas leis municipais e estaduais, pelo Ministério da Saúde e por outros órgãos governamentais, como a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa). Este órgão é regulamentador do sistema de saúde e desempenha ação fiscalizadora quanto à adequação das condições do ambiente onde se processa a atividade e quanto à existência de instalações e equipamentos indispensáveis e condizentes com suas finalidades, com base no controle dos riscos associados.

As Resoluções da Diretoria Colegiada (RDCs) nos 50 e 307, que alteraram a anterior, são as principais diretrizes de normatização da infraestrutura física dos serviços assistenciais de saúde e dispõem sobre o regulamento técnico para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de EAS (Brasil, 2002a,b).

Para a determinação dos EAS, deve-se ter como base o modelo assistencial e gerencial (Felli e Peduzzi, 2005), além da demanda da população a ser atendida, em função de seu perfil epidemiológico (Brasil, 2002a,b).

Além dos aspectos físico-funcionais para o atendimento das demandas assistenciais, devem ser considerados para a construção de um EAS os fatores legais, técnicos, econômicos, ergonômicos, psicológicos e ambientais relacionados com o empreendimento, considerando arquitetura, instalações elétrica, eletrônica e hidráulica, fluidos mecânicos e climatização.

A RDC no 50 (Brasil, 2002b) não estabelece a tipologia de edifícios de saúde, ou seja, não determina se deve ser um hospital ou uma unidade básica de

saúde, nem o número de andares do prédio. Essa resolução visa propiciar ao usuário e à equipe de saúde um ambiente adequado às atividades assistenciais programadas, sem riscos ou prejuízos, contribuindo para que a instituição de saúde seja considerada de qualidade por ter condições de alcançar seus objetivos e também a satisfação da clientela.

A definição das atribuições em atividades e subatividades é que determina o dimensionamento, a quantificação e as instalações prediais dos ambientes. Portanto, é preciso descrever as atividades a serem desenvolvidas e identificar os ambientes necessários para a realização dessas atividades, seguindo, obrigatoriamente, a RDC nos 50 e 307. Por exemplo, recomenda-se que, para cada 30 leitos de uma unidade de internação, haja um posto de enfermagem de 6 m2, provido de instalações para água fria e sistema elétrico de emergência. Para quartos de adulto, considera-se que, para cada 30 leitos, haja, no mínimo, um quarto para situações que requeiram isolamento; o quarto com um leito deve medir 10 m2; com dois leitos, 7

m2 por leito; e em enfermarias de três a seis leitos, 6 m2 por leito. Uma enfermaria não pode exceder a quantidade de seis leitos. A distância entre leitos paralelos deve ser de 1 m; não existe recomendação para a distância entre a cabeceira do leito e a parede; para o pé do leito e a parede, a distância é de 1,2 m, e, para a lateral do leito e a parede, é de 0,5 m.

Assim, é imprescindível analisar a adequação do projeto arquitetônico às atividades propostas pelo EAS, verificando a pertinência do projeto físico às propostas assistenciais pretendidas, por unidade funcional e pelo conjunto do EAS. Como exemplo, pode ser citada a adaptação dos ambientes externo e interno dos EASs para o atendimento a deficientes físicos e idosos.

Para cada unidade funcional também é preciso considerar os ambientes de apoio necessários para o desenvolvimento das atividades assistenciais, para o atendimento do público e para as necessidades do trabalhador. Pensando neste último, deve-se

adequar os equipamentos e mobiliários à sua altura, proporcionando condições para uma postura correta e confortável. Assim, por exemplo, as

camas hospitalares devem permitir regulagem de altura para facilitar seu posicionamento em diferentes situações, e as cadeiras devem possibilitar o encosto das costas até o meio, acomodar os glúteos, não pressionar a parte posterior das coxas e apoiar os pés, além de serem quantitativamente suficientes.

As mesas e os balcões devem ter como altura média a altura do cotovelo e encaixe para os pés. Além disso, é necessário evitar o uso de escadas para alcançar materiais, a manipulação de pesos acima dos ombros e a guarda de materiais que não estejam no campo de visão do trabalhador. Também é fundamental a participação do enfermeiro na análise das condições de trabalho e dos fatores de risco, demandando à instituição o cumprimento das exigências de segurança no trabalho, como as condições de uso e de manutenção de equipamentos; instalação elétrica; iluminação; ventilação; temperatura e umidade adequadas; planos de emergência; plano de combate a incêndio; mapa de fuga; extintores; placas e símbolos. Nesse contexto, o enfermeiro, além de participar do gerenciamento dos recursos físicos, participa também, cotidianamente, do gerenciamento dos recursos ambientais.

Gerenciamento de recursos ambientais

É cada vez mais notória a complexidade do processo de transformação de uma sociedade em crescimento não só ameaçada, mas diretamente afetada por riscos e agravos socioambientais, em que a dimensão da sustentabilidade se apresenta como alternativa (Jacobi et al., 2009).

Nesse contexto, um dos maiores desafios da sociedade moderna é o equacionamento da geração excessiva e da disposição final ambientalmente segura dos resíduos sólidos. Embora os países mais ricos frequentemente gerem maiores quantidades de resíduos e de lixo, existe maior capacidade de equacionamento dessa gestão devido a uma gama de fatores, que incluem recursos econômicos, preocupação ambiental da população e desenvolvimento tecnológico. Em cidades de países em desenvolvimento e com urbanização muito acelerada, verificam-se déficits na capacidade financeira e administrativa em prover infraestrutura e serviços essenciais

capazes de garantir segurança e controle da qualidade ambiental para a população (Jacobi e Besen, 2011).

Atualmente, frente a essa situação, as empresas têm sido impelidas a buscar medidas para garantir uma atuação com práticas sustentáveis, engajadas na preservação ambiental.

A importância da questão ambiental tem afetado também as instituições de saúde, por serem estas grandes consumidoras de produtos químicos e radiológicos, além de manipularem constantemente uma diversidade de materiais biológicos.

Os resíduos dos serviços de saúde (RSSs) são parte importante do total de resíduos sólidos urbanos, não necessariamente pela quantidade gerada (cerca de 1 a 3% do total), mas pelo potencial de risco que representam à saúde e ao meio ambiente (Brasil, 2006).

Assim, o gerenciamento de recursos ambientais nas instituições de saúde tem como objetivo a atenção e os cuidados com a utilização e o descarte de materiais com resíduos biológicos, químicos e radioativos. Seu papel deve considerar que a ideia central de sustentabilidade implica a necessidade de se definir uma limitação quanto às possibilidades de um crescimento desordenado, e de implementar um conjunto de iniciativas que reforcem o sentimento de corresponsabilização em torno da problemática ambiental, por meio de um conhecimento crítico, intencionalmente engajado (Jacobi et al., 2009).

Nesse sentido, a gestão integrada de resíduos deve inverter a lógica prevalente, priorizando a não geração, a redução da produção excessiva e do desperdício e o reaproveitamento dos resíduos, a fim de evitar os efeitos negativos sobre o meio ambiente e a saúde pública (Brasil, 2006).

Gerenciamento dos resíduos dos serviços de saúde

No Brasil, os RSSs, conforme as normas NBR 12.807 e 12.808 da Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT), são conceituados como “os resíduos resultantes das atividades exercidas por estabelecimentos geradores

destinados à prestação de assistência sanitária à população, como hospitais, unidades básicas de saúde, clínicas médicas, odontológicas, veterinárias, laboratórios e farmácias".

Muitos dos resíduos gerados e manipulados nas instituições de saúde são considerados de risco, pelo fato de poderem afetar a saúde e também causar danos ao meio ambiente, contaminando e poluindo o solo, o ar e a água. Entretanto, tal risco pode ser minimizado pelo seu correto gerenciamento, tanto no ambiente interno da instituição como no meio ambiente. Para tanto, cada organização deve ter o Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde (PGRSS), evitando tanto a exposição dos trabalhadores como a de pessoas e do ambiente.

As normas que dispõem sobre o manejo dos resíduos dos serviços de saúde são publicadas pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), pela ABNT e pelo Conselho Nacional do Meio Ambiente (Conama). Em relação aos resíduos químicos, a Companhia Elétrica de Tecnologia de Saneamento Ambiental (CETESB) trata dos resíduos provenientes dos serviços de saúde.

As normas da ABNT, da série 12.807 a 12.810 de 1993, tratam dos resíduos dos serviços de saúde em relação aos riscos potenciais ao meio ambiente e à saúde pública, assim como do seu gerenciamento (ABNT, 1993a-d). Dentre elas, destacam-se a NBR 12.809 (ABNT, 1993c), que define os procedimentos de manuseio dos resíduos de serviços de saúde no âmbito interno das unidades, e a NBR 12.810 (ABNT, 1993d), que estabelece critérios de coleta desses resíduos extraunidade e trata dos equipamentos de proteção individual (EPIs).

A ABNT, em sua NBR 10.004/2004, classifica os resíduos em perigosos e não perigosos, sendo os primeiros aqueles que contêm características de inflamabilidade, corrosividade, reatividade, toxicidade e/ou patogenicidade (ABNT, 2004).

A classificação de resíduos da Anvisa (Resolução RDC no 306/2004) dispõe sobre o gerenciamento de resíduos de serviços de saúde e a obrigatoriedade do PGRSS, e descreve as ações de manejo dos resíduos sólidos referentes a: geração, segregação, acondicionamento, coleta,

armazenamento, transporte, tratamento e disposição final, bem como às ações de proteção à saúde pública e ao meio ambiente.

A Resolução Conama no 358/2005 dispõe sobre o tratamento e a disposição final dos resíduos de serviços de saúde.

Estabelece os procedimentos mínimos para o gerenciamento de resíduos sólidos e semissólidos, responsabilizando os estabelecimentos pelo gerenciamento de seus resíduos. Essa resolução classifica os resíduos em grupos: A (resíduos com possível presença de agentes biológicos), B (resíduos químicos), C (resíduos radioativos), D (resíduos comuns) e E (resíduos perfurocortantes ou escarificantes) (Conama, 2005).

Segundo Günther e Costa (2004), qualquer que seja a classificação adotada, é imprescindível considerar as características distintas de cada categoria e os diferentes métodos para o seu tratamento ou disposição final, com especial atenção à periculosidade, às propriedades físicas, químicas e biológicas, e à possibilidade de reciclagem. Atenção deve ser dada também à legislação das esferas federal, estadual e municipal.

É certo que o gerenciamento dos resíduos em serviços de saúde é um trabalho que deve ser articulado por uma equipe multiprofissional. Crema et al. (2008) descrevem a experiência em um hospital público no gerenciamento dos resíduos infectantes, na vivência das seguintes fases: diagnóstico situacional em relação ao resíduo; divulgação e sensibilização dos trabalhadores para as novas medidas; plano-piloto; e treinamento e implantação das medidas. Posteriormente, ao proporem o PGRSS, descrevem as etapas de manejo percorridas.

Deve-se dar atenção ainda às possibilidades de reciclagem, considerando resíduos recicláveis aqueles que podem ser reutilizados como matéria-prima para a fabricação de outros produtos, como papel, papelão, latas e vidros. Outros cuidados devem ser tomados com pilhas, baterias, lâmpadas fluorescentes, mercúrio de termômetros e esfigmomanômetros, que devem ser encaminhados para empresas especializadas, e não desprezados em lixo comum (Figura 13.1).

A seguir, são descritas as etapas do plano de gerenciamento de resíduos, segundo a RDC no 306/2004 (Brasil, 2004):

•

Segregação é a operação de identificação e separação dos resíduos no momento em que são gerados, em função da classificação previamente adotada. Cuidados especiais devem ser tomados a fim de assegurar a saúde de todos, como prover ao funcionário EPIs específicos (avental, botas, luvas, máscaras e uniforme). Günther e Costa (2004) acrescentam que a segregação ou separação do lixo tem como objetivo evitar a mistura de resíduos incompatíveis, favorecendo o seu encaminhamento específico

•

Acondicionamento é a guarda dos resíduos em recipientes adequados de acordo com seu tipo e suas características, logo após sua geração/manipulação. São utilizados saco plástico branco leitoso, saco plástico preto e recipientes impermeáveis, rígidos e resistentes à ruptura. Günther e Costa (2004) ressaltam que essas embalagens devem ser sinalizadas com o símbolo internacional de risco

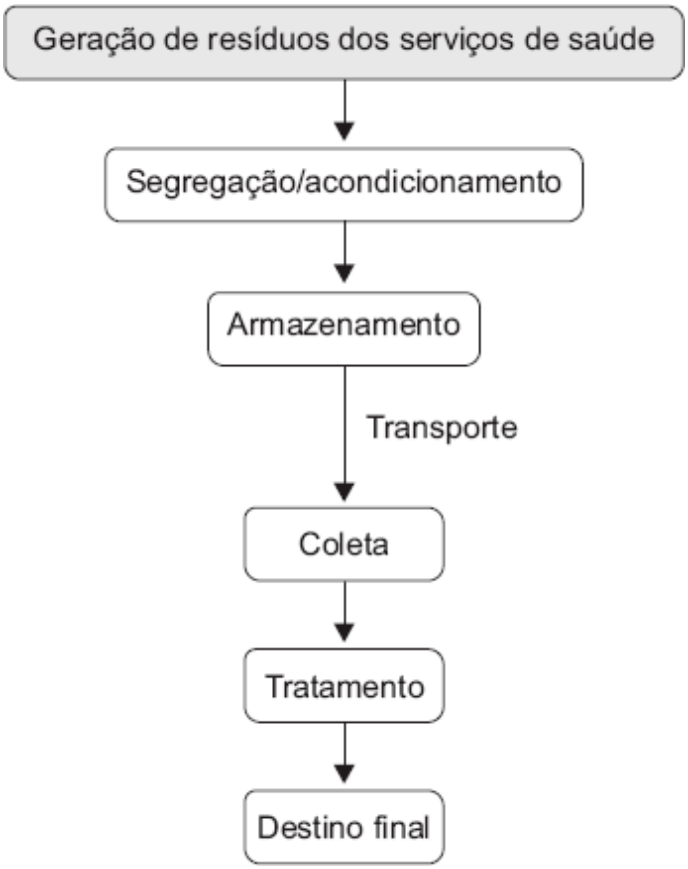


Figura 13.1 Fluxo dos resíduos nos serviços de saúde.

•

A *coleta interna* consiste em recolher os resíduos da lixeira, dos recipientes e dos sacos plásticos, e transportá-los até um abrigo a eles destinado. Essa coleta deve ser realizada de acordo com a necessidade do órgão gerador calculada pela quantidade/dia, sendo, no mínimo, uma coleta/dia. O transporte interno é o traslado dos resíduos desde os pontos de geração até o local destinado ao armazenamento temporário ou à apresentação para a coleta externa

•

Armazenamento é a guarda temporária dos resíduos em locais específicos e apropriados, normalmente denominados abrigos ou depósitos de resíduos, à espera do recolhimento pelo serviço de coleta, seguindo para o tratamento e a disposição final. O armazenamento interno consiste na

guarda dos recipientes que contêm os resíduos já acondicionados em local próximo aos pontos de geração, visando agilizar a coleta dentro do estabelecimento e otimizar o traslado entre os pontos geradores e o ponto destinado à coleta externa. O armazenamento externo consiste na guarda dos recipientes de resíduos até a realização da coleta externa, em ambiente exclusivo com acesso para os veículos coletores

•

Coleta II é o transporte dos resíduos do abrigo interno para o abrigo externo. A coleta e o transporte externo consistem na remoção dos resíduos do local de armazenamento até a unidade de tratamento ou destinação final, com a utilização de técnicas que garantam a preservação da integridade física do pessoal designado para essa atividade, da população e do meio ambiente. Deve estar de acordo com as orientações dos órgãos de limpeza urbana

•

Tratamento é todo processo realizado, segundo os padrões de segurança, que modifica as características físicas, químicas ou biológicas dos resíduos, eliminando ou minimizando os riscos a eles associados

•

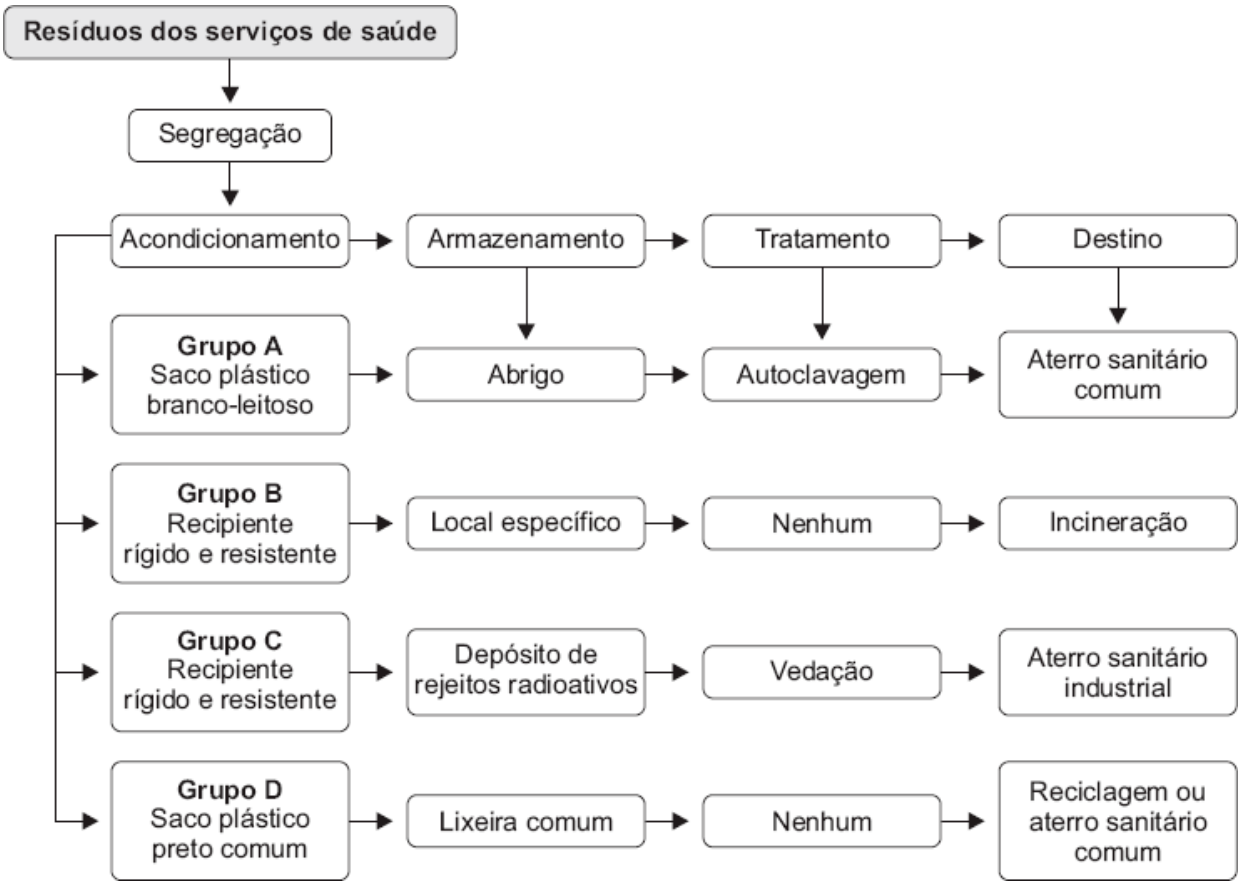
Disposição ou destinação final é dispor os resíduos no solo previamente preparado para recebê-los, obedecendo a critérios técnicos de construção, operação e licenciamento de órgão ambiental. É a última etapa do gerenciamento dos resíduos e deve ser feita de modo a não provocar efeitos danosos à saúde pública ou ao meio ambiente. Compreende a disposição em aterros sanitários, a reciclagem, a incineração ou ainda a disposição em aterro especial.

A Figura 13.2 apresenta sinteticamente o fluxo do gerenciamento dos resíduos proposto pela RDC no 306/2004 (Brasil, 2004).

O transporte deve ser realizado nos períodos de menor circulação de pessoas, sem risco de acidente para os funcionários envolvidos e sem provocar contaminação ambiental, utilizando carros específicos para essa finalidade.

Gerenciamento de recursos físicos e ambientais e a saúde do trabalhador

A prevenção de riscos à saúde ambiental e humana é o objetivo central da biossegurança, a qual dialoga e se apropria de saberes de outras áreas do conhecimento científico, o que caracteriza sua interdisciplinaridade (Rocha et al., 2012).



O gerenciamento de recursos físicos e ambientais deve, portanto, abarcar as questões relativas à saúde do trabalhador, consolidando estratégias para o desenvolvimento de uma cultura de segurança nos processos de trabalho.

Nesse sentido, a biossegurança propõe a avaliação de risco como primeiro passo para a elaboração de propostas preventivas e como prática possibilitadora do desenvolvimento sustentável, constituindo uma estratégia capaz de promover interseções entre as instituições e a sociedade em todos os níveis de representação ou atuação, no sentido de preservar a vida no planeta (Rocha et al., 2012).

Figura 13.2 Etapas do gerenciamento dos resíduos dos serviços de saúde.

A construção do ambiente deve não apenas privilegiar o espaço físico para o atendimento das necessidades dos usuários, mas também garantir aos trabalhadores condições seguras e confortáveis para a execução do trabalho.

Estudo de vigilância à saúde do trabalhador de enfermagem realizado por meio do Sistema de Monitoramento da Saúde do trabalhador de Enfermagem (Simoste) em cenário nacional identificou uma série de agravos ocorridos com os trabalhadores em decorrência de falhas na estrutura física e na sinalização dos ambientes. Esses agravos incluem quedas, torções e fraturas, responsáveis por afastamento e incapacidade temporária dos trabalhadores (Felli, 2010).

Em relação aos resíduos, a falta de organização e a destinação inadequada impõem riscos às pessoas dentro da instituição, aumentando a chance de contaminação para trabalhadores, pacientes e familiares, e fora da instituição, em relação ao meio ambiente, uma vez que podem contaminar a rede de esgoto, a rede fluvial e a atmosfera.

Tratando-se de materiais biológicos, os acidentes de trabalho com fluido biológico representam um dos principais problemas de saúde pública mundial envolvendo os profissionais de saúde, devido à gravidade das doenças infecciosas que podem acarretar (CDC, 2001).

A equipe de enfermagem manipula grande quantidade de materiais na realização da assistência e, consequentemente, gera resíduos. Por isso, é fundamental estar alerta para as questões ambientais nas instituições, mantendo condições seguras para o desenvolvimento dessas atividades.

Para proceder ao uso e ao descarte, o enfermeiro deve considerar a natureza do material, o tipo de contato com o paciente (contaminação microbiológica) e a recomendação para o destino. Os subprodutos e os recipientes de envase (almotolias, frascos) também requerem os mesmos cuidados. Ao desprezar seringas e agulhas, por exemplo, as agulhas não devem ser reencapadas nem desconectadas da seringa, mas sim descartadas em caixa impermeável e resistente, específica para material perfurocortante, cujo preenchimento não deve exceder ¾ de sua capacidade.

Pesquisa recente evidencia que muitos acidentes envolvendo fluido biológico acontecem não por falta de conhecimento, mas por falta de atenção e em decorrência de rotina atribulada, em que os trabalhadores tendem a descuidar das medidas de proteção (Bernardes e Baptista, 2015).

Quanto aos resíduos químicos, alguns cuidados não são tomados devido à ausência de controle rígido e específico, como no descarte final de produtos que não podem ser desprezados em pias comuns, como o formol, o glutaraldeído e outros resíduos. Por outro lado, o problema pode ser o desconhecimento das regras ou o fato de a instituição não fornecer as condições ou a estrutura física adequada.

É de responsabilidade de todos os participantes da equipe de saúde prevenir e reduzir os riscos à saúde e ao meio ambiente, assegurados pelo correto gerenciamento dos resíduos gerados nos serviços. É importante lembrar que uma substância química e seus resíduos são considerados perigosos não somente quando apresentam propriedade de toxicidade, mas também quando têm características de inflamabilidade, corrosividade e reatividade, associados ou individualmente (Costa e Takayanagui, 2015).

Em decorrência dos possíveis efeitos dessas substâncias, situações inadequadas de descarte podem expor o ambiente e os profissionais a diversos problemas de saúde.

Portanto, os rejeitos radioativos devem ser acondicionados em recipientes adequados, etiquetados e mantidos em local seguro até sua liberação para a sala específica. As medidas de segurança não são determinadas pelo

enfermeiro, mas ele deve conhecê-las e reivindicá-las aos responsáveis na instituição, como o Serviço de Engenharia, Segurança e Medicina do Trabalho e a Comissão Interna de Prevenção de Acidentes (CIPA), e ao serviço de higiene e limpeza. Além disso, deve adquirir capacitação necessária para argumentar sobre a necessidade e a relevância do gerenciamento de resíduos.

Cabe ainda ao enfermeiro recomendar, orientar e monitorar, junto aos trabalhadores de enfermagem, o uso de equipamentos de proteção individual, uma vez que muitos acidentes de trabalho ocorrem, em geral, porque os profissionais não acreditam nos riscos a que estão expostos e, assim, não aderem às práticas seguras.

Nesse caminho, o gerenciamento de recursos físicos e ambientais deve estar pautado também nos processos educativos, considerando que os programas de capacitação devem ir além dos aspectos técnicos, promovendo sensibilização e conscientização da equipe quanto à observância das normas e aos riscos e medidas de segurança, a fim de reduzir a ocorrência de acidentes de trabalho e a exposição desnecessária a riscos.

Considerações finais

Cada vez mais os enfermeiros têm assumido o compromisso com o gerenciamento de recursos físicos e ambientais, seja nas instituições de saúde, em cargos específicos na área de higiene hospitalar e na área de gestão de resíduos.

Desse modo, essa é uma atividade que exige o conhecimento específico do aparato legal e da política institucional vigente, a fim de que ocorra observância às normas, avaliação criteriosa do ambiente, monitoramento da utilização dos EPIs e atenção ao manejo dos resíduos.

Torna-se relevante o papel do enfermeiro no gerenciamento de recursos físicos e ambientais no aspecto educativo, de modo a engajar sua equipe para o compromisso ético com a preservação da saúde e do planeta.

Referências bibliográficas

Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT). NBR 10.004: Resíduos dos serviços de saúde – classificação. São Paulo; 2004.

Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT). NBR 12.807: Resíduos de serviços de saúde – terminologia. Rio de Janeiro: ABNT; 1993a. 3 p.

Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT). NBR 12.808: Resíduos de serviços de saúde – classificação. Rio de Janeiro: ABNT; 1993b. 2 p.

Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT). NBR 12.809: Manuseio de resíduos de serviços de saúde – procedimento. Rio de Janeiro: ABNT; 1993c. 4 p.

Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT). NBR 12.810: Coleta de resíduos de serviços de saúde. Rio de Janeiro: ABNT; 1993d.

3 p.

Bernardes C, Baptista PCP. Occupational exposures to biological fluids – Rethinking intervention strategies: a qualitative study. Online Brazilian Journal of Nursing. Niteroi. 2015; 14(3):332-42.

Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa). RDC no 307. Altera a Resolução RDC no 50, de 21 de fevereiro de 2002, que dispõe sobre o regulamento técnico para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde. Brasília: MS; 2002a.

Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa). RDC no 50. Dispõe sobre o regulamento técnico para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde. Brasília: MS; 2002b.

Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil. DOU 05/12/1988. Brasília: DOU; 1988.

Brasil. Ministério da Saúde (MS). Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa). RDC no 306, de 7 de dezembro de 2004, que dispõe sobre o regulamento técnico para o gerenciamento de resíduos de serviços de saúde. Brasília: MS; 2004.

Brasil. Ministério da Saúde (MS). Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa). Manual de gerenciamento de resíduos de serviços de saúde. Brasília: MS; 2006.

Center for Disease Control and Prevention (CDC). Updated U.S Public Health Service guidelines for the management of occupational exposure to HBV, HCV and HIV and recommendations for postexposure prophylaxis. Recomendations and reports, 2001.

Conselho Nacional do Meio Ambiente (Conama). Dispõe sobre o tratamento e a disposição final dos resíduos dos serviços de saúde e dá outras providências. Resolução no 358, de 29 de abril de 2005. Brasília: Ministério do Meio Ambiente; 2005.

Costa TF, Takayanagui AMM. A exposição às substancias químicas e o gerenciamento de resíduos perigosos. In: Felli VEA, Baptista PCP

(Orgs.). Saúde do trabalhador de enfermagem. Barueri: Manole; 2015. p. 130-55.

Crema D, Carmo DRB, Turin I et al. Gerenciamento de resíduos: a experiência de um hospital universitário. Programa de atualização em enfermagem-saúde do adulto. Porto Alegre: Artmed/Panamericana; 2008. p. 127-55.

Felli VEA. Relatório final do projeto Avaliação e Implementação do Sistema de Monitoramento da Saúde do Trabalhador de Enfermagem (Simoste). 2010. Mimeografado.

Felli VEA, Peduzzi M. O trabalho gerencial em enfermagem. In: Kurcgant P (Org.). Gerenciamento em enfermagem. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2005. p. 1-22.

Günther WMR, Costa AMP. Elaboração de plano de gerenciamento de resíduos de serviços de saúde (PGRSS). São Paulo: Apostila Mimeo; 2004.

Jacobi PR, Besen GR. Gestão de resíduos sólidos em São Paulo: desafios da sustentabilidade. Estudos Avançados. 2011; 25(71):135-58.

Jacobi PR, Tristão M, Franco MIGC. A função social da educação ambiental nas práticas colaborativas: participação e engajamento. Cad Cedes Campinas. 2009; 29(77):63-79.

Organização Mundial da Saúde (OMS). Indicadores para o estabelecimento de políticas e a tomada de decisão em saúde ambiental

[mimeo]. Genebra: OMS; 1998.

Ribeiro H. Saúde Pública e meio ambiente: evolução do conhecimento e da prática, alguns aspectos éticos. Saúde e Soc. 2004; 13(1):70-80.

Rocha SS, Bessa TCB, Almeida AMP. Biossegurança, proteção ambiental e saúde: compondo o mosaico. Ciênc Saúde Coletiva. 2012; 17(2):287-92.

United Nations. Health in the post-2015. Agenda: report of the global thematic consultation on health. Disponível em: http://www.worldwewant2015.org/file/337378/download/366802. Acesso em: 20 de outubro de 2015.

14 Gerenciamento de Custos nos Serviços de Enfermagem

Valéria Castilho

Antônio Fernandes Costa Lima

Fernanda Maria Togeiro Fugulin

Expansão dos gastos em saúde e a enfermagem

No gerenciamento dos serviços de enfermagem, os enfermeiros necessitam continuamente tomar decisões em relação a estrutura, processos e resultados institucionais. Para isso, ele deve dominar uma gama de conhecimentos e habilidades de diferentes áreas.

Uma das tendências para o gerenciamento de serviços de enfermagem é a inclusão de informações e o desenvolvimento de habilidades sobre custos como mais uma ferramenta a ser utilizada nos processos decisórios.

Desde 1993, o Conselho Internacional de Enfermagem vem afirmando que as finanças constituem outra área de domínio de conhecimento em enfermagem e recomenda aos profissionais que promovam investigações para validar metodologias de cálculo de custos nos serviços de enfermagem.

Essa necessidade é decorrente do aumento, em espiral, dos gastos com saúde, da insuficiência de recursos e da dificuldade de controle de gastos, tratando-se de um fenômeno mundial, e não só dos países em desenvolvimento.

No Brasil, o Sistema Único de Saúde (SUS) consolidou-se como uma importante política social. Contudo, há premência de se construir um novo modelo de financiamento, capaz de dar sustentabilidade ao sistema, de suportar as pressões de custos e de evitar a obsolescência da rede de atendimento (Brasil, 2013).

Os maiores desafios para tornar o SUS universal e público são políticos, pois supõem a garantia do adequado financiamento, a redefinição da articulação público-privada e a redução das desigualdades de renda, poder e saúde (Pain, 2013). Nessa perspectiva, considera-se que a melhoria dos sistemas de saúde depende, e muito, dos recursos disponíveis e de como eles são aplicados.

O envelhecimento da população, a extensão de cobertura, o avanço tecnológico, a baixa produtividade dos serviços e a falta de capacitação administrativa de seus gerentes, dentre outros fatores, têm levado ao aumento de gastos no setor saúde (Médici, 1994).

As organizações sofrem pressão dos clientes e dos seus profissionais para a aquisição de novas tecnologias, motivadas pelo *marketing* dos fabricantes. Na maioria das vezes, incorporam essas tecnologias sem fazer uma avaliação econômica para conhecer seu custo-benefício. *

A produção de serviços de saúde, em instituições públicas ou privadas, consome inúmeros insumos, cujo produto final são os próprios serviços de saúde. Esses insumos incluem recursos humanos, materiais hospitalares, instalações, equipamentos e, ainda, diferentes tecnologias para operá-los. Tais recursos têm custos, que são cobertos pelo próprio cliente, por seguradoras ou pelo financiamento público (SUS) (Couttolenc e Zuchi, 1998).

A maneira como a produção de serviços de saúde é realizada pode também contribuir para o aumento de custos, uma vez que não produz serviços que possam ser estocados e entregues depois aos clientes, como nas empresas de fabricação de bens.

A prestação do serviço acontece no momento de sua produção, ou seja, na presença do cliente, e, com isso, o fluxo de produção é descontínuo, com variações no consumo de insumos. No entanto, os recursos necessários, principalmente humanos, estão sempre disponibilizados. Assim, as ações gerenciais devem ser pautadas no conhecimento da dinâmica das unidades prestadoras de serviços, com a finalidade de melhorar a eficiência (ver Capítulo 6) dos mesmos.

Os enfermeiros que administram unidades de saúde são responsáveis pelo gerenciamento dos recursos humanos, materiais e físicos que consomem grande volume de recursos financeiros. Sabe-se que, dependendo da instituição, a enfermagem representa 30 a 60% do total do quadro de pessoal, e o volume de materiais que gerenciam em suas unidades de trabalho é outro fator importante em relação aos custos das organizações de saúde.

Com isso, os enfermeiros têm sido pressionados a reduzir pessoal e material, sem, no entanto, conhecer o perfil dos gastos, sem relacioná-los com a produção e sem fazer uma análise de seus custos (devido à inexistência de um sistema de custeio na maioria dos hospitais, principalmente os públicos). Outro problema é que os administradores das organizações de saúde sempre enfatizam os gastos da enfermagem sem avaliar as receitas** geradas por esse trabalho. Aburdene e Naisbitt, em 1993, alertaram para o fato de os enfermeiros serem responsáveis por 40 a 50% do faturamento dos hospitais.

A aferição e o controle de custos são essenciais para que os enfermeiros, gerentes de unidades de saúde, possam acompanhar sua evolução e implantar medidas que melhorem o desempenho do serviço, redefinindo prioridades, racionalizando recursos e acompanhando a produtividade. *

Embora os aspectos econômico-financeiros relativos à assistência de enfermagem tenham sido historicamente ignorados pelos enfermeiros (Anselmi e Nakao, 1999), deixando de ser incluídos nos cursos de graduação e pós-graduação e apresentando, consequentemente, baixa produção científica a esse respeito, estudos mais recentes têm demonstrado que essa realidade está mudando. Os enfermeiros estão assumindo responsabilidades em relação ao gerenciamento de custos em seus locais de trabalho, introduzindo essa temática nos cursos de graduação (Francisco, 2002) e, com isso, produzindo conhecimento nessa área (Oliveira, 2001).

Por gerenciamento de custos em enfermagem entende-se o processo administrativo que visa ao controle de custos e à tomada de decisão dos enfermeiros para uma eficiente racionalização de recursos disponíveis e limitados, com o objetivo de alcançar resultados coerentes com as necessidades de saúde da clientela e com as finalidades institucionais (Francisco e Castilho, 2002). Para isso, além de outros conhecimentos, faz-se necessária a compreensão de um conjunto de conceitos de natureza contábil.

Contabilidade de custos e sistemas de custeio

Finalidade

Hoje em dia, o grande desafio das organizações de saúde, principalmente as hospitalares, é atender as demandas com qualidade, oferecendo serviços com eficácia (ver Capítulo 6) e eficiência a baixos custos.

Gerenciar custos com orçamentos restritos é manter o equilíbrio entre despesas, custos e receitas, garantindo a sobrevivência da organização. Contudo, o desconhecimento dos custos e da melhor combinação de recursos e de sua efetividade dificulta às organizações ajustar suas atividades aos seus orçamentos.

Conhecer os custos dos serviços de saúde é essencial, pois possibilita a identificação das unidades que necessitam reduzi-los, o controle dos gastos e a eliminação dos desperdícios.

No entanto, muitas organizações de saúde precisam modernizar-se nessa área, uma vez que ainda utilizam métodos contábeis tradicionais, quando os possuem, que não permitem o conhecimento efetivo de seus custos. Os hospitais privados, na sua maioria, conhecem seus preços, mas não seus custos reais. Já os hospitais públicos dificilmente conhecem os custos reais de seus serviços e procedimentos.

Os gestores da área de saúde devem prover um sistema eficaz de gerenciamento de custos sem prejuízo da qualidade, a fim de buscar maior eficiência na distribuição dos recursos e oferecer serviços qualificados à população, compatibilizando os custos com o orçamento.**

Para isso, os profissionais de saúde devem ter noções sobre os métodos das ciências contábeis para apuração de custos e, assim, auxiliar na adaptação e utilização dos mesmos na produção de serviços de saúde.

Contabilidade de custos

Os objetivos da contabilidade de custos são: estabelecimento de padrões e orçamentos; comparações entre o custo real e o orçado; formação de preços; determinação de quantidades de serviços ou produtos a serem produzidos; escolha do que produzir; e avaliação ou decisão sobre o que cortar em relação aos custos. Assim, “o conhecimento dos custos é vital para saber se, dado o preço, o produto é ou não rentável e se é possível reduzir seus custos” (Martins, 2010).

Atualmente, a contabilidade de custos assumiu uma nova dimensão, que é a *contabilidade gerencial*, transformando-se em um importante instrumento administrativo. Esse novo papel tem duas funções relevantes: auxiliar no controle dos custos e subsidiar o processo de tomada de decisão. Em relação ao controle, tem a função de fornecer dados para o estabelecimento de padrões, orçamentos e outras formas de previsão financeira, permitindo acompanhar e comparar os valores incorridos com os anteriormente definidos (Martins, 2010). Para tanto, atribuem-se responsabilidades aos diversos níveis do escalão hierárquico da instituição, avaliando seus desempenhos.

Nos ambientes hospitalares, a contabilidade de custos é um instrumento gerencial importante para determinação, controle e análise dos gastos (custos e despesas), possibilitando o confronto desses custos e despesas com os preços dos procedimentos realizados, que são definidos pelo mercado composto de seguradoras, cooperativas de saúde, governo e outros (Martins, 2001).

Custos e despesas

Custos e despesas são gastos, isto é, um dispêndio monetário. O conceito de despesa é muito amplo; por isso, neste capítulo, será considerado como gasto não utilizado no processo de produção das atividades fins da organização. Nas instituições de saúde, as despesas podem ser exemplificadas pelos juros de um financiamento feito junto a um banco ou pelos esforços de comercialização de tratamentos junto às seguradoras.

O termo "custo" refere-se aos gastos realizados na produção de bens ou serviços fins da organização (Martins, 2010). São os gastos com insumos utilizados na produção.

Teoricamente essa divisão entre despesas e custos é fácil; porém, na prática, às vezes não se consegue distingui-los de maneira clara. Por isso, há necessidade de se discutirem critérios para classificar os gastos como despesas ou custos, uma vez que isso implicará a decisão de rateá-los, ou não, para a composição dos custos dos serviços ou das atividades desenvolvidas (Martins, 2010).

Os custos podem ser classificados em diretos e indiretos, variáveis e fixos. Os diretos são gastos, ou seja, um dispêndio monetário que se aplica diretamente na produção de um produto ou de um serviço (p. ex., o gasto com material e mão de obra na preparação e na administração de um medicamento). Já os indiretos são comuns a diversos procedimentos ou serviços, e não podem ser atribuídos exclusivamente a um setor ou produto. Sua apropriação se faz por meio de critérios ou fórmulas de rateio, com base em algum fator volumétrico, para serem debitados a um produto ou serviço (p. ex., gastos relativos a luz, água, limpeza, aluguéis, salário do diretor do Departamento de Enfermagem).

Custos fixos são os custos operacionais vinculados à infraestrutura instalada e que se mantêm constantes mesmo havendo modificações no número de atendimentos. São os gastos com salário, aluguel, dentre outros. Os variáveis são aqueles relacionados com o volume da produção, os quais aumentam quando ela cresce e contraem quando ela diminui. São os custos com materiais, medicamentos, lavanderia etc.

Sistemas de custeio

Sistema de custeio "é um conjunto de procedimentos adotados em uma empresa para calcular algo, ou seja, os bens ou serviços nela processados" (Beulk e Bertó, 2000).

O principal objetivo de um método de custos é mensurar os gastos com recursos consumidos quando são realizadas atividades significativas para a empresa. Um método de custos deve fornecer informações sobre o custo dos produtos, dos processos e das atividades, todos passíveis de acompanhamento para efeitos gerenciais (Berliner e Brinson, 1992).

Os sistemas de custeio tradicionalmente utilizados nas organizações de saúde são: por absorção, por serviço, procedimento ou processo; custo padrão e por atividade (ABC, do inglês *activity-based costing*).

Custeio por absorção

O sistema de custeio por absorção é um modo de custear todas as despesas que impactam os serviços e produtos. Inicialmente, os custos são acumulados por serviços e depois rateados pelos produtos por meio de um fator volumétrico de medição.

O esquema básico para absorção de serviços é a separação dos serviços da organização em centros de custos produtivos ou finais e centros auxiliares e administrativos. Centros de custos referem-se a uma conta destinada a agrupar todas as parcelas dos elementos de custo que incorrem em cada período nas unidades da organização (departamentos, serviços etc.). Para se definir um centro de custos, é necessário ter valores claramente identificáveis e atividades quantificáveis, por meio de uma unidade de

mensuração (p. ex., o centro cirúrgico é um centro de custos com gastos identificáveis e com uma produção quantificável, que é o número de cirurgias realizadas).

Centros de custos produtivos ou finais são departamentos, serviços ou unidades que produzem diretamente serviços fins na instituição. Assim, nas organizações hospitalares, são considerados produtivos aqueles que prestam serviços de saúde diretamente aos pacientes: clínica médica, clínica cirúrgica, maternidade, pediatria, unidade de terapia intensiva (UTI), laboratório de análises clinicas, radiologia, entre outros.

Centros de custos auxiliares são aqueles que dão suporte aos centros produtivos, tais como: serviço de nutrição e dietética, lavanderia, centro de material e esterilização.

Centros de custos administrativos correspondem aos serviços de natureza administrativa da organização de saúde, que dão suporte aos auxiliares e produtivos. Administração geral, recursos humanos, finanças, departamentos de enfermagem e médico são alguns exemplos.

Para a aferição dos custos por absorção de uma clínica cirúrgica, por exemplo, somam-se os custos diretos (pessoal e material) e os custos indiretos, que são os rateios dos custos gerais (água, luz, telefone) e os rateios dos centros de custos auxiliares e administrativos, obtendo-se o custo total (Figura 14.1).

Geralmente, a base de rateio é uma divisão proporcional dos custos apurados para os centros produtivos. Os critérios

podem ser por número de funcionários, por metragem de área e por percentual estimado de atendimento ou utilização (Quadro 14.1).

Com isso, ao se dividir o custo total da unidade (a soma dos custos diretos e indiretos) pela produção mensal da clínica, ou seja, pelo número de internações no período de 1 mês, obtém-se o custo por paciente, por mês, podendo-se dividir esse valor pela média de permanência do indivíduo na unidade para calcular o custo da diária.

Para o levantamento do consumo dos insumos e de seus valores, bem como dos salários e da produção das diferentes unidades, há necessidade de as organizações contarem com um sistema de informação fidedigno. As planilhas de custos são elaboradas pelos serviços de contabilidade, que encaminham relatórios mensais, ou de acordo com outro período determinado, às gerências das unidades, discriminando os diferentes custos (Quadro 14.2).

Esses relatórios podem apresentar variações nos custos totais ou subtotais em relação aos meses anteriores, as quais podem ser calculadas usando o exemplo da Figura 14.2.

Figura 14.1 Custeio por absorção.

Quadro 14.1 Despesas e bases de rateio de centro de custos auxiliares e administrativos.

Despesas

Bases de rateio

Energia elétrica

Percentual de consumo de luz (conta de luz)

Impostos e taxas

Área ocupada (m2)

Telefone

Número de ramais (conta de telefone)

Limpeza

Área ocupada (m2)

Manutenção

Horas de manutenção

Dispensação de medicamentos

Percentual do consumo histórico de medicamentos dispensados

Lavanderia

Quantidade de roupa (kg)

Serviço de nutrição e dietética

Número de refeições

Centro de material e esterilização

Volumes processados

Administração

Número de funcionários

Departamento de enfermagem

Número de funcionários

Quadro 14.2 Relatório mensal dos custos de um setor de um hospital.

Insumos

Janeiro

Fevereiro

Março

Custos diretos

Pessoal

26.980,00

27.080,00

25.342,00

	Setembro (9)	Outubro (10)
Material de consumo – subtotal	R$12.580,00	R$14.230,00

Crescimento de outubro em relação a setembro
variação (10/9) = 14.230/12.580 –1) × 100 = 13,12%

Materiais

Medicamentos

4.256,00

4.120,00

7.940,00

Materiais de consumo

6.420,00

5.897,00

7.458,00

Total dos custos diretos

37.656,00

37.097,00

40.740,00

Custos indiretos (rateios absorvidos)

Gastos gerais

Energia elétrica

180,00

172,00

220,00

Água

820,00

780,00

976,00

Telefones

162,00

230,00

154,00

Aluguel

3.000,00

3.000,00

3.000,00

Total dos gastos gerais

4.162,00

4.182,00

4.350,00

Gastos auxiliares

Serviço de limpeza

3.100,00

3.300,00

3.990,00

Serviço de lavanderia e rouparia

3.526,00

3.278,00

4.699,00

Serviço de nutrição e dietética

4.230,00

3.878,00

5.640,00

Central de material e esterilização

1.800,00

1.650,00

2.340,00

Administração de pessoal

2.320,00

2.340,00

2.210,00

Almoxarifado

189,00

162,00

219,00

Coordenação de enfermagem

1.232,00

1.230,00

1.234,00

Superintendência

3.560,00

3.789,00

3.254,00

Total dos gastos auxiliares

19.957,00

19.627,00

23.586,00

Total geral (custos diretos + custos indiretos)

61.775,00

60.906,00

68.676,00

Número de internações

178

162

212

Custo unitário/por paciente

347,00

376,00

323,94

Figura 14.2 Cálculo da variação dos custos.

O acompanhamento mensal para a análise dos resultados desses relatórios permite ao gerente de enfermagem conhecer o comportamento dos custos controláveis de sua unidade, verificando se estão compatíveis com os valores e limites usuais (padrão). Possibilita também identificar as razões que justificam possíveis desvios, corrigindo-os se houver desperdícios.

Custos controláveis são aqueles controlados pelo gerente da unidade, como: mão de obra, materiais e gastos gerais. Já os custos com aluguel, depreciação, entre outros, independem do gerente da unidade.

Pelo acompanhamento dos relatórios por períodos mais prolongados (mais de 1 ano), pode-se conhecer o padrão de consumo, ou seja, períodos de maiores ou menores gastos do serviço, que fazem parte do perfil da unidade. Como exemplo,

$[\overline{C(P_t)}]$

$[\overline{C(P_t)_{mat}}]$

$[\overline{C(P_t)_{sol}}]$

$[\overline{C(P_t)_{mob}}]$

$$\overline{C(P_t)} = \overline{C(P_t)_{mat}} + \overline{C(P_t)_{sol}} + \overline{C(P_t)_{mob}} \qquad (1)$$

$[\overline{Cm_k}]$

$$\overline{C(P_t)_{mat}} = \sum_{k=1}^{n} \overline{Cm_k} \qquad (2)$$

$[\overline{qm_k}]$

$[\overline{Pmu_k}]$

$$\overline{Cm_k} = \overline{qm_k} \cdot \overline{Pmu_k} \qquad (3)$$

$$\overline{C(P_t)_{mat}} = \sum_{k=1}^{n} (\overline{qm_k} \cdot \overline{Pmu_k}) \qquad (4)$$

$[\overline{Cs_k}]$

$$\overline{C(P_t)_{sol}} = \sum_{k=1}^{n} \overline{Cs_k} \qquad (5)$$

$[\overline{qs_k}]$

$[\overline{Psu_k}]$

pode ser citado o maior consumo de materiais nos meses de janeiro, fevereiro e junho nos hospitais privados, pois estes geralmente recebem maior número de pacientes para cirurgias programadas.

Deve-se também contatar o serviço de contabilidade de custos em casos de dúvidas sobre o valor informado, pois pode haver erros em relação aos dados financeiros ou estatísticos fornecidos pelas diferentes fontes da organização. Outro aspecto importante é conhecer os critérios de rateio utilizados. Os gerentes “devem considerar não somente os gastos e o cálculo de custos, mas também a motivação das pessoas que efetuam os gastos em seus locais de trabalho”, como uma estratégia de contenção de custos (Falk, 2001).

As informações sobre os custos devem ser compartilhadas com a equipe de enfermagem e com a equipe multiprofissional da unidade, como estratégia para conscientização dos gastos e desperdícios, propiciando o envolvimento de todos no que se refere a sugestões para melhoria do desempenho do serviço.

Outra possibilidade de aplicação do custeio por absorção é na aferição de custos de tratamentos, procedimentos médicos, procedimentos de enfermagem e processos. Estudos utilizando esse método de custeio têm sido desenvolvidos por enfermeiros na apropriação de custos de procedimentos e processos (Ribeiro, 1998; Bittar e Castilho, 2003; Jericó e Castilho, 2004; Follador e Castilho, 2007; Baptista e Castilho, 2006; Secco e

Castilho, 2007; Lima et al., 2012; Gouveia e Lima, 2014; Nobrega e Lima, 2014). No entanto, a maioria desses estudos é desenvolvida apenas com os custos diretos, porque os enfermeiros encontram dificuldades na obtenção dos custos indiretos devido à não aferição dos mesmos por centros de custos em algumas organizações hospitalares.

A realização de determinado procedimento requer o consumo de diferentes quantidades de insumos, sendo possível o estabelecimento do valor do seu custo direto médio

, considerando o custo direto médio dos materiais

,

o custo direto médio das soluções/medicamentos

e o custo direto médio da mão de obra

, (equação

1) (Lima, 2015):

O custo direto médio dos materiais é obtido pela soma dos custos médios

de cada um dos materiais [*k*] utilizados no

procedimento (equação 2):

O custo médio de cada material é obtido pelo produto da quantidade média deste material pelo preço unitário

médio

do mesmo (equação 3):

Substituindo a equação (3) na equação (2), obtém-se uma equação mais detalhada para o custo direto médio dos materiais (equação 4):

O custo direto médio das soluções/medicamentos é obtido pela soma dos custos médios de cada uma das

soluções/medicamentos consumidas no procedimento (equação 5):

O custo médio de cada solução/medicamento é obtido pelo produto da quantidade média desta solução/medicamento pelo preço unitário médio

do mesmo (equação 6):

$$\overline{Cs_k} = \overline{qs_k} \cdot \overline{Psu_k} \qquad (6)$$

$$\overline{C(P_i)_{sol}} = \sum_{k=1}^{n} (\overline{qs_k} \cdot \overline{Psu_k}) \qquad (7)$$

$[\overline{Ch_c}]$

$$\overline{C(P_i)_{mob}} = \sum_{k=1}^{n} \overline{Ch_c} \qquad (8)$$

$[\overline{t_c}]$

$[\overline{Su_c}]$

$$\overline{Ch_c} = \overline{t_c} \cdot \overline{Su_c} \qquad (9)$$

$$\overline{C(P_i)_{mob}} = \sum_{k=1}^{n} (\overline{t_c} \cdot \overline{Su_c}) \qquad (10)$$

$$\overline{C(P_i)} = \sum_{k=1}^{n} (\overline{q_k} \cdot \overline{Pu_k}) + \sum_{k=1}^{n} (\overline{qs_k} \cdot \overline{Psu_k}) + \sum_{c=1}^{n} (\overline{t_c} \cdot \overline{Su_c}) \qquad (11)$$

$[\overline{C(P_i)}]$

$[\overline{qm_k}]$

$[\overline{Pmu_k}]$

$[\overline{qs_k}]$

$[\overline{Psu_k}]$

$[\overline{t_c}]$

$[\overline{Su_c}]$

Substituindo a equação (6) na equação (5), obtém-se uma equação mais detalhada para o custo direto médio das soluções/medicamentos (equação 7):

O custo direto médio da mão de obra é obtido pela soma dos custos médios de cada categoria profissional

envolvida no procedimento, assim representado (equação 8):

O custo médio de cada categoria profissional é obtido pelo produto do tempo médio dedicado pela categoria [*c*] no procedimento

pelo custo médio unitário da mão de obra

de cada categoria profissional (equação 9):

Substituindo a equação (9) na equação (8), obtém-se uma equação mais detalhada para o custo direto médio da mão de obra (equação 10):

Por fim, substituindo-se as equações (4), (7) e (10) na equação (1), obtém-se a seguinte equação para determinar o custo direto médio do procedimento (equação 11):

Assim, para apuração do custo direto médio total de um dado procedimento

, ficam definidas as seguintes

variáveis intervenientes: quantidade média dos materiais

; preço unitário médio de cada material

;

quantidade média das soluções/medicamentos

; preço unitário médio de cada solução/medicamento

; tempo

médio de dedicação de cada categoria profissional

; massa salarial unitária média da mão de obra de cada categoria profissional

(Lima, 2015).

Desse modo, a determinação de custos por paciente, o custo da diária e o valor dos procedimentos são os objetivos básicos dos custos hospitalares. Essas unidades de custos permitem o conhecimento dos gastos para controle e análise das variações com o custo padrão e respectiva receita (Martins, 2001).

O termo “custo padrão”, mais do que um método de custeio, pode ser compreendido como o valor de um procedimento ou serviço fixado como “padrão” ou meta, que auxilia na definição do preço e no controle do custo após ter sido obtido pelo custo padrão ideal, corrente ou real. Os custos ideal e corrente são propostos mediante estudos teóricos sobre a produção de determinado procedimento, enquanto o custo real ou estimado utiliza outras formas de custeio, como por absorção (Martins, 2010). Nas organizações de saúde, os custos padrão de procedimentos muitas vezes são estimados por absorção, sendo aferidos somente os custos diretos com base na experiência passada da instituição ou de um grupo de especialistas, o que pode levar a distorções em relação aos custos reais.

Os custos padrão são, portanto, predeterminados para procedimentos repetitivos, transformados em taxas para cobrança e utilizados para controle, planejamento e tomadas de decisão.

Ao elaborar e utilizar os protocolos de enfermagem, o enfermeiro fornece subsídios para o estabelecimento dos custos padrão relacionados com a assistência de enfermagem (Munhoz, 2002).

As organizações hospitalares, tanto públicas quanto privadas, buscam sistemas de custeio mais eficientes que permitam melhorar o gerenciamento dos custos em relação ao planejamento e controle dos mesmos e, consequentemente, aumentar o desempenho da organização. O sistema de custeio por atividade (ABC) tem sido apontado como eficiente para os serviços.

Usando como base o ABM (*activity-based management*), ou gestão baseada em atividades, em que o estudo de cada processo produtivo dos serviços possibilita visualizar os recursos gastos em cada etapa, existe a possibilidade de saber quais os custos reais das atividades desenvolvidas. Conhecendo os fatores que geram custos em cada fase do processo de produção, pode-se elaborar estratégias para otimizar o uso dos recursos e diminuir os custos (Nakagawa, 2001).

Outra vantagem do ABC é eliminar distorções de custos dos produtos e serviços decorrentes da utilização de bases únicas de rateios dos custos indiretos para todos os serviços e produtos, porque nem todos desenvolvem as mesmas atividades.

Portanto, a ênfase desse sistema é a redução dos custos indiretos e, consequentemente, do custo total dos processos.

Entretanto, alguns autores alertam que a implantação do sistema ABC requer um esforço organizacional e financeiro elevado, principalmente na estruturação do sistema de informações, se comparados com outros sistemas (Tommasi, 2000).

A aplicação das metodologias ABM e ABC na área de saúde deve ser vista como instrumento gerencial importante para estabelecimento da relação causa e efeito no uso dos recursos e, consequentemente, nos seus custos, auxiliando no controle dos desperdícios. No entanto, há dificuldades quanto à sua aplicação devido à dificuldade na obtenção de informações para

contabilização, ao alto custo de medição e à existência de uma cultura que não favorece o compartilhamento de dados financeiros (Pontalti, 2002; Jericó, 2008).

Conhecendo os diferentes métodos de aferição de custos, os enfermeiros podem auxiliar na geração de informações que subsidiem a missão de melhorar o desempenho e a eficiência da sua unidade ou serviço, bem como da organização como um todo. Ao se evidenciarem os fatores que afetam o aumento dos custos, é possível monitorá-los ou diminuí-los sem afetar a qualidade e sem deixar de atender a demanda.

Saber onde há possibilidade de cortar etapas dos processos de atendimento ou dos procedimentos que não agregam qualidade, mas gastos, ou ainda buscar modificações inserindo novas tecnologias* que possibilitem a contenção de custos deve ser uma meta para os enfermeiros.

Outra possibilidade é desenvolver métodos de aferição de custos mais adequados aos serviços de saúde e de enfermagem, que possibilitem melhor compreensão da composição dos custos dos tratamentos de diferentes pacientes e dos distintos procedimentos terapêuticos a que são submetidos.

Alguns autores têm chamado a atenção para o fato de os custos de enfermagem serem tratados como um valor médio em relação ao custo total da assistência, ou seja, incluído no valor da diária hospitalar e captado com base no cálculo do custo do paciente/dia. Assim, deixa-se de considerar a variabilidade de exigências do cuidado de enfermagem para os diferentes tipos de pacientes (Anselmi, 2000).

Nesse sentido, o Sistema de Classificação de Pacientes (SCP) (ver Capítulo 10) pode constituir a base de um sistema de contabilidade de custo para a enfermagem, permitindo uma aferição mais acurada e diferenciada da participação da enfermagem nos tratamentos e procedimentos realizados nos pacientes (Anselmi, 2000; Falk, 2001).

Para isso, estudos têm sido desenvolvidos a fim de propor modelos de estimação do custo de mão de obra de enfermagem, de acordo com o grau

de dependência dos pacientes em relação à equipe de enfermagem ou de acordo com o nível de gravidade dos pacientes. Telles e Castilho (2007) estimaram o custo do pessoal diário de uma UTI mensurando a carga de trabalho pela aplicação do TISS-28 (*therapeutic intervention scoring system*) – índice indireto de gravidade que correlaciona gravidade, número de intervenções terapêuticas e tempo de assistência de enfermagem.

Considerações finais

A busca por conhecimentos relacionados com o gerenciamento de custos e sua aplicação na prática assistencial e gerencial exige mudança na capacitação dos profissionais de saúde no que se refere, principalmente, à valorização dos aspectos financeiros da assistência à saúde e ao entendimento de que a finalidade de gerenciar os aspectos econômicos na área está fundamentada na otimização dos recursos, na garantia de acesso e equidade aos usuários e na manutenção da qualidade do atendimento. No entanto, embora os aspectos econômicos sejam importantes, não devem sobrepor-se aos técnicos, humanos, éticos e sociais nas tomadas de decisão.

Embora as organizações de saúde, por movimentarem grandes somas de dinheiro, possam ser descritas como grandes empresas sob o ponto de vista econômico-financeiro, não se pode esquecer que elas são recursos necessários para a população à qual prestam assistência, devendo ser administradas para oferecerem serviços com qualidade e baixos custos, para poderem sobreviver, para disporem de insumos necessários e de instalações apropriadas, e ainda para remunerarem adequadamente seus profissionais (Martins, 2001).

Administrar com eficiência e eficácia essas organizações complexas, cujas atividades são extremamente importantes para a sociedade, é um compromisso moral e ético de todo profissional que gerencia. Para tanto, esses profissionais devem aplicar instrumentos gerenciais que os auxiliem nas tomadas de decisão.

Referências bibliográficas

Aburdene P, Naisbitt J. Megatendências para as mulheres. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos; 1993.

Almeida MVR, Infantosi AFC. A avaliação de tecnologia em saúde: uma metodologia para países em desenvolvimento. In: Barreto ML, Almeida Filho M, Veras RP et al. Epidemiologia, serviços e tecnologias em saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz/Abrasco; 1998. p. 25-9.

Anselmi ML. Quadro de referência para elaboração do orçamento de enfermagem em instituições hospitalares [tese]. Ribeirão Preto: USP; 2000.

Anselmi ML, Nakao JRS. A enfermagem no processo de gestão econômica dos serviços de saúde: limites e possibilidades. Rev Bras Enferm. 1999; 52(2):223-32.

Baptista CMC, Castilho V. Levantamento do custo do procedimento com bota de Unna em pacientes com úlcera venosa. Rev Latino-Am Enferm. 2006; 14(6):944-9.

Berliner C, Brinson JA. Gerenciamento de custos em indústrias avançadas: base conceitual do CAM-I. São Paulo: T.A. Queiroz, Fundação Salim Farah Maluf; 1992.

Beulk R, Bertó DJ. Gestão de custos e resultados na saúde: hospitais, clínicas, laboratórios e congêneres. 2. ed. São Paulo: Saraiva; 2000.

Bittar E, Castilho V. Consumo e custo médio direto do material utilizado em cirurgia de revascularização do miocárdio. Rev Assoc Med Bras. 2003; 49(3):255-60.

Brasil. Ministério da Saúde (MS). Financiamento Público de Saúde. Organização Pan-Americana da Saúde. Brasília: MS; 2013.

Couttolenc BF, Zucchi P. Gestão de recursos financeiros. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública; 1998. (Série Saúde e Cidadania).

Falk J. A. Gestão de custos para hospitais: conceitos, metodologias e aplicação. São Paulo: Atlas; 2001.

Follador NN, Castilho V. O custo direto do programa de treinamento em ressuscitação cardiopulmonar em um hospital universitário. Rev Esc Enferm USP. 2007; 41(1):90-6.

Francisco IM. O ensino de custos nas escolas de graduação em enfermagem [dissertação] São Paulo: USP; 2002.

Francisco IM, Castilho, V. A enfermagem e o gerenciamento de custos. Rev Esc Enferm USP. 2002; 36(3):240-4.

Gouveia AL, Lima AF. C. Direct cost of connecting, maintaining and disconnecting patient-controlled analgesia pump. Rev Esc Enferm USP. 2014; 48(1):104-9.

Jericó MC. Aplicação do custeio baseado em atividades em um centro de material esterilizado [tese]. São Paulo: USP; 2008.

Jericó MC, Castilho V. Treinamento e desenvolvimento de pessoal de enfermagem: um modelo de planilha de custos. Rev Esc Enferm USP.

2004; 38(3):326-31.

Lima AFC. Custo direto da hemodiálise convencional realizada por profissionais de enfermagem em hospitais de ensino [tese]. São Paulo: USP; 2015.

Lima AFC, Castilho V, Fugulin FMT et al. Custos das atividades de enfermagem realizadas com maior frequência em pacientes de alta dependência. Rev Latino-Am Enferm. 2012; 20(5):880-7.

Martins D. Gestão financeira de hospitais. São Paulo: Atlas; 2001.

Martins E. Contabilidade de custos. 10. ed. São Paulo: Atlas; 2010.

Médici AC. Economia e financiamento do setor saúde no Brasil: balanços e perspectivas do processo de descentralização. São Paulo: USP; 1994.

Mello MC. Estudo do tempo no trabalho da enfermagem: construção de instrumento de classificação de atividades para implantação do método amostragem do trabalho [dissertação]. São PauloUSP; 2002.

Munhoz S. Custo padrão dos procedimentos de enfermagem na assistência ao paciente crítico: diferenças entre a prescrição da enfermeira e a do médico [dissertação]. São Paulo: Unifesp; 2002.

Nakagawa M. ABC: custeio baseado em atividades. 2. ed. São Paulo: Atlas; 2001.

Nobrega CR, Lima AFC. Custo de procedimentos relacionados ao tratamento quimioterápico ambulatorial de mulheres portadoras de câncer de mama. Rev Esc Enferm USP. 2014; 48(4):699-705.

Oliveira JC. Estudo bibliométrico das publicações de custos em enfermagem no período de 1966 a 2000 [dissertação]. São Paulo: USP; 2001.

Pain JS. A Constituição Cidadã e os 25 anos do Sistema Único de Saúde (SUS). Cad Saúde Pública. 2013; 29(10):1927-53.

Pontalti G. A sistematização da gestão baseada em atividades (ABM) – activity-based management – para aplicação na área hospitalar –

caso centro de terapia intensiva de um hospital universitário público [dissertação]. Porto Alegre: UFRGS; 2002.

Ribeiro FG. Análise dos custos diretos no ato operatório da revascularização do miocárdio: insumos e categorias profissionais [dissertação].

São Paulo: USP; 1998.

Secco LM, Castilho V. Levantamento do custo do procedimento de hemodiálise veno-venosa contínua em unidades de terapia intensiva.

Rev Latino-Am Enferm. 2007; 15(6):1138-43.

Telles SCR, Castilho V. Custo de pessoal na assistência direta de enfermagem em unidade de terapia intensiva. Rev Latino-Am Enferm.

2007; 15(5):1005-9.

Tommasi M. Custeio gerencial – conceituação, considerações e perspectivas. In: Silva Júnior JB (Coord.). Custos: ferramentas de gestão/conselho de contabilidade do Estado de São Paulo. São Paulo: Atlas; 2000. (Coleção Seminários CRC-SP/Ibracon). p. 17-27.

_____

*Custo-benefício: relação entre os custos e os resultados reais ou potenciais de um procedimento, tratamento ou programa de saúde expressos em valores monetários. Aqui está sendo usado como o balanço entre o custo do equipamento *versus* a receita que a sua utilização pode gerar para a instituição.

**Receita: aqui, entendida como o valor recebido pela prestação de serviços.

*Produtividade: relação entre a quantidade de produtos ou serviços produzidos e a quantidade de recursos utilizados, segundo Gaither e Frazier apud Mello, 2002.

**Orçamento: constitui-se em um instrumento eficaz de previsão e controle organizacional em relação aos gastos, aos custos e às receitas esperadas em determinado período. As estimativas orçamentárias são, geralmente, para 12 meses. Serve como padrão para comparar os valores reais com os orçados.

*Tecnologia: entendida aqui de maneira mais ampla, pode referir-se tanto a produtos biotecnológicos, fármacos e equipamentos quanto a procedimento terapêutico e sistemas de apoio à decisão (Clifford apud Almeida e Infantosi, 1998).

15 Responsabilidade Civil do Enfermeiro na Assistência e na Gestão

Genival Fernandes de Freitas

Marcelo José dos Santos

Maria de Fátima Prado Fernandes

Introdução

Define-se responsabilidade como a incumbência ou tarefa que cabe a alguém; a condição de quem tem obrigação de responder pelos efeitos dos próprios atos ou pelos de outros; a autoria e/ou culpa por ato danoso ou criminoso; e a capacidade de agir de maneira sensata (Aulete, 2015; Ferreira, 2010).

Existe uma distinção entre a responsabilidade decorrente de culpa e a de dolo. A primeira ocorre quando determinada ação ou omissão produz ou não impede um evento indesejável; nesse caso, o agente não almeja obter um resultado danoso (p. ex., a morte de uma pessoa). A segunda hipótese ocorre quando há intencionalidade ou vontade direcionada ao alcance de determinado resultado (Kelsen, 1996).

Na enfermagem, a responsabilidade está estabelecida na Lei do Exercício Profissional de Enfermagem. Sabe-se que, historicamente, a responsabilidade dos profissionais de enfermagem é compartilhada entre enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem, e entre estes e outros profissionais de saúde. Os profissionais de enfermagem têm as atribuições legalmente estabelecidas na Lei no 7.498/1986 e seu Decreto Regulamentador no 94.406/1987.

O conhecimento da legislação é fundamental para os profissionais de enfermagem, pois a responsabilização passa pelo saber e pelo fazer aquelas ações que a lei possibilita. É possível, legalmente, o enfermeiro delegar algumas ações aos técnicos e auxiliares, e outras não. Sob o ponto de vista da responsabilização, pode-se assegurar que, na "boa delegação", avalia-se, *a priori*, a competência técnica (de saber fazer) e a competência legal (que a lei permite fazer ou delegar). Sendo assim, quem delega bem se exime de responsabilidade caso aquele a quem delegou aja de maneira culposa, causando algum tipo de prejuízo a outrem (o paciente, por exemplo). Existe ainda a "má delegação", que, sob o ponto de vista da responsabilização, consiste na atitude precipitada e que não avalia as consequências (Freitas, 2010; Oguisso e Schmidt, 2015).

A responsabilidade profissional do enfermeiro abrange as dimensões civil, penal e ética e, por vezes, todos esses campos de modo cumulativo. Assim, se o ato profissional implicar dano físico, moral ou patrimonial, poderá haver responsabilidade nos âmbitos civil, penal e ético (Oguisso, 2006; Freitas, 2010).

Responsabilidade civil

Consiste na aplicação de medidas que obriguem uma pessoa a reparar dano moral ou patrimonial causado a terceiros em razão de ato praticado por ela mesma, por pessoa por quem ela responde, por algo a ela pertencente ou de simples imposição legal (Diniz, 2015).

A reparação é fundamental na responsabilidade civil e requer retratação, ressarcimento ou indenização a que alguém é obrigado por violação do direito de outrem (Ferreira, 2010).

Na enfermagem, a reparação é obrigatória quando a atuação inadequada do profissional provoca prejuízos de ordem física ou moral ao paciente, o que pode ser configurado como ato culposo, seja este decorrente de ação (fazer algo que expõe o paciente ao risco), ou por omissão (deixar de agir ou de fazer algo quando deveria fazê-lo). Um exemplo de omissão na prática de enfermagem é não ajudar o paciente a alimentar-se quando ele depende do profissional para isso.

Os tipos de culpa (imprudência, negligência e imperícia) estão previstos no artigo 18 do Código Penal, inc. II, e nos artigos 12 e 40 do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem (CEPE) (Cofen, 2007).

Imprudência é definida como uma atitude positiva, um agir sem a cautela e a atenção necessárias, com afoitamento ou inconsideração. É uma conduta arriscada, perigosa e impulsiva (Mirabete e Fabbrini, 2009).

No cotidiano da enfermagem, a *imprudência* pode ocorrer, por exemplo, quando um enfermeiro delega indevidamente ao técnico ou auxiliar de enfermagem a execução de uma atividade privativa. Nesse caso, tanto quem delega como quem assume a tarefa são responsáveis pela ação ou pelo resultado desta.

A *negligência* é compreendida como inatividade, a inércia do profissional, causando resultado lesivo. Nessa modalidade de culpa, o profissional não age devido a preguiça, desleixo, desatenção ou displicência. São exemplos de negligência a aplicação de bolsa térmica em um paciente sem a verificação da temperatura da água, o que pode ocasionar queimaduras, e a falha no preparo ou na administração de medicamentos.

A *imperícia* consiste na falta de conhecimento técnico no exercício da profissão, na atuação de um profissional que não leva em consideração o que sabe ou deveria saber. No caso da enfermagem, a realização de um procedimento técnico sem o devido conhecimento ou experiência ocorre, por exemplo, ao substituir uma medicação prescrita por outra supostamente similar, sem conhecê-la suficientemente para efetuar esta substituição, o que pode ocasionar algum tipo de risco ou dano ao paciente.

O artigo 186 do Código Civil prevê textualmente: “aquele que, por ação ou omissão voluntária, negligência ou imprudência, violar direito e causar dano a outrem, ainda que exclusivamente moral, comete ato ilícito”. A obrigação de reparação de danos está prevista também no artigo 951, quando “no exercício de atividade profissional, por negligência, imprudência ou imperícia, causar a morte do paciente, agravar-lhe o mal, causar-lhe lesão, ou inabilitá-lo para o trabalho”

(Brasil, 2002).

De acordo com o Código de Ética do Profissional de Enfermagem, a responsabilidade de reparação do dano pode ser extensiva a toda a equipe, pois o artigo 38 determina ao profissional: “responsabilizar-se por falta cometida em suas atividades profissionais, independente de ter sido praticada individualmente ou em equipe.” Se houver lesão física ou outro dano, o paciente poderá ser indenizado em relação às despesas do tratamento e dos lucros cessantes, que correspondem ao valor que a vítima deixou de auferir enquanto esteve convalescente. Se da ofensa resultar lesão, pela qual o ofendido não possa exercer seu ofício ou profissão, com diminuição da capacidade laboral, a indenização incluirá pensão correspondente à importância do trabalho do qual ficou inabilitado ou da depreciação que ele sofreu. Essas situações encontram-se assinaladas no artigo 949 do Código Civil (Brasil, 2002).

O Código Civil determina ainda a obrigatoriedade da reparação por dano decorrente do exercício profissional inadequado, sem distinção de categoria ou nível de qualificação, podendo o ressarcimento ser exigido do profissional ou da instituição.

Responsabilidade penal

Conceitualmente, a responsabilidade penal consiste no dever jurídico de responder pela ação delituosa que recai sobre o agente imputável, ou seja, aquele que pode legalmente responder pelos próprios atos. No exercício da enfermagem, o profissional está sujeito a responsabilidade penal quando infringir norma de direito público penal. Entretanto, é possível que, ao fazer

isso, o profissional transgrida também as normas cíveis, tornando-se obrigado a responder duplamente – civil e penalmente.

A Constituição Federal estabelece os requisitos para o exercício de qualquer profissão ao enunciar, no artigo 5o, inciso XIII, que “é livre o exercício de qualquer trabalho, ofício ou profissão, atendidas as qualificações que a lei estabelecer”. Nesse sentido, o profissional de enfermagem precisa estar atento ao fato de que a responsabilidade legal está implícita em qualquer ação de enfermagem, pois o Código de Ética prevê que cabe a ele “assegurar ao cliente uma assistência livre de danos decorrentes de imperícia, negligência ou imprudência” e “avaliar criteriosamente sua competência técnica, científica, ética e legal, e somente aceitar encargos ou atribuições quando capaz de desempenho seguro para si e para outrem”.

No campo da responsabilidade penal, o Código Penal determina, no artigo 136, que “expor a perigo a vida ou a saúde de pessoa sob sua autoridade, guarda ou vigilância, para fim de educação, ensino, tratamento ou custódia, quer privando-a de alimentação ou cuidados indispensáveis […]”, caracteriza crime de maus-tratos, o que permite a exigência de reparação pecuniária.

Na mesma linha, o artigo 34 do CEPE proíbe ao profissional de enfermagem “provocar, cooperar, ser conivente ou omisso com qualquer forma de violência”. Por conseguinte, o profissional que tomar conhecimento de um suposto crime durante o exercício de sua função (p. ex., lesões corporais em um paciente decorrentes de maus-tratos) deve relatar o fato a quem de direito para tomar as devidas providências legais e eventualmente enunciar o ocorrido às autoridades competentes, além de registrar o que observou e as condutas adotadas pela instituição no prontuário do paciente. Caso não tome nenhuma providência e se omita diante do fato, o profissional poderá ser acusado de cumplicidade ou conivência com quem cometeu o crime, seja este outro profissional da área da saúde, um familiar ou cuidador contratado pela família da vítima.

Outro fator que tem grande impacto nas atividades de enfermagem são os problemas relativos ao registro no prontuário do paciente. Trata-se do crime de falsidade ideológica, que consiste em alterar a ideia de um documento ou seu conteúdo sem alterar sua forma material. Pode ser

praticado por omissão do profissional, por não anotar o que deveria ser anotado, ou por comissão, ao inserir ou fazer inserir uma informação falsa ou diferente da que deveria ser registrada.

O artigo 299 do Código Penal define como crime de falsidade ideológica "omitir, em documento público ou particular, declaração que dele devia constar, ou nele inserir ou fazer inserir declaração falsa ou diversa da que devia ser escrita, com o fim de prejudicar direito, criar obrigação ou alterar a verdade sobre fato juridicamente relevante". Prevê a penalidade de reclusão de 1 a 5 anos e multa, se o documento for público; e de 1 a 3 anos se o documento for particular.

O prontuário do paciente constitui um tipo de documento particular, no qual o pessoal de enfermagem deve registrar todas as ações realizadas. Outros exemplos de documento particular são os relatórios de consultoria, auditoria, resultado de pesquisa ou parecer técnico-científico.

Assim, se o profissional de enfermagem registrar ou mandar que se registre informação falsa ou diversa da que deveria constar no prontuário, simplesmente alterando a verdade sobre um fato relevante, já estará cometendo crime de falsidade ideológica. Se o registro alterado referir-se à condição ou ao estado do paciente, ou à assistência de enfermagem prestada, essa anotação poderá, eventualmente, tornar-se fato jurídico em razão de intercorrências, acidentes ou denúncia.

Todas essas questões relativas ao aspecto penal precisam ser consideradas pelo enfermeiro ao delegar uma função de enfermagem à sua equipe de trabalho. Ao responder pelos atos de outrem, o indivíduo assume a responsabilidade delegando uma tarefa ou função para outra pessoa. Portanto, quem delega uma função responsabiliza-se, e quem recebe a incumbência deve prestar contas do que fez, pois também responde pelos atos e assume a parcela de responsabilidade correspondente (Oguisso e Schmidt, 1999).

Assim, o enfermeiro pode ser convocado a responder pelos atos do outro profissional de enfermagem a ele subordinado, quando de tais atos resultarem quaisquer danos ao paciente.

A delegação de atividade de um profissional a outro é comum e frequente nas equipes de enfermagem. Ao escalar um técnico ou auxiliar de enfermagem, ou mesmo outro colega da mesma categoria, para executar determinadas ações técnicas, como medicação, controle de sinais vitais, medidas de conforto e higienização, o enfermeiro está, de fato, delegando atividades de enfermagem; logo, tornar-se-á corresponsável pela prática daquelas ações.

Por essa razão, o enfermeiro precisa avaliar a competência técnica e a capacidade legal do outro profissional antes de delegar uma tarefa. Por sua vez, quem recebe uma incumbência ou atribuição também pode recusar-se a executá-la em razão de a atividade extrapolar seu grau de competência legal, como um direito assegurado pelo artigo 10 do CEPE.

A questão da coautoria é um princípio relevante na prática de atos ilícitos, com previsão específica no artigo 29 do Código Penal: "quem, de qualquer modo, concorre para o crime incide nas penas a este cominadas, na medida de sua culpabilidade."

Segundo Noronha (1995), existe coautoria quando mais de uma pessoa, ciente e voluntariamente, participa da mesma infração penal. Há "convergência de vontades para um fim comum, aderindo uma pessoa à ação de outra, sem que seja necessário prévio ajuste entre elas. Nesse caso, se existir o ajuste, será uma coparticipação dolosa ou intencional; não existindo o objetivo do fim comum, mas sendo possível e previsível aos copartícipes, será um tipo de coautoria culposa".

O artigo 21 do CEPE aponta a obrigação do profissional de enfermagem de "proteger o cliente contra danos decorrentes de negligência, imperícia ou imprudência, por parte de qualquer membro da equipe de saúde". Esse ponto merece destaque, porque o profissional pode ser acusado legalmente de cumplicidade ou coautoria em delito (crime ou contravenção) praticado por profissionais de áreas afins.

Antes do Código de Defesa do Consumidor (Brasil, 1990), cabia ao paciente lesado demonstrar com provas a culpa do profissional. Atualmente, com a inversão do ônus da prova, prevista nesse código, cabe ao profissional ou à

instituição de saúde provar que o cuidado ou o tratamento realizado era tecnicamente correto e que estava indicado às necessidades do paciente e ao contexto de cada caso.

Entretanto, mesmo antes da vigência do Código de Defesa do Consumidor, a presunção de culpa do profissional já existia em alguns casos, como nas cirurgias plásticas, na transfusão de sangue e na execução de radiografias, assim como a presunção de culpa das instituições de saúde pelos atos de seus colaboradores, especialmente pessoal de enfermagem, como estipula o Código Civil, artigo 932, inciso III, ao determinar que são também responsáveis pela reparação civil: "o empregador por seus empregados e prepostos, no exercício do trabalho que lhes competir ou em razão dele."

Por fim, cabe ponderar que o profissional envolvido em uma ocorrência prejudicial ao paciente poderá responder, civil e penalmente, mesmo quando desconhecer a previsão legal sobre o ato praticado, pois o artigo 21 do Código Penal estabelece

que "O desconhecimento da lei é inescusável", o que reforça a necessidade de o profissional ter conhecimento e manter-se atualizado acerca da extensão das responsabilidades civil e penal inerentes à profissão.

Contudo, a responsabilidade profissional vai além da estrita observância do CEPE e da legislação que regulamenta o exercício da profissão, dependendo igualmente de uma atuação consciente, norteada pela clareza acerca da importância da sua função e do engajamento aos preceitos éticos e legais que fundamentam sua carreira.

Gestão e responsabilidade

O enfermeiro responsável técnico (RT) é o profissional de enfermagem de nível superior, nos termos da Lei no 7.498, de 25 de junho de 1986, e do Decreto no 94.406, de 8 de junho de 1987, que tem sob sua responsabilidade planejamento, organização, direção, coordenação, execução e avaliação dos serviços de Enfermagem, a quem é concedida, pelo Conselho Regional de Enfermagem, a Anotação de Responsabilidade Técnica (ART).

A ART pelo serviço de enfermagem é o ato administrativo decorrente do poder de polícia vinculado, no qual o Conselho Regional de Enfermagem, na qualidade de órgão fiscalizador do exercício profissional, concede ao enfermeiro RT, a partir do preenchimento de requisitos legais, licença para atuar como liame entre o serviço de enfermagem da empresa/instituição e o Conselho Regional de Enfermagem. Visa facilitar o exercício da atividade fiscalizatória em relação aos profissionais de enfermagem.

O enfermeiro RT tem como atribuições: cumprir e fazer cumprir todos os dispositivos legais da profissão de enfermagem; manter informações necessárias e atualizadas de todos os profissionais de enfermagem que atuam na empresa/instituição; e realizar o dimensionamento de pessoal de enfermagem conforme o disposto na Resolução Cofen vigente, informando, de ofício, ao representante legal da empresa/instituição e ao Conselho Regional de Enfermagem. O enfermeiro RT deve também informar situações de infração ao Conselho Regional de Enfermagem, tais como: ausência de enfermeiro em todos os locais onde são desenvolvidas ações de enfermagem durante algum período de funcionamento da empresa/instituição; profissional de enfermagem atuando na empresa/instituição sem inscrição ou com inscrição vencida no Conselho Regional de Enfermagem; profissional de enfermagem atuando na empresa/instituição em situação irregular, inclusive quanto a inadimplência perante o Conselho Regional de Enfermagem, bem como aquele afastado por impedimento legal; pessoal sem formação de enfermagem exercendo atividades da área na empresa/instituição; profissional de enfermagem exercendo atividades ilegais previstas na Legislação do Exercício Profissional de Enfermagem, no CEPE e no Código Penal Brasileiro.

Cabe ainda ao enfermeiro RT intermediar, junto ao Conselho Regional de Enfermagem, a implantação e o funcionamento da Comissão de Ética de Enfermagem, colaborar com todas as atividades de fiscalização do Conselho Regional de Enfermagem e atender a todas as solicitações ou convocações que lhe forem demandadas pela Autarquia (Cofen, 2014).

O trabalho do enfermeiro na área gerencial exige conhecimentos e competências que o habilitam a participar dos processos decisórios e

assumir papel relevante no direcionamento das políticas de recursos humanos nas instituições (Freitas et al., 2006). O processo de trabalho gerencial é complexo e requer desses enfermeiros intensa responsabilidade nas tomadas de decisão, pois as mesmas podem repercutir em diversos níveis e áreas organizacionais.

O gerente é aquele que se responsabiliza pelo desenvolvimento do trabalho das pessoas em uma organização. Atua em posições com uma variedade de títulos, como supervisor, diretor, coordenador, chefe de divisão, administrador, entre outros.

Geralmente, são pessoas a quem outros membros da organização se reportam, consideradas importantes e essenciais à instituição e, de modo geral, utilizam os recursos disponíveis para produzir bens e serviços. Sua tarefa é ajudar a organização a alcançar alto desempenho e altos níveis de satisfação entre as pessoas (Schermerhorn, 2007).

O gerente de enfermagem é responsável pela organização do serviço de enfermagem, cabendo a ele o estabelecimento de: manual de normas e rotinas, manual de procedimentos técnicos, protocolos, regimento de enfermagem, dimensionamento de pessoal de enfermagem, escala de enfermagem e formação de comissões de ética e de educação continuada, tudo a fim de propiciar condições de trabalho adequadas aos profissionais, visando à segurança dos pacientes assistidos.

Ademais, é imprescindível o envolvimento do enfermeiro RT na gerência de enfermagem, no apoio às iniciativas de formação e no favorecimento da atuação das Comissões de Ética de Enfermagem, assim como sua ação conjunta ao setor de Educação Continuada, para a minimização do risco de infrações éticas e orientação desses profissionais sobre sua responsabilidade por ações decorrentes de culpa.

O pessoal de enfermagem se depara com condições de trabalho que nem sempre são seguras, tanto para o profissional quanto para o paciente, o que exige um olhar crítico a respeito da responsabilidade das instituições de saúde.

Responsabilidade institucional face à precarização do trabalho em enfermagem No âmbito da enfermagem, a força de trabalho encontra-se diversificada e não se dá de modo homogêneo. Em uma mesma unidade de trabalho, os pacientes recebem assistência com procedimentos de baixa a alta complexidade, o que requer do enfermeiro maior discernimento para avaliar, criteriosamente, a própria competência técnica e legal. Nesse contexto, inclui-se

a função gerencial do profissional, a fim de garantir a distribuição de ações de acordo com as competências e corresponsabilidades da equipe e das instituições de saúde.

Um estudo realizado por Baraldi (2005) destacou a presença de vínculos empregatícios (formal e informal) e jornadas de trabalho superiores a 45 horas semanais, refletindo modelos de gestão peculiares às práticas neoliberais. Esses resultados possibilitaram uma leitura crítica das instituições, as quais impõem, por vezes, atribuições eminentemente administrativas aos enfermeiros em detrimento do cuidado ou da assistência direta. Isso também reflete, em parte, a precarização do trabalho, pois, quanto menores os gastos com provimento de recursos humanos de enfermagem, maior será o ganho financeiro da instituição.

Outro estudo pioneiro acerca da precarização do trabalho afirma que a sobrecarga de serviço decorrente do duplo vínculo e os baixos salários, determinados pela conjuntura político-econômica, também têm repercutido no sucateamento do setor de saúde (Ribeiro et al., 2014).

O modelo administrativo burocrático imprime, em geral, características no trabalho de modo parcelar, devido à maneira como é realizada a distribuição de pessoal de enfermagem, desconsiderando as características do trabalho, o papel do enfermeiro e as tensões entre o assistir e o gerenciar. Esse tipo de modelo dificulta o trabalho em equipe, impedindo o compartilhamento de funções como se elas fossem excludentes. As condições de trabalho estão relacionadas com os recursos humanos, o material e a infraestrutura, e as formas de regulação, dentre outros aspectos organizacionais que podem causar desgaste ao trabalhador quando inadequadas (Gelbcke, 2002).

É notável a persistência do modelo gerencial neoneliberal em desvalorizar o trabalho dos profissionais de saúde mediante a precarização do trabalho desses profissionais, principalmente impondo condições precárias de trabalho tanto no quantitativo como no qualitativo. Isso repercute em qualidade, segurança e saúde de quem cuida e de quem é cuidado.

Segundo Ribeiro et al. (2014), “algumas instituições públicas mantêm seu quadro de pessoal com múltiplas formas de vínculos empregatícios e, consequentemente, diferentes remunerações entre os trabalhadores que possuem a mesma formação, condição esta que pode interferir diretamente no rendimento destes, trazendo o sentimento de desmotivação, o que compromete a qualidade dos serviços realizados. Nessa condição, o trabalhador não se vê motivado à elaboração de projetos inovadores em suas instituições e nem procura cursos ou especializações para seu aprimoramento, tornando-se insatisfeito e mal remunerado ou sem perspectiva de crescimento”.

Christófaro (2015) destaca o cenário atual de despolitização da categoria: “estamos despolitizando o trabalho na área de enfermagem, desqualificando politicamente a área e nos tornando um prato cheio para a dominação.”

Muito do ambiente de trabalho reflete-se diretamente nas relações, e muitas delas deixam de ser cooperativas e mais participativas, quebrando a sinergia e a integração da equipe.

O que pode dificultar ainda mais a confiança e o crescimento das pessoas envolvidas com atividades profissionais é a falta de possibilidades de conhecer e de construir um novo significado para o seu projeto profissional. Indivíduos que trabalham sem autoestima e autonomia podem apresentar sentimentos contraditórios e difusos de inadequação, insegurança, falta de propósito e sentido para a vida, levando-as ao estresse emocional. Isso pode causar falta de energia e vitalidade física, ocasionado enfermidades de ordem física ou psicoemocional.

A gestão do processo de trabalho nas instituições de saúde tem se transformado em processo de precarização da atividade profissional do

enfermeiro, aumentando riscos, que perpassam pela desmotivação, para manter-se na profissão. Nesse contexto, muitos profissionais de enfermagem passam a cursar outras faculdades em diferentes áreas do saber.

Para Vasquez (2015), “o que se vê é a banalização da vida no capitalismo, exigindo uma estética de competência que não pode passar pela sensibilidade. É uma lógica perversa, que exige, além da competência, a inteligência emocional. Estamos falando de um mundo de trabalho cruel e sem piedade”.

Yumi e Nicolas (2015) consideram que “a dinâmica das relações de trabalho na economia globalizada leva a maioria das grandes empresas a não fazer mais contratação direta dos seus empregados. Trata-se do fenômeno da terceirização na prestação de serviços, da qual a própria Administração Pública lança mão quando faz a contratação de empresas prestadoras de serviços”. Os autores também afirmam: “é certo que vivemos sobre os efeitos da globalização econômica; entretanto, há necessidade de se garantir aos trabalhadores um mínimo existencial, o que reclama a proteção aos direitos trabalhistas previstos na Constituição de 1988. Não se pode aceitar a precarização das condições de trabalho e da própria vida do trabalhador sob o argumento de diminuição de custos dos detentores dos meios de produção.”

Também é certo que trabalhadores mais capacitados e com melhores condições de trabalho resultam em menos acidentes de trabalho e em maior eficiência e produtividade; no caso de empresa que atua no setor privado, potencializa os lucros.

Assim, é necessário o equilíbrio entre os pilares da economia trabalhista – o capital e o trabalho.

Para que os impactos causados por todas essas questões sejam menos nocivos à equipe de enfermagem, pode-se mudar o modo de resolução dos problemas de gestão, a partir de uma comunicação humanizada (que integra ideias, trabalha as diferenças, olha para as relações de trabalho visando ao equilíbrio) e com abertura de espaço à criatividade e

fortalecimento de novos vínculos que permitam maior conhecimento e interação da equipe.

Para mudar a situação, é desejável que os profissionais de enfermagem atuem na saúde com competência, confiança e segurança, buscando construir coletivamente uma consciência política e transformadora da realidade. Espera-se que a equipe

de enfermagem dialogue com o gestor, mesmo que isso o desagrade, para lembrá-lo da própria função e das responsabilidades que competem a cada membro da equipe. É certo respeitar os direitos dos pacientes, mas os profissionais também querem ser respeitados no direito de poderem prestar cuidados com dignidade, realizando procedimentos de enfermagem com eficácia e segurança sem se sentirem vulneráveis diante do trabalho.

Nessa perspectiva, o enfermeiro deve aprender a fazer escolhas e a tomar decisões com conhecimento técnico-científico, mas também com base nos próprios critérios, reconhecendo suas competências e seus valores.

Considerações finais

É dever do profissional de enfermagem agir com base em princípios éticos, para a preservação dos interesses, dos direitos e da segurança do paciente. Ao descumpri-los, ele incorre em: ter de reparar, indenizar ou ressarcir pelo dano provocado a alguém (responsabilidade civil); ser penalizado por danos, lesões físicas ou maus-tratos causados a outras pessoas (responsabilidade penal); e ser punido eticamente por uma infração cometida (responsabilidade ética).

Nesse sentido, impõe-se a todo profissional de enfermagem o compromisso de conhecer o que rege sua conduta profissional e pessoal, tendo em mente que a atualização deve ocorrer de maneira continuada. Para tanto, ele deve contar com as instituições e os órgãos de classe que favorecem o seu aprimoramento, bem como participar de eventos profissionais que proporcionem reflexões sobre questões específicas ligadas à sua responsabilidade ética e legal.

Referências bibliográficas

Aulete C. Dicionário Aulete. Lexikon Editora Digital. Disponível em: http://www.aulete.com.br/RESPONSABILIDADE#ixzz3XsvdkvVX.

Acesso em: 4 de jun. 2015.

Baraldi S. Supervisão, flexibilização e desregulamentação no mercado de trabalho: antigos modos de controle, novas incertezas nos vínculos de trabalho da enfermagem [tese.]. São Paulo: USP; 2005.

Brasil. Código civil. 53. ed. São Paulo: Saraiva; 2002.

Brasil. Código de Defesa do Consumidor. Lei n. 8.078, de 11 de setembro de 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8078.htm. Acesso em: 4 de jun. 2015.

Brasil. Decreto-lei no 94.406, de 8 de junho de 1987. Regulamenta a lei no 7.498, de 25 de junho de 1986, que dispõe sobre o exercício da enfermagem e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1980/D94406.htm. Acesso em: 21

de out. 2015.

Brasil. Lei no 7.498/1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem e dá outras providências. Disponível em: http:/www.corensp.org.br. Acesso em: 4 de jun. 2015.

Christófaro MAC. Associação Brasileira de Enfermagem – Seção Bahia. 4o Seminário Internacional sobre o Trabalho em Enfermagem (SITEn). SITEn debate precarização e propõe politização da enfermagem. Salvador, 23 e 25 de abril de 2015. Disponível em: http://ba.corens.portalcofen.gov.br/4o-siten-debate-precarizacao-e- propoe-politizacao-da-enfermagem_15881.html. Acesso em: 6 de julho de 2015.

Conselho Federal de Enfermagem (Cofen). Aprova a reformulação do Código de Ética dos profissionais de enfermagem. Resolução Cofen no 311 de 2007.

Disponível em: http:/www.corensp.org.br. Acesso em: 4 de junho de 2015.

Conselho Federal de Enfermagem (Cofen). Normatiza as condições para Anotação de Responsabilidade Técnica pelo Serviço de Enfermagem e define as atribuições do enfermeiro Responsável Técnico. Resolução Cofen no 458, de 29 de julho de 2014.

Diniz MH. Curso de direito civil brasileiro: responsabilidade civil. vol. 7. 29. ed. São Paulo: Saraiva; 2015.

Ferreira ABH. Dicionário Aurélio de língua portuguesa. 5. ed. Rio de Janeiro: Positivo; 2010.

Freitas GF. Responsabilidade civil dos profissionais de enfermagem. In: Freitas GF, Oguiosso T. Ética no contexto da prática da enfermagem. Rio de Janeiro: MedBook; 2010.

Freitas GF, Fugulin FMT, Fernandes MFP. A regulação das relações de trabalho e o gerenciamento de recursos humanos em enfermagem.

Rev Escola de Enfermagem USP. 2006; 40(3):434-8.

Gelbcke FL. Interfaces dos aspectos estruturais, organizacionais e relacionais do trabalho de enfermagem e o desgaste do trabalhador [tese].

Santa Catarina: UFSC; 2002.

Kelsen H. Teoria pura do direito. 5. ed. São Paulo: Martins Fontes; 1996.

Mirabete JF, Fabbrini RN. Manual de direito penal. vol. 1. 25. ed. São Paulo: Atlas; 2009.

Noronha EM. Direito penal. vol. 4. 20. ed. São Paulo: Saraiva; 1995.

Oguisso T. Responsabilidade civil e legal do profissional de enfermagem. In: Oguisso T, Zoboli E. Ética e bioética. Desafios para a enfermagem e a saúde. São Paulo: Manole; 2006.

Oguisso T, Schmidt MJ. Caminhos da legislação do exercício da enfermagem no Brasil. In: Oguisso T, Freitas GF. Legislação de enfermagem e saúde. Histórico e atualidades. São Paulo: Manole; 2015.

Oguisso T, Schmidt MJ. O exercício da enfermagem: uma abordagem ético-legal. 3. ed. São Paulo: Guanabara Koogan; 1999.

Ribeiro AC, Souza JF, Silva JL. A precarização do trabalho no SUS na perspectiva da enfermagem hospitalar. Cogitare Enferm. 2014; 19(3):569-75.

Schermerhorn Jr., JR. Administração. 8. ed. Rio de Janeiro: LTC; 2007.

Vasquez PS. Precarização e gênero. Associação Brasileira de Enfermagem – Seção Bahia. 4o Seminário Internacional sobre o Trabalho em Enfermagem (SITEn). SITEn debate precarização e propõe politização da enfermagem. Salvador, 23 e 25 de abril de 2015. Disponível em: http://ba.corens.portalcofen.gov.br/4o-siten-debate- precarizacao-e-propoe-politizacao-da-enfermagem_15881.html. Acesso em: 6

de jul. 2015.

Yumi EO, Nicolas NMMO. Terceirização: aspectos da precarização da relação formal de emprego e enfoques sobre a responsabilidade da administração pública em face da nova redação da súmula 331 do tribunal superior do trabalho. Disponível em: http://www.editoramagister.com/doutrina_22726460_TERCEIRIZACAO_ASPECTOS_DA_PRECARI. Acesso em: 6 de jul. 2015.